

Lymphome médiastinal révélé par un asthme non contrôlé

BOUZID.L¹, IHADJADENE.L¹, SADLE.E¹, MATMAR.S¹, BENFETTOUM.A¹, DAHMANE.N¹,
HAMMACHE.N¹, ABDELLAZIZ.R¹

¹ Service de pneumo-physiologie, unité Belloua, CHU Tizi-Ouzou

Abstract :

Bronchial asthma most commonly presents clinically as wheezing dyspnea. However, it is essential to confirm the diagnosis of asthma through spirometry and consider differential diagnoses based on the results. We report the case of a patient whose wheezing dyspnea was attributed to Hodgkin's lymphoma, misdiagnosed as asthma. It is crucial to perform additional investigations and consider differential diagnoses of asthma when the condition does not respond to treatment.

Résumé :

L'asthme bronchique se manifeste le plus souvent cliniquement par une dyspnée sifflante. Il est toutefois nécessaire de confirmer le diagnostic de l'asthme par une spirométrie et envisager des diagnostics différentiels à l'asthme selon les résultats. Nous rapportons le cas d'un patient chez qui l'étiologie de sa dyspnée sifflante était en rapport avec un lymphome hodgkinien, diagnostiqué à tort comme asthme. Il est nécessaire de réaliser des examens complémentaires et d'évoquer les diagnostics différentiels de l'asthme lorsque celui-ci ne répond pas au traitement.

Mots clés :

Dyspnée sifflante, asthme, spirométrie, lymphome.

Introduction :

L'Asthme est une maladie chronique survenant sur terrain d'atopie personnelle et/ou familiale (1,2).

Le diagnostic est évoqué cliniquement par la présence d'une toux persistante nocturne, une respiration sifflante, oppression thoracique ;

Confirmé par une spirométrie (1) où un syndrome obstructif réversible sous beta 2 mimétiques est généralement retrouvé. Mais celle-ci est parfois omise dans la démarche diagnostique (2)

Ceci entraîne une confusion diagnostique avec d'autres pathologies dont les symptômes (râles sibilants) miment un asthme, tel que les masses médiastinales, pouvant conduire au collapsus respiratoire du fait de la compression extrinsèque (3).

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient de 22 ans, célibataire, employé dans la restauration,

fumeur (un paquet par jour depuis l'âge de 15 ans), consommateur d'alcool et de stupéfiants. Il présente un terrain d'atopie personnelle et familiale (rhinite allergique), sans antécédents pathologiques notables.

Le patient consulte pour une dyspnée à prédominance nocturne, associée à des sifflements, évoluant depuis six mois. Une première consultation chez un médecin généraliste a conduit à un diagnostic d'asthme sur la base de la dyspnée sifflante et des antécédents atopiques, sans recours à des examens complémentaires. Le traitement prescrit incluait des corticoïdes inhalés, des bronchodilatateurs à courte durée d'action, des corticoïdes nasaux, des antihistaminiques, ainsi que des corticoïdes oraux pendant cinq jours.

Malgré ce traitement, l'état du patient ne s'est pas amélioré de manière significative, avec plusieurs exacerbations nécessitant des consultations répétées aux urgences. Lors de ces consultations, il a reçu des nébulisations de β 2-

mimétiques à courte durée d'action et une hydratation par sérum salé. Une radiographie thoracique (figure 1), réalisée lors de l'une de ces consultations, a été interprétée comme normale, et une TDM thoracique a exclu une pneumopathie COVID-19.



Figure 1 : radiographie thoracique de face montrant un léger élargissement du médiastin

Le père du patient a signalé que son fils n'utilisait que rarement, voire jamais, ses corticoïdes inhalés, le patient n'acceptant pas son diagnostic d'asthme. Le non-contrôle de la maladie a été attribué à une mauvaise observance thérapeutique. Un avis de pneumologie a été demandé, avec une spirométrie proposée, mais le patient a été perdu de vue par la suite.

Un mois plus tard, il a été orienté aux urgences pneumologiques par un pneumologue libéral pour une exacerbation persistante d'asthme bronchique non contrôlé. À l'examen, le patient était polypnéique, avec une SaO₂ de 95 % à l'air ambiant, un stridor laryngé et des sibilants audibles à distance.

La spirométrie (Tableau 1) a montré un syndrome obstructif non réversible sous β₂-mimétiques, avec une courbe débit-volume plate, évoquant une obstruction des voies aériennes supérieures ou une dyskinésie des cordes vocales (DCV). Un avis ORL a été sollicité, revenant sans anomalies. Une TDM thoracique avec injection de produit de contraste (figures 3 et 4) a révélé une masse médiastinale antérosupérieure compressive, engainant les vaisseaux médiastinaux, avec un retentissement sévère sur les voies aériennes, responsable d'une hyperinflation du poumon gauche et d'un pneumomédiastin. Un épanchement péricardique minime a également été détecté. L'échographie abdomino-pelvienne était normale.

Un avis cardiologique a confirmé l'épanchement péricardique minime. Une biopsie transpariétale scanno-guidée a été réalisée, revenant en faveur d'un lymphome hodgkinien.

Le patient a été pris en charge en hématologie et a débuté une chimiothérapie. Après trois ans, le patient est en rémission, avec des épisodes rares de sibilance, bien contrôlés par traitement.

Tableau 1: spirométrie objectivant un syndrome obstructif sévère non réversible sous b 2 mimétiques

Paramètre	Unité	Théor.	Pré %Théor.	Post %Théor.	Post %Pré
CVF	L	4.51	2.84 (63%)	2.82 (62%)	-1%
VEMS	L	3.73	1.45 (39%)	1.41 (38%)	-3%
VEMS/CV	%	84			
VEMS/CVF	%	86	51 (59%)	50 (58%)	-2%
DEP	L/s	7.5	2.32 (31%)	2.70 (36%)	16%
DEM75	L/s	6.46	1.43 (22%)	1.24 (19%)	-13%
DEM50	L/s	4.58	1.05 (23%)	1.04 (23%)	-1%
DEM25	L/s	2.37	0.89 (37%)	0.77 (32%)	-13%
DEM25-75	L/s	4.17	1.05 (25%)	0.99 (24%)	-6%

Discussion

Nous rapportons le cas d'un jeune patient initialement traité pour asthme bronchique lors de sa première consultation pour dyspnée sifflante, sans qu'une exploration fonctionnelle respiratoire n'ait été réalisée. Cette pratique est fréquente, comme l'a montré Gershon en 2012, où seulement 42,7 % des patients diagnostiqués asthmatiques avaient bénéficié de tests objectifs de la fonction pulmonaire au moment du diagnostic (4,5).

Certaines études ont démontré que l'absence d'explorations fonctionnelles préalables entraîne non seulement un retard diagnostic, mais également des coûts importants en raison de prescriptions de traitements inutiles et onéreux, ainsi que des recours fréquents aux services d'urgence. De plus, ces traitements peuvent provoquer des effets indésirables (1,5).

Les critères de mauvais contrôle de l'asthme sont bien définis : utilisation fréquente de bêta-2-agonistes, symptômes diurnes, réveils nocturnes, et limitations des activités. Cependant, l'évaluation spirométrique reste un outil plus objectif pour évaluer le contrôle de l'asthme (2). Pourtant, plusieurs études ont mis en évidence une faible corrélation entre les symptômes d'asthme et les résultats spirométriques (2,6).

Dans le cas de notre patient, l'inobservance thérapeutique a été signalée par ses proches. Ce facteur est souvent la première cause recherchée chez un asthmatique non contrôlé et a conduit dans ce cas à une errance diagnostique (7). Outre l'inobservance, d'autres facteurs contribuent au mauvais contrôle de l'asthme, tels que la rhinite allergique, le reflux gastro-œsophagien (RGO), l'obésité et le tabagisme (2,7,8).

Lorsque ces facteurs sont exclus, des explorations complémentaires sont nécessaires pour rechercher des diagnostics différentiels à l'asthme : dyskinésie des cordes vocales (DCV), pathologie cardiaque, BPCO, poumon éosinophile ou encore masse médiastinale (1,7,9,10). L'asthme est souvent sur-diagnostiqué chez les patients présentant une

dyspnée sifflante, comme l'ont démontré plusieurs études (5,10,11), et c'était le cas chez notre patient.

La courbe débit-volume de la spirométrie, avec son aspect plat, est un élément clé pour orienter vers d'autres diagnostics, notamment une obstruction des voies aériennes supérieures, comme l'a souligné Aparna Bhat (11). La DCV doit être envisagée en présence d'un stridor laryngé et d'une courbe spirométrique plate, évoquant une obstruction haute (8,11). Jonathan P. Parsons a également mentionné la DCV comme un diagnostic différentiel important, mais aussi comme un facteur aggravant de l'asthme modéré, tout comme le RGO (8,9).

Durant la pandémie de COVID-19, plusieurs patients ont été adressés pour dyspnée sifflante, en plus des symptômes classiques (fièvre, courbatures, asthénie) (12), et des TDM thoraciques étaient réalisées à la recherche de pneumopathies liées au COVID-19.

La compression médiastinale par une masse, notamment lymphomateuse, est un diagnostic à ne pas méconnaître (13). Il est important de l'envisager chez tout patient traité pour dyspnée sifflante qui ne s'améliore pas sous corticoïdes inhalés. Elle doit être considérée comme un diagnostic différentiel de l'asthme (7).

Une dyspnée sifflante isolée, sans autre manifestation (adénopathies, asthénie, anorexie, fièvre, amaigrissement) ne s'améliorant pas sous corticoïdes inhalés et bronchodilatateurs, peut être révélatrice d'un lymphome (7), comme ce fut le cas chez notre patient.

Compte tenu des antécédents d'atopie personnelle et familiale chez ce patient, il est possible que la dyspnée sifflante soit en rapport avec l'association d'un asthme et d'un lymphome.

Conclusion

Devant une dyspnée sifflante ne s'améliorant pas sous traitement, il faut s'attarder à rechercher les étiologies pourvoyeuses de sibillance et ne pas méconnaître la possibilité d'une compression induite par une masse médiastinale lymphomatose.

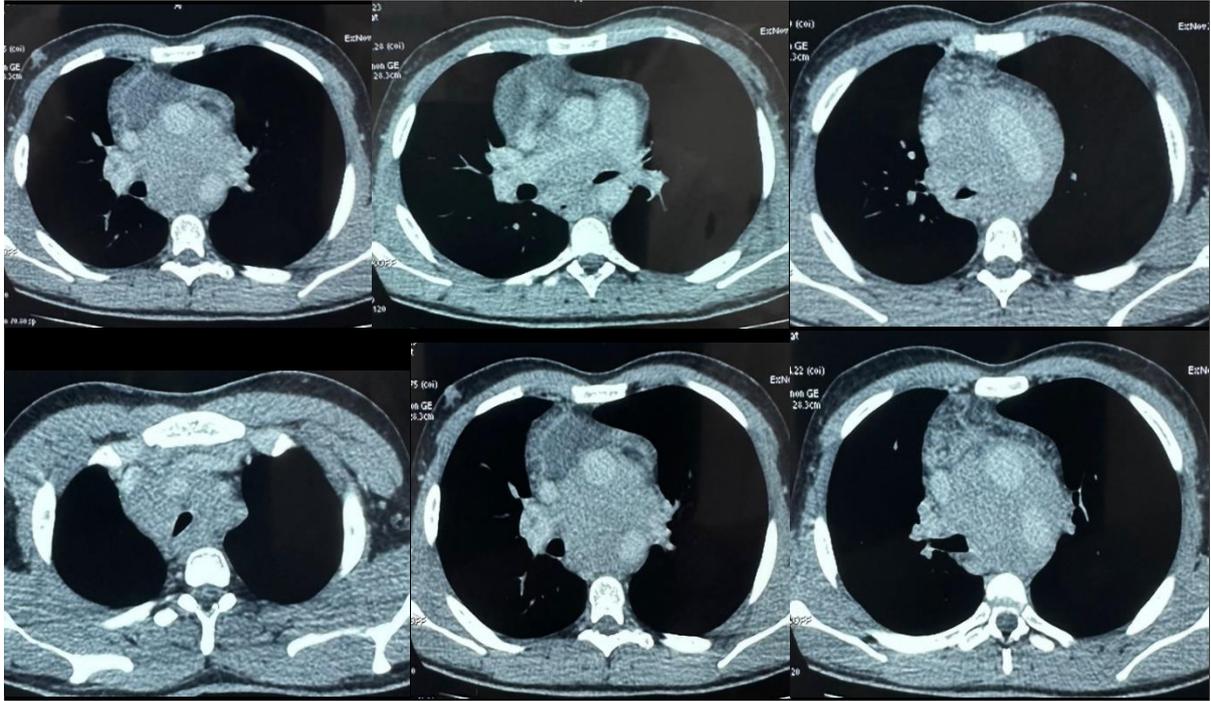


Figure 3 : planche médiastinale d'une TDM thoracique objectivant une masse médiastinale antéro supérieure compressive



Figure 4 : planches parenchymateuses d'une TDM thoracique objectivant une masse médiastinale antéro supérieure compressive

Références bibliographiques

1. Heffler E, Pizzimenti S, Guida G, Bucca C, Rolla G. Prevalence of over-/misdiagnosis of asthma in patients referred to an allergy clinic. *J Asthma*. 2015;52(9):931-4. doi: 10.3109/02770903.2015.1026442. Epub 2015 Aug 18. PMID: 26291138.
2. Cowie RL, Underwood MF, Field SK. Asthma symptoms do not predict spirometry. *Can Respir J*. 2007 Sep;14(6):339-42. doi: 10.1155/2007/816132. PMID: 17885693; PMCID: PMC2676406.
3. Petruzzelli GJ, deVries EJ, Johnson J, Klein M, Kormos R, Herlich A, Curtin

- H. Extrinsic tracheal compression from an anterior mediastinal mass in an adult: the multidisciplinary management of the airway emergency. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990 Sep;103(3):484-6.
4. Gershon AS, Victor JC, Guan J, Aaron SD, To T. Pulmonary function testing in the diagnosis of asthma: a population study. *Chest.* 2012 May;141(5):1190-1196. doi: 10.1378/chest.11-0831. Epub 2011 Oct 26. PMID: 22030804.
 5. Aaron SD, Boulet LP, Reddel HK, Gershon AS. Underdiagnosis and Overdiagnosis of Asthma. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018 Oct 15;198(8):1012-1020. doi: 10.1164/rccm.201804-0682CI. PMID: 29756989.
 6. Shingo S, Zhang J, Reiss TF. Correlation of airway obstruction and patient-reported endpoints in clinical studies. *Eur Respir J.* 2001 Feb;17(2):220-4. doi: 10.1183/09031936.01.17202200. PMID: 11334123
 7. Barsky EE, Giancola LM, Baxi SN, Gaffin JM. A Practical Approach to Severe Asthma in Children. *Ann Am Thorac Soc.* 2018 Apr;15(4):399-408. doi: 10.1513/AnnalsATS.201708-637FR. Erratum in: *Ann Am Thorac Soc.* 2018 Jun;15(6):767-768. PMID: 29220200; PMCID: PMC5879140.
 8. Parsons JP, Benninger C, Hawley MP, Philips G, Forrest LA, Mastronarde JG. Vocal cord dysfunction: beyond severe asthma. *Respir Med.* 2010 Apr;104(4):504-9. doi: 10.1016/j.rmed.2009.11.004. Epub 2009 Dec 4. PMID: 19962874.
 9. Malka J, Spahn JD. When Cough Wheeze and Shortness of Breath Don't Equal Asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2016 Jan-Feb;4(1):179-81; quiz 182-3. doi: 10.1016/j.jaip.2015.08.008. PMID: 26772931.
 10. Narayan, Girish; Narayana, G K1; Prabhakar, K2. All that wheezes is not asthma. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock* 6(1):p 61-62, Jan-Mar 2013. | DOI: 10.4103/0974-2700.106331
 11. Bhat A, Ashton RW. All that wheezes.... *Cleve Clin J Med.* 2021 Mar 1;88(3):150-153. doi: 10.3949/ccjm.88a.20198. PMID: 33648966.
 12. Vahey GM, Marshall KE, McDonald E, Martin SW, Tate JE, Midgley CM, Killerby ME, Kawasaki B, Herlihy RK, Alden NB, Staples JE; Colorado Investigation Team2. Symptom Profiles and Progression in Hospitalized and Nonhospitalized Patients with Coronavirus Disease, Colorado, USA, 2020. *Emerg Infect Dis.* 2021 Feb;27(2):385-395. doi: 10.3201/eid2702.203729. PMID: 33496225; PMCID: PMC7853576.
 13. Tanaka T, Amano H, Tanaka Y, Takahashi Y, Tajiri T, Tainaka T, Shirota C, Sumida W, Yokota K, Makita S, Tani Y, Hinoki A, Uchida H. Safe diagnostic management of malignant mediastinal tumors in the presence of respiratory distress: a 10-year experience. *BMC Pediatr.* 2020 Jun 10;20(1):292. doi: 10.1186/s12887-020-02183-w. PMID: 32522190; PMCID: PMC7285522.