

Lymphome MALT bronchique mimant une tuberculose : à propos d'un cas

F. KASMI, H. CHARAF, S. MRANI, K. MARC, M. SOUALHI, R. ZAHRAOUI

Service de pneumologie, Hôpital Moulay Youssef Salé, CHU IBN SINA Rabat, Maroc
Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat-Salé. Université Mohamed V

Résumé

Le lymphome de type Malt (Mucosa -Associated Lymphoid tissue) c'est cancer hématologique, caractérisé par son développement préférentiel au niveau des muqueuses plutôt que des ganglions lymphatiques. Les lymphomes pulmonaires de type Malt sont des lymphomes pulmonaires primitifs de phénotype B, de bas grade de malignité de la zone marginale. Ils représentent 8 % des lymphomes malins non hodgkiniens et c'est le troisième sous-type le plus fréquent après les lymphomes B diffus à grandes cellules et les lymphomes folliculaires. Ils sont des tumeurs rares représentant moins de 1 % des néoplasies pulmonaires. Ces lymphomes se développent très lentement et apparaissent en moyenne vers l'âge de 60 ans et surviennent préférentiellement chez les femmes. L'atteinte pleurale peut être primaire par un lymphome MALT, mais elle est très rare ou être une complication de lymphome. Les lymphomes MALT se manifestent le plus souvent de manière non spécifique. Le diagnostic positif peut être posé par les biopsies bronchiques dans 14 % des cas. Mais souvent, c'est la ponction biopsie transpariétale scannoguidée ou la biopsie pulmonaire chirurgicale qui permet d'apporter le diagnostic ; nous rapportons un cas de lymphome de malt bronchique mimant un tableau de pleur pneumopathie tuberculeuse. Il s'agissait d'un patient de 78 ans, a été hospitalisé pour une symptomatologie évoluant depuis plus de quatre mois, faite d'une toux productive avec expectorations mucopurulentes, associée à une dyspnée stade II, dans un contexte d'anorexie, d'amaigrissement modéré non chiffré et de sueurs nocturnes, le diagnostic de pleuro-pneumopathie tuberculeuse a été retenu sur faisceaux d'arguments et devant la persistance des mêmes images radiologiques après deux mois de traitement, Une fibroscopie bronchique été réalisé et les biopsies bronchiques ont permis de poser le diagnostic histologique de lymphome MALT bronchique.

Date of Submission: 26-08-2026

Date of Acceptance: 06-09-2026

I. Introduction

Le lymphome du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) est un lymphome non hodgkinien de phénotype B, caractérisé par son développement préférentiel au niveau des muqueuses plutôt que des ganglions lymphatiques [1]. Les lymphomes pulmonaires primitifs (LPP) de type MALT correspondent à des lymphomes de la zone marginale, de bas grade de malignité. Ils représentent environ 8 % des lymphomes non hodgkiniens et constituent le troisième sous-type le plus fréquent après les lymphomes diffus à grandes cellules B et les lymphomes folliculaires. Toutefois, ils demeurent rares et représentent moins de 1 % des néoplasies pulmonaires [2,3,4].

Nous rapportons un cas confirmé de lymphome MALT bronchique pris en charge dans notre structure. L'objectif est de contribuer à une meilleure connaissance de cette entité et de souligner l'importance de l'évoquer devant des anomalies radiologiques chroniques, notamment des opacités alvéolaires systématisées ou non, afin d'assurer une prise en charge adaptée.

II. Observation

Monsieur A.M., âgé de 78 ans, ancien vendeur de toiles, sans antécédents tabagiques, aux antécédents de cholécystectomie en 2020 et de chirurgie de cataracte en 2024, a été hospitalisé pour une symptomatologie évoluant depuis plus de quatre mois, faite d'une toux productive avec expectorations mucopurulentes, associée à une dyspnée stade II, dans un contexte d'anorexie, d'amaigrissement modéré non chiffré et de sueurs nocturnes.

L'examen clinique retrouvait un syndrome d'épanchement pleural gauche, sans autres anomalies notables. Le bilan biologique objectivait un syndrome inflammatoire avec une protéine C-réactive à 50,3 mg/L. L'hémogramme, l'ionogramme sanguin, la fonction rénale, le bilan hépatique, la calcémie (98 mg/L) et la glycémie à jeun (1,19 g/L) étaient normaux. Les sérologies VIH et VHB étaient négatives. Les examens

bactériologiques des expectorations, incluant la recherche de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR), étaient négatifs.

La radiographie thoracique initiale montrait une opacité hétérogène avec émoussement du cul-de-sac pleural gauche. Une ponction-biopsie pleurale a mis en évidence un liquide jaune citrin exsudatif à prédominance lymphocytaire, avec une adénosine désaminase (ADA) élevée à 71 UI/L. L'examen anatomopathologique retrouvait une pleurite fibrineuse aiguë.

Devant l'absence d'amélioration sous antibiothérapie, les caractéristiques biochimiques et cytologiques du liquide pleural, l'élévation de l'ADA et les données histologiques, le diagnostic de pleuro-pneumopathie tuberculeuse a été retenu et un traitement antibacillaire (ERIP K4) adapté au poids a été instauré.

Après deux mois de traitement, la radiographie thoracique montrait la persistance d'une opacité alvéolaire mal systématisée occupant les deux tiers de l'hémichamp thoracique gauche. La tomодensitométrie thoracique révélait une condensation pulmonaire gauche d'allure infectieuse persistante.



Figure 1 : Après 2 mois de traitement antibacillaire

Une fibroscopie bronchique a mis en évidence, au niveau de l'arbre bronchique droit, une convergence des plis longitudinaux avec des plaques anthracosiques. À gauche, les éperons interlobaire et interculmeno-lingulaire étaient épaissis, la lingula était non cathétérisable du fait d'une muqueuse bombante, avec présence d'un orifice surnuméraire du lobe supérieur et de lésions anthracosiques. Les biopsies bronchiques ont permis de poser le diagnostic histologique de lymphome MALT bronchique.

Le traitement antibacillaire a été arrêté et le patient a été adressé au service d'hématologie pour prise en charge spécialisée.

III. Discussion

Les atteintes lymphoprolifératives au niveau du poumon peuvent résulter de trois situations : soit par dissémination hémotogène à partir d'un lymphome ganglionnaire non hodgkinien ou d'une maladie de Hodgkin ; soit par envahissement par continuité à partir d'une localisation hilare ou médiastinale d'un lymphome ganglionnaire ; soit enfin par atteinte pulmonaire primitive réalisant le lymphome pulmonaire primitif (LPP) [1,2].

Le lymphome de type Malt (Mucosa -Associated Lymphoid tissue) sont des lymphomes pulmonaires primitifs de phénotype B, de bas grade de malignité de la zone marginale. caractérisé par son développement préférentiel au niveau des muqueuses plutôt que des ganglions lymphatiques et plus particulièrement au niveau de la muqueuse de l'estomac. Il peut aussi se développer dans une autre partie de tube digestif, au niveau des poumons ou dans d'autres glandes comme la thyroïde, les glandes lacrymales, la peau ou les glandes mammaires.

Les lymphomes pulmonaires de type Malt représentent 8 % des lymphomes malins non hodgkiniens et c'est le troisième sous-type le plus fréquent après les lymphomes B diffus à grandes cellules et les lymphomes folliculaires. Ils sont des tumeurs rares représentant moins de 1 % des néoplasies pulmonaires [2,3,4].

Ces lymphomes sont indolents, c'est-à-dire qu'ils se développent très lentement et apparaissent en moyenne vers l'âge de 60 ans [1].et surviennent préférentiellement chez les femmes [5].

Le Malt est un tissu lymphoïde spécialisé dans la défense des muqueuses. Il n'existe pas en situation physiologique. Le tube digestif est le site le plus fréquemment touché. Cette atteinte semble être due à une stimulation antigénique chronique, telle qu'une infection à *Helicobacter pylori* qui cause le Malt avec une transformation lymphomateuse à partir des lymphocytes B de la zone marginale. Dans la localisation pulmonaire, le tabac n'est pas un facteur de risque évident. L'hypothèse d'une stimulation antigénique chronique au cours de certaines maladies auto-immunes comme le lupus érythémateux disséminé, la sclérose en plaque, la thyroïdite d'Hashimoto et surtout le syndrome de Gougerot-Sjögren est actuellement évoquée [2].

L'épanchement pleural est relativement fréquent chez les patients atteints d'un lymphome non hodgkinien (LNH), avec une fréquence pouvant atteindre 20 %mais le lymphome (MALT) survenant dans la plèvre est très

rare, avec seulement 12 cas publiés, et la plupart des cas ont été décrits au Japon [6,7,8,9]. Dans notre cas la pleurésie peut être primaire ou complication de lymphome pulmonaire.

Les lymphomes MALT se manifestent le plus souvent de manière non spécifique, 36 à 50% des patients étant asymptomatiques au moment du diagnostic, 58 % des patients symptomatiques ont le plus souvent signalé des symptômes tels que toux sèche, dyspnée, douleurs thoraciques et hémoptysie ; 22 % des patients symptomatiques ont signalé d'autres symptômes tels que perte de poids, fièvre et fatigue [10,2].

La radiographie du thorax montre l'aspect habituel d'une opacité de type alvéolaire, localisée, à contours nets ou flous selon les séries, associée souvent à un bronchogramme aérien [11]. La tomodensitométrie thoracique a une meilleure sensibilité que la radiographie standard et permet de montrer le nombre exact des lésions [12]. Avec présence quasi-constante de clartés en son sein comme le cas de notre patient.

La bronchoscopie est un examen essentiel pour le diagnostic. Elle peut montrer des aspects différents, allant d'un aspect macroscopique normal à une sténose bronchique [11]. Dans notre cas, l'endoscopie bronchique a montré un épaississement des éperons et une muqueuse bombée.

Le diagnostic positif peut être posé par les biopsies bronchiques dans 14 % des cas. Mais souvent, c'est la ponction biopsie transpariétale scannoguidée ou la biopsie pulmonaire chirurgicale qui permet d'apporter le diagnostic [13].

L'analyse immunohistochimique avec étude en congélation confirme le diagnostic et élimine d'autres diagnostics différentiels de LPP de type Malt. Elle permet de préciser le phénotype B CD20 positif avec co-expression du CD43 et la nature clonale de l'infiltrat lymphoïde [14].

La rareté du diagnostic souligne l'intérêt de cette observation dans nos pays où le diagnostic différentiel avec les autres cancers bronchopulmonaires voire la tuberculose est loin d'être évident. Ces affections doivent toujours être éliminées [2,15].

Après la confirmation du diagnostic, la recherche d'autres localisations est essentielle. Une fibroscopie œsogastroduodénale, un examen oto-rhinolaryngologique (ORL) et un examen ophtalmologique doivent être réalisés ainsi qu'une tomodensitométrie abdominopelvienne. L'atteinte médullaire présente dans 10 à 30 % des cas, ne modifie pas la stratégie thérapeutique, rendant ainsi la biopsie médullaire un examen non systématique.

Les traitements possibles sont la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie [16]. L'abstention thérapeutique peut se discuter. La résection chirurgicale est couramment pratiquée en cas de lésion localisée [11]. L'emploi d'une chimiothérapie exclusive est admis en cas d'atteinte bilatérale ou extrapulmonaire, de rechute ou de progression. Les recommandations actuelles sont plutôt en faveur d'une monothérapie par chloraminophène. Des études de maintenance par l'antiCD20 ou l'association à d'autres chimiothérapies comme le chloraminophène sont en cours. La radiothérapie n'est pas très utilisée pour les formes pulmonaires [17].

Les LPP de type Malt ont une bonne évolution avec une survie supérieure à cinq ans dans 80 % des cas. Aucune conduite thérapeutique n'est actuellement codifiée [2,12].

IV. Conclusion :

Les lymphomes pulmonaires primitifs de type MALT sont des tumeurs rares, aux manifestations cliniques et radiologiques peu spécifiques, pouvant mimer une infection chronique, une tuberculose ou un cancer bronchique, notamment dans les zones d'endémie. Cette observation illustre la difficulté diagnostique et souligne l'intérêt majeur de l'endoscopie bronchique avec biopsies. Le diagnostic repose sur l'analyse histologique et immunohistochimique des prélèvements bronchiques ou pulmonaires, permettant une prise en charge adaptée et précoce.

Références

- [1].L. Quéro , C. Hennequin , S. Amorim, S. Guillermin, A. RuskonéFourmestraux , C. Thieblemont Radiothérapie des lymphomes malins non hodgkiniens localisés de type MALT (gastriques et de la région orbitaire)Radiotherapy for localized gastric and orbital MALT lymphomas Cancer/Radiothérapie Volume 20, Issues 6– 7, October 2016, Pages 543-546
- [2].A. Moustahfir Elidrissi , H. Benjelloun , N. Zaghba , N. Yassine Le lymphome pulmonaire primitif de type Malt : à propos d'un casThe primary pulmonary Malt lymphoma: About a case Revue de Pneumologie Clinique Volume 73, Issue 3, June 2017, Pages 156-157
- [3].Lymphome du MALT pulmonairePulmonary malt lymphoma Raphaël Borie ¹, Martine Antoine ^{2,3}, Jacques Cadranel ^{3,4}, Marie Wislez Bulletin du Cancer Volume 101, Issue 2, February 2014, Pages 195-202
- [4]. Lymphome du MALT pulmonaire et syndromes paranéoplasiques Pulmonary MALT lymphoma and paraneoplastic syndromes E. Mongea,* , N. Coolen-Alloua , P. Mascarel b, V. Gazaille Revue des Maladies Respiratoires Volume 33, Issue 9, November 2016, Pages 799-803 Wislez M, Cadranel J. Lymphomes pulmonaires primitifs. Encycl Med Chir 2002 [6-002-H-5, 9 p].
- [5]. Niang A, Diédhiou I, Ba PS, Lawson AT, Fall A, Ndiaye AR, et al. The primary pulmonary MALT lymphoma: a rare lung tumor. Rev Pneumol Clin 2014; 70:293—7.
- [6]. Giovanna Motta, Concetta Conticello, Gabriella Amato, Gaetano Moschetti, Cristina Colarossi, Sebastiano Cosentino, Massimo Ippolito, Rosario Giustolisi, Francesco Di Raimondo Pleuric presentation of extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue: a case report and a review of the literature Int J Hematol. 2010 Sep;92(2):369-73.
- [7]. Edward Charbek , Gebran Khneizer , Karen Moser , Setu Patolia Recurrence of Gastric Mucosa-associated Lymphoid Tissue Lymphoma in the Pleura: A Case Report Cureus . 2019 Jul 16 ;11(7): e5150.

- [8]. Atsuko Yamada, Keiji Sugimoto, Kei Matuno, Miyuki Tutui, Yuriko Yahata, Yutaka Tsukune, Michiaki Koike, Norio Komatsu [Primary pleural of mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma] Rinsho Ketsueki. 2013 May ;54(5) :463-7.
- [9]. Michael G Alexandrakis¹, Freda H Passam, Despina S Kyriakou, Demosthenes Bours Pleural effusions in hematologic malignancies Chest. 2004 Apr ;125(4) :1546-55.
- [10]. Asma Iftikhar¹, Albert Magh, Muhammed Azaz Cheema, Sarah Thappa, Sonu Sahni, Stephen Karbowitz Primary pulmonary MALT lymphoma presenting as non-resolving pneumonia Adv Respir Med . 2017;85(4):202-205
- [11]. Niang A, Diédhiou I, Ba PS, Lawson AT, Fall A, Ndiaye AR, et al. The primary pulmonary MALT lymphoma: a rare lung tumor. Rev Pneumol Clin 2014; 70:293—7
- [12]. Lee DK, Im JG, Lee KS, Lee JS, Seo JB, Goo JM, et al. B-cell lymphoma of bronchus-associated lymphoid tissue (BALT): CT features in 10 patients. J Comput Assist Tomogr 2000; 24:30—4.
- [13]. Huang H, Lu ZW, Jiang CG, Li J, Xu K, Xu ZJ. Clinical and prognostic characteristics of pulmonary mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: a retrospective analysis of 23 cases in a Chinese population. Chin Med J (Engl) 2011 ;124 :1026—30.
- [14]. Fliche M, Caprons F, Berger F, Galateau F, Cordier JF, Loire R, et al. Primary pulmonary non-Hodgkin's lymphomas. Histopathology 1995; 26:529—37.
- [15]. Asma Iftikhar , Albert Magh, Muhammed Azaz Cheema, Sarah Thappa, Sonu Sahni, Stephen Karbowitz Primary pulmonary MALT lymphoma presenting as non-resolving pneumonia Adv Respir Med. 2017;85(4):202-205.
- [16]. Wislez M, Cadranel J. Lymphomes pulmonaires primitifs. Encycl Med Chir 2002 [6-002-H-5, 9 p].
- [17]. Li G, Hansmann ML, Zwingers T, Lennert K. Primary lymphomas of the lung: morphological, immunohistochemical and clinical features. Histopathology 1990; 16:519—31.