



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Le point de vue du pneumologue en imagerie des pneumopathies au cours des hémopathies malignes[☆]

A. Bergeron

Service de pneumologie, hôpital Saint-Louis, Université Paris Diderot, Sorbonne Cité, AP–HP, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France

MOTS CLÉS

Scanner thoracique ;
Hémopathies malignes ;
Pneumopathie

Résumé La survenue d'une pneumopathie chez un patient ayant une hémopathie maligne est un événement fréquent pourvoyeur d'une morbidité et mortalité importantes dans cette population de patients. Une large gamme d'étiologies infectieuses ou non infectieuses peut en être responsable. Poser un diagnostic étiologique précoce de la pneumopathie afin d'adapter au mieux le traitement est un challenge difficile. La tomодensitométrie thoracique (TDM) est indiscutablement devenue un élément incontournable de l'approche diagnostique de ces pneumopathies. Bien qu'il ne soit pas possible de retenir un diagnostic étiologique de façon formelle sur la seule analyse du scanner thoracique chez ces patients complexes, certaines anomalies sont très évocatrices d'un diagnostic. La TDM doit donc permettre de proposer et de hiérarchiser des hypothèses diagnostiques qui seront ensuite confrontées avec les données cliniques et biologiques. La prise en charge de ces pneumopathies doit donc être multidisciplinaire et faire l'objet d'échanges répétés entre radiologue et clinicien.

© 2012 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abréviations

TDM tomодensitométrie
CSH cellules souches hématopoïétiques
CMV cytomégalo­virus

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2012.12.004>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

Adresse e-mail : anne.bergeron-lafaurie@sls.aphp.fr

Introduction

La survenue d'une pneumopathie est fréquente chez les patients pris en charge pour une hémopathie maligne. En effet, plus de la moitié de ces patients vont présenter des anomalies pulmonaires au cours de leur suivi pouvant correspondre à un grand nombre de pathologies, infectieuses ou non infectieuses, mais grevées d'une morbidité et mortalité importantes [1]. Leur prise en charge constitue un challenge diagnostique et thérapeutique. Elle s'appuie sur une démarche rigoureuse qui doit prendre en considération de nombreux paramètres, parmi lesquels l'imagerie thoracique occupe une place centrale. La supériorité du scanner thoracique par rapport à la radiographie thoracique standard est clairement établie dans ce contexte. Il permet d'authentifier des lésions non visibles sur la radiographie et permet d'orienter le diagnostic étiologique lorsqu'il est intégré aux autres données du patient.

Indication de la tomodensitométrie thoracique (TDM) thoracique

La TDM est indiquée dans trois circonstances principales :

- au moment du diagnostic de l'hémopathie. C'est en particulier le cas dans le cadre des lymphomes ;
- en cas de point d'appel clinique thoracique, à tout moment de la prise en charge ;
- en cas de fièvre inexplicite, notamment chez les patients neutropéniques ou receveurs de cellules souches hématopoïétiques.

La TDM thoracique permet aussi de préciser d'éventuelles opacités visualisées par la radiographie thoracique. Enfin, elle est indispensable pour guider la réalisation d'une endoscopie bronchique avec prélèvements dirigés (lavage broncho-alvéolaire, aspiration bronchique).

Les éléments clés pour l'interprétation d'une anomalie détectée par la tomodensitométrie thoracique (TDM) thoracique

La complexité de la prise en charge de ces patients est liée au fait qu'une large gamme d'étiologies doit être envisagée face à une pneumopathie. Du fait de sa fréquence et de sa gravité, l'hypothèse infectieuse doit être systématiquement envisagée en premier lieu. Cependant, au moins un quart des infiltrats pulmonaires survenant au cours de la prise en charge d'une hémopathie maligne correspond à une cause non infectieuse (toxicité médicamenteuse, insuffisance cardiaque, atteinte pulmonaire spécifique de la pathologie sous-jacente, hémorragie intra-alvéolaire...) [2]. Il est néanmoins important de noter que ces pneumopathies non infectieuses peuvent coexister avec une étiologie infectieuse.

De même, parmi les causes infectieuses, de nombreux pathogènes (bactéries, virus, champignons, parasites) peuvent être responsables d'une pneumonie et la fréquence des co-infections sur ce terrain accentue la complexité

de l'interprétation d'anomalies radiologiques. Ainsi, dans ce contexte, un grand nombre d'éléments sont à prendre en considération pour l'interprétation d'anomalies pulmonaires radiologiques.

Contexte de la maladie hématologique

Type de la pathologie hématologique

Toute hémopathie maligne ne s'associe pas à toute cause de pneumopathie. Si l'atteinte spécifique parenchymateuse pulmonaire d'un lymphome est fréquente, elle est exceptionnelle dans le cadre d'un myélome ou d'une leucémie myéloïde chronique, par exemple. Parallèlement, un type d'hémopathie maligne est souvent associé à un profil thérapeutique. Dans ce contexte, le profil d'immunosuppression est souvent similaire et les risques infectieux comparables. Ainsi, par exemple, la large utilisation du rituximab au cours des hémopathies lymphoïdes s'accompagne d'une incidence accrue d'infections respiratoires à pneumocoque ou haemophilus ou l'administration de la fludarabine pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique induit un risque accru de pneumocystose. De plus, de nombreux traitements fréquemment prescrits pour une hémopathie donnée sont associés à une toxicité pulmonaire potentielle bien établie (<http://www.pneumotox.com>) : c'est le cas de la bléomycine dans le cadre du lymphome de Hodgkin, de la cytarabine pour le traitement des leucémies aiguës ou des inhibiteurs de tyrosine kinase dans le cadre de la leucémie myéloïde chronique, par exemple [3].

Par ailleurs, différentes pneumopathies non infectieuses sont susceptibles de compliquer l'évolution de certaines hémopathies malignes : granulomatose semblable à une sarcoïdose et lymphome de Hodgkin, pneumonie organisée ou pneumonie à éosinophiles et syndromes myélodysplasiques ou amylose et myélome, par exemple [4,5].

Enfin, l'interprétation de la TDM thoracique est rendue difficile par le fait qu'un même type d'infection pulmonaire peut avoir une présentation différente en fonction de la pathologie sous-jacente. C'est le cas de l'aspergillose pulmonaire invasive qui se présente quasi exclusivement sous la forme d'un nodule avec un halo périphérique chez les patients en traitement d'induction ou de consolidation pour une leucémie aiguë, alors que la présentation est plus polymorphe chez le patient traité pour une hémopathie lymphoïde ou celui ayant reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) [6].

Stade de la pathologie hématologique/Phase de traitement

La connaissance du stade évolutif de la pathologie hématologique, de même que de la phase de traitement est indispensable pour l'interprétation d'images radiologiques pulmonaires. La survenue d'opacités pulmonaires alors que l'hémopathie est bien contrôlée rend peu probable l'hypothèse d'une atteinte spécifique de l'hémopathie. La présence d'opacités en verre dépoli associées à des épaississements septaux sur un scanner thoracique réalisé chez un patient présentant une désaturation en oxygène quelques heures après l'hyperhydratation d'une chimiothérapie d'induction pour une leucémie aiguë ou d'un conditionnement pour une allogreffe de CSH évoquera en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663187>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663187>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)