



Leucémie lymphoïde chronique révélée par un syndrome occlusif digestif : à propos d’un cas

- Soumaya Barkhoukh, MD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
- Ikram Sadki, MD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
- Abdellah Seghiri, MD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
- Zahida Aqodad, MD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
- Samia Sabri, MD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
- Houda Bachir, PhD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
- Siham Hamaz, PhD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
- Habiba Bennesser Alaoui , PhD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
- Khalid Serraj, PhD, Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est une hémopathie lymphoproliférative de révélation le plus souvent fortuite. Les présentations digestives inaugurales sont exceptionnelles et peuvent constituer un véritable défi diagnostique. Nous rapportons un cas de LLC révélée à l’occasion d’une complication digestive aiguë ayant nécessité une prise en charge chirurgicale.

Observation

Une patiente de 86 ans, présentant comme antécédents médicaux une cardiopathie ischémique et un asthme , tous deux sous traitement, et un antécédent chirurgical d’hystérectomie ancienne non documentée , a été admise pour un syndrome occlusif évoluant depuis 72 heures, associant un arrêt des matières et des gaz compliqué de vomissements fécaloïdes. L’imagerie tomodensitométrique abdominale objectivait une occlusion grêlique sur probable bride, associée à des adénopathies multiples sous-diaphragmatiques. Une TDM de contrôle après ingestion de gastrografine a confirmé l’occlusion, dans un contexte de carcinose péritonéale, indiquant un geste chirurgicale en urgence .

Le bilan biologique préopératoire mettait en évidence une hyperleucocytose à 93 900/mm³, à prédominance lymphocytaire (82 300/mm³). L’examen du frottis sanguin mettait en évidence la présence d’ombres de Gumprecht, ainsi qu’une population de cellules lymphoïdes représentant environ 10 %, de taille moyenne, caractérisées par un rapport nucléocytoplasmique élevé, noyau irrégulier à chromatine nucléolé avec un cytoplasme basophile. Devant cette hyperlymphocytose majeure et l’aspect cytologique évocateur d’un syndrome lymphoprolifératif, un immunophénotypage lymphocytaire sanguin a été réalisé, retrouvant un score de Matutes à 5/5, permettant de retenir le diagnostic de LLC à l’occasion de cette complication.

La patiente bénéficiait d’une colectomie totale emportant un segment colique de 55 cm, un segment grêlique de 25 cm et un segment rectal de 2 cm. L’étude anatomopathologique et immunohistochimique de la pièce opératoire objectivait une infiltration lymphomateuse à petites cellules B exprimant CD5 et CD23, limitée au segment colique ; les autres segments étaient indemnes.

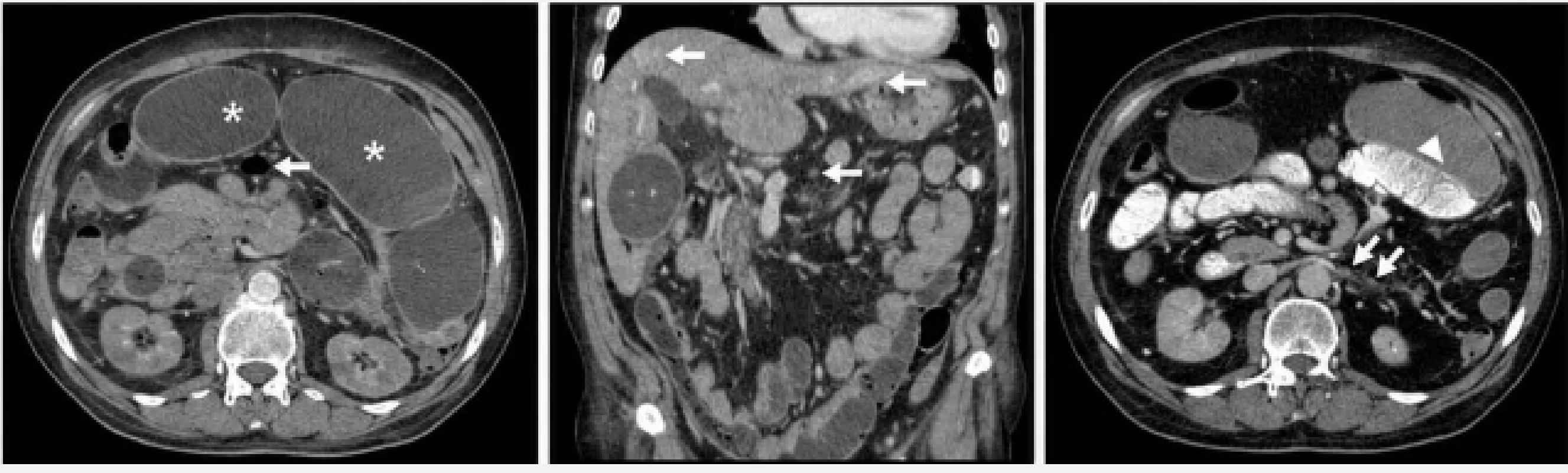


Figure 1: Image tomodensitométrique abdominale
A. Dilatation des anses grêliques* avec niveaux hydro aériques et zones de transition (fleche)
B. Multiples adénopathies sus et sous diaphragmatiques (fleche)
C. Absence de progression de la gastrografine au-dela de la zone de transition (double flèches), confirmant l’occlusion

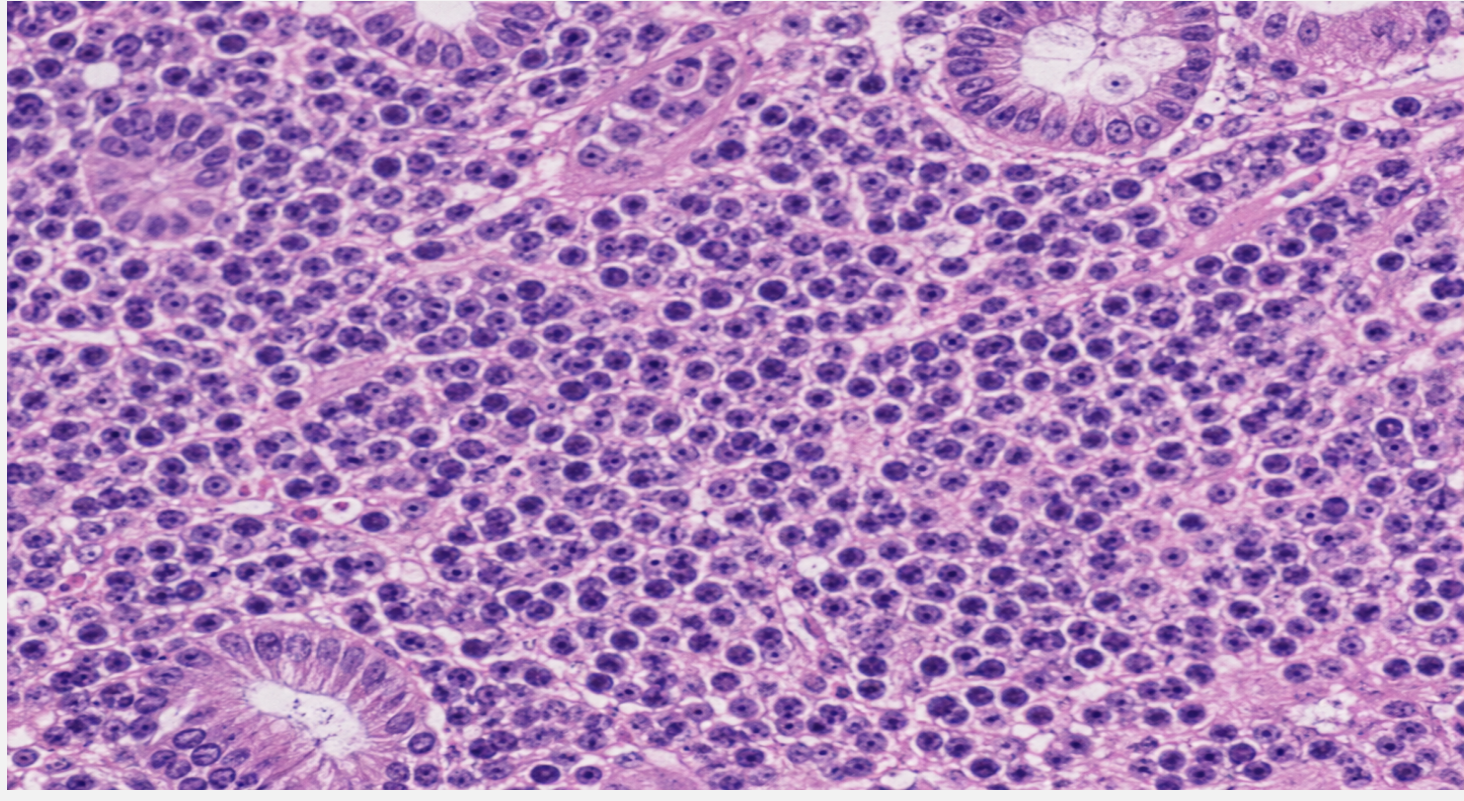


Figure 2: Mise en évidence d’une infiltration diffuse de la muqueuse colique par de petites cellules lymphoïdes matures a noyaux ronds en utilisant la coloration H&S (Hématoxyline-éosine) x 400

Discussion

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est la leucémie la plus fréquente chez l'adulte occidental. Son diagnostic repose généralement sur la découverte fortuite d'une lymphocytose persistante ou d'adénopathies périphériques. Les manifestations digestives inaugurales demeurent exceptionnelles et sont principalement rapportées sous forme de cas cliniques isolés [1].

L'atteinte du tractus gastro-intestinal au cours de la LLC est rare. Lorsqu'elle survient, elle peut résulter d'une infiltration directe de la muqueuse digestive par les cellules lymphomateuses ou être observée dans le contexte d'une transformation de Richter. Les localisations les plus décrites concernent l'estomac, l'intestin grêle et le côlon, avec des présentations cliniques variées incluant douleurs abdominales, diarrhée, hémorragie digestive, perforation ou occlusion intestinale [2,3].

Dans notre observation, la présentation inaugurale sous forme d'un syndrome occlusif aigu constitue une circonstance diagnostique particulièrement inhabituelle. Quelques cas similaires ont été rapportés dans la littérature, où l'atteinte digestive révélatrice de la LLC mimait une pathologie chirurgicale urgente, retardant parfois le diagnostic hématologique [4,5].

La découverte d'une hyperlymphocytose majeure associée à des ombres de Gumprecht a constitué un élément d'orientation essentiel. L'immunophénotypage sanguin, montrant un score de Matutes à 5/5, a permis de confirmer le diagnostic de LLC. Toutefois, le diagnostic définitif de l'atteinte digestive a reposé sur l'étude anatomopathologique et immunohistochimique de la pièce opératoire, mettant en évidence une infiltration par de petites cellules B exprimant CD5 et CD23, profil immunophénotypique caractéristique de la LLC [6].

Conclusion

L’atteinte digestive révélatrice de la LLC est rare et peut simuler une pathologie chirurgicale aiguë. La découverte d’une hyperlymphocytose préopératoire doit attirer l’attention sur une éventuelle hémopathie sous-jacente. Cette observation rappelle l’importance d’une approche multidisciplinaire associant cliniciens, hématologues, chirurgiens et anatomopathologistes pour le diagnostic de ces présentations inhabituelles.

Références

1. WHO Classification of Tumours of Haematolymphoid Tumours. Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, et al. *WHO Classification of Tumours of Haematolymphoid Tumours*. 5th ed. Lyon: IARC; 2022.
2. Gastrointestinal involvement in chronic lymphocytic leukemia. Shepherd NA, Hall PA, Coates PJ, Levison DA. Gastrointestinal involvement in chronic lymphocytic leukemia. *Leuk Lymphoma*. 1992;8(1-2):49-55.
3. Intestinal involvement in chronic lymphocytic leukemia. Gupta A, Shah N, Young M. Intestinal involvement in chronic lymphocytic leukemia: a rare cause of gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:S513-S515.
4. Small bowel obstruction as presentation of CLL. Hwang J, Kim Y, Lee S, et al. Small bowel obstruction caused by gastrointestinal involvement of chronic lymphocytic leukemia. *Case Rep Hematol*. 2015;2015:1-4.
5. Colonic involvement revealing chronic lymphocytic leukemia. Lee SY, Kim CW, Kim JI, et al. Colonic infiltration by chronic lymphocytic leukemia presenting as intestinal obstruction. *World J Gastroenterol*. 2011;17(25):3081-3084.
6. Matutes score. Matutes E, Owusu-Ankomah K, Morilla R, et al. The immunological profile of B-cell disorders and proposal of a scoring system for the diagnosis of CLL. *Leukemia*. 1994;8(10):1640-1645.