

LYMPHOME HODGKINIEN PULMONAIRE PRIMITIF

A propos d'un cas

N Ben Abdeljelil – S Chatti

INTRODUCTION (1)

Lymphome hodgkinien pulmonaire primitif:

- ⦿ Maladie rare: < 1% de tous les lymphomes
- ⦿ Critères diagnostiques:
 - 1- Atteinte parenchymateuse isolée
 - 2- Absence d'adénopathie hilare, périphérique et l'absence d'atteinte viscérale
 - 3- Histologie confirmant le lymphome hodgkinien

INTRODUCTION (2)

- ⦿ Diagnostics différentiels:
 - Tuberculose pulmonaire
 - Granulomatose
 - Carcinome métastatique
- ⦿ Classification? Stade IV
- ⦿ Mauvais pronostic

CAS CLINIQUE

Patiente MM âgée de 24 ans

Sans antécédents pathologiques

Adressée pour prise en charge d'un
lymphome de Hodgkin en Mars 2008.

HDM(1)

- Prurit depuis Mars 2007
- Novembre 2007: toux sèche, hémoptysie de faible abondance.
- Explorations:
 - **Radio thorax:** opacité alvéolaire para-cardiaque droite
 - **Recherche de BK** dans les crachats: négative
 - **Fibro bronchique:** normale
 - **Scanner thoracique:** condensation parenchymateuse du LSD et du LM
- ⇒ Diagnostic retenu: tuberculose pulmonaire
- ⇒ Traitement anti Tuberculeux : le 7/11/07

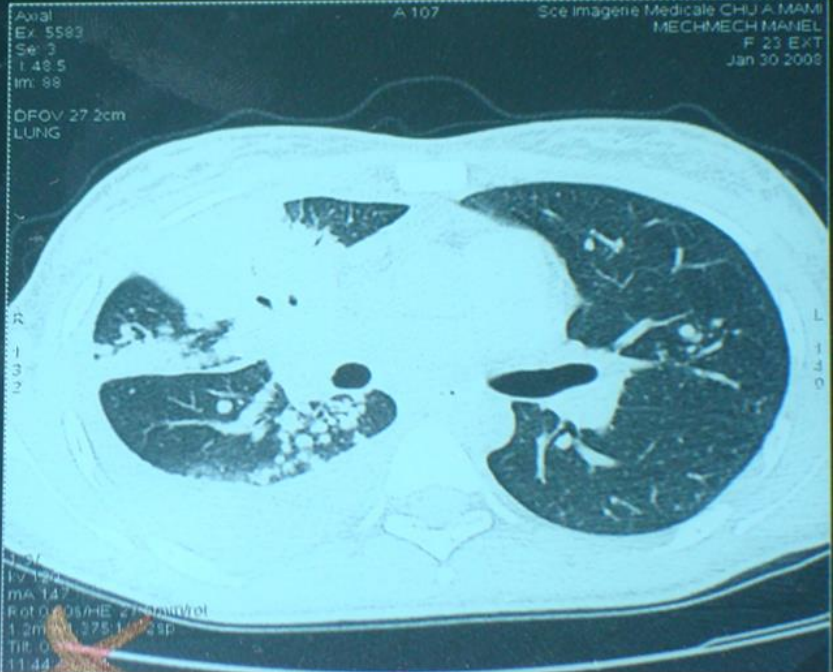
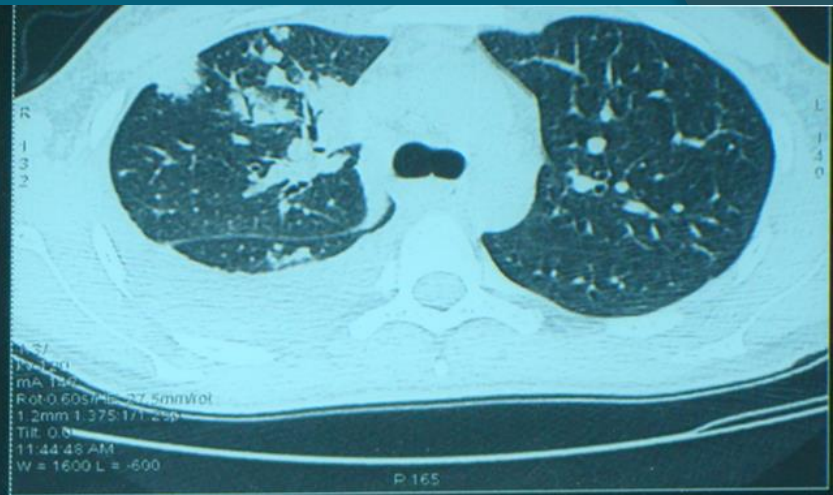
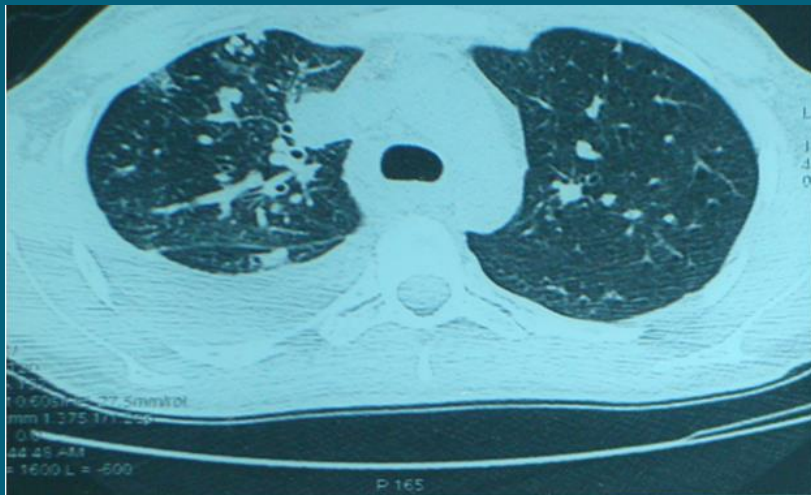
HDM (2)

Amélioration clinique transitoire

Fin Novembre 2007: récurrence clinique avec des signes généraux

- Scanner thoracique (21/11/07): **extension** de la condensation bilobaire (LSD et LM) qui est le siège de **cavités** aériques confluentes sans adénomégalies médiastinales associées

- Biopsie pulmonaire a été indiquée , mais non faite



HDM (3)

Aggravation de la symptomatologie clinique
(Février 2008)

- **Radio thorax:** apparition d'un épanchement pleural droit

- **TDM thoracoabdominale(22/2/08):** aggravation des lésions avec extension au poumon gauche des condensations alvéolaires excavées

Absence d'adénopathies médiastinales

Foie et rate de taille normale

- **Biopsie pulmonaire chirurgicale** (22/02/08), lymphome de Hodgkin type cellularité mixte CD15+ ,CD30+

EXAMEN CLINIQUE

Etat général conservé

Signes cliniques d'évolutivité

Aires ganglionnaires libres

Abolition du MV du côté droit

Pas d'hépatomégalie ou splénomégalie

Lésions de grattage

BILAN D'EXTENTION

Radio thorax:

- Opacité alvéolaire de la moitié du parenchyme pulmonaire droit
- Epanchement pleural droit



BOM: normale

BIOLOGIE:

NFS: GB= 8500/mm³ (PNN=7200/mm³, Lym= 560/mm³)

HB= 10.8g/dl VGM= 74

Plaq= 560 000/mm³

VS= 27

Albumine= 36g/l

Bilan hépatique et rénal: normaux

- ⇒ Lymphome de Hodgkin CD15+ , CD30+, type cellularité mixte, stade IV Ba pulmonaire
- ⇒ Un seul facteur de mauvais pronostic (lymphopénie)
- ⇒ Localisation pulmonaire primitive

TRAITEMENT - EVOLUTION

- Traitement selon le groupe 5 du protocole MDH 2002: 8 cures ABVD
- Evolution après 4 cures: disparition des signes généraux et de l'opacité radiologique

DISCUSSION(1)

Données épidémiologiques

- Moins de 100 cas rapportés dans la littérature
- Femme > homme
- Age: 2 pics de fréquence (< 35 ans et > 60 ans)

DISCUSSION(2)

Données cliniques

- ⦿ Toux+++
- ⦿ Signes généraux

DISCUSSION(3)

Données radiologiques

- ⦿ Masse ou nodule pulmonaire unique ou multiple
- ⦿ Prédominance des lobes supérieurs
- ⦿ Aspect souvent hétérogène
- ⦿ Excavation fréquente

DISCUSSION(4)

Facteurs pronostiques

- ⦿ Atteinte multilobaire
- ⦿ Atteinte bilatérale
- ⦿ Excavation
- ⦿ Atteinte pleurale

CONCLUSION

- Lymphome hodgkinien pulmonaire primitif: rare
- Intérêts du PET-SCAN pour éliminer une atteinte ganglionnaire
- Classification: stade IV

Cas n° 8

Lymphome hodgkinien pulmonaire primitif

