

lymphomes du tube digestif et du péritoine ; confrontations anatomo-radiologiques



D. Régent et coll. CHU Nancy-Brabois Radiologie Adultes



" Les lymphomes primitifs du tube digestif ont, en général, une présentation macroscopique proche de celles des adénocarcinomes, tumeurs malignes les plus fréquentes du tube digestif. Le diagnostic macroscopique différentiel de ces deux affections est aléatoire ; parmi les rares critères de différenciation, on peut citer la multifocalité des lésions dans les lymphomes et la présence d'un relief muqueux cérébriforme "

Jouret A, Haot J. Aspects macroscopiques des lymphomes digestifs primitifs Acta Endoscopica 1998; 28:495-500

Points d'intérêt

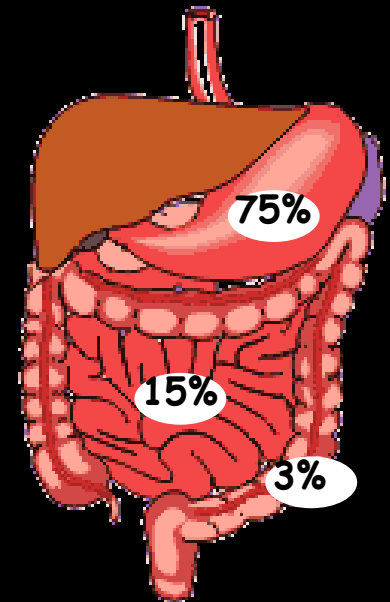
- rappeler les **principaux aspects macroscopiques** des lymphomes primitifs des différents segments du tube digestif et du péritoine .
- rappeler les **principaux diagnostics différentiels** pour chacun de ces segments .
-  voquer les **formes particulières** qui méritent d'être connues :
lymphome T associé à l'entéropathie au gluten
polypose lymphomateuse

Lymphomes primitifs du tube digestif : toute maladie ayant débuté par des troubles digestifs et dont la croissance tumorale est essentiellement digestive

- maladie rare : 3% des tumeurs du tube digestif
- le plus fréquent des lymphome extra-ganglionnaire ,par définition issu du MALT
- très nette prééminence des atteintes de l'estomac (H pylori)

Table 1. Sites of Origin in Primary GI Lymphoma

Primary Site	No. of Patients	%
Stomach	277	74.7
Small bowel	32	8.6
Ileocecal region	26	7.0
Involvement of more than one GI site	24	6.5
Other sites	12	3.2
Duodenum	3	
Colon, diffuse	3	
Rectum	6	
All	371	100



Classification Isaacson (1988)

Classification OMS (2001)

Phénotype B 90%

- lymphome B du MALT* de faible degré de malignité.
 - de type occidental (focalisé)
 - de type méditerranéen (extensif) : IPSID* (maladie des chaînes alpha essentiellement)
- lymphome B du MALT* de haut degré de malignité, avec ou sans composant de faible degré de malignité incluant :
 - centroblastique
 - Immunoblastique
 - Grandes cellules anaplasique
- lymphome centrocytique : polypose lymphomateuse digestive

--> De la zone marginale extraganglion.

--> Diffus à grandes cellules B

--> À cellules du manteau

lymphome de Burkitt ou de type Burkitt

--> De Burkitt

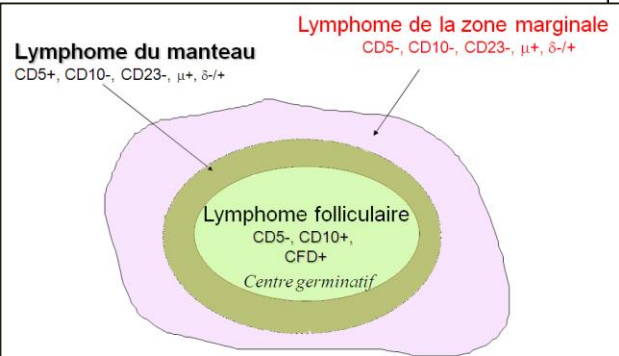
autres types (équivalents aux lymphomes ganglionnaires)

--> Folliculaires

Phénotype T 10%

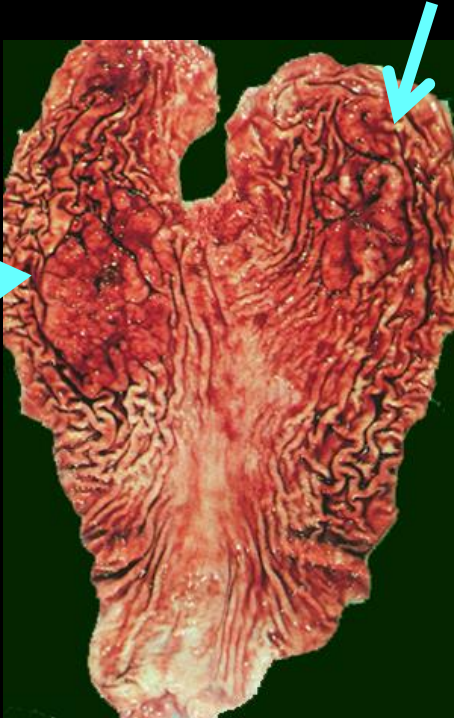
- lymphomes T associés (EATL*) à une entéropathie
- lymphomes T non associés à une entéropathie

--> T de type intestinal



1. principaux aspects macroscopiques des lymphomes primitifs de l'estomac

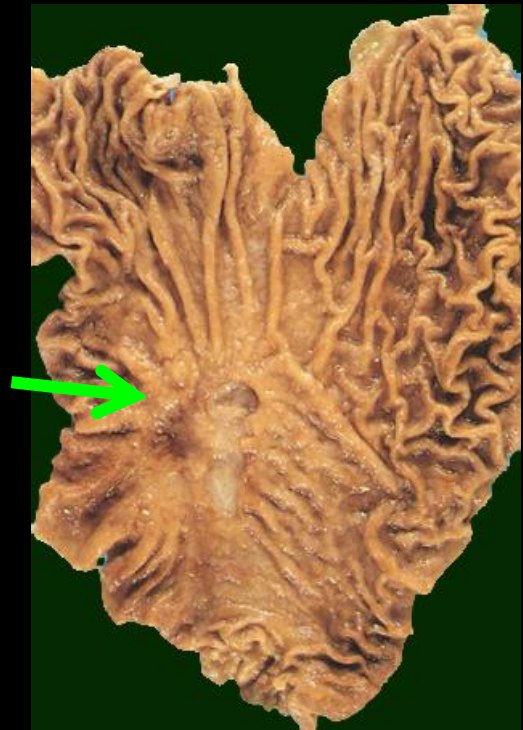
1a. formes ''superficielles''



Gastrectomie totale pour lymphome gastrique de **type polypoïde** bifocal situé au niveau de la poche à air. **Relief de surface d'aspect cérébroïde.**



Gastrectomie totale pour lymphome gastrique de **type polypoïde**. Masse d'apparence sous muqueuse à surface crevascée.



Gastrectomie totale pour lymphome gastrique de **type ulcéro-nodulaire**. **Ulcère** à contour irrégulier dont les bords sont surélevés.

vus d'avion ,les reliefs disparaissent !



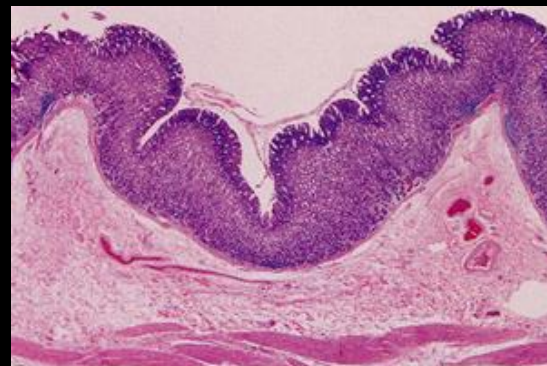
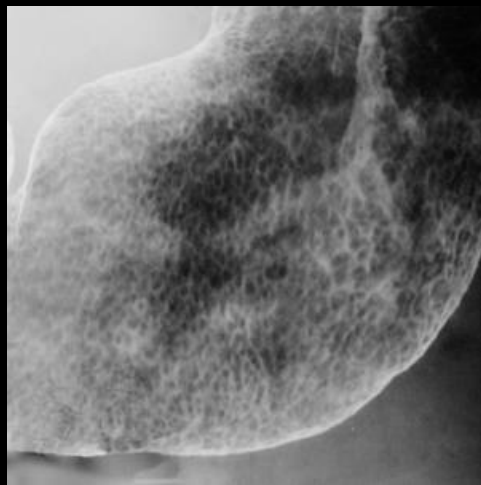
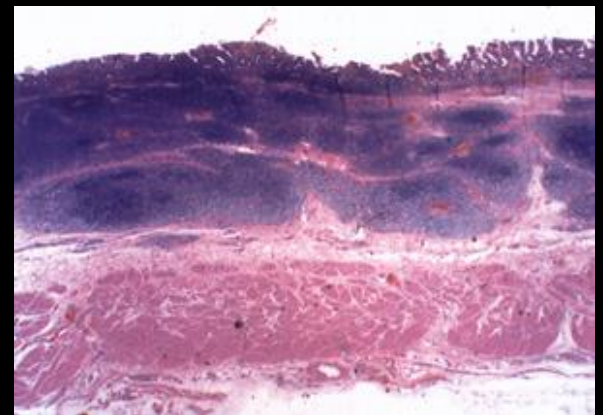
Gastrectomie totale pour lymphome. Zone nodulaire, ulcérée, de petite taille correspondant à un lymphome gastrique superficiel.



Gastrectomie totale pour lymphome. Forme érythémateuse en dépression correspondant à un lymphome superficiel.



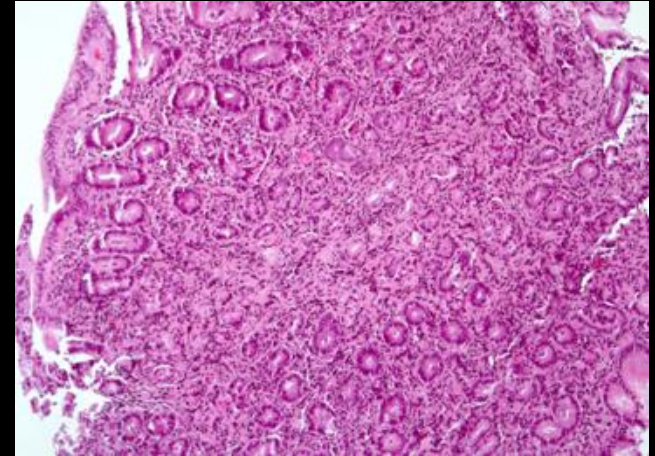
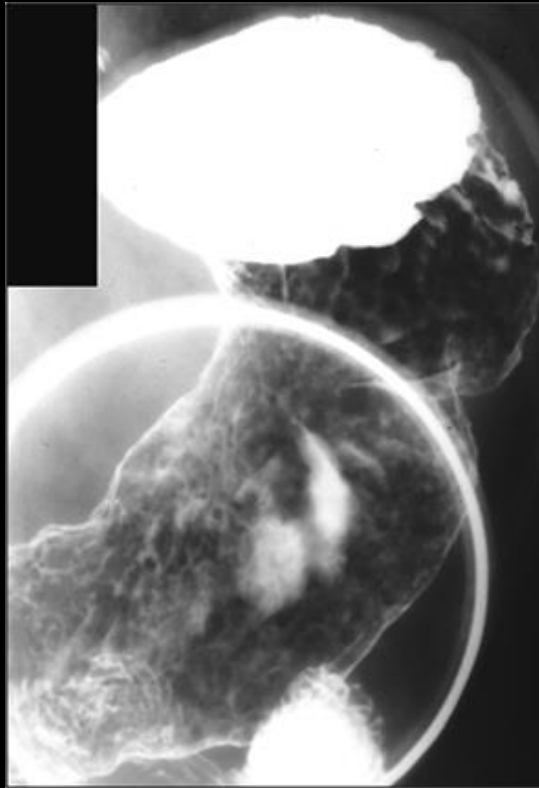
LMNH du MALT de bas grade



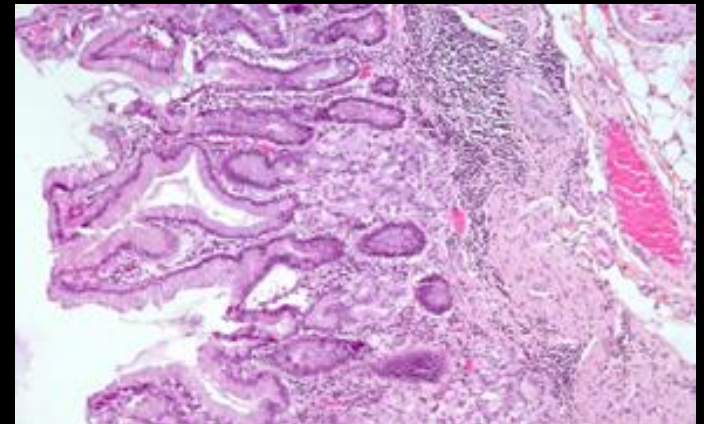
area gastricae normales !

diagnostic différentiel des formes ''superficielles'' de LMNH gastrique (plis cérébroïdes ± érosions)

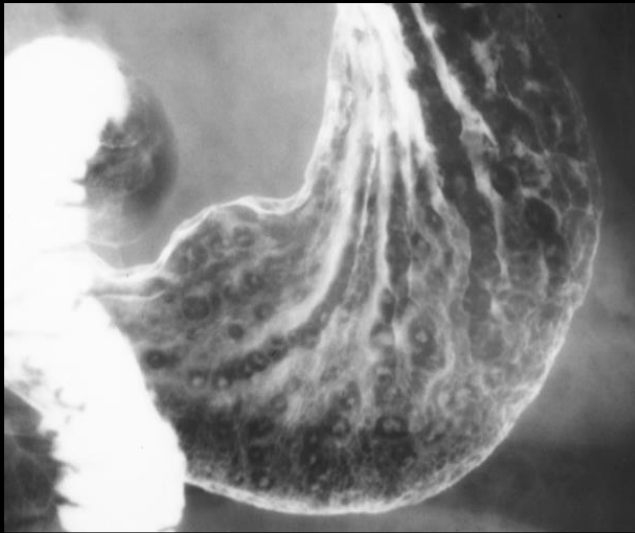
toutes les **gastropathies chroniques diffuses** , inflammatoires (allergiques) ,
infectieuses (tuberculose , CMV..), tumorales bénignes (Ménétrier) ..etc.



Gastrite **antrale** avec infiltrat
inflammatoire (**H. pylori**)



Gastrite **fundique** avec métaplasie
jéjunale (**auto-immune**)

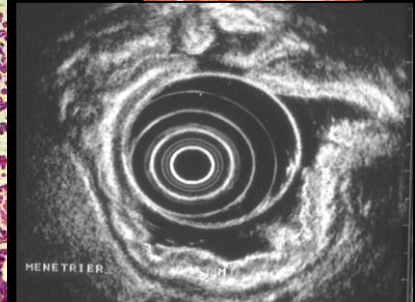
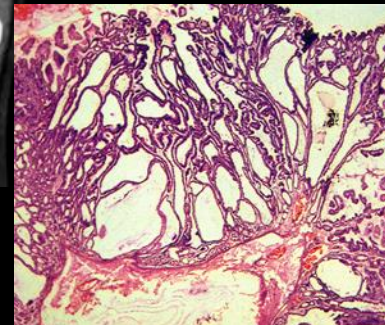
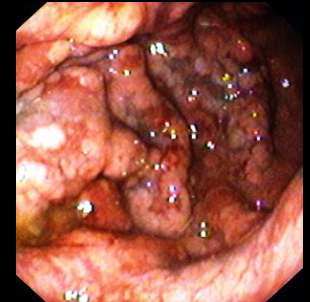
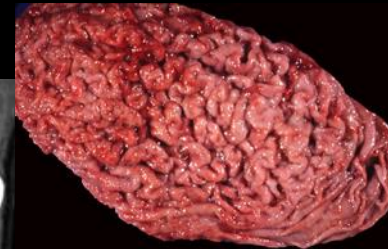
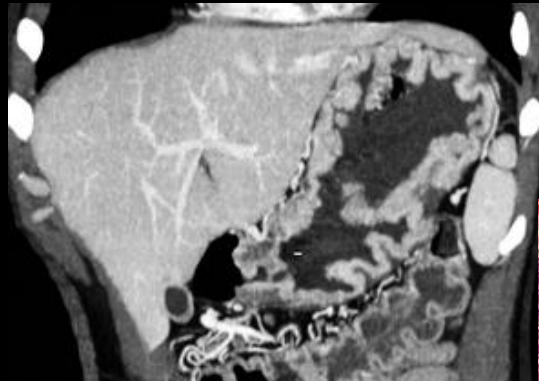


gastrite varioliforme ou lymphocytaire



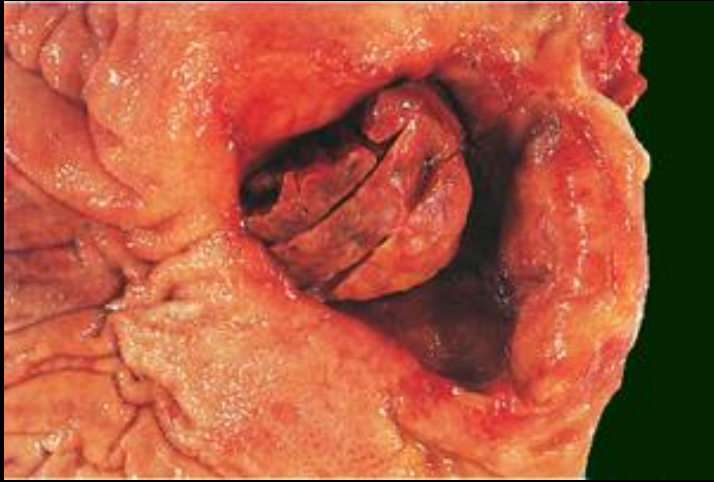
images ''en pied de poulpe''

lymphocytes T polyclonaux



polyadénomatosose en nappe .maladie de Ménétrier

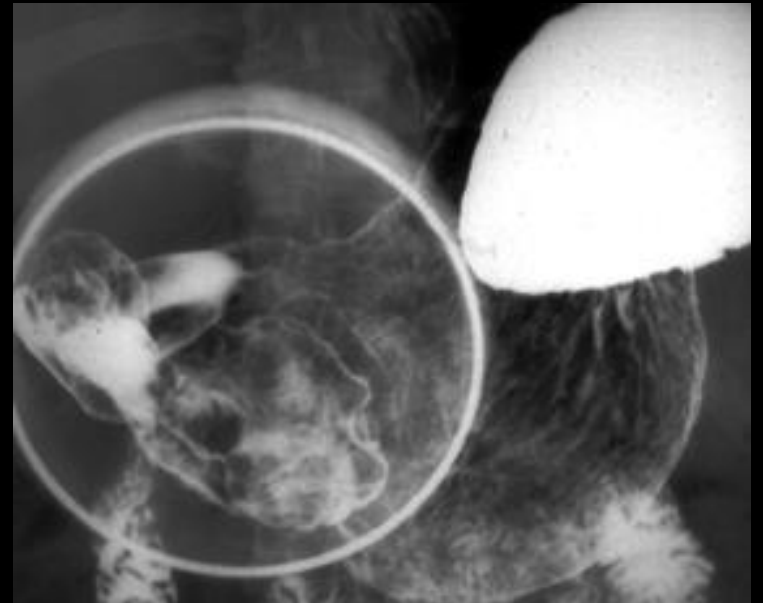
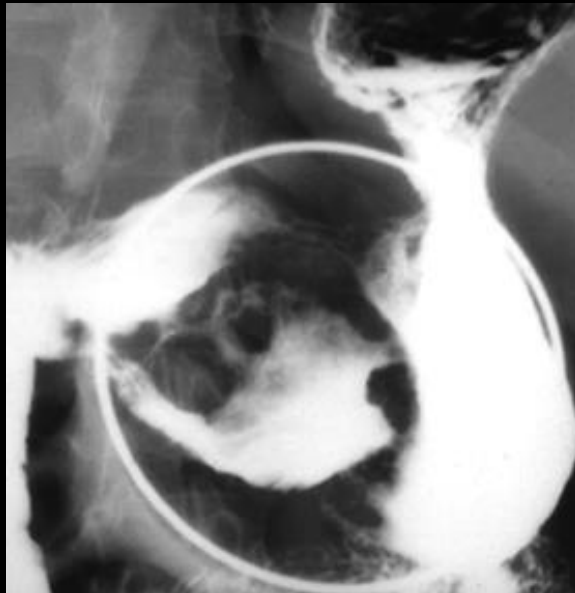
1b. formes ''ulcéro-nodulaires''



Gastrectomie totale, Volumineuse cavité contenant une masse polypoïde mimant un léiomyosarcome.



Gastrectomie subtotale, cratère avec masse bourgeonnante endoluminale ;pseudo adénocarcinome



sur quels éléments sémiologiques se fonder pour évoquer un LMNH gastrique devant une forme ulcéro-bourgeonnante



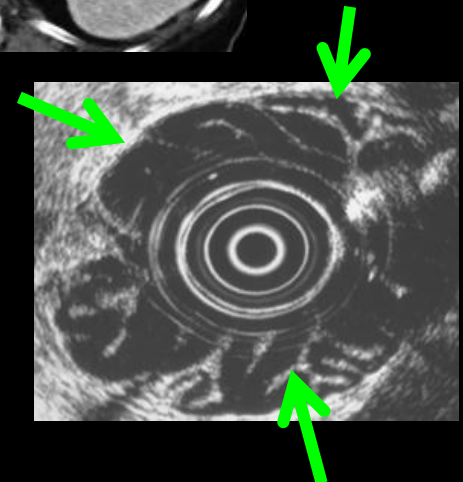
-présence de gros plis encéphaloïdes

-dissociation entre le volume de la masse tumorale pariétale souvent majeur , polylobé et le retentissement mécanique modéré (absence de stroma réaction fibreuse collagène).

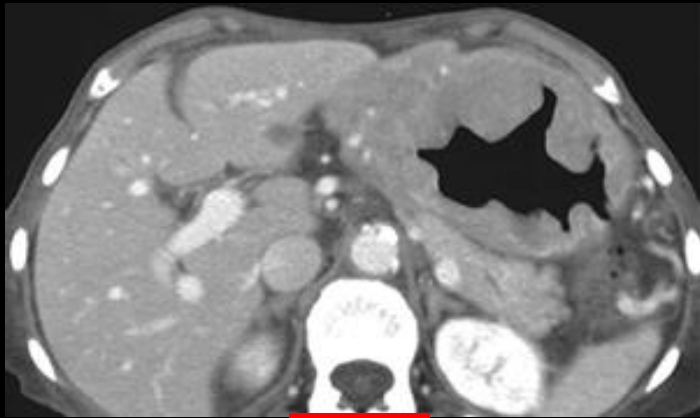
-localisations multifocales

-présence d'adénopathies de voisinage volumineuses

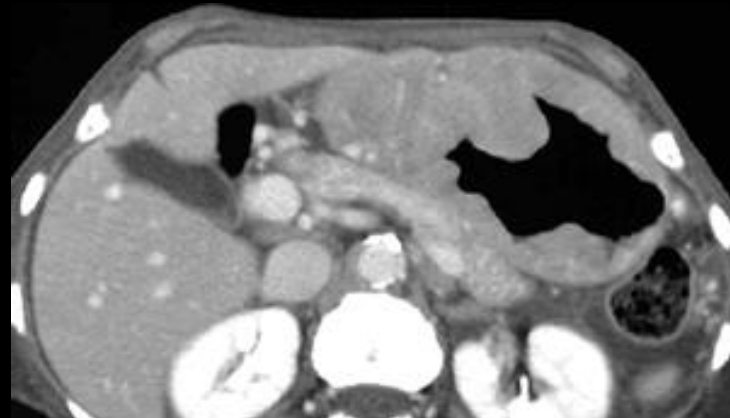
-extension ''en nappe'' de lésions antrales vers le duodénum par voie transpylorique



LMNH de la grosse tubérosité gastrique ; gros plis encéphaloïdes ''souples '' et distensibles à l'écho endoscopie

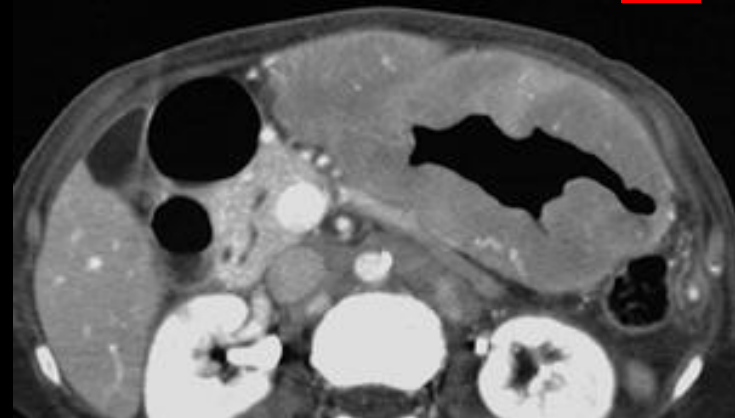


70 "

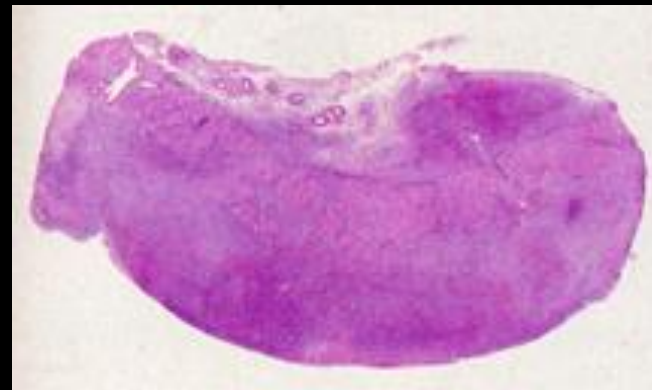


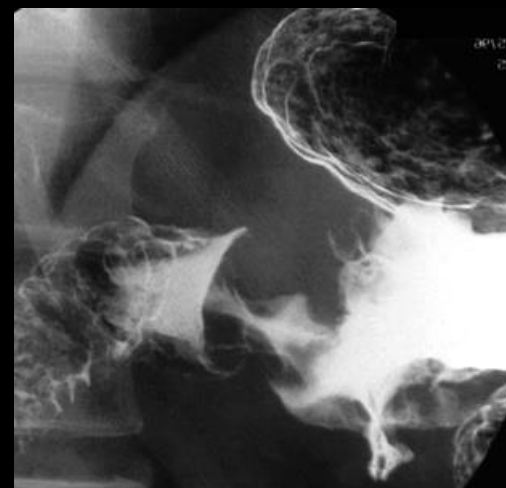
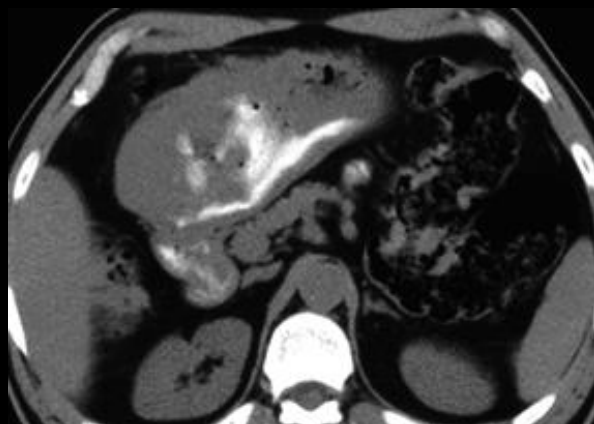
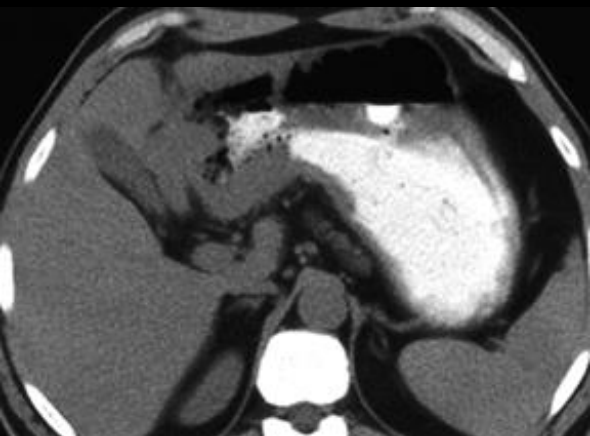
5'

LMNH gastrique ; gros plis nodulaires
 ''souples '' ; faible prise de contraste
 homogène , ne s'accroissant pas sur les
 acquisitions tardives ,ce qui traduit
 l'absence de contingent collagène

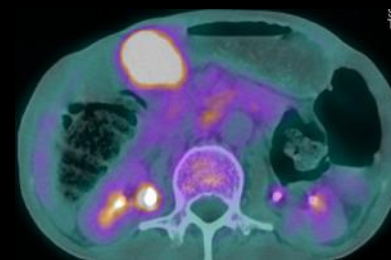
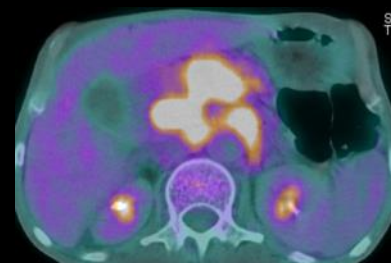
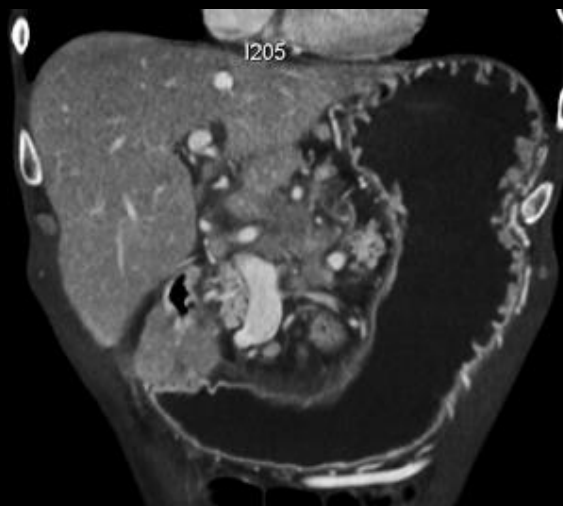
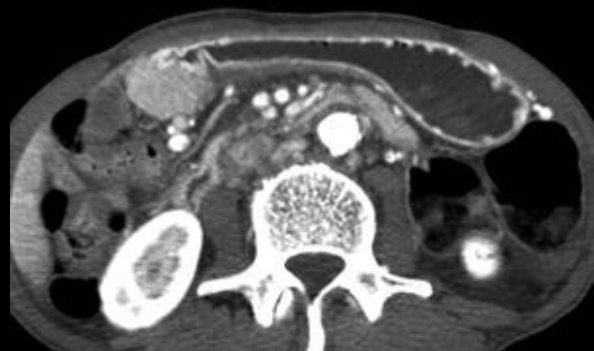


7 '



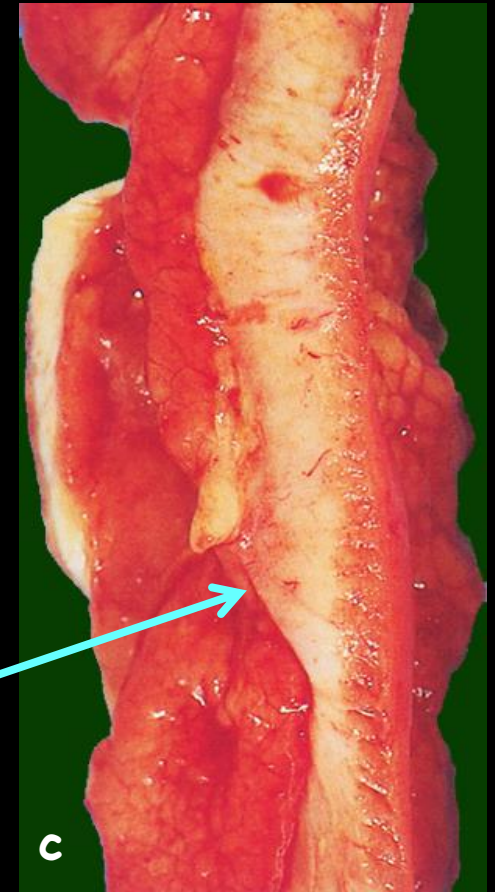


LMNH du corps et de l'antré gastriques ; volumineuse masse , profondément ulcérée
 , sans distension d'amont malgré l'atteinte antrale



LMNH de l'antré gastrique étendu au
 duodénum chez un sujet VIH

1c. formes infiltrantes



Gastrectomie totale pour lymphome gastrique de **type infiltrant**

a. forme de l'estomac respectée : absence de rigidité.

b. estomac ouvert suivant la grande courbure : lésion diffuse ; paroi épaissie ; alternance de plages hypertrophique et de plages atrophiques avec présence d'érosions superficielles.

c. en coupe : épaissement diffus homogène de la paroi. 'linitoïde'..... 2 diagnostics différentiels ; lesquels



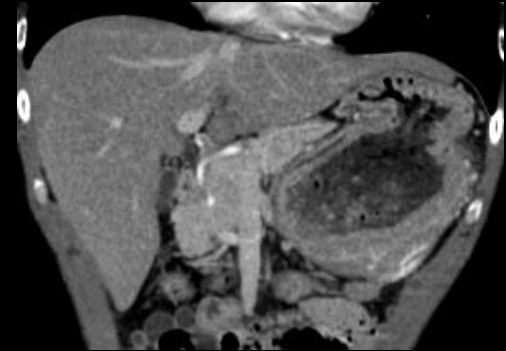
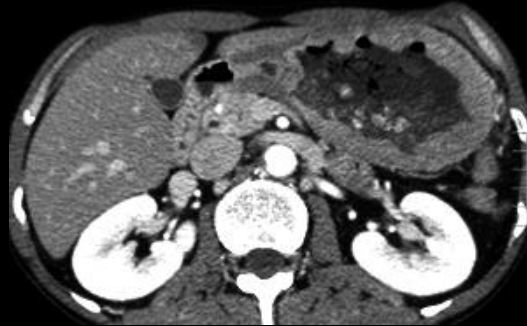
-linite gastrique vraie (adénocarcinome à cellules dissociées '' en bague à chaton'')

-métastase gastrique hématogène d'un adénocarcinome lobulaire infiltrant du sein (pseudo-linite)

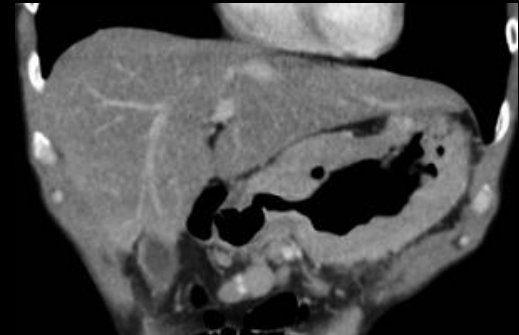
LMNH B du MALT à grandes cellules ,de forme infiltrante, chez un homme de 49 ans



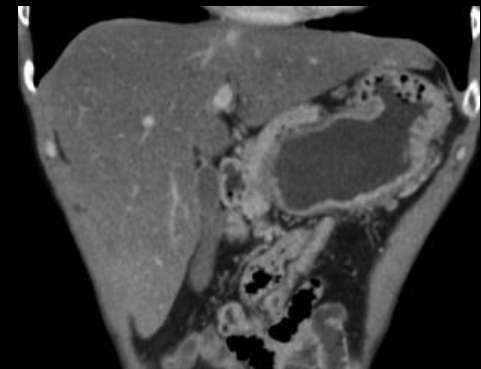
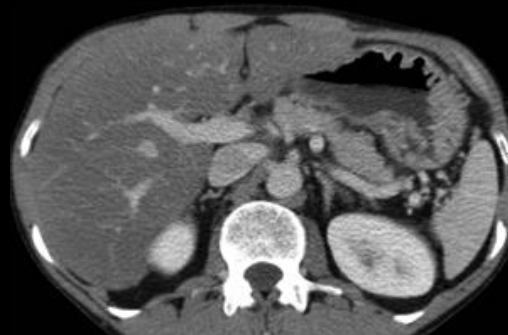
13 04 2007

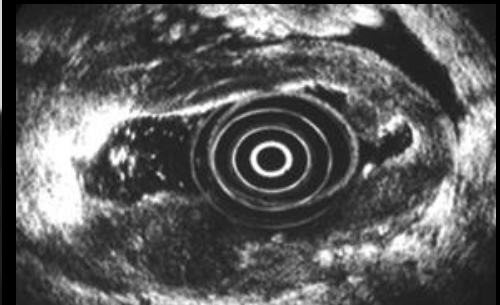
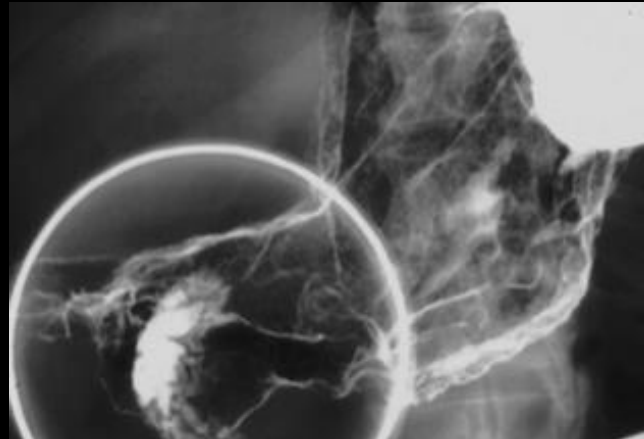
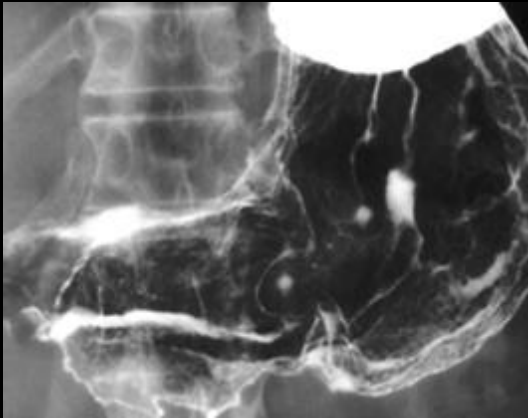
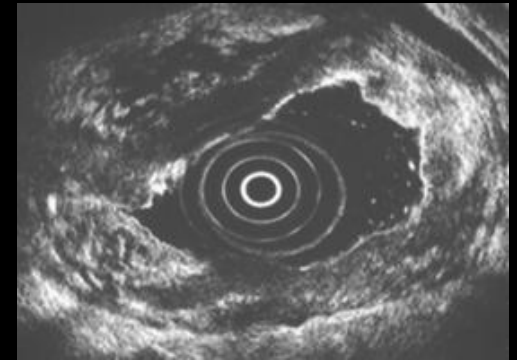
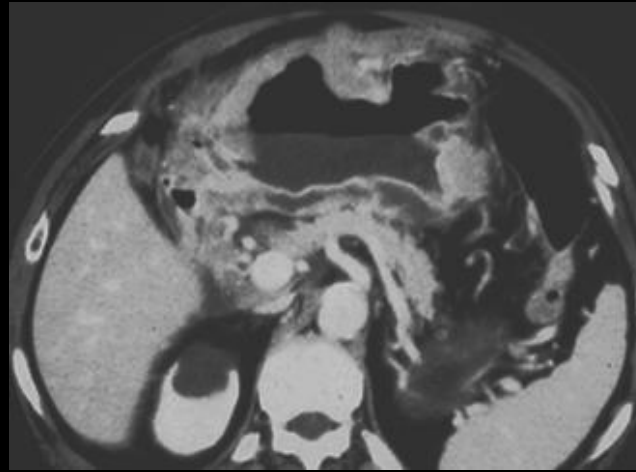
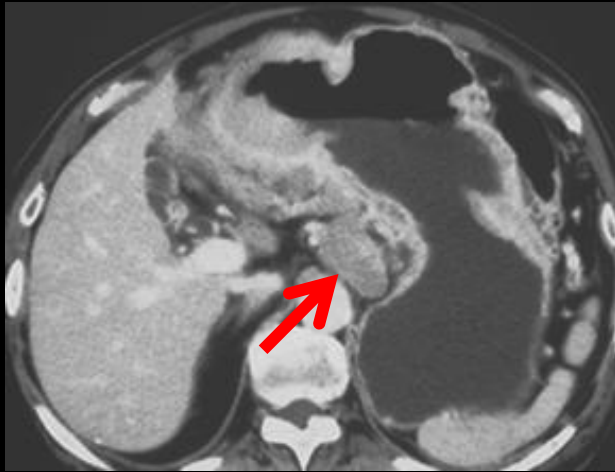


06 08 2007



09 01 2008





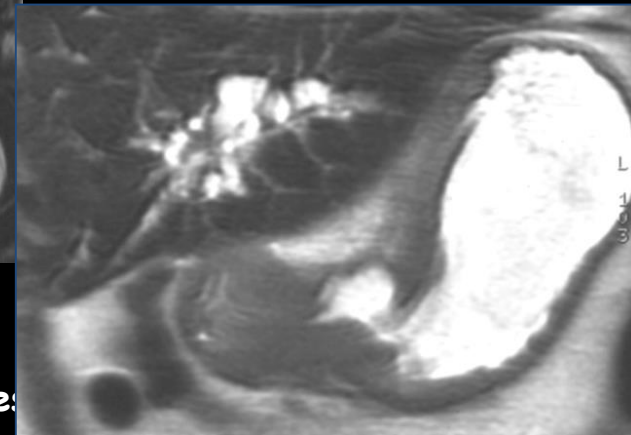
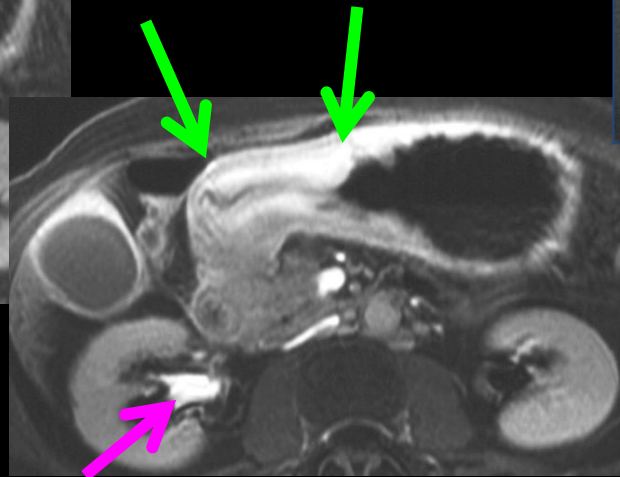
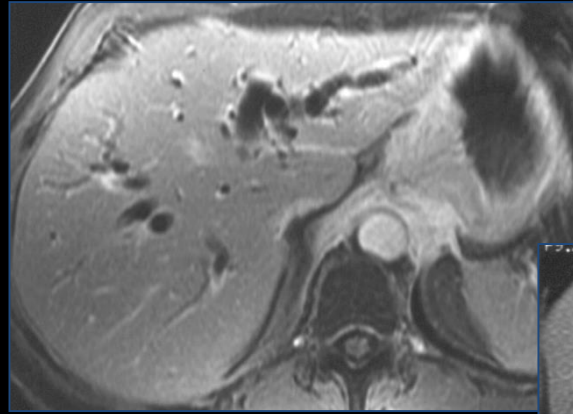
LMNH infiltrant du corps et de l'antre gastriques ; à l'écho endoscopie la paroi est épaissie de façon régulière ,sans plis cérébroïdes .

-2 éléments peuvent faire penser à un LMNH :

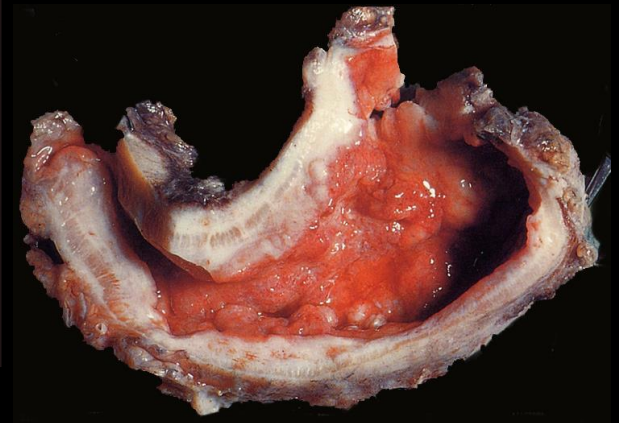
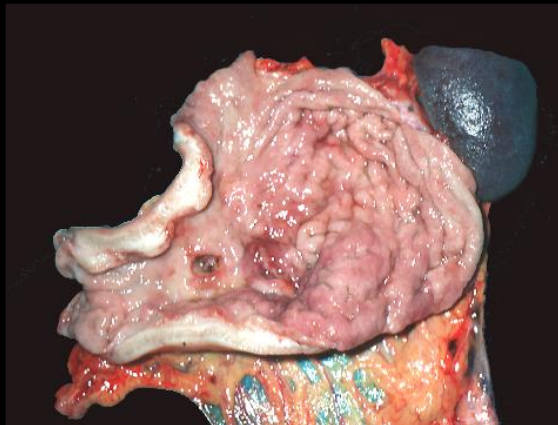
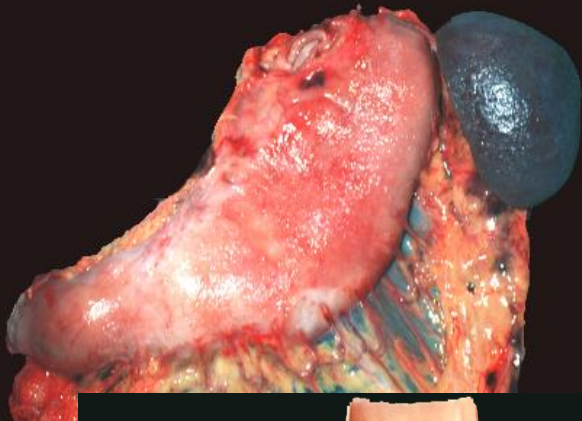
.les grosses **adénopathies** du petit omentum

.l'absence ou le caractère modéré du retentissement mécanique de l'infiltration pariétale

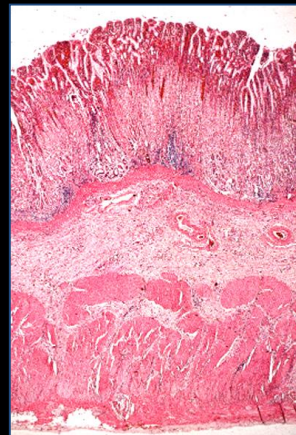
jeune femme 32 ans , épigastralgies , baisse de l'état général , cholestase
anictérique ; **biopsies endoscopiques multiples et itératives négatives**



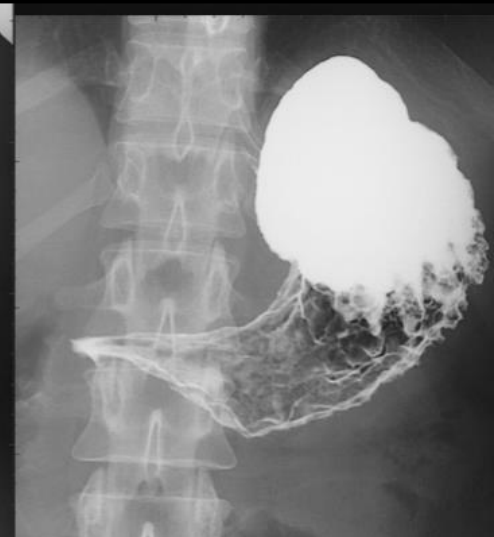
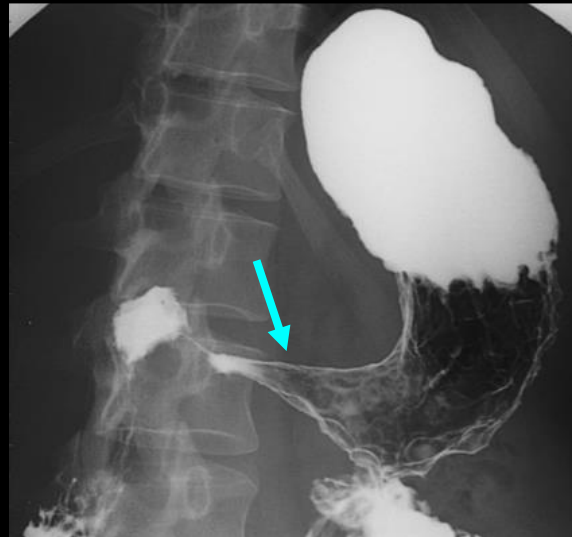
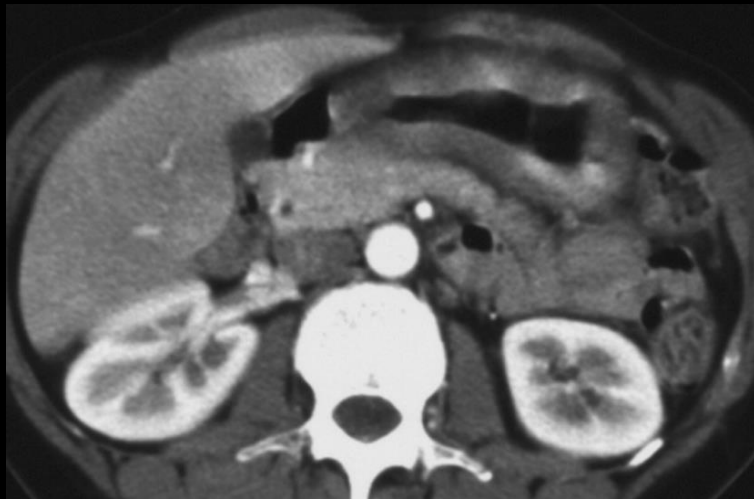
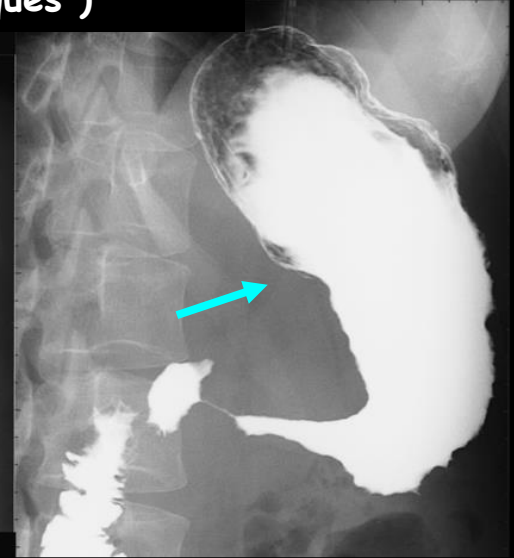
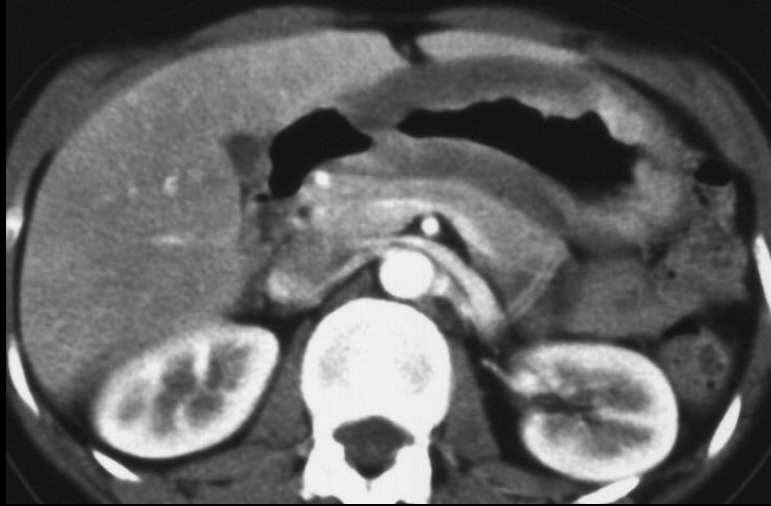
linite plastique avec extension au pédicule hépatique ;
notez le **rehaussement massif de la fibrose pariétale** ,
caractéristique des ADK lieberkuhniens , sur les acquisitions tardives.



- infiltration pariétale de cellules indépendantes en bague à chaton caractérisée par une stroma réaction fibreuse
- aspect blanchâtre macroscopique de l'infiltration tumorale comme du lin : **linite** (linitis plastica)



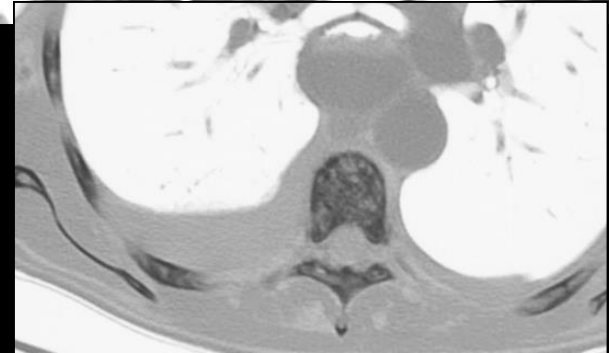
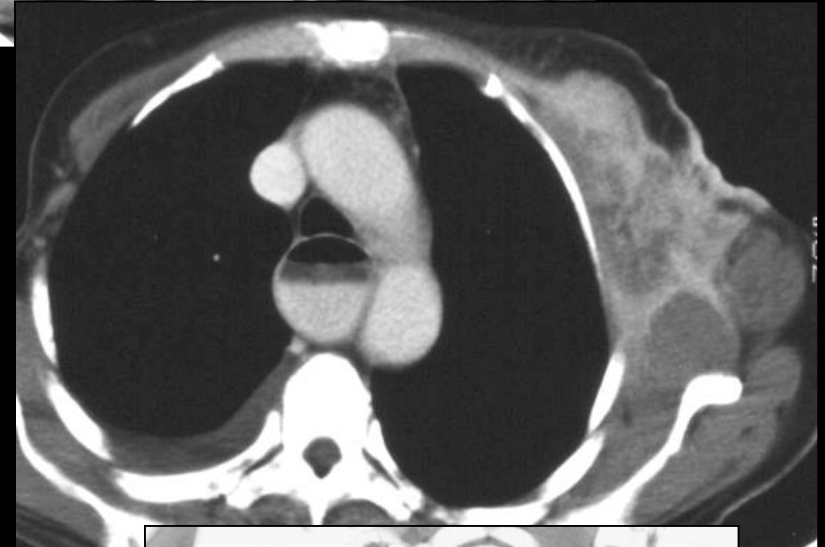
jeune femme 24 ans , épigastralgies , baisse de l'état général ; **biopsies endoscopiques multiples et itératives négatives** , la gastrectomie est réalisée sans histologie , sur les données macroscopiques (radiologiques et endoscopiques)



adénocarcinome infiltrant
linite plastique



femme 68 ans , dysphagie , baisse de l'état général , ascite.



aspect pseudo-linitique des métastases hématogènes digestives des **carcinomes lobulaires infiltrants du sein**

carcinome lobulaire infiltrant du sein

-5 à 10 % des carcinomes mammaires

-femmes ménopausées +++

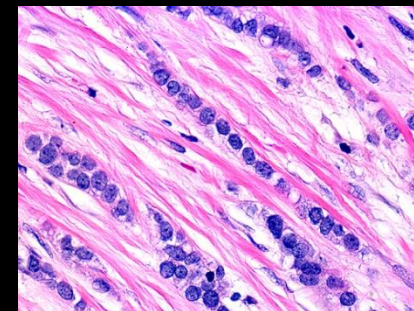
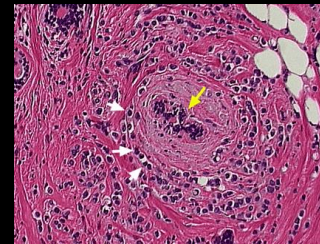
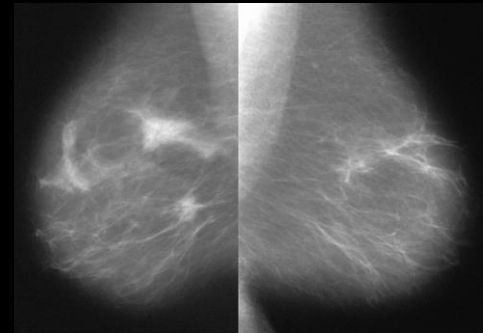
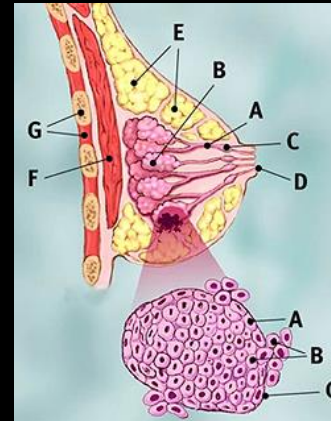
-en augmentation de fréquence (rôle des traitements substitutifs de la ménopause : X 2 à 3 l'incidence)

-diagnostic difficile en mammographie (faux négatifs jusqu'à 46% ; en moyenne 8 à 19 %) et en IRM

-25% de faux négatifs en cytologie

-souvent bilatéraux (6 à 47%),

-métastases fréquentes : péritoine (implants de surface sur les séreuses) ,
rétropéritoine (engainement des uretères) ,
méninges , estomac et tractus digestif (+++)
, moelle osseuse , tractus génital (métrorragies).

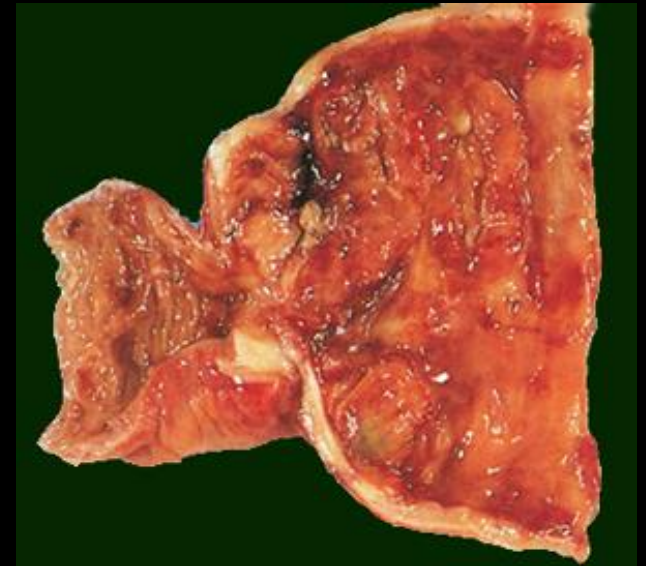
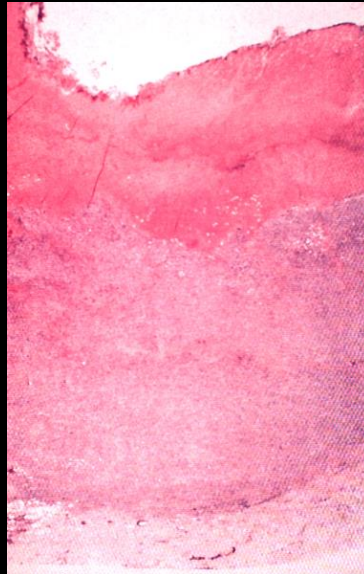


forme typique ; cellules
"en file indienne" entre
les fibres collagènes

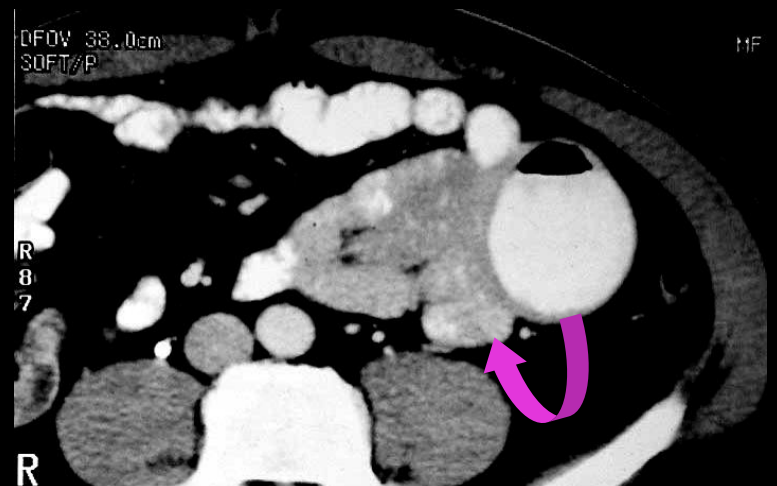
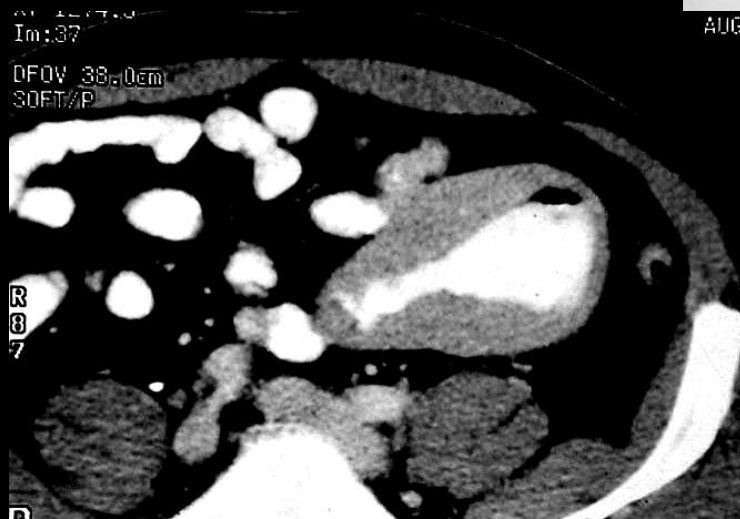
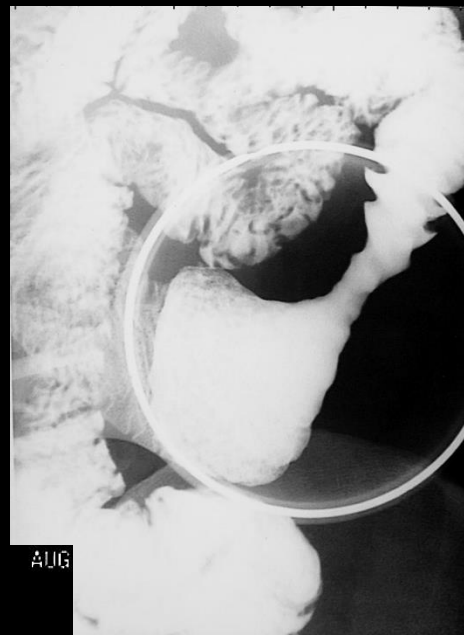
2. principaux aspects macroscopiques des lymphomes primitifs du grêle



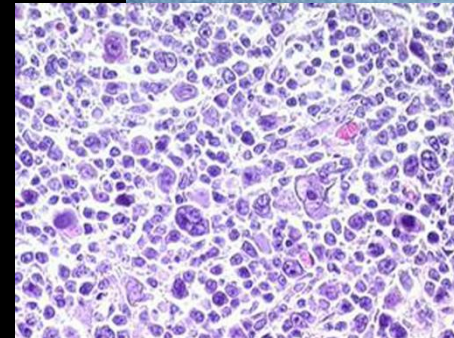
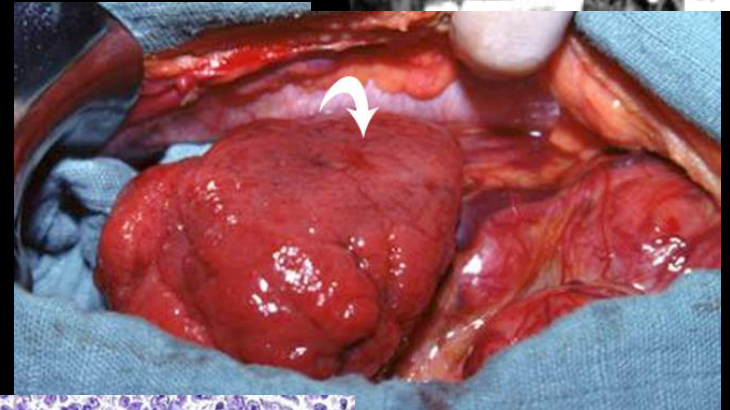
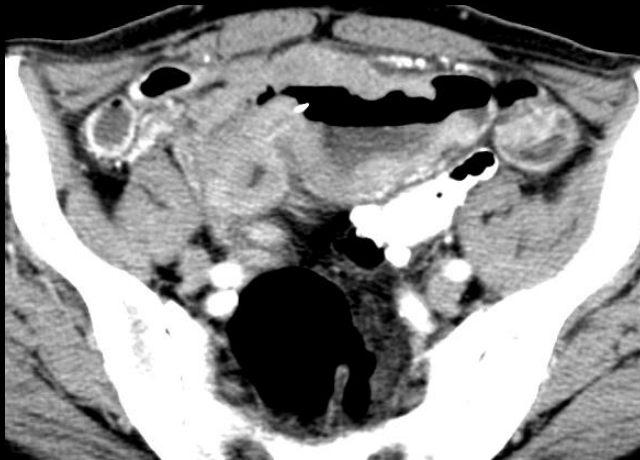
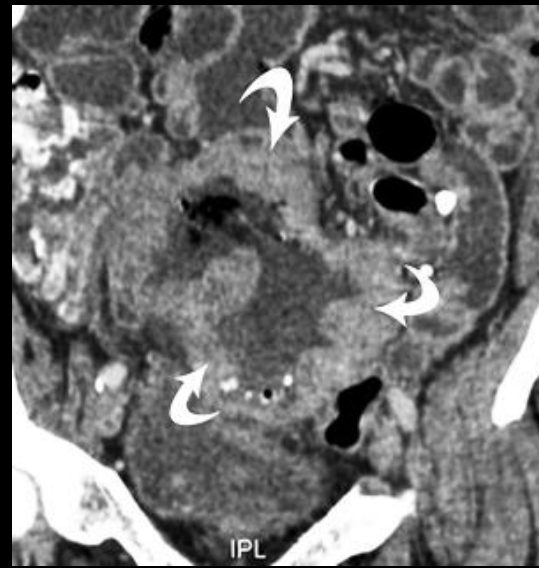
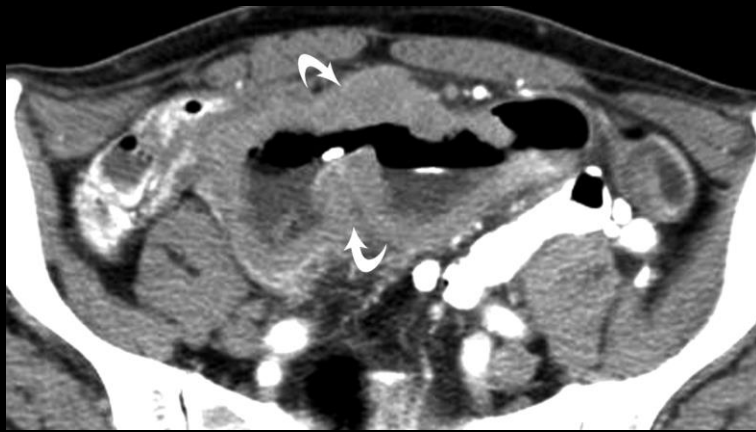
dessin Netter : forme infiltrante
'pseudo-anévrysmale'.



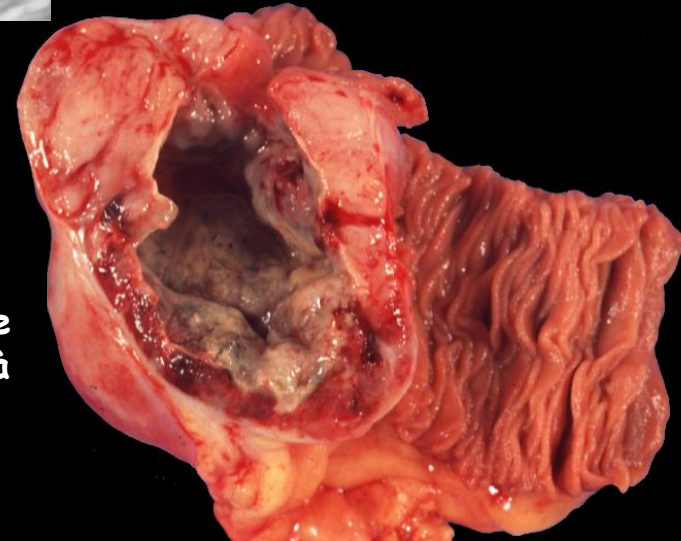
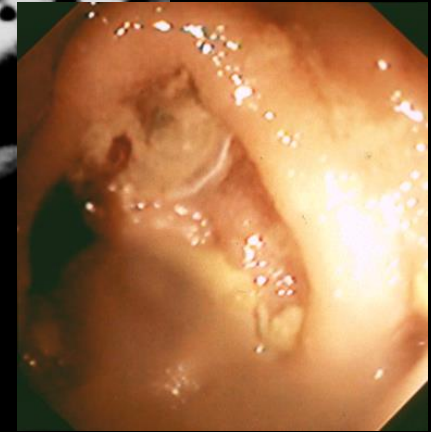
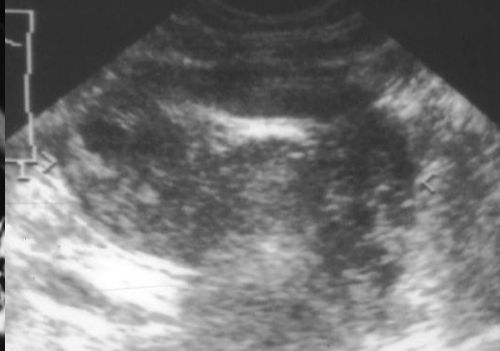
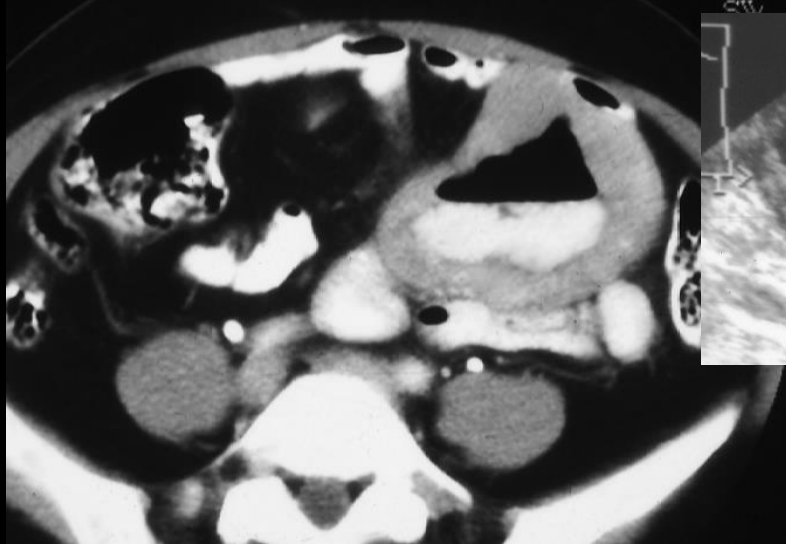
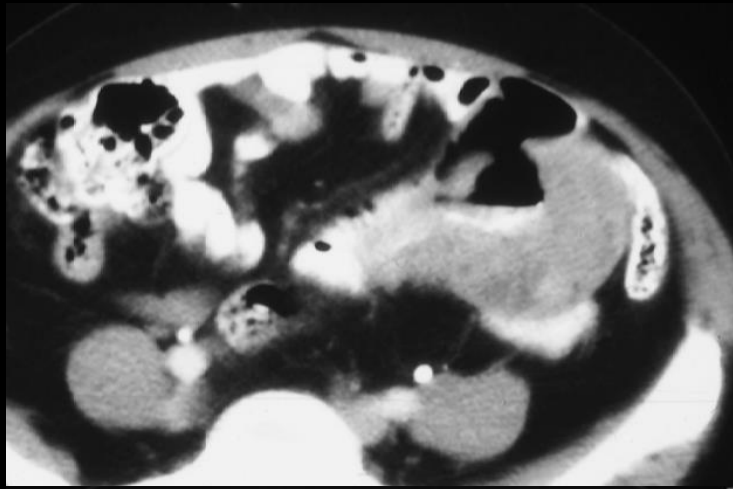
Résection grêle . Lymphome de
type anévrysmal se
caractérisant par des zones
de dilatation segmentaire.



lymphome du grêle ; **forme anévrysmale** ,
Le **faible rehaussement, homogène** (sans aspects
"storiformes") ; **adénopathies de voisinage** ±
volumineuses , absence de retentissement
mécanique d'amont



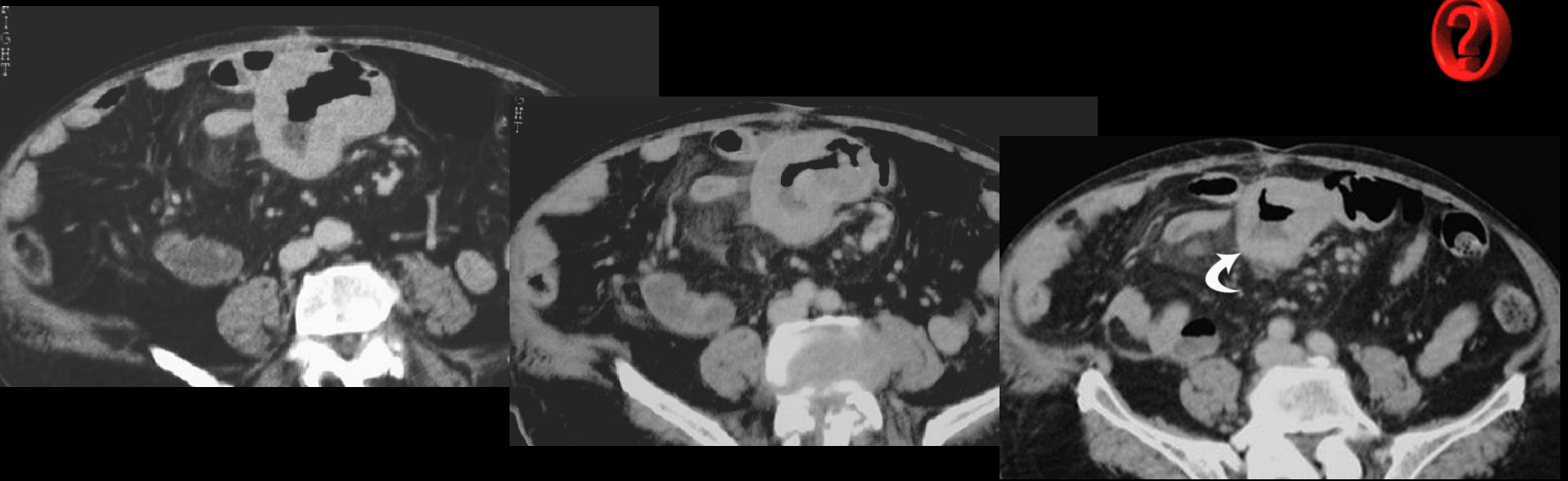
lymphome du MALT "agressif" de forme
 "pseudo-anévrysmale" ; absence de
 retentissement mécanique d'amont ; rehaussement
 homogène , "modeste".



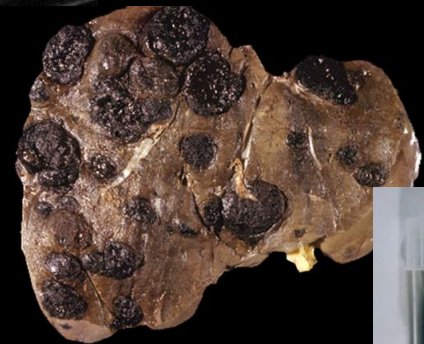
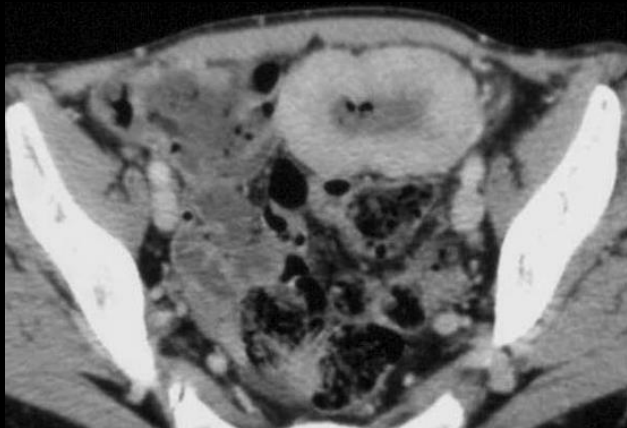
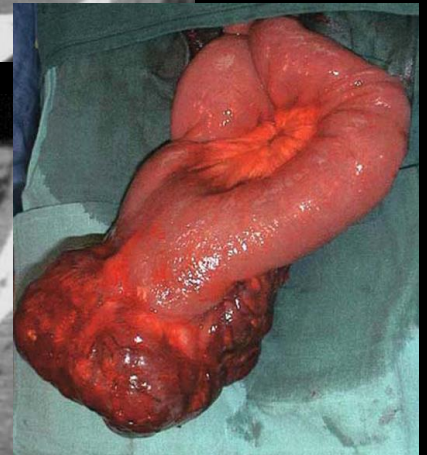
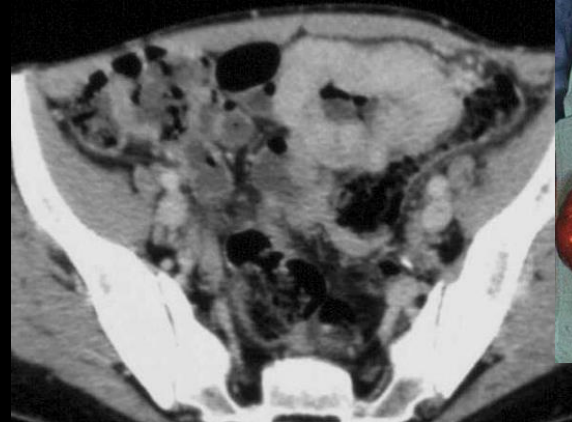
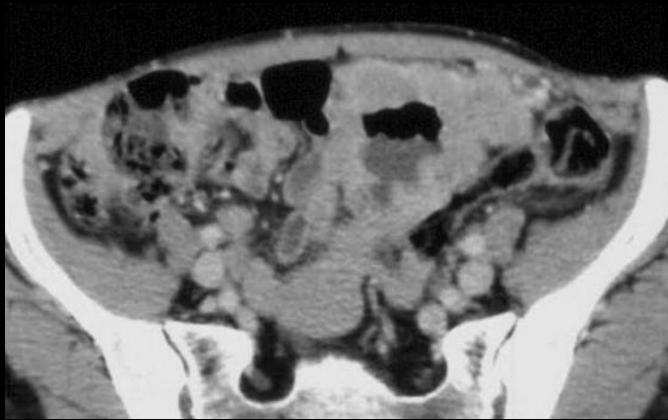
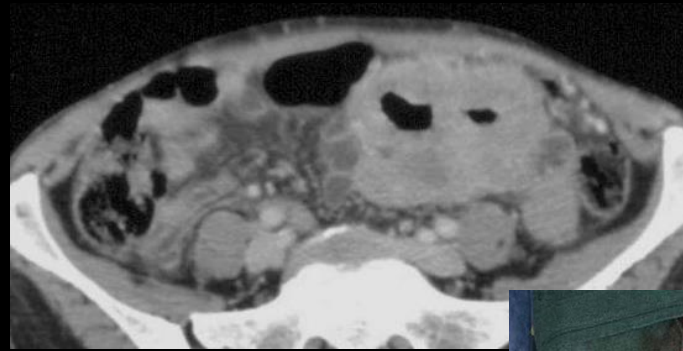
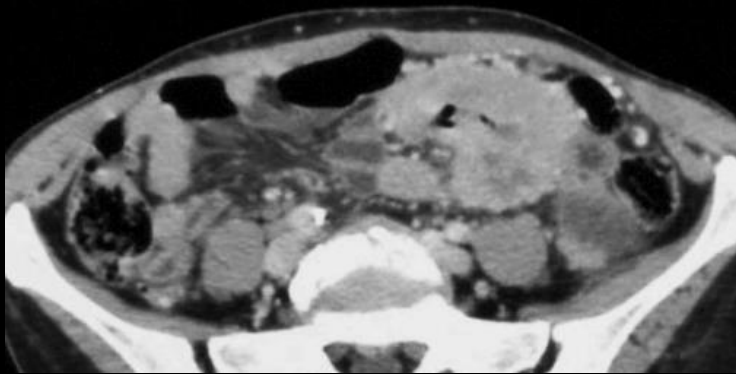
tumeur stromale (GIST) ''pseudo-anévrysmale''
 ; l'hypervascularisation ''hétérogène'' (storiforme) ; l'absence
 d'adénopathies sont des arguments en faveur d'une tumeur à
 cellules fusiformes



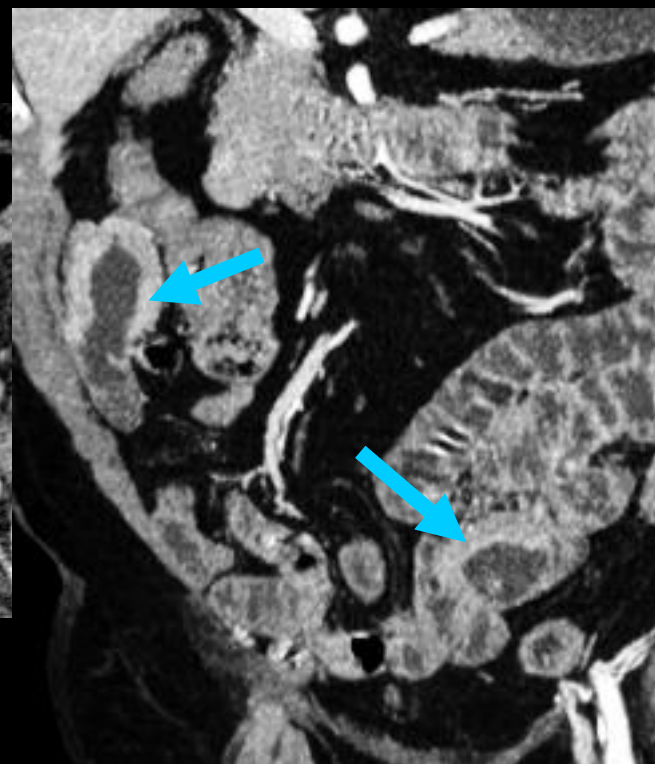
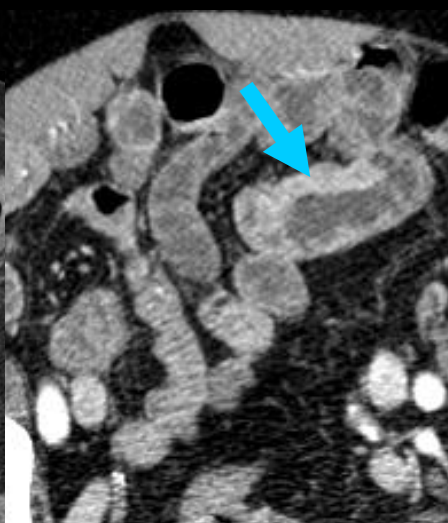
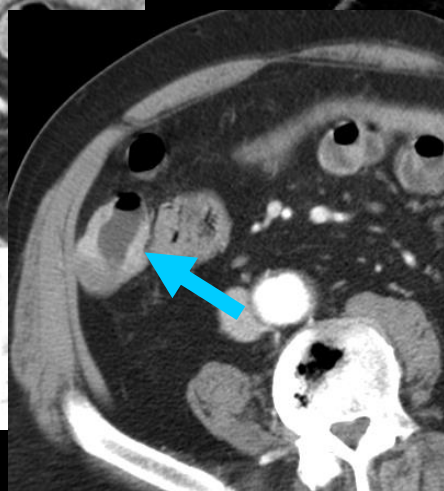
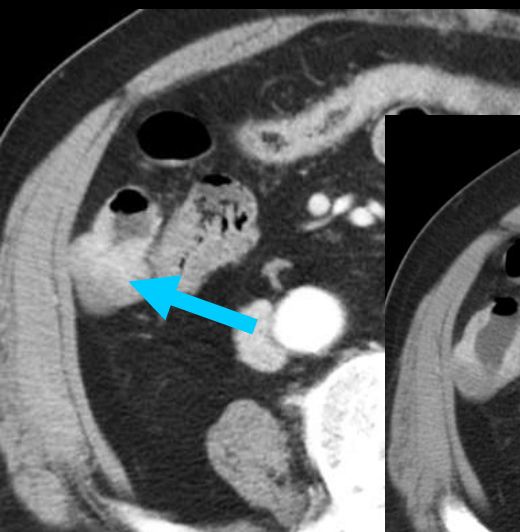
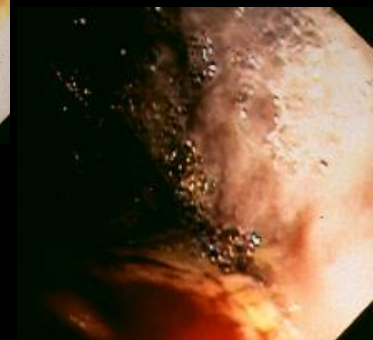
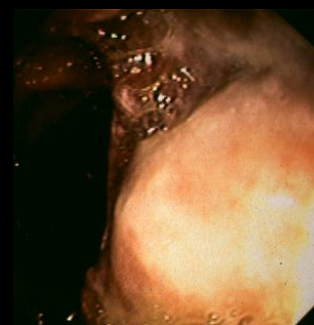
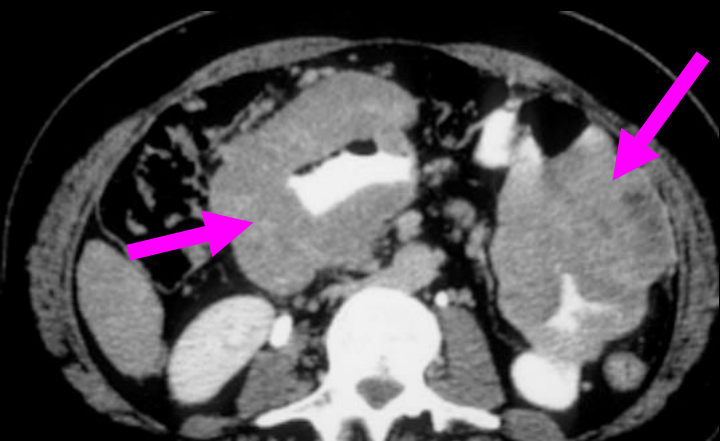
tumeur stromale (GIST) "pseudo-anévrysmale" calcifiée (et métastase hépatique) ;
l'hypervascularisation est un argument important



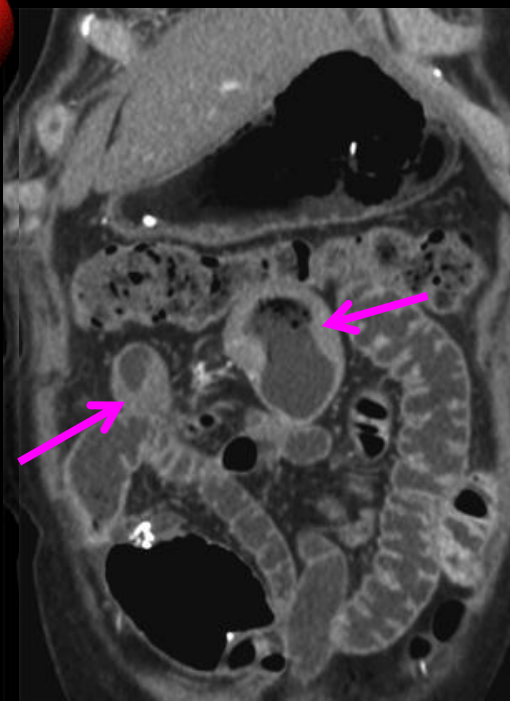
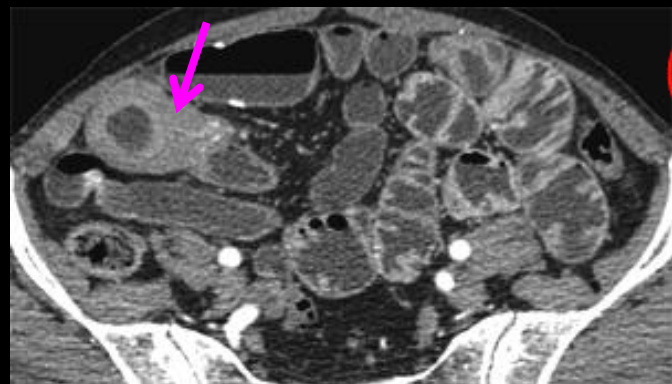
métastase de mélanome "pseudo-anévrysmale" révélée par une perforation "couverte", comme
la plupart des perforations du grêle.



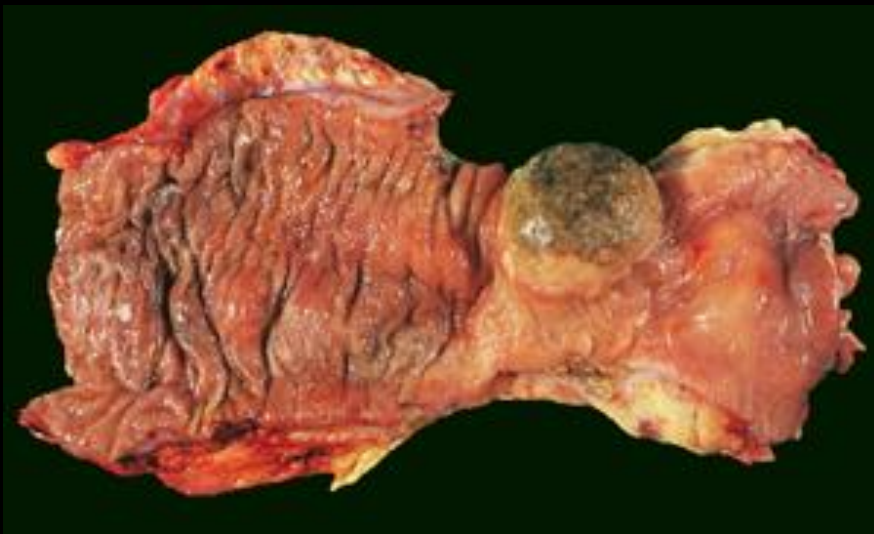
métastase de mélanome ''pseudo-anévrysmale''.



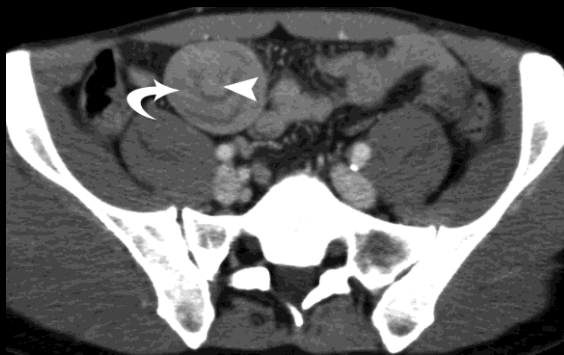
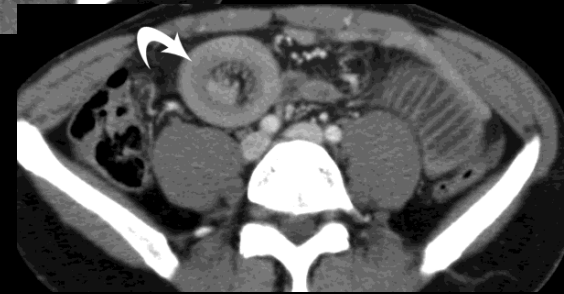
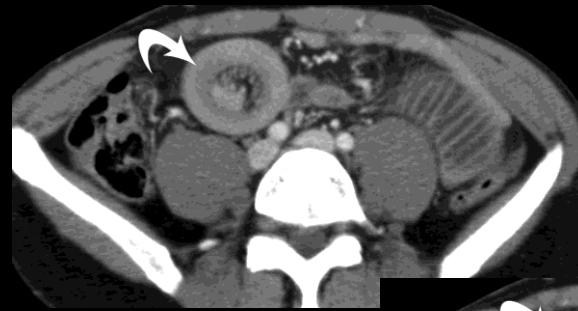
les **métastases intestinales des mélanomes** sont les lésions qui simulent le plus étroitement le LMNH !!!



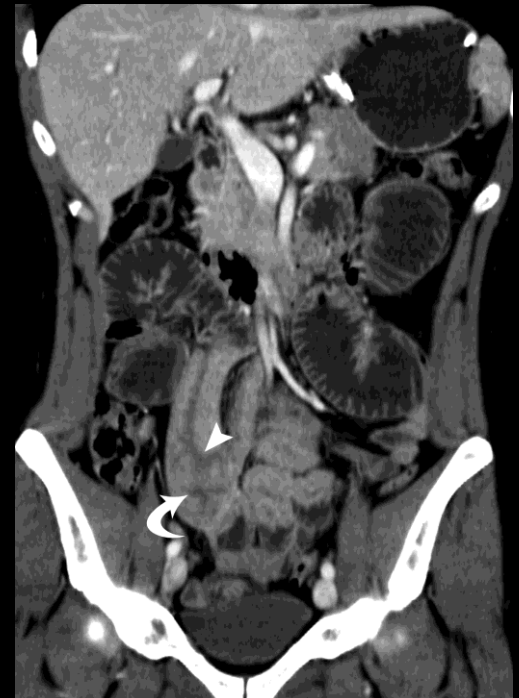
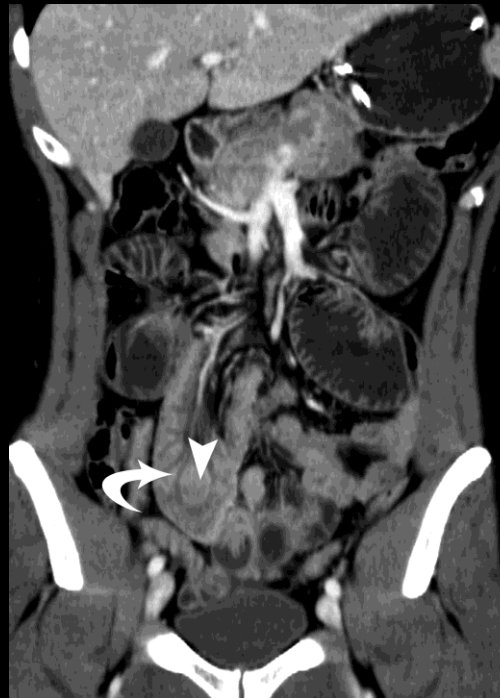
LMNH B multifocal à petites cellules du MALT



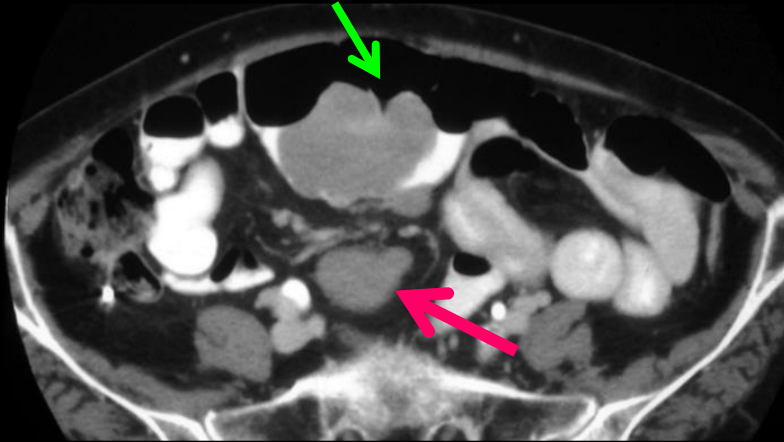
Résection grêle. Lymphome de **type polypoïde**.



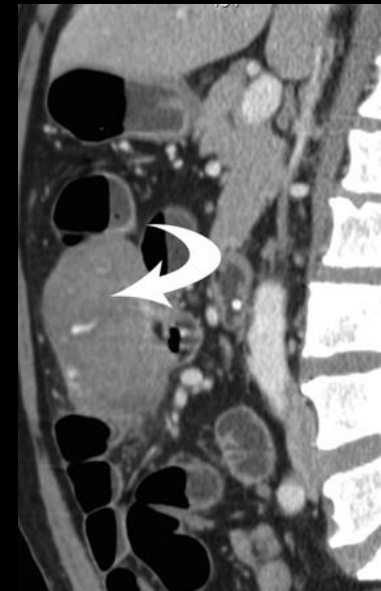
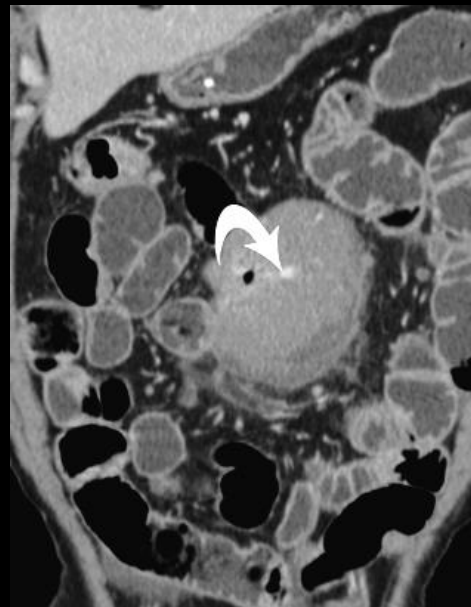
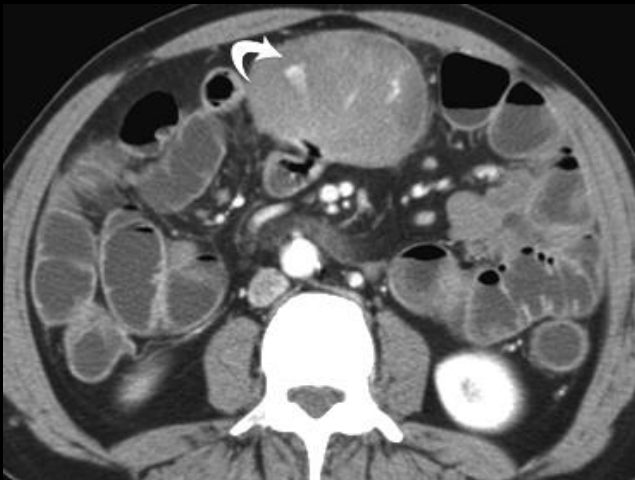
invagination révélatrice d'un **lymphome**
du grêle à type de **polype endoluminal**



femme 83 ans ; rectorragies

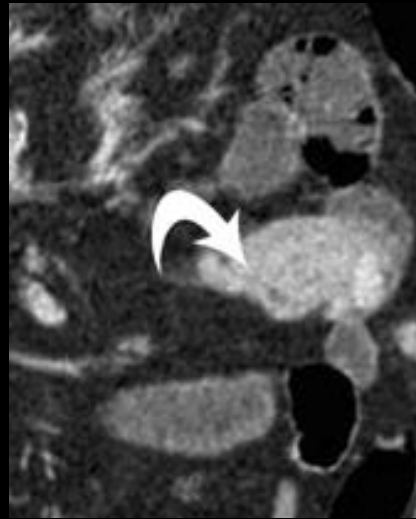
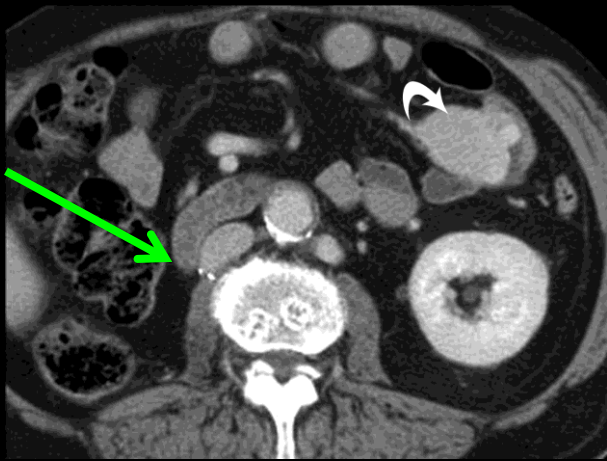


lymphome du grêle ! ; l'absence d'hypervascularisation et la présence de volumineuses adénopathies paratumorales auraient dû orienter



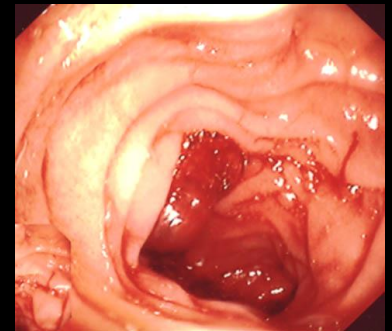
GIST du grêle



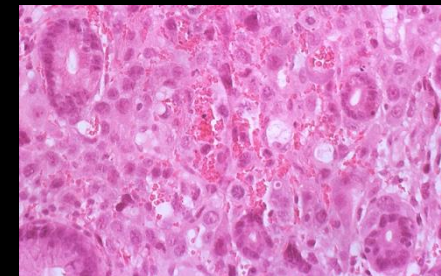


métastase jéjunale d'une tumeur de Grawitz du rein droit

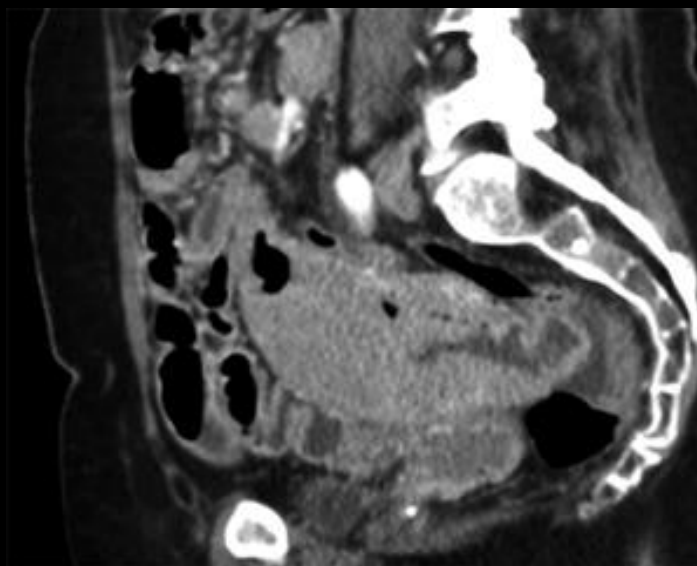
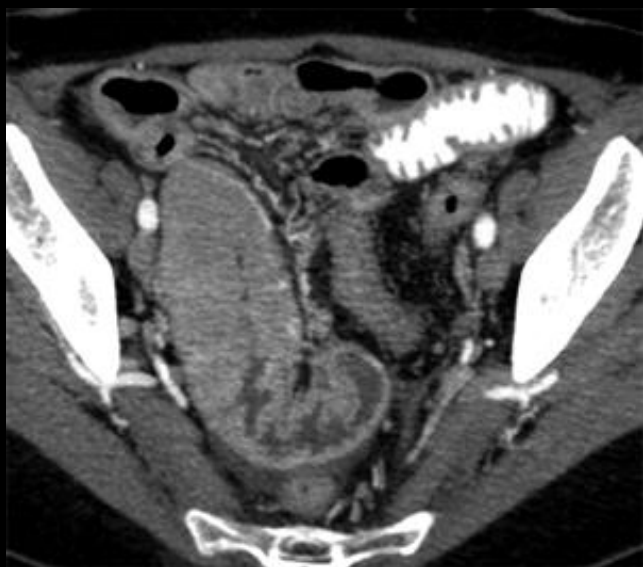
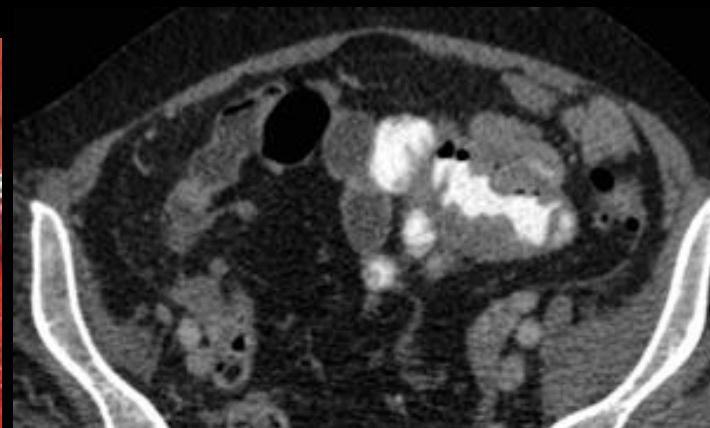
l'hypervascularisation homogène est un argument important ; le glissement postérieur du bloc duodéno-pancréatique aussi !!



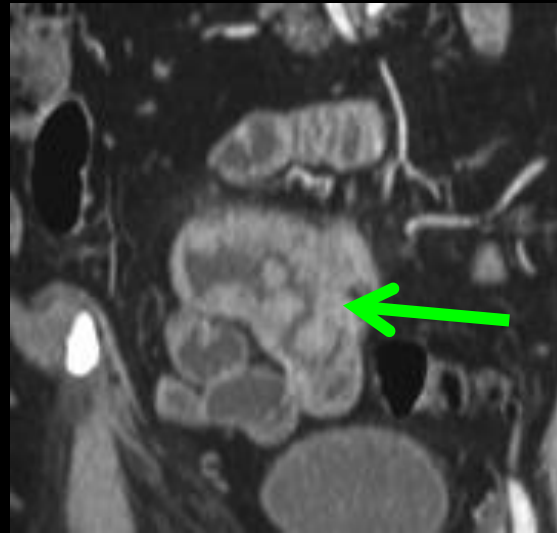
métastase jéjunale d'une choriocarcinome médiastinal



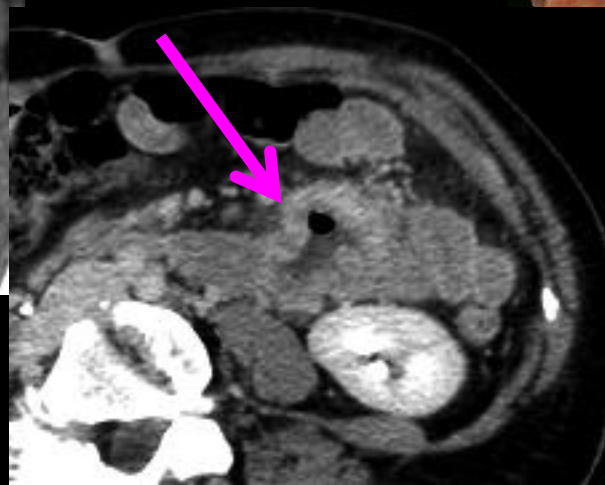
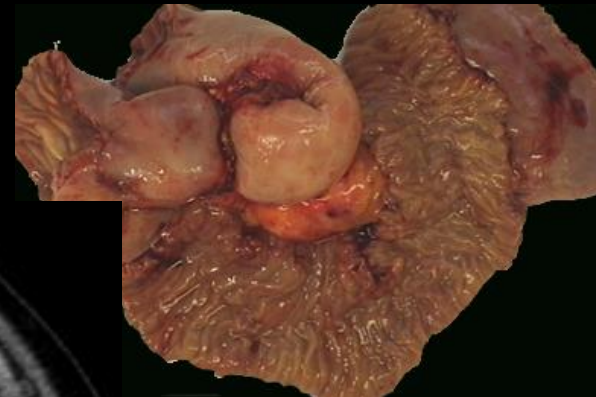
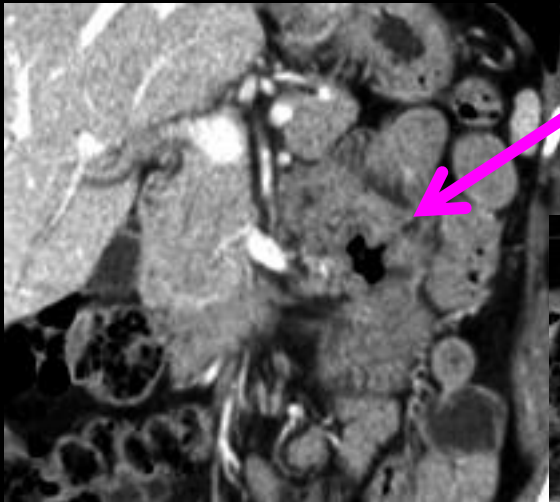
Résection grêle.
Lymphome de type
ulcéro-nodulaire :
aspect mimant un
adénocarcinome ou
une GIST



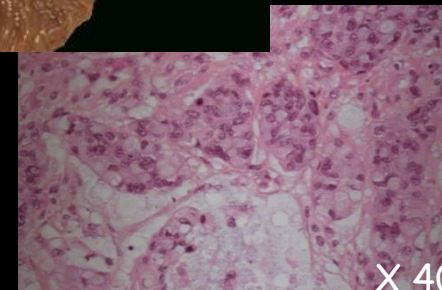
LMNH B de l'iléon terminal!



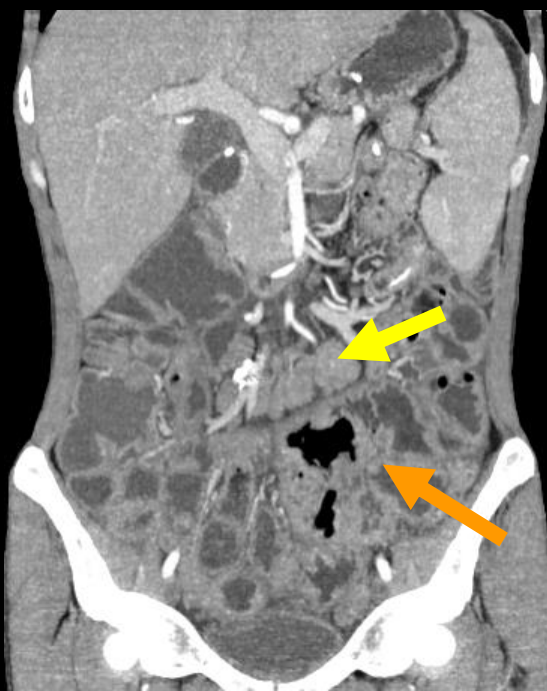
adénocarcinome lieberkuhnien du grêle



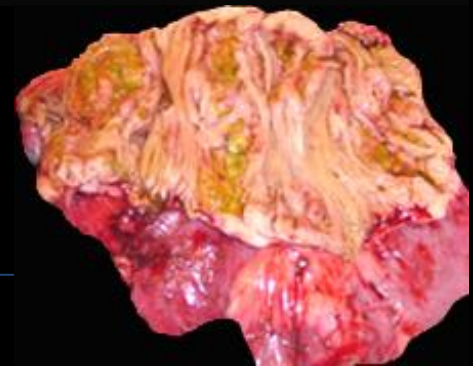
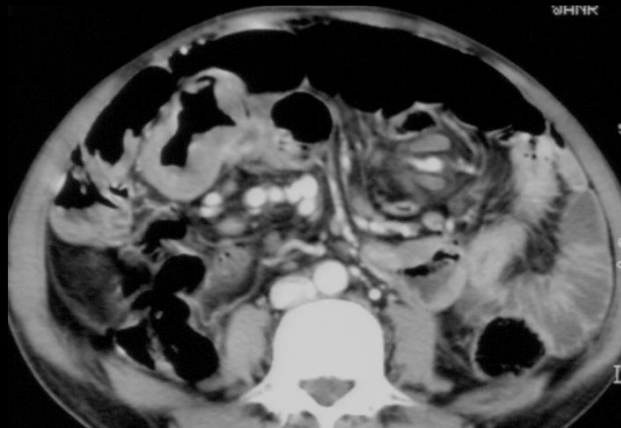
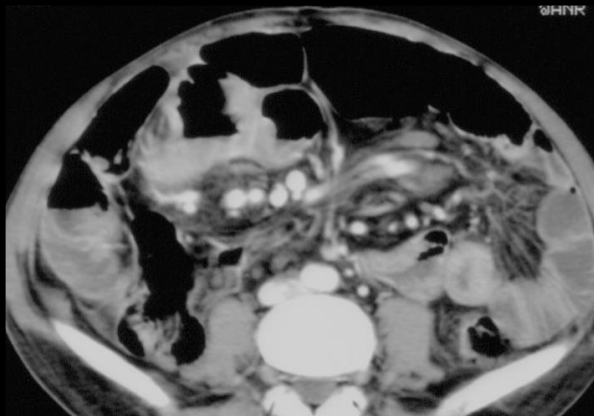
adénocarcinome mucineux du grêle



X 40



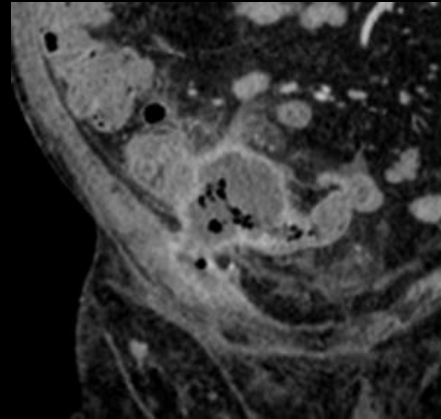
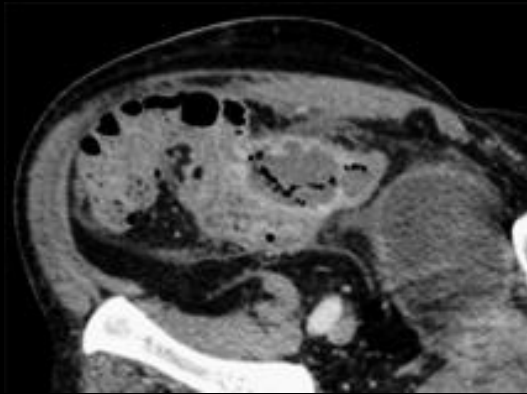
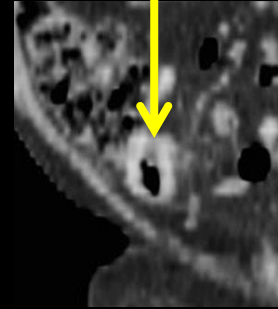
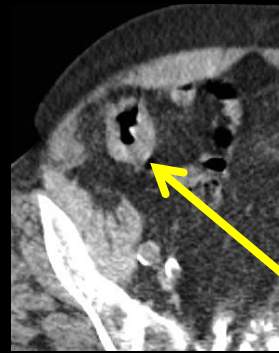
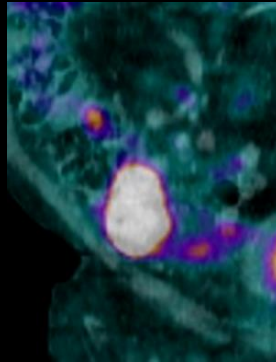
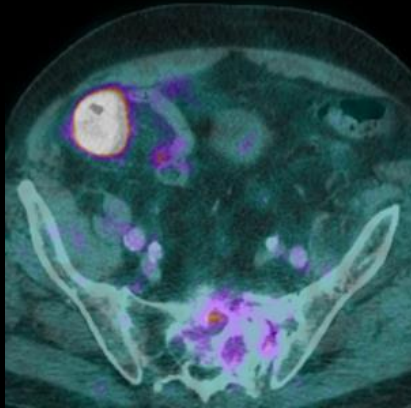
②



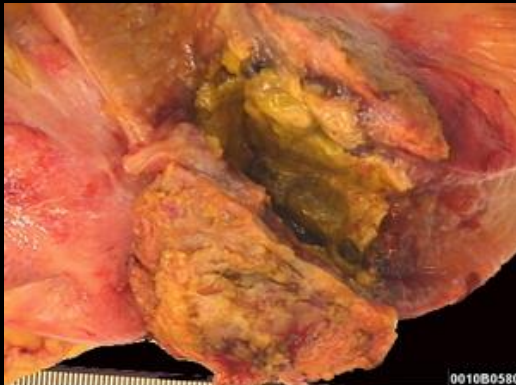
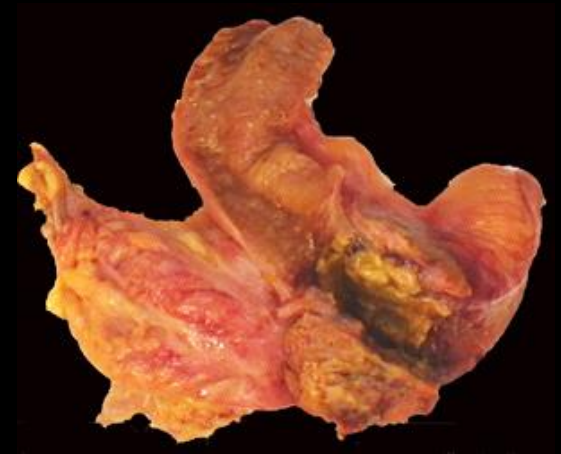
l'environnement ; en particulier un **"grêle inversé"** de maladie cœliaque est un élément fondamental pour le diagnostic de lymphome T qui peut révéler l'affection

homme 68 ans SD POEMS myélome condensant sacrum

04 05 2010



29 09 2010

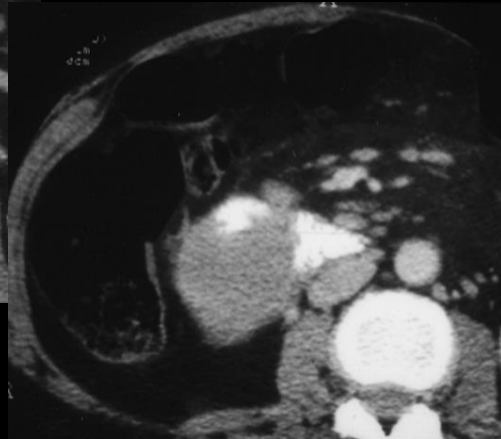


lymphome B diffus à grande cellules avec
différenciation post centre germinative (plasmocyte+
IRF4+) et EBV+ , de siège colique et ganglionnaire

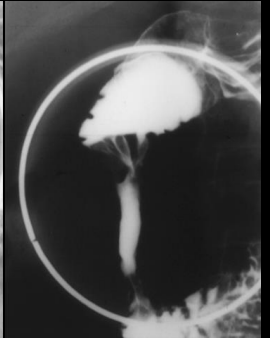
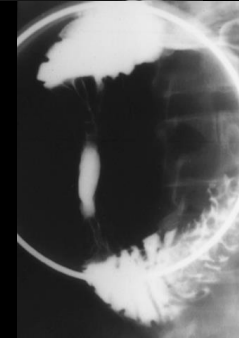
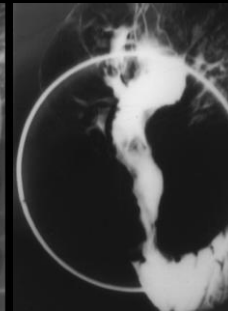
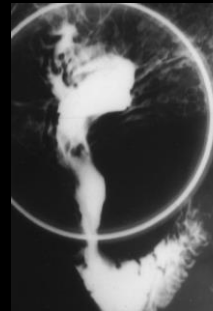
3. principaux aspects macroscopiques des lymphomes primitifs du duodénum (3% des LMNH du tube digestif), du colon (3%) et du rectum (8%)

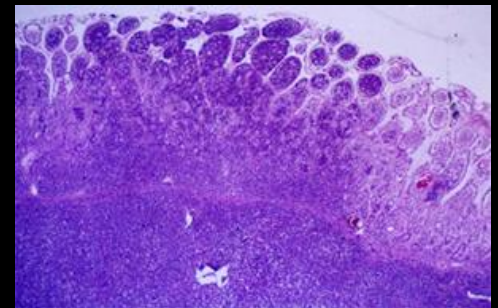
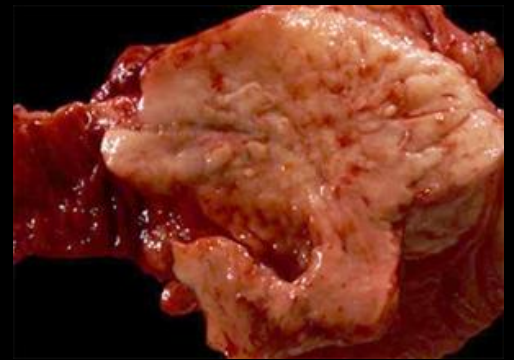
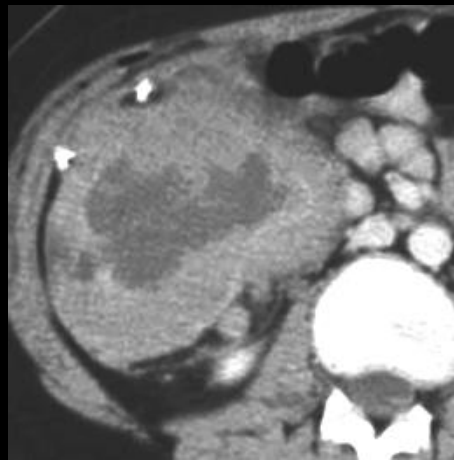


LMNH antral étendu au premier duodénum

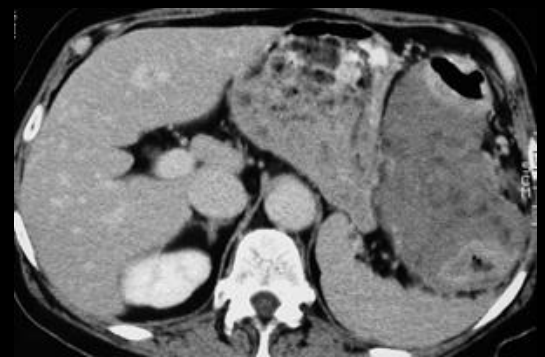
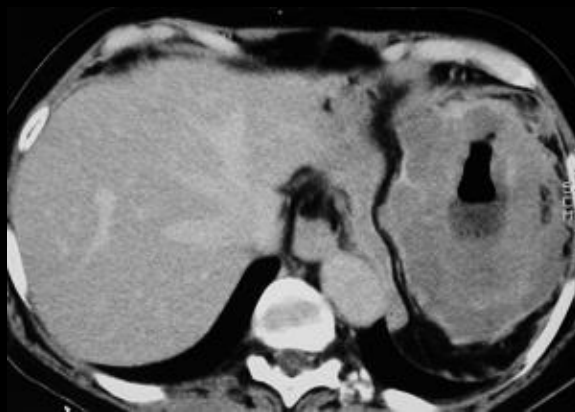
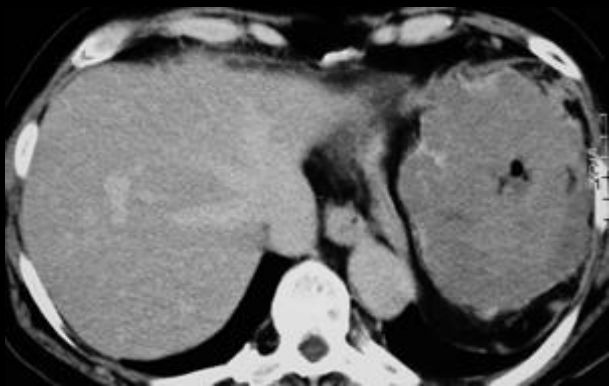


LMNH duodénal

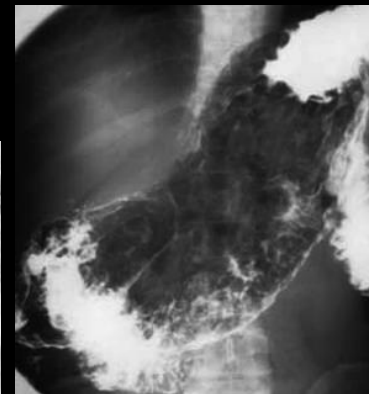
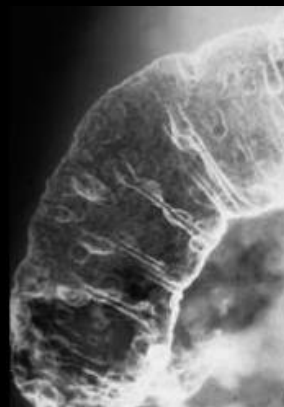
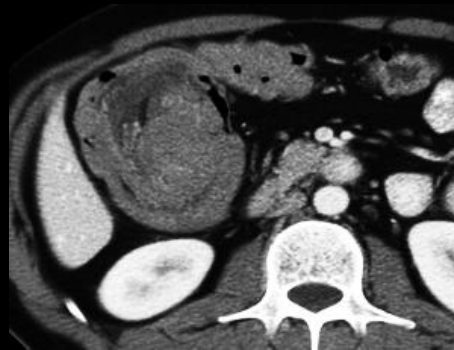
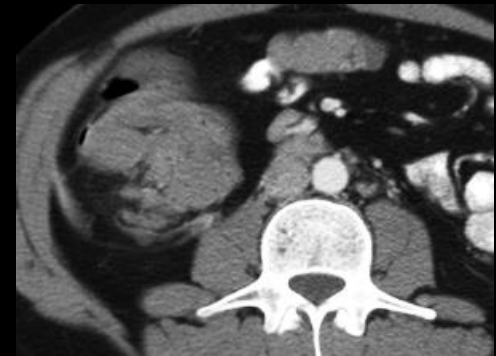
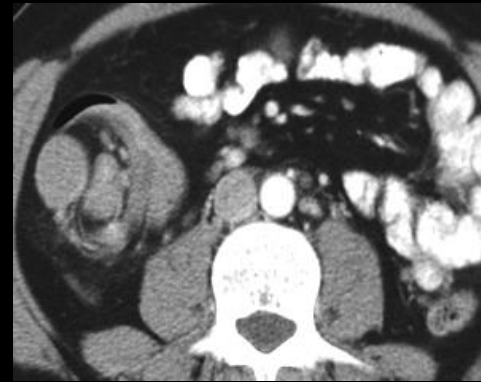




LMNH iléo-colique Burkitt (EBV +
dans 20% des cas sporadiques)

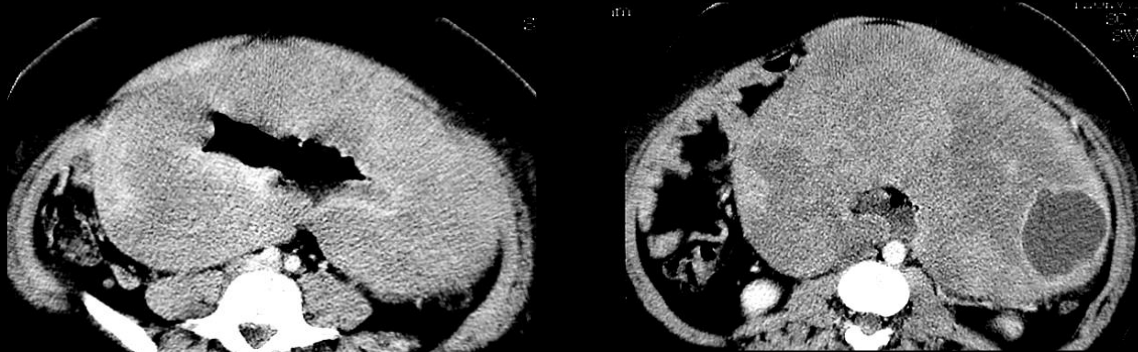


LMNH B agressif de l'angle colique gauche

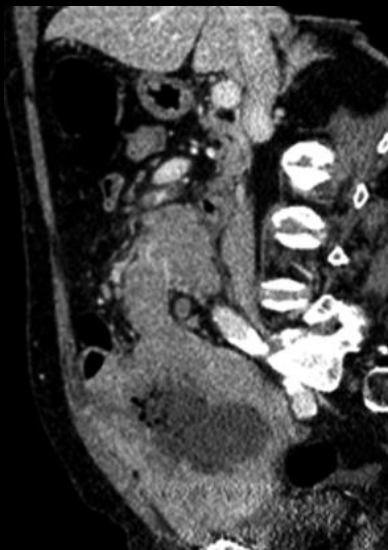
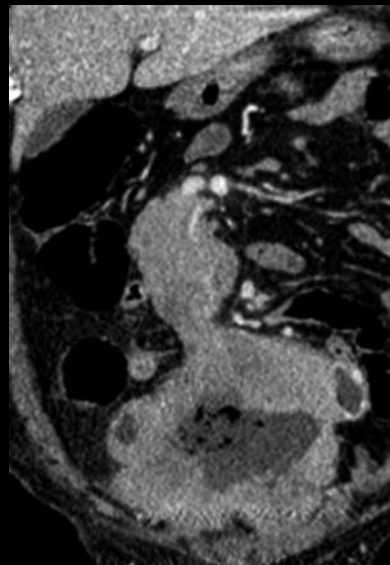
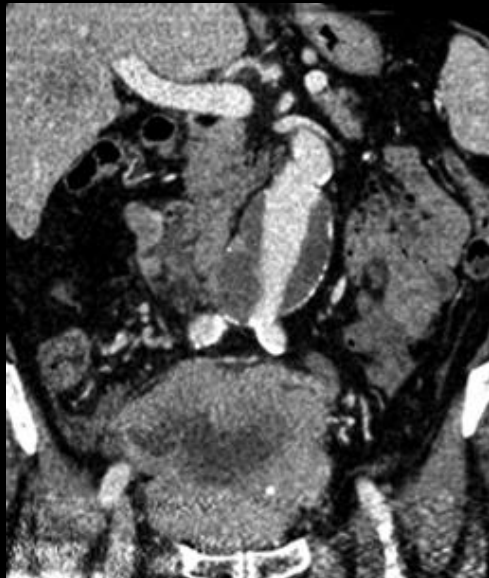
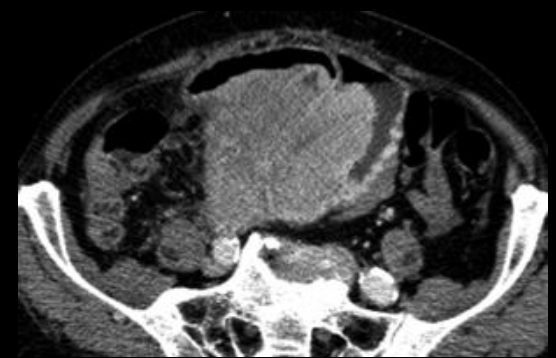


LMNH B colique à petites cellules
avec invagination iléo-colique ,
lymphome du manteau ; **polypose**
lymphomateuse+++
rôle de *Campylobacter jejuni*

4. principaux aspects macroscopiques des LMNH du mésentère



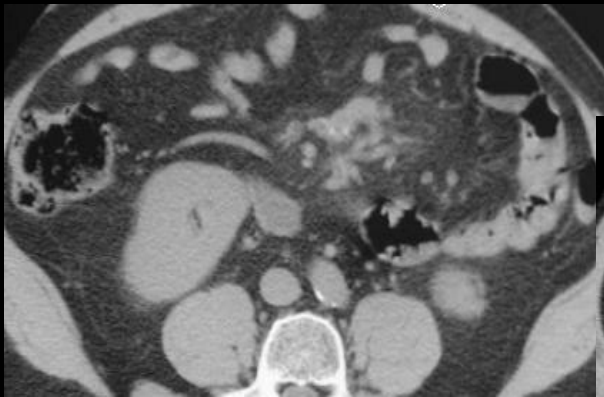
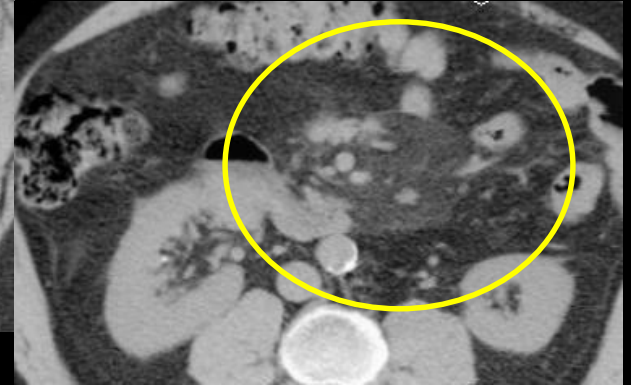
LMNH B agressif du péritoine



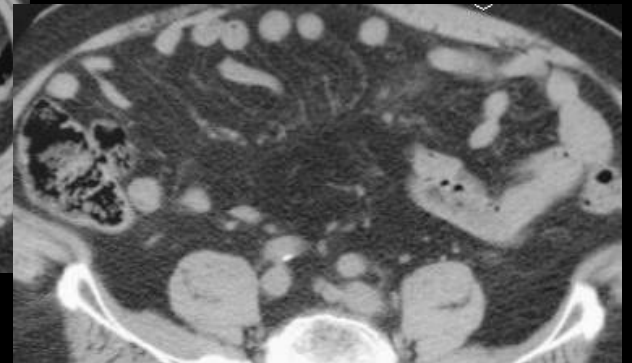
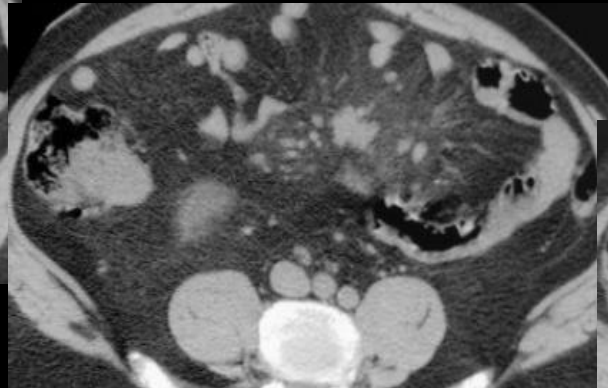
LMNH B agressif du péritoine
étendu à la vessie et au sigmoïde



GIST (estomac ou grêle) ;
pas de GIST primitive du
grand omentum !!!



LMNH B agressif du péritoine.....



au total

-dans le tube digestif comme ailleurs , la possibilité d'une atteinte lymphomateuse doit être **constamment présente à l'esprit** quel que soit l'aspect des lésions observées en imagerie (radiologique comme endoscopique !!)

-elle motive et justifie à elle seule **l'acharnement** avec lequel il faut chercher la preuve histologique de la nature de toute lésion organique , qu'elle soit ou non évocatrice du diagnostic par sa morphologie , son caractère plurifocale , sa prise de contraste....

-les diagnostics différentiels des lésions macroscopiquement évocatrices de lymphomes primitifs du tube digestif doivent être bien connues pour éviter de priver le patient d'un traitement efficace .

