

Tout est dans le souffle...

par le Dr Caroline MICHOT*

* Médecin généraliste
1480 Tubize
caroline.michot@ssmg.be

L'auteure déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Monsieur S, âgé de 57 ans, me consulte en mars 2023 pour une dyspnée à l'effort apparue il y a plus d'un mois.

Monsieur n'a pas perdu de poids, il a au contraire grossi (5 kg sur une période indéterminée). Il m'explique souffrir de douleurs épigastriques occasionnelles depuis au moins un an. Il ne présente ni pyrosis ni diarrhée ni constipation. Il n'a pas non plus de méléna ni de rectorragie. Il ne tousse pas. Il n'a pas d'oppression dans la poitrine lors d'efforts physiques. À noter que monsieur est un grand sportif qui pratique la course à pied de façon intensive (plus de 10 km plusieurs fois par semaine) et que la dyspnée l'empêche de poursuivre son loisir actuellement. L'examen clinique du patient est sans particularité. Je mesure cependant une tension artérielle à 140/100 mmHg.

Je lui prescris une prise de sang et lui prends un rendez-vous chez un confrère cardiologue rapidement.

Une anémie

La biologie met évidence une anémie microcytaire ferriprive [hémoglobine 11,4 g/dL (13-18), ferritine 9,6 µg/L (30.0-300.0)], une très légère carence en acide folique, ainsi qu'une hypercholestérolémie. Le reste de la prise de sang est strictement normal (leucocytes, CRP, TSH, fonctions rénale et hépatique).

Le bilan cardiologique (ECG, échographie cardiaque et épreuve d'effort) est également rassurant. On note néanmoins une insuffisance aortique et mitrale légère, et une légère dilatation de la racine aortique sans retentissement hémodynamique.

Je reçois entre-temps un résultat de test immunologique (iFobt) négatif pour monsieur (réalisé sur base volontaire).

J'appelle mon patient pour discuter des résultats et l'inviter à consulter une gastro-entérologue afin de rechercher la cause de cette anémie. Je lui prescris du fer et de la vitamine B9.

Et les mois passent...

Je revois mon patient en octobre pour une toute autre raison. Il n'a pas encore effectué le bilan gastro-entérologique demandé car il se sentait mieux suite à la prise de fer et ne présentait quasiment plus de douleurs épigastriques. Je lui propose alors de réaliser un contrôle sanguin.

L'anémie est toujours présente [hémoglobine à 12,2 g/dL (13-18), ferritine à 11 (30.0-300.0)]. Le reste est toujours sans particularité. J'insiste à nouveau sur la nécessité de réaliser une gastro-colonoscopie de mise au point.

ABSTRACT

Case report of a 57-year-old man with MATL (mucosa-associated lymphoid tissue) lymphoma of the stomach, one of the first manifestations of which was dyspnea on exertion.

Keywords : malt lymphoma.

RÉSUMÉ

Cas clinique d'un homme de 57 ans présentant un lymphome de type MATL (mucosa-associated lymphoid tissue) au niveau gastrique dont une des premières manifestations a été une dyspnée à l'effort.

Mots-clés :
lymphome B de la zone marginale du tissu lymphoïde associé aux muqueuses.



Une maladie rare

La colonoscopie découvre un polype sessile de 4 mm de diamètre et la gastroscopie montre de très nombreux ulcères antraux.

Les biopsies de l'estomac mettent en évidence la présence d'*Helicobacter pylori* (HP). L'anatomopathologie fait fortement suspecter un maltome gastrique ou lymphome du MALT^a gastrique: les aspects morphologiques et immunohistochimiques sont hautement suggestifs d'une infiltration de la muqueuse gastrique par un lymphome à cellules B de la zone marginale.

Le bilan d'extension par scanner thoraco-abdominal est négatif pour des localisations lymphomateuses extra-gastriques.

Le lymphome B du MALT

L'incidence annuelle du lymphome du MALT est estimée à 1/313000⁽¹⁾. Il s'agit d'une forme rare de lymphome malin non-Hodgkinien, affectant les lymphocytes B et se développant aux dépens du tissu lymphoïde associé aux muqueuses^(1,2,3). Il peut se propager au niveau du tube digestif (estomac, intestin grêle...), des poumons ou des glandes (thyroïde, glandes salivaires...)^(1,2,3). Les symptômes dépendent de la localisation et peuvent être une fatigue, une fièvre, des nausées, une constipation, une perte de poids, une anémie, une dyspepsie ou des douleurs abdominales^(1,2,3). Les femmes sont légèrement plus touchées que les hommes, l'âge médian étant de 65 ans⁽¹⁾.

Le lymphome gastrique du MALT est le plus souvent secondaire à une maladie auto-immune ou une infection chronique à HP⁽¹⁻⁴⁾. La pathogenèse s'explique par une accumulation de lymphocytes T CD4⁺ et de cellules B matures dans la lamina propria gastrique, les antigènes de HP entraînent alors l'activation des lymphocytes T, la prolifération des lymphocytes B et la formation de follicules lymphoïdes pouvant évoluer vers un lymphome monoclonal⁽²⁾.

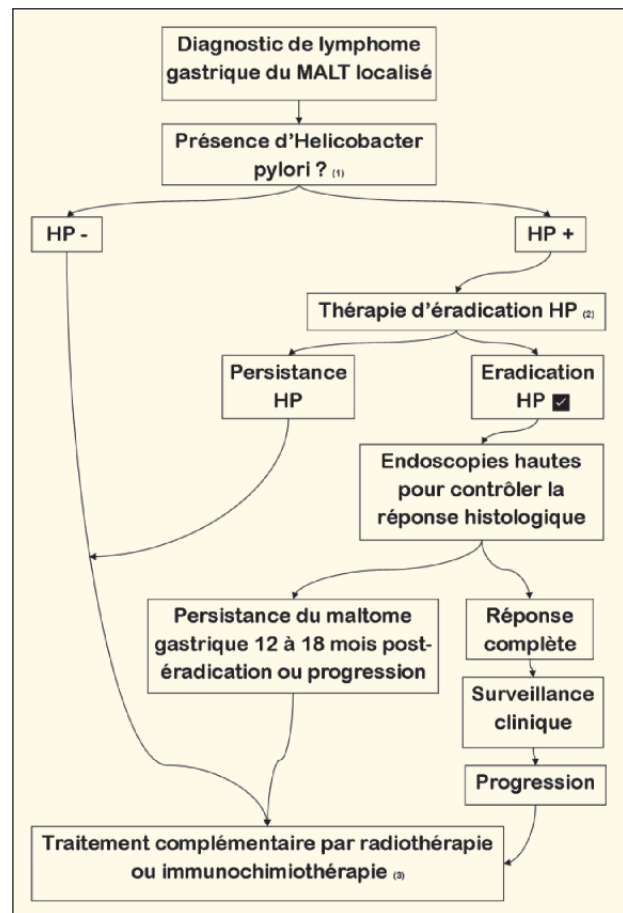
Le bilan initial, outre des biopsies, une biologie et un scanner thoraco-abdominal, comprend aussi une biopsie ostéomédullaire^(1,3,4,5).

L'éradication de l'*Helicobacter pylori* constitue le traitement de première intention contre le maltome

gastrique (figure 1)^(1,3,4,5). En cas de succès, une endoscopie avec biopsies sera réalisée tous les trois mois jusqu'à l'obtention d'une réponse histologique complète, ensuite semestriellement pendant au moins les deux premières années (figure 1)⁽⁵⁾.

Figure 1. Prise en charge du maltome gastrique (algorithme adapté d'après UpToDate)⁽⁵⁾.

1. Sur biopsies. Si l'histopathologie est négative pour HP, il convient de procéder à un test non invasif (recherche d'antigènes dans les selles ou test respiratoire à l'urée).
2. Pour contrôler l'éradication de la bactérie, des tests doivent être réalisés quatre semaines après la fin de l'antibiothérapie.
3. Les traitements systémiques comprennent le rituximab en monothérapie et l'association de rituximab + chimiothérapie.



La disparition de l'infection peut suffire à obtenir une rémission complète de la maladie en cas de formes localisées^(1,3,4). Pour contrôler l'éradication de la bactérie, un test respiratoire à l'urée, une recherche d'antigènes dans les selles ou un test endoscopique doivent être réalisés quatre à six semaines après la fin de l'antibiothérapie [et une à deux semaines au moins après l'arrêt des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)] (figure 1)⁽³⁻⁶⁾. Les tests sérologiques ne doivent pas être effectués pour confirmer l'éradication car les anticorps peuvent persister post-éradication⁽⁶⁾.

En cas de persistance de HP, une antibiothérapie de deuxième ligne peut être proposée⁽³⁾. Si l'infection

a. MALT: mucosa-associated lymphoid tissue.

persiste malgré tout (ou si HP est négatif au départ), un traitement complémentaire par radiothérapie ou immunochimiothérapie est indiqué (figure 1)^(4,5).

Un suivi au long cours est indispensable car il existe un risque accru de développer un adénocarcinome gastrique^(3,5).

Monsieur S se voit donc prescrire dans un premier temps une quadrithérapie non bismuthée^b. Une gastroscopie est programmée pour contrôler l'éradication de HP et l'évolution du maltome gastrique.

Conclusion

Le maltome gastrique est une maladie rare, souvent causée par une infection chronique à HP⁽¹⁾. L'éradication de la bactérie peut suffire à obtenir une rémission complète^(1,3,4). Un suivi endoscopique régulier est indispensable à long terme^(3,5). Le pronostic est relativement bon avec une médiane de survie supérieure à 10 ans^(1,5).

Bibliographie

1. Ribbrag V. Lymphome MALT [En ligne]. France : Orpha.net ; 2010 [cité le 10 fév 2024]. Disponible sur : https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=52417
2. Freedman A, Aster J. Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of extranodal marginal zone lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue (MALT). In: UpToDate, Lister A (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Feb 19, 2024).
3. Bonnet C, Lejeune M, Kemseke CV, Beguin Y, Bron D. Prise en charge actuelle du lymphome de la zone marginale. Rev Med Suisse. 2015 ; 1 (483) : 1549-1556. Disponible : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-483/prise-en-charge-actuelle-du-lymphome-de-la-zone-marginale>
4. Violeta Filip P, Cuciureanu D, Sorina Diaconu L, Maria Vladareanu A, Silvia Pop C. MALT lymphoma : epidemiology, clinical diagnosis and treatment. J Med Life. 2018 Jul-Sep ; 11 (3) : 187-193. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6197515/> DOI: 10.25122/jml-2018-0035.
5. Freedman A, Friedberg J, Ng A. Treatment of extranodal marginal zone lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue (MALT lymphoma). In: UpToDate, Lister A (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Feb 19, 2024).
6. Lamont J T. Indications and diagnostic tests for Helicobacter pylori infection in adults. In: UpToDate, Gover S (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Mar 16, 2024).

b. IPP à la dose de 40 mg en deux prises par jour + amoxicilline 2 g en deux prises par jour + métronidazole 1 g en deux prises par jour + clarithromycine 1 g en deux prises par jour (selon le cbip).