

Introduction

Les lymphomes non hodgkiniens (LNH) primitifs de la thyroïde sont des tumeurs rares. Ils représentent 2% à 5 % des tumeurs de la thyroïde et moins 2 % des lymphomes extra-ganglionnaires.

Ils affectent essentiellement les sujets âgés. Une thyroïdite lymphocytaire est souvent associée, expliquant en partie la prédominance féminine de ce lymphome.

La symptomatologie et l'imagerie ne sont pas spécifiques, de sorte que le diagnostic repose sur l'étude histologique et immunohistochimique

Différents types histologiques sont individualisés mais les plus fréquents sont les lymphomes B diffus à grandes cellules et les lymphomes de MALT.

Les indications de la chirurgie, anciennement prépondérante, sont devenues limitées après l'émergence des nouveaux protocoles de chimiothérapie devenant le traitement de base du lymphome thyroïdien.

Observation

Patiente de 49 ans, ayant comme antécédent une thyroïdite auto-immune(TAI) depuis deux ans, sous 100 ug de Lévothyroxine par jour.

Elle s'est présentée pour une tuméfaction cervicale antérieure dont l'apparition remonte à un an compliquée d'une dyspnée et sans signes de dysthyroïdies.

L'échographie cervicale montrait un nodule médio lobaire gauche de 37*24*33 mm classé TIRADS 4B sur une thyroïdite pseudo-micronodulaire. La cytoponction faite : indéterminée.

La patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie totale.

L'anatomopathologie avec complément immunohistochimique revenues en faveur d'un lymphome à petites cellules de type MALT sur thyroïdite lymphocytaire. Le bilan d'extension est revenu négatif.

Devant l'absence d'une localisation ganglionnaire le diagnostic de lymphome B type malt primitif extra ganglionnaire a été retenu.

Le traitement hormonal substitutif était instauré et la patiente est adressée en oncologie pour complément de prise en charge.

Conclusion

Par leur rareté et leur polymorphisme clinique, les lymphomes de la thyroïde posent encore des difficultés diagnostiques. La conduite thérapeutique est actuellement mieux codifiée. La surveillance, en dehors du traitement hormonal substitutif, est celle de tous les lymphomes.

Conflits d'intérêts : Aucun

Références

- 1-L.Taali, T. Baghdadi. Lymphome de la thyroïde : à propos d'un cas et revue de littérature. Rev. méd. Gd. Lacs. 2016;5: 2304-0173
- 2-Mounir Kettani, Nabil Touihem. Localisation primitive rare «thyroïdienne» d'un lymphome non hodgkinien de Malt : à propos d'un cas et revue de la littérature. Research fr 2014;1:1017.
- 3-Hanane Chenna, Hanane Berhil. Le lymphomes non hodgkinien primitif de la thyroïde: à propos de sept cas.Pan Afr Med J. 2012; 12: 79.

Discussion

Les LNH primitifs constituent au sein des tumeurs thyroïdiennes une entité anatomo-clinique rare.

Leur incidence est estimée à 1,1 - 2,06 / million d'habitants/an, a augmenté ces dernières années mais au Maroc, son incidence n'est pas encore connue [1]. Classiquement, ils surviennent chez une femme entre 60 et 70 ans avec un ratio femme/homme de 1,5-14 selon les études. Ils se développent essentiellement sur des lésions thyroïdiennes préexistantes, notamment une thyroïdite lymphocytaire d'Hashimoto. L'association est retrouvée dans 25 à 100% des cas selon les séries. La symptomatologie clinique est représentée le plus souvent par un nodule thyroïdien d'évolution rapide avec signes de compression dans 20-25% des cas . le caractère douloureux serait en faveur du diagnostic[1]. Le diagnostic positif repose sur l'étude histologique et immunohistochimique. Il est porté par la cytoponction dans 61 % des cas ou mieux par une biopsie chirurgicale qui permet de définir le type de lymphome. La forme la plus fréquente est le lymphome B à grandes cellules suivi du lymphome B de type MALT qui reste plus rare et d'évolution plus lente[2].

Un diagnostic correct et une stadification adéquate sont des éléments importants pour la décision thérapeutique.

En effet, le lymphome de la thyroïde peut être primitif ou constituer une localisation secondaire découverte lors du bilan d'extension d'un lymphome. La localisation primitive constitue 1-2,5% de tous les lymphomes. Le caractère primitif du lymphome thyroïdien est retenu après bilan d'extension complet, afin d'éliminer toute atteinte associée [2].

Le traitement de choix est déterminé essentiellement par le type histologique du lymphome et son extension[3]. Aucun consensus n'est établi à ce jour. Actuellement, les indications de la chirurgie sont devenues de plus en plus limitées, elle n'est réservée qu'aux tumeurs thyroïdiennes strictement intra capsulaires et de bas grade de malignité (de type MALT ou autre) ou en présence de signes de compression[3]. La radiothérapie externe cervico-médiastinale à la dose de 40 Gy assure selon certains auteurs le même résultat à ce stade avec une survie à 5 ans de 90%. Pour les lymphomes localisés à grandes cellules de type B et de haut grade de malignité, représentant le type histologique le plus fréquent, le traitement de référence consiste en une chimiothérapie de type CHOP suivie d'une irradiation locorégionale à la dose de 35-45 Gy. les lymphomes type MALT de la thyroïde ont un meilleur pronostic par rapport aux autres localisations avec une survie à 5 ans > 80% [2].