

Vincent ESTÈVE<sup>1</sup>

Véronique JAN-LASSERRE<sup>1</sup>, Muriel HOURSEAU<sup>2</sup>, Jacky RAMANOÉLINA<sup>3</sup>, Daniel LUSINA<sup>1</sup>

## Un cas rare d'éosinophilie dans un ganglion

### RÉSUMÉ

Les étiologies des adénopathies cervicales sont nombreuses et variées, parfois méconnues. Nous rapportons le cas d'une pathologie rare en occident, la maladie de Kimura dont le diagnostic, qui repose sur l'histologie, doit être évoqué sur la cytologie ganglionnaire grâce notamment à la présence de polynucléaires éosinophiles.

L'article développé sous cette rubrique correspond à l'adaptation d'une présentation réalisée lors d'une réunion de cytologie du Collège d'Hématologie des Hôpitaux. Cette journée a été organisée le 08 décembre 2005 à Lyon grâce à la collaboration et au soutien de la société A. MÉNARINI.

### MOTS-CLÉS

Maladie de Kimura, éosinophilie

### An unusual case of eosinophilia in a lymph node

#### SUMMARY

*There are numerous and various, sometimes not very well known, etiologies of cervical adenopathy. Here we report the case of a pathology unusual in the West, Kimura's disease. Its diagnostic, based on histology, must be evoked on lymph node cytology thanks to the presence of polynuclear eosinophiles.*

#### KEYWORDS

*Kimura's disease, eosinophilia*

### I - Présentation du cas

M. X. X., âgé de 26 ans est adressé par son médecin traitant pour bilan d'une adénopathie cervicale évoluant depuis 1 mois. Le jeune homme est d'origine malienne, il vit en France depuis 2 ans et se trouve sans activité professionnelle. Il n'existe pas d'antécédent particulier. L'examen clinique retrouve une adénopathie prédominante cervicale gauche d'environ 2 cm de diamètre, dure, non fixée, associée à plusieurs petites adénopathies bilatérales latéro-cervicales et une adénopathie axillaire gauche. Le patient est apyrétique, l'état général est conservé, il n'y a pas d'hépatosplénomégalie, ni de lésion cutanée.

Sur le bilan biologique, on note l'absence de syndrome inflammatoire, les fonctions rénale et hépatique, la  $\beta 2$  micro-globuline et les LDH sont normales. Il existe une augmentation des IgE totales sériques à 700 UI/mL (N<165). Les constantes de l'héogramme sont normales en dehors d'une

discrète hyper-éosinophilie à 0,5 G/L. Une cytoponction du ganglion cervical est réalisée.

### II - Observations et premières hypothèses

La cytoponction ganglionnaire sous aiguille fine ramène un matériel très riche, constitué de lymphocytes d'aspect polymorphe, en majorité des petits lymphocytes et de quelques immunoblastes. Par ailleurs, on note la présence d'assez nombreux polynucléaires éosinophiles, de nombreuses cellules à cytoplasme vacuolisé et d'une composante macrophagique (figures 1 à 4).

Les examens bactériologiques et parasitologiques du ganglion sont négatifs.

Les sérologies de la Syphilis, de la Brucellose, du HIV et du HCV sont négatives, celles du CMV et

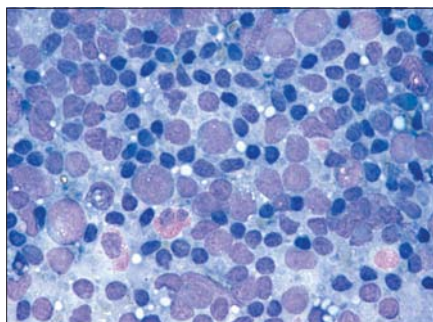
Cytologie

<sup>1</sup> Laboratoire de Biologie Médicale - Centre Hospitalier Robert Ballanger - 93600 Aulnay-sous-Bois - Tél.: 01 49 36 71 19 - Fax : 01 49 36 74 10  
E-Mail : v.esteve@ch-aulnay.fr

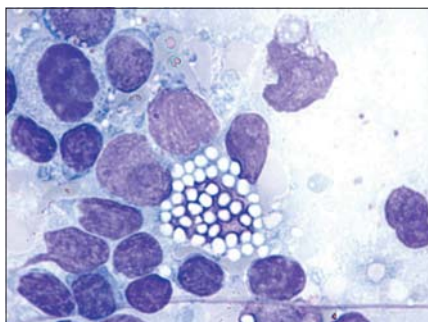
<sup>2</sup> Service d'Anatomo-pathologie - Centre Hospitalier Robert Ballanger - 93600 Aulnay-sous-Bois - Tél. : 01 49 36 71 26

<sup>3</sup> Service de Médecine Interne - Centre Hospitalier Robert Ballanger - 93600 Aulnay-sous-Bois - Tél. : 01 49 36 71 48

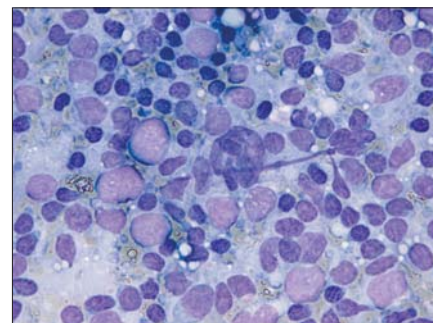
Un cas rare d'éosinophilie dans un ganglion



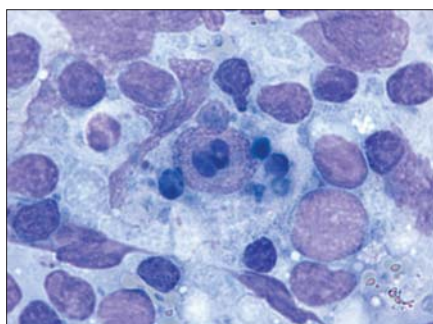
**Figure 1**  
Frottis de ponction ganglionnaire, coloration M.G.G.  
Composante éosinophile marquée (x50).



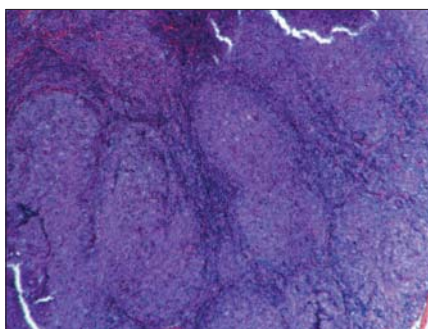
**Figure 2**  
Frottis de ponction ganglionnaire, coloration M.G.G.  
Cellules à cytoplasme vacuolisé (x100).



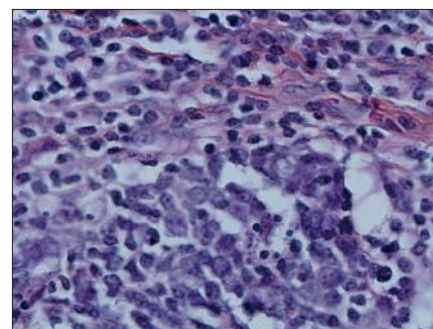
**Figure 3**  
Frottis de ponction ganglionnaire, coloration M.G.G. Cellule  
multi-nucléée (x50).



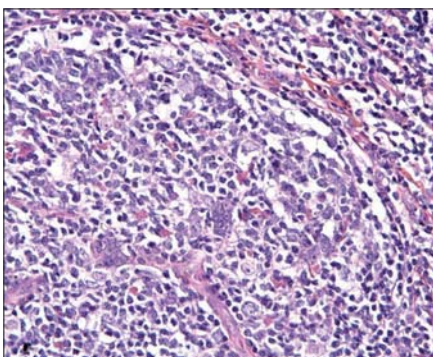
**Figure 4**  
Frottis de ponction ganglionnaire, coloration M.G.G.  
Cellules à corps tingibles (x100).



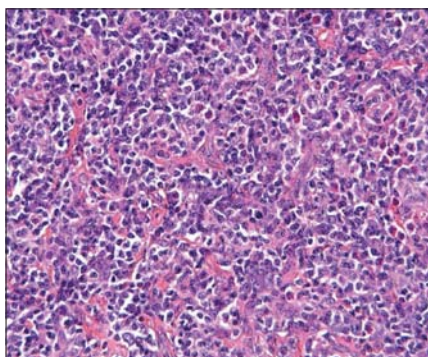
**Figure 5**  
Lame de biopsie ganglionnaire, coloration H.E.S.  
Hyperplasie folliculaire.



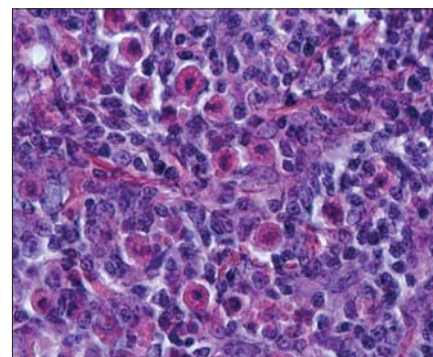
**Figure 6**  
Lame de biopsie ganglionnaire, coloration H.E.S. Cellules à  
corps tingibles.



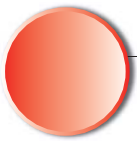
**Figure 7**  
Lames de biopsie ganglionnaire, coloration H.E.S. Cellules  
de Warthin Finkeldey



**Figure 8**  
Lames de biopsie ganglionnaire, coloration H.E.S.  
Prolifération des veinules post-capillaires.



**Figure 9**  
Lames de biopsie ganglionnaire, coloration H.E.S. Cellules à  
cytoplasme vacuolisé.



de l'EBV témoignent d'une immunité ancienne et celle du HBV d'une infection guérie. Sur 2 sérums prélevés à 3 semaines d'intervalle, la sérologie de la toxoplasmose est positive à des titres stables en IgG (200 UI/mL) et en IgM, avec un test de Remington négatif et une avidité des IgG forte en faveur d'IgM résiduelles.

L'hypothèse diagnostique devant l'ensemble du tableau est une adénite réactionnelle de type lymphadénite mais la composante éosinophile doit faire éliminer un lymphome de Hodgkin, et l'hyperplasie cellulaire un lymphome non-hodgkinien (maladie de Castelman...). Compte-tenu de l'aspect cytologique et de l'âge du patient, une biopsie ganglionnaire est rapidement envisagée.

### III - Diagnostic et évolution

L'examen histologique de la pièce opératoire retrouve un parenchyme ganglionnaire d'architecture respectée. Il existe une nette hyperplasie folliculaire (figure 5, p. 29) avec centres germinatifs de taille variée, des centres clairs avec des macrophages à corps tingibles (figure 6, p. 29) et des cellules de Warthin-Finkeldey (figure 7, p. 29). On note une folliculolyse importante, une hyperplasie des veinules post-capillaires (figure 8, p. 29), des micro-abcès de polynucléaires éosinophiles (figure 9, p. 29), une hyperplasie mastocytaire et une fibrose du para-cortex. Cet aspect de lymphadénite peut faire évoquer une maladie de Kimura ou une lymphadénite d'étiologie virale.

L'évolution est favorable à 2 ans après la biopsie exérèse du ganglion cervical.

### IV - Discussion

La description histologique définitive de la maladie de Kimura, ou « lymphogranulome éosinophile » date de 1948 par Kimura (1). Il s'agit d'une maladie inflammatoire chronique bénigne, de cause inconnue. Elle sévit selon un mode endémique en Orient mais reste rare en Occident. Elle touche préférentiellement les hommes (sex ratio 6/1) à la 3<sup>e</sup> décennie. Les signes cliniques sont essentiellement des adénopathies au niveau de la tête et du cou, associées fréquemment à des nodules sous-cutanés indolores augmentant lentement de volume. La durée des symptômes est d'environ 8 mois. Une augmentation de volume des glandes salivaires est fréquente. Une atteinte rénale de type glomérulonéphrite extra-membranaire (GNEM) se retrouve dans la moitié des cas (2). Le bilan biologique est normal en dehors d'une hyperéosinophilie sanguine et d'une augmentation des IgE totales sériques. L'évolution est bénigne. Des rémissions spontanées sont décrites. Le traitement est en règle chirurgical. Des récurrences sont possibles (3), la corticothérapie est alors souvent indiquée.

Le point d'appel de cette pathologie est cytologi-

que avec l'éosinophilie ganglionnaire. Le diagnostic repose sur l'histologie (4) qui montre une hyperplasie folliculaire avec des centres germinatifs florides, une infiltration par des polynucléaires éosinophiles avec abcès à éosinophiles, une prolifération des veinules post-capillaires, une folliculolyse et la présence de cellules géantes de type Warthin-Finkeldey. Les lésions histologiques observables dans la maladie de Kimura sont regroupées dans le Tableau I (2). Les diagnostics différentiels sont essentiellement les lymphomes hodgkinien et non-hodgkinien en raison du contexte clinique (âge, adénopathie cervicale initiale...). Cette entité ne doit pas être confondue avec l'hyperplasie angio-folliculaire avec éosinophiles qui correspond à une forme bénigne de proliférations vasculaires.

Lésion histologique	sur 21 patients
• Atteinte du tissu sous-cutané	18
• Atteinte des glandes salivaires	2
• Architecture ganglionnaire respectée	21
• Hyperplasie folliculaire avec CG floride	21
• Dépôts protéiques dans le CG	20
• Hypervascularisation du CG	19
• Nécrose de CG	5
• Cellules multinucléées	15
• Eosinophilie dans le CG	15
• Folliculolyse à éosinophiles	12
• Micro-abcès à éosinophiles	21
• Prolifération des veinules post-capillaires	21
• Fibrose du Stroma	19
• Sclérose péri-veinulaires	21
• Dépôts d'IgE dans le CG	18
• Cellules géantes de type Warthin-Finkeldey	5

### REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient le Dr Françoise Schillinger (Laboratoire de l'EFS, Besançon) pour ses commentaires sur ce cas et l'avis d'expert porté sur les présentations de la réunion du 08/12/2005 du Collège d'Hématologie des Hôpitaux.

### Tableau I

Lésions histologiques dans la maladie de Kimura d'après (2). CG : centre germinatif.

### VI - Conclusion

Même si la maladie de Kimura est une pathologie rare et bénigne, le biologiste doit être alerté par la présence de polynucléaires éosinophiles sur les frottis de ponction ganglionnaire. Le principal diagnostic différentiel est représenté par la maladie de Hodgkin qui dans sa forme interfolliculaire peut associer éosinophilie et hyperplasie folliculaire. La recherche de cellules de Reed-Sternberg est bien sur fondamentale et justifie de toute façon la réalisation d'une biopsie ganglionnaire.

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) LARROCHE C., BLÉTRY O., La maladie de Kimura, *Encyclopédie Orphanet*. Février 2005.
- (2) CHEN H, THOMPSON L., IVES AGUILERA N., ABBONDANZO S., Kimura Disease, a clinical study of 21 cases. *Am. J. Surg. Pathol.*, 2004, 28(4), 505-513.
- (3) ASMA A., MAIZATON AA., Kimura's disease : an unusual cause of cervical tumor. *Med. J. Malaysia*, 2005, 60(3), 373-376.
- (4) FELMAN P., GENTILHOMME O., Atlas de cytologie ganglionnaire. Edition Arnette. Juillet 1997.