Lymphome non hodgkinien localisé au sinus maxillaire. A propos d'une observation.

Non hodgkin lymphoma of maxillary sinus. A case report.

HILAL HAFIAN*, CÉDRIC MAUPRIVEZ*, VINCENT FURON*, JEAN-CLAUDE MÉROL**, MICHEL PLUOT***, BENOÎT LEFÈVRE*

RÉSUMÉ

Le cas d'un lymphome non hodgkinien chez un homme de 65 ans est rapporté. Ce cas illustre les difficultés rencontrées pour le diagnostic de cette entité anatomo-clinique en raison de son aspect clinique et radiologique et, plus particulièrement, de son mode d'évolution. En effet, l'importante réaction inflammatoire réactionnelle péri-tumorale accentue le caractère difficilement accessible de la lésion tumorale et rend la biopsie par voie endo-buccale non significative. Le profil immunohistochimique diffus à grandes cellules B et le caractère primitif localisé au sinus maxillaire sont des facteurs de bon pronostic. Dans le cas présenté, le traitement par chimiothérapie et radiothérapie externe a permis d'obtenir une rémission complète à trois ans. (**Med Buccale Chir Buccale 2004; 10: 31-36**)

mots clés : Lymphome, non hodgkinien, sinus maxillaires, diagnostic

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 10, N° 1
2004

page 31

SUMMARY

*Non hodgkin's lymphoma is a rare neoplasm of the maxillary sinus. This case report illustrates the difficulty encountered in the diagnosis of clinicopathological entity owing to its radiological and clinical expression, particularly the evolution. The very important peripheral inflammatory reaction decreases the access to the neoplastic tissue and affects intraoral access for significant biopsy. The primary diffuse large B cell lymphoma located in maxillary sinus was a good prognosis. In the case report, management by chemotherapy and radiotherapy shows complete remission three years after. (**Med Buccale Chir Buccale 2004; 10: 31-36**)*

key words : Lymphoma, non hodgkin, maxillary sinus, diagnosis

* Service d'odontologie, CHU Reims,

** Service d'ORL, CHU Reims,

*** Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, CHU Reims

Demande de tirés à part :

H. Hafian Service d'Odontologie CHU Reims 45 rue Cognacq-Jay 51092 Reims Cedex France

Accepté pour publication le 2 février 2004

Bien que le lymphome soit, après le carcinome épidermoïde, la tumeur maligne la plus fréquente de l'extrémité cervicocéphalique, les lymphomes non hodgkiniens (LNH) sont des tumeurs rares des maxillaires [1,2]. En dehors des atteintes ganglionnaires, les localisations aux tissus lymphoïdes de l'anneau de Waldeyer sont les plus fréquentes et de diagnostic relativement aisé compte tenu de leur accessibilité visuelle directe. Les localisations aux cavités aériennes de la face arrivent en second rang, elles représentent environ 8 % des tumeurs malignes des cavités nasales et paranasales, soit un tiers des LNH extranodaux [1-4]. Le diagnostic de ces localisations, difficilement accessible à l'examen, est plus délicat et fait appel aux techniques d'imagerie par tomodensitométrie. Histologiquement, les formes diffuses à grandes cellules B sont prédominantes dans les localisations paranasales et, en particulier, dans le sinus maxillaire [5]. Les atteintes centrofaciales sont volontiers d'origine T et de pronostic plus sombre [6].

Le cas d'un LNH primitif localisé au sinus maxillaire est rapporté, il illustre les difficultés diagnostiques rencontrées face à une symptomatologie peu évocatrice.

OBSERVATION CLINIQUE

Un homme de 65 ans, sans antécédent médico-chirurgical particulier, consulte pour des douleurs sourdes et localisées à la région maxillaire droite qui évoluent depuis deux mois. A l'interrogatoire, le patient signale quelques épisodes de paresthésies cutanées infra-orbitaires intermittentes, mais aucun antécédent locorégional infectieux ou traumatique n'est retrouvé. L'examen endobuccal met en évidence une voussure vestibulaire en regard de la 16, ferme et indolore à la palpation. Le cliché panoramique révèle une image radioclaire diffuse dans la région maxillaire droite, sans limite nette, avec disparition de la limite du bas fond sinusien homolatéral (Fig. 1). Les clichés occlusal et rétro-alvéolaire (Fig. 2) montrent une discrète atteinte ostéolytique diffuse d'aspect moucheté avec disparition des lamina dura. L'examen tomodensitométrique en fenêtre osseuse met en évidence une lésion isodense diffuse, d'environ 3 cm de diamètre avec une extension intrasinusienne d'aspect polypoïde. Cette lésion, située dans la partie antérieure du maxillaire droit et du palais dur homolatéral, évoque un processus d'ostéolyse et de déminéralisation (Fig. 3). Ces éléments cliniques et radiologiques sont en faveur d'un processus tumoral. Une biopsie est réalisée, l'examen histologique

Figure 1 : Radiographie panoramique initiale.
Primary panoramic radiograph.

Figure 2 : (A) clichés occlusal et (B) rétroalvéolaire : ostéolyse diffuse non spécifique avec disparition des lamina dura.

(A) occlusal and (B) periapical x-ray, no specific osteolytic aspect of the bone with lamina dura loss.

Figure 3 : Examen TDM en coupes axiales : (A) déminéralisation diffuse de l'os alvéolaire ; (B) envahissement du maxillaire avec une évolution intra sinusienne d'aspect polypoïde.

Axial cut CT-scan: (A) diffuse demineralization of alveolar bone (B); extension in maxillar bone with polypoid evolution in antral area

montre « un matériel essentiellement inflammatoire, organisé ; il pourrait s'agir d'une réaction inflammatoire au-dessus d'un processus d'une autre nature ». Ce premier examen histologique ne permettant pas de préjuger de la nature de la lésion, son ablation avec examen anatomopathologique extemporané semble indiquée. En peropératoire, la lésion est d'aspect végétant et de consistance rénitente ; l'examen microscopique extemporané est en faveur d'un processus malin peu différencié. Un complément d'exérèse plus large est alors réalisé dans le même temps opératoire. Après fixation de la pièce opératoire, l'examen anatomopathologique montre une prolifération diffuse infiltrant

le chorion, les cellules sont de grande taille, avec des noyaux irréguliers, clairs et nucléolés, et un cytoplasme souvent rétracté et vacuolisé ; il existe de nombreuses images de mitoses anormales. Ces éléments sont en faveur d'une lésion lymphomateuse (Fig. 4a). L'étude immunohistochemique montre un marquage positif par les anticorps anti-CD45, anti-CD20 et anti-CD79a confirmant la nature lymphomateuse d'origine B de cette prolifération (Fig. 4b). Les marquages par les anticorps anticytokératines de haut poids moléculaire et de la protéine S100 sont négatifs. L'ensemble de ces éléments immunohistochemiques est caractéristique d'un lymphome diffus

Figure 4 : Examen microscopique x100 : (A) coloration à l'hématéine et l'éosine, prolifération lymphoïde diffuse à grandes cellules avec présence de nombreuses mitoses atypiques ; (B) immunomarquage CD79a positif en faveur d'une l'origine B.

Pathology examination x100: (A) hemateine-eosine stain shows diffuse lymphoid proliferation with many abnormal mitosis; (B) positive CD79a immunostaining in favour of B start.

Figure 5 : Radiographie panoramique à 3 ans.
3 years postoperative panoramic radiograph.

à grandes cellules B, de haut grade de malignité selon la classification REAL. Le bilan d'extension ne met pas en évidence de dissémination ni d'autre localisation. Il s'agit donc d'un lymphome diffus B de haut grade, primitif, localisé au sinus maxillaire droit et classé T4N0M0. La prise en charge oncologique associe cinq cures de chimiothérapie poly-

valente de type CHOP et une radiothérapie externe avec une dose cumulée de 40 Grays. La réponse au traitement est satisfaisante et un suivi oncologique est instauré. Après trois ans, aucune récurrence ou extension n'est observée et un examen panoramique de contrôle montre une reminéralisation subnormale de la région maxillaire droite (Fig. 5).

COMMENTAIRES

Les proliférations lymphoïdes constituent une part importante dans le diagnostic différentiel des tumeurs de la région cervicofaciale. Elles regroupent deux entités histologiques principales : les lymphomes hodgkiniens (LH) et les lymphomes non hodgkiniens (LNH). Les LNH sont volontiers extranodaux et leurs localisations regroupent deux catégories distinctes : les organes lymphoïdes de l'anneau de Waldeyer et les localisations extranodales extralymphoïdes [7]. Les LNH des cavités aériennes de la face sont rares, les localisations dans le sinus maxillaire et dans la paroi externe des cavités nasales sont les plus habituelles. Elles font l'objet de difficultés diagnostiques liées à leur topographie et leurs manifestations qui sont banales et peu spécifiques. Seul l'examen histologique avec étude immunohistochimique permet le diagnostic.

Les signes généraux sont rares et l'importance de la symptomatologie est souvent plus faible que le volume tumoral ne le ferait penser. Cette symptomatologie est fonction de la localisation, de l'extension du processus tumoral et de l'atteinte osseuse. Les signes d'appel peuvent être ceux d'un syndrome obstructif à type de sinusite maxillaire chronique ou d'un processus inflammatoire odontogène pour les lymphomes de bas grade. Le caractère plus agressif des lymphomes de haut grade se traduit par une extension et un envahissement des structures osseuses de voisinage, responsables d'un syndrome tumoral nasosinusal avec l'apparition de signes neurologiques de type hypoesthésie douloureuse. Le diagnostic différentiel se pose alors avec un carcinome épidermoïde [8-12].

En imagerie conventionnelle, les images observées traduisent l'envahissement osseux et/ou l'extension tumorale. La localisation osseuse primitive ou secondaire d'une prolifération lymphoïde maligne prend l'aspect d'une radioclarité diffuse avec disparition des lamina dura dans les secteurs dentés et de la limite de bas fond sinusien au maxillaire [13,14]. Par opposition, l'aspect radiologique d'une tumeur épithéliale maligne est celui d'une ostéolyse franche et massive [15], dont le diagnostic peut être orienté par la palpation d'adénopathies cervicofaciales évocatrices.

L'examen tomodensitométrique est essentiel pour l'appréciation de l'envahissement osseux et pour l'estimation de la taille de la lésion en vue de sa classification TNM [15]. Les lésions lymphomateuses sont habituellement d'aspect parenchymateux, isodense, avec envahissement des cavités de voisinage. Cependant leur caractère lytique peut-être discret, difficilement objectivable ; en général, la lyse osseuse est nettement moins importante dans les LNH que celle observée dans les carcinomes épidermoïdes du maxillaire. De plus, il existe souvent une sclérose osseuse réactionnelle face à l'infiltrat lymphoïde malin. Ces modifications sont tributaires du rythme de croissance de la tumeur [16].

La discrétion de l'atteinte osseuse contraste souvent avec l'importance de la formation tumorale, elle s'explique en partie par l'apparition tardive de l'atteinte osseuse et par une certaine perméabilité de l'os aux cellules lymphoïdes responsable de l'infiltration inflammatoire périmaxillaire cliniquement objectivable [16,17]. C'est pourquoi, dans le cas rapporté, le premier prélèvement biopsique malgré son importance n'a pas abouti à un résultat significatif. Si les caractéristiques radiologiques et la disproportion entre l'imagerie et la clinique permettent d'orienter le diagnostic vers une éventuelle lésion lymphomateuse, le diagnostic de certitude ne peut être établi que par la définition histologique de la prolifération tumorale et la caractérisation de son phénotype par étude immunohistochimique [16,18]. Ces critères immunohistochimiques sont indispensables à la prise en charge thérapeutique car ils constituent avec le stade de la maladie (classification d'Ann Arbor) les deux principaux facteurs pronostiques [5,19]. Les lymphomes diffus à grandes cellules B sont prédominants dans les localisations primitives buccofaciales, notamment au sinus maxillaire [18,19,20]. Le traitement de ces lymphomes est basé sur la radiothérapie externe (30 à 50 Grays) associée à une chimiothérapie polyvalente dans les cas les plus avancés (T3, T4) [21,22]. Les formes cliniques isolées (stade I_{AE}) sont habituellement de bon pronostic avec une survie allant de 70 % à 100 % à 5 ans [5,6,23].

RÉFÉRENCES

- 1 - DE PENA CA, VAN-TASSEL P, LEE Y. Lymphoma of the Head and Neck. *Radiol Clin North Am* 1990; 28: 723-43.
- 2 - TRAN LM, MASRK R, FU YS. Primary non-hodgkin's lymphomas of the paranasal sinuses and nasal cavity. *Am J Clin Oncol* 1992; 15: 222-5.
- 3 - WULFRANK D, SPEELMAN T, PAUWELS C, ROELS H, DE SCHRYVER A. Extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck. *Radiother Oncol* 1987; 8: 199-207.
- 4 - COBLEIGH'S M, KENNEDY J. Non hodgkin's lymphomas of the upper aerodigestive tract and salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1986; 8: 685-710.
- 5 - NAKAMURA K, UEHARA S, OMAGARI J, KUNITAKE N, JINGU K, MASUDA K. Primary Non-Hodgkin's Lymphoma of the Maxillary Sinus. *Am J Clin Oncol* 1997; 20: 272-5.
- 6 - EPSTEIN JB, EPSTEIN JD, LE ND, GORSKY M. Characteristics of oral and paraoral malignant lymphoma: a population-based review of 361 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92:519-25.
- 7 - HERMANS R, HORVATH M, DE SCHRIJVER T, LEMAHIEU SF, BAERT AL. Extranodal non-Hodgkin lymphoma of the head and neck. *J Belge Radiol* 1994; 77: 72-7.
- 8 - ABBONDANZO SL, WEOTING BM. Non-hodgkin's lymphoma of the sinusal tract. A clinicopathologic and immunophenotypic study of 120 cases *Cancer* 1995; 75: 1281-90.
- 9 - STENSON KM, WOLF GT, URBA S. Extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck: presentation in the facial bones. *Am J Otolaryngol* 1996; 17: 276-80.
- 10 - CHEN SH, WU CS, CHAN KH, HONGH YT, SHUN CT, LIU CM. Primary sinonasal non-Hodgkin's lymphoma masquerading as chronic rhinosinusitis: an issue of routine histopathological examination. *J Laryngol Otol* 2003; 117: 404-7.
- 11 - BONACCORSO A, TRIPI TR. Non-Hodgkin lymphoma of the maxilla. Report of a case. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 397-402.
- 12 - Johnson CD, Kent DM, Arjabedian GC, Lepoudre C. Malignant lymphoma of the maxillary sinus. *J Am Osteopath Assoc* 1993;93:255-8.
- 13 - EPSTEIN JB, WAISGLASS M, BHIMJI S, LE N, STEVENSON-MOORE P. A comparison of computed tomography and panoramic radiography in assessing malignancy of the maxillary antrum. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1996; 32B: 191-201.
- 14 - WOLVIUS EB, VAN DER VALK P, VAN DER VALK J, VAN DIEST PJ, HUIJGENS PC, VAN DER WAAL I, SNOW GB. Primary extranodal non-hodgkin lymphoma of the oral cavity. An analysis of 34 cases. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1994; 30: 121-5.
- 15 - MATSUMOTO S, SHIBUYA H, TATERA S, YAMAZAKI E, SUZUKI S. Comparison of CT findings in non-Hodgkin lymphoma and squamous cell carcinoma of the maxillary sinus. *Acta Radiol* 1992; 33: 523-7.
- 16 - YASUMOTO M, TUARA S, SHIBUYA H, HONDA M. Primary malignant lymphoma of the maxillary sinus : CT and MRI. *Neuroradiology* 2000; 42: 285-9.
- 17 - BRUNETON JN, SERRES JJ, NORMAND F, BALU-MAEDTRO C, PADOVANI B, THYSS A, SANTINI J. Lymphomes des cavités aériques de la face. *J Radiol* 1987; 88: 765-7.
- 18 - NAKAMURA K, UEHARA S, OMAGARI J, KUNITAKE N, KIMURA M, MAKINO Y, MURAKAMI J, JINGU K, MASUDA K. Primary non-Hodgkin lymphoma of the sinonasal cavities: correlation of CT evaluation with clinical outcome. *Radiology* 1997; 204: 431-5.
- 19 - VIDAL RW, DEVANEY K, FERLITO A, RINALDO A, CARBONE A. Sinonasal malignant lymphomas: a distinct clinicopathological category. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999; 108: 411-9.
- 20 - ABBONDANZO SL, WENIG BM. Non-Hodgkin's lymphoma of the sinonasal tract. A clinicopathologic and immunophenotypic study of 120 cases. *Cancer* 1995; 15: 1281-91.
- 21 - PROULX GM, CAUDRA-GARCIA I, FERRY J, HARRIS N, GRECO WR, KAYA U, CHAN A, WANG CC. Lymphoma of the nasal cavity and paranasal sinuses: treatment and outcome of early-stage disease. *Am J Clin Oncol* 2003; 26: 6-11.
- 22 - BOUSSEN H, SETHOM A, BEDDOUIHECH N, TOUATI S, GAMOUDI A, GRITLI S, EL MAY A, FERJAOUI M, BENNA F, LADGHAM A. Primary sino-nasal lymphomas. A propos of 25 cases. *Cancer Radiother* 2001; 5: 150-4.
- 23 - SASAI K, YAMABE H, KOKUBO M, SHIBATA T, OYA N, NAGATA Y, HIRAOKA M. Head-and-neck stages I and II extranodal non-Hodgkin's lymphomas: real classification and selection for treatment modality. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 48: 153-60.