

**Avertissement** : Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 2 août 2016

Hôpital Cantonal de Genève

**Cancers : Les apparences sont trompeuses (présentation de cas)**

Equipe Oncologie

1) Madame C.P. née en 1965 aux Philippines, à Genève depuis longtemps, présente une masse cervicale de 3cm en 2014, qui tend à grossir. Son médecin l'envoie en oncologie pour investigations.

Effectivement il y a cette adénopathies (adp), mais aussi 4 adp cervicales bilatérales. La vitesse de sédimentation (VS) est à 54mm, la formule sanguine (FSC) est normale, la RX thoracique aussi.

Les sérologies virales sont négatives, comme la toxoplasmose, et les maladies du griffes du chat (*Bartonella henselae*), comme aussi le TB Quantiferon.

L'échographie (US) confirme une adp juguaire de 13/35mm.

La ponction parle d'une lymphadénite réactionnelle.

Pas de mycobactéries ni à l'examen direct ni à la culture.

Jusqu'en janvier 2016 la situation reste stable, puis l'adp grossi...une nouvelle ponction remontre une lymphadénite réactionnelle...toujours pas de mycobactéries...

Une cytométrie de flux exclu une population monoclonale.

Finalement on se résout à la lymphadenectomie...

L'histologie montre une hyperplasie des centres germinatifs avec une expansion des zones interfolliculaire...

La patiente commence à présenter une perte de poids, des lésions pétéchiales des membres inférieurs (MI), une pancytopenie, et un test de Coombs positif avec des anticorps chauds de type IgG, l'haptoglobine est abaissée, il y a une insuffisance rénale aigüe (IRA), les LDH sont augmentées, il y a une hyperferritinémie, une augmentation de la beta2 microglobulinémie, une microhématurie glomérulaire et une leucocyturie...

Le PET CT, effectué pour exclure un lymphome de bas grade, montre d'autres adp axillaires et une atteinte de la rate.

Le bilan immunologique montre un effondrement du complément (C3 et C4), des Ac antiDNA natifs augmentés et des Ac anti S nucléosomes augmentés aussi.

Il s'agit donc d'un lupus érythémateux disséminé, qui est confirmé par une biopsie rénale montrant des dépôts mésangiaux, et une glomérulonéphrite lupique de classe IV...

Un bref commentaire se basant sur un article du Brit. Journal of Cancer (2013) par I.Chan (que je n'ai pas réussi à retrouver...) montre que les adp isolées sont plutôt rarement des cancers (1-5% ?)...que l'US aurait une sensibilité de 100% et une spécificité de 97% , et que la sensibilité de la cytoponction est aux alentours de 50% avec donc pas mal de faux négatifs, c'est surtout les lymphomes qui sont ratés...

Les critères de gravité orientant vers la malignité d'une adp sont :

- L'âge avancé
- Le sexe masculin
- Le type caucasien
- Une adp susclaviculaire
- Plus de 2 aires ganglionnaires atteintes...

On retiendra que la présentation d'un lupus de cette manière est rare, que le suivi dans le temps amène souvent la réponse ...que la cytoponction à l'aiguille a une mauvaise sensibilité...et que la médecine, c'est parfois compliqué....

**2)** Monsieur A.L.O., né en 1944, a eu un triple pontage coronarien en 2001 il a un diabète de type II, a arrêté de fumer il y a 10 ans (90UPA), il a été opéré d'une hernie inguinale il y a 3-4 ans (?) et prend du Crestor, du Glucophage et d'autres trucs que je n'ai pas eu le temps de noter...

Il a perdu 10 kg en 3 ans, sans faire exprès, il tousse, crache, pas d'hémoptysies...A une anémie normocytaire normochrome...

Le CT thoracoabdominal montre une masse suspubienne de 7/3cm...le radiologue met : « hématome...sarcome » dans son diagnostic différentiel.

L 'IRM confirme et montre un plan de clivage avec la vessie...

La ponction biopsie montre des petits lymphocytes, des plasmocytes, des dépôts d'hémosidérine, et des histiocytes/ macrophages, il y a de grandes cellules géantes polynucléées...comme on voit lors de la présence de corps étranger...

Il s'agit d'un tissu fibro-inflammatoire avec réactions à cellules géantes à corps étranger c'est à dire, au **filet implanté lors de la cure d'hernie inguinale** il y a quelques années.

On reste sur sa faim en ce qui concerne la perte de poids et les crachats...mais le message c'est que toute tumeur n'est pas forcément oncologique (!).

**3)** Une femme de 26 ans, originaire du Tadjikistan, a eu une maladie de Basedow en 1999, et traitée par Propycil® (50mg/j). Elle présente une asthénie, avec des céphalées temporales droites, une ptose de l'œil droit et une diplopie.

Ça évoque une orbitopathie de Basedow...elle reçoit du Solumedrol iv et une IRM est programmée...

Celle-ci montre une infiltration du lobe frontal droit, sans prise de contraste.

Il n' a pas de syndrome inflammatoire.

La ponction lombaire (PL) est normale, sans distribution oligoclonale des IgG, les PCR virales sont négatives, le FAN aussi et la TSH est normale.

Le CT throacoabdominal est normal.

Comme la réponse aux stéroïdes a été bonne...on pense à un lymphome cérébral ... éventuellement à un gliome de bas grade, à une neuro sarcoïdose à une encéphalite/méningite tuberculeuse (tbc) ou autoimmune...

La biopsie cérébrale maintenant semble avoir un rendement très faible et on décide d'attendre et de surveiller ( et d'arrêter les stéroïdes).

Après 1mois il y a progression de l'atteinte méningée et on décide la craniotomie frontale droite...L'histologie montre de larges plages de nécroses avec des cellules macrophagiques multinucléées, une gliose réactionnelle et un discret infiltrat inflammatoire mixte avec des cellules géantes multinucléées.

La PCR pour Mycobacterium tbc revient faiblement positive, et un traitement antitbc est introduit...

A l'imagerie on note une diminution de l'infiltration rehaussante ( ?)...

Donc il s'agit d'une granulomatose cérébrale nécrosante sans vascularite avec des cellules géantes et une PCR faiblement positive pour Mycobacterium tbc...

C'est donc un faisceau d'arguments qui conduit à une **tuberculose méningée**... même si c'est bizarre qu'il n'y ait pas eu de BK à l'examen direct, ni culture positive, surtout après corticostéroïdes...la prof M.Louis n'est pas convaincue...

Il reste la neuro sarcoïdose...éventuellement le lymphome...

Tout ça pour dire que ce n'est pas parce que l'on envoie quelqu'un en oncologie que l'on va forcément lui trouver un cancer...c'était la bonne nouvelle de ce mardi matin...

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)

