

LES ATTEINTES THORACIQUES DE LA LEUCÉMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE

Bamha H., El Khattabi W., Msika S., Bougteb N., Arfaoui H., Jabri H., Afif MH.

Service des Maladies Respiratoires, Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

Les atteintes thoraciques de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) sont fréquentes, essentiellement d'origine infectieuses, plus rarement spécifiques peuvent intéressées : les bronches, le parenchyme pulmonaire, le médiastin et la plèvre, leurs prévalence reste sous documenté et sous-estimé .

BUT DU TRAVAIL

Notre étude vise à préciser les particularités cliniques et radio-anatomiques de la détermination thoracique de la leucémie lymphoïde chronique .

MATERIEL ET METHODES

Nous rapportons 2 cas d'une atteinte thoracique révélatrice de la LLC, colligés au service de pneumologie de 20 août 1953 sur une période de 5 ans.

RESULTAT

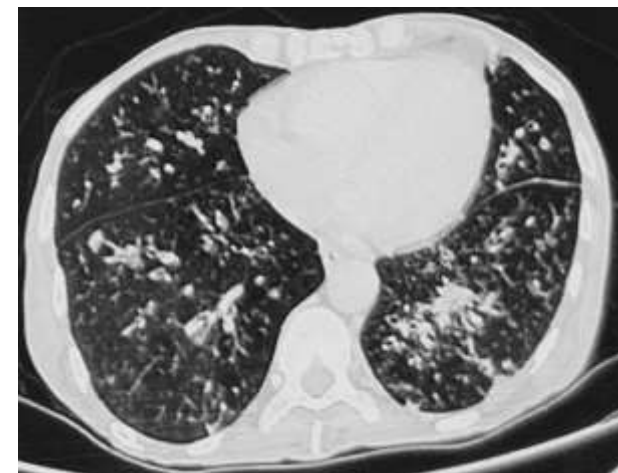
□ Observation N 1:

- H , 50 ans
- Dyspnéique et bronchorrétique chronique depuis 4 ans
- admis pour : aggravation progressive de sa dyspnée devenant à moindre effort et de sa bronchorrhée devenant purulente avec sifflements thoraciques , précédées par des lésions cutanées suintantes et crouteuses depuis 2 mois
- Examen clinique : râles ronflants et sibilants bilatéraux diffus avec un IMC à 11 Kg/m2 et des adénopathies bilatérales cervicales axillaires et inguinales .
- Radiographie thoracique : opacité para hilaire gauche de type alvéolaire avec des images en rails et infiltrats réticulo-micronodulaires et nodulaires bilatéraux diffus
- TDM thoracique : foyers de DDB cylindriques bilatéraux avec des foyers de condensation au niveau lingulaire, lobaire moyen, Fowler gauche et postéro basal bilatéral et des adénopathies médiastinales occupant tous les secteurs
- Examen de confirmation : immunophénotypage sur sang périphérique.
- Traitement : antibiothérapie à large spectre avec kinésithérapie de drainage puis adressé au service d'hématologie pour la prise en charge de sa LLC
- Evolution : décédé après 1 mois .

Radiographie thoracique :



TDM thoracique :



□ Observation N 2 :

- H , 54 ans
- Tabagique chronique
- Admis pour : dyspnée d'aggravation progressive et une toux sèche depuis 1 mois devenant productive
- Examen clinique : IMC à 19 kg/m2 avec des adénopathies cervicales et axillaires bilatérales
- Radiographie thoracique : infiltrats réticulaires bilatéraux avec une opacité para trachéale droite
- TDM thoracique : foyers de condensation périphériques basales droit, lungulaires avec des infiltrat réticulo-micronodulaires et des adénopathies médiastinales de tous les secteurs.
- Examen de confirmation : myélogramme + biopsie ostéomédullaire
- Traitement : antibiothérapie à large spectre puis adressé au service d'hématologie pour la prise en charge de sa LLC
- Evolution : décédé après 3 mois

TDM thoracique :



DISCUSSION

- LLC est l'hémopathie la plus fréquente chez l'adulte : 25%
- Prévalence des atteintes thoraciques de la LLC :
 - Dans les séries autopsiques : 39%-41%.
 - En pratique clinique : sous estimée et sous documentée.
- Facteurs associés le plus fréquemment à une atteinte thoracique :
Lymphocytose modérée et la forte masse tumoral

1. Atteinte broncho-pulmonaire

- Pneumopathie infectieuse : principale manifestation , caractère récidivant, favorisée par l'hypo-gammaglobulinémie , insuffisance médullaire, immunodépression iatrogène (chimiothérapie) , Stade tardif de la maladie
- Atteinte spécifique : moins documentée et seule l'histologie la confirme et se manifeste radiologiquement par :
 - Infiltrats interstitiels diffus, foyers de condensations
 - Epaissement bronchiques , péri bronchovasculaires et des septas interlobulaires
 - Nodules péri lobulaire , rarement centro-lobulaires ou aléatoires

2 Atteinte médiastinale

Adénopathies symétriques, non compressives des chaînes médiastinales antérieures ,inter trachéobronchiques , hilaire et mammaire interne

3 Atteinte pleurale

- Pleurésie sérohématique , sérofibrineuse lymphocytaire
- Plus rarement : pleurésie chyleuse par compression du canal thoracique par une adénopathie médiastinale .
- Epaissements pleuraux : possibles
- Diagnostic par biopsie pleurale : infiltration lymphocytaire spécifique

Traitement des complications infectieuses :

Antibiothérapie et la perfusion des immunoglobulines intraveineuses polyvalentes 0.4g/kg chaque 3 semaines pendant la période hivernale (igG inf à 5g/L)

Traitement des complications hématologiques :

Transfusions et Corticothérapie en cas de thrombopénie auto-immune et /ou anémie hémolytique auto-immune

CONCLUSION

- Les manifestations thoraciques au cours de la LLC : fréquentes
- Atteinte broncho-pulmonaire est essentiellement infectieuse
- Evolution de la LLC est chronique aggravée par des complications respiratoires infectieuses qui engagent le pronostic vital

REFERENCES

- 1 [Y.Uzunhan et Al, Rev maladie respiratoires Volume 27, 2010, 599-610](#)
- 2 [J. Jones et al.Venetoclax \(VEN\) monotherapy for patients with CLL who relapse after of were refractory to ibrutinib or idelalisib \(2016\)](#)
- 3 [Infectious chest complications in haematological malignancies 2013, Diagnostic and Interventional Imaging](#)
- 4 [Bergeron. Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle \(2013\) 94, 199—2Les complications infectieuses thoraciques des hémopathies maligne](#)