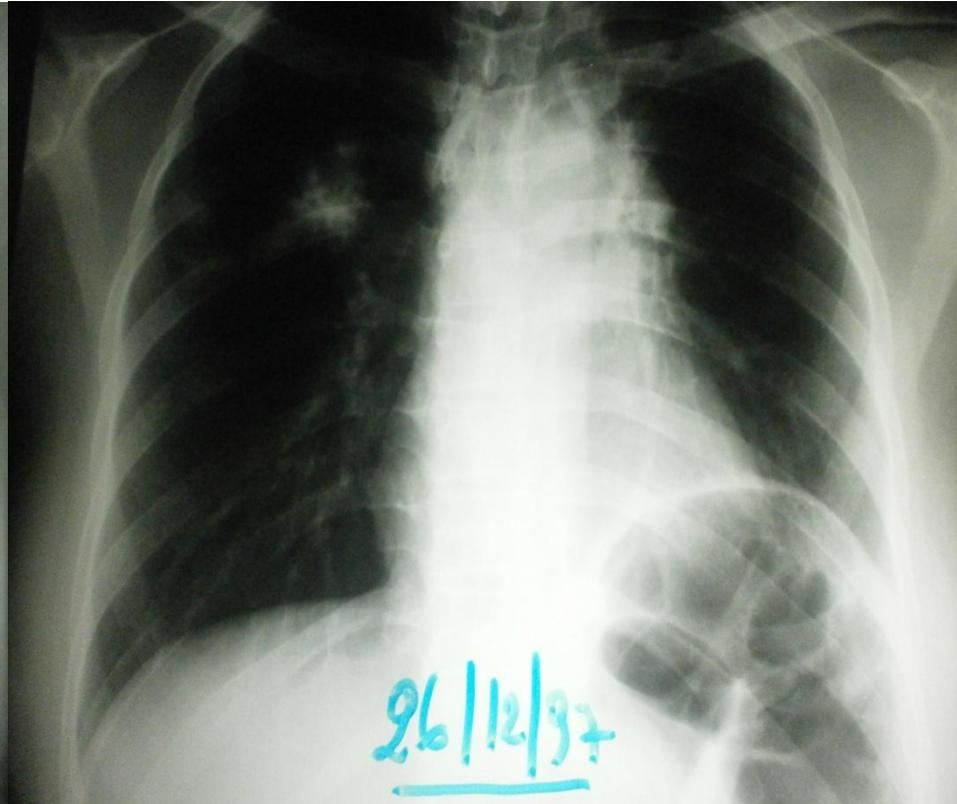


**MABROUKA M..27 ans** m'a consulté le 26/12/1997 pour "opacité pulmonaire droite survenant 2 mois après thoracotomie gauche pour « abcès pulmonaire »



# Elle est malade depuis 4 mois



- \*Toux-Hemoptisie-
  - \*Perte de poids
  - \*Fièvre-
  - \*Eruption cutané.
- Opéré le 10/9/97 :

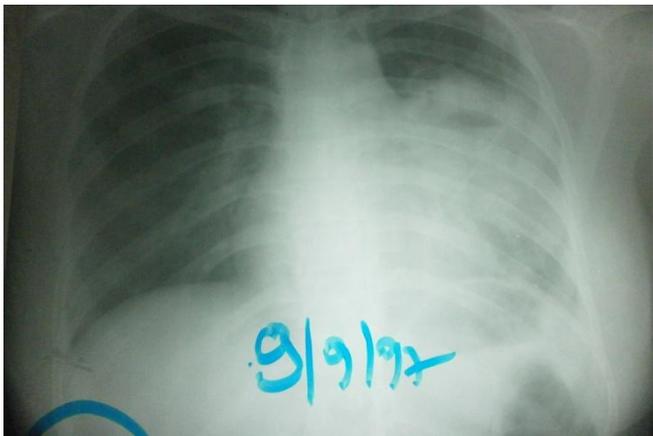
## L'Anapath

- \*Fibrose-
- \*Grande cellules-
- \*Hyperplasie lymphoïde

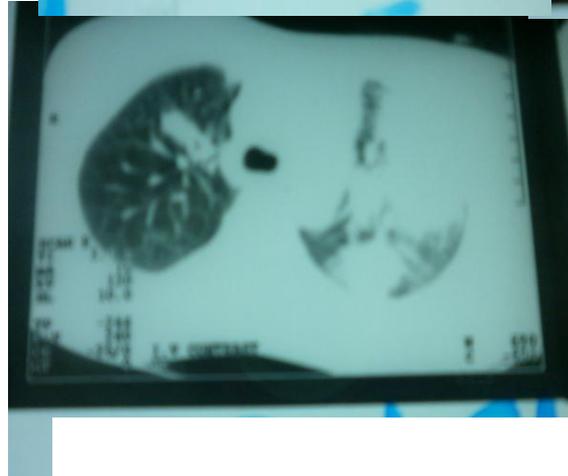
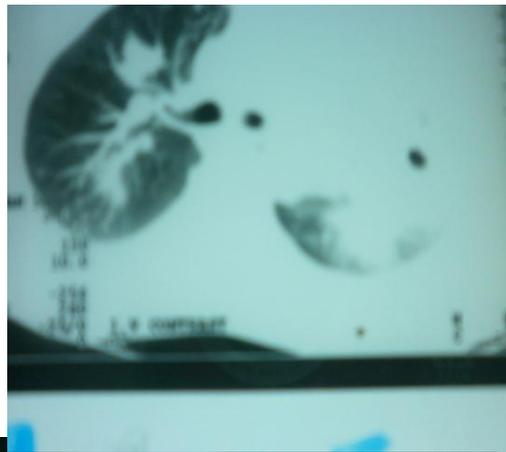
  
*Abces mycosique*

Radio du 27/8/97 superposable a 9/9/97:

Foyer lobaire inferieur gauche surmonte d'un niveau hydro-aérique.



Donc :  
opacités d'apparition  
successives et qui évoluent  
vers l'excavation



**Scanner 27/8/97 : foyer supérieur droit.  
Pas d'adenopathies.**

**29/10/97** : Il existe 3 opacités dont 2 excavés

**8/12/97** : Majoration des excavations des 3 opacités

# RELECTURE DES LAMES : Maladie de Hodgkin

## EXAMEN CLINIQUE :

Poids= 50 Kg. Pas d'adénopathies périphériques. Pas d'hépatosplénomégalie. Eruption cutanée aux niveaux des membres inférieurs

## BIOPSIE CUTANÉE

• Aspect histologique suggestif d'une vascularité lymphocytaire

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE** : Normale

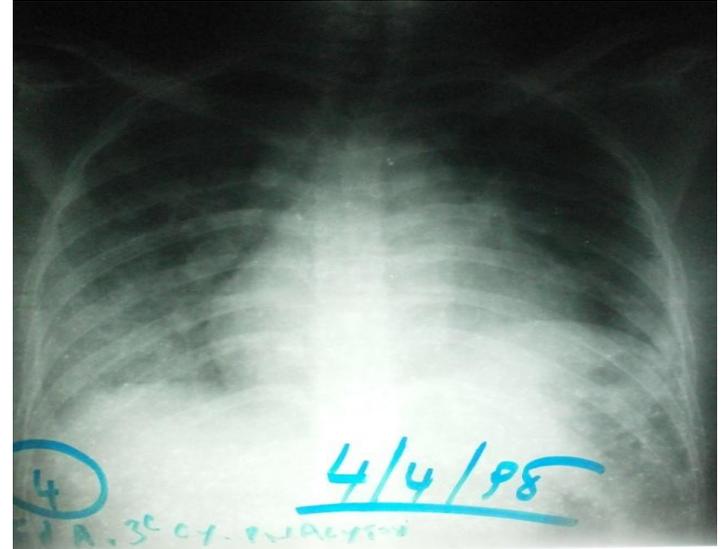
**FIBROSCOPIE BRONCHIQUE** : Normale

**EXAMEN O .R.L** : Normale

- **Recherche de B.A.A.R** : *negative*
- Recherche d'aspergillus = Négative
- Sérologie H.I.V = Négative
- Latex Waaler rose = Négative
- **D.H.L.M** = Normale
- -Aslo = 50
- - **Electrophorèse des protéides** - Alb : 25,2 GR/L - Gamme = 24,7 GR/L - Alpha 2 = 14,2 GR/L
- **BILAN HEPATIQUE** : Normale
- **VITESSE DE SÉDIMENTATION** : 62/104
- **HEMATOLOGIE** : HB = 12,2 GR/L GB = 14,5 10<sup>3</sup> (PN = 78% - Lympho = 20%) Plaquettes = 260 10<sup>3</sup>

# Maladie de HODGKIN a localisation pulmonaire isolé

Chimiotherapie type MOPP à partir de 12/1/98

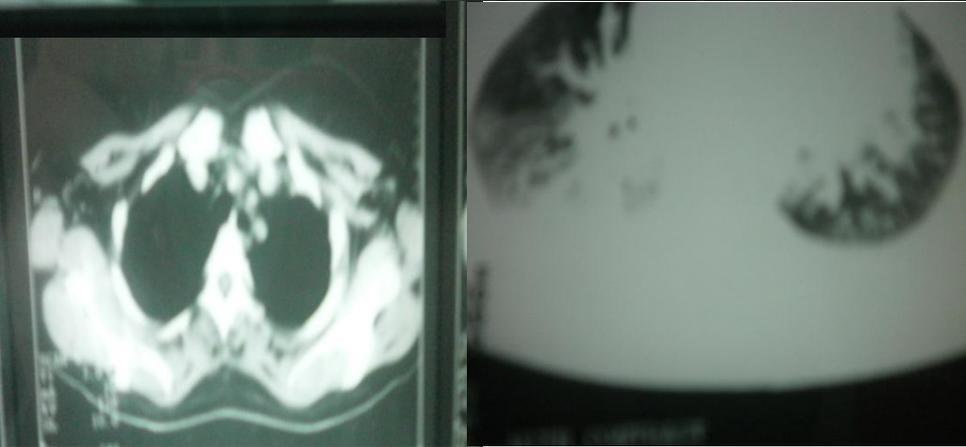
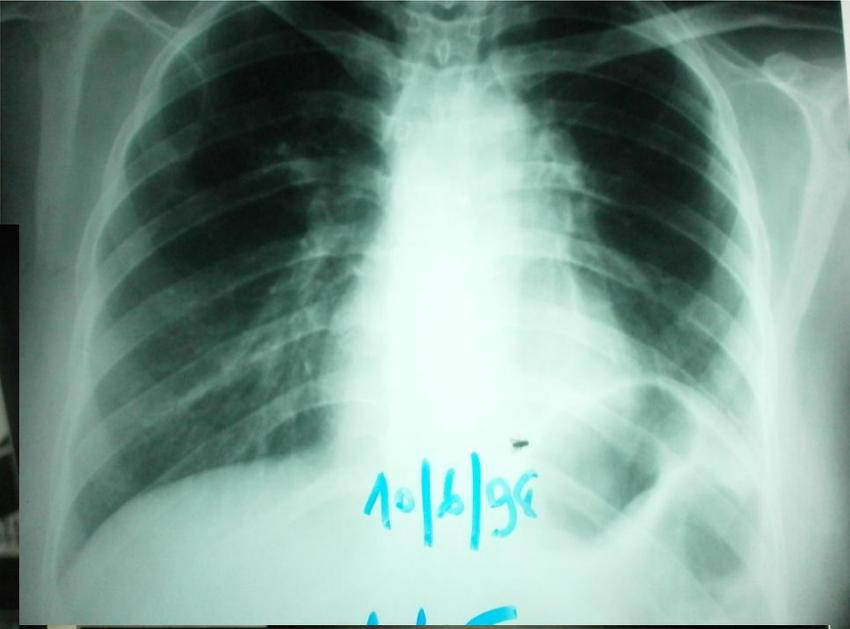


- Survenu à la fin du 3<sup>em</sup> cycles d'une pancytopenie fébrile a nécessité la réduction de 1/3 de la posologie initiale

Rémission complète dés la fin du 2<sup>em</sup> cycle

# 6ème cycles de chimiothérapie a été sans incidents le 7/9/98

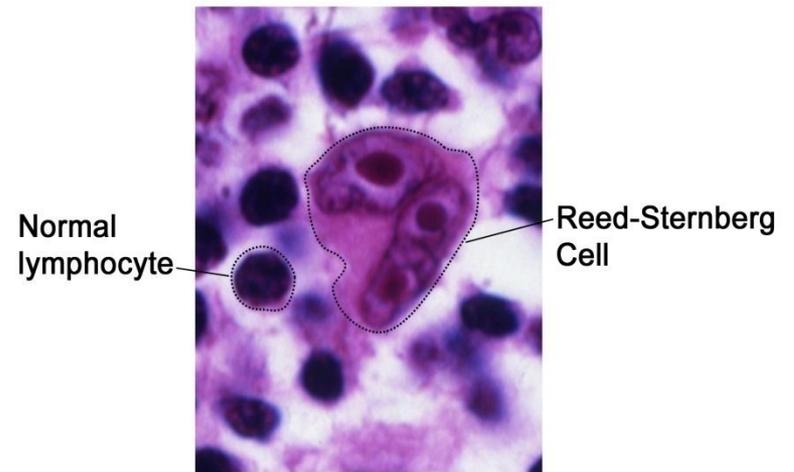
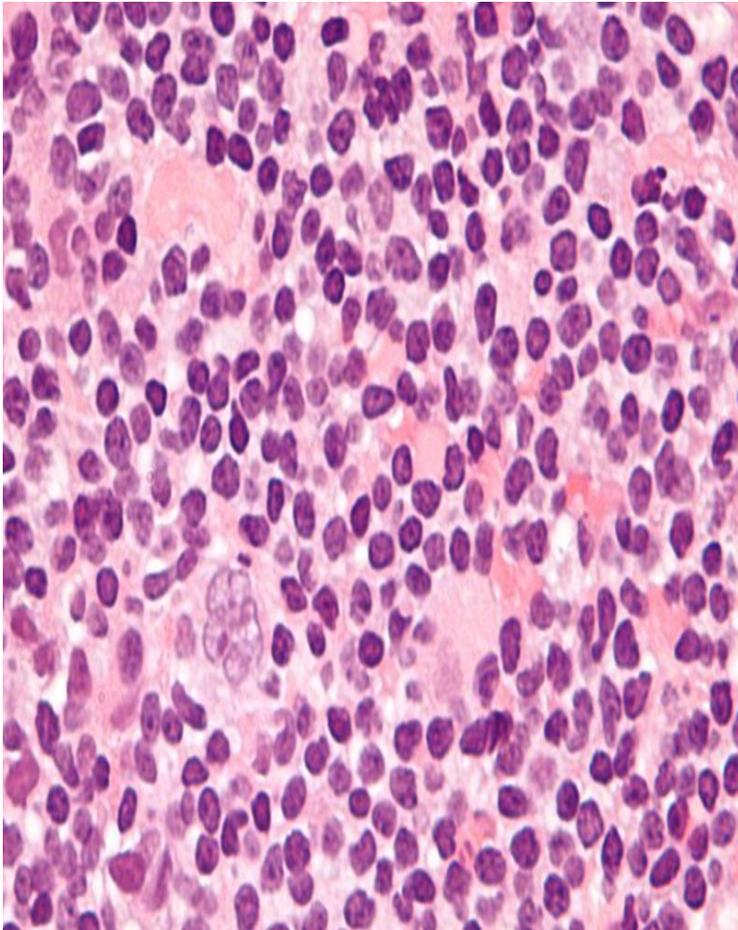
Contrôle du **30/5/2000** soit un recul de **2ans** et  
du **23 /3/2006** soit **8 ans** après  
Rémission complète



Scanner du 14/6/98



Lymphome de HODGKIN est une hémopathie lymphoïde caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg en histologie

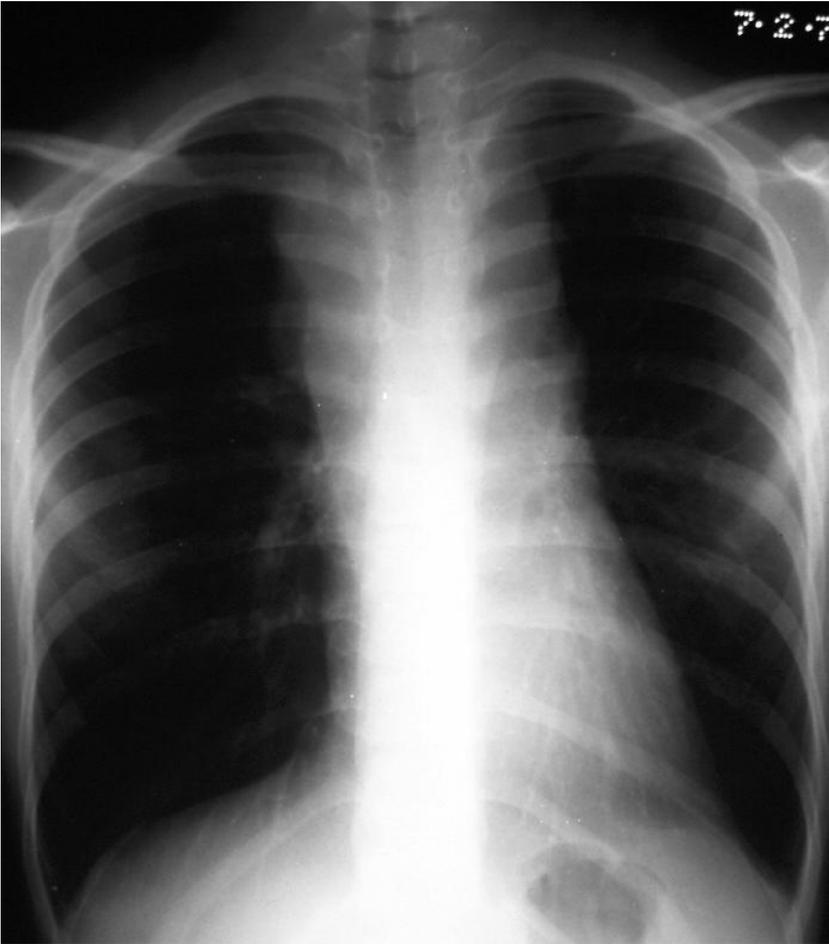


# Atteinte thoracique au cours des lymphomes HODGKINIENS

- **\*Ganglionnaire médiastinal ou hilare**
- **61%** des patients . chaines médiastinales supérieures dans **84 %**. (1).
- **\*Atteinte du parenchyme pulmonaire**
- - *Par contigüité ganglionnaire ou par extension lymphatique,*
- **8%** (2) à **14%** (1) voire **20%** pour des séries plus récentes. Des nodules sur **77%** et **88%** des TDM du thorax (3) . Leur taille variait de 2 à 100mm, et quelquefois étaient excavés
- **-Atteinte primitive pulmonaire.** Moins de **100cas**, ont été rapportés étant celle de Radin avec 60 malades (4).
- 1) Colby .Cancer 1981 ; 49 :1848-58
- 2) .Castellino Radiology1986;160:603-5
- 3) Diederich S.Eur Radiol 2001; 11:229512 Colby) ;
- 4) Radin Cancer1990;65:506-10

Mr Mohamed A ..25 ans

Adénopathie para trachéale droite



- Biopsie ganglion sus Clavière droite.
- : **SARCODOSE**
- Reprise 3 mois après :  
ASSOCIATION  
**Sarcoïdose +Lymphome  
HODGKINIEN**

# Une **sarcoïdose** ou une réaction « sarcoidosique » peut être satellite aux LYMPHOME HODGKINIENS

\*Trier **(1)** un patient avec sarcoïdose ayant précédé l'apparition d'un LH, et fait la revue de 9 autres cas dans la littérature

\*La sarcoïdose est fait le lit de syndromes lymphoprolifératifs **(2)**??

(lymphopénie, augmentation du taux de CD 4+ /CD8+ ; molécules d'adhésion ;prolifération macrophagique

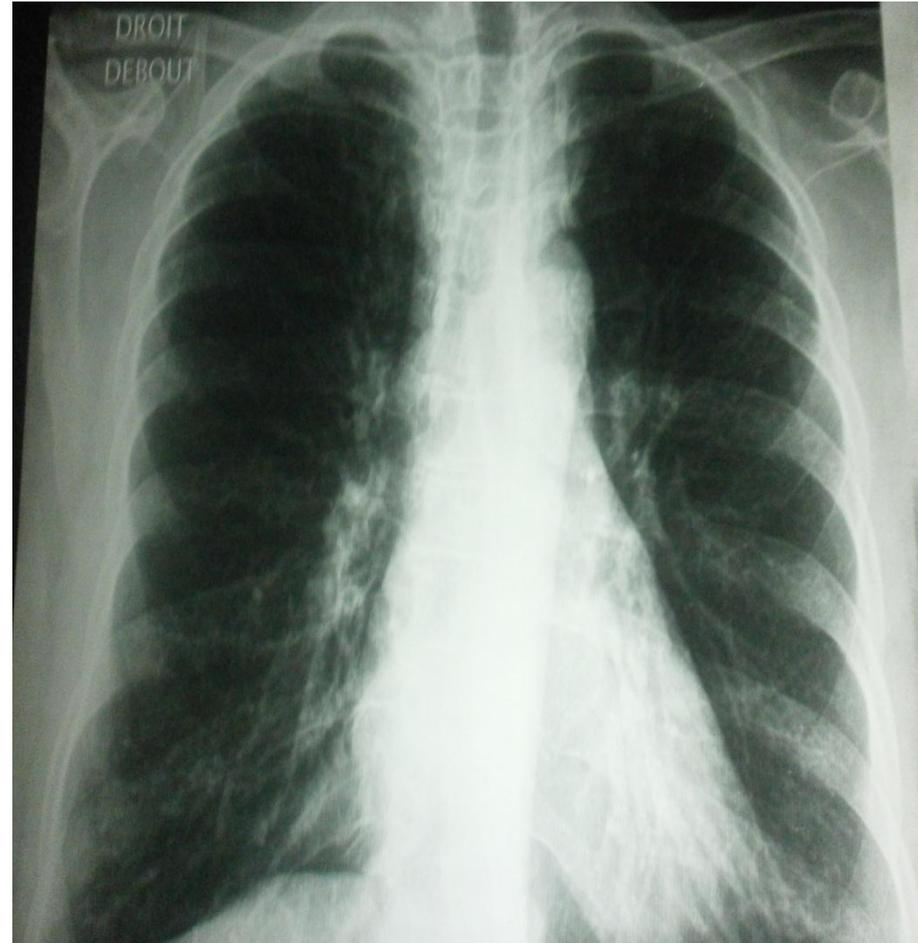
•Des atteintes granulomateuses éosinophiles évoquant un aspect d'histiocytose X ont également été décrites au décours de traitement de LH. Les 2premiers cas rapportés en 1982 **(3)**

- (1) **Trier**. Acta Med Scand 1985; 218:137-40
- (2) **Karakantza**.J Clin Pathol 1996; 49:208-12
- (3) **Sajjad**.Thorax 1982; 37:110-3

## MABROUKA N...Consultation le 18/5/2009:

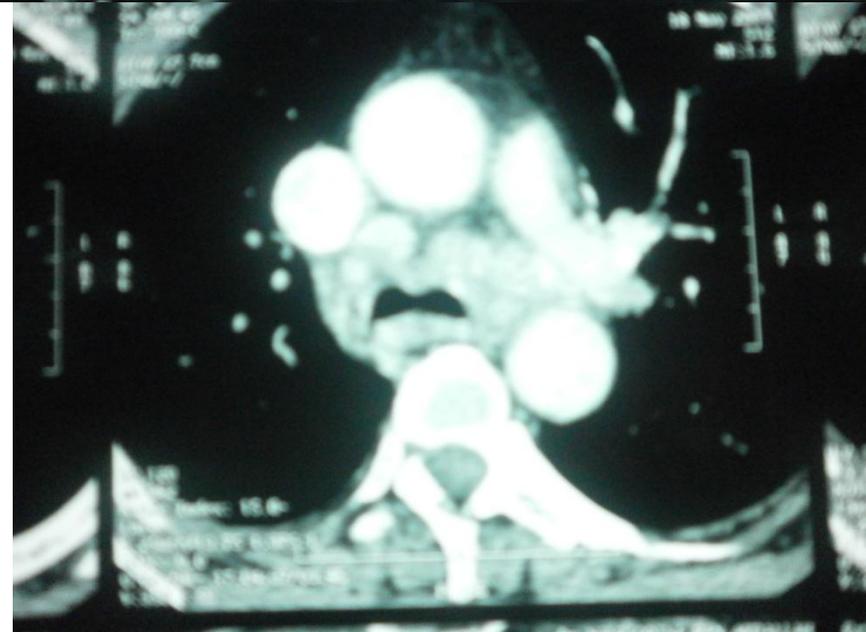
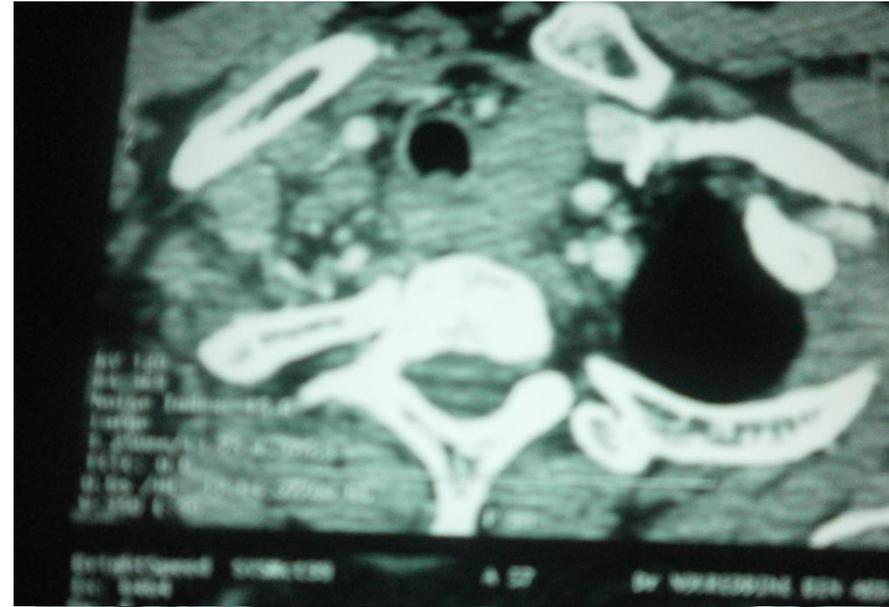
Depuis 2mois Dyspnée ;dysphagie; febricule

- **ANTECEDENT ET TARES :**
- Appendicectomie il y a 6ans
- Cholecystectomie il y a 4 ans
- **EXAMEN PHYSIQUE :** note de stridor  
TA=12/7 - T°=37 -Pds=65kg
- Pas d'adénopathie périphérique
- **EXAMENS BIOLOGIQUES :**
- VS : 1<sup>er</sup> H :95      2<sup>em</sup> H :146
- NFS : GB(13,5 10p3-  
PN%)HB :10,8 gr/l      Plaquettes :442  
10p3
- **FIBROSCOPIE BRONCHIQUE :**  
Collapsus face postérieure des grosse  
bronche
- **: Aspiration bronchique :** Absence de  
cellule néo



## SCANNER THORACIQUE :QQ Adenomegalie (loge baretty- paratreacheaux)

- **ECHOGRAPHIE CERVICALE :**
- Adénopathie jugulocarotidienne gauche-kyste lobe gauche de la thyroïde
- **AVIS ORL :**
- Aspect luxée de l'hémilarynx gauche avec diminution mobilité corde vocale gauche ...plutôt mobile ?? Thyroidite??



## CONSULTATION N° 2:(17/8/09)

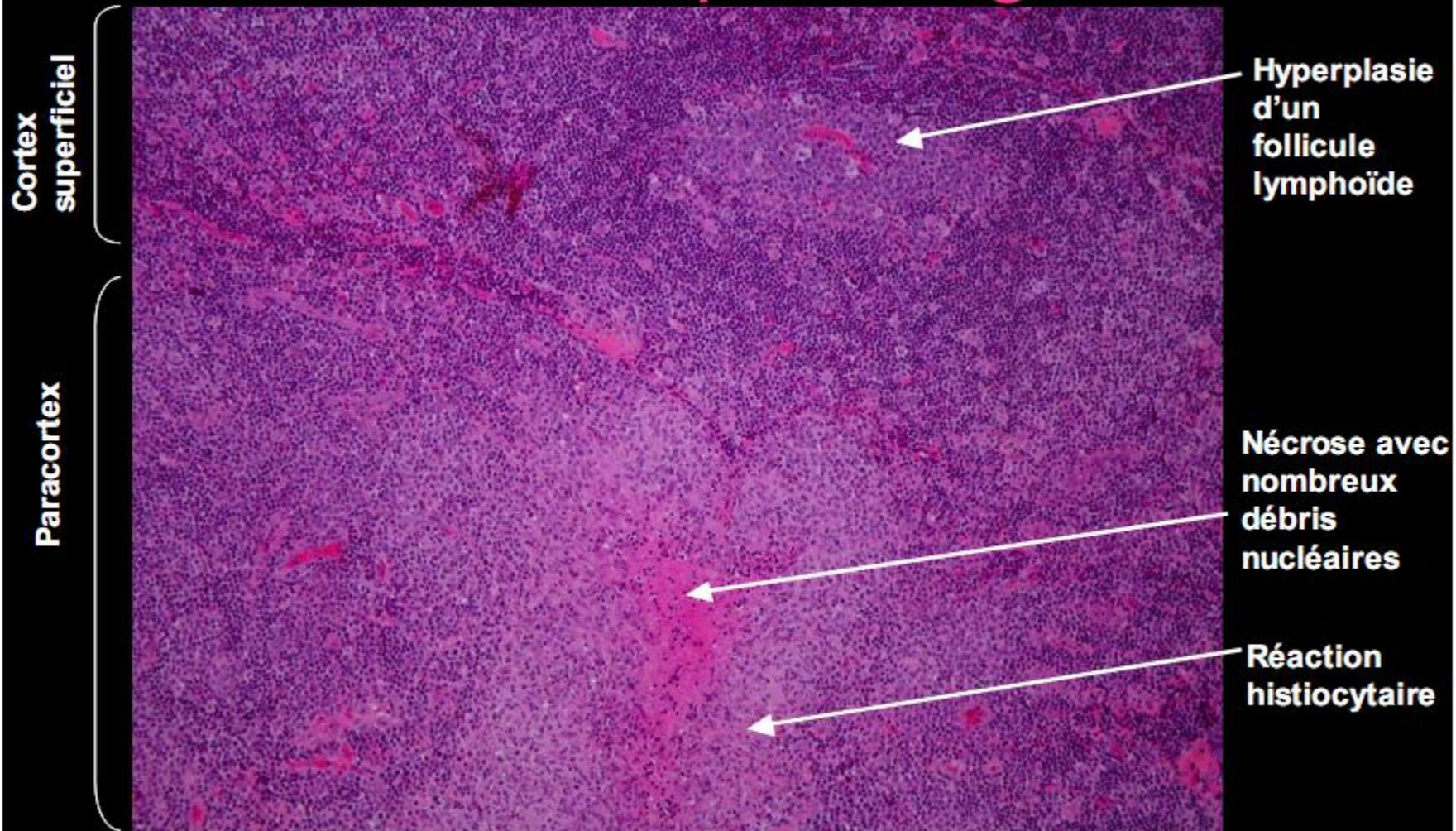
Dégradation de l'état générale +dysphonie ;céphalée ;toux

- **Examen physique** : T° :37 - Pd :62kg-Adénopathie sus claviculaire gauche
- **VS** :1èr H :107      2èm H :143
- **CYTOPONCTION** :**Tuberculose ganglionnaire**
- **Cervicotomie** : **maladie de KIKUCHI**
- VU L état générale et le syndrome inflammatoire
- 
- ---→ **Traitement ANTI TBC**

# Discussion

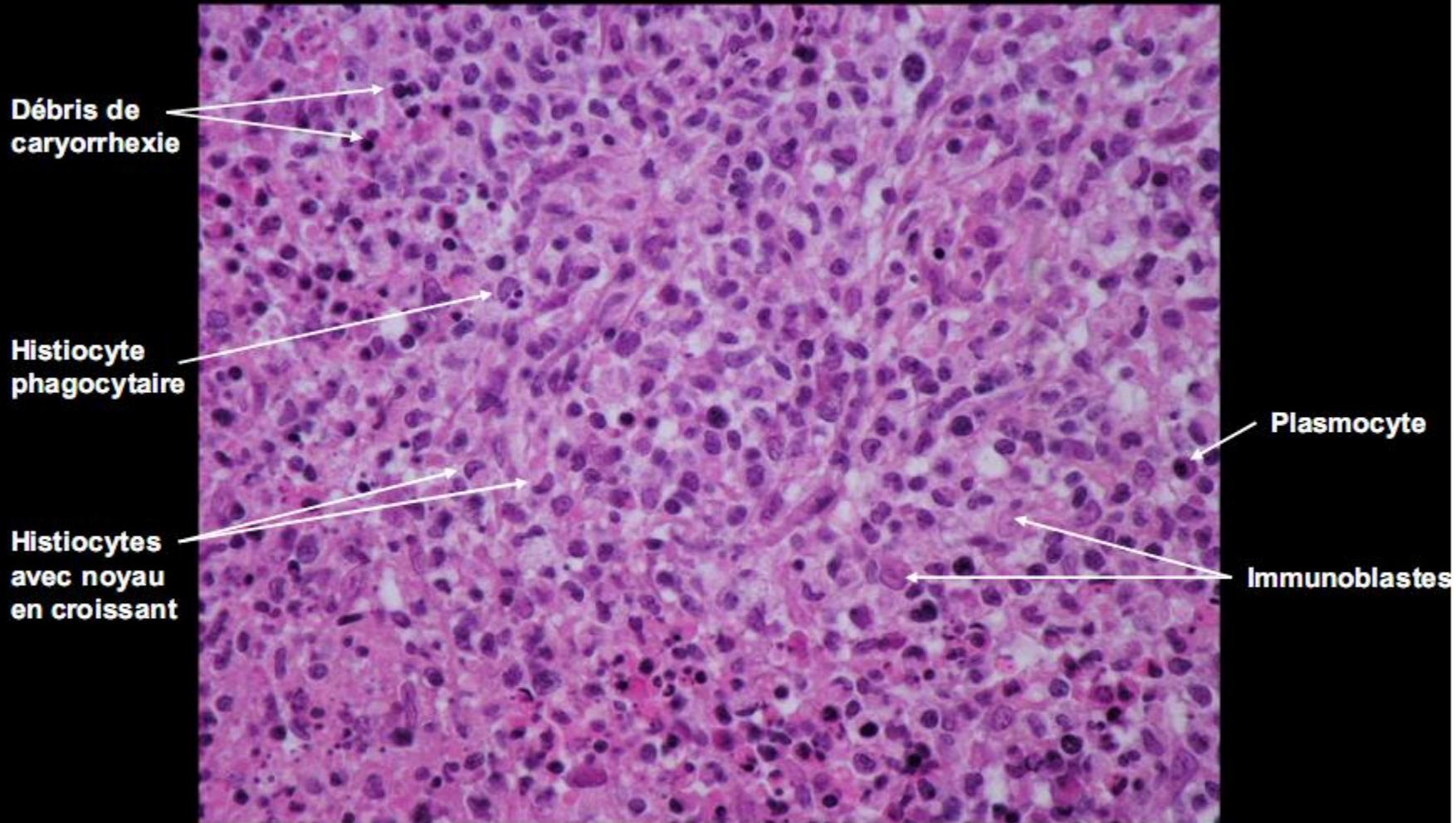
- Maladie de Kikuchi ou lymphadénite histiocytaire nécrosante
  - Entité anatomoclinique rare
  - Décrite pour la 1<sup>ère</sup> fois par Kikuchi et Fujimoto en 1972
  - Adulte jeune < 30 ans, origine asiatique, discrète prédominance ♀
  - Adénopathies le plus souvent cervicales, postérieures et unilatérales
    - +/- signes généraux
    - +/- signes biologiques (leucopénie, ↑ VS)
  - Evolution le plus souvent spontanément favorable en 1 à 4 mois  
Traitement possible: corticoïdes

# Anatomopathologie



**Follicules lymphoïdes discrètement hyperplasiques dans la corticale superficielle. Tissu paracortical amputé par des plages de nécrose acidophile (HES, grossissement x100)**

# Anatomopathologie



**Nécrose balisée d'éléments histiocytaires, de quelques plasmocytes et immunoblastes. Noter l'absence d'éléments polynucléés, de cellules épithélioïdes ou de cellules géantes. (HES, Grossissement x400)**



# Tuberculose ganglionnaire mimant une maladie de Kikuchi au cours d'un lupus systémique: à propos d'un cas.

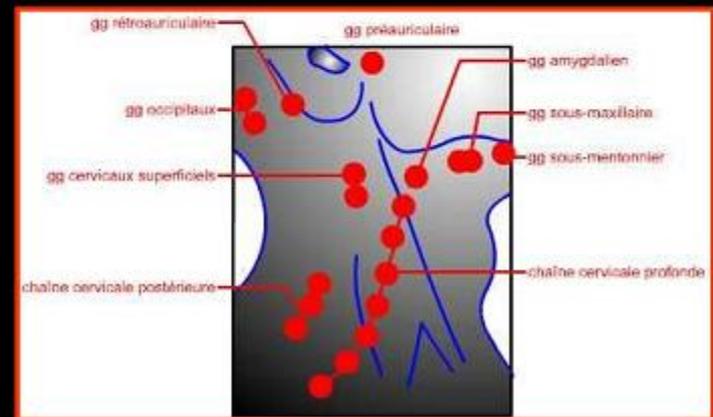
A Cottereau <sup>1</sup>, \*P Bémer <sup>2</sup>, C Bossard <sup>3</sup>, C Chamoux <sup>2</sup>, M Hello <sup>1</sup>,  
M Hamidou <sup>1</sup>

Services de <sup>1</sup>Médecine Interne, <sup>2</sup>Laboratoire de Bactériologie-Hygiène  
et <sup>3</sup>Anatomopathologie,  
CHU Hôtel Dieu, Nantes

# Cas clinique

## Jeune femme - 20 ans - origine camerounaise

- Antécédents:  
Lupus systémique depuis 2002, quiescent sous 5mg/j de Prednisone  
Splénectomie en 2003
- Février 2007  
Asthénie, amaigrissement, adénopathies cervicales depuis 5 mois
- Examen clinique:  
Adénopathies cervicales,  
bilatérales  
≤ 3 cm  
sensibles et mobiles



# Cas clinique

- Bilan complémentaire: Adénoïdectomie cervicale

## Anatomopathologie

Adénite nécrosante  
avec débris nucléaires (caryorrhexie)  
et réaction histiocytaire

= maladie de Kikuchi

# Cas clinique

- Bilan complémentaire: Adénoïdectomie cervicale

## Anatomopathologie

Adénite nécrosante avec débris nucléaires et réaction histiocytaire = maladie de Kikuchi

PCR EBV positive

Coloration de Ziehl : absence de BAAR

Culture positive à *Mycobacterium tuberculosis* en 9 j, en milieu liquide

## CONSULTATION N°3 : (15/3/2010)

.. Récidive de la fièvre.. céphalées occipitale....

- **EXAMEN PHYSIQUE** :T° : 38 -Pd :60Kg-Multiples adénopathies latérocervicales bilatérales.
- **VS** :      1èrH :80                      2èmH :121
- **CERVICOTOMIE LE 19/3/2010**
  
- **LYMPHOME B à grande cellules**

# La maladie de Kikuchi-

Extrêmement rare

Confondue avec le lupus érythémateux systémique (LES), un lymphome malin. .

(X. Bosch et A. Guilabert (mai 2006 Orphanet)

- **Maladie de Kikuchi, lymphome de Hodgkin et/ou lupus systémique aigu: binôme fortuit(1)**
- \*Patiente âgée de 23 ans, dont le diagnostic de maladie de Hodgkin , posé après deux ans suivie pour une maladie de Kikichu
- \*une femme de 29 ans lupus systémique actif cinq ans après apparaissent des grosses adénopathies cervicales .
- ->**Tuberculose ganglionnaire**
- ->**Adénopathies lupiques.**
- L'immuno-histochimiques et l'évolution est sont en faveur de Maladie de Kikuchi
- **(1) S. Médaoud** Revue du rhumatisme  
Volume 73, numéro 10-11page 1224 (novembre 2006)
- **Kikuchi disease in association with HTLV1.(2)**
- \* 25 ans Homme maladie de Kikuchi .
- . **Le patient s'est avéré positif pour le virus à cellule T humain de lymphome de leucémie (HTLV1).**
- La maladie de Kikuchi a été rapportée en association avec des infections telles que le virus d'Epstein-Barr (EBV), l'herpès (HHV6) et la toxoplasmose,
- lié à HTLV1.
- **c'est le premier cas**
- **(2)Bataille V, Br J Dermatol1997 Apr;136(4):610-**