



Epanchement chyleux des séreuses révélant un lymphome non hodgkinien : à propos d'un cas observé à l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo, Niamey.

Chylous collection in serous membrane revealing a non-Hodgkin's lymphoma: a case report at Hôpital National Amirou Boubacar Diallo, Niamey.

Abass Albana I*, Adamou Chaibou O^{1,3}, Ayouba Ousseini A¹, Samaila A^{1,2}, Yahaya M^{1,2}, Garba M^{1,2}, Abdoulaye Soumana O³, Amadou Adamou H³, Yonli A², Alido S^{1,2}.

Reçu le 11-03-2025

Accepté le 24 -08-2025

Publié le 30-09-2025

Mots-clés

Epanchement
chyleux ;
lymphome non
hodgkinien,
enfant ; Niger.

Résumé

Introduction : L'épanchement chyleux au niveau des membranes séreuses est un syndrome rare en pratique médicale. Il peut être révélateur de diverses pathologies, dont les tumeurs. L'objectif de cette étude était de rapporter un (1) cas d'épanchement chyleux révélant un lymphome malin non hodgkinien (LMNH) chez un enfant âgé de 5 ans à l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo, Niamey.

Observation : Il s'agissait d'un enfant aux initiales HH, âgé de 5 ans, sexe masculin, référé du Centre de Santé Intégré de Kouré pour dyspnée et distension abdominale évoluant depuis environ 3 mois dans un contexte fébrile, sans aucun antécédent pathologique connu. Il n'y avait pas de notion de contagé tuberculeux à l'interrogatoire. A l'admission, il présentait un syndrome d'épanchement pleural et péritonéal chyleux. On notait des adénopathies latéro-cervicales et une altération de l'état général. Le taux des triglycérides était élevé dans le sang. L'hypothèse d'un lymphome a été émise et une ponction ganglionnaire réalisée était en faveur de ce diagnostic. Un bilan d'extension était initié lorsque le décès de l'enfant était survenu dans un contexte de septicémie.

Conclusion : La présentation clinique des lymphomes est polymorphe ; y penser systématiquement devant l'association d'un syndrome œdémato-ascitique chyleux et un syndrome tumoral est salvateur, car le diagnostic tardif aggrave le pronostic.

Keywords

Chylous effusion;
non-Hodgkin's
lymphoma,
child;
Niger

Abstract

Introduction: Chylous effusion in serous membranes is a rare syndrome in medical practice. It can be indicative of various pathologies, including tumors. The objective of this study was to report one (1) case of chylous effusion revealing a non-Hodgkin's malignant lymphoma (NHL) in a 5-year-old child at the National Hospital Amirou Boubacar Diallo, Niamey.

Case report: This involved a 5-year-old male child, initials HH, referred from the Integrated Health Center of Kouré for dyspnea and abdominal distension evolving over about 3 months in a febrile context, with no known pathological history. There was no notion of tuberculous contact upon questioning. On admission, he presented with a syndrome of chylous pleural and peritoneal effusion. Latero-cervical adenopathies and an altered general condition were noted. The triglyceride level was high in the blood. The

hypothesis of a lymphoma was put forward and a lymph node puncture performed supported this diagnosis. An extension workup was initiated when the child's death occurred in the context of septicemia.

Conclusion: The clinical presentation of lymphomas is polymorphic; systematically considering it in the presence of an association of a chylous edema-ascites syndrome and a tumoral syndrome is life-saving, as late diagnosis worsens the prognosis

Introduction

L'épanchement chyleux dans les séreuses peut être due à une lésion traumatique du canal lymphatique central comme c'est le cas lorsqu'il survient après une intervention chirurgicale ou survenir de manière spontanée suite à un blocage de la circulation lymphatique en cas de malignité ou d'atteinte primaire des vaisseaux lymphatiques [1–4]. L'épanchement chyleux non traumatique est rare et survient approximativement dans 2% des pathologies lymphoprolifératives[2–4]. Le Lymphome Malin Non Hodgkinien (LMNH) est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération des lymphocytes T ou B initialement au niveau des ganglions. Il est important de souligner que le LMNH représente la seule hémopathie maligne dont l'incidence augmente significativement depuis une trentaine d'années, et ce d'environ 5 % par an [5]. Troisième type de cancer le plus fréquent chez l'enfant, le lymphome peut se compliquer de compression des voies vasculo-nerveuses (y compris les vaisseaux lymphatiques) et, ainsi, entraîner un épanchement chyleux qui est rarement rapporté comme circonstance de découverte du LMNH. Ce qui peut être à l'origine de complications mécaniques, immunodépressives et nutritionnelles[2–4,6]. La prise en charge est difficile nécessitant une chimiothérapie contre la prolifération maligne sous-jacente. Secondairement, des mesures conservatrices telles que la nutrition parentérale, le régime à base de triglycérides à chaîne moyenne peuvent être adoptées[2]. Au Niger, il y a très peu de travaux ayant spécifiquement porté sur les LMNH encore moins sur leur mode de présentation où

l'épanchement chyleux est révélateur. Une étude réalisée en 2013 sur l'épidémiologie des cancers entre 1992 et 2009 a révélé une fréquence de 20,06% de tous les cancers hématologiques, parmi lesquels le LMNH [7]. L'objectif de cette étude était de rapporter un (1) cas d'épanchement chyleux, le 1^{er} décrit au Niger, révélant un lymphome malin non hodgkinien (LMNH) chez un enfant âgé de 5 ans à l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo, Niamey.

Observation

Il s'agissait d'un petit enfant aux initiales HH, âgé de 5 ans, sexe masculin, référé pour dyspnée et distension abdominale évoluant depuis environ 3 mois dans un contexte fébrile.

Affiliations :

1. Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abdou Moumouni (FSS/UAM)
2. Service de pédiatrie de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo
3. Service de médecine B4 de l'Hôpital National de Niamey.

***Auteur Correspondant :** Dr Abass Albana I.
E-mail : a2iimrane@gmail.com ; Cel : +22792343144/+22604573233

Le début des signes était marqué par une fièvre d'installation progressive et des sueurs profuses à prédominance nocturne. L'évolution a été émaillée par la survenue 2 à 3 semaines plus tard de l'apparition d'adénopathies latéro-cervicales droites puis

gauches. Cela a conduit les parents à entreprendre une automédication à base de décoctions, mais sans amélioration. L'enfant n'avait aucun antécédent pathologique médical ou chirurgical, familial ou personnel connu. Il n'y avait pas de notion de contag tuberculeux à l'interrogatoire. Le statut vaccinal PEV (Programme Elargi de Vaccination) n'était pas documenté. A l'admission, il avait un état général altéré. Les conjonctives et les muqueuses étaient moyennement colorées sans ictère ni cyanose. On notait la présence des œdèmes des membres inférieurs, mous indolores et ne gardant pas le godet. A l'examen du thorax, on notait un syndrome d'épanchement pleural liquidien et la ponction exploratrice a ramené un liquide d'aspect chyleux (**Figure 1**).



Figure 1 : Liquide d'épanchement d'aspect chyleux

L'examen abdominal a révélé une distension abdominale et un signe de flot positif était retrouvé. La ponction d'ascite avait ramené un liquide d'aspect chyleux. L'examen a aussi retrouvé des polyadénopathies latéro-cervicales, sous-maxillaires et sus-claviculaires fermes, indolores, bilatérales, mobiles par

rapport au plan superficiel et dont le plus grand diamètre a mesuré environ 1,5 cm de grand axe (**Figure 2**).



Figure 2 : polyadénopathies latéro-cervicales, sous-maxillaires et sus-claviculaires, vue de profil gauche.

La radiographie pulmonaire a objectivé une pleurésie basithoracique et bilatérale. Devant l'épanchement chyleux et les adénopathies, l'hypothèse d'une compression lymphatique a été émise. Le dosage des lipides notamment les triglycérides dans le sang a révélé une hypertriglycéridémie. Les difficultés diagnostiques rencontrées étaient liées au défaut du dosage des lipides dans le liquide même d'épanchement d'aspect chyleux et la réalisation d'une biopsie ganglionnaire. Au frottis ganglionnaire après coloration par la technique de MGG, au grossissement 10 x 100, il a été mis en évidence une population cellulaire monomorphe faite de cellules de grande taille au cytoplasme basophile, au rapport nucléo-cytoplasmique élevé et une chromatine immature multi-nucléolée (**Figure 3**), compatible avec un LMNH.

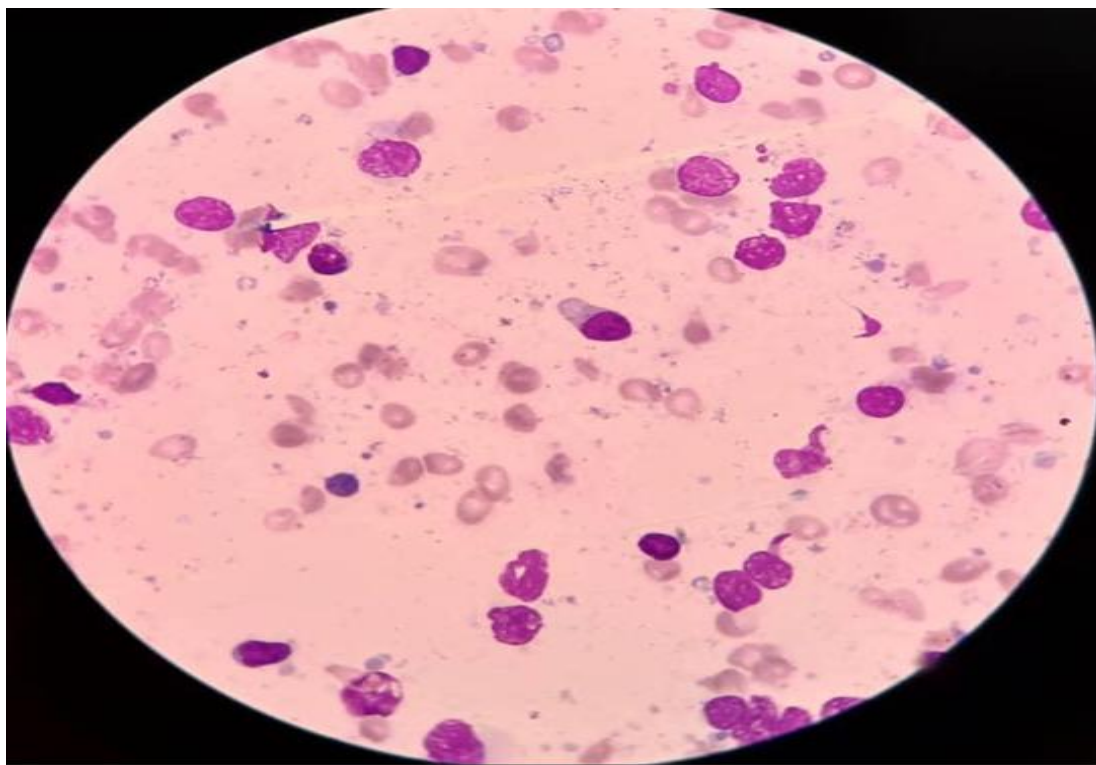


Figure 3 : cellules de grande taille au cytoplasme basophile, au rapport nucléo-cytoplasmique élevé et une chromatine immature multi-nucléolée au FS, coloration de MGG, objectif 100

Un traitement symptomatique a été mis en route et une surveillance des paramètres cliniques (température, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en O₂, poids) et paracliniques (NFS, CRP, radiographie pulmonaire) fut instaurée. L'évolution avant le décès était caractérisée par l'aggravation de ces différents paramètres. L'enfant était décédé avant la réalisation de la biopsie ganglionnaire pour examen anatomopathologique et du bilan d'extension dans un contexte de surinfection avec septicémie.

Discussion

Les épanchements séreux sont fréquemment retrouvés chez les patients souffrant de lymphome malin. Les sites séreux les plus concernés sont la plèvre, dans 20 à 30% des cas, suivie du péricarde et du péritoine[8,9]. Cependant, l'épanchement de type chyleux est une circonstance de découverte des LMNH très rare même si des cas cliniques ont été

rapportés[3,6,8–21]. Environ 10% des chylothorax dus à une tumeur maligne sont attribuables au LMNH[22]. D'origine mécanique, les épanchements chyleux sont dus à une compression ou effraction des vaisseaux lymphatiques sur leur trajet médiastinal (chylothorax) et péritonéal (ascite chyleuse) [23,24]. Les signes cliniques sont variables selon la localisation. Le chylothorax se manifeste surtout par une dyspnée de degrés variables [25]. L'ascite chyleuse, quant à elle, est évoquée devant les signes cliniques d'irritation péritonéale[26]. Le diagnostic est évoqué devant l'aspect laiteux du liquide d'épanchement sauf chez le nouveau-né où l'aspect macroscopique du liquide est peu contributif. La présence des constituants lipidiques (triglycérides et des chylomicrons) et même cellulaires (lymphocytes) dans le liquide permet de confirmer le diagnostic [24,25,27]. La découverte d'un liquide d'épanchement avec un taux de triglycérides > 1,24 mmol/l et de cholestérol < 5,18 permet notamment de

diagnostiquer l'épanchement chyleux[8,28]. Malheureusement, nous n'avons pas pu mettre en évidence chez le patient la présence de ces constituants lipidiques dans le liquide, faute de moyens techniques et financiers. Cela a constitué la principale limite de cette étude. Le patient avait néanmoins un taux élevé de lipides au niveau sanguin. La radiographie pulmonaire a objectivé la présence d'une collection pleurale basithoracique et bilatérale. La lymphographie pédieuse permettant d'étudier les éventuelles anomalies du canal thoracique et de rechercher un reflux du chyle[24,25] n'était pas disponible dans notre contexte. Le diagnostic de certitude du LMNH est essentiellement histologique[5] et permet d'éliminer les autres causes d'épanchement chyleux (néoplasie, infection, traumatisme, chylothorax en hémodialyse, congénital chez l'enfant)[24,29]. Le frottis ganglionnaire, après coloration par la technique de MGG, de richesse moyenne avec une population cellulaire monomorphe faite de cellules de grande taille au cytoplasme basophile, au rapport nucléocytoplasmique élevé et une chromatine immature multi nucléolée était en faveur d'un lymphome malin non hodgkinien. L'étiologie précise des LMNH n'est pas connue. Néanmoins des facteurs étiologiques ont été identifiés. Il s'agit essentiellement de l'immunodépression, de certaines maladies dysimmunitaires, de certaines infections, de l'exposition à des radiations ionisantes, d'une exposition à des toxiques chimiques [5] etc... Pour le cas précis de ce patient, la sérologie rétrovirale était négative. Il n'était pas non plus exposé aux radiations ionisantes ni aux toxiques. Les autres tests sérologiques (EBV, syphilis) n'ont pas pu être réalisés. L'IDR à la tuberculine était anergique.

L'évolution a été émaillée par la survenue de complications infectieuses ayant emporté le patient qui était décédé dans un contexte septicémique. En effet, le patient cumulait plusieurs facteurs favorisant la survenue des

complications immunologiques à savoir la lymphopénie aux dépens des lymphocytes T et la baisse du taux des immunoglobulines résultant de la rétention du chyle contenant des lymphocytes et d'immunoglobulines d'une part et d'autre part, le contexte général d'immunodépression induit par le LMNH [24,27]. La prise en charge est basée sur la radiothérapie dont il existe plusieurs techniques. Du fait de leur rareté, les épanchements chyleux n'ont pas une prise en charge strictement standardisée[8]. Néanmoins, ceux qui sont secondaires à un lymphome régressent sous l'effet de la chimiothérapie combinée pour les lymphomes[8]. Une chimiothérapie première a été alors envisagée et en préparation de celle-ci, le décès du malade était intervenu, interrompant du coup la prise en charge. Le pronostic dépend surtout du sous-type histologique et de la précocité de la prise en charge. Il existe plusieurs classifications histologiques à cet effet. Le décès immédiat du malade au décours même du bilan d'extension laisse présager un sous-type histologique sévère.

1^{er} cas du genre à être décrit au Niger, ce cas clinique est d'autant plus intéressant qu'il concerne une pathologie maligne, au pronostic sombre, peu décrite au Niger et qu'il affecte une couche fragile de la société à savoir les enfants. Cette singularité associée à la faible fréquence des épanchements chyleux nous a stimulé à documenter ce cas clinique. Les difficultés rencontrées au cours de cette étude étaient nombreuses. Tout d'abord, l'analyse biochimique du liquide d'épanchement n'a pas pu être réalisée par défaut de moyens techniques et financiers. Le décès du malade était survenu à l'aube de sa prise en charge, au cours même du bilan paraclinique. Les résultats des examens qui ont pu être réalisés étaient parvenus après le décès d'où le bilan d'extension et le traitement spécifique en l'occurrence la chimiothérapie n'ont pas pu être réalisés. L'immunohistochimie également n'a

pas été réalisée en raison des contraintes techniques, financières et liées au temps.

Conclusion

La traduction clinique des lymphomes est polymorphe. Au terme de ces travaux, nous pouvons retenir que leur révélation par l'épanchement chyleux au niveau des séreuses est une situation rare, mais il faudrait toujours y penser devant l'association d'un syndrome œdémato-ascitique chyleux et un syndrome tumoral. Par ailleurs, le diagnostic tardif aggrave le pronostic. Cette étude met également en surface la nécessité pour les pays en voie de développement de se doter d'un système de couverture sanitaire assez inclusif, simple et accessible à tous.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Thouil A. et al. Les épanchements chyleux (à propos de 5 cas). *Rev Mal Respir.* janv 2019;36:A157.
2. Wagenpfeil J, Hoß K, Henkel A, Kütting D, Luetkens JA, Feldmann G, et al. Interventional treatment of refractory non-traumatic chylous effusions in patients with lymphoproliferative disorders. *Clin Exp Med.* 30 mars 2024;24(1):63.
3. Fukumoto A, Terao T, Kuzume A, Tabata R, Tsushima T, Miura D, et al. Management of lymphoma-associated chylothorax by interventional radiology and chemotherapy: a report of five cases. *Int J Hematol.* 1 oct 2022;116(4):579-85.
4. Schild HH, Strassburg CP, Welz A, Kalff J. Treatment Options in Patients With Chylothorax. *Dtsch Arztebl Int.* 29 nov 2013;110(819):26.
5. 5Drouet F, Cahu X, Pointreau Y, Denis F, Mahé MA. Lymphomes malins non hodgkiniens. *Cancer/Radiothérapie.* nov 2010;14:S210-29.
6. Streitparth F, Theurich S, Streitparth T, Öcal O, dos Santos DC, Flatz W. Treatment of Refractory High-Flow Chylothorax in High-Grade B-Cell Lymphoma by Intratumoral Lymphatic Embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2021;44(12):2002-4.
7. Salamatou Mamoudou Garba, Harouna Mahamadou Zaki, Amine Arfaoui, Hinde Hami, Abdelmadjid Soulaymani, Hassan Nouhou, et al. Epidémiologie des cancers au Niger, 1992 à 2009. 2013;100(2):127-33.
8. Sugeeth MT, Narayanan G, V Soman L. Chylous pleural effusion: A rare presentation of Non-Hodgkin-Lymphoma. *Iran J Blood Cancer.* 2018;10(4):130-2.
9. Das DK. Serous effusions in malignant lymphomas: A review. *Diagn Cytopathol.* mai 2006;34(5):335-47.
10. Etoneyeaku AC, Akinsanya OO, Ariyibi O, Aiyeyemi AJ. Chylothorax from Bilateral Primary Burkitt's Lymphoma of the Ovaries: A Case Report. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2012;2012:1-3.
11. Jagosky M, Taylor B, Taylor SP. A Case of Chyloperitoneum Secondary to Follicular Lymphoma and a Review of Prognostic Implications. *Case Rep Hematol.* 2016;2016:4625819.
12. Alattal SAD, Alattal S, Choi J, Khaleeq G, Ghnaima H, Nader G, et al. A Case of Bilateral Pleural Effusion; Chylous Pleural Effusion on the Left Side and Malignant Pleural Effusion on the Rt Side, American Thoracic Society; 2024. p. A2684-A2684.
13. Sequeira M, Nogueira F, Pestana Santos C, Judas T, Delerue F. A Rare Case of a Chylous Pleural Effusion as the Initial Manifestation of Synchronous Tumors. *Cureus.* oct 2023;15(10):e46903.
14. Zhang Y, Lin Z, Zhang F, Chen X, Yang Y, Fu X, et al. Rapid response in relapsed follicular lymphoma with massive chylous ascites to anti-CD19 CAR T therapy using Piggy Bac: A case report. *Front Immunol.* 2022;13:1007210.
15. Trivedi M, Chandar R, Nair M, Jacob PM, Thankamony P. Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma in a Child Presenting With Superior Mediastinal Syndrome and Chylous Pleural and Pericardial Effusion. *J Pediatr Hematol Oncol.* juill 2020;42(5):e369-72.
16. Alam MR, Hasan MN, Rahim MA, Ahmed QMU, Islam MS, Rahman MA, et al.

- Chylous effusions (pleural effusion and ascites) due to non-Hodgkin's lymphoma a case report. *Bangladesh Med J*. 2018;47(2):38-40.
17. Jiang Y, Xie W, Hu K, Sun J, Zhu X, Huang H. An aggressive form of non-Hodgkin's lymphoma with pleural and abdominal chylous effusions: A case report and review of the literature. *Oncol Lett*. oct 2013;6(4):1120-2.
 18. Hufford S, Hu E. Lymphoma and chylous ascites. *West J Med*. 1988;148(5):581.
 19. Weick JK, Kiely JM, Harrison EG, Carr DT, Scanlon PW. Pleural effusion in lymphoma. *Cancer*. avr 1973;31(4):848-53.
 20. Bruneau R, Rubin P. The Management of Pleural Effusions and Chylothorax in Lymphoma. *Radiology*. déc 1965;85(6):1085-92.
 21. Avon JT, Gerrard AJ, Patel BB. Chylous Ascites Developing Into Bilateral Chylothorax in High-Grade Lymphoma: A Case Report. *Cureus*. 15(4):e37344.
 22. Gabali A. Serous fluids and hematology disorders. *Cytojournal*, 19 mars 2022; p19.
 23. Chylothorax secondaire à une hémopathie maligne : à propos de 5 cas. 21e Congrès de pneumologie de langue française — Marseille. 2017.
 24. Hmamouche L et al. Chylothorax post-opératoire. *Maroc Méd*. mars 2006;28(1):36-8.
 25. Chemaou A, Ayachi M, Ailal F, Najib J. Chylothorax idiopathique chez un nourrisson. Prise en charge et évolution. *Arch Pédiatrie*. juill 2012;19(7):711-3.
 26. De Sousa P, Viart L, Petit J, Saint F. Ascite chyleuse post-surrénalectomie laparoscopique transpéritonéale : distribution anatomique des lymphonœuds et prise en charge thérapeutique. *Prog En Urol*. mai 2010;20(5):385-8.
 27. F. Hmami, A. Oulmaati, C. Bouchikhi, A. Banani, A. Bouharrou et al. Chylothorax congénital : une réponse rapide et totale à la polyvidone iodée. 3719. Elsevier Masson. 2014;1-4.
 28. Staats BA, Ellefson RD, Budahn LL, Dines DE, Prakash UB, Offord K. The lipoprotein profile of chylous and nonchylous pleural effusions. *Mayo Clin Proc*. nov 1980;55(11):700-4.
 29. Benhamou R, Simon I, Nortier J, Baudoux T, Catalano C. Chylothorax en hémodialyse : pensez à la lercanidipine ! *Néphrologie Thérapeutique*. sept 2018;14(5):306-7.