

LYMPHOME GASTRIQUE DU MALT

Diagnostic et Traitement

Leïla KANAFI. CHU Limoges.

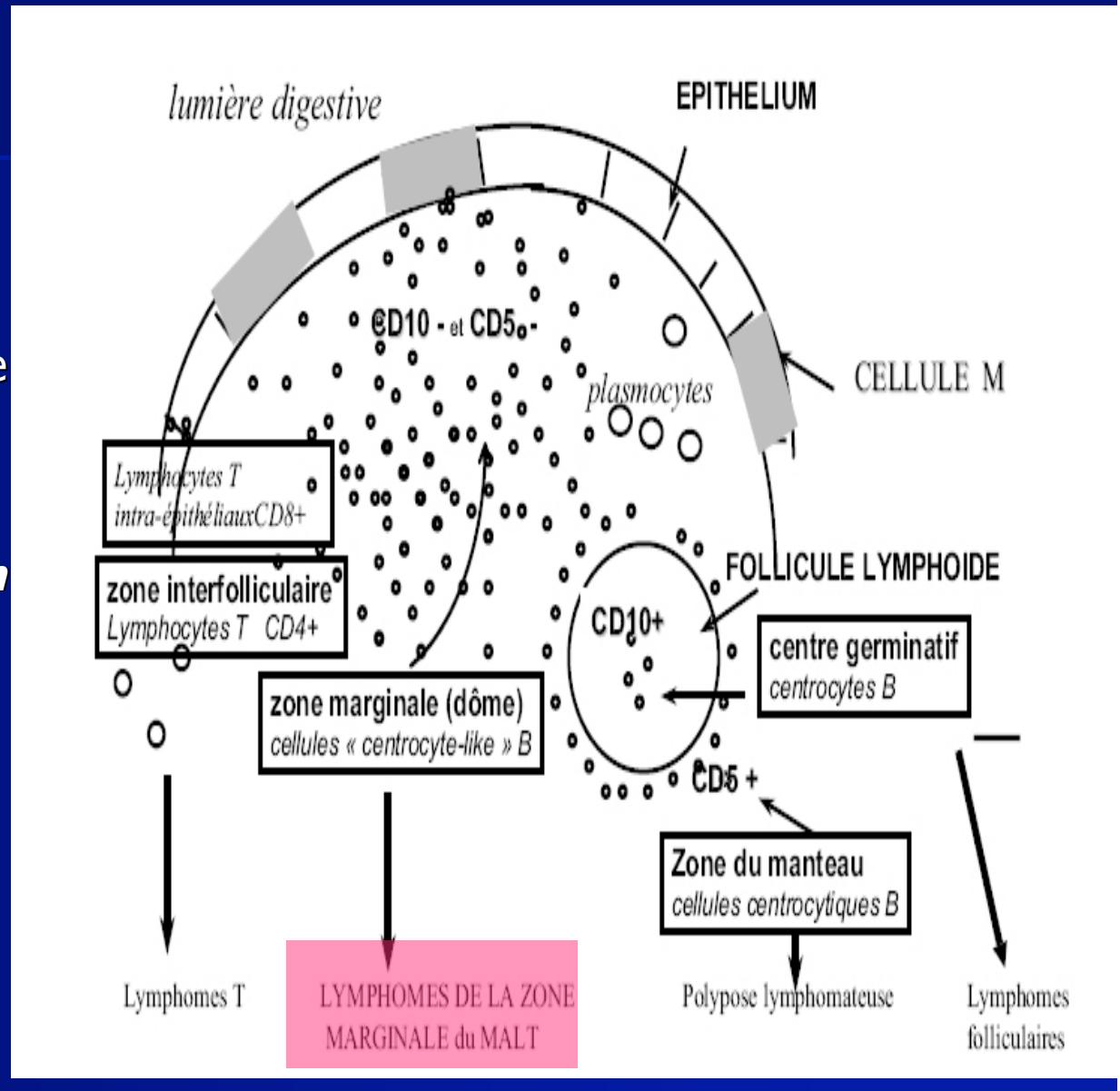
Tursac 19 Octobre 2006

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

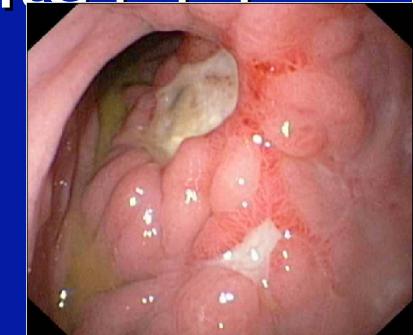
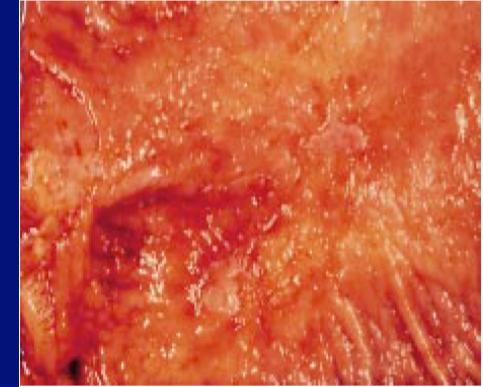
ISAACSON	OMS	CARACTERISTIQUES	histologie	IMMUNOHISTO CYTOGENETIQUE
Lymphome B du MALT de faible degré de malignité -de type occidental(focalisé) -de type méditerranéen (extensif):IPSID (maladie des chaînes alpha essentiellement)	Lymphome de la zone marginale du MALT	■Évolution indolente ■Généralement localisé (96% cas)	■Stéréotypée ■3 éléments retrouvés ■1)Cellules centrocytes-like> ■2)hyperplasie lymphoïde folliculaire ■3)lésions lymphoépithéliales caractéristiques+++	CD20+;CD79a ■CD5-; CD10- ■Trisomie 3 ■Translocation t (11;18)
Lymphome B du MALT de haut degré de malignité avec ou sans composants de faible degré incluant: -centroblastique -immunoblastique -anaplasique à grandes cellules	Lymphome diffus à grandes cellules B	invasif	■Contingent petites cellules ■Contingent de grandes cellules	■CD5-; CD10- ■CD20+;CD79 ■Mutations délétions p 53

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, β 2 microglobulinémie
- Sérologie VHC ; VHB ; VIH

BILAN D'EXTENSION LOCOREGIONAL ET A DISTANCE

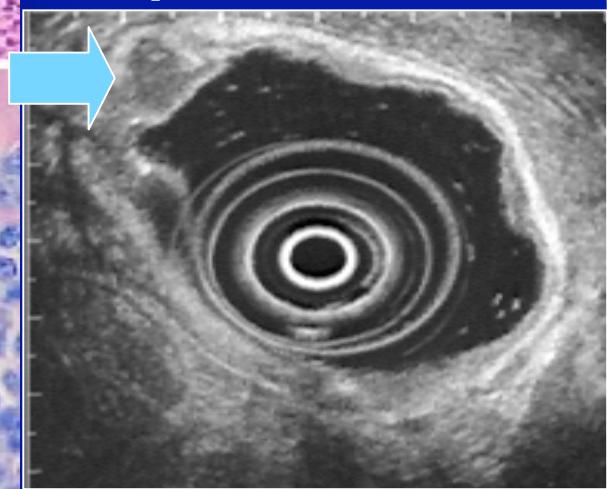
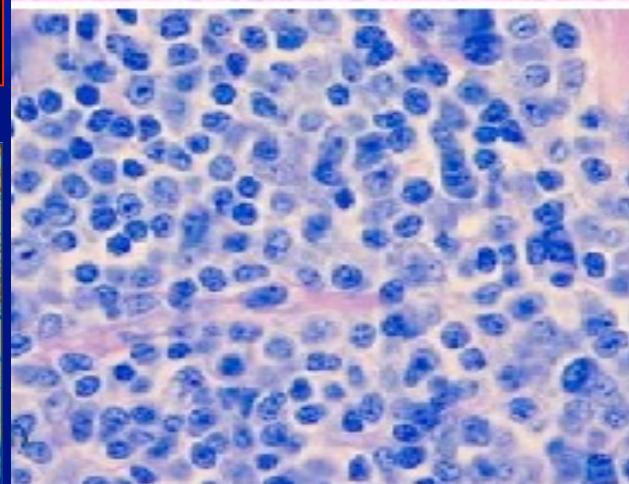
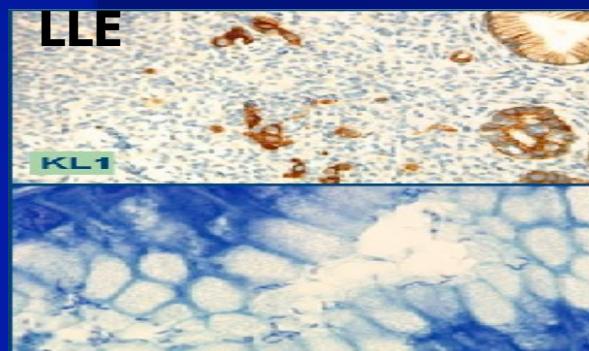
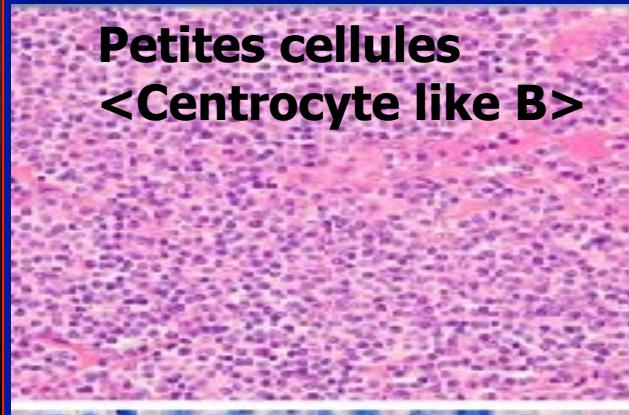
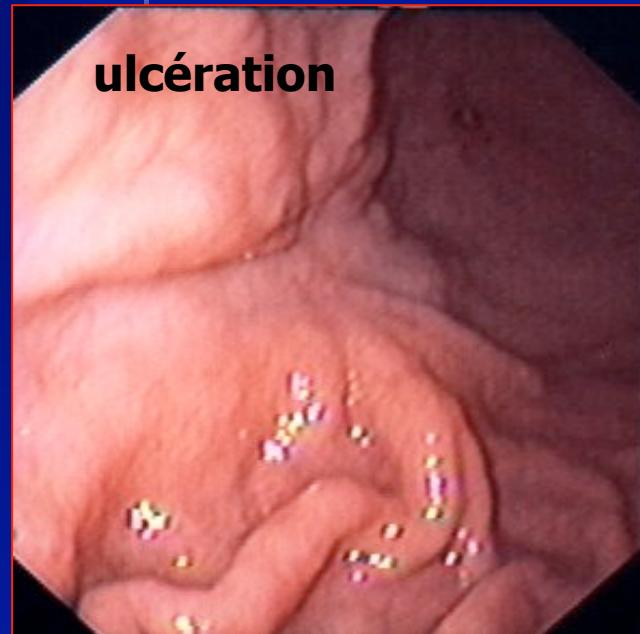
■ ECHOENDOSCOPIE

- 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

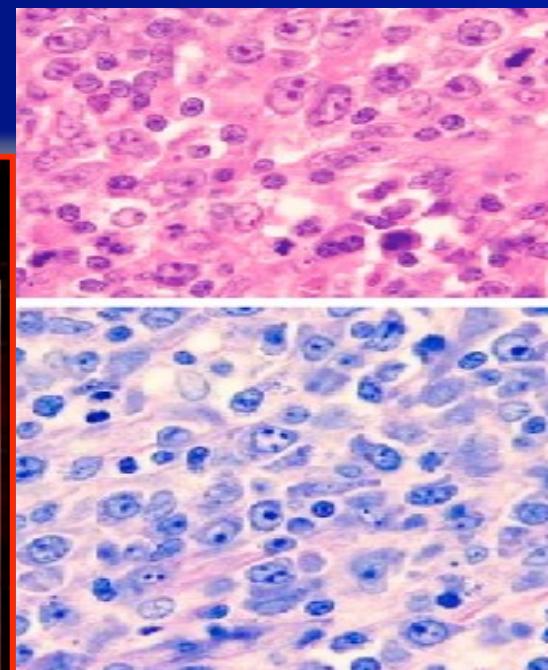
LYMPHOME SUPERFICIEL A PETITES CELLULES B



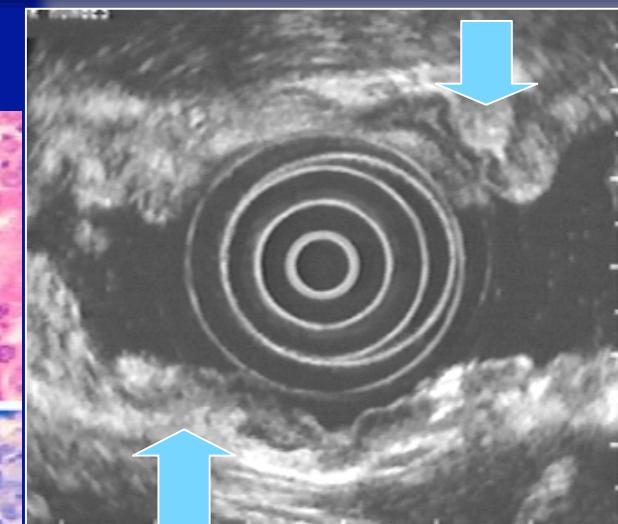
LYMPHOME INVASIF A GRANDES CELLULES B

Aspect hétérogène :

- ulcères
- Nodules



Grandes cellules



Infiltration:

- Sous-muqueuse : C3
- Musculaire : C4

CLASSIFICATION ANN ARBOR MODIFIEE PAR MUSSHOFF

Les lymphomes locorégionaux

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

Les formes disséminées

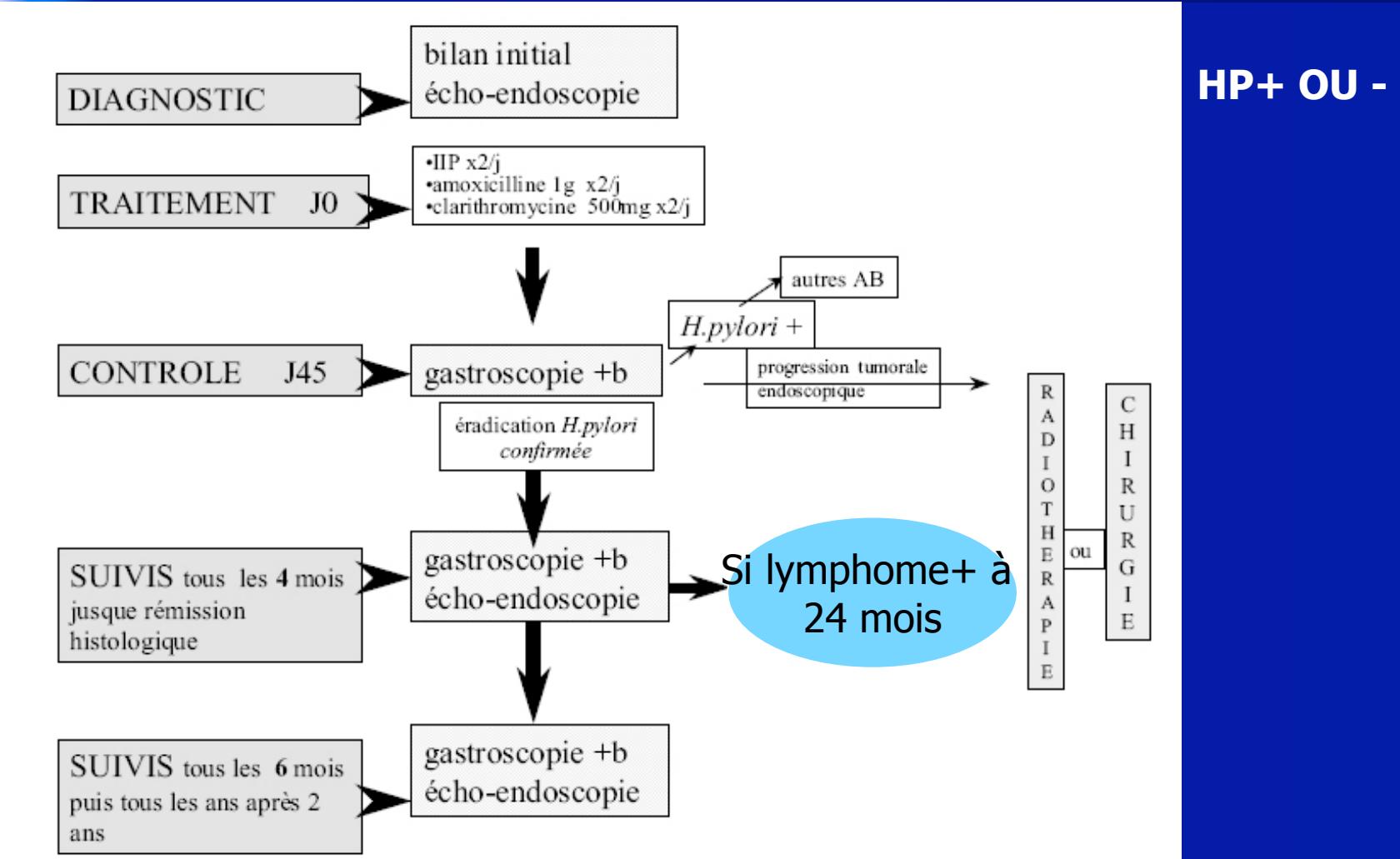
-atteinte des
ganglions à distance
et/ou atteinte viscérale
-mauvais
pronostic

I E	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
III E	Atteinte ganglionnaire régionale contiguë (périgastrique...)
IIIE	Atteinte ganglionnaire régionale non contiguë (cœliaque, para-aortique...)
IIIE	Atteinte ganglionnaire des deux côtés du diaphragme. Atteinte d'un organe extralymphatique 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)



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 ⇒ 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 Hélicobacter 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'antiothérapie 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