# LA MALADIE DE HODGKIN

## I- DEFINITION

C'est une prolifération maligne ganglionnaire. Caractérisée par la fameuse cellule de Sternberg

## II- EPIDEMIOLOGIE

Sa survenue, le plus souvent chez l'adulte jeune de 20 à 40 ans. Il existe un autre pic de fréquence autour de 60 ans. Elle peut se voir chez l'enfant mais elle est exceptionnelle avant 5 ans.

## III- PHYSIOPATHOLOGIE

- Les cellules malignes lymphoïdes : cellules de Sternberg d'aspect caractéristique dont l'origine est encore discutée.
- L'environnement autour de ces cellules malignes : Lymphocytes T activés, granulome (polynucléaires neutrophiles, éosinophiles, histiocytes, plasmocytes...) et fibrose.

## IV- DIAGNOSTIC POSITIF

### ➔ Signes cliniques

1 - Adénopathies superficielles : 80 % au moment du diagnostic.
2 - Adénopathies médiastinales isolées (10-15% des cas)
3 - Des Signes généraux. Il s'agit :
* d'une fièvre isolée, prolongée, non expliquée par une cause infectieuse ; de sueurs profuses souvent nocturnes.
* d'un amaigrissement important significatif.

### ➔ Diagnostic biologique

**Hémogramme**

Une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile et éosinophile.

**Ponction biopsie ganglionnaire** :

Architecture : totalement remaniée
Identification des cellules de Sternberg :
- Grandes cellules, noyau polylobé ou multinucléé, gros nucléole basophile.

**Vitesse de sédimentation (VS)** :

Syndrome inflammatoire marqué.

## V- CLASSIFICATION DE ANN ARBOR DE LA MALADIE DE HODGKIN

| | |
|---|---|
| Stade I | Un seul territoire ganglionnaire atteint |
| Stade II | Au moins 2 territoires ganglionnnaires atteints du même côté du diaphragme |
| Stade III | Atteinte ganglionnaire sus et sous diaphragmatique |
| Stade IV | Atteinte viscérale (foie, poumon) ou médullaire |

## VI- TRAITEMENT

Sa sensibilité remarquable aux traitements éradicateurs chimioradiothérapiques permettant le plus souvent la guérison avec des agressions thérapeutiques modérées.

# LES LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS (LMNH)

## I- DEFINITION

Tumeurs malignes se développant à partir des cellules lymphoïdes.

Les LMNH appartiennent aux lignées B ou T. Ils font partie des syndromes lymphoprolifératifs.

Les LMNH sont représentés par une très grande diversité de tumeurs.

## II- EPIDEMIOLOGIE ET ETIOLOGIE

Les LMNH sont les plus fréquentes des hémopathies malignes (7/100 000 habitants/an). Fréquence : Homme 60%, Femme 40%.

Dans l'ensemble, ils sont plus fréquents chez le sujet âgé avec une médiane d'âge autour de 60 ans. Les LMNH sont parmi les affections cancéreuses les plus fréquentes de l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune.

Situations pathologiques prédisposant à l'apparition d'un LMNH : maladies auto-immunes, allogreffe d'organes avec immunosuppression.
LMNH viro-induits : lymphome de Burkitt Africain lié au virus d'Epstein Barr, lymphome T de l'adulte au Japon lié au virus HTLV 1, infection par le VIH.

## III- DIAGNOSTIC POSITIF

**➔ Clinique**

Un LMNH peut avoir n'importe quelle localisation (ORL, tube digestif, le peau, ovarien, ...etc) et donc se manifester par des symptômes cliniques et biologiques très variés :
Adénopathies ou localisations extra-ganglionnaires, avec forme localisée ou disséminée.

**➔ Diagnostic biologique**

**Hémogramme**

Normal

**Ponction biopsie ganglionnaire :**

-Architecture totalement remaniée, structure diffuse ou folliculaire ; infiltrante et destructive.
-Identification des cellules malignes.
-Affirmer la monoclonalité des cellules lymphoïdes.

## IV- CLASSIFICATION DES LMNH

Selon la classification de l'OMS on distingue :

• ***Les lymphomes développés aux dépens des cellules lymphoïdes précurseurs B ou T*** : les lymphomes/leucémie lymphoblastiques B ou T.

• ***Les lymphomes B périphériques*** :
— Pré-centre germinatifs : lymphomes à cellules du manteau.
— D'origine centro folliculaire : Lymphome folliculaire à petites ou grandes cellules.
— Post-centre germinatif ou à cellules B mémoire.
— Lymphome du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (lymphome du MALT gastrique par exemple).

• ***Les lymphomes T périphériques***
— Développées aux dépens de différentes sous populations lymphocytaires de nature T : CD4, CD8, CD8 cytotoxique, Natural Killer.

## IV- TRAITEMENT

- Les protocoles thérapeutiques sont complexes. Ils comportent tous une polychimiothérapie dont l'intensité et la spécificité dépend du type de la tumeur et de l'âge du malade.
- Radiothérapie locorégionale sur les sites initiaux.
- Chirurgie préalable à la chimiothérapie dans certaines tumeurs viscérales.