

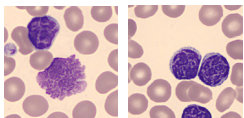
# LES HYPERLYMPHOCYTOSES

NEWSLETTER N°44

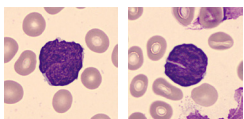
## CONTEXTE

**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.

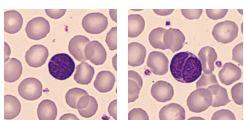
## LYMPHOCYTOSES SUSPECTES



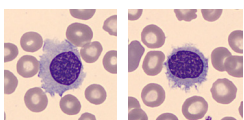
LLC



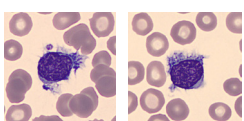
Lymphome du manteau



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

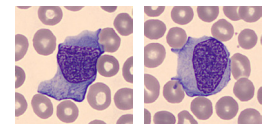
- Plus rares :

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

### 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

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

**KETTERHILL**

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

8, avenue du Swing  
L-4401 Belvaux

T (+352) 488 288-1  
F (+352) 488 288-306  
[www.ketterhill.lu](http://www.ketterhill.lu)

Contact - Dr Sylvie COITO  
E [sylvie.coito@ketterhill.lu](mailto:sylvie.coito@ketterhill.lu)



## EXAMENS SPÉCIALISÉS

**En 1<sup>ère</sup> intention :** Un typage lymphocytaire permettra de différencier les différents types d'hyperlymphocytoses.

**En 2<sup>ème</sup> 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](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<sup>er</sup> bilan.

En cas de persistance, un bilan complémentaire est conseillé.

Enfin, toutes hyperlymphocytoses suspectes découvertes au laboratoire doivent être investiguées, dans un 1<sup>er</sup> temps par un typage lymphocytaire.

**La cytologie hématologique = 1<sup>ère</sup> analyse du bilan d'hyperlymphocytose qui permet d'orienter le diagnostic.**