

Lymphome de Hodgkin au cours de la grossesse: à propos d'un cas

Hodgkin lymphoma during the pregnancy: a case report

R RANDRIAMAHAVONJY ^{(1)*}, A.T RABEMANANTSOA ⁽¹⁾, J.M RAKOTONDRAISOA ⁽²⁾,
H.F RABARIKOTO ⁽¹⁾, H.R ANDRIANAMPANALINARIVO ⁽²⁾

⁽¹⁾ Service Maternité, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Service de Gynécologie-Obstétrique, CHUA-GO Befelatanana Antananarivo Madagascar

RESUME

Le lymphome de Hodgkin est une tumeur maligne caractérisée par des infiltrats pléomorphes lymphocytaires et histiocytaires contenant des cellules multi nucléées de Reed-Sternberg dans les adénopathies. La survenue de cette maladie pendant la grossesse est rare mais responsable de mauvais pronostic. Les auteurs rapportent un cas chez une femme de 31 ans présentant les symptômes de lymphome de Hodgkin vers la fin du troisième trimestre de grossesse, dont l'issue a été favorable pour la mère et l'enfant.

Mots clés : Biopsie ; Chimiothérapie ; Grossesse ; Histologie ; Lymphome de Hodgkin

ABSTRACT

The Hodgkin lymphoma is a malignant tumor characterized by infiltration by pleomorphic lymphocytes and histiocytes containing multinuclear cells of Reed-Sternberg in the adenopathies. Its occurrence during the pregnancy is rare but causes bad prognosis. Authors report a case of a 31-year-old woman presenting the symptoms of Hodgkin lymphoma during the end of the third quarter of pregnancy, which outcome was favorable for both the mother and the child.

Keywords: Biopsy; Chemotherapy; Histology; Hodgkin lymphoma; Pregnancy

INTRODUCTION

Le lymphome est la 4^{ème} tumeur maligne la plus fréquemment rencontrée au cours de la grossesse [1]. Histologiquement, il est classé en deux catégories : le lymphome de Hodgkin (LH) et le lymphome malin non Hodgkinien (LMNH). Il est rarement diagnostiqué au cours de la grossesse et la littérature rapporte très peu d'étude concernant le LH associé à une grossesse. Notre cas est l'un des très rare décrit pendant la grossesse. Ainsi nous rapportons les particularités du diagnostic et les éventualités thérapeutiques durant la grossesse.

OBSERVATION

Une femme âgée de 31 ans, primigeste, a été hospitalisée à la 32^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) pour une dyspnée d'effort et de décubitus. A l'entrée, elle était asthénique et se plaignait d'une douleur épigastrique. L'examen clinique avait retrouvé une pâleur cutanéomuqueuse, des circulations collatérales thoraciques et plusieurs adénopathies cervicales mobiles, fermes, indolores et de 1 cm de diamètre (Figure 1). La hauteur utérine était de 29 cm. L'examen au speculum et le toucher vaginal étaient normaux. Cette femme n'avait pas d'antécédent particulier à part une opération d'un kyste de l'ovaire il y a 4 ans. Le déroulement de



Figure 1 : Adénopathie cervicale et circulation collatérale (syndrome cave)

Du Centre Hospitalier de Soavinandriana, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant:

Dr. RANDRIAMAHAVONJY Romualde

Adresse: Service Maternité
Centre Hospitalier de Soavinandriana
Rue Dr MOSS, Soavinandriana
B.P. 06 Bis, Antananarivo Madagascar

Téléphone: +261 33 11 017 97

E-mail: vonjyrom@yahoo.fr

la grossesse était marqué par un vomissement gravidique à 9 semaines d'aménorrhée (SA) avec épigastralgie. Un reflux gastro-oesophagien persistant avait indiqué une fibroscopie digestive haute qui ne retrouvait aucune anomalie. Lors de l'admission, les bilans biologiques avaient permis de retrouver une anémie à 98 g/l d'hémoglobine, une hyperleucocytose à $19,8 \cdot 10^9/l$ et une hyperuricémie modérée à $365 \mu\text{mol/l}$. L'électrocardiographie (ECG) maternelle et le rythme cardiaque fœtal étaient normaux. A l'échographie, le fœtus était eutrophique au 25^{ème} percentile avec un liquide amniotique en quantité normale et un placenta normalement inséré. A cause de la dyspnée, une échographie doppler cardiaque avait été demandée, et avait trouvé une dilatation des cavités droites et de la veine cave inférieure, avec insuffisance tricuspiddienne modérée associée à une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) modérée. Ainsi, nous avons écarté une embolie pulmonaire en demandant le dosage des D-dimères qui furent élevées à 1534 ng/ml, sachant que ce taux subit des variations physiologiques pendant la grossesse. En plus, l'échographie doppler des membres inférieurs ne révéla aucune anomalie morphologique ni vélocimétrique. Ainsi, un scanner thoracique fut demandé et metta en évidence une masse ganglionnaire de 14 cm de grand axe (Figure 2), occupant le médiastin moyen et englobant les vaisseaux supra-aortiques, plongeant jusqu'au niveau de la face antéro-latérale droite du cœur ; associée à de multiples adénopathies cervicales, probablement en faveur d'une maladie lymphomateuse.

De ce fait, une opération césarienne avait été programmée au 38 SA et 5 jours à cause de la dyspnée occasionnée par la tumeur médiastinale. Une laparotomie médiane sous ombilicale était réalisée sous anesthésie générale, suivie d'une hystérotomie segmentaire transversale, d'une extraction céphalique d'un garçon endormi dans un liquide amniotique méconial, pesant 2840 g (Figure 3). L'exploration de la cavité abdominale ne retrouvait aucune adénopathie. Une biopsie ganglionnaire cervicale était effectuée après la césarienne (Figure 4). L'examen anatomo-pathologique de cette pièce biopsique montrait un lymphome malin de type Hodgkinien. La suite des couches était normale. La femme était hospitalisée durant 2 jours en service de réanimation et 5 jours à la maternité, avant d'être transférée en service d'oncologie pour la suite de la prise en charge.

DISCUSSION

L'incidence d'un LH survenu au cours de la grossesse est de l'ordre de 1/1000 [2-4]. La pauci parité et l'âge avancé pour la première grossesse sembleraient être retrouvés parmi les facteurs de risques exposant à la maladie lymphomateuse selon la littérature [2]. Cliniquement, les symptômes sont inconstants et sont composés de vomissement persistant, de douleur abdominale, de fatigue et de fièvre associée à des adénopathies [2]. Le diagnostic formel requiert une biopsie ganglionnaire avec preuve anatomo-pathologique [1].



Figure 2 : Volumineuse masse médiastinale



Figure 3 : Extraction d'un fœtus endormi



Figure 4 : Biopsie d'un ganglion cervicale

L'aspect histologique est le même que chez les femmes non enceintes. La stadification de la maladie repose sur le scanner thoraco-abdominal. Il peut être réalisé sans danger pendant la grossesse car le risque d'irradiation fœtal est moindre [1]. Le LH durant la grossesse est relativement moins agressif et d'évolution plus favorable que le LMNH [1].

La prise en charge du LH dépend de son stade d'évolution ainsi que du terme de la gestation. Au 1^{er} trimestre, une Interruption Médicale de la grossesse (IMG)

est indiquée, vu les effets néfastes engendrés par la radio-chimiothérapie [5, 6], notamment : l'avortement spontané, le décès du fœtus et les malformations majeures [1]. Cependant, un LH diagnostiqué à un stade précoce peut attendre la fin du 1^{er} trimestre pour commencer la chimiothérapie afin de permettre l'embryogénèse. Une mono chimiothérapie par vinblastine ou antracycline est aussi possible durant cette période, surtout si la mère refuse l'IMG [1, 7], et sera ensuite relayé au 2^{ème} trimestre par une poly chimiothérapie. Au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre, l'administration de l'ABVD (Adriamycine, Bléomycine, Vinblastine, Dacarbazine) est la plus recommandée [1], car elle est supposée sans danger après 14 et 16 SA avec la diminution du risque de malformation et de retard psychomoteur [1]. Le MOPP (Mechloréthamine, Vincristine, Procarbazine, Prédnisone) peut être utilisé en deuxième intention car il est aussi associé à des évolutions favorables pour la mère et l'enfant. Un LH survenu vers la fin du troisième trimestre, comme le cas de notre patiente, peut attendre l'accouchement pour commencer la chimiothérapie.

Peu d'étude évoque le pronostic à long terme sur le développement psychomoteur et l'état immuno hématoLOGIQUE de l'enfant exposé in utero à une chimiothérapie [8]. Concernant la fertilité ultérieure chez la femme, des études ont rapporté la survenue d'une nouvelle grossesse après la chimiothérapie [9].

CONCLUSION

La survenue, pendant la grossesse, d'un LH est une éventualité heureusement rare mais de mauvais pronostic. Dans notre cas, l'issue de la grossesse a été favorable pour la mère et l'enfant car la maladie est survenue et diagnostiquée près du terme. Cependant une approche multidisciplinaire est toujours nécessaire pour la prise en charge adéquate de cette pathologie.

REFERENCES

1. Pereg D, Koren G, Lishner M. The treatment of Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma in pregnancy. *Haematologica* 2007; 92:1230-7.
2. Lees CC, Tsirigotis M, Carr JVL and Richards MA. T cell non-Hodgkin's lymphoma presenting in the first trimester of pregnancy. *Postgrad Med J* 1994; 70: 371-2.
3. Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. *Eur J Cancer* 2006; 42: 126-40.
4. Koren G, Lishner M, Santiago S. *The Motherisk Guide to Cancer in Pregnancy and Lactation* (Second edition). Toronto, Canada. Motherisk program; 2005.
5. Ward FT & Weiss RB. Lymphoma and pregnancy. *Semin Oncol* 1989; 16 (5): 397-409 .
6. Toki H, Okabe K, Kamei H. et al. Successful chemotherapy on a pregnant non-Hodgkin's lymphoma patient. *Acta Med Okayama* 1990; 44: 321-3.
7. Bachanova V, Connors J M. How is hodgkin lymphoma in pregnancy best treated? *ASH Evidence-based Review* 2008.
8. Aviles A, Neri N. Hematological malignancies and pregnancy: a final report of 84 children who received chemotherapy in utero. *Clin Lymphoma* 2001; 2: 173-7.
9. Sanders JE, Hawley J, Levy W, et al. Pregnancies following high-dose cyclophosphamide with or without high-dose busulfan or TBI and bone marrow transplantation. *Blood* 1996; 87: 3045-52.