

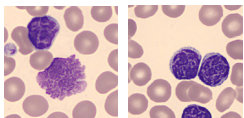
LES HYPERLYMPHOCYTOSES

NEWSLETTER N°44

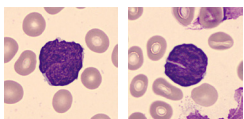
CONTEXTE

Les **hyperlymphocytoses** sont définies par un nombre de lymphocytes > aux valeurs de références définies en fonction du sexe et de l'âge, en général :
> 4 G/L chez l'adulte,
> 10,5G/L si < 2 ans,
> 8G/L de 2 à 4 ans,
et > 6.5G/L entre 5 et 14 ans.

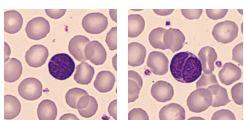
LYMPHOCYTOSES SUSPECTES



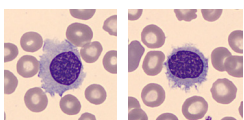
LLC



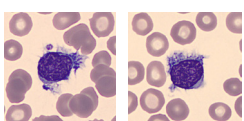
Lymphome du manteau



Lymphome folliculaire



Leucémie à tricholeucocytes



Lymphome villeux

DIAGNOSTIC

Le plus souvent de **découverte fortuite**, son diagnostic étiologique repose sur le **contexte clinique** (âge, syndrome infectieux, syndrome tumoral), sur la **numération** (présence d'autres cytopénies), sur la **cytologie** (lymphocytes réactionnels, suspects ou sans particularité) et sur la **chronicité de la lymphocytose** (< ou > à 3 mois).

Rôle important du biologiste : Il va orienter le diagnostic en fonction de la cytologie des lymphocytes sur le frottis sanguin.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE SELON LA CYTOLOGIE SANGUINE

LYMPHOCYTOSE SANS PARTICULARITÉS

→ **Contrôle dans 3 mois**

→ Étiologie possible : asplénisme, hyposplénisme, maladies auto-immunes, réactions immuno-allergiques aux médicaments, stress, endocrinopathies (maladie d'Addison, hyperthyroïdie, hypopuitarisme), tabac

LYMPHOCYTOSES SUSPECTES

Le plus souvent :

- Aspect monomorphe, petits lymphocytes matures, chromatine mottée, noyaux nus

→ **LLC**

Plus rarement*

- Aspects lymphomateux (lymphomes non hodkiniens avec passage sanguin)

Lymphome du manteau

Lymphome folliculaire

Leucémie à tricholeucocytes

Lymphome villeux

- Plus rares :

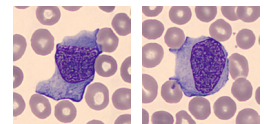
- lymphome lymphoplasmocytaire
- leucémie à prolymphocytes B
- leucémie à grains
- lymphome T
- leucémie à prolymphocytes T
- syndrome de Sézary

*Pas nécessairement d'hyperlymphocytoses mais présence d'alarmes sur l'automate.

LYMPHOCYTOSE RÉACTIONNELLE

2-1 : Lymphocytes hyperbasophiles : syndrome mononucléosique

Voir bilan infectieux +++



Syndrome mononucléosique

Étiologies les plus fréquentes :

EBV,

CMV, rubéole, rougeole, varicelle
primo infection VIH, hépatites

Plus rares :

Paludisme, toxoplasmose,
brucellose, syphilis

2-2 : Hyperlymphocytose sans syndrome mononucléosique :

Coqueluche, syndrome de Carl Smith,
plus rares : syphilis, rickettirose,
tuberculose

2-3 : Hyperlymphocytose à lymphocytes binucléés :

Tabac



EXAMENS SPÉCIALISÉS

En 1^{ère} intention : Un typage lymphocytaire permettra de différencier les différents types d'hyperlymphocytoses.

En 2^{ème} intention : Examens de cytogénétique conventionnelle (caryotype hématologique), et moléculaire (hybridation in situ en fluorescence, FISH) et de biologie moléculaire.

Point Nomenclature :

Le typage lymphocytaire est pris en charge par la CNS dans les cas suivant :

- Bilan initial d'une hémopathie maligne (BG031)

- Bilan initial d'une suspicion d'une immunodéficience cellulaire (BG032)

- Suivi d'une hémopathie maligne (BG033).

Dans tous les cas, les renseignements cliniques et conclusions sont obligatoires.



EN RÉSUMÉ

Le plus souvent :

Origine	Réactionnelle	Tumorale
Âge	Jeune	Plus âgé
Contexte infectieux	Fréquent	Rare
Syndrome tumoral	Possible	Fréquent
Autres cytopénies à la NFS	Possible	Parfois
Cytologie des lymphocytes	Polymorphe	Monomorphe
Durée	Aiguë	> 3 mois

LES 2 CAS LES PLUS FRÉQUENTS

- **Primo-infection à EBV** (sérologie EBV positive en anti-VCA-IgM, transaminases élevées)

- **Leucémie lymphoïde chronique (LLC)** : diagnostic : hyperlymphocytoses >5G/L avec cytologie évocatrice sur le frottis sanguin, à confirmer par un typage lymphocytaire des lymphocytes périphériques (score de Matutes)

Le plus souvent : simple surveillance (**suivi tous les 6 mois à 1 an**)

Traitement à envisager uniquement si :

- Altération de l'état général
- Insuffisance médullaire
- Doublement lymphocytaire < 6 mois
- Forte progression des masses tumorales

Examen à faire : analyse cytogénétique : recherche del (17p) ; recherche de la mutation de la protéine TP53 en biologie moléculaire

Suivi tous les 3 à 6 mois

BIBLIOGRAPHIE

Pour aller plus loin, consultez :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/application/pdf/2011-09/ald_30__gm_llc_web_2vf.pdf

Maloum et al.
Conduite à tenir au laboratoire devant une hyperlymphocytose. EMC, vol 8 N°2. Doi : 10.1016/S2211-9698(12)57630-2

Emile C.
Conduite à tenir devant une hyperlymphocytose. OptionBio. Sep 2016, N°549-550.



La plupart du temps, les hyperlymphocytoses sont réactionnelles, infectieuses, transitoires et confirmées par le bilan sérologique.

Les hyperlymphocytes sans particularités doivent être contrôlés 3 mois après le 1^{er} bilan.

En cas de persistance, un bilan complémentaire est conseillé.

Enfin, toutes hyperlymphocytoses suspectes découvertes au laboratoire doivent être investiguées, dans un 1^{er} temps par un typage lymphocytaire.

La cytologie hématologique = 1^{ère} analyse du bilan d'hyperlymphocytose qui permet d'orienter le diagnostic.