

Cas clinique N°10 M Laroche

Mme F., 58 ans, consulte pour une augmentation de la VS, découverte devant une asthénie passagère. La CRP était normale et l'électrophorèse a mis en évidence un pic monoclonal dans les gamma globulines. L'examen clinique est normal et l'asthénie disparue depuis qu'elle ne garde plus ses deux petits enfants.

Questions :

- 1) Quels examens complémentaires allez vous demander ? justifiez ?
- 2) Vous concluez à MGUS, quelles maladies non hématologiques peuvent s'accompagner de protéines monoclonales ?
- 3) Quel sera le suivi ?
- 4) 3 ans plus tard, cette patiente est hospitalisée pour une cruralgie droite, interprétez la radiographie du rachis lombaire de face et la coupe TDM passant en L3-L4.
- 5) Interprétez la radiographie du crâne, quelle est la maladie actuelle ?
- 6) Quels en sont les principaux facteurs pronostiques ?
- 7) Quelles sont les possibilités thérapeutiques chez cette femme de 61 ans ?
- 8) Comment améliorer rapidement la cruralgie ?

Iconographie cas clinique N°8

QuickTime™ et un
lecteur de fichiers
sont requis pour visualiser cette image.

Réponses cas clinique N°10

- 1) NFS, calcémie, créatininémie (normales si pas de myélome), immunofixation + dosage pondéral des immunoglobulines sériques ; dosage des chaînes légères libres dans les urines (sérum ??). Dans les MGUS, les IG non monoclonales sont normales (diminuées dans le myélome) , l'immunofixation confirme et type l'IG monoclonale. Le taux de chaînes légères dans les urines permet de différencier les MGUS de Myélomes (< 400 mg/24h). Médullograme (plasmocytose < 5 ou 10 % dans les MGUS, non dystrophiques. Holo squelette (crane, rachis hors cervical) bassin fémurs humérus, Rx thorax).
- 2) Infections chroniques, cancers solides, maladies auto immunes, hépatites virales chroniques, amylose
- 3) Clinique + électrophorèse, NFS, calcémie, créatininémie tous les 6 mois.
- 4) Vertèbre borgne (disparition pédicule gauche), processus tissulaire tumoral infiltrant le canal médullaire, le foramen, les lames, pédicules et articulaire postérieure et les parties molles.
- 5) Multiples lacune à l'emporte pièce : myélome multiple
- 6) Age, B2microglobuline, délétion chromosome 13
- 7) Auto greffe de moelle osseuse avec intensification thérapeutique par Melphalan haute dose (200 mg) après chimiothérapie d'induction et recueil de CSP. Double greffe si réponse incomplète. Si rechute : Thalidomide, Velcade *, Revlimid *. Perfusion mensuelles de Pamidronate ou Zolédronate.
- 8) Radiothérapie palliative (20 ou 25 grays)