

Localisation Trachéale D'un Lymphome De Hodgkin : A Propos D'un Cas

Y.Benhaddou, M.A.Messaoudi, A. Ghanim, H.Benataya, L.El Herrak, M.Ftough
Service De Pneumologie, CHU Ibn Sina, Rabat
Faculté De Médecine Et De Pharmacie, Université Med V, Rabat

Date of Submission: 26-07-2025

Date of Acceptance: 06-08-2025

I. Introduction :

L'atteinte trachéo-bronchique inaugurale est rarement rapportée au cours de la maladie de Hodgkin. La symptomatologie, souvent trompeuse, mime une maladie asthmatique, ce qui est à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons un cas de lymphome de Hodgkin révélé par une atteinte trachéale.

II. Observation :

Mme B.F âgée de 48 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise en service de pneumologie pour une toux sèche avec dyspnée stade 1 de la mMrc , avec amaigrissement chiffré à 10 kg. La patiente était eupnéique avec une saturation correcte à 98% à l'air ambiant. L'examen clinique a trouvé un wheezing inspiratoire avec un syndrome de condensation apical droit et syndrome pleural homolatéral. La radiographie thoracique a montré un élargissement médiastinale (Fig 1). Le scanner thoracique a révélé une trachée distordue avec doute sur un bourgeon trachéal (Fig 2), un magma d'adénopathies médiastinales (Fig 3 ; 4), un épanchement pleural liquidien droit , et un épanchement péricardique. L'échographie trans-thoracique a confirmé l'épanchement péricardique qui était de petite abondance maximal en latéro-ventriculaire gauche estimé à 13 mm sans retentissement hémodynamique.

La fibroscopie bronchique a montré un bourgeon obstruant 40% de la lumière trachéale (Fig 5). L'arbre bronchique droit et gauche étaient macroscopiquement normaux.

L'étude histologique des biopsies réalisées au niveau des bourgeons a montré un chorion siège d'infiltrat lymphoïde dense avec présence de nombreuses cellules de grande taille fortement nucléolées. Ces cellules tumorales co-expriment le CD30 et CD15 ainsi que le PAX5 , quelques cellules tumorales expriment le CD20 , et l'index de prolifération Ki67. En conclusion le résultat des prélèvements était en faveur d'une localisation trachéale d'un lymphome Hodgkinien.

Le bilan d'extension n'a pas montré de lésions secondaires.

Sur le plan thérapeutique la patiente a été prise en charge en service d'hématologie où elle a bénéficié de chimiothérapie à base de doxorubicine, bléomycine, vinblastine et dacarbazine (ABVD). La patiente actuellement toujours en cours de traitement avec une bonne évolution.

III. Discussion :

Le lymphome de Hodgkin est une prolifération tumorale de cellules lymphoïdes dans un ou plusieurs organes lymphoïdes, avec parfois extension dans des sites extra-ganglionnaires. L'atteinte trachéo-bronchique révélatrice au cours de la maladie de Hodgkin est rarement décrite. [1] Les adénopathies médiastinales ou hilaires constituent la majorité des atteintes thoraciques. [2]

La pathogénie de l'atteinte trachéo-bronchique dans la maladie de Hodgkin est toujours débattue. On pense que cela pourrait se produire par voie sanguine à partir d'un foyer extra-thoracique . Cependant, l'idée que l'atteinte de la trachée ou des bronches se fasse par contiguïté , à partir de ganglions lymphatiques hilaires ou médiastinaux, paraît être l'explication la plus plausible.[3]

Le lymphome hodgkinien trachéobronchique peut entraîner divers symptômes respiratoires non spécifiques, notamment une toux sèche ou productive, une hémoptysie, une dyspnée, une respiration sifflante, une douleur ou une gêne thoracique et un stridor. [4]

Les adénopathies hilaires et médiastinales sont les manifestations radiographiques les plus fréquentes. L'atteinte pulmonaire par contre est moins fréquente. Les sites d'atteinte pulmonaire peuvent inclure les ganglions lymphatiques, le parenchyme et l'arbre trachéobronchique, et sont le plus souvent associés à une adénopathie hilare ou médiastinale. D'autres caractéristiques radiographiques rapportées du lymphome de Hodgkin endobronchique comprennent des nodules discrets, des infiltrations fibronodulaires, des infiltrats confluents

homogènes et une atélectasie. L'atélectasie peut être un indicateur de lymphome hodgkinien endobronchique, mais elle peut également résulter d'une compression extrinsèque de l'arbre bronchique par une masse ganglionnaire ou tumorale. L'épanchement pleural était une autre anomalie radiographique. Dans de rares cas, les patients ne présentaient aucune anomalie radiographique [5, 6, 7]

L'examen endoscopique montre une ou plusieurs masses bourgeonnantes, fragiles et saignant au moindre contact, ressemblant macroscopiquement à un cancer bronchique primitif. Ces masses se trouvent généralement dans les bronches et plus rarement dans la trachée [8].

Le choix du traitement est compliqué et dépend du stade de la maladie. Pour les stades précoces, on utilise souvent quelques cycles de polychimiothérapie incluant la doxorubicine (adriamycine), la bléomycine, la vinblastine et la dacarbazine (ABVD), avec ou sans radiothérapie. Si la masse médiastinale est volumineuse, la chimiothérapie peut être plus longue, et la radiothérapie est souvent associée. Pour les stades plus avancés, les traitements sont basés sur des protocoles comme l'AVD. Les options possibles incluent l'ABVD, le BEACOPP (bléomycine, étoposide, doxorubicine, cyclophosphamide, vincristine, procarbazine et prednisone), l'AVD associé au brentuximab védotine, et l'AVD associé au nivolumab, qui devient la nouvelle référence. Le traitement pour les stades avancés est précisé en fonction du patient et discuté au cas par cas (par exemple, son stade de maladie, ses autres problèmes de santé), des effets secondaires possibles des médicaments, et des préférences du patient. Ces différentes approches se basent largement sur les résultats de grands essais cliniques randomisés [9, 10].

IV. Conclusion :

En raison des implications importantes sur le traitement et la survie du patient, la présentation endobronchique du lymphome hodgkinien, en dépit de sa rareté, doit être envisagée dans le diagnostic différentiel d'un carcinome à petites cellules et d'une vascularite nécrosante avec atteinte pulmonaire, particulièrement chez un patient relativement jeune présentant une toux, une hémoptysie, une atélectasie, une adénopathie hilare ou médiastinale.

Bibliographie :

- [1] Harper PG, Fisher C, Mc Lennan K, Souhami RL. Presentation Of Hodgkin's Disease As An Endobronchial Lesion. *Cancer* 1984;53:147-50. [1]
- [2] Hamrouni, S., Zaghbi, N., Dahmen, F. B., Mbarek, K., & Abdallah, M. (2016). Une Image Pulmonaire Cavitaire Révélant Un Lymphome De Hodgkin. *La Revue De Médecine Interne*, 37, A136-A137. [2]
- [3] Msaad, S., Yangu, I., Ketata, W., Ayoub, A., & Ayedi, H. (2007). Atteinte Trachéale Révélatrice D'une Maladie De Hodgkin: A Propos D'un Cas. *Revue De Pneumologie Clinique*, 63(5), 323-325. [3]
- [4] Kiani, B., Magro, C. M., & Ross Jr, P. (2003). Endobronchial Presentation Of Hodgkin Lymphoma: A Review Of The Literature. *The Annals Of Thoracic Surgery*, 76(3), 967-972. [4]
- [5] Diehl LF, Hopper KD, Giguere J, Granger E, Lesar M. The Pattern Of Intrathoracic Hodgkin's Disease Assessed By Computed Tomography. *J Clin Oncol* 1991;9:438-443. [5]
- [6] Filly R, Blank N, Castellino RA. Radiographic Distribution Of Intrathoracic Disease In Previously Untreated Patients With Ann Thorac Surg REVIEW KIANI ET AL 971 2003;76:967-72 REVIEW OF ENDOBRONCHIAL HODGKIN LYMPHOMA REVIEWS Hodgkin's Disease And Non-Hodgkin's Lymphoma. *Radiology* 1976;120:277-81 [6]
- [7] Castellino RA, Blank N, Hoppe RT, Cho C. Hodgkin's Disease: Contributions Of Chest CT In The Initial Staging Evaluation. *Radiology* 1986;160:603-5. [7]
- [8] Stern OS, Tulgan H, Haidak G. Endobronchial Presentation Of Malignant Lymphoma. *Am Rev Respir Dis* 1968;98:872-4. [8]
- [9] Johnson P, Federico M, Kirkwood A, Et Al: Adapted Treatment Guided By Interim PET-CT Scan In Advanced Hodgkin's Lymphoma. *N Engl J Med* 374(25):2419- 2429, 2016 [9]
- [10] Connors JM, Jurczak W, Straus DJ, Et Al: Brentuximab Vedotin With Chemotherapy For Stage III Or IV Hodgkin's Lymphoma. *N Engl J Med* 378(4):331-344, 2018. Epub 2017 Dec 10. [10]

Figure 1



Figure 2



Figure 3

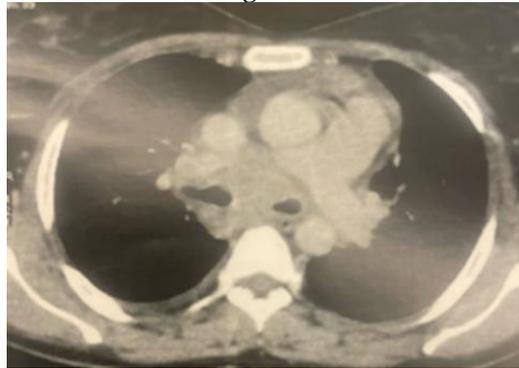


Figure 4 :



Figure 5 :

