

# **LYMPHOME GASTRIQUE DU MALT**

Diagnostic et Traitement

Leïla KANAFI. CHU Limoges.

Tursac 19 Octobre 2006

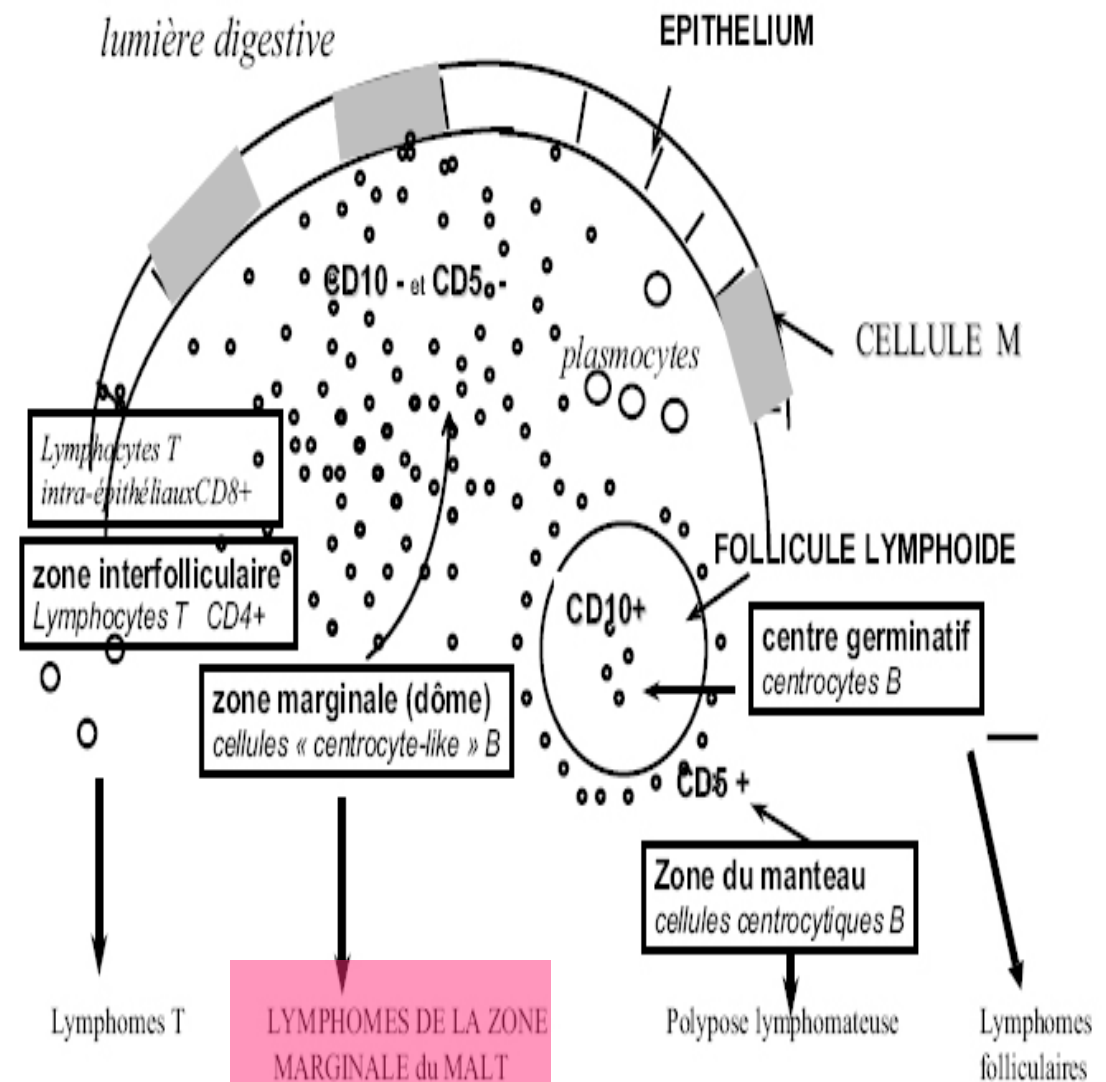
# GENERALITES:

- ❑ Localisations digestives: 12.5% des LNH
- ❑ Localisations gastriques:
  - ❑ 50 à 60% des lymphomes digestifs
  - ❑ 3% des tumeurs malignes de l'estomac (rare).
- ❑ Incidence : 0.21/100000 habitants
- ❑ Étiologie inconnue
- ❑ Facteur prédisposant: HELICOBACTER PYLORI+++  
*RR=6.3*

# ANATOMOPATHOLOGIE :

## LE MALT

- MALT = Mucosa Associated Lymphoid Tissue
- Organisation différente gg/rate
- GALT (G=GUT)
- Présent ***poumon*** et ***intestin***
- Acquis ***estomac*** ; ***thyroïde*** ; ***glandes salivaires***
- Favorise la pénétration antigénique
- Initie la réponse immunitaire
- Lieu privilégié des lymphomes extra gg



# LYMPHOMES DU MALT A PETITE ET GRANDES CELLULES CLASSIFICATION ISAACSON ET OMS 2001 ET CARACTERISTIQUES

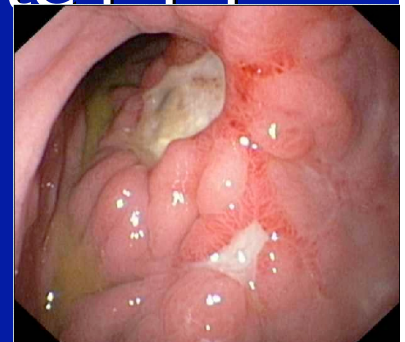
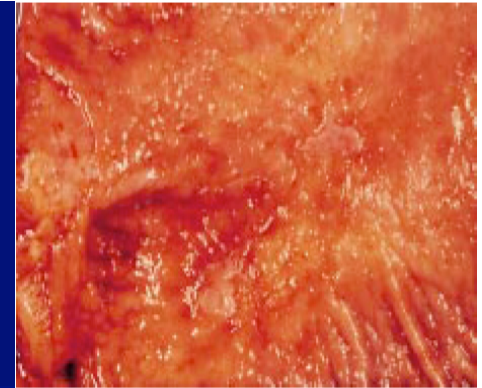
ISAACSON	OMS	CARACTERISTIQUES	histologie	IMMUNOHISTO CYTOGENETIQUE
<p>Lymphome B du MALT de faible degré de malignité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-de type occidental(focalisé)</li> <li>-de type méditerranéen (extensif):IPSID (maladie des chaînes alpha essentiellement)</li> </ul>	<p><b>Lymphome de la zone marginale du MALT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■Évolution indolente</li> <li>■Généralement localisé (96% cas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■Stéréotypée</li> <li>■3 éléments retrouvés</li> <li>■1)Cellules centrocytes-like&gt;</li> <li>■2)hyperplasie lymphoïde folliculaire</li> <li>■3)lésions lymphoépithéliales caractéristiques+++</li> </ul>	<p>CD20+;CD79a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■CD5-; CD10-</li> <li>■Trisomie 3</li> <li>■Translocation t (11;18)</li> </ul>
<p>Lymphome B du MALT de haut degré de malignité avec ou sans composants de faible degré incluant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-centroblastique</li> <li>-immunoblastique</li> <li>-anaplasique à grandes cellules</li> </ul>	<p><b>Lymphome diffus à grandes cellules B</b></p>	<p>invasif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■Contingent petites cellules</li> <li>■Contingent de grandes cellules</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■CD5-; CD10-</li> <li>■CD20+;CD79</li> <li>■Mutations délétions p 53</li> </ul>

# DIAGNOSTIC CLINIQUE

- 50 à 70 ans
- H= 2/1
- Pas ou peu d'AEG
- Symptômes digestifs non spécifiques
- Troubles dyspeptiques+++

# DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE

- Non spécifique
- Ulcérations ++
- Épaississement des plis;
- Erosions; érythème
- Large ulcération et gros plis:  
transformation en haute malignité+++
- Biopsies nombreuses+++



# DIAGNOSTIC RECHERCHE HP

- Par histologie et sérologie systématique
- Culture avec antibiogramme en cas de résistance ATB
- Statut HP+ défini par sérologie et/ou histologie +

# BILAN D'EXTENSION CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

## □ CLINIQUE

- Syndrome tumoral
- Consultation ORL
- Pré thérapeutique

## □ BIOLOGIE

- Standard
- LDH,  $\beta 2$  microglobulinémie
- Sérologie VHC ; VHB ; VIH



# BILAN D'EXTENSION LOCOREGIONAL ET A DISTANCE

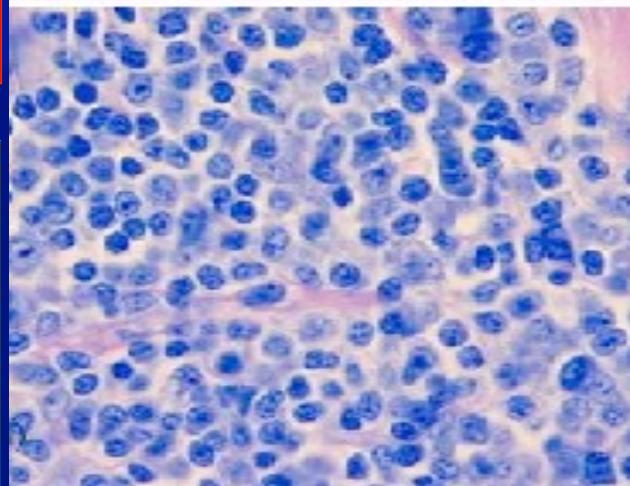
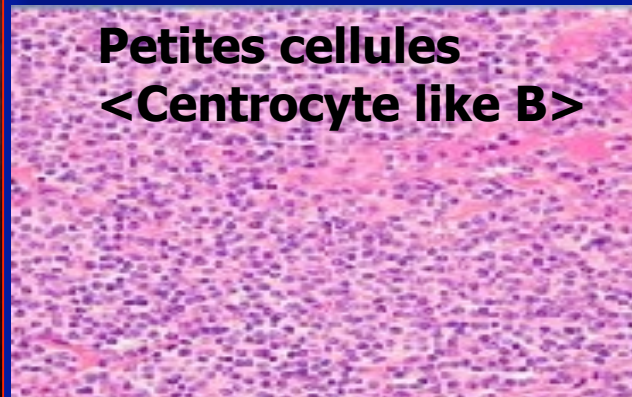
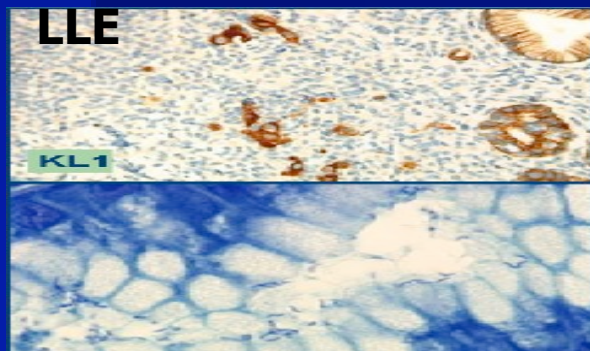
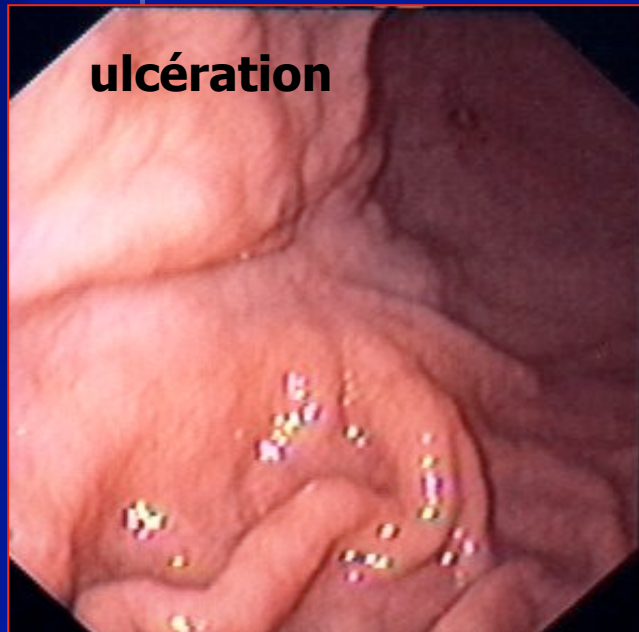
## ■ ECHOENDOSCOPIE

- Extension pariétale
- Caractère pathologique des GG
- Sous estime atteinte en surface
- Utile pour BILAN INITIAL et SUIVI

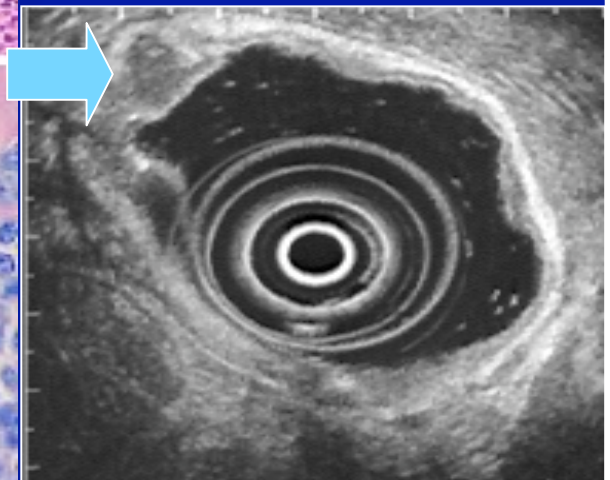
## ■ A DISTANCE

- TDM Thoraco Abdominale et CAVUM
- Exploration grêlique au moindre doute
- Coloscopie avec biopsies étagées
- BOM

# LYMPHOME SUPERFICIEL A PETITES CELLULES B



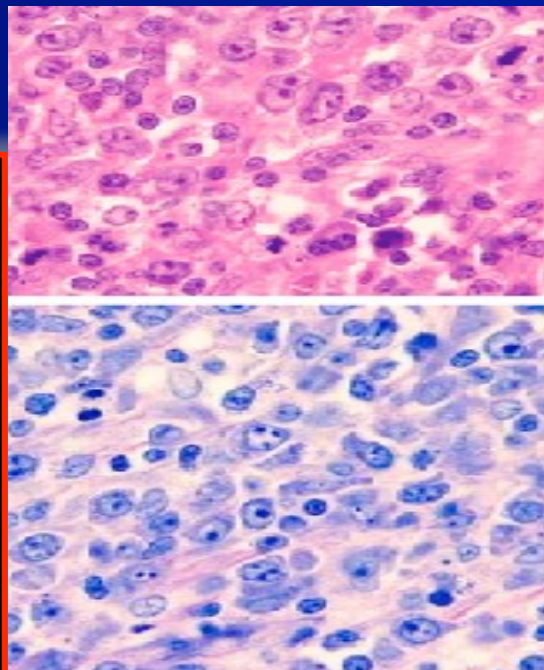
Atteinte muqueuse  
C2 épaissie, nodulaire



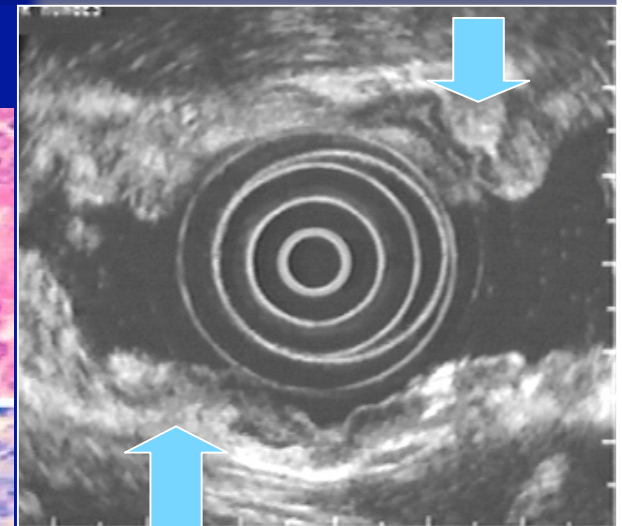
# LYMPHOME INVASIF A GRANDES CELLULES B

## Aspect hétérogène :

- ulcères
- Nodules



Grandes cellules



## Infiltration:

- Sous-muqueuse : C3
- Musculaire : C4

# CLASSIFICATION ANN ARBOR MODIFIEE PAR MUSSHOF

## Les lymphomes locorégionaux

- au plus atteinte des ganglions para tumoraux
- 96% des cas
- bon pronostic

## Les formes disséminées

- atteinte des ganglions à distance et/ou atteinte viscérale
- mauvais pronostic

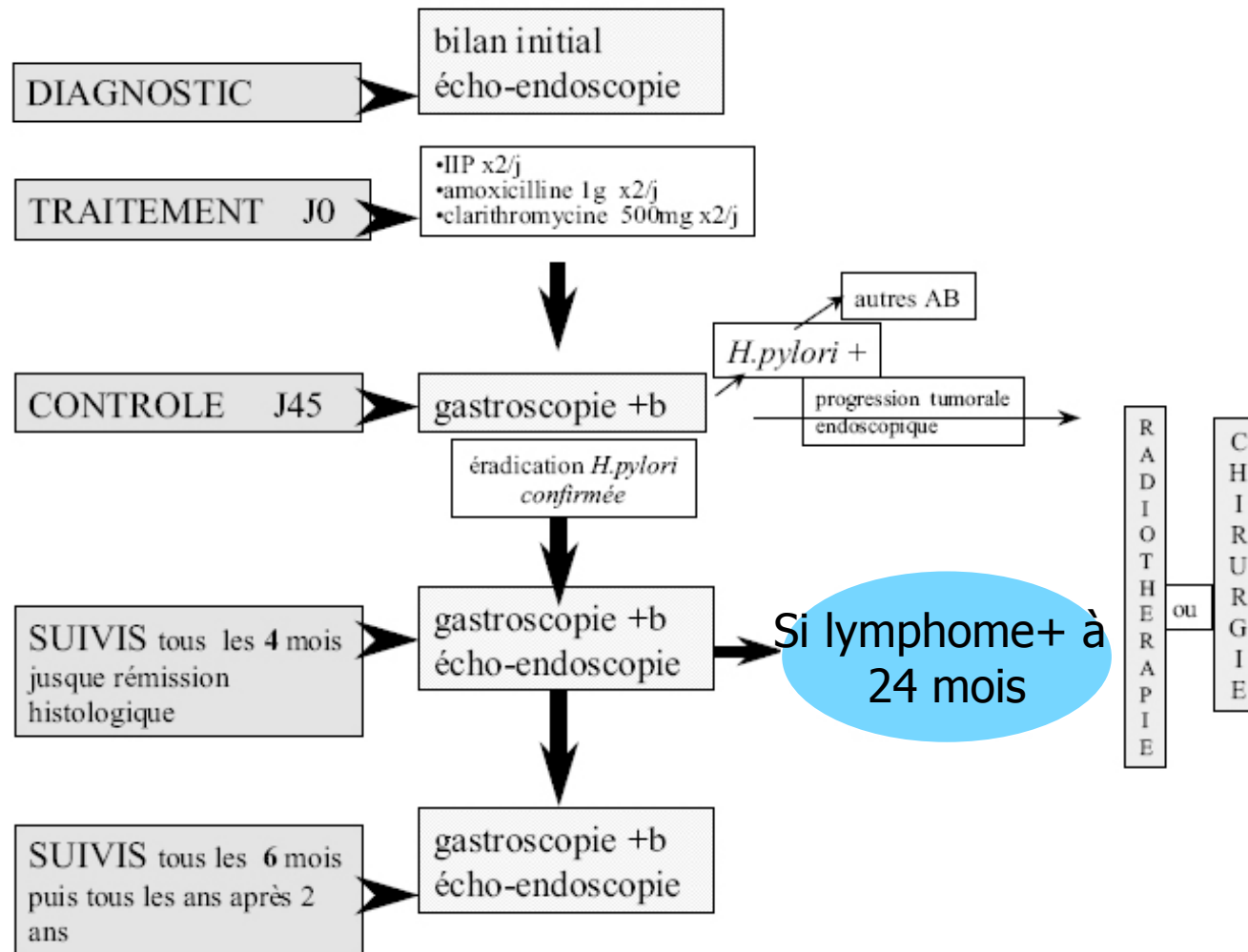
IE	Atteinte d'un seul organe ou site extralymphatique
II E	Atteinte d'un seul organe ou site extralymphatique avec atteinte d'un ou plusieurs ganglions régionaux
II1 E	Atteinte ganglionnaire régionale contiguë (périgastrique...)
II2 E	Atteinte ganglionnaire régionale non contiguë (coeliaque, para-aortique...)
III E	Atteinte ganglionnaire des deux côtés du diaphragme. Atteinte d'un organe extra-lymphatique contiguë
IV	Atteinte extraganglionnaire diffuse ou disséminée



# PARIS STAGING SYSTEM

- Mis en place par le groupe EGILS
- Pour les lymphomes gastro intestinaux
- Prend en compte les atteintes visualisables en échoendoscopie
- En cours de validation internationale
- TNM et B (moelle)

# LYMPHOME DE LA ZONE MARGINALE DU MALT A PETITES CELLULES : TRAITEMENT(FFCD 2005)



HP+ OU -

## **LYMPHOME DE LA ZONE MARGINALE DU MALT A PETITES CELLULES : place de la chirurgie ?**

- 88 à 100% de survie à 5 ans
- Gastrectomie totale obligatoire (maladie multifocale)
- Traitement lourd
- Préférer RT ou CT

# LYMPHOME DE LA ZONE MARGINALE DU MALT A PETITES CELLULES : place de la radiothérapie?

- Alternative à la chirurgie (essais ouverts)
- Au mieux conformationnelle
- Estomac vide
- Volume cible
  - Estomac en totalité = cardia  $\Rightarrow$  antre
  - Aires ganglionnaires péri gastriques
- Doses et fractionnement:  
30 Gy , 1.8 à 2Gy/ séance, 5 séances par semaine
- Prescription d'antiH3 et IPP systématique



# LYMPHOME DE LA ZONE MARGINALE DU MALT A PETITES CELLULES : place de la chimiothérapie ?

- Indiquée pour formes disséminées (50 à 75% survie à 5 ans)
- Chlorambucil ( Chloraminophène®)
  - Administration continue
  - Ou semi-continue
- Cyclophosphamide (Endoxan®)
- Rituximab (Mabthera®)= Anticorps anti-CD20 (essais en cours)

# LYMPHOME A GRANDES CELLULES B: TRAITEMENT

- Chimiothérapie selon protocoles hématologiques
- CHOP
  - Cyclophosphamide
  - Doxorubicine
  - Vincristine
  - Prednisone
- Possibilités de mini CHOP
- De plus en plus R- CHOP (R=Rituximab)
- Pas d'études digestives démontrant TT R-CHOP>CHOP

# LYMPHOME A GRANDES CELLULES B: TRAITEMENT

- Traitement HP systématique
  - diminution du contingent à petites cellules
- Stade IV et jeune (très rare): Avis centre spécialisé
  - intensification ,
  - autogreffe
  - injections intrathécales
- Radiothérapie exceptionnellement indiquée(40 Gy) :  
réponse partielle à la chimiothérapie

# TRAITEMENT DES RECIDIVES

- Rares (2 ans)
- Chimiothérapies de rattrapage
- Protocoles
  - Associant platine , étoposide, aracytine à forte doses
  - Ou ifosfamide et étoposide
- Jeunes: intensification

# ESSAIS CLINIQUES EN COURS

- **Protocole du GELD:** *Lymphomes gastriques de type MALT localisés après éradication de *Helicobacter Pylori* : facteurs pronostiques et surveillance clinique avec études satellites de cytogénétiques*
- **Protocole GELD+FFCD:** *surveillance et devenir au long cours des patients opérés après 91*
- **Protocole GELD+FFCD+/-EGILS:** *lymphomes gastriques de type MALT localisés après échec de l'antibiothérapie ou statut Hp négatif évaluation de la radiothérapie faibles doses*
- **GELA et internationale:** *Formes extra nodales disséminées ou localisées de novo ou après échec des antibiotiques ou de la radiothérapie : évaluation des alkylants associés ou non au Rituximab*

# CONCLUSION

- ERADICATION HELICOBACTER PYLORI +++
- ECHOENDOSCOPIE (évaluation et suivi)
- Doivent être inclus dans des études multicentriques