



Inquiétante

Averse

Banwarth Pierre DESCMU et Dr Sengler Luc PH
SAU CH Belfort

Tableau clinique:

- Homme de **20 ans**.
- ATCD de maladie de **Scheuerman** et de **tabagisme** à 1p/a.
- **Lumbago**, toux sèche depuis 2 mois.
- Mis sous AINS et Myorelaxant.
- Puis **poly-arthralgies**.
- Depuis 5 jours **douleur retro-sternale** en fin d'inspiration accompagnée de **dyspnée** d'effort.
- Température à **38-38,3** avec frissons et sueurs nocturnes depuis quelques jours.
- AEG, avec **perte de 10kg** en 1 mois.

Bilan au SAU:

- TA 155/87, FC 82, T 36,7, Dextro 5,9mmol/l.
- Examen clinique: Sans particularité.
- BU: Normale, pH 7.
- Biologie: Numération, bilan hépatique, crase, ionogramme, TSH sans particularités, CRP à 31mg/L, hypercalcémie mineure à 2,63mmol/L, lipasémie augmentée à 255U/L (5N) et LDH à 410U/l.
- ECG: RSR, pas d'anomalie.
- TDM: Surprise...

Scanner TAP:



Hypothèses:

- Devant une « pluie d'embolies »:
 - sd catastrophique des anti-phospholipides?
 - thrombus cardiaque?
 - Origine infectieuse?
 - Origine dysimmunitaire?
 - Néoplasie-hémopathie?
- Donc CAT:
 - anti-coagulation efficace en urgence,
 - antalgique palier 3 et 1, myorelaxant.

Investigations ultérieures:

■ Biologie:

- EPS et IEPS normales,
- Anticorps anti-phospholipide et anti-B2GP1: négatifs,
- ANCA, A anti-N, DNA natif, ENA, MPO et PR3: négatifs,
- ACE, CYFRA 21, BhCG, AFP, calcitonine: négatifs,
- NSE limite à 13,5 (N inf à 12,5) et CA 19:9 à 46,9 (N inf à 30),
- hémocultures stériles,
- sérologies CMV, EBV, HIV: négatives.

■ ETT cardio: épanchement péricardique circonférentiel, pas de tamponnade, pas de thrombus visible, bonne échogénicité.

■ Doppler MI: pas de signe de TVP.

Investigations ultérieures:

- TDM cérébral: sans particularité.
- Ponction médullaire et immunophénotypage:
cellularité normale, et absence de population lymphoïde B monoclonale décelable.
- Ponction péricardique: liquide jaune citrin avec protéine 57g/l, LDH 343U/l, Gb 12000/mm³ dont 95% de lymphocytes, inflammation à lymphocytes et irritation mésothéliales, pas de cellule maligne, BK négatif.
- Echo testiculaire: normale.
- Mais alors...

Investigations ultérieures:

- Ponction de l'ADP sous TDM: matériel paucicellulaire sans malignité.
- PBO (crête IPD): non contributive.
- Fibroskopie bronchique:
 - pas d'anomalie macroscopique,
 - LBA: pas de cellule maligne,
 - Biopsie LSD, LID et LSG: inflammation chronique.
- Biopsie de glande salivaire accessoire: normale.
- Mais alors...

Investigations ultérieures:

- Biopsie osseuse de la crête iliaque droite sous radioscopie:

Lymphome à grande cellule B diffus de haut grade et de forte malignité.

- PET Scan: localisations 2nd humérales, omoplate dt, grils costaux, D7-9-10-12, L3-L4, ailes iliaques, cotyles, fémurs, pulmonaires droite, ganglionnaire médiastinale, piliers de l'amygdale, paroi gastrique (épaississement sous-jacent: autre étiologie?).

Conclusion:

- Vigilance et attention: dans la vague quotidienne des consultations au SAU, il existe des pathologies graves et peu bruyantes qu'il ne faut pas rater...d'autant plus que le motif de recours peut être d'allure bénigne!
- Intérêt de l'interrogatoire malgré les contraintes temporelles.