



Localisation endobronchique d'un Lymphome non Hodgkinien

A propos d'une observation

R.Najimi, M.Bouras, R.El kilali, M.Aharmim, M.Soualhi, JE. Bourkadi

Service de Pneumologie, Hôpital Moulay Youssef, Faculté de Médecine et de Pharmacie,
Université Med V, Rabat, Maroc



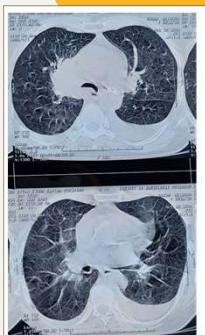
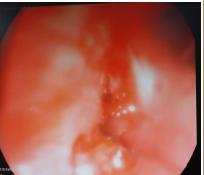
I- Introduction :

Les lymphomes thoraciques sont une prolifération lymphoïde clonale avec une atteinte du parenchyme pulmonaire et/ou des ganglions lymphatiques médiastinales ou hilaires [1-2]. L'atteinte endobronchiques est rare, survient dans le cadre d'une maladie systémique plus dans le cas de la maladie de Hodgkin (MH) que dans le lymphome non hodgkinien (LNH) [1-3].

Nous rapportons un nouveau cas de localisation endobronchique d'un LMNH .

II - Observation médicale :

Il s'agit d'une patiente âgée de 75ans, sans antécédent pathologique notable, qui présentait depuis cinq mois une toux sèche chronique associée à une douleur basi-thoracique gauche de type pleural, évoluant dans un contexte d'apyraxie et d'altération de l'état général avec amaigrissement chiffré à 10 kg en 6 mois. L'examen clinique trouvait un discret syndrome d'épanchement liquidiens gauche avec des aires ganglionnaires libres. La radiographie thoracique de face (Figure 1) objectivait une opacité hétérogène para-hilaire droite avec un émoussement de cul de sac pleural gauche, Le scanner thoracique (Figure 2) avait révélé un processus médiastino-pulmonaire droit , une pleurésie de faible abondance gauche et une splénomégalie à l'étage abdominal. La fibroscopie bronchique avait retrouvé une sténose bourgeonnante au niveau de la dorsale de la lobaire supérieure droite avec tous les éperons épaissis (Figure 3) ; L'étude histologique de la biopsie bronchique est revenue en faveur d'une localisation bronchique d'un lymphome non hodgkinien B de haut grade (CD 45 et CD 79a positifs) . La patiente était adressée à la consultation d'héma-oncologie pour complément de prise en charge.



III - Discussion :

Le lymphome non hodgkinien (LNH) endobronchique est rare, il survient généralement en présence d'une maladie disséminée et se développe à partir de divers mécanismes tels que l'invasion bronchique directe à partir d'une masse parenchymateuse ou médiastinale, la propagation lymphatique aux tissus conjonctifs péribronchiques, et rarement de la propagation hématogène directe [4,5].

Le LNH endobronchique est classé en 2 types :

- Le type I contient des infiltrats sous-muqueux diffus se propageant du lymphome systémique au système hématogène ou lymphatique.
- Le type II, une forme de masse rare, apparaît en raison d'une propagation directe du lymphome à partir des ganglions lymphatiques adjacents, ou apparaît de novo à partir du tissu lymphoïde associé aux bronches [5,6]. Les lésions de type 2 peuvent généralement provoquer une obstruction des voies respiratoires et produire une toux ou une respiration sifflante.

Le diagnostic du LNH endobronchique n'est pas toujours facile en raison de symptômes non spécifiques et de signes radiologiques.

Les manifestations thoraciques des lymphomes sont très variées. Elles sont rarement révélatrices. Le symptôme le plus fréquemment décrit dans la littérature est la toux chronique, qui peut être légère et persistante comme le cas de notre patiente. Les symptômes généraux (fièvre, sueurs nocturnes et perte de poids) sont moins fréquents et, dans une revue de huit cas de LNH endobronchique, ils n'ont été signalés qu'une seule fois. La dyspnée, les douleurs de type pleural et l'hémoptysie sont également rapportées, et en l'absence d'obstruction des voies respiratoires, les patients peuvent rester asymptomatiques [6].

La tomodensitométrie thoracique peut être utile pour le diagnostic différentiel [7]. L'aspect radiologique décrit est celui d'une masse pulmonaire, une atélectasie, un épanchement pleural qui est le plus souvent associé.

L'examen bronchoscopique avec biopsie est indispensable au diagnostic. Pour classer les types de LNH endobronchiques, l'immunohistochimie est nécessaire, et le réarrangement génétique et l'examen cytogénétique sont l'alternative [8]. Le schéma thérapeutique combiné radio-chimiothérapie est désormais considéré comme le traitement standard pour le traitement des patients atteints de LNH à cellules B [9].

IV - Conclusion :

Le LNH endobronchique est rare et les manifestations thoraciques révélatrices des lymphomes, rarement décrites, sont caractérisées par leur diversité et leur manque de spécificité. Leur diagnostic a bénéficié des progrès de l'imagerie médicale et des explorations endoscopiques.

Références :

1. Berkman N, Breuer R, Kramer MR, Pollack A. Pulmonary involvement in lymphoma. Leuk Lymphoma 1996;20:229-237.
2. Tredaniel J, Peillon I, Ferme C, et al. Endobronchial presentation of Hodgkin's disease: A report of nine cases and review of the literature. Eur Respir J 1994;7:1852-1855.
3. Ferraro P, Trastek VF, Adlakha H, et al. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the lung. Ann Thorac Surg 2000;69:993-997.
4. Zhang GS, Xu ZH, Cui W, et al. A case with lethal endobronchial lymphoma presenting with respiratory failure requiring intubation and mechanical ventilation. Chin Med J (Engl). 2008;121:280-282.
5. Rose RM, Grigas D, Strattemeir E, et al. Endobronchial involvement with non-Hodgkin's lymphoma. A clinical-radiologic analysis. Cancer. 1986;57:1750-1755.
6. Solomonov A, Zuckerman T, Gorainik L, et al. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as an endobronchial tumor: report of eight cases and literature review. Am J Hematol. 2008;83:416-419.
7. Jang M, Choi YW, Jeon SC, et al. Endobronchial non-Hodgkin's lymphoma presenting as an isolated endobronchial mass. Clin Radiol. 2006;61:202-205.
8. Zhang GS, Xu ZH, Cui W, et al. A case with lethal endobronchial lymphoma presenting with respiratory failure requiring intubation and mechanical ventilation. Chin Med J (Engl). 2008;121:280-282.
9. Feugier P, Van Hoof A, Sebban C, et al. Long-term results of the R-CHOP study in the treatment of elderly patients with diffuse large b-cell lymphoma: a study by the Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adult. J Clin Oncol. 2005;23:4117-4126.