



MICROBIOPSIE GANGLIONNAIRE : INTÉRÊT ET LIMITE EN HÉMATOPATHOLOGIE

LE POINT DE VUE DU CLINICIEN

Pr Emmanuel BACHY
CRCL Inserm U1052 CNRS UMR5286
Hôpital Lyon Sud - Service d'hématologie clinique

Carrefour Pathologie, le 7 nov 2019

LA MICROBIOPSIE VUE PAR LE CLINICIEN À PARTIR D'UN CAS CLINIQUE

Bron le 28 décembre 2017

Mon cher Confrère,

Merci de bien vouloir prendre en charge Monsieur B., étudiant en médecine en 6ème année, futur médecin militaire né en 1993.

Il a pour antécédent notable:

-une amygdalectomie dans l'enfance

-un terrain atopique avec des épisodes d'eczéma dans l'enfance,

-une hospitalisation dans l'adolescence dans le cadre de la prise en charge d'un zona

Il ne fume pas, ne boit pas de manière excessive. C'est un étudiant plutôt sérieux. Il n'a pas de pratique sexuelle à risque.

Il est venu me solliciter pour une **adénopathie inguinale droit apparue début novembre**, dans un **contexte de prurit** depuis mi-October. Il avait déjà bénéficié d'une échographie de cette adénopathie et d'un bilan sanguin sans anomalie (pas de syndrome inflammatoire notamment). Il n'avait pas d'altération de l'état général, aucune autre adénopathie. Devant l'absence d'autre signe clinique (notamment des OGE) en dehors d'une sécheresse cutanée (sans xérose vraie) et de lésions de grattage des membres inférieurs, j'ai recommandé un traitement dermatologique cutané.

Malheureusement cette adénopathie a augmenté de volume dans l'intervalle. Monsieur B., dont la mère est psychiatre, a été mis en relation lors de ses vacances parisiennes avec un radiologue pour procéder à un nouvel examen qui a réalisé d'emblée **une microbiopsie sous échographie**.

Monsieur B. n'a pour l'instant qu'un compte-rendu oral de l'anatomopathologiste en charge de l'examen. **Il y aurait des cellules de Reed Sternberg.**

Je l'envoie vers vous pour que vous puissiez prendre directement contact avec l'anatomopathologiste qui s'est occupé de son prélèvement.

Confraternellement

LA MICROBIOPSIE VUE PAR LE CLINICIEN À PARTIR D'UN CAS CLINIQUE

Chers Confrères,

J'ai donc vu en consultation ce jour Monsieur B., patient âgé de 24 ans, pour bilan étiologique d'une adénopathie inguinale droite **dont les 1ers résultats histologiques sont en faveur d'une maladie de Hodgkin.**

L'histoire de l'épisode actuel débute donc il y a quelques semaines avec la découverte à l'auto palpation d'un ganglion inguinal droit de 3cm de diameter environ confirmé à l'échographie.

Le patient a bénéficié sur Paris d'une microbiopsie par repérage échographique. Les 1ers résultats histologiques seraient en faveur d'un lymphome de Hodgkin.

Par ailleurs, on relève un **prurit** évoluant depuis plusieurs semaines. Il se plaint de **sueurs assez abondantes** la nuit. Il n'y a pas d'amaigrissement notable. Surtout, le bilan biologique montre une **hyperéosinophilie importante à 2,6G/l**. Sur l'hémogramme il n'y a pas d'anomalie associée, notamment pas d'anémie, pas de thrombopénie. La VS était à 4mm à la 1ère heure.

[...]

Nous prélevons ce jour un bilan biologique exhaustif et organisons la réalisation d'un petscanner ainsi qu'une biopsie exérèse ganglionnaire inguinale droite.

Je le reverrai avec l'ensemble de ce bilan pour **prise en charge thérapeutique.**

Dr BACHY Emmanuel
emmanuel.bachy@chu-lyon.fr
Document validé par Emmanuel BACHY



Hôpitaux de Lyon

SERVICE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Professeur Françoise BERGER

Docteurs Sylvie ISAAC, Catherine DAVID, Myriam DECAUSSIN, Alexandra GLEHEN, Florence RAGAGE
CENTRE HOSPITALIER LYON SUD - Pavillon 3D - 69495 PIERRE BENITE CEDEX
Tél. : 04.78.86.11.86 - 04.78.56.90.82 - Fax : 04.78.86.57.13

CONCLUSION :

Lymphadénite réactionnelle avec hyperplasie majeure des polynucléaires éosinophiles.

Absence d'infiltration lymphomateuse.

Absence d'argument pour une angéite ou pour une mastocytose.

Docteur Durieux

COMPTE RENDU COMPLEMENTAIRE

Après discussion clinique du dossier avec le Docteur BACHY et la persistance d'une hyperéosinophilie sanguine, une relecture a été réalisée. Les données morphologiques doivent faire **rediscuter le diagnostic d'une maladie de Kimura ou d'une hyperplasie angiolymphoïde riche en éosinophiles, l'atteinte ganglionnaire inguinale est possible**. L'association à un taux d'IgE sérique élevé et une hyperéosinophilie sanguine sont habituelles dans ce diagnostic. On retrouve une hyperplasie lymphoïde folliculaire avec des centres germinatifs actifs et une hyperplasie de la zone du manteau. Il s'y associe une importante infiltration par des polynucléaires éosinophiles localisés dans les différentes zones en particulier dans les territoires inter folliculaires formant des amas plus ou moins volumineux, l'aspect histologique n'étant pas en faveur d'un lymphome en particulier d'un lymphome de Hodgkin même dans une forme débutante.

Professeur Traverse Glehen

UN TAUX DE COMPLICATION MINIME APRÈS MICROBIOPSIE

Tableau 4 - Taux de complications des ponctions percutanées à l'aiguille (PPA) (niveau de preuve B) ^[14].

Complications graves	Taux de complication (%)	Seuil suggéré (%)
<i>PPA non trans-thoracique ou médiastinale</i>		
Saignement nécessitant une transfusion ou un traitement spécifique		
Rein (9, 39–53)		
Gros calibre < 18 G	2,7–6,6	10
Petit calibre > 18 G	0,5–2,8	5
Foie (43, 54–62)	0,3–3,3	5
Rate (63–65)	0,0–8,3	10
Autres (33, 66)	0,1–3,0	6
Ensemencement du trajet de ponction (66–76)	0,0–3,4	5
Pneumothorax avec drainage	0,5	1
<i>PPA trans-thoracique ou médiastinale</i>		
Hémoptysie nécessitant une hospitalisation ou un traitement spécifique (5, 77)	0,5	2
Pneumothorax		
Drainage > 3 jours ou symphyse pleurale (37, 78)	1–2	3
Drainage < 3 jours (15, 16, 37, 79–87)	2–15	20
Non drainé (15, 16, 37, 79, 80, 82–88)	12–45	45
Embolie gazeuse (77, 89)	0,06–0,07	< 0,1
Malaise vagal (15)	0,3	< 1

UN TAUX DE SUCCÈS DIAGNOSTIQUE RELATIVEMENT ÉLEVÉ

Tableau 1 - Performances diagnostiques des ponctions percutanées à l'aiguille (PPA) (niveau de preuve B).

Siège de la PPA	Taux moyen de succès rapporté (%)	Intervalle du taux de succès rapporté (%)	Seuil suggéré (%)
Thorax et poumon (14-22)	77-96	89	75
Muscle et squelette (23-30)	76-93	82	70
Autres sites (31-36)	70-90	89	75
Total	70-90	85	75

Tableau 2 - Performances diagnostiques des ponctions percutanées à l'aiguille (PPA) (niveau de preuve B).

	Taux moyen de succès (%)	Seuil suggéré (%)
Total (15)	94	90
Lésions malignes (37)	91	75
Infection fongique (38)	34	30

LES LYMPHOMES : UNE SITUATION PARTICULIÈRE

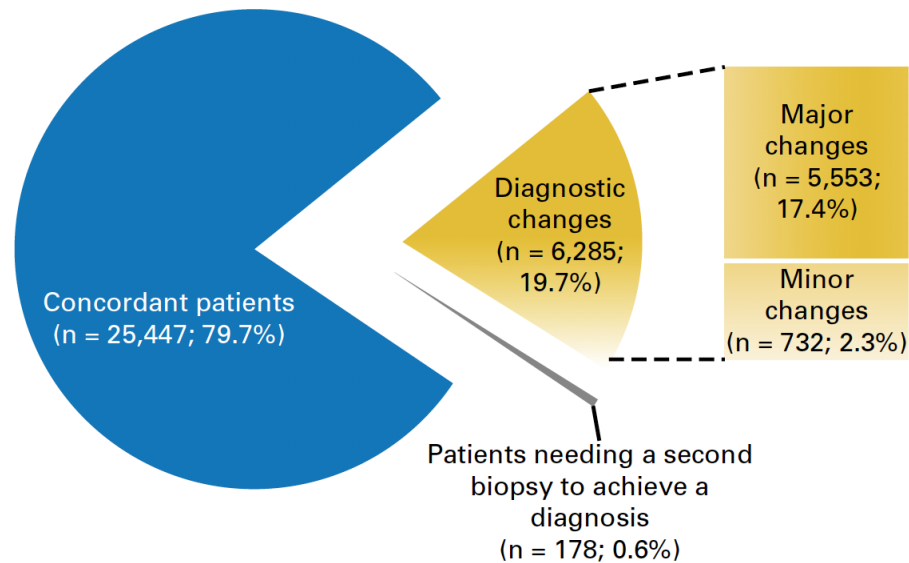


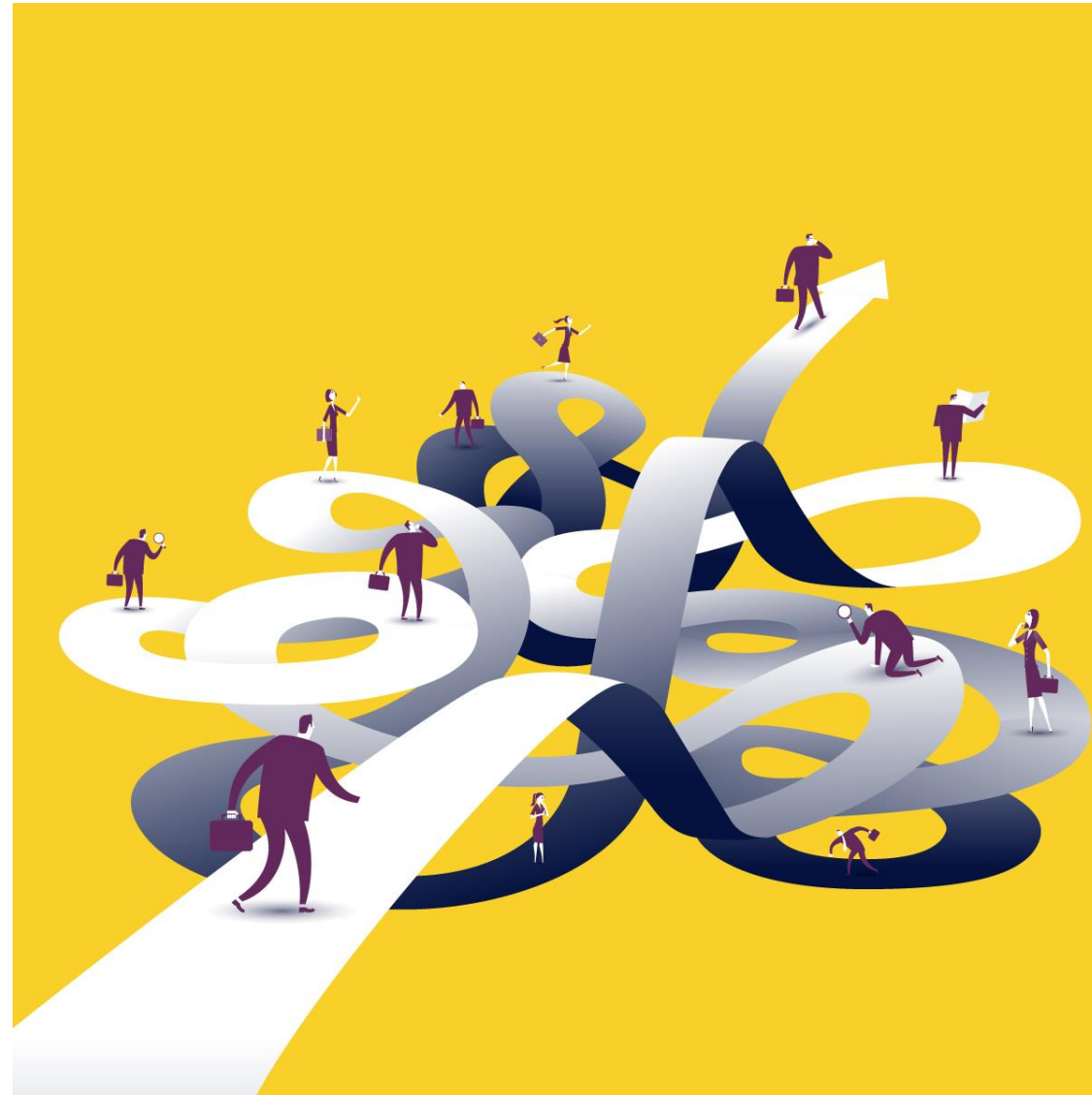
Table 1. Comparison of Referral and Expert Diagnoses Among the Major Categories of Noncutaneous Disorders (N = 31,910)

Main Categories	Overall Concordance	
	No.	%
Mature B-cell lymphomas		
DLBCL-NOS	8,060/9,618	83.8
BL	298/392	76
FL grade 1, 2, or 3A	3,910/4,572	85.5
FL grade 3B	87/188	46.3
CLL/SLL	1,321/1,690	78.1
MCL	963/1,310	73.5
LPL/WM	662/789	83.9
MALT lymphomas	1,351/1,628	83
SMZL	247/310	79.6
NMZL	314/530	59.2
HCL	131/153	85
PCN	977/1,060	92.1
PTCLs		
AITL	429/624	68.7
PTCL-NOS	309/484	63.8
ALK ⁺ ALCL	130/158	82.3
ALK ⁻ ALCL	69/146	47.2
Extranodal NK/TCL	71/107	66.3
EATL	49/66	74.2
ATLL	23/49	47
T-LGL	29/34	85
HSTL	14/17	82
HLs		
cHL	3,744/4,010	93.3
NLPHL	254/404	62.8
Precursor lymphoid neoplasms		
B-cell lymphoblastic leukemia/lymphomas	80/114	70.17
T-cell lymphoblastic leukemia/lymphomas	138/188	73.4
Post-transplant lymphoproliferative disorders	123/148	83
Myeloid neoplasms	84/108	77.7
Benign lymphoid conditions	1,040/1,289	80.6

LE "FEELING" DE CERTAINS CLINIENS AVANT LA RELECTURE LYMPHOPATH



LE "FEELING" DE CERTAINS CLINIENS DEVANT UN RESULTAT SUR UNE MICROBIOSPIE



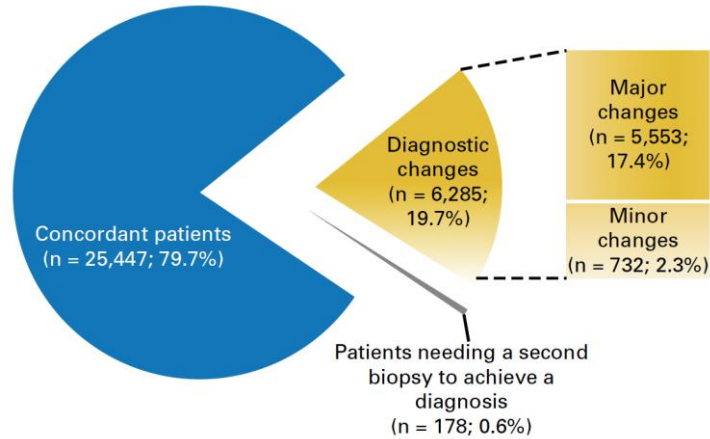
LE "FEELING" DE CERTAINS CLINIENS DEVANT UN DIAGNOSTIC DE LH OU PTCL SUR UNE MICROBIOSPIE



LE "FEELING" DU CLINICIEN QUI FAIT DE LA RECHERCHE SUR LE LYMPHOME T DEVANT UN DIAGNOSTIC DE PTCL SUR UNE MICROBIOSPIE

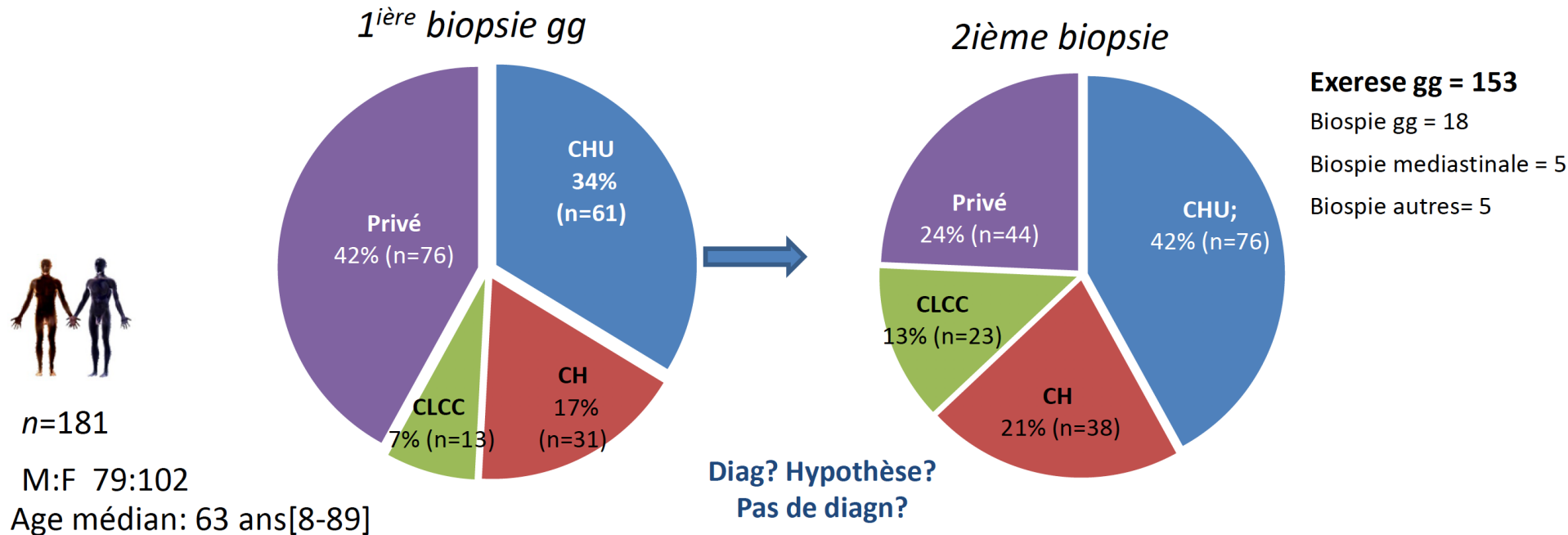



CES CRAINTES SONT-ELLES FONDÉES ?



Sensibility/specificity of microbiopsy: Evaluation on paired LN cohorte

Critère d'inclusion: 1^{ère} Biopsie aiguille ganglionnaire et 2^{ème} biopsie recommandée soit par le patho/clinique.




 n=181
 M:F 79:102
 Age médian: 63 ans[8-89]

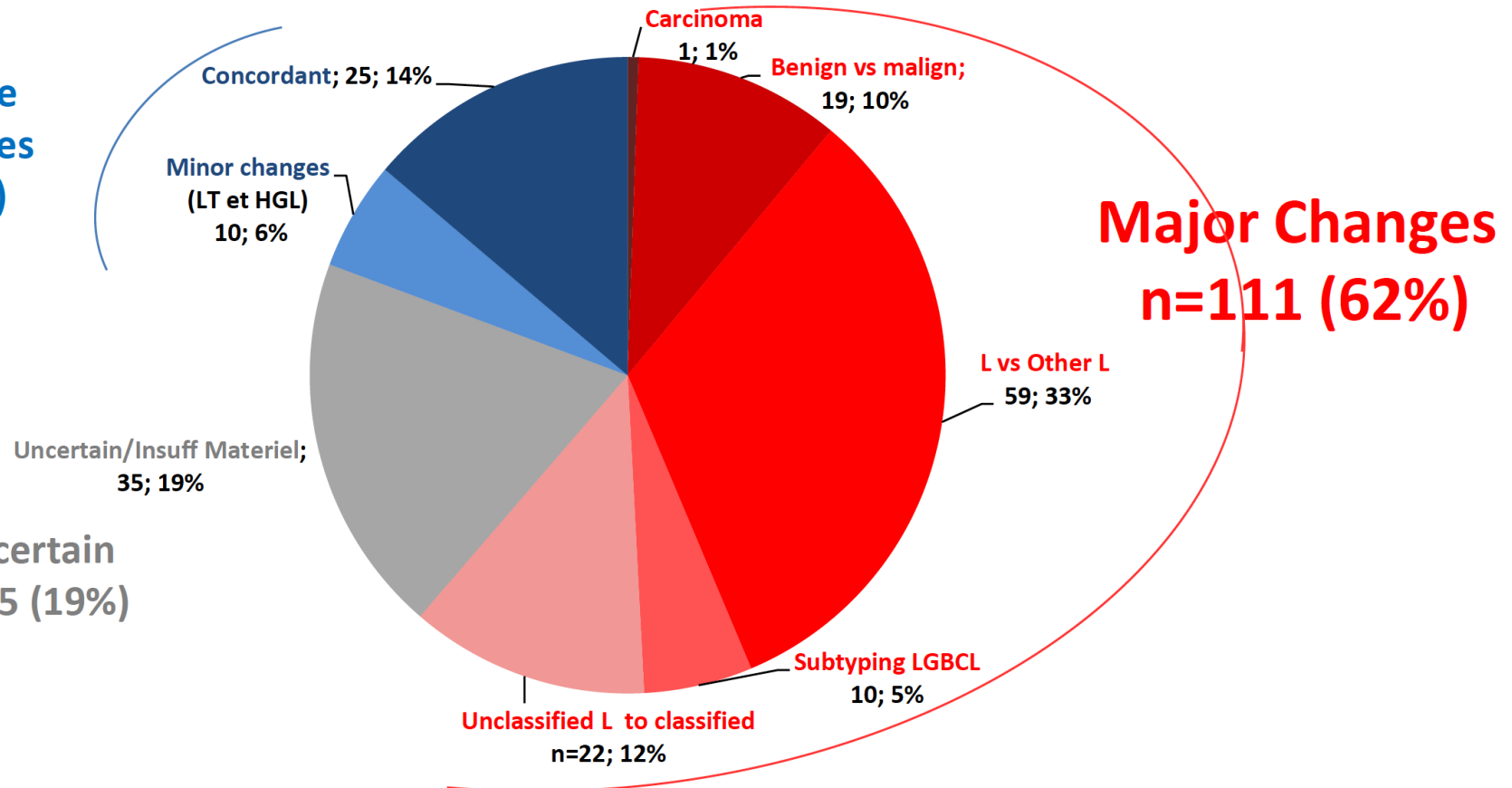
CES CRAINTES SONT-ELLES FONDÉES ?



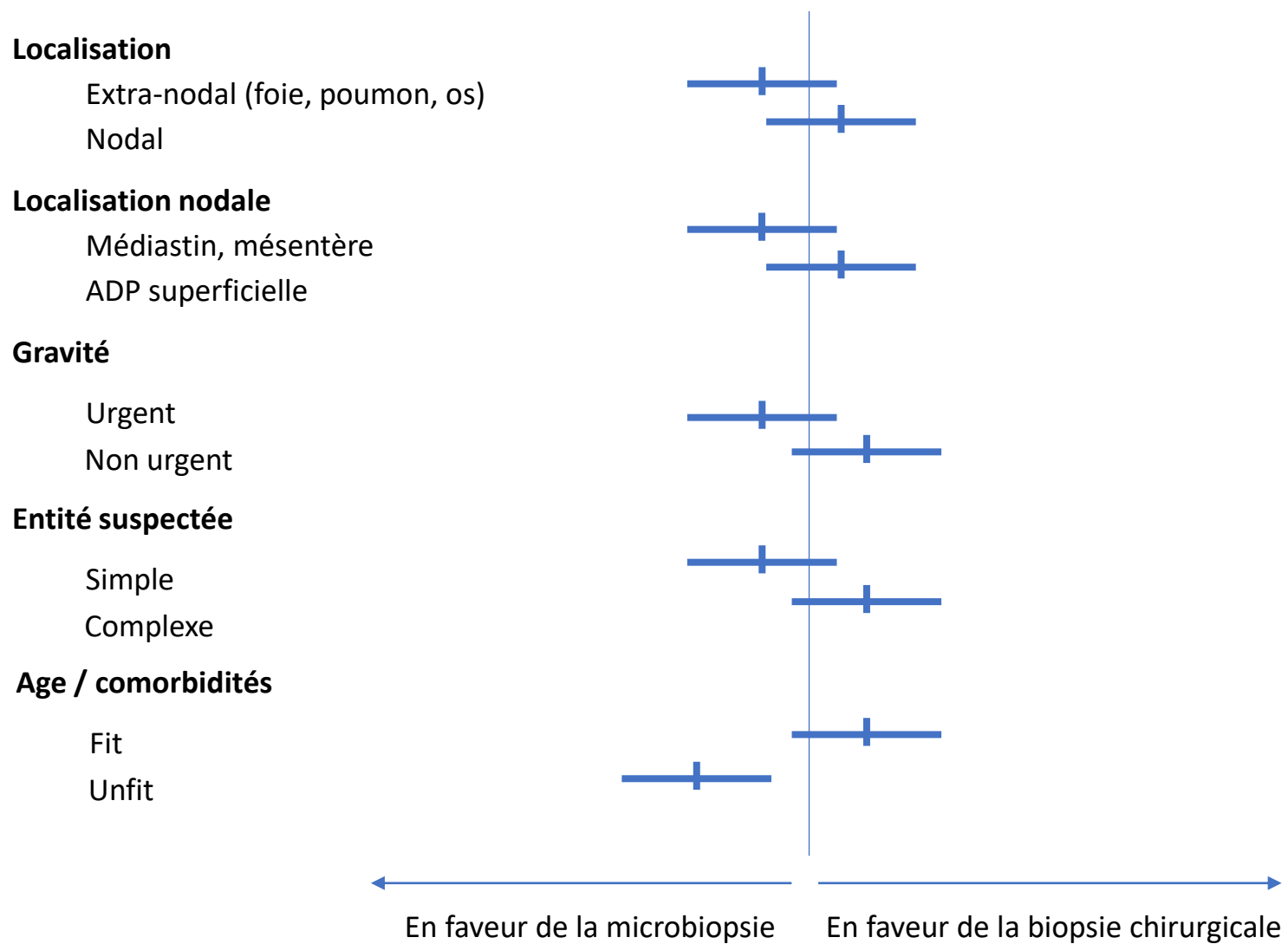
Diagnostic change between first microbiop and Second biopsy/surg

Concordance
Minor changes
n=35 (19%)

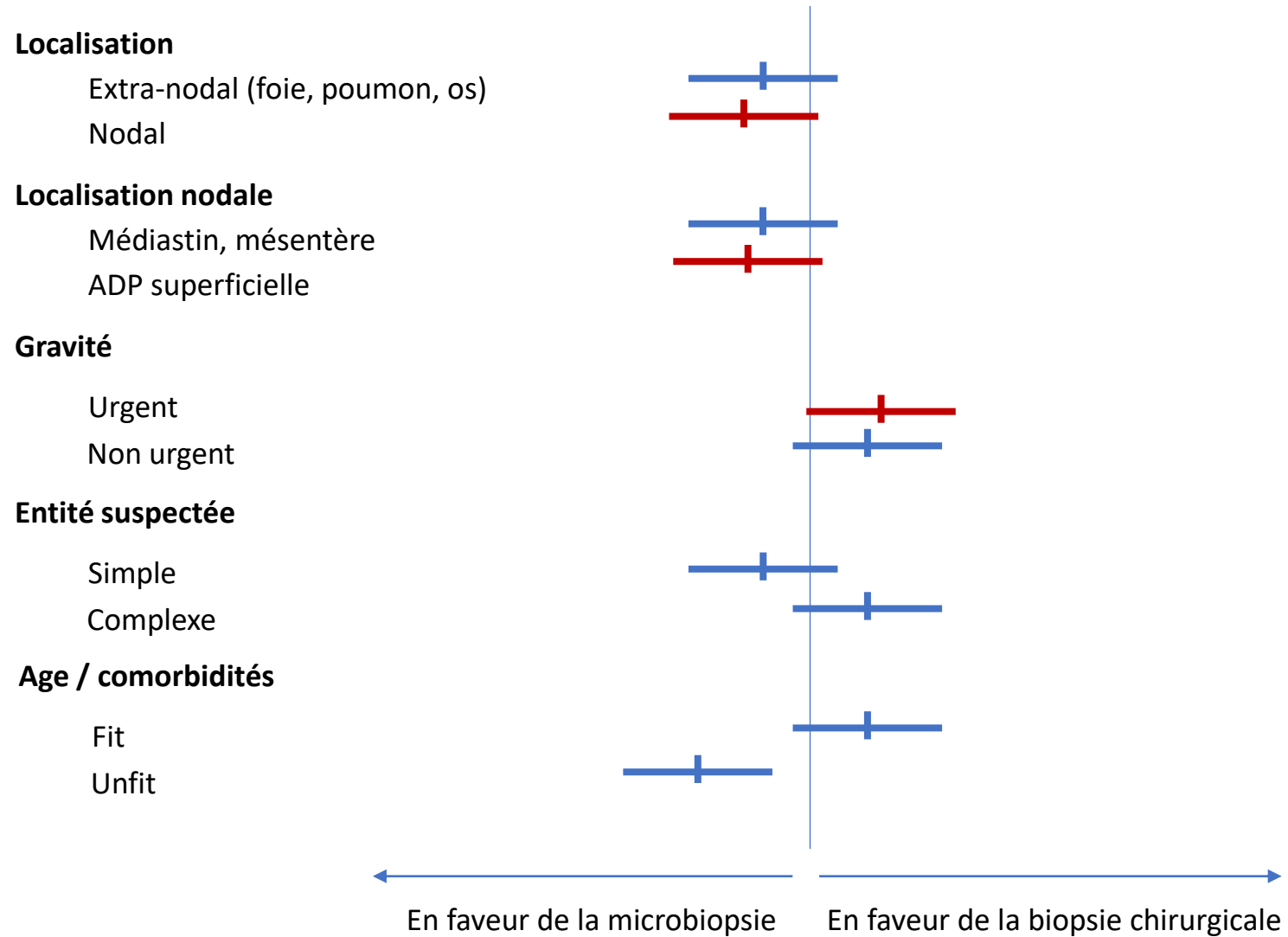
Uncertain
N=35 (19%)



LES PARAMÈTRES À PRENDRE EN COMPTE



LES PARAMÈTRES À PRENDRE EN COMPTE



QUELS SONT LES VRAIS DETERMINANT DU CHOIX DU TYPE DE BIOPSIE ?

1. Disponibilité chirurgien *versus* radiologue
2. Urgence de la prise en charge
3. Habitude du centre et du pathologiste

Biopsies chirurgicale > 80%



microbiopsies > 80%



QUELS SONT LES AUTRES ÉLÉMENTS A PRENDRE EN COMPTE ?

La recherche translationnelle



Cryoconservation

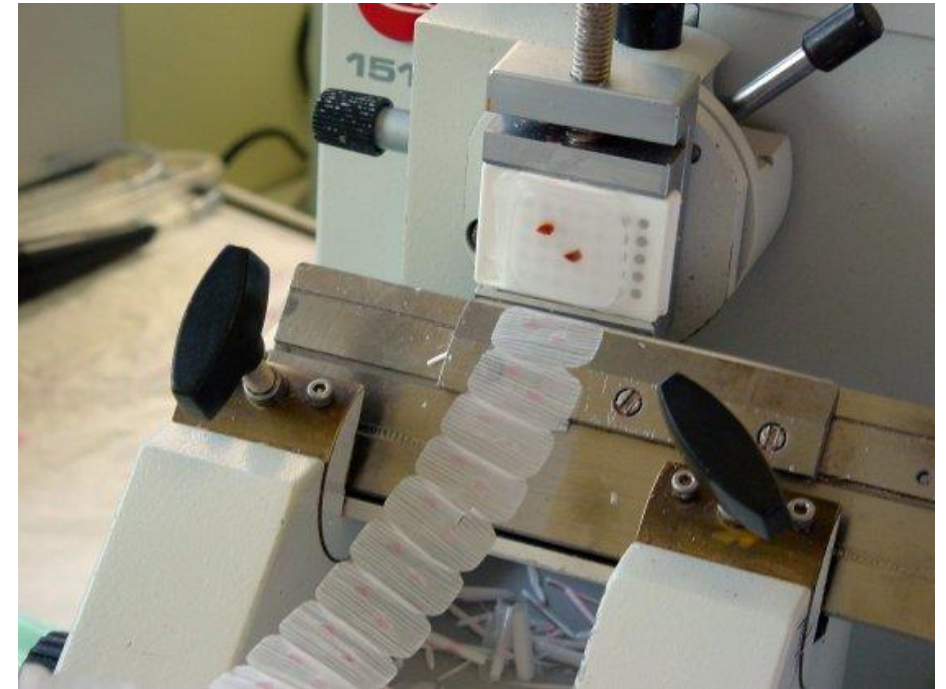


Inclusion



Coupes de 50 μ m
sur cryostat

La recherche clinique



CONCLUSION

- Favoriser au maximum la **biopsie chirurgicale** (peu de morbi-mortalité, quantité de prélèvement pour la recherche ancillaire)
- Mais souvent grévé de **délais d'attente rédhibitoires** dans certains centres
- La **rentabilité diagnostic de la microbiopsie est certaine** et concurrence aujourd'hui probablement largement la biopsie chirurgicale
- La nécessité d'une **rebiopsie** reste néanmoins toujours plus délétaire qu'un délai initial.