

CARCINOME DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURS ET LYMPHOME DE MALT COLIQUE : UNE ASSOCIATION INHABITUELLE

COLONIC MALT LYMPHOMA AND NASOPHARYNGEAL CARCINOMA: AN UNUSUAL ASSOCIATION

KOUAKOU B, KOUASSIK K, Y AYEMOU, MEITE N, KOFFI KG

*Service d'hématologie du CHU de Yopougon (Abidjan)

Correspondant: KOUAKOU BOIDY

22BP1499 ABIDJAN 22

Email: kboidy@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Contexte : La survenue de deux ou plusieurs tumeurs malignes primitives chez un même patient augmente avec l'âge. Peu d'observation ont été décrite dans nos conditions d'exercice. Est ce une méconnaissance des praticiens ou une difficulté diagnostique

Observation : Nous rapportons le cas d'une sexagénaire chez qui, a été découvert dans un délai de huit (8) mois un lymphome de MALT (mucosed associated lymphoma T lymphoma tissue) colique et un carcinome du cavum. Le seul facteur prédisposant retrouvé était une intoxication au tabac. C'est à notre connaissance le premier cas d'association entre un lymphome non hodgkinien et un carcinome des VADS.

Conclusion : Bien que l'association carcinome des VADS (voies aéro digestives supérieures) et lymphome de MALT digestif soit rare, il est important pour les cliniciens de garder à l'esprit la possibilité de retrouver deux ou plusieurs cancers primitifs chez un même patient ; surtout dans notre contexte, où depuis six (6) ans, la population du district d'Abidjan a été et reste exposée aux effets néfastes des déchets toxiques.

Mots-clés : Lymphome de MALT colique – Carcinome des VADS - Association

SUMMARY

Background: The incidence of two or more primary malignant tumors in the same patient increases with age. Cases are increasingly described today, but this is still considered rare.

Case presentation: We report a case in which a sexagenarian, was discovered within eight (8) months a colonic MALT lymphoma and nasopharyngeal carcinoma. The only predisposing factor found was tobacco poisoning. This is to our knowledge the first case of an association between non-Hodgkin lymphoma and head and neck carcinoma.

Conclusion: Although the association of head and neck carcinoma and gastrointestinal MALT lymphoma is rare, it is important for clinicians to keep in mind the possibility of finding two or more primary cancers in the same patient, especially in our context, where for six (6) years, the population of the district of Abidjan has been and remains exposed to the harmful effects of toxic waste.

Keywords: MALT lymphoma of the colon - Carcinoma of VADS - Association

INTRODUCTION

Le phénomène de cancers primitifs multiples chez un même individu a été décrit en premier lieu par Billroth à la fin du 19^e siècle¹. Depuis lors, plusieurs cas de double voire multiple tumeurs malignes primitives sont de plus en plus signalés. Ils sont surtout diagnostiqués chez des patients ayant une survie prolongée après un traitement par radiothérapie ou par chimiothérapie anticancéreuse². Une revue de la littérature récente indique clairement qu'ils apparaissent plus fréquemment dans le tractus digestif supérieur, le système respiratoire, la tête et du cou ou le système génito-urinaire^{3,4}.

Dans cette observation, nous présentons une association inhabituelle d'un carcinome du cavum et d'un lymphome du MALT colique.

OBSERVATION

Mme I. E âgée de 60 ans, de nationalité gabonaise, avec un antécédent de tabagisme chronique (chiquage depuis 30 ans) nous a été adressée du Gabon le 20-07-11 pour la poursuite de la prise en charge d'un lymphome non hodgkinien colique droit opéré.

Il s'agissait d'une patiente qui a présenté en Décembre 2010, un syndrome occlusif fait de douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque droite (FID) avec vomissements et un arrêt des matières et des gaz ; le tout évoluant dans un contexte de fièvre, asthénie et anorexie. L'échographie abdominale réalisée au CHU de Port-Gentil (Gabon) a évoqué un plastron appendiculaire et une radiographie de l'abdomen

sans préparation a objectivé des niveaux hydro aériques. Une laparotomie exploratrice 4 jours plus tard, a permis de découvrir une masse sténosante de la jonction iléo-coecale associée à de volumineuses adénopathies iléo-coliques, coliques droite et moyenne. Une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique transverse latéro-terminale a été effectuée.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un lymphome du MALT. Elle a bénéficié, 5 mois après la chirurgie, d'une cure de chimiothérapie complémentaire selon le protocole CHOP cyclophosphamide adrisblastine oncovin prednisone). Elle nous a été adressée par la suite pour poursuite de la prise en charge pour des raisons de regroupement familiale.

A l'admission, nous avons reçu une patiente qui présentait comme signes fonctionnels des douleurs abdominales et une obstruction nasale droite persistante depuis 7 mois.

L'examen clinique a donné à décrire une patiente avec score OMS à 2, une tumeur du cavum infiltrant le voile à droite, à surface lisse et ne saignant pas au contact et une adénopathie sous-angulo-mandibulaire ferme indolore mobile par rapport aux deux plans mesurant 2,5cm en moyenne. Il n'y avait pas de splénomégalie

L'imagerie par scanner cervico-facial, thoraco abdomino-pelvien réalisés a mis en évidence une masse tissulaire du cavum de 56mm de hauteur s'étendant de la base du crâne à la base de la langue avec une obstruction partielle de la lumière pharyngée. Il n'y avait pas de lésion au niveau thoracique. Par contre, on notait la présence d'adénomégalies pelviennes.

La biopsie ganglionnaire cervicale avec étude histologique a été réalisée.

Dans l'attente du résultat histologique, trois cures de chimiothérapie selon le même protocole CHOP ont été initiées et poursuivies. L'évolution a été marquée par une régression de la symptomatologie digestive mais également une aggravation des signes ORL (dyspnée, dysphagie, dysphonie).

Le résultat histologique de l'adénomectomie nous est revenu, à j17 de la 3e cure de CHOP, et était en faveur d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome dont la localisation primitive n'a pu être recherchée car La patiente a été perdue de vue.

Elle a été revu devant de l'altération de son état général. Ayant entraîné sa mort 4 jours après son hospitalisation

COMMENTAIRES

Epidémiologie

L'association de plusieurs cancers chez un même individu reste rare même si l'incidence est en augmentation, la fréquence des seconds cancers était de 6,6 à 9% de 2005 à 2011 Grudmann⁵. Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'amélioration des méthodes diagnostiques ainsi que la prolongation de l'espérance de vie⁶.

Notre observation a donné à décrire un sujet de sexe féminin âgé de 60 ans avec un antécédent de tabac. En effet, la survenue de deux cancers chez un même individu augmente avec l'âge^{3,6}. Leur fréquence est plus élevée chez les femmes que les hommes l'âge au moment du diagnostic est plus bas chez l'homme que chez la femme⁶. Les facteurs de risque communs retrouvés sont le tabac, les traitements antimitotiques (radiothérapie et chimiothérapie)^{1,5,6}, les radiations ionisantes et l'immunodépression (VIH). Le tabac a été le seul facteur de risque retrouvé chez notre patiente.

Clinique

Tout second cancer doit être classé comme synchrone ou métachrone. Selon la définition de Gluckman⁷, les cancers sont dits synchrones lorsqu'ils sont découverts simultanément ou dans un délai de six mois. Les cancers métachrones sont ceux diagnostiqués au-delà de six mois. Notre cas correspond à la définition de tumeurs malignes métachrones. Aucun cas d'association similaire, à notre connaissance, n'a encore été rapporté sur la découverte chez un même patient d'un lymphome de MALT colique et un carcinome des VADS. Les associations les plus fréquemment rencontrées entre autres sont celles d'une tumeur de Merkel et d'autres cancers (tumeurs solides ou hémopathies malignes), lymphome de MALT gastrique et adénocarcinome gastrique, multiples tumeurs des VADS, leucémie lymphoïde chronique et tumeurs solides^{5,8-10}.

Pronostic et traitement

Du fait de la rareté des associations de tumeurs malignes, aucun consensus sur le traitement n'est établi ; la prise en charge se faisant au cas par cas^{9,11}. En ce qui concerne notre cas clinique, aucun traitement spécifique n'a été réalisé pour la seconde tumeur. Le traitement aurait consisté en une chimiothérapie exclusive avec un protocole «hybride » associant des médicaments actifs sur les deux tumeurs, tout en essayant de minimiser la toxicité de ces anticancéreux ; les possibilités de chirurgie et de radiothérapie étant dépassées dans notre cas. Dans tous les cas, hormis les autres facteurs de mauvais pronostic propres à chaque cancer, l'association de 2 ou plusieurs tumeurs malignes chez un même individu est un élément de mauvais pronostic; l'évolution est

en général défavorable si rien n', comme ce fût le cas pour notre patiente.

CONCLUSION

Bien que l'association carcinome des VADS et lymphome de MALT digestif soit rare, il est important pour les cliniciens d'y penser à la possibilité de retrouver deux ou plusieurs cancers primitifs chez un même patient ;

Dans notre contexte d'exercice, l'attention doit être particulière avec exposition aux déchets toxiques depuis 2006 de la population du district d'Abidjan . une bonne surveillance épidémiologique permettra de mieux appréhender la question avec pour corolaire des mesures préventives

RÉFÉRENCES

1. Billroth T. General surgical pathology and therapy. Guidance for students and physicians. *Khirurgiia (Mosk)* 1991;136-143.
 2. Munker R, Hiller E, Melnyk A, Gutjahr P. Second malignancies: clinical relevance and basic research. *Int J Oncol.* 1996. pp. 763-776
 3. Anastassios V Koutsopoulos, Konstantina I Dambaki, Datsieris, Elpida Giannikaki, Marios Froudarakis, and Efstathios Stathopoulos. A novel combination of multiple primary carcinomas: Urinary bladder transitional cell carcinoma, prostate adenocarcinoma and small cell lung carcinoma- report of a case and review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2005; 3: 51
 4. Chun TY. Coincidence of bladder and prostate cancer. *J Urol.* 1997;157:65-67. doi: 10.1097/00005392-199701000-00018.
 5. Grundmann RT, Meyer F. Second Primary Malignancy among Cancer Survivors - Epidemiology, Prognosis and Clinical Relevance. *ZentralblChir.* 2012 Mar 16
 6. Bisof V, Basić-Koretić M, Juretić A, Krpan AM, et al. Multiple primary malignancies. *LijecVjesn.* 2011 Nov-Dec;133(11-12):384-8.
 7. Gluckman JL, Crissman JD, Donegan JO. Multicentric squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. *Head Neck Surg.* 1980;3: 90-6.
 8. Kaae J, Hansen AV, Biggar RJ, Boyd HA, Moore PS, Wohlfahrt J, Melbye M. Merkel cell carcinoma: incidence, mortality, and risk of other cancers. *J Natl Cancer Inst.* 2010 Jun 2;102(11):793-801. Epub 2010 Apr 27
 9. Theodoros Argyropoulos, Periklis Foukas, Maria Kefala, Panagiotis Xylardistos et al. Simultaneous occurrence of colonic adenocarcinoma and MALT lymphoma: A series of three cases. *World J Gastrointest Oncol* 2012 April 15; 4(4): 89-93
 10. Tadmor T, Liphshitz I, Aviv A, Landgren O, Barchana M, Polliack A. Increased incidence of chronic lymphocytic leukaemia and lymphomas in patients with Merkel cell carcinoma - a population based study of 335 cases with neuroendocrine skin tumour. *Br J Haematol.* 2012 May;157(4):457-62. doi: 10.1111/j.1365-2141.2012.09087.x. Epub 2012 Mar 6
 11. Padmalaya Devi, Lucy Pattanayak, and Sagarika Samantaray. Synchronous Adenocarcinoma and Mucosa-associated Lymphoid Tissue Lymphoma of the Colon. *Saudi J Gastroenterol.* 2011 Jan-Feb; 17(1): 69-71.
- Panagiotis Xylardistos et al. Simultaneous occurrence of colonic adenocarcinoma and MALT lymphoma: A series of three cases. *World J Gastrointest Oncol* 2012 April 15; 4(4): 89-93
- Tadmor T, Liphshitz I, Aviv A, Landgren O, Barchana M, Polliack A. Increased incidence of chronic lymphocytic leukaemia and lymphomas in patients with Merkel cell carcinoma - a population based study of 335 cases with neuroendocrine skin tumour. *Br J Haematol.* 2012 May;157(4):457-62. doi: 10.1111/j.1365-2141.2012.09087.x. Epub 2012 Mar 6
- Padmalaya Devi, Lucy Pattanayak, and Sagarika Samantaray. Synchronous Adenocarcinoma and Mucosa-associated Lymphoid Tissue Lymphoma of the Colon. *Saudi J Gastroenterol.* 2011 Jan-Feb; 17(1): 69-71.