



CASE REPORT

About a cervico-mediastinal fluid collection

A propos d'une collection cervico-médiastinale antéro-supérieure

I. Issoufou¹, L. Belliraj¹, S. Tahirou², F. Ammor¹, H. Harmouchi¹, SB. Marou³, M. Lakranbi^{1,4}, Y. Ouadnoui^{1,4}, M. Smahi^{1,4}

¹: Service de chirurgie thoracique, CHU Hassan II, BP. 1893, Km 2.200, Route de Sidi Harazem, Fès 3000 Maroc.

²: Service de radiologie, CHU Hassan II, BP. 1893, Km 2.200, Route de Sidi Harazem, Fès 30000 Maroc.

³: Laboratoire centrale des analyses médicales, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

⁴: Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de pharmacie, Fès, Maroc.

ABSTRACT

Mediastinal locations of Hodgkin's lymphomas are quite common. They can be revealed by an infectious syndrom and atypical radiological images leading to a wandering diagnosis and a therapeutic delay.

We present the case of a 37-year-old diabetic patient with an infectious syndrom and radiological images suggestive of a mediastinal abscess. Surgical biopsies have led to the diagnosis of Hodgkin's lymphoma.

KEYWORDS: Mediastinum, abscess, Hodgkin's lymphoma, biopsy, thoracotomy.

RÉSUMÉ

Les localisations médiastinales des lymphomes de Hodgkin sont assez fréquentes. Elles peuvent se révéler par un tableau infectieux et des images radiologiques atypiques conduisant à une errance diagnostic et un retard thérapeutique.

Nous présentons le cas d'une patiente de 37 ans, diabétique, présentant un syndrome infectieux franc avec des images radiologiques évoquant un abcès médiastinal. Des biopsies chirurgicales ont permis de poser le diagnostic d'un lymphome de Hodgkin.

MOTS CLÉS: Médiastin, abcès, lymphome de Hodgkin, biopsie, thoracotomie.

Corresponding author:

Dr. Issoufou Ibrahim. 1 Rue Nador, Hay Amal Route de Sefrou, 30000 Fès Sais Maroc

Email: alzoumib84@gmail.com

OBSERVATION

Melle A.R, âgée de 37 ans, consultait dans notre formation pour une tuméfaction cervicale antérieure douloureuse augmentant progressivement de volume depuis 4 mois associée à une dyspnée stade 2 de Sadoul.

Elle était diabétique sous metformine et suivie pour une anémie ferriprive depuis 9 mois. Elle rapporte en outre une anorexie et une perte de poids de 16 Kg en 4 mois. L'examen clinique retrouvait une fièvre à 38,7°C avec un empâtement cervical douloureux rénitent par endroit comblant le creux sus sternal avec des signes inflammatoires cutanés en regard. L'examen de la sphère ORL (Oto-Rhino-Laryngologie) était sans particularité.

Le bilan biologique montrait une anémie à 6,9 g/dl, une hyperleucocytose à 29500 avec une prédominance aux polynucléaires neutrophiles (24820) et une CRP (Protéine C Réactive) à 211.

Elle a bénéficié d'un scanner cervical (Figure 1) et thoracique (Figure 2). Une cervicotomie basse de 3 cm réalisée laissait sourdre du pus franc.

Quel est votre diagnostic ?

Diagnostic (Figure 3 et 4)

Le diagnostic d'un abcès cervical et médiastinal était retenu d'où l'indication opératoire pour la mise à plat de la collection médiastinale. Une thoracotomie postérolatérale droite conservatrice était réalisée. L'exploration retrouvait un processus médiastinal antérieur blanchâtre infiltrant le poumon. Des macrobiopsies du processus et d'une adénopathie de la loge de Baret ont été réalisées. Le résultat anatomo-pathologique et immunohistochimique était en faveur d'un lymphome de Hodgkin exprimant le CD15, le CD20 et le CD79a. Une relecture réalisée confirmait le diagnostic. La patiente a été adressée en service de médecine interne où une polychimiothérapie a été instituée.



FIGURE 1. Coupe axiale en fenêtre médiastinale de la région cervicale antérieure.



FIGURE 3. Collection hypodense cervicale antérieure multicloisonnée non rehaussée après injection de produit de contraste (flèche).



FIGURE 2. Coupe axiale en fenêtre médiastinale de la région médiastinale antérieure.

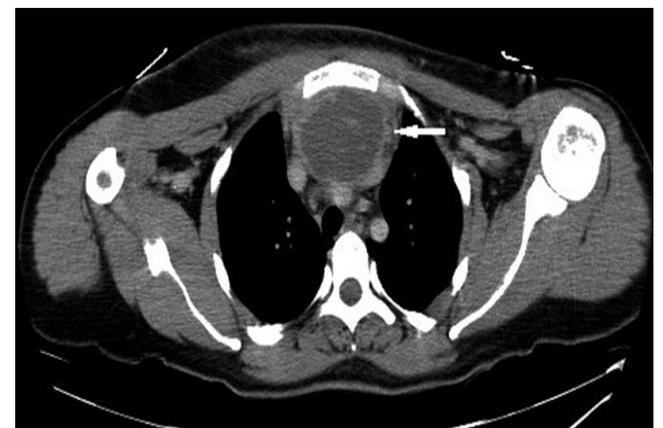


FIGURE 4. Collection hypodense retromanubriale dont la paroi est rehaussée après injection de produit de contraste (flèche).

DISCUSSION

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne d'origine lymphoïde caractérisée par la présence des cellules de Reed-Sternberg [1]. Il constitue l'un des cancers les plus fréquents chez l'adolescent et le jeune adulte [2]. Les adénopathies médiastinales représentent l'atteinte thoracique la plus fréquente retrouvées dans 80% des cas [3]. Il se révèle sur le plan clinique, principalement par des adénopathies périphériques ou parfois par une fièvre, des sueurs nocturnes, une perte de poids ou un prurit [2].

Chez notre patiente la clinique était dominée par des signes infectieux et inflammatoires avec un syndrome infectieux biologique franc alors qu'aucune adénopathie périphérique n'a été retrouvée. Le bilan radiologique comportera tout d'abord une radiographie thoracique standard en double incidence face et profil. Cette dernière peut avoir une valeur pronostique lorsque l'élargissement du médiastin sur le cliché de face est mesuré à plus du tiers du diamètre de la partie la plus large du thorax sur ce même cliché, on parle alors d'un médiastin Bulky qui est de mauvais pronostic [4].

L'aspect TDM (Tomodensitométrie) classique est celui de volumineuses adénopathies parfois confluentes dépassant 1 cm de diamètre intéressant principalement les chaînes latéro-trachéales droites et médiastinales antérieures [3]. Chez notre patiente, l'antécédent de diabète, le contexte clinico-biologique, l'aspect radiologique et le résultat de la

première chirurgie nous ont orienté vers une cause infectieuse notamment un abcès cervico-médiastinal d'origine tuberculeuse vu notre contexte d'endémie. Cette TDM présente également un intérêt dans le premier bilan d'extension comportant en plus du thorax, l'étage cervical, abdominal et pelvien. Elle permet ainsi de classer le lymphome selon la classification de Ann Arbor. Mieux encore, elle permet l'évaluation de la réponse au traitement en précisant la réduction du volume ganglionnaire selon les critères oncologiques de Cheson [5].

Mais la TEP-TDM (Tomographie par Emission de Positons) présente un meilleur intérêt né de l'incapacité du scanner à différencier le tissu tumoral viable de la nécrose et/ou de la fibrose dans les masses résiduelles au cours de la chimiothérapie. La TEP présente ainsi dans ces situations une précision diagnostique de l'ordre de 80 à 90% et permet une meilleure évaluation du traitement [5].

L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) garde une place dans le bilan d'extension chez la femme enceinte et pour la recherche de localisation cérébrale [1,3]. La confirmation diagnostic est avant tout histologique. L'intérêt de la chirurgie réside dans la réalisation de large biopsie permettant le diagnostic histologique et le typage immunohistochimique. Le pronostic est généralement bon après un traitement basé sur la chimiothérapie associant l'ABVD (Adriamycine, Blenoxane, Velbé, Dacarbazine) en 3 à 4 cures et une radiothérapie en 20 à 30 Gy avec un taux de guérison variant de 75 à 80% [6].

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. Fermé C, Reman O. Lymphome de Hodgkin de l'adulte. *EMC-Hématologie* 2004;1:115-134.
2. Garciaz S, Coso D, Brice P, Bouabdallah R. Lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens des adolescents et des jeunes adultes. *Bull Cancer* 2016;103:1035-1049.
3. Frampas E. Les lymphomes : quelques notions de base que le radiologue doit connaître. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* 2013;94:135-149.
4. Cracco C, Divine M, Maitre B. Atteintes thoraciques au cours des lymphomes hodgkiniens. *Rev Mal Respir* 2007;24:999-1012.
5. Dupasa B, Augeul-Meunier K, Frampas E, Bodet-Milin C, Gastinne T, Le Gouill S. Bilan d'extension et suivi dans le traitement des lymphomes. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* 2013;94:150-163.
6. Drouet F, Cahu X, Pointreau Y, Denis F, Mahé MA. Lymphome de Hodgkin. *Cancer Radiother* 2010;14:S198-S209.