

Introduction :

Le lymphome du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) est un lymphome extra-ganglionnaire à cellules B de bas grade de la zone marginale, fréquemment localisé au niveau gastro-intestinal. Cependant, son atteinte pulmonaire est rare.

Nous rapportons l'observation d'un patient ayant présenté un lymphome gastrique de type MALT, traité par chimiothérapie, avec la confirmation deux ans plus tard d'une lésion pulmonaire lymphomateuse de type MALT. Ce cas illustre les aspects cliniques et radiologiques peu spécifiques de cette localisation pulmonaire qui peuvent simuler parfois d'autres pathologies pulmonaires, d'où l'intérêt d'une démarche diagnostique adéquate.

Observation médicale :

Patient âgé de 48 ans, traité pour une tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement en 2020 avec une rechute en 2022, suivi pour un lymphome gastrique de type MALT depuis 2022 traité par chimiothérapie avec bonne évolution; qui présentait quatre mois avant son hospitalisation une dyspnée d'effort et une douleur basi-thoracique gauche de type pleurale évoluant dans un contexte d'apyraxie et d'amaigrissement chiffré à 7kg quatre mois. L'examen clinique a trouvé un discret syndrome d'épanchement liquidien gauche et une splénomégalie.

La radiographie thoracique de face avait montré une atteinte réticulo-micronodulaire des deux tiers inférieurs du poumon droit et une opacité dense homogène basale au niveau de l'hémi-champs thoracique gauche (**figure 1**). Le scanner thoracique avait objectivé de multiples nodules pulmonaires bilatéraux solides et en verre dépoli dont le plus volumineux est au niveau du lobe supérieur gauche solide mesurant 11*10mm, une petite condensation pulmonaire du lobe moyen avec un bronchogramme aérien, un épanchement liquidien pleural gauche de moyenne abondance et une importante splénomégalie (**figure 2**).

Le patient a bénéficié initialement d'une ponction biopsie pleurale puis d'une fibroscopie bronchique révélant des tâches anthracosiques et un aspect inflammatoire diffus de tout l'arbre bronchique droit avec quelques éperons épaissis (**figure 3**). Les études anatomo-pathologiques des biopsies pleurale et bronchique étaient non concluantes ; la recherche de bacille de koch à l'examen direct et à la culture ainsi que par PCR GeneXpert MTB/RIF étaient également négatives dans le liquide pleural comme dans celui de l'aspiration bronchique.

Une biopsie scanno-guidée du nodule pulmonaire a été réalisée dont l'étude anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic d'un lymphome malin non hodgkinien de type B de la zone marginale (MALT) CD20+. Le patient fut adressé en service d'hémat-o-oncologie pour complément de la prise en charge thérapeutique.



Figure 1 : Radio thoracique

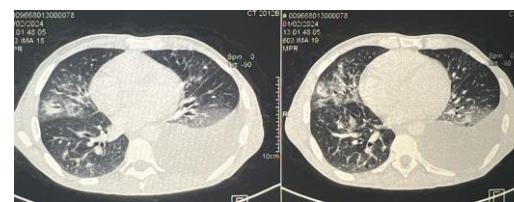


Figure 2 : TDM thoracique



Figure 3 : Fibroscopie bronchique

Discussion :

Le lymphome de type MALT est un type indolent de lymphome non hodgkinien prenant naissance dans les lymphocytes B. Il n'est pas lié au tabagisme, répandu aussi bien chez les hommes que chez les femmes, avec un âge médian de survenue de 50 ans. Il est fréquemment associé à des atteintes auto-immunes, en particulier à la thyroïdite auto-immune et au syndrome de Sjögren, ainsi qu'à d'autres maladies inflammatoires et infectieuses chroniques spécifiques de l'organe atteint. Les micro-organismes impliqués sont Helicobacter pylori, Borrelia burgdorferi, Chlamydia psittaci et Mycobacterium tuberculosis ; liés respectivement au lymphome MALT gastrique, au lymphome cutané à cellules B, au lymphome annexiel oculaire et au lymphome MALT pulmonaire. Notre cas présent est un bon exemple de l'influence de l'infection et de l'inflammation chronique sur le développement du lymphome du type MALT. Le patient était positif à la fois à l'H. pylori et au M. Tuberculosis; ce qui rend difficile de préciser si les deux atteintes lymphomateuses sont indépendantes ou s'il s'agit d'une dissémination du lymphome gastrique.

Le diagnostic de l'atteinte pulmonaire du lymphome de type MALT est difficile en raison de sa nature indolente, sa symptomatologie non spécifique et ses signes radiologiques qui peuvent mimer d'autres maladies telles qu'un carcinome bronchiolo-alvéolaire, une sarcoïdose pseudo-alvéolaire ou une tuberculose pulmonaire. Chez notre patient, le diagnostic de tuberculose pleuro-pulmonaire n'était pas écarté.

Les signes cliniques sont souvent discrets et peu typiques. Le patient peut être asymptomatique, sinon il peut rapporter une toux sèche, une dyspnée d'effort, des douleurs thoraciques ou une hémoptysie ; associés parfois à une fièvre, des sueurs et une perte de poids.

Sur le plan radiologique, la présentation la plus évocatrice est celle d'une condensation alvéolaire, souvent multifocale, comprenant un alvéolo-bronchogramme aérique, localisée surtout dans le lobe moyen; et c'était le même cas chez notre patient. D'autres aspects sont décrits comme celui d'opacités en verre dépoli diffuses, de nodule ou masse pulmonaire, ou bien leur association. En pratique, le diagnostic doit être évoqué face à des opacités alvéolaires multifocales persistantes.

La confirmation du diagnostic est histologique, souvent par une biopsie bronchique ou pulmonaire transpariétale comme le cas de notre patient. Il se base sur des études spécifiques morphologiques, biochimiques, immunohistochimiques et moléculaires. L'immunohistochimie affirme le sous-type tumoral B de la prolifération lymphoïde intra-alvéolaire, avec une positivité des marqueurs pan-B CD20, CD79 et une négativité des marqueurs CD5 et CD10. La clonalité est affirmée par l'étude de remaniements chromosomiques spécifiques.

Le choix thérapeutique est multifactoriel. Si la lésion est localisée, la chirurgie ou la radiothérapie peuvent être pratiquées ; en cas de lésions multiples, la chimiothérapie et la radiothérapie sont les principaux traitements. La chimiothérapie par rituximab-chlorambucil est considérée comme la première intention avec un taux de survie à 5 ans chez 68 % des patients. Les anticorps monoclonaux anti-CD20 sont efficaces et permettent un taux de réponse de 70 % tous sites confondus mais avec un taux élevé de rechute (36 %).

Dans le cas d'une atteinte lymphomateuse multi-organique, une analyse du cas dans son contexte avec un bilan d'extension codifié s'impose afin de déterminer le plan d'évaluation et de traitement le plus approprié.

Conclusion :

La rareté de l'atteinte pulmonaire du lymphome de MALT, sa symptomatologie vague et ses aspects radiologiques peuvent retarder le diagnostic et entraver l'application des modalités thérapeutiques appropriées. L'histologie est la pierre angulaire pour confirmer le diagnostic.

Le traitement des infections chroniques sous-jacentes et les interventions chimiothérapeutiques restent les piliers de la prise en charge de ce type rare de lymphome avec des taux de survie favorables lorsqu'il est rapidement pris en charge.