

## Conduite à tenir devant une lymphopénie – O.Beyne-Rauzy

La découverte d'une lymphopénie sur l'hémogramme est de situation relativement fréquente. Cette anomalie peut être le reflet de processus pathologiques extrêmement variés pouvant être intriqués ce qui impose une démarche diagnostique construite, s'appuyant sur l'interrogatoire, l'anamnèse et l'examen clinique.

Les lymphocytes sont les cellules essentielles de l'immunité adaptative (ou secondaire). Elles se répartissent en sous-populations différenciables par cytométrie de flux : les lymphocytes B, précurseurs des plasmocytes sécréteurs d'anticorps (réponse humorale), les lymphocytes T dont il existe deux sous-populations les CD4+ : auxiliaires et les CD8+ : cytotoxiques (immunité cellulaire) et les cellules NK.

Le nombre de lymphocytes chez l'adulte est compris entre 1500 et 4000 éléments/mm<sup>3</sup>, il est physiologiquement plus élevé chez l'enfant. La numération ne constitue qu'un aperçu de la population lymphocytaire dont une partie réside dans le secteur tissulaire.

Le premier mécanisme expliquant une lymphopénie (< 1500/mm<sup>3</sup>) est l'insuffisance de production. Les causes primitives (déficits immunitaires combinés sévères) sont rarissimes et découverts dans les premières années de vie. Plus fréquentes sont les causes secondaires en contexte de dénutrition et/ou de carence (Zinc).

Un excès de catabolisme du lymphocyte peut également expliquer une lymphopénie. Ainsi, tout traitement à visée cytostatique (chimiothérapie, immunosuppresseur, radiothérapie) peut induire une diminution du nombre de lymphocytes. Celle-ci peut être sélective (anticorps monoclonaux) et prolongée nécessitant une prophylaxie anti-infectieuse. Un excès de catabolisme peut être lié à l'effet cytopathogène d'un virus (VIH) ou par défaut de régulation de l'apoptose lymphocytaire (Lupus érythémateux disséminé).

La redistribution des lymphocytes dans le secteur tissulaire peut expliquer une lymphopénie sanguine. Cette anomalie est ainsi observée dans les hypersplénismes. Dans les granulomatoses (sarcoïdose, vascularités, MICI) et dans certains états infectieux la lymphopénie peut constituer un marqueur de sévérité. Le compartiment lymphocytaire peut également être abaissé par perte dans les séreuses (chylothorax) ou dans les muqueuses (entéropathies exsudatives, lymphangiectasies intestinales).

Enfin, un certain nombre de mécanismes expliquant la lymphopénie restent mal expliqués. C'est le cas dans l'insuffisance rénale, l'alcoolisation aiguë. Il existe des lymphopénies à caractère ethnique (Ethiopiens). Dans le cas des lymphomes et des tumeurs solides, la lymphopénie semble être un facteur prédictif péjoratif, de même que la lymphopénie < 700 post-chimiothérapie est prédictive du risque de neutropénie fébrile. Il existe de rares cas de lymphopénies idiopathiques.

La découverte d'une lymphopénie prend donc sens dans le contexte clinique conduisant à la demande de réalisation d'un hémogramme.

En cas d'anomalie modérée (> 1200) sans signe clinique associé, une attitude attentiste est acceptable avec un contrôle à distance de l'anomalie.

En cas de situation clinique non évidente, l'orientation étiologique passe par une série d'examens paracliniques simples (NFS, créatininémie, CRP, LDH, électrophorèse des protéines sériques, sérologie VIH, radiographie de thorax).