

Manifestations thoraciques des Lymphomes : LH et LMNH

Bamha H., El Khattabi W., Nahidi M.,Bentaleb S.,Arfaoui H.,Jabri H.,Afif M H.

Service desMaladies Respiratoires, Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

RESUME

Les lymphomes malins non Hodgkiniens et Hodgkiniens (LMNH et LH) traduisent une prolifération maligne des cellules lymphoïdes. Les atteintes thoraciques peuvent être primitives ou secondaires comprenant des localisations médiastinales, parenchymateuses, pleuro-péricardiques et pariétales. Notre étude vise à préciser les particularités cliniques et radio-anatomiques des lymphomes thoraciques. Il s’agit d’une étude rétrospective incluant les cas de lymphome thoracique diagnostiqués au service de pneumologie entre janvier 2013 et janvier 2023. Nous avons colligé 80 cas de lymphome thoracique dont 72% sont de type non hodgkinien. 60% des cas de LMNH sont de sexe masculin versus 20 % des cas de LH. L’âge moyen dans le LMNH est de 40,2 ans versus 37,5 ans dans le LH. La symptomatologie clinique est dominée dans les 2 groupes par la toux,la dyspnée et la douleur thoracique. Le bilan radiologique objective une atteinte médiastinale dans 69 % des cas de LMNH et 60 % des cas de LH, suivie par l’atteinte pleurale notée dans 48 % des cas de LMNH et 5 % des cas de LH. Les autres structures intrathoraciques sont atteintes. Le diagnostic est histologique moins confirmé fréquemment par biopsie pleurale dans 35 %, biopsie scannoguidée de la masse médiastinale dans 62% ou par biopsie ganglionnaire périphérique dans 27% pour le LMNH, et une biopsie chirurgicale dans un cas pour LH. Le recours à la chirurgie est exceptionnel. Le LMNH est plus fréquent. La localisation médiastinale est prédominante suivie par celle pleurale. Les autres structures intrathoraciques peuvent être atteintes par différents mécanismes.

INTRODUCTION

Les lymphomes malins non Hodgkiniens et Hodgkiniens (LMNH et LH) traduisent une prolifération maligne des cellules lymphoïdes.

Les atteintes thoraciques peuvent être primitives ou secondaires comprenant des localisations médiastinales, parenchymateuses, pleuro-péricardiques et pariétales.

BUT DU TRAVAIL

Préciser les particularités cliniques et radio-anatomiques des lymphomes thoraciques.

MATERIEL ET METHODES

- Etude rétrospective :
 - Dossiers de patients hospitalisés.
 - janvier 2013 et janvier 2023.
- Fiche d’exploitation préétablie.

RESULTATS

Total : 80 patients hospitalisés au service entre Janvier 2013 et Janvier 2023

Répartition selon le type du lymphome:

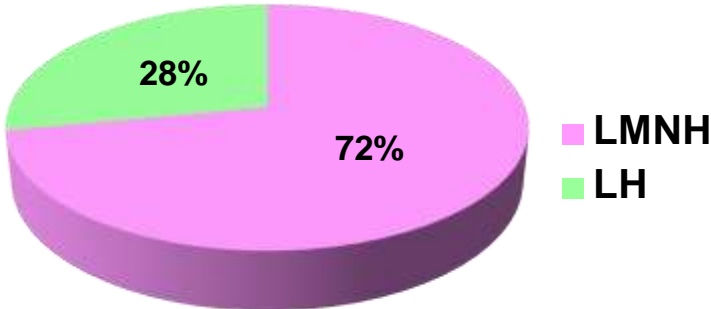


Figure 1: Répartition selon le type de lymphome

La répartition selon le sexe :

LMNH :

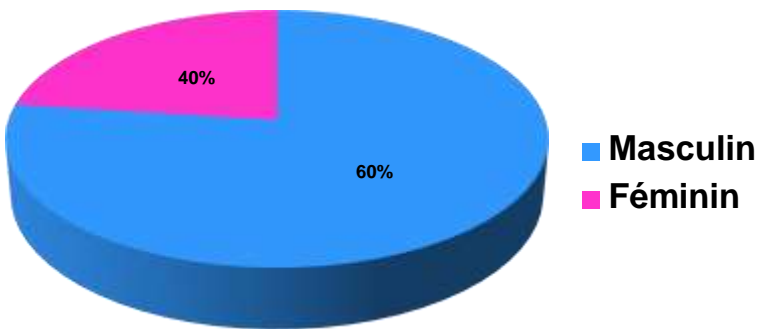


Figure 2: la répartition selon le sexe (LMNH).

LH:

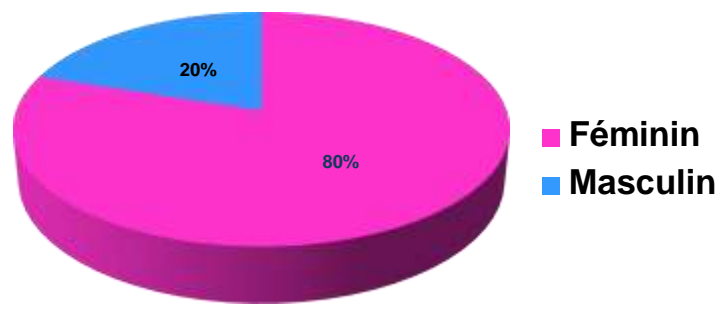


Figure 3: la répartition selon le sexe (LH).

L’âge moyen

- LMNH: 40,2 ans.
- LH: 37,5 ans.

La symptomatologie dominée dans les 2 groupes par : la toux, la dyspnée et la douleur thoracique.

L’aspect radiologique:

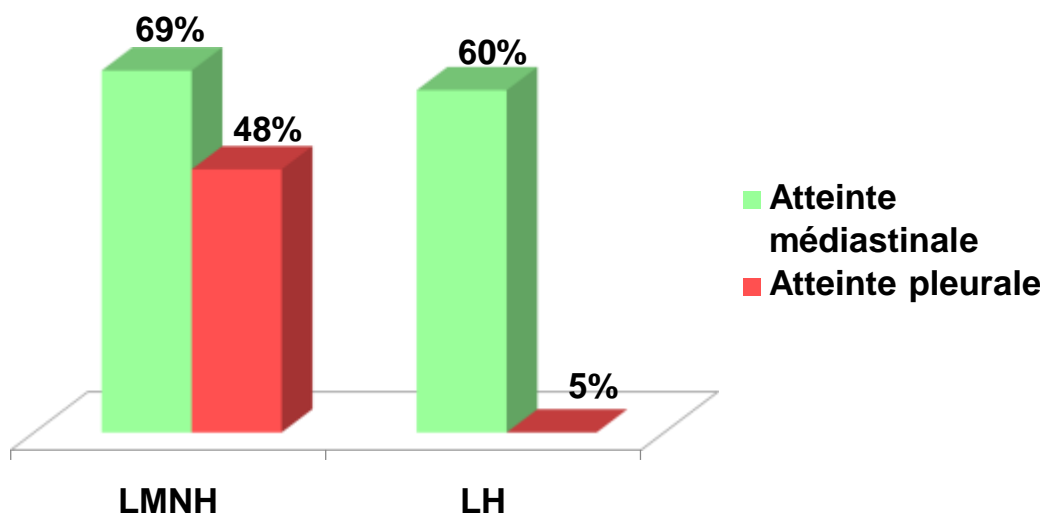


Figure 4: Aspect radiologique

Les moyens de confirmation du LMNH:

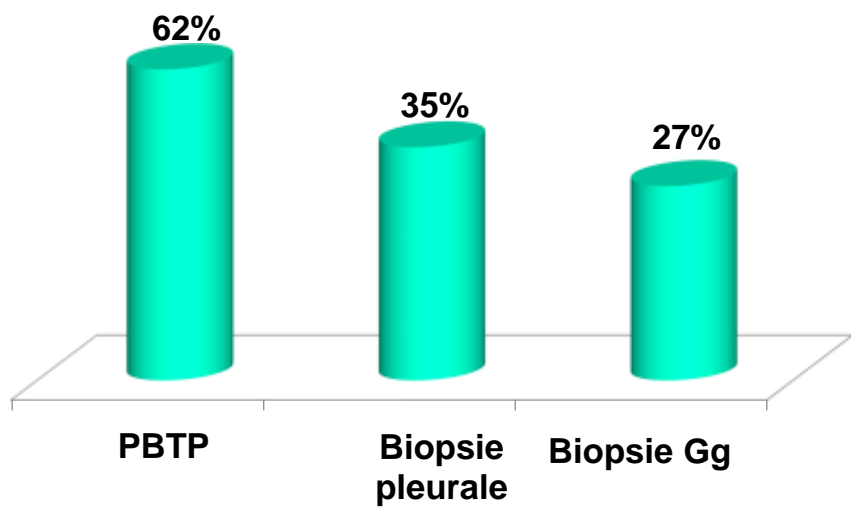


Figure 5: Moyens de confirmation du LMNH.

Les moyens de confirmation du LH

- La biopsie ganglionnaire périphérique :80%.
- La biopsie chirurgicale: un cas.

DISCUSSION

- Les lymphomes thoraciques se développent le plus souvent à partir du thymus.
- Les trois types histologiques qui dominent cette pathologie : le lymphome lymphoblastique T, le lymphome B diffus à grandes cellules médiastinal (LBDGCM) et le lymphome hodgkinien classique (LHc) [1].
- Il s’agit de trois lymphomes agressifs qui atteignent surtout des sujets jeunes et se présentent cliniquement comme de volumineuses masses médiastinales antérieures.
- Les lymphomes du mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) thymiques sont beaucoup plus rares, indolents, mais représentent une entité très spécifique de la pathologie médiastinale) [2].
- Tous les autres types de lymphomes peuvent se voir dans le médiastin, mais il s’agit le plus souvent de lymphomes disséminés dont le diagnostic sera porté sur l’exérèse d’un ganglion périphérique.

CONCLUSION

- Le LMNH est plus fréquent.
- La localisation médiastinale est prédominante suivie par celle pleurale.
- Les autres structures intrathoraciques peuvent être atteintes par différents mécanismes.

REFERENCES

- [1] Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK, Harris CC. Pathology and genetics of tumours of the lung, pleura thymus and heart. Lyon: IARC press; 2004.
- [2] Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC press; 2008.

CONFLITS D’INTERETS

- Pas de conflits d’intérêt.