



2009

Adénocarcinome colique et adénopathies envahies : un cancer peut en cacher un autre ! à propos d'un cas de lymphome sous Adalimumab*

Vincent Gilles (1), Faiza Khemissa-Akouz (1), André-Jean Remy (1), Stéphane Ollivier (1), Sofiane Dahmouni(1), Claire Scotto (2), Bernard Heran (1). (1) Service d'Hépatogastroentérologie et de Cancérologie Digestive (2) Service de Rhumatologie Centre Hospitalier de Perpignan

Plusieurs désordres lymphoprolifératifs apparus chez les patients traités par immunosuppresseurs ont été ces dernières années sujet à controverse. Nous rapportons le cas ici d'une femme présentant une polyarthrite rhumatoïde traitée par méthotrexate et adalimumab et chez qui a été découvert une néoplasie colique et un lymphome lymphocytaire. Une femme née en 1938 était suivie par le service de rhumatologie pour polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis 20 ans traitée par différentes lignées thérapeutiques : sels d'or, salazopyrine, et Methotrexate à la dose de 7,5 mg par semaine introduit en avril 2002. Une corticothérapie était toujours maintenue à doses modulées. En Mars 2005, du fait des persistance des symptômes inflammatoires, la décision était prise de débiter un traitement par anti-TNF alpha de type Adalimumab « Humira » à la dose de 40 mg toutes les 2 semaines. Un très bon contrôle clinique et biologique était alors obtenu. En 2008, dans le cadre d'une campagne de dépistage par Hemocult II, une coloscopie découvrait une tumeur colique gauche adénocarcinomateuse. La tomodensitométrie ne montrait pas de métastases à distance mais plusieurs adénopathies rétropéritonéales et mésentériques. Une geste chirurgical était alors décidé et une hémicolectomie gauche était réalisée accompagnée de curage pré et interaortocave. La pièce de résection confirmait la nature adénocarcinomateuse moyennement différenciée de la tumeur de type lieberkuhnien de stade PT3N0M0 (0 ganglion envahi sur 24). En revanche le curage ganglionnaire pré et inter-aortocave montrait la prolifération d'éléments lymphoïdes de petite taille avec en immunohistochimie une positivité pour le CD 20 et le CD 5 mais une négativité pour CD23, CD 10 et la cycline D1 permettait de diagnostiquer un lymphome lymphocytaire B. Si les tests biologiques (hémogramme, tests hépatiques, LDH, béta2 microglobuline, Coombs, sérologie des hépatites et VIH) étaient normaux, la biopsie ostéo-médullaire montrait une infiltration lymphomateuse et le TEP TDM au 18 FDG rapportait une hyperfixation ganglionnaire rétropéritonéale et coeliomésentérique. Le diagnostic de lymphome indolent était retenu ne justifiant qu'une surveillance clinique, biologique et radiologique simple. Ce cas illustre le problème de relations possibles entre les traitements immunosuppresseurs et l'apparition de lymphomes. Le risque oncogénique de tels traitements a été souligné depuis longtemps mais son importance réelle reste sujette à discussion. Dans notre discussion nous nous attacherons d'abord à analyser la relation entre la polyarthrite et les néoplasies en général et ensuite à discuter de l'influence des traitements immunosuppresseurs et plus particulièrement des anti -TNF alpha sur l'apparition des hémolympopathies.

[Fermer la fenêtre](#)