



Lymphome B primitif de la thyroïde : une localisation inhabituelle à propos d'un cas.

Tongavelona A, Andrianjafitrimo HT, Ramiandrasoa LA, Randrianjafisamindrakotroka NS

Introduction

La thyroïde est une glande normalement dépourvue de tissu lymphoïde. Le lymphome non hodgkinien représente 1 à 8% des tumeurs malignes de la glande thyroïde et moins de 5% des lymphomes extra-ganglionnaires (1). Les examens anatomo-pathologique et immunohistochimique sont nécessaires pour le diagnostic. Nous rapportons le cas d'un lymphome B à grandes cellules primitif de la thyroïde chez un homme de 89 ans. Nous rappelons à travers des revues de la littérature les principales caractéristiques épidémiologique et anatomo-pathologique de cette pathologie.

Observation

Il s'agissait d'un homme âgé de 89 ans, sans antécédents particuliers, hospitalisé pour un volumineux goitre d'évolution rapide mais de durée imprécisée. A l'admission, il présentait des signes de compression tels que la dysphonie, la dysphagie et la dyspnée.

A l'examen clinique, nous constatons une volumineuse tuméfaction non douloureuse et ferme de la face antérieure du cou et les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste des appareils de la sphère ORL était sans particularité

à l'examen ; la laryngoscopie indirecte montrait des cordes vocales de mobilité conservée.

A la radiographie thoracique standard, le cliché montrait une volumineuse opacité cervico-médiastinale.

L'examen biologique objectivait un syndrome inflammatoire, mais le dosage des hormones thyroïdiennes était normal.

Après concertation, la décision d'une thyroïdectomie totale en vue d'un examen

anatomo-pathologique était prise, sans chimiothérapie ni radiothérapie néo-adjuvantes.

A l'examen macroscopique de la pièce de thyroïdectomie, les lobes droit et gauche étaient fermes, bien encapsulés, mesuraient respectivement 15x7x4,5 cm et 14,5x7x5 cm et pesaient 380 g et 310 g. A la coupe, les tranches de section ne présentaient pas de tissu thyroïdien normal résiduel. Le parenchyme des 2 lobes thyroïdiens était totalement occupé par une masse charnue, de consistance ferme, en aspect de « chair de poisson », limitée par la capsule thyroïdienne. A l'histologie, la masse correspondait à une prolifération tumorale, faite de cellules lymphocytoïdes de grande taille, aux noyaux atypiques et à cytoplasme peu abondant. Ces cellules tumorales étaient organisées en amas diffus, et disséquées par des fines travées fibreuses (figure 1). Elles détruisaient et refoulaient les

vésicules thyroïdiennes résiduelles en périphérie, sans envahissement de la capsule. L'aspect histologique était un lymphome non hodgkinien à grandes cellules de la thyroïde.

Un examen immunohistochimique était réalisé afin de déterminer le caractère monoclonal de cette prolifération. Nous avons réalisé des marquages aux anticorps CD 3 (lymphocytes T) et CD 20 (lymphocytes B) sur les échantillons. Les cellules lymphocytoïdes présentaient un marquage membranaire et cytoplasmique intense au CD 20, confirmant une prolifération cellulaire monoclonale de type B de ce lymphome thyroïdien (figure 2).

Ainsi, le diagnostic de lymphome B à grandes cellules était retenu pour ce cas.

La suite opératoire du patient était sans complication avec disparition des signes de compression.

Discussion

Les lymphomes de la glande thyroïde sont des entités très rares que ce soit sous la forme primaire ou secondaire (2). La majorité de ces lymphomes sont de type non-hodgkinien avec la prédominance du lymphome diffus à grande

cellules B, suivi du lymphome B de la zone marginale (MALT) (3). Notre cas était celui d'un lymphome B à grande cellules, dont l'architecture était diffuse.

L'âge d'apparition de cette tumeur est le plus souvent de plus de 60 ans (4). Celui de notre patient était de 89 ans.

Du point de vue clinique, le caractère douloureux du goitre est très suspect de lymphome primitif de la thyroïde et la plupart des cas rapportés présentaient des adénopathies cervicales (5). Ces signes étaient absents chez notre patient.

Dans la littérature, la majorité des lymphomes thyroïdiens s'est développée au cours de l'évolution d'une thyroidite auto-immune (comme la thyroidite de Hashimoto) (4), ce qui n'a pas été signalé dans notre cas.

Pour le diagnostic, d'après Canan et coll., la cytoponction à l'aiguille fine n'a aucune valeur diagnostique et permet essentiellement d'exclure les nodules bénins (6). Quant à la biopsie chirurgicale, elle fournit le diagnostic et sa sensibilité est de 90% (6) dans la distinction entre une prolifération lymphoïde et une tumeur épithéliale (6,7). Mais les artéfacts traumatiques provoqués par l'introduction du trocart peuvent perturber l'interprétation de l'infiltrat lymphocytaire (6). Dans notre cas, le patient a

subit directement une thyroïdectomie totale, sans biopsie au préalable.

A l'examen macroscopique, selon Ruggiero, la tumeur est molle ou ferme, lobulée, multinodulaire ou diffuse, solide ou parfois kystique, avec fréquemment des foyers hémorragiques et nécrotiques, et présentant un aspect de "chair de poisson" (1). La lésion est habituellement bien limitée mais non encapsulée, pouvant envahir le tissu périthyroidien dans 50 à 60 % des cas (1). Dans notre cas, la tumeur était ferme, en aspect de « chair à poisson », non kystique, sans hémorragie, ni nécrose, bien limitée par la capsule thyroïdienne, et sans envahissement du tissu adjacent.

Sur le plan histologique, le diagnostic n'est pas toujours aisé devant une prolifération lymphocytaire et les diagnostics différentiels peuvent se poser avec une thyroïdite chronique d'Hashimoto, un carcinome anaplasique ou plus rarement avec une thyroïdite de Riedel (1) nécessitant une investigation immunohistochimique (anticorps CD 20 et CD3 pour le lymphome). Dans notre cas, la présence d'une prolifération tumorale diffuse composée de

cellules lymphocytoïdes, atypiques et de grande taille, CD 20 (+) et CD 3 (-) nous a permis de porter le diagnostic final de lymphome B.

La plupart des patients rapportés dans la littérature, présentaient la maladie à un stade localisé, souvent IIE dans la classification d'Ann Arbor (8). Chez notre patient, aucune adénopathie n'était observée et la tumeur était bien limitée à la glande thyroïde. Cela implique un bon pronostic.

Actuellement, Les lymphomes thyroïdiens primitifs hodgkiniens sont traités comme pour les lymphomes hodgkiniens nodaux, par association de polychimiothérapie et radiothérapie (9). Dans notre cas, le patient provenait d'un centre hospitalier situé loin de la capitale, sans service d'oncologie, et il n'a pu bénéficier que d'une thyroïdectomie totale, ce qui n'est pas conforme au protocole thérapeutique recommandé.

Conclusion

Le lymphome non hodgkinien de la thyroïde est une tumeur rare, mais à ne pas méconnaître devant toute augmentation rapide et douloureuse du volume de la glande. Un prélèvement biopsique est recommandé et la prise en charge adéquate est multidisciplinaire (oncologue, chirurgien et pathologiste). Seuls les données histologiques et immunohistochimiques permettent de confirmer le diagnostic.

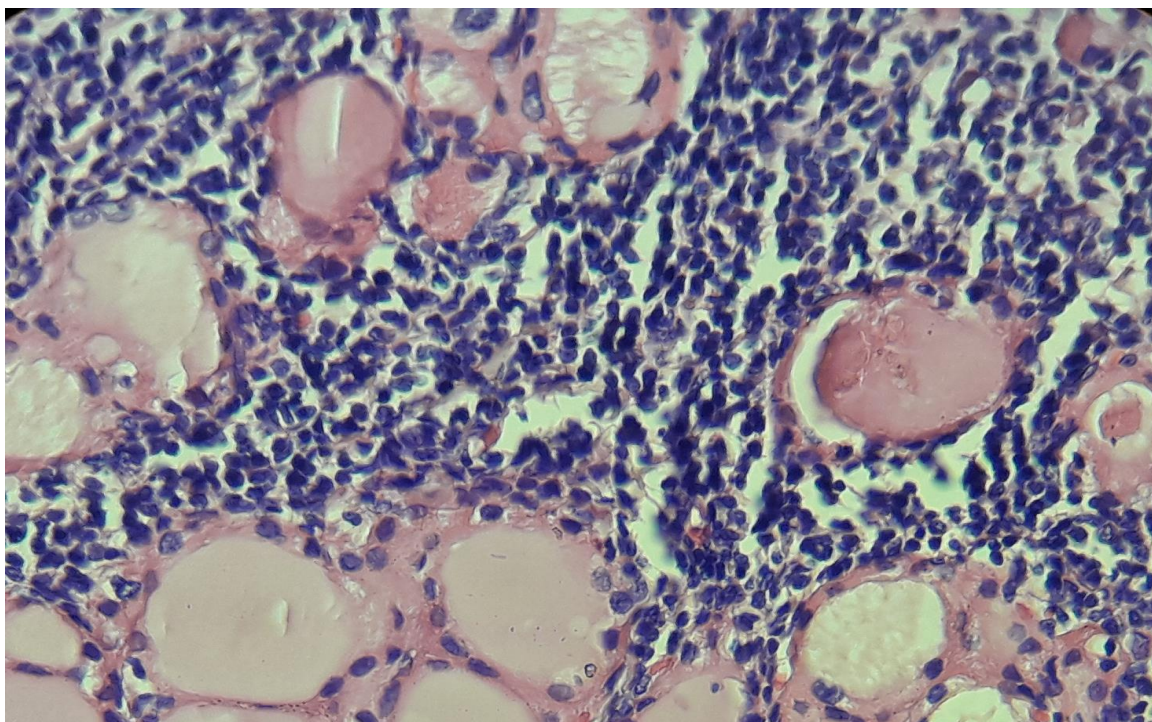


Figure 1 : Thyroïde : prolifération tumorale faite de grands lymphocytes atypiques, Hématéine éosine, x200.

Source : Unité Paraclinique de formation et de recherche du CHU-JRA.

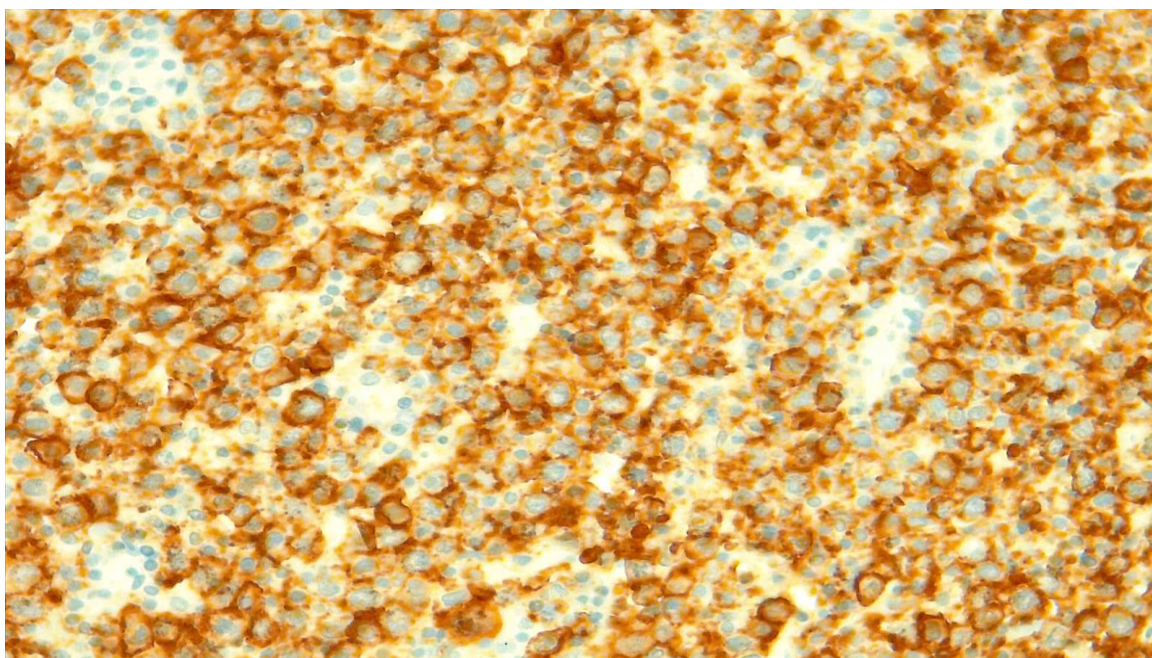


Figure 2 : Thyroïde : Anticorps anti-CD20 : marquage membranaire et cytoplasmique des lymphocytes atypiques, x400.

Source : Unité Paraclinique de formation et de recherche du CHU-JRA.

Références

- 1- Ruggiero FP, Fraunhoffer E, Stack BC. Thyroid lymphoma: a single institution's experience. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 133: 888-96.
- 2- Derringer GA, Thompson LDR, Frommelt RA, Bijwaard KE. Malignant lymphoma of the thyroid gland: a clinicopathologic study of 108 cases. *Am J Surg Pathol.* 2000; 24(5): 623-39.
- 3- Tavares Bello C, Cassis J, Simões H, Duarte J. Nodular lymphocyte predominant hodgkin lymphoma of the thyroid. *Case Rep in Endocrinol.* Published online 2016 Dec 1. doi: [10.1155/2016/8756723](https://doi.org/10.1155/2016/8756723).
- 4- Brownlie BE, Fitzharris BM, Abdelaal AS, Hay NM. Primary thyroid lymphoma: clinical features, treatment and outcome: a report of 8 cases. *N Z Med J.* 1994; 107(983): 301-4.
- 5- Hahn JS, Chung HC. Primary lymphoma of the thyroid. *Yonsei Med J.* 1995; 36: 315-321.
- 6- Thieblemont C, Mayer A, Dumontet C, Barbier Y. Primary thyroid Lymphoma is a heterogeneous disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002; 87: 209-13.
- 7- Ibnou Souliane N, Chadli A, El Ghomari H, Essodegui F. Lymphome malin primitif de la thyroïde. *Ann Endocrinol.* 2002; 63(3): 231-4.
- 8- Sánchez-Velaa P, Roselló-Sastre E, Cortés-Vizcaínoc V, Forteza-Vila J. Classical Hodgkin's lymphoma of the thyroid. *Rev Esp Patol.* 2015; 48(3): 182-9.
- 9- Shan Sun X, Bay JO, Marcy PY. Treatment of primary thyroid lymphomas. *Bull Cancer.* 2013; 100: 1031-42.