



PRISE EN CHARGE DES HYPERLYMPHOCYTOSES

Lettre d'information n°52

Février 2016

LYMPHOPENIE

< 1 G/L chez l'adulte

VALEURS NORMALES pour l'ADULTE 1 - 4G/L

Avant 4 ans, la lymphocytose est physiologique, les lymphocytes > polynucléaires neutrophiles.

Entre 4-8 ans, les lymphocytes = PNN,

A partir de 16 ans, PNN > aux lymphocytes.

Avant 1 mois < 17G/L

Avant 2 ans < 13.5 G/L

Avant 7 ans < 9.5 G/L

Avant 13 ans < 7G/L

Avant 16 ans < 5G/L

HYPERLYMPHOCYTOSE

>5 G/L chez l'adulte
> aux valeurs de référence
pour l'âge

HYPERLYMPHOCYTOSE

➤ Réactionnelle (polyclonale, transitoire disparaît avec guérison de la pathologie)

➤ Maligne (clonale, Persiste > 2 mois, Néoplasie lymphoïde B matures,...)

HYPERLYMPHOCYTOSES REACTIONNELLES

Etiologies : infections virales aiguës : EBV, CMV, rubéole, varicelle, hépatites, oreillons, rougeole. Infections bactériennes/parasitaires chroniques : tuberculose, toxoplasmose, coqueluche, brucellose.

Commentaire sur la NFS : Présence de lymphocytes à cytoplasme hyperbasophile pouvant évoquer un syndrome mononucléosique.

Conduite à tenir : Si le contexte clinique est également en faveur (adénopathie, syndrome fébrile...), il est recommandé de réaliser un bilan virologique : EBV, CMV, HIV, et parasitaire : Toxoplasmose, ainsi qu'un dosage des ASAT, ALAT et de la CRP.

HYPERLYMPHOCYTOSES MALIGNES (CLONALE, PERSISTE > 2 MOIS, NEOPLASIE LYMPHOÏDE B MATURES)

Définition : Accumulation de cellules lymphoïdes matures, malignes et clonales à partir des tissus lymphoïdes (ganglions, rate, tissu lymphoïde associé aux muqueuses) avec parfois une infiltration sanguine.

- ➔ Lymphomes (atteinte ganglionnaire et du tissu lymphoïde prédominante) : lymphome de Hodgkin et lymphomes non Hodgkiniens
- ➔ Syndromes lymphoprolifératifs (atteinte sanguine fréquente)

DEUX EXAMENS CLES

NFS

IMMUNOPHENOTYPAGE

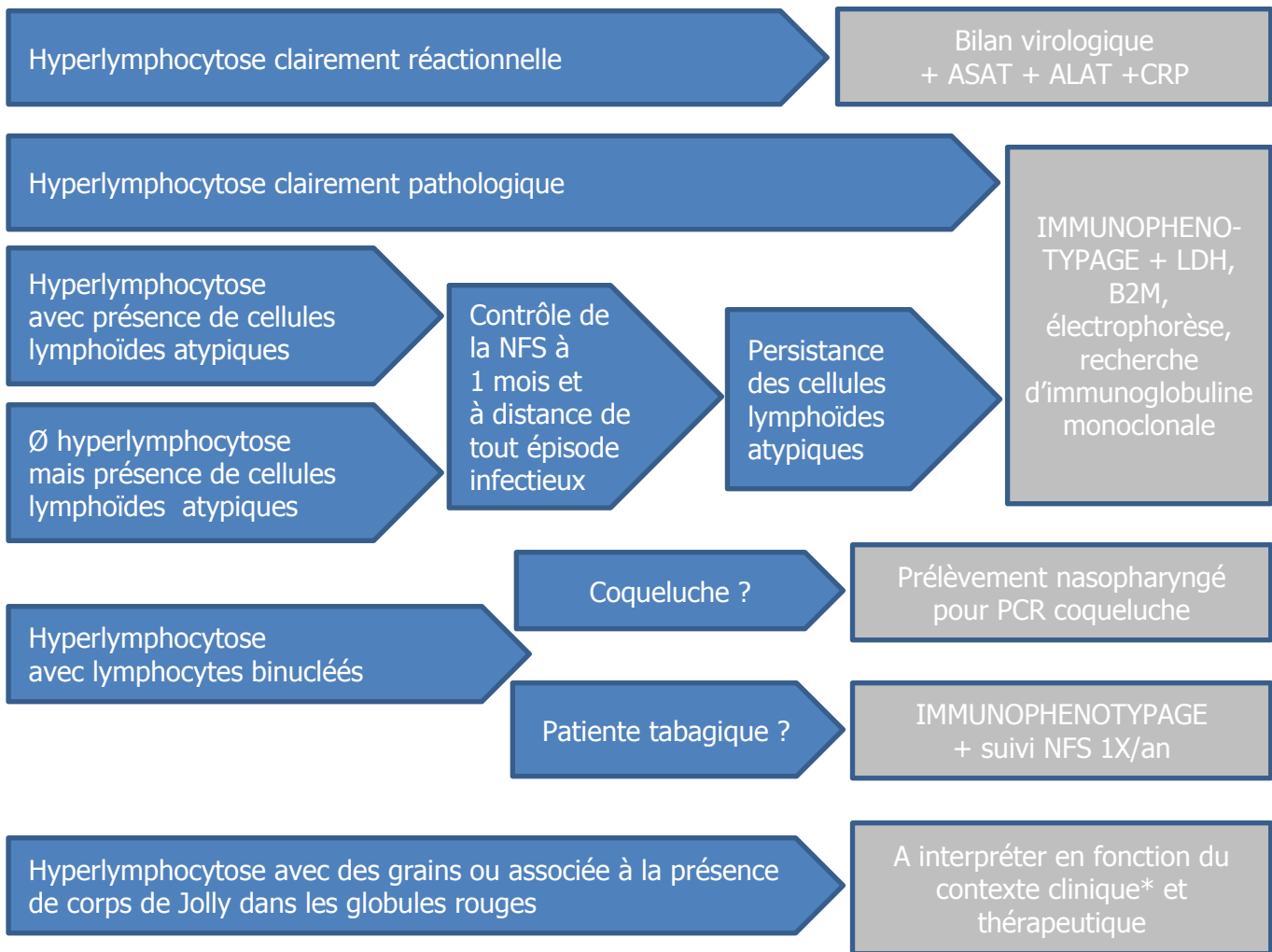
La NFS permet d'éclairer sur l'importance de la lymphocytose et la morphologie des lymphocytes qui est étudiée au microscope par le biologiste (rapport nucléocytoplasmique N/C, forme du noyau, chromatine fine, mottée..., présence d'encoche, basophilie plus ou moins intense du cytoplasme, villosité, aspect peu ou pas polymorphe).

L'immunophénotypage lymphocytaire par cytométrie de flux est indispensable afin d'identifier si une population cellulaire est qualitativement anormale (avec le calcul du score de Matutes), et permet de rechercher des éléments permettant d'évoquer ou d'affirmer que les cellules sont tumorales/clonales.

(Examen remboursé B300, sang total EDTA, toujours faire en parallèle de la NFS, en évitant de prélever le vendredi et veilles de jours fériés)

Conduite à tenir : dans les bilans de syndrome Lymphoprolifératif, en plus de la NFS, il convient de réaliser un dosage des LDH, Béta 2 microglobuline (B2M), une électrophorèse des protéines et une recherche d'Immunoglobuline monoclonale.

CONDUITE A TENIR DEVANT LES ANOMALIES QUALITATIVES/QUANTITATIVES LYMPHOCYTAIRE



* *hyposplénisme, splénectomie, pathologies auto-immunes, inflammations chroniques...*