

**LES PSEUDOTUMEURS LYMPHOCYTAIRES BENIGNES DU CAVUM ET INFECTIONS A VIH**

KACOUCHIA N\*, N'GATTIA KV\*, EFFI B\*\*, TANON-ANO M-J\*\*\*, KOUASSI M\*\*\*, KOUASSI B\*\*\*\*  
 Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire \*\*Service d'Anatomie  
 Pathologique, CHU de Bouaké \*\*\*Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Yopougon,  
 Abidjan, Côte d'Ivoire. Correspondant : Kacouchia Niamké, Service ORL et Chirurgie Cervico-  
 faciale, CHU de Bouaké. O6 BP 4 Abidjan 06, Côte d'Ivoire - Cel : (225).07.73.18.63 – E mail :  
 kacouchia@yahoo.fr

**RESUME :**

**But :** rapporter des aspects particuliers de pseudotumeurs lymphocytaires bénignes du cavum.

**Matériel et méthode :** il s'agit d'une étude prospective sur 7 ans réalisée dans les services ORL des CHU de Treichville (1994 - 1995) et de Bouaké (1996 - 2001). Cinq cas ont été retenus.

**Résultats :** il y avait 4 femmes et 1 homme âgés de 26 ans à 47 ans. Les principaux motifs de consultation étaient l'hypoacousie et l'obstruction nasale. La cavoscopie a montré une tumeur du cavum chez tous les patients. La tympanométrie a confirmé le diagnostic d'otite sérumuqueuse. L'examen histologique des prélèvements biopsiques a noté une hyperplasie des follicules lymphoïdes ; ce diagnostic a été confirmé par l'examen anatomopathologique des pièces opératoires. La sérologie HIV était positive dans 4 cas et négative dans 1 cas. Le traitement a consisté en une exérèse tumorale isolée dans 1 cas ou associé à la pose d'aérateur transtympanique dans 4 cas. Trois des 4 patients VIH positifs ont bénéficié d'un traitement antiviral. L'évolution a été favorable dans l'ensemble.

**Conclusion :** les pseudotumeurs lymphocytaires du cavum doivent faire rechercher une infection VIH chez les jeunes.

**Mots clés :** pseudotumeur lymphoïde - cavum - infection VIH - aérateur transtympanique.

**ABSTRACT**

**Objective:** to return particular aspects of the benign lymphoid pseudotumor of the cavum.

**Material and method:** It is about a prospective survey on 7 years achieved in the ENT services of university hospital of Treichville (1994 - 1995) and of Bouaké (1996 - 2001). Five cases have been kept.

**Results:** there were 4 women and 1 man aged between 26 years and 47 years. The main reason of consultation was the hypoacusia and the nasal obstruction. A cavum tumor was founded with all the patients during cavoscopy. The tympanometry confirmed the diagnosis of otitis media with effusion. The histological operative piece exam noted a lymphoid hyperplasia. HIV serology was positive in 4 cases and negative in 1 case. The treatment consisted in surgical removal of the tumor in 1 case and in 4 cases it was associated with the grommet insertion. Three of the 4 HIV-positive patients received antiviral treatment. The evolution was good with all the patients. Conclusion: the lymphoid pseudotumors of the cavum must make search for a VIH infection at the young.

**Words key:** lymphoid pseudotumor - cavum - VIH infection - grommet.

**INTRODUCTION**

Les manifestations ORL au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine VIH sont fréquentes et multiples. Elles peuvent être inaugurales et constituer le motif de découverte de l'immunodépression. Elles peuvent permettre d'évoquer une primo-infection à VIH, un syndrome lymphadénopathique ou le SIDA-maladie [1]. L'atteinte du système lymphoïde se manifeste dès le début de la maladie, en raison du tropisme particulier du virus pour les tissus lymphoïdes, sous la forme d'une hypertrophie de l'anneau de Waldeyer et des adénopathies cervicales [1]. Le but de ce travail était de rapporter des aspects particuliers de pseudotumeurs lymphocytaires bénignes du cavum.

**MALADES ET METHODES:** Il s'agit d'une étude prospective de 1994 à 2001, réalisée dans le

service ORL du CHU de Treichville (à Abidjan) puis du CHU de Bouaké. Les critères d'inclusion étaient les tumeurs du cavum dont le résultat histologique était une hyperplasie lymphoïde bénigne. Étaient exclus de cette étude, les tumeurs bénignes ou malignes du cavum. Durant cette période, nous avons retenu 5 patients dont 1 à Abidjan et 4 à Bouaké. Une radiographie du cavum de profil en inspiration et une sérologie à VIH (E.L.I.S.A et Western-Blott) ont été demandées chez tous ces patients. Nous avons noté les motifs de consultation, les signes cliniques et paracliniques, le traitement des manifestations ORL et de l'infection VIH (assurée par des structures gouvernementales et des ONG) et l'évolution. Les limites de notre étude: nous n'avons pas fait une recherche systématique d'une tumeur du cavum chez tout patient infecté au VIH, ce qui pourrait faire sous

estimer le nombre réel de patients infectés porteur de cette hyperplasie lymphoïde. Il n'était pas possible dans nos conditions de travail de faire le dosage sanguin de la charge virale (virémie plasmatique) et du nombre de lymphocytes CD4+ / mm<sup>3</sup> si bien qu'il n'était pas possible de classer nos patients selon les catégories biologiques du CDC (Center for Disease Control). Nous avons retenu le diagnostic de pseudotumeur bénigne quand le consensus était établi entre deux équipes d'anatomo-pathologistes de laboratoires différents.

**RESULTATS :** Deux patients étaient connus séropositifs au VIH avant la découverte clinique de la masse du cavum. L'état général des patients était bon dans 4 cas et altéré dans 1 cas avec une perte de poids moyen de 10 kg. Il n'y avait pas de notion de diarrhée chronique ni de fièvre au long cours chez tous les patients. Les aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients sont résumés dans le tableau I. L'âge moyen était 33,25 ans. Le mode de contamination du VIH était sexuel (4 cas). La radiographie du cavum a retrouvé un épaississement des parties molles du cavum (fig.1). L'examen anatomopathologique des prélèvements biopsiques a révélé une hyperplasie des follicules lymphoïdes et une absence de prolifération tumorale évidente (5 cas). On notait par ailleurs, une réaction giganto-cellulaire (1 cas) et une réaction à corps étranger (1 cas d'œuf de bilharzie). Le traitement des manifestations ORL a consisté, dans un premier temps, en une paracentèse bilatérale isolée chez 3 patients, pour améliorer l'audition. Ensuite, l'exérèse totale de la tumeur du cavum a été associée à une pose d'aérateur transtympanique dans 4 cas ; un patient ayant refusé la tumorectomie. L'examen anatomopathologique des pièces opératoires a confirmé le diagnostic de tumeur lymphoïde du cavum. Le traitement de l'infection VIH (trithérapie) a été assuré par des structures gouvernementales et non gouvernementales (ONG) pour 3 patients. En cours d'évolution, 1 patient a été perdu de vu. L'état général a été amélioré avec une prise pondérale de 10 kg en 2 mois chez 1 patiente ; les autres patients ont conservé un état général stable. L'amélioration de l'audition a été immédiate mais transitoire après paracentèse isolée, immédiate et durable après une pose de d'aérateur transtympanique. **La désobstruction nasale a été durable (4 cas).** Nous n'avons pas pu suivre la prise en charge thérapeutique rétrovirale de nos 3 patients à infection VIH.

**COMMENTAIRES :** L'infection à rétrovirus VIH entraîne divers désordres sérologiques et tissulaires dans l'organisme du patient. Les cancers induits (sarcomes de Kaposi, lymphomes

malins) par les rétrovirus VIH sont connus depuis longtemps [2]. L'hyperplasie lymphoïde bénigne liée au VIH est de plus en plus fréquente et devrait être acceptée comme des tumeurs bénignes à cellules lymphoïdes selon JAFFE [3] même si les proliférations lymphocytaires bénignes réactionnelles existent [4]. Mais, l'hyperplasie lymphocytaire bénigne du cavum est peu fréquente : un à deux cas selon les séries [5,6,7]. Il s'agit d'une hyperplasie lymphoïde diffuse bénigne extraganglionnaire liée à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine [7]. Sur cinq patients colligés, 4 présentent une infection à VIH, soit 80 % des cas. Ces patients sont jeunes (âge moyen = 33,25 ans). Le cas chez un patient de 72 ans est rarissime [6]. Les signes d'appel des tumeurs du cavum sont dominés par les troubles auditifs (4 cas), en rapport avec l'obstruction tubaire. Les signes respiratoires (obstruction nasale et ronflement) sont relégués au second rang par le patient. L'aspect clinique de la tumeur est identique dans la littérature [5,8]. Ces pseudotumeurs se voient plus fréquemment au stade de début de l'infection à VIH. Elles sont classées dans le groupe de l'ARC (AIDS-related complex) [9] ou au stade clinique A de la maladie de la classification du Center for Disease Control [1]. Il est reconnu que l'ARC n'évolue pas obligatoirement vers la maladie SIDA [8,9]. Diebold et coll. [9] notent dans leur série de 45 patients, 17 % de sujets avec ARC qui ont évolué vers la maladie SIDA. Cela montre l'importance de la prise en charge précoce de ces patients et leur éducation à la prévention pour éviter les réinfections par le virus VIH et les infections opportunistes ; lesquelles conditions accélèrent l'évolution vers le SIDA maladie. Un patient a été confronté à un problème de diagnostic, entre la bénignité et la malignité, posé par deux praticiens anatomopathologistes différents. Pour Jaffe [3] et Herndier [10], des problèmes techniques anatomo-pathologiques peuvent faire hésiter entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne. Jaffe [3] note que le facteur majeur de l'incapacité à arriver à un diagnostic définitif était la qualité technique pauvre du matériel histologique. Il reconnaît que les études immunophénotypiques étaient très valables pour distinguer les lésions bénignes et les malignes. Les infections intercurrentes, cliniquement n'existent pas chez nos patients infectés par le VIH. La présence d'une réaction giganto-cellulaire (1 cas) dans l'une des biopsies du cavum, nous a orienté vers la recherche d'une infection tuberculeuse qui a été négative. Le traitement ORL vise à corriger les désordres fonctionnels. L'exérèse totale de la pseudotumeur du cavum associée au traitement de l'otite séromuqueuse par une paracentèse

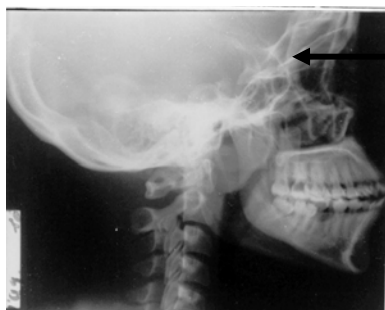
avec pose d'aérateur transtympanique permet une évolution favorable immédiate et durable de l'obstruction nasale et de la surdité. Le traitement antirétroviral admis dans notre pays est la trithérapie. Ces patients guéris de leurs affections ORL échappent à notre contrôle à long terme.

**REFERENCES** 1 – BARRY B. ORL et pathologies liées au VIH. Nez Gorge Oreille. Revue d'actualité ORL 1998 ;4 :5-11. 2 – ALBORES-SAAVEDRA J. The pathology of incipient neoplasia: the soft tissue. The pathology of incipient Neoplasia. Henson DE, Albores-Saavedra J, eds. Philadelphia, W.B. Saunders Company 1986:367-80. 3 – JAFFE ES. The pathology of incipient neoplasia: the lymphoid system. The pathology of incipient Neoplasia. Henson DE, Albres-Saavedra J, eds. Philadelphia, W.B. Saunders Company 1986:87-115. 4 – GIRARDO AA, MEIS JM. The use of immunocytochemical techniques in the diagnosis of lymphoreticular proliferations. Dev Onc 1985;34:141-73. 5 – BOURREL C, PINES E, MALBEC D et Coll. Benign tumor of the cavum caused by CD8 lymphocytic infiltration in a patient with HIV infection. Rev Laryngol Oto Rhinol(Bord) 1996;117:145-7. 6– ULLRICH D, AURBACH G, AMBROSCH P. Pseudotumor of the hypopharynx and other primary diseases in the head and neck region in HIV infections. A case

**CONCLUSION** : L'infection à VIH présente des manifestations ORL multiples. L'otite séromuqueuse chez l'adulte, si jusque-là a conduit à rechercher le cancer du cavum [11], doit également nous faire penser à l'infection à VIH en présence de pseudotumeur lymphoïde du cavum chez l'adulte jeune. report and review of the literature. Laryngorhinootologie 1991; 70:330-3. 7 – OKSENHENDLER E, LIDA H, D'AGAY MF et Coll. Tumoral nasopharyngeal lymphoid hyperplasia in human immunodeficiency virus-infected patients. Arch Intern Med 1989; 149:2359-61. 8 – OLSEN WL, JEFFREY RB JR, SOOY CD et Coll. Lesions of the head and neck in patients with AIDS : CT and MR findings. AJR Am J Roentgenol 1988; 151:785-90. 9 – DIEBOLD J, MARCHE C, AUDOUIN J et Coll. Lymphnode modification in patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or with AIDS related complex (ARC). A histological, immuno-histopathological and ultrastructural atudy of 45 cases. Pathol Res Pract 85; 180:590-611. 10 - HERNDIER BG. Surgical pathology of HIV associated mphoproliferations. Cancer Surv 1991; 10:135-49. 11 – JONATHAN ST. SHAM, WILLIAM I. WEI, SK. LAU et Coll. Otite séreuse. Une circonstance de diagnostic précoce de carcinome nasopharyngé. Arch. Otolaryngol 1993 ; 12.

**Tableau I** : aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients

Patients	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
Aspects					
Sexe / Age	M / 33 ans	F / 47 ans	F / 45 ans	F / 27 ans	F / 26 ans
Motif de consultation	Hypoacousie hyposmie	Obstruction nasale+ hypoacousie	Hypoacousie + obstruction nasale + rhinolalie		
Rhinoscopie antérieure	Rhinite	Rhinite	Rhinite	Rhinite	Rhinite
Cavoscopie	Tumeur bourgeonnante du cavum, à surface lisse, ne saignant pas au contact				
Otoscopie sous microscope	OSM bilatérale	OSM bilatérale	OSM bilatérale	OSM bilatérale	OSM bilatérale
Audiométrie tonale	<b>Surdité de transmission bilatérale</b>				
Impédancemétrie	Courbe plate	Courbe en dôme	Courbe plate	Courbe en dôme	Courbe en dôme
Rx du cavum	Epaississement des parties molles du cavum réduisant la filière rhinopharyngée				
Sérologie	VIH 1 positif	VIH 2 positif	Négative	VIH1 et 2 positifs	VIH1 et 2 positifs



Hypertrophie des parties molles du cavum

Fig.1 : Radio du cavum de profil chez un de nos patients