

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

*Institut des Sciences Médicales de TLEMCEM*

Rapport de stage interne en hématologie clinique en vue de l'obtention  
Du diplôme de Docteur en Médecine

THÈME

*Lymphome Malin non HODJKINIEN*

ETUDE RETROSPECTIVE SUR 10 CAS DE MALADES  
REÇUES ENTRE 1983 - 2000

Présenté par : Dr F. TAIB  
Dr. L. HARCHAOUI

Période : Février, Mars, Avril (2000-2001)

**SOMMAIRE**

INTRODUCTION		
I- Introduction + généralité	01	
II- le système immunitaire cutané	02	
Hypothèse pathogénique	03	
III- classification des L.M.N.H cutané	04	
- Classification KIEL actualisé	05	
- Classification T.N.M des lymphomes cutanés T Epidermotropes	06	
- Classification d'ANN-ARBOR des Lymphocytes cutanés Non Epidermotropes B ou T	07	
CLINIQUE		
I- lymphomes cutanés à cellule T	08	
II- lymphomes cutanés à cellules B	10	
III- autres lymphomes	11	
BILAN PARACLINIQUE		
1) mycosis cutanée	11	
2) technique moderne d'explication	14	
BILAN D'EXTENSION		15
TRAITEMENT		
1- moyens thérapeutiques	16	
2- indication thérapeutiques	17	
DISCUSSION		21
CONCLUSION		21

## REMERCIEMENT

J'adresse tous mes remerciement au Dr .N. MESLI (chef de service) ; Dr. N.SALAWANJI et Dr .SALMI , à travers ce modeste exposé. De même qu'a toute l'équipe médicale et paramédicale.

## DÉDICACE

A

➤ *Mes parents*

➤ *Mes frères et sœurs*

➤ *Mes amis intimes*

## I- INTRODUCTION + GÉNÉRALITÉS :

Le lymphome malin non HODJKINIEN LMNM, tumeurs malignes du tissu lymphoïde. Le polymorphisme de ces tumeurs est externe puisqu'il peuvent toucher tous les organes en particulier ceux contenant du tissu lymphoïde à l'état normale. Ce polymorphisme peut poser des problèmes diagnostiques lorsque il ne s'agit pas de manifestation ganglionnaire lorsqu'il viendra retarder le diagnostic. Le pronostic lui ne dépendra pas de la multiplicité des aspect clonique mais seulement de diagnostic histologique et de l'importance de la masse tumorale évolué par le nombre et la taille des localisations. Seule la localisation cérébro-meningé et cutanées nécessitent des traitements spécialisés. Ce dernier le LMNH cutané constitue un ensemble hétérogène de pathologies malignes caractérisées par une prolifération lymphocytaires principalement, si non uniquement cutané.

La meilleur connaissance des mécanismes fondamentaux qui président aux interaction cellulaire dans la peau et le développement récent des techniques d'étude de génome à permis de voire évoluer le concept de lymphome cutané.

Ces dernières années les progrès de immunologie a permis d'identifier un groupe de désordres immunologiquement apparentés, a savoir : la papulose lymphomatoïde, les lymphomes  $CD_{30}^+$  et la maladie d'HODJKIN cutané prémitive.

D'autres part les techniques de biologie moléculaire ont fournis des informations utiles pour l'identification de certains lymphomes notamment.

L'hystiocytose atypique régressive, la granulomatose Lymphomes ou giotropes. Enfin les progrès de la virologie ont permis d'identifier le lymphome - leucemie lié à l'HTLV.I (Humen T Lymphotropic Virus Type I) et d'entrevoir le rôle des infections retrovirales dans le survenue des LMC à cellule t.

## II- LE SYSTEME IMMUNITAIE CUTANE :

Les nombreux travaux concernant les interactions entre la peau et les organes immunitaires, ont conduit à l'élaboration du concept de système immunitaire cutané « SKIM Associated Lymphoid Tissue » ou SALT, dans certains cas les anomalies de la régulation du fonctionnement du SALT explique la survenu de proliférations lymphocytaires cutanées ainsi que les mécanismes par les quelles les lymphocytes ont un trapisme remarquable pour épiderme.

Quatre classes cellulaires jouent un rôle fondamental au sein du SALT : cellule de LANGERHANS et les cellules dendriques, les keratinocytes, et les cellules lymphocytes et enfin les cellules endothéliales des venules post capillaires.

Ce système multicellulaire et coordonné par un réseau complexe de cytokines. Ainsi les keratinocytes sont au centre du système, en assurant la coordination des activités fonctionnelles des cellules cutané. Contribue à activer in-situ les différents acteurs de la réaction immunitaire et règle le trafic des cellules d'origine sanguine, principalement les lymphocytes vers la peau.

La population lymphocytaire cutané normale comprend uniquement des lymphocytes T, qui se répartissent en proportion à peu près égales entre les lymphocytes T supresseurs / cytotoxique  $CD_8^+$  et les lymphocytes «T » auxiliaires / inducteurs  $CD_4^+$  ( $CD_{45} RA^-$ ,  $CDW_{29}^+$ ), ce phénotype particulier des lymphocytes  $CD_4^+$  cutanés, associés à l'expression des récepteurs à l'interleukine 2 et au molécules de classe II du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH), suggère que ces cellules sont en permanence activé par leur antigènes spécifique au cour de réaction restreinte par les molécules de classe II du CMH.

Les lymphocytes T supresseurs / Inducteur  $CD_4^+$ , ( $CD_{45} RA^+ CDW_{29}^-$ ) ou cellules naïves ne représentant que 5 % des lymphocytes cutanés, alors qu'ils constituent 50% des cellules T –  $CD_4^+$  circulantes sanguines.

L'attraction des lymphocytes vers le derme et l'épiderme à l'état pathologique au cour des agressions antigénique et les proliférations lymphocytaires cutanés bénignes et malignes est le résultat d'interaction complexe entre le réseau cytokinique et les molécules d'adhésion présentent à la surface de la cellule.

### **Hypothèse pathogénique :**

Il a été montré récemment qu'il n'existe aucune corrélation entre les risques liés au travail ou à l'environnement et le risque de développement d'un mycosis fongoïde.

Une prédisposition génétique peut avoir son importance certain groupe HLA soit sur représentés chez les Malades atteints de Mycosis Fongoïde.

L'hypothèse la plus récente est celle d'une maladie d'origine rétrovirale. Certains auteur ont reporté la présence d'anticorps anti HTLV<sub>1</sub> chez 14% des malades atteints de mycosis fongoïde. Plusieurs équipes ont mis en évidence des lymphomes anoplasique  $CD_{30}^+$  la présence d'un génome rétrovirale ayant d'importantes homologie avec le HTLV-V<sub>1</sub>. mais l'association entre HTLV V<sub>1</sub> et le lymphome cutané T est faible 2%. Il est possible qu'il ais plus d'une etiologie.

### III- LA CLASSIFICATION DES LMNH CUTANE :

#### 1. la version actualisé de la classification de KIEL :

les membres de l'Européan Lymphoma Club ont introduit des modifications sur la classification de Kiel.

- La première modification constituant une distinction en LM d'origine B et LM d'origine T.
- La nouveauté la plus importante est l'introduction des LMT pléomorphes, ils comprennent les formes avec prédominance de petites cellules (de faible malignité) et les formes avec prédominance de petites cellules moyennes ou grandes (de forte malignité).
- Addition d'une nouvelle entité récemment individualisé, le lymphome malin à grand cellules anoplasiques.
- Le lymphome de LENMERT et lymphadenopathie angioimmunoblastique sont inclus parmi les LMT.
- Les LMB ont connu qu'une seules modification c'est l'adjonction des LM plasmocytaires et par la séparation des lymphomes de BURKITT des lymphomes malins lymphoblastiques B.
- En fin une dernière nouveauté consiste dans le regroupement de LM rares soit B, soit T, soit Nuls.

Cette version actualisée de la classification de KIEL a pour avantage de regroupé l'ensemble des lymphomes individualisées, elle a cependant l'inconvénient de distinguer en fonction de leur aspect cytologique les LM de faible grande malignité et les LM de forte grande malignité. En effet il existe le discordance propre au lymphomes cutané entre leurs aspect cytologique et leurs évolution. Ainsi, si le pronostic des LM cutanés correspondent aux lymphomes de faible malignité est favorable (100% de suivie après 05 ans) celui des lymphomes anaplasiques cutané  $CD_{30}^{+}$  presque classé LM de forte malignité, l'est également (suivie à 05 ans).

La présentation clinique des lymphomes cutanés est leur évolutivité, sont assez bien corrélées à leur aspect histologique cutané, ce qui permet de distinguer les LMC épidermotropes d'une part et les lymphomes cutanés non épidermotropes d'autre part. dans les lymphomes malin associés à HTLV – 1, l'infiltration est souvent épidermotrope.

### CLASSIFICATION DE KIEL ACTUALISEE :

#### I- LYMPHOMES CUTANES A CELLULES T :

##### 1- lymphome épidermotropes :

- Mycosis fongoïde et syndrome de SESARY
- Lymphomes pagétoïdes.

##### 2- lymphome non épidermotropes

- lymphomes lymphoblastiques

- lymphomes T périphériques :

L. lymphocytaire T

L. T pléomorphe

L. immunoblastiques T

L à grand cellules anaplasique CD<sub>30</sub><sup>+</sup>

- types rares.

##### 3- Lymphome / leucémie associé à HTLV-1

#### II- LYMPHOMES CUTANES A CELLULES B :

##### 1- lymphome lymphocytaire B

##### 2- lymphomes lymphoplasmocytaires

##### 3- plasmocytomes

##### 4- lymphomes cutané à cellules centrogerminales (Folliculaires)

##### 5- lymphomes immunoblastique B

##### 6- lymphomes lymphoblastique B

III- AUTRES LYMPHOMES ;

1- lymphome cutané du SIDA

2- lymphomes cutané B ou T :

- lymphomes intravasculaire ou angiotropes
- lymphomes à noyau multiple ou L. de PINKUS.

IV- MALADIE DE HODGKIN ;

V- DERMATOCHALAZIE GRANULOMATEUSE :

la détermination du stade évolutif est définis selon qu'il s'agit d'un lymphome cutané épidermotrope ou d'un lymphome cutané non épidermotrope.

Pour les lymphomes cutanés épidermotrope c'est la classification TNM des L. cutané type T qui est utilisé.

Pour les lymphomes cutanés non épidermotropes B ou T on adapte la classification d'ANN-ARBOR..

**CLASSIFICATION TNM DES LYMPHOMES CUTANES T  
EPIDERMOTROPES**

T : peau.

T<sub>0</sub> : lésions suspectes chimiquement et/ou histologiquement

T<sub>1</sub> : plaques, papules ou lésion eczématiformes couvrant moins de 10% de la surface du corps

T<sub>2</sub> : plaques diffuses, papules ou lésion erythémateuses couvrant plus de 10% de la surface corporelle.

T<sub>3</sub> : tumeurs, une ou plusieurs

T<sub>4</sub> : érythrodermie

N : Ganglions :

N<sub>0</sub> : absence d'atteinte ganglionnaire chimique ou histologique

N<sub>1</sub> : présence d'ADP périphériques, histologie ganglionnaire non spécifique

N<sub>2</sub> : présence d'atteinte ganglionnaire chronique mais envahissement ganglionnaire à l'examen histologique

N<sub>3</sub> : présence d'Adénopathies périphériques avec envahissement ganglionnaire à l'examen histologique

B : Sang :

B<sub>0</sub> : moins de 5 % de lymphocytes atypiques dans le sang.

B<sub>1</sub> : 5 % ou plus de lymphocytes atypiques dans le sang

M : atteinte viscérale :

M<sub>0</sub> : absence d'atteinte viscérale

M<sub>1</sub> : atteinte viscérale prouvée histologiquement

**CLASSIFICATION D'ANN-ARBOR DES LYMPHOCYTES CUTANÉES NON EPIDERMOTROPES B OU T :**

Stade I<sub>EN</sub> : (EN : extra nodulaire) ; lorsque l'atteinte cutanée apparaît isolément ; sans atteinte ganglionnaire cliniquement décelable.

Stade I<sub>v</sub> : lorsque l'atteinte ganglionnaire est doublée associée à une localisation cutanée à distance.

L'absence ou la présence de fièvre (au moins de 38°C pendant 15 jours consécutifs sans infection documentée) de sueurs nocturnes ou d'une perte de poids d'au moins 10 % du poids au cours des 6 mois précédents sont indiqués respectivement par la lettre suffixe A ou B.

## CLINIQUE

### I- LYMPHOMES CUTANES A CELLULE T

#### A) lymphome épidermotrope :

→ signes cutanés :

##### a) mycosis fongoïde :

**1- forme commune**: progressive « ALBERT BAZIN » la maladie évolue en 3 stades, le premier est le symptôme le plus fréquent et le plus précoce, peut apparaître au début de la maladie ou plus tard.

- 1<sup>er</sup> stade : des érythèmes droits « prémycosiques » qui peuvent prendre plusieurs aspect : macules érythémateux, érythématosquameux, prurigineuses, tableau d'eczéma ou eczématide pétyriasiforme ou psoriasiforme.
- 2<sup>ème</sup> stade : les plaques s'infiltrent formant des bourelets cuivres ou des arcs des cercles rouges foncés et fermés, les plaques s'épaississent en totalité, les lésions peuvent être localisé a n'importe quel point des téguments cuire chevelu entraînant une alopecie.
- 3<sup>ème</sup> stade : apparition des nodules tumoraux a base large ; arrondie et hémisphérique, plus rare , il s'agit de vastes placards terminaux , ces lésions peuvent s'ulcérer, leurs sièges avec prédilection au niveau de la face et les plis.

**2- forme erythrodermique** : d'hallopeaxi Besnier, caractérisé par érythème généralisé et des ADP volumineuses.

**3- forme a Tm d'emblée** : très rare correspond a des lymphomes cutané non épidermotrope primitif.

#### b) syndrome de SEZARY :

- il s'agit d'une erythrodermie sèche ou oedémateuse a gros plis cutanés très prurigineuse, des ADP supercificelles et la présence dans le sang des cellules mononucléée monstrueuses de « Sezary »

—→ Signe extra-cutanés :

- ADP : constante dans le syndrome de SEZARY n'apparaissent dans le mycosis phangoïde qu'après une longue évolution siégeant au niveau des aires inguinale de consistance fermes, mobiles, indolore
- HPM +SPM : rare
- Localisation viscérale ; respiration, digestive , rénale.

#### **B) lymphomes non épidermotropes :**

L'absence de prurit est le signe clinique essentiel, ils sont caractérisé par des lésions papulo-nodulaire de couleur rouge-violacé tendus touchant la ½ supérieur du corps.

a) lymphomes lymphoblastiques T : rare, de haute malignité survient chez l'enfant sous forme de tumeur unique ou multiple au niveau de thorax cuire chevelu.

b) lymphome T périphérique : il y a 04 types :

1. *lymphome lymphocytaire* : les lésions cutanées sont fréquente et s'accompagnent d'un état leucémique ou subleucémique, se sont des lésions bulleuse, erythemateuses, squameuse, papuleuse, nodulaire ou tumorale.

2. *lymphomes pléomorphe T* : rare, ils s'agit essentiellement de lymphomes ganglionnaires parfois cutanéoganglionnaire sous formes d'un nodule isolé.

3. *lymphome immunoblastique* : peuvent avoir une présentation cutané initial, parfois d'emblée cutanéoganglionnaire ou enfin de la transformation ou d'un mycosis fongoïde en particulier.

**4. lymphome à grandes cellules anaplasiques** : il s'agit d'une Tm cutané ou sous cutané unique ou multiple, ferme, de couleur rouge violacé, de taille variable pouvant atteindre jusqu'à 10 cm de Ø , peuvent être ulcérer, augmentant rapidement de taille souvent douloureuses et survient à n'importe où.

c) lymphome / leucémie associées à HTLV-I : il y a 04 types

**1. une forme aigu** : tableau d'une leucémie aigu à cellules T et hypercalcémie et lésions osseuses

**2. une forme subchronique** : la présence à un faible taux de cellules T caractérisé par des lésion cutanées.

**3. une forme lymphomateuse** : où prédomine le syndrome tumoral ganglionnaire et viscéral, les cellules atypiques circulantes absentes.

**4. une forme chronique** : intermédiaire entre les formes aigu et subchronique cliniquement les lésions sont polymorphes, plaques erythémateuse, plaques pruriques et vésiculobulleuses parfois tumeurs ulcérées.

## II. LYMPHOMES CUTANES A CELLULES B :

les lymphomes cutanées à cellules B sont les plus souvent cutanéoganglionnaire d'emblée.

**1. lymphomes lymphocytaire B** : caractérisés par des nodules tumoraux uniques ou multiples, donnant au visage un faciès leonin, l'atteinte cutané primitive est rare , l'envahissement étant d'emblée cutanéoganglionnaire dans la majorité des cas.

**2. lymphome lymphoblastocytaire** : se traduisent par des papules erythémateuses des plaques ou une tumeur isolée (25%), ou disséminées (50%) , s'accompagnent une fois / trois de ganglions palpables.

3. *plasmocytome* : le plasmocyte extramédullaire est une affection très rare, l'aspect clinique est le svt a type de nodules de couleur rouge violacé, parfois ulcérés, leurs localisation préférentielles sont le tronc, les extrémités et la face.

4. *lymphomes cutanés de cellules centrogerminales* : (folliculaire) ils se traduisent par des nodules rouges violacé ou des Tumeur a surface lisse et brillante , sont isolés, soit entourés de lésion papuleuse ou de plaque légèrement infiltrés. Les lésions sont localisés au tronc, le plus souvent au dos

5. *lymphome immunoblastique B* : 8 % des lymphomes cutanés, ils se présentent cliniquement sous la forme d'un nodule solitaire de croissance rapide ou d'une Tumeur cutanée ou sous cutanée.

### III- AUTRES LYMPHOMES :

1. lymphome cutané du SIDA
2. maladie de HODJKIN à localisation cutané.

## BILAN PARACLINIQUE

### 1) HISTOLOGIE CUTANEE

#### A) MYCOSIS FONGOID :

\* **cutanée** : l'infiltration est caractéristique par sa topographie et par sa composition

⇒ topographie : il y a une situation dermique et épidermique avec exocytose dans le stratum spinosum, cette exocytose réalise l'aspect classique « micro-abcés » de pautrier dans les quels les cellules mononuclées situées dans l'épiderme d'un halo claire.

⇒ composition polymorphe : il y a des cellules B plasmocytes et éosinophiles, des cellules mononuclées au noyau hyperchromatique dite « cellule atypiques »

- la reconnaissance du caractère atypique de ces cellules et de leur épidermotropisme sont les deux arguments fondamentaux du degré histologique

**\*ganglions** : la biopsie ganglionnaire pratiquée dans les aires cervicales ou axillaires va montrer soit un aspect de lymphodernopathie dermatopathique, soit des plaques plus ou moins étendues de lymphocytes atypiques situés dans le paracortex et ne détruisant pas l'architecture ganglionnaire, soit une localisation patente de mycosis fongoïde avec homogénéisation partielle ou totale du parenchyme.

- dans les lymphadenopathie dermatopathie, il existe une hyperplasie du cortex profond et superficiel

#### B) CELLULES DE SEZARY CIRCULANTE :

⇒ microscopie électronique : facilement reconnaissable grâce au contour très sinueux profondément indentés de son noyaux

⇒ frottis sanguins : cellules à noyau enroché parcouru de sillons en « coups d'angles » possède une chromatine dense au noyau, l'analyse génotype permet de différencier les vrais cellules de SEZARY des pseudocellule de SEZARY réactives.

#### C) LYMPHOME LYMPHOBLASTIQUE T :

caractérisé par une prolifération de cellule lymphoïde a noyau avec chromatine fine.

D) LYMPHOME PLEOMORPHE T :

caractérisé par une infiltration dense et diffuse de tout le derme.

Les cellules proliférantes sont de taille variable avec un noyau indenté globulé et hyperchromatique, la mitose est fréquente.

E) LYMPHOME IMMUNOBLASTIQUE :

Caractérisé par une modification monomorphe de grandes cellules à noyau rond ou ovale avec un ou plusieurs nucléoles

F) LYMPHOME A GRANDE CELLULES ANAPLASIQUE :

Il s'agit d'une infiltration dense, touchant l'épiderme, il est composé d'une majorité de grandes cellules avec un noyau ovale, contenant un ou plusieurs nucléoles.

G) LYMPHOME / LEUCEMIE ASSOCIEE A HTLV-I :

L'aspect est celui d'un lymphome périphérique épidermotrope de cellules naïves CD 45 RA<sup>+</sup> / CDW 29<sup>-</sup>

H) LYMPHOME LYMPHOCYTIQUE B :

Il s'agit d'un nodule bien délimité du derme et du tissu sous-cutané, les cellules ont un noyau rond ou ovale avec une chromatine dense.

I) LYMPHOME LYMPHOPLASMOCYTAIRE :

Il s'agit d'une infiltration nodulaire bien délimitée du derme et quelque fois de l'hypoderme. ces infiltrations sont constituées de petits lymphocytes, lymphoblastocytaires, et des plasmocytes.

## J) PLASMOCYTOMES :

Caractérisé par infiltration plasmocytaire dermohypodermique, soit nodulaire, soit diffus, dont le caractère (monoclonal est affirmé par l'étude immunohistologique).

## K) LES LYMPHOMES CUTANES A CELLULEE

### CENTROGERMINALES (folliculaire) :

caractérisé par infiltration dermique superficielle périvasculaire et periannexial ou en bandes, cet infiltration est composé de cellules centrofolliculaire. Il existe une forte proportion de cellules T réactivés.

### L) LYMPHOME IMMUNOBLASTIQUE :

Infiltration diffus touchant le derme et hypoderme, les immunoblaste ont de grands noyaux ronds ou ovales, vésiculeux avec un nucléole central proéminent.

## 2) **TECHNIQUE MODERNE D'EXPLICATION :**

### A- IMMUNOHISTOCHEMIE :

des immunomarquage possèdent 3 intérêts :

- **le typage des infiltrats lymphocytaire** : en utilisant les anticorps immoclonaux spécifiques de lignée.
- **les monotypes des cellules en filtrats** :
  - dans les infiltras cutanés bénins ; il y a un mélange polymorphe mixte de lymphocytes T et B
  - dans l'infiltrat lymphocytaire B malins ; une population B monotypique prolifère par l'expression prédominante d'une chaîne légère lombda et Kappa.

- **distinction des infiltras lymphoïdes bénins des infiltrats lymphoïdes malins** : pour la lignée T, il y a une double expression CD<sub>4</sub> et CD<sub>8</sub>

B) ETUDES GENOTYPIQUES :

utilisé lorsque les techniques immunohistochimiques sont défailantes, et qu'elles permettent un diagnostic de lignée, présence d'un réarrangement du gène codant le F C R dans les proliférations lymphocytaires, présence d'un réarrangement du gène codant les immunoglobulines dans les proliférations lymphocytaire B

C) CYTOMORPHOMETRIE :

elle concerne uniquement les lymphomes T dont le caractère cytologique essentiel est la présence des cellules atypiques

**BILAN D'EXTENSION**

1. obligatoire : hémogramme ; plaquette, calcémie, phosphorémie, acid urique uré téléthorax, électrophorèse des protéine, recherche dans le sang des cellule a noyau cerébriformes
2. facultatifs : sous population lymphocytaire, anticorps anti HTL VI, le dosage des immunoglobines IgE.
3. électif : biopsie cutanée, immunomanquage, étude de génotype, échographie abdominal et/ou scanner, biopsie médullaire, biopsie ganglionnaire hépatique.

## TRAITEMENT

### 1- Moyens thérapeutiques :

#### - Locaux

- a) PUVAthérapie : associé une prise oral de comprimés de 8-methoxypsoralene a la dose 0,6 mg / Kg , 2 heures plus tard une irradiation UVA au rythme de 3 séances par semaine, une fois les lésions cutanées disparues cliquement et histologiquement un test d'entretien avec des séances régulièrement espacées est nécessaire.
- b) Chimiothérapie locale :
  - la chlormethine (caryolysine) : 0,02 % sous forme d'une solution aqueuse.
  - Le BICNU<sup>R</sup> (carmustine) : solution 0,2 ù
- c) Electronthérapie : c'est une radiothérapie superficielle utilisée soit isolement soit en combinaison avec d'autre traitement.

#### - Généraux

##### a) chimiothérapie :

- monochimiothérapie : methotrexate a faible dose et chlorambucil associé ou non a la prednisone
- polychimiothérapie : CHOP – m – B ACOD – MACOP –B

##### b) retinoides :

ils sont utilisé soit seules, soit associé avec PUVA

##### c) photochimiothérapie extracorporelle

##### d) interféran Alpha

## **2. indication thérapeutiques**

### **- lymphomes cutanées épidermotropes**

#### a) stade I et II :

1. photothérapie : avec PUVA thérapie, une remissions complète aux stades précoces dans 75 % des cas.
2. chimiothérapie locale : avec les badigeons de méchloréthamine (caryolysine ) une remissions complète dans 75 % des cas
3. Electronthérapie : avec électronthérapie corporelle totale, remissions complete dans 50 % des cas.
4. chimiothérapie général .

#### b) stade III : syndrome de SEZARYS

1. association chlorambucil prédnisone et le methotrexate dans les formes faiblement hyperleucocytaire
2. la photo chimiothérapie dans les formes fortement hyperleucocytaires

#### c) stade IV : la polychromothérapie

### **- lymphomes cutanées non épidermotropes**

a- stade I E N : radiothérapie seule

b- stade V : c'est la polydrimiothérapie ; CHOP.

# ***ETUDE STATISTIQUE***

Notre étude rétrospective portera sur 10 cas de malades reçus entre 1983 et 2000 au C H U de TLEMCEN

But : juger la réponse au traitement

Patient et méthodes :

10 cas des lymphomes cutanées non HADJKINIEN reçues au niveau du service de dermatologie

critère diagnostique :

la présence des signes suivants :

- plaques érythémateuse squameuses
- des adénopathie
- les lésions nodulaires
- prurit
- tumeur

traitement :

- CHOP : - Endoxan
  - Vincristine
  - Adreamycine
  - Prednisome

A raison de 6 cures tout les 21 jours

- CVP :- Endoxan
  - Vincristine
  - Prednisome

Résultat :

- Age moyen 61m7
- Avec des extrêmes entre 50 – 70 ans
- Sexe ratio : 2,33
- Fréquence se situe dans la décade

Signe au moment du diagnostic

→ 1- signe clinique

30 %

plaque érythémateuse

25 %

Adénopathie

20 %

prurit

10 %

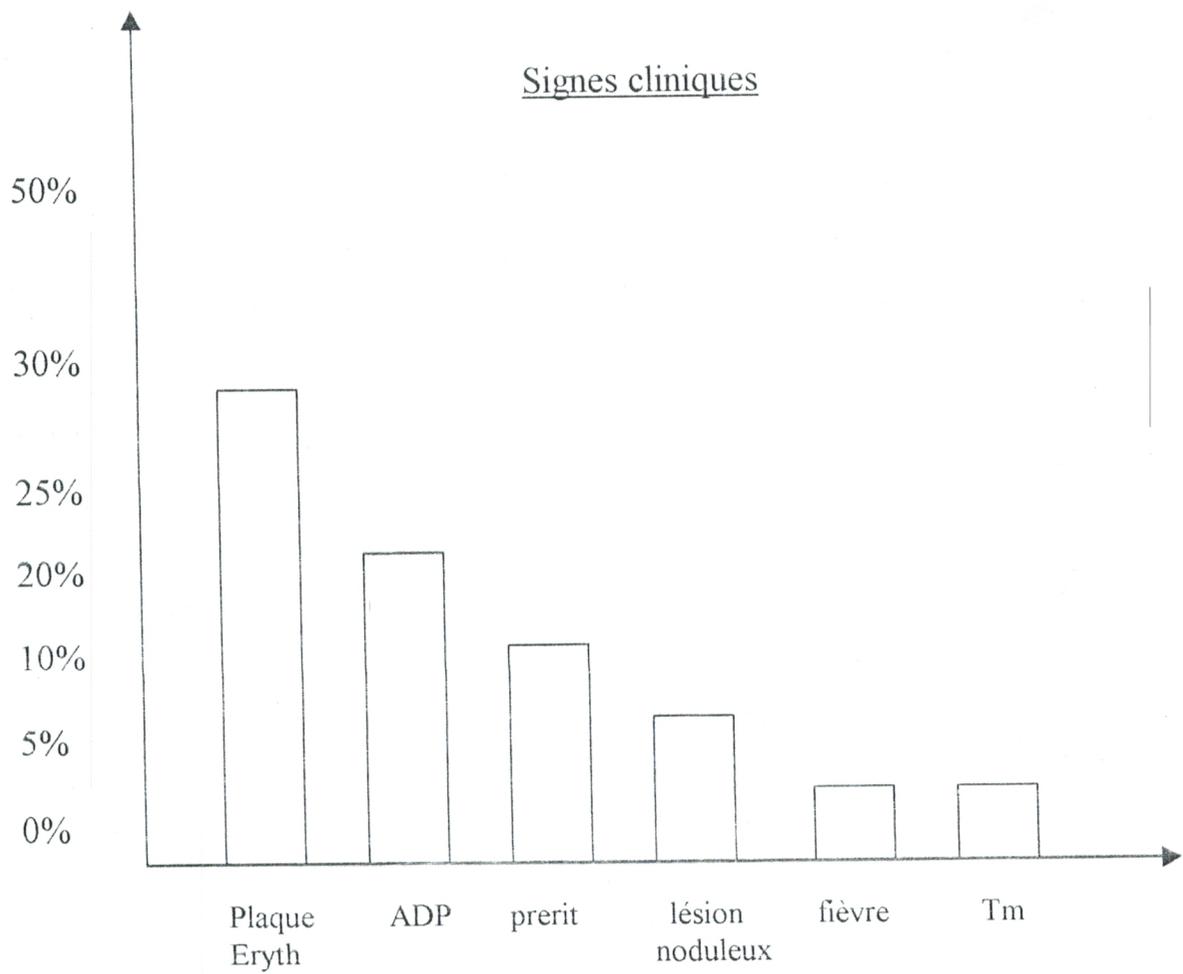
lésion nodulaire

5 %

fièvre

5 %

tumeur



→ 2- signes histologiques :

ponction ganglionnaire ou ponction des lésions cutanés

40 %

mycosis fongoide

30 %

sds ezany

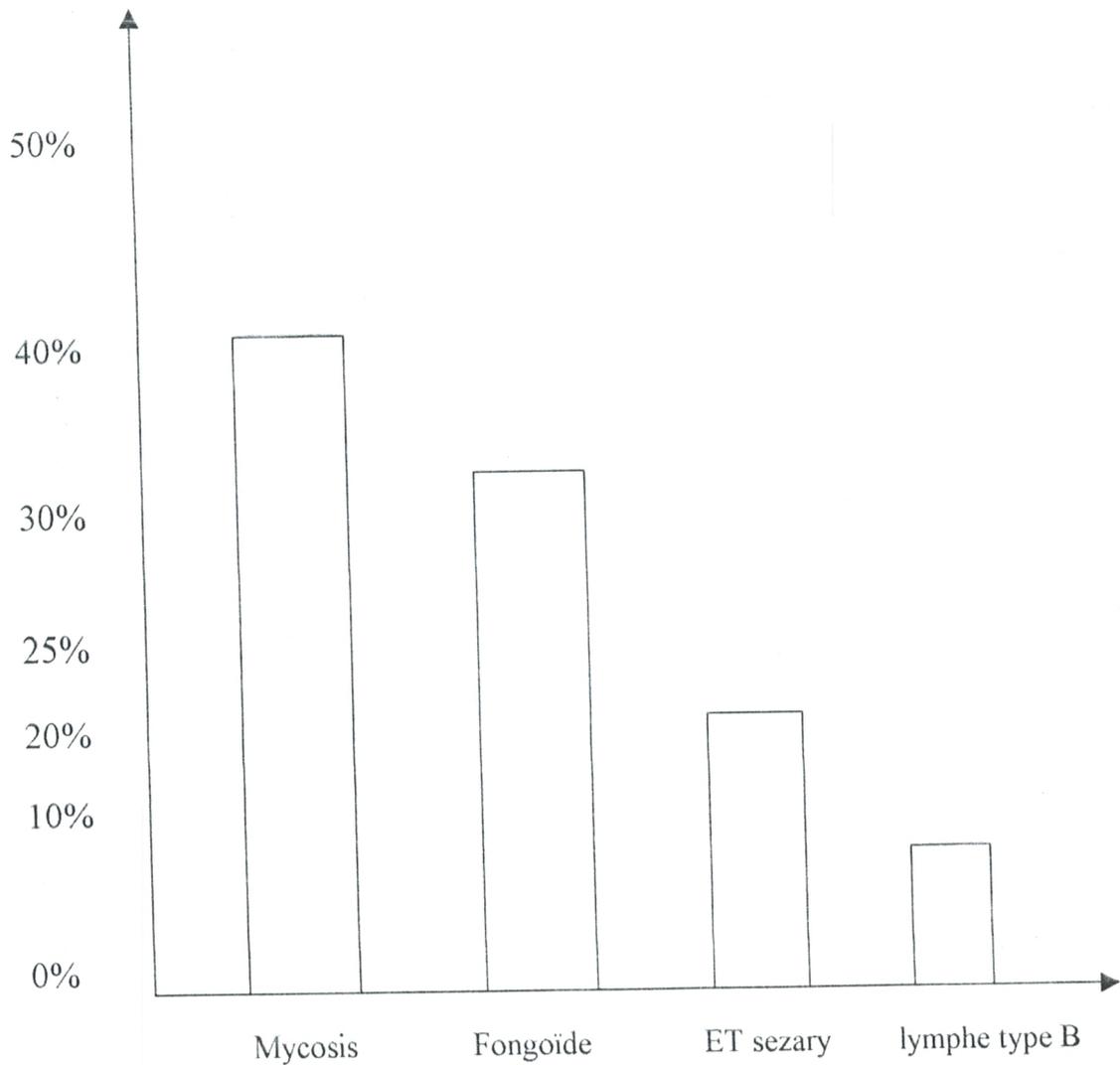
10 %

lymphome type B

20 %

lymphomas non cutanés

} → Lymphome T



## **DISCUSSION**

lymphome cutané non HADJKINIEN est une maladie assez rare a Tlemcen on a compté que 10 cas de 1983 au 2000 dans notre recrutement, nous avons . 1 cas 1000.000 habitants

son dg est assez difficile, la difficulté de l'étude histologique des ponctions ganglionnaire et cutané

## **CONCLUSION**

sur le plan thérapeutique, la diversité des lymphomes cutanés fait qu'actuellement aucun protocole peut se distinguer d'un autre au matière de bénéfice de long terme.