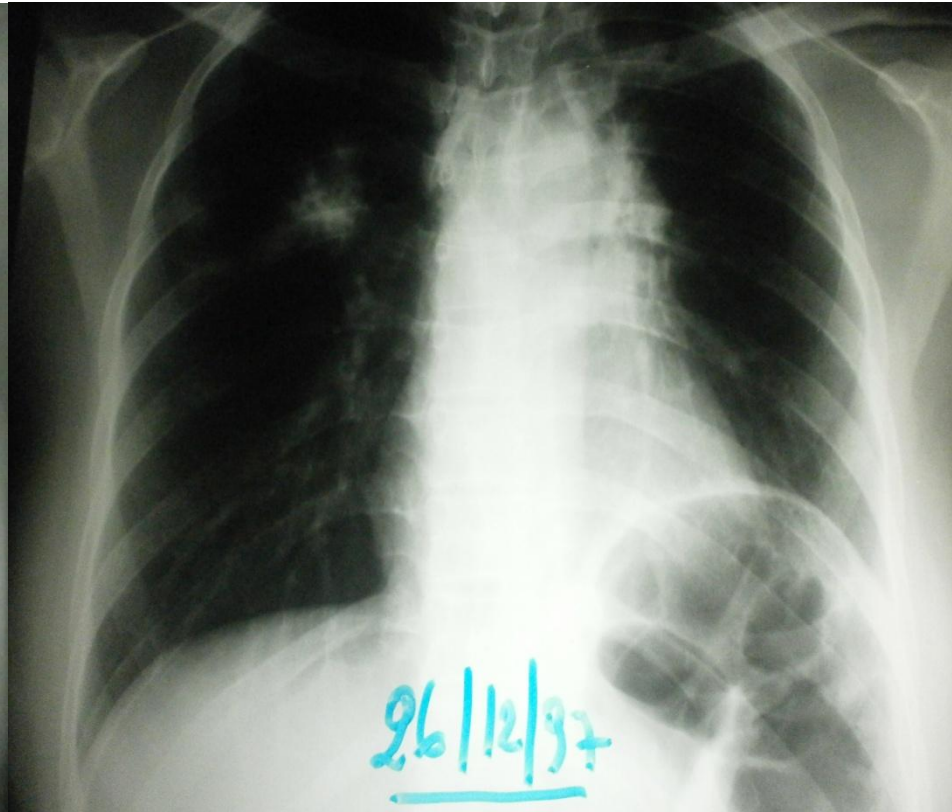
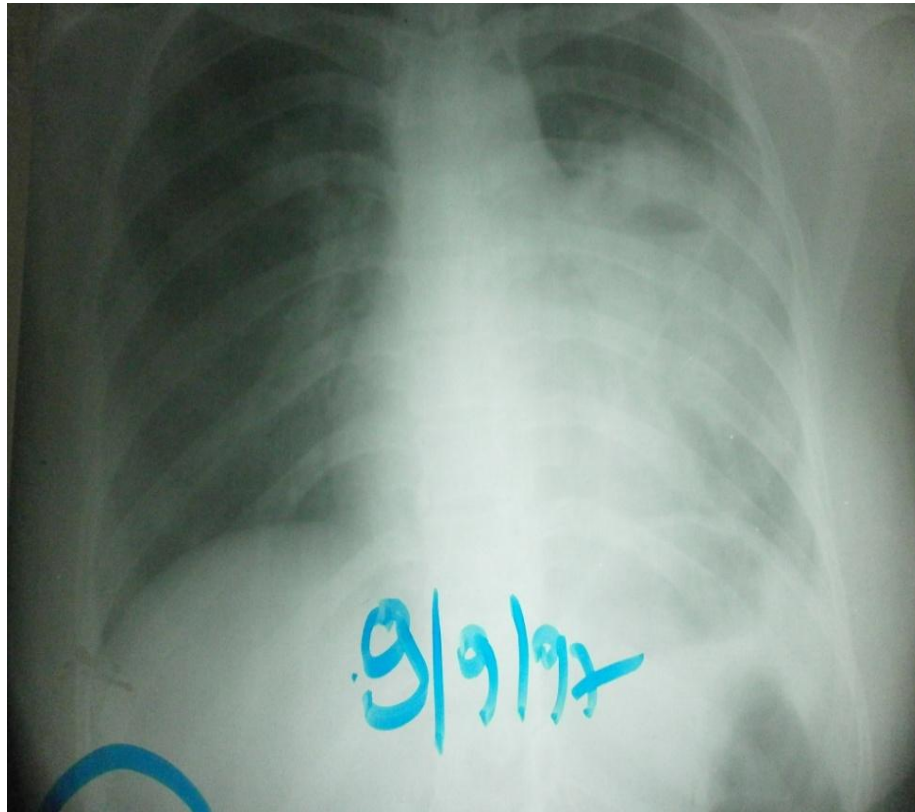


MABROUKA M..27 ans m'a consulté le 26/12/1997 pour "opacité pulmonaire droite survenant 2 mois après thoracotomie gauche pour « abcès pulmonaire »



Elle est malade depuis 4 mois



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

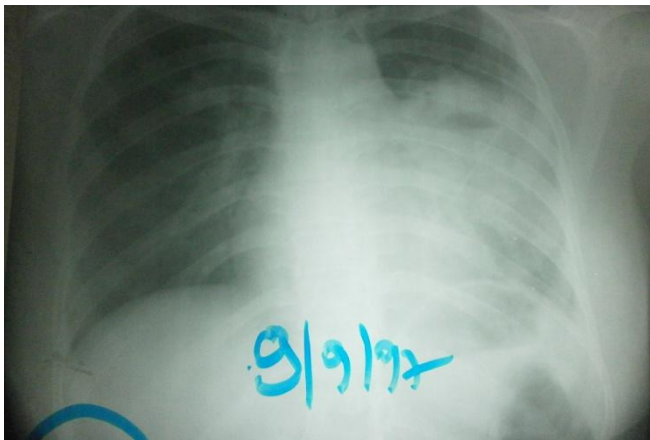
L'Anapath

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

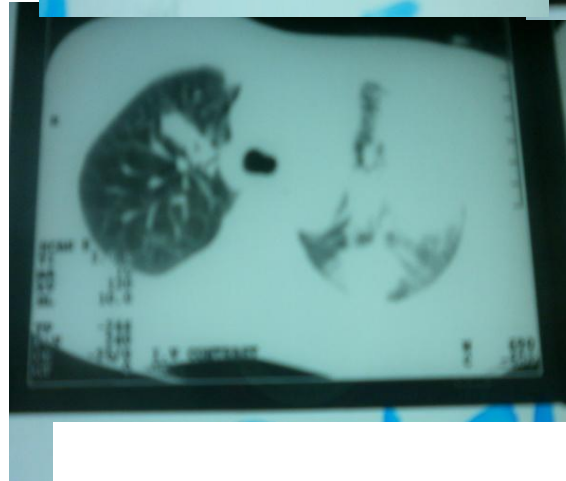
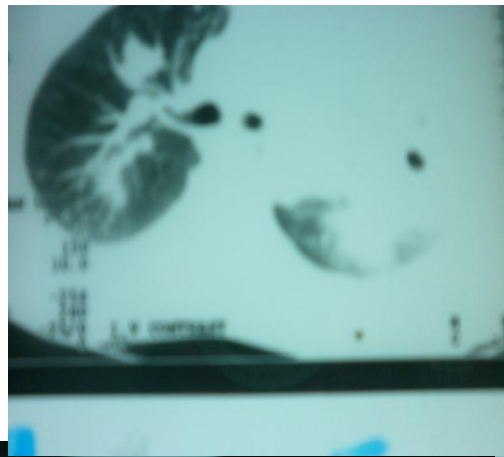

Abces mycosique

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

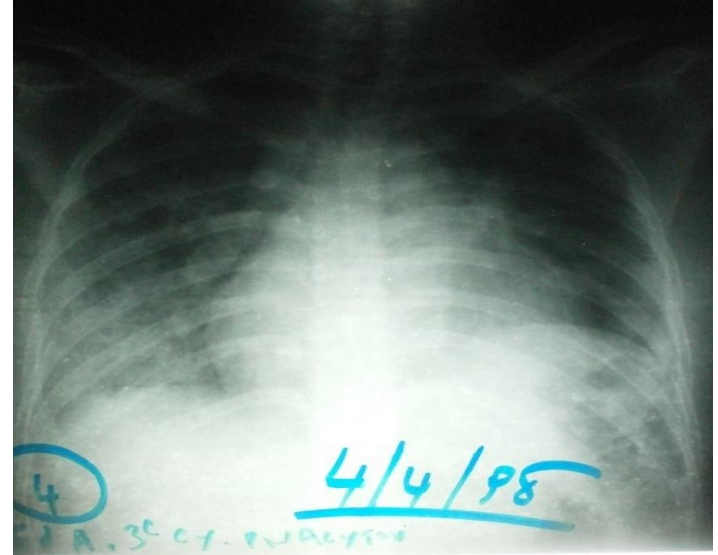
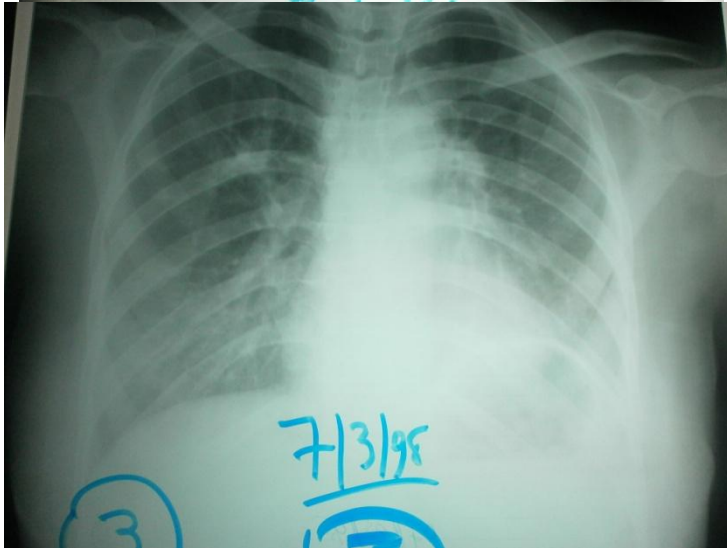
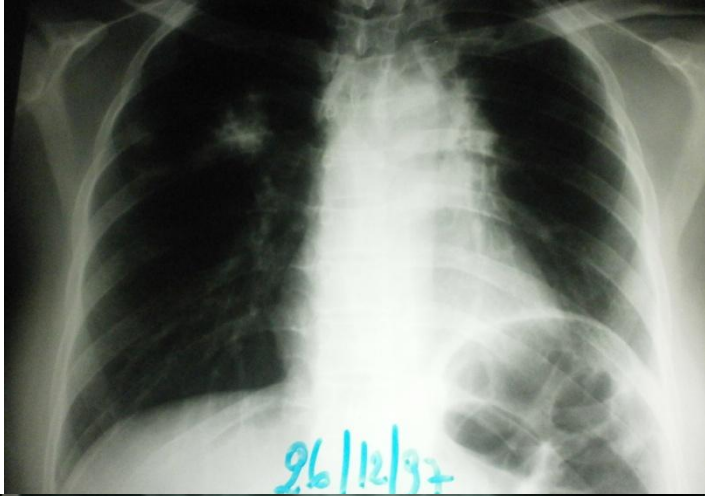
FIBROSCOPIE BRONCHIQUE : Normale

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 = 14,5 10³ (PN = 78% - Lympho = 20%) Plaquettes = 260 10³

Maladie de HODGKIN a localisation pulmonaire isolé

Chimiotherapie type MOPP à partir de 12/1/98

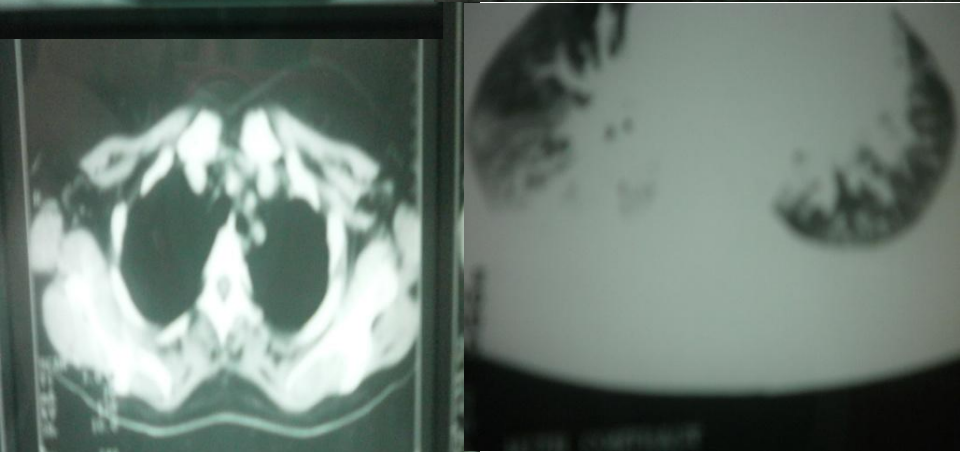
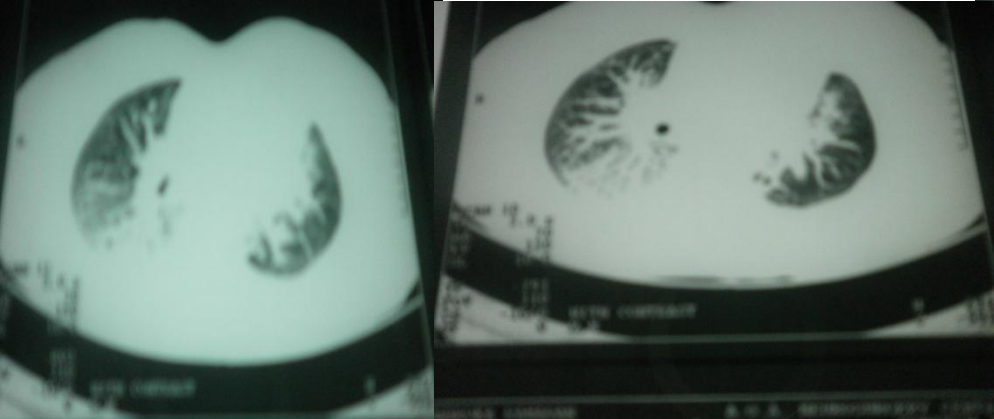
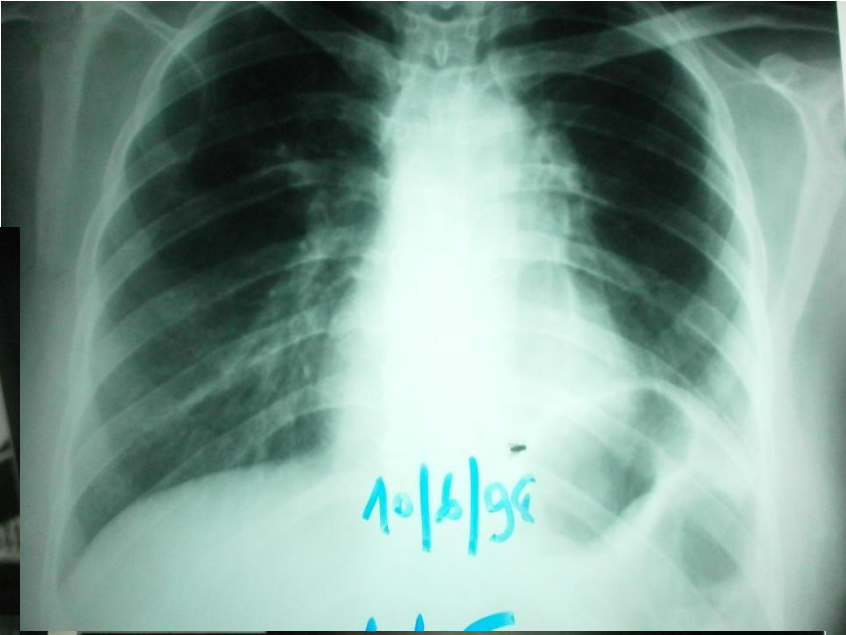


- Survenu à la fin du 3^{em} cycles d'une pancytopenie fébrile a nécessité la réduction de 1/3 de la posologie initiale

Rémission complète dés la fin du 2^{em} cycle

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

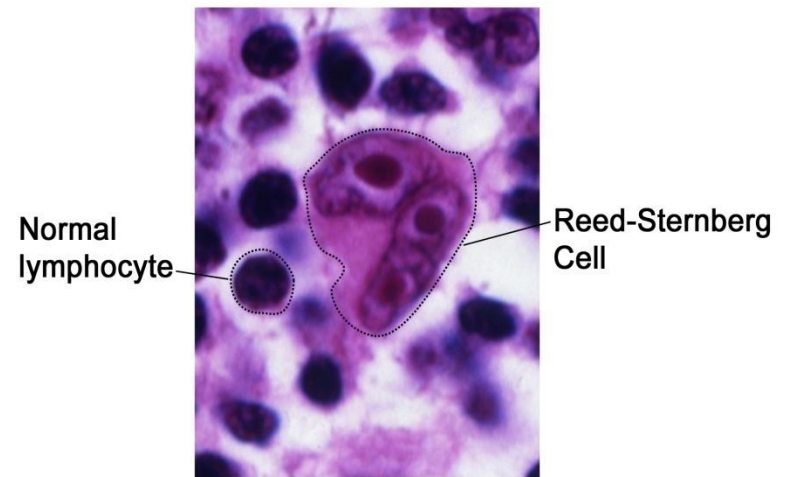
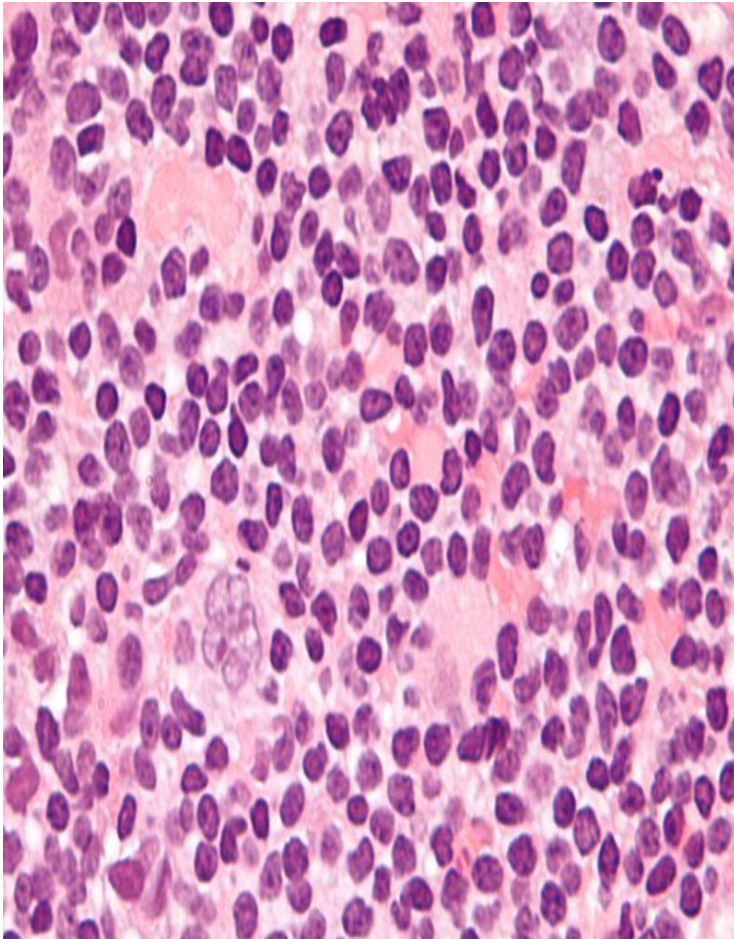
Contrôle du 30/5/2000 soit un recul de 2ans et
du 23 /3/2006 soit 8 ans après
Rémission complète



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

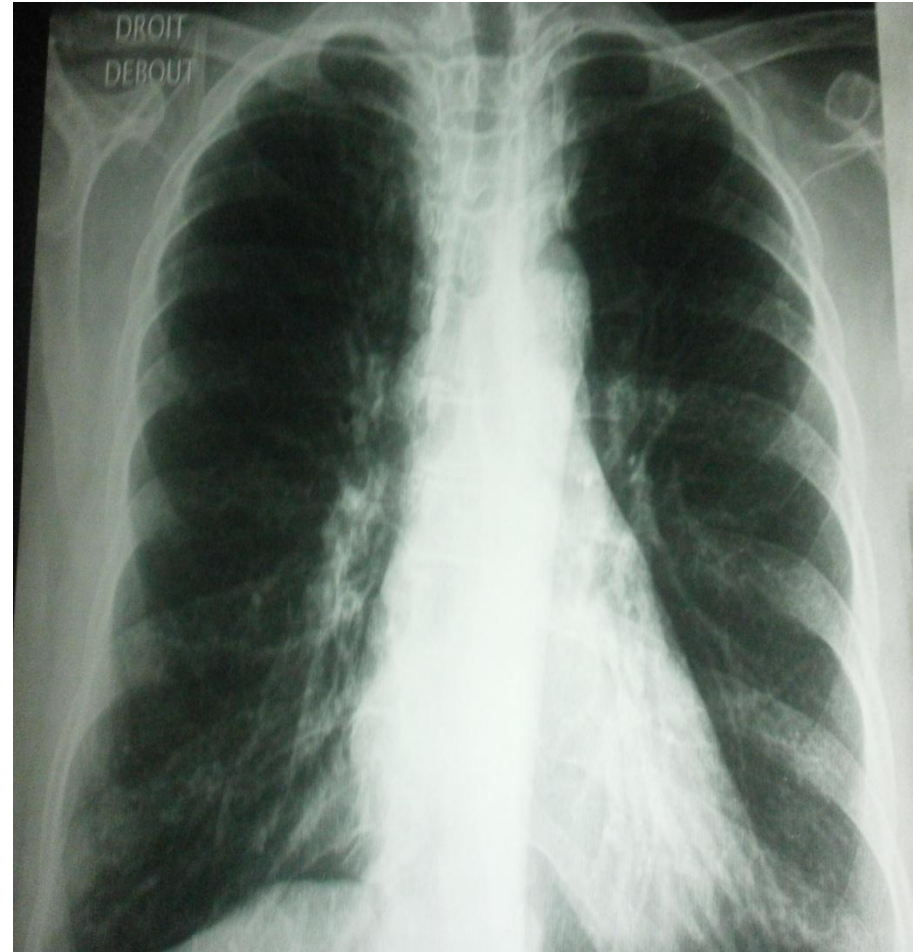
•Des atteintes granulomateuses éosinophiles évoquant un aspect d'histiocytose X ont également été décrites au décours de traitement de LH. Les 2premiers cas rapportés en 1982 **(3)**

- (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:

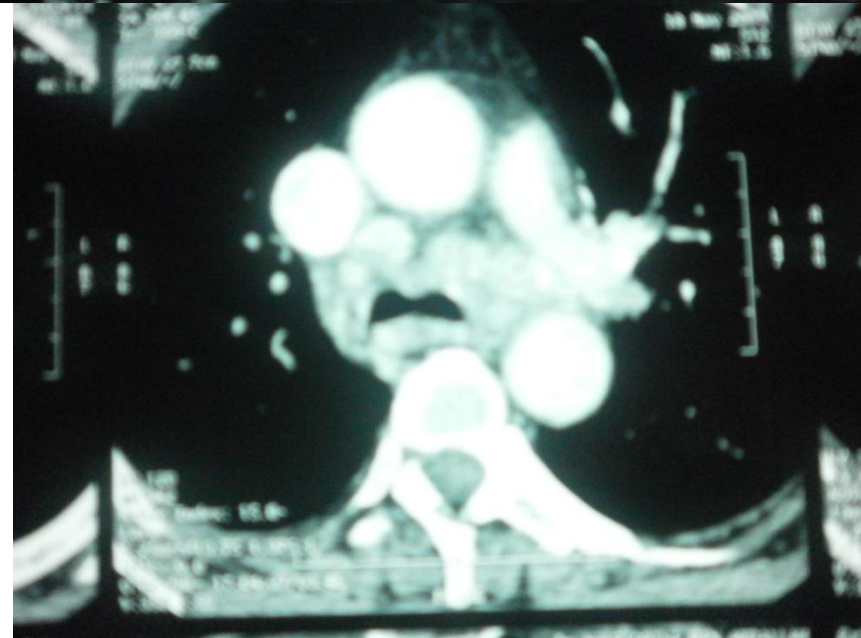
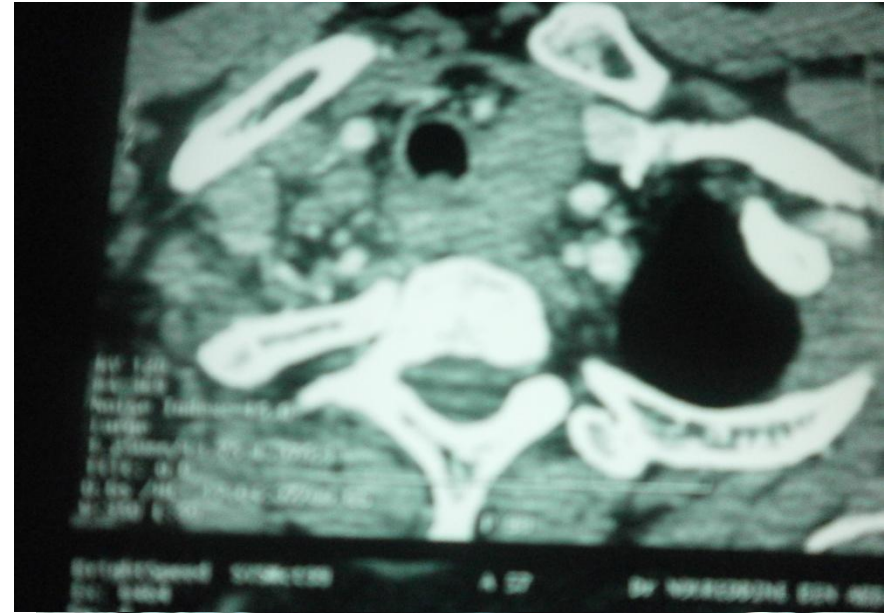
Depuis 2mois Dyspnée ;dysphagie; febricule

- **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^{er} H :95 2^{em} 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 barety- 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)

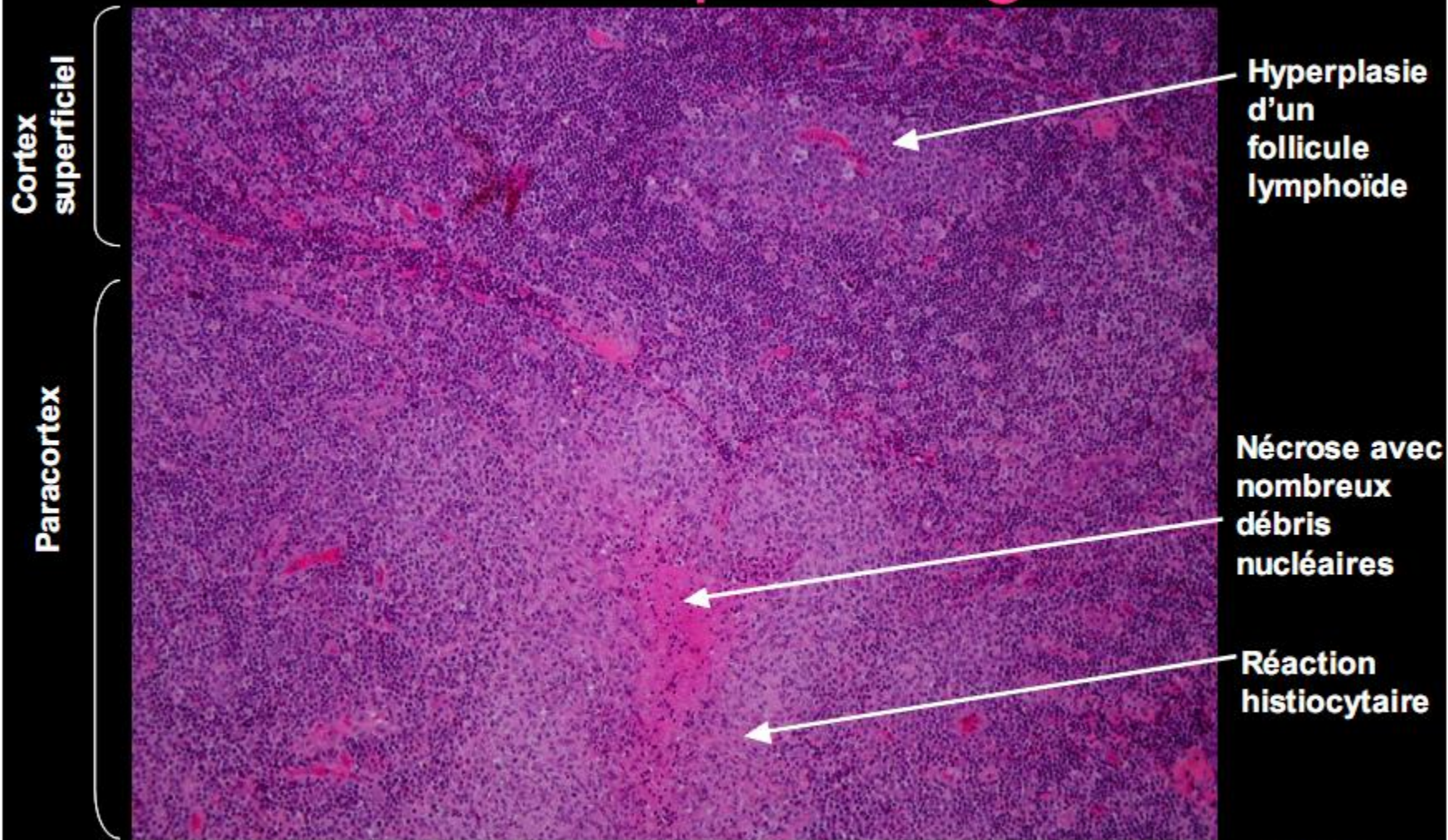
Dégradation de l'état générale +dysphonie ;céphalée ;toux

- **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

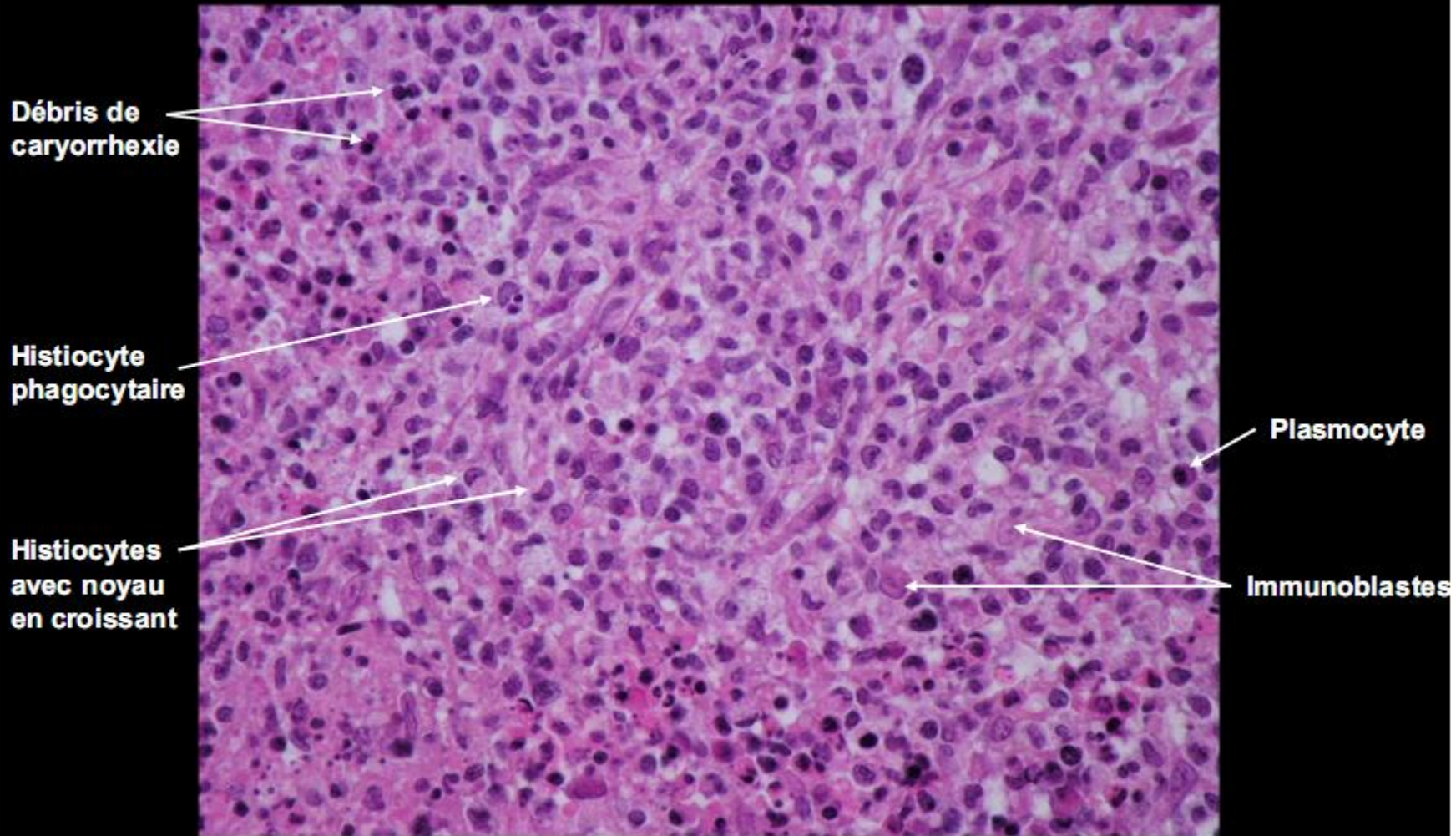
- Maladie de Kikuchi ou lymphadénite histiocytaire nécrosante
 - Entité anatomoclinique rare
 - Décrite pour la 1^{ère} fois par Kikuchi et Fujimoto en 1972
 - Adulte jeune < 30 ans, origine asiatique, discrète prédominance ♀
 - Adénopathies le plus souvent cervicales, postérieures et unilatérales
 - +/- 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.

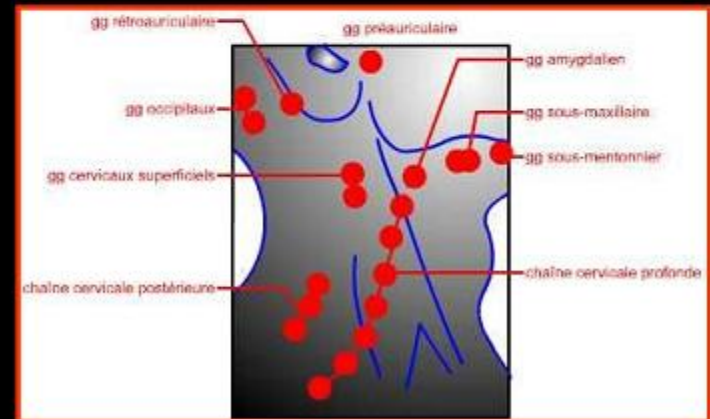
A Cottereau ¹, *P Bémer ², C Bossard ³, C Chamoux ², M Hello ¹,
M Hamidou ¹

Services de ¹Médecine Interne, ²Laboratoire de Bactériologie-Hygiène
et ³Anatomopathologie,
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 Kikuchi
- *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-**