



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/14758
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14758>



RESEARCH ARTICLE

L'INTERET DE L'ILEO-COLOSCOPIE DANS LE BILAN D'EXTENSION DU LYMPHOME GASTRIQUE

Sarra Bahja, Hakima Abid, Hajar Cherkaoui, Wafae Hammoui, Nada Lahmidani, Amine El Mekkaoui, Mounia El Yousfi, Dafr Allah Benajah, Sidi Adil Ibrahim and Mohammed El Abkari
Service D'hépto-Gastro-Entérologie, CHU Hassan II De Fès. Maroc, Faculté De Médecine et De Pharmacie, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah De Fès. Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 19 March 2022
Final Accepted: 25 April 2022
Published: May 2022

Key words:-

Gastric Lymphoma, MALT Lymphoma,
Gastric Lymphoma Workup

Abstract

Gastric lymphomas are rare tumors and accounts for only 3%. There are two groups of lymphomas: mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) gastric lymphoma or diffuse large B-cell lymphoma. The management of this tumor depends on the histological grade and extension workup. It includes a clinical examination, radiological and endoscopic work-up including a total ileo-coloscopy in order to look for a synchronous intestinal localization. We report in this article the experience of our department concerning the interest of ileo-coloscopy in the assessment of gastric lymphoma extension. We included 87 patients followed for gastric lymphoma, 34 of whom underwent ileo-coloscopy preceded by thoracoabdomino-pelvic CT scan. Colonoscopy revealed an ulcerative colonic process in only 02 patients, whose CT scan also revealed a colonic thickening and the anatomopathological study was in favour of a colonic lymphoma. In the light of these results, is it not necessary to reconsider the interest of an invasive procedure in the work-up of gastric lymphoma with a normal abdominal scan?

Copy Right, IJAR, 2022., All rights reserved.

Introduction:-

Le lymphome gastrique est un lymphome malin non hodgkinien (LNH) qui se développe à partir du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (Mucosa Associated Lymphoid Tissue : MALT). Il est caractérisé par une infiltration de la muqueuse gastrique par des petits lymphocytes B monoclonaux secondaire le plus souvent d'une infection chronique notamment l'hélicobacterylori (HP). (1)

Cette tumeur est souvent indolente, peu symptomatique et peut rester localisée pendant une période prolongée.

Sa prise en charge est multidisciplinaire et son traitement peut aller d'une simple éradication de l'infection à HP jusqu'à la chimiothérapie et la radiothérapie. (1)

Le bilan pré thérapeutique comprend un examen clinique et biologique, une imagerie en coupe cervico thoraco abdomino pelvienne et un bilan endoscopique fait d'ileo-coloscopie.

L'objectif de notre étude est d'identifier l'intérêt de la coloscopie systématique dans le bilan d'extension des lymphomes gastriques chez les patients avec un bilan d'extension scannographique initial normal.

Corresponding Author:- Sarra Bahja

Address:- Service D'hépto-Gastro-Entérologie, CHU Hassan II De Fès. Maroc.

Materiel Et Méthodes:-

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive s'étalant sur une période de 19 ans allant du Janvier 2002 jusqu'au janvier 2022, menée au service d'hépatogastro-entérologie, colligeant tous les patients dont le diagnostic de lymphome gastrique a été confirmé par étude anatomopathologique et chez qui une iléo-coloscopie a été réalisée dans le cadre du bilan d'extension.

Résultats:-

On a inclus 87 cas de lymphome gastrique dont 51 hommes (59%) et 36 femmes (41%) avec un sex-ratio H/F : 1.4. L'âge moyen de nos malades est de 50 ans [19-85 ans].

Sur le plan clinique : 55 patients (63%) présentaient des épigastralgies chroniques, 37 patients (42%) présentaient des vomissements chroniques, 18 patients (20%) ont consulté pour une hémorragie digestive haute et 33 patients (37%) présentaient un syndrome tumoral. L'altération de l'état général avec amaigrissement a été rapportée chez 45 patients (51%).

L'examen physique a objectivé une adénopathie palpable inguinale chez 34 patients, une masse abdominale chez 18 patients et une splénomégalie chez 06 patients.

Age moyen	50 ans	
Pourcentage homme	59%	
Pourcentage femme	41%	
Présentation clinique	Epigastralgies	63%
	Vomissement chronique	42%
	Hémorragie digestive	20%

Tableau 1:- Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients.

La fibroscopie a été réalisée chez tous nos patients et a révélé les résultats suivants : un ulcère gastrique suspect chez 15 patients (17.3%); un processus tumoral ulcéro-bourgeonnant chez 38 patients (43.6%); des plis hypertrophiés chez 16 patients (18.4%)

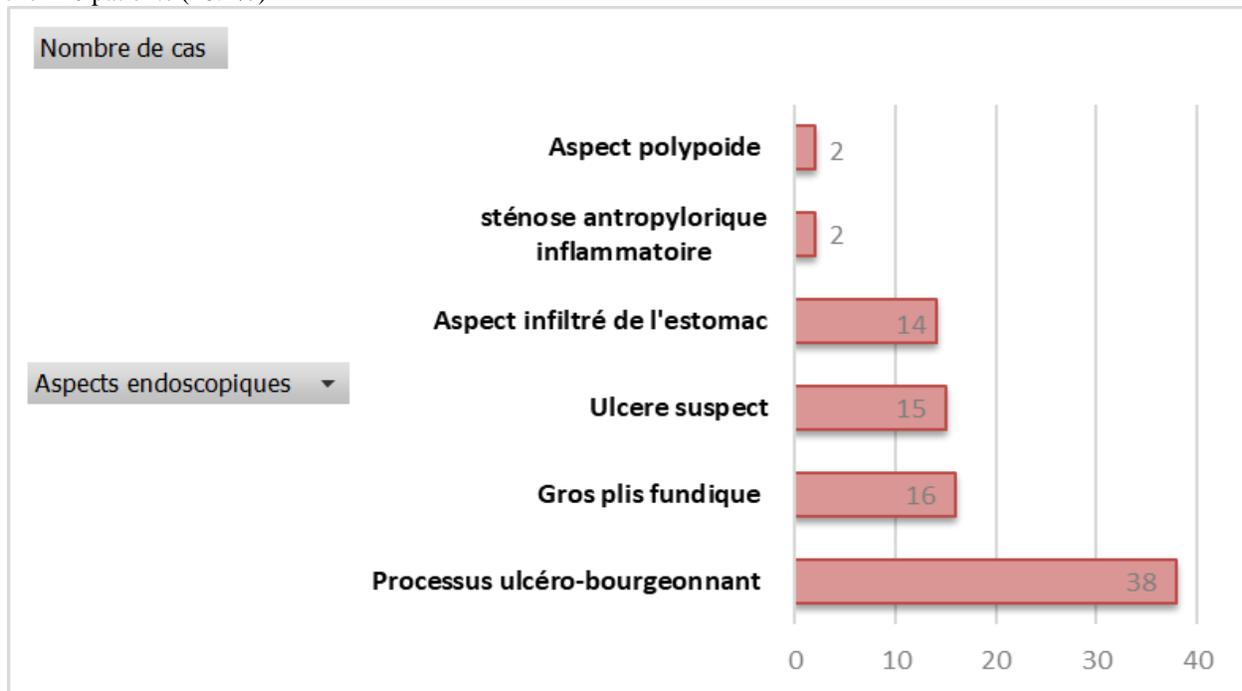


Figure 1:- Résultats de l'endoscopie.

L'étude anatomopathologique après l'endoscopie haute est revenue en faveur d'un lymphome B diffus à grande cellule chez 66 patients (75.9%). L'hélicobacter pylori (HP) a été objectivé chez 16 % des patients.

Le scanner thoracoabdomino pelvien (TAP) a été réalisé chez tous nos malades pour évaluer l'extension à distance et n'a objectivé un épaississement colique que chez 02 patients seulement (2.3%).

L'iléo coloscopie a été faite chez 34 patients soit 39 % des cas au total. Elle a été normale chez 30 patients soit 36.7% et a objectivé un processus ulcéro bourgeonnant dans 2.3% des cas.

Coloscopie faite	39%
Coloscopie normale	36.7%
Processus ulcéro bourgeonnant	2.3%

Tableau 2:- Résultats de l'iléocoloscopie lors du bilan d'extension du lymphome gastrique.

L'étude anatomopathologique des processus ulcéro bourgeonnants retrouvés dans la coloscopie est revenue en faveur d'un lymphome colique.

Discussion:-

Les lymphomes gastriques sont des tumeurs rares décrites pour la première fois en 1832 par Sir Thomas Hodgkin, ils représentent moins de 5 % de tous les cancers gastriques, 12.5 % de l'ensemble des LNH, 36% des LNH extra ganglionnaire mais plus de la moitié de tous les lymphomes primitifs du tube digestif.(2)

L'incidence des lymphomes gastriques du MALT a diminué ces dernières années vue la diminution de la prévalence de l'infection à *H. pylori* qui joue un rôle primordial dans la physiopathologie de ces derniers. (1-3)

Le processus de lymphomagenèse, débute par une infection chronique à *H. pylori*, suivie d'un recrutement des lymphocytes T et ensuite B, avec la participation de plusieurs cytokines et de facteurs pro-inflammatoires, conduisant à une prolifération clonale des lymphocytes B et au développement d'un lymphome. (2)

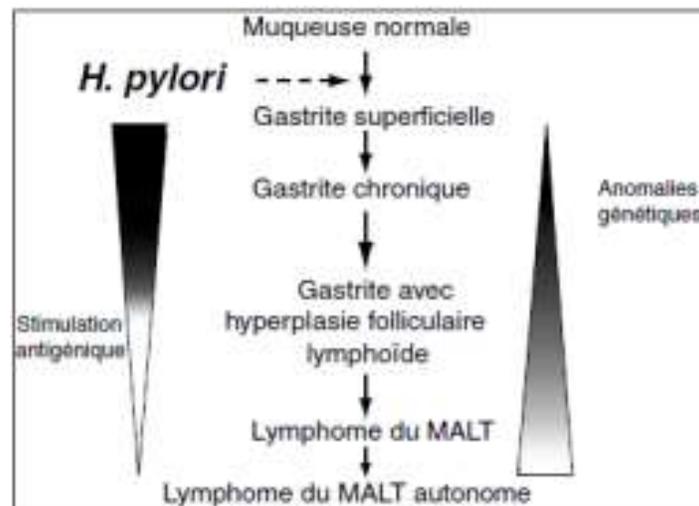


Figure 1:- Cascade hypothétique d'apparition du lymphome du MALT au niveau de la muqueuse gastrique après infection par *H. pylori*.

Cependant dans 20% des lymphomes gastriques; le lien avec *H. pylori* n'est pas établi et ce pourcentage tend à augmenter vu que l'*H. pylori* est de moins en moins retrouvé sur les biopsies gastriques au moment du diagnostic. (4)

Les lymphomes de la zone marginale du MALT sont des lymphomes de faible degré de malignité pouvant se transformer en lymphome de haut degré de malignité lorsqu'apparaît un ou plusieurs contingents de grandes cellules.(2-3)

En ce qui concerne la présentation clinique, les symptômes digestifs conduisant au diagnostic du lymphome gastrique sont généralement non spécifiques à type de douleurs abdominales, vomissement, dyspepsie, syndrome ulcéreux, plus rarement ils peuvent se manifester par des complications, comme l'hémorragie digestive ou la perforation (1-5)

Sur le plan endoscopique, les aspects ne sont pas, non plus, spécifiques. Ils peuvent prendre des aspects lésionnels très différents selon la taille, le siège et le degré d'infiltration du lymphome. Cependant on peut distinguer trois principales formes : (1)

1. **Forme pseudotumorale** (5 % des cas) : Lésion polypoïde irrégulière recouverte d'une muqueuse fragile plus ou moins ulcérée.
2. **Forme pseudolinite** : gastrite à gros plis ; les plis gastriques sont épaissis, rigides et s'effaçant peu ou pas lors de l'insufflation représente environ 60% des lymphomes gastriques de bas grade.
3. **Forme pseudogastritique** : inflammation muqueuse avec des lésions purpuriques ou érythémateuses multiples, alternant avec des plages blanchâtres, « dépolies » donnant un aspect en « patchwork » représente environ un tiers des cas et correspond en général à un lymphome de bas grade.

Enfin pour confirmer le diagnostic du lymphome gastrique il faut une étude anatomopathologique des biopsies réalisées lors de l'endoscopie qui doivent être multiples à raison de 10 biopsies au moins au niveau de la lésion suspecte associées à des biopsies dans les zones saines. (6)

Le diagnostic histologique peut être parfois difficile, et doit être toujours confirmé par un pathologiste expert. Les lymphomes de la zone marginale du MALT sont caractérisés par la présence d'un infiltrat lymphoïde dense et homogène, composé de petits lymphocytes B, la présence des grandes cellules B doit toujours être recherchée. (2-8)

Ainsi ; le marquage par l'immunohistochimie est nécessaire afin de confirmer le phénotype B (CD20+ et CD79a+) et la recherche de la translocation t(11;18) est conseillée car sa présence est un facteur prédictif de non réponse à l'éradication de *H. pylori*.

Avant de traiter le lymphome il faut réaliser un bilan d'extension exhaustif qui permet la recherche d'une atteinte ganglionnaire à distance ou viscérale associée. (1)

Il doit comprendre :

1. **Un examen clinique** complet afin de déceler la présence d'une adénopathie périphérique avec un examen oto-rhino-laryngologique
2. **Un scanner cervicothoracoabdomino pelvien.**
3. **Une écho-endoscopie** apprécie mieux que la TDM l'extension pariétale et le caractère pathologique des ganglions ; il sera donc utile pour le bilan initial et pour prédire la réponse du lymphome gastrique du MALT à l'éradication de *H. pylori*.
4. **Une iléo coloscopie** : Une atteinte du reste du tube digestif est systématiquement recherchée par une iléo coloscopie avec réalisation de biopsies sur toute anomalie suspecte et systématiques dans l'iléon.
5. **Une tomographie à émission de positons** au 18-fluoro-désoxy-glucose couplée à un scanner (18-FDG-TEP-scan) est de règle dans les lymphomes à grandes cellules
6. **La biopsie ostéomédullaire** n'est plus recommandée actuellement.

Dans la lumière des résultats de notre étude ; la coloscopie n'a révélé aucune lésion intestinale lorsque le bilan d'extension scannographique était normal.

Dans les lymphomes du MALT, il s'agit le plus souvent (> 85 % des cas) de formes localisées et la première ligne de traitement sera l'éradication de *H. pylori*, cette dernière doit être systématique indépendamment du statut positif ou négatif de l'*H. pylori* sur les biopsies. (1)

Ensuite un contrôle endoscopique doit être réalisé 6 à 8 semaines après le traitement d'éradication pour s'assurer d'une bonne évolution des lésions macroscopiques. En cas de nette régression de lésions macroscopiques avec absence de transformation en lymphome à grandes cellules à l'histologie, les contrôles endoscopiques suivants pourront être réalisés tous les 4 à 6 mois pendant au moins 24 mois, jusqu'à l'obtention éventuelle d'une rémission complète microscopique. (2)

Une fois la rémission obtenue, une surveillance endoscopique annuelle pourra être proposée jusqu'à 5 ans. Les lymphomes gastriques du MALT récidivent très rarement, mais la surveillance endoscopique est nécessaire à cause du risque accru d'adénocarcinome gastrique chez ces patients. (1-2)

Après l'éradication de *H. pylori*, il est important de laisser un temps suffisamment long (jusqu'à 24 mois) avant de décider, en cas de persistance de lymphome, d'introduire une nouvelle ligne de traitement pour éviter le sur-traitement et le risque de toxicités inutiles (1-5)

En cas de persistance du lymphome du MALT localisé à plus de 24 mois après l'éradication de *H. pylori*, et en l'absence des lésions macroscopiques, deux stratégies peuvent être discutées soit une simple surveillance, qui pourrait être proposée aux patients fragiles, ayant des comorbidités, et à condition qu'il n'y ait pas de signes de progression microscopique et surtout de transformation en lymphomes à grandes cellules B, soit une radiothérapie conformationnelle à faible dose (30 Gray).(2-7)

Le traitement de choix dans les lymphomes diffus à grandes cellules B, connus pour leur chimiosensibilité, est une association d'immunothérapie et de chimiothérapie (schéma R-CHOP), qui doit être conduite par les Hématologues.(9-10)

Conclusion:-

Le lymphome à localisation digestive est une pathologie rare. Le gastroentérologue peut être confronté à ce type de pathologie par le biais de l'endoscopie digestive haute ou basse dans un but diagnostique ou bien dans le cadre du bilan d'extension. Les résultats de notre étude nous incitent à mettre en question l'intérêt d'encourir à un patient porteur d'un lymphome gastrique asymptomatique avec bilan d'extension scannographique normal un risque d'anesthésie et de complications liées à une coloscopie dans le cadre du bilan d'extension.

Référence:-

- (1). Tamara MATYSIAK-BUDNIK Lymphomes gastriques : prise en charge en 2021
- (2). Ruskoné-Fourmestreaux A, Fabiani B, Flejou JF, Malamut G, Thieblemont C. Lymphomes gastro-intestinaux. EMC-Gastro-entérologie, 2017 Elsevier Masson, Vol. 13, N 2, avril 2018.
- (3). Ruskoné-Fourmestreaux A, Dragosics B, Morgner A, Wotherspoon A, De Jong D. Paris staging system for primary gastrointestinal lymphomas. Gut. 2003 Jun;52(6):912-3.
- (4). Capelle LG, de Vries AC, Looman CW, Casparie MK, Boot H, Meijer GA, et al. Gastric MALT lymphoma: epidemiology and high adenocarcinoma risk in a nation-wide study. Eur J Cancer. 2008 Nov;44(16):24706.
- (5). Dolak W, Kiesewetter B, Müllauer L, Mayerhoefer M, Troch M, Trauner M, et al. A pilot study of confocal laser endomicroscopy for diagnosing gastrointestinal mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma. SurgEndosc. 2016 Jul;30(7):2879-85.
- (6). Copie-Bergman C, Wotherspoon AC, Capella C, Motta T, Pedrinis E, Pileri SA, et al. 2013. Gela histological scoring system for post-treatment biopsies of patients with gastric MALT lymphoma is feasible and reliable in routine practice. Br J Haematol 2013;160(1):47-52.
- (7). Musshoff K. Clinical staging classification of non-Hodgkin's lymphomas (author's transl). Strahlentherapie. 1977 Apr;153(4):218-21.
- (8). Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, Lee Harris N, Stein H, Siebert R, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. Blood 2016;127(20):2375-90.
- (9). Haute Autorité de Santé. Recommandations : Traitement de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte, 2017 : www.has.santé.fr
- (10). Dreyling M, Thieblemont C, Gallamini A, Arcaini L, Campo E, Hermine O, et al. ESMO Consensus conferences: guidelines on malignant lymphoma. part 2: marginal zone lymphoma, mantle cell lymphoma, peripheral T-cell lymphoma. Ann Oncol. 2013 Apr;24(4):857-77.