

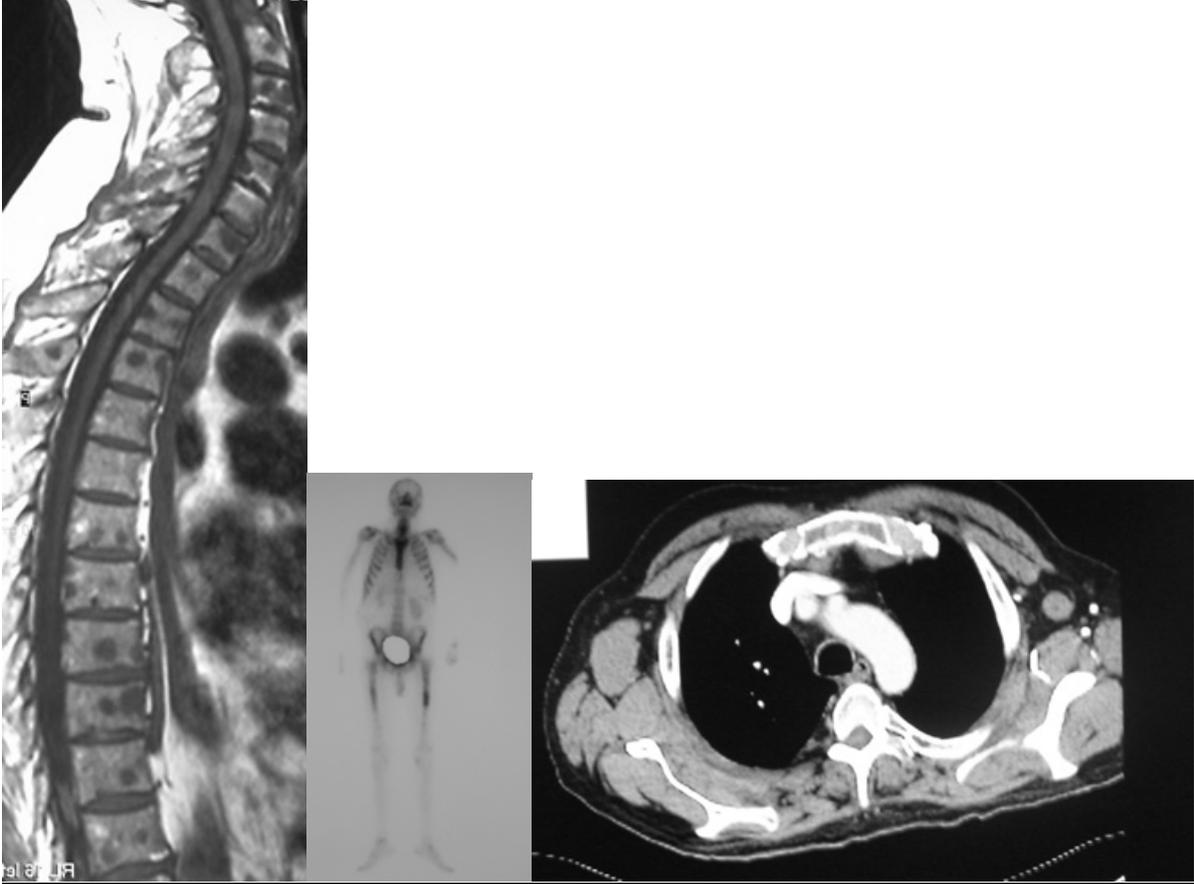
Cas Clinique N°4 : M Laroche

Mr B., a été transplanté hépatique pour cirrhose post hépatite c, il y a 6 ans. Il est traité par Cortancyl : 5 mg/jour, Imurel : 150 mg/jr et Tacrolimus. Depuis 3 mois, il décrit des douleurs de plus en plus importantes, avec réveils nocturnes, du rachis et des membres inférieurs. Ces douleurs sont mal systématisées. L'examen du rachis, des hanches et l'examen neurologiques sont sensiblement normaux. L'examen clinique objective de volumineuses adénopathies axillaires, bilatérales mais prédominant à droite. Radiographie thoracique et échographie abdominale sont normales.

Biologie : NFS : GB : 13.000, PN : 6.700, Lymphocytes : 5500, Hb : 10 g, VGM : 92, Plaquettes : 180.000, VS : 40, CRP : 5 ; Electrophorèse des protides : Hypergammaglobulinémie polyclonale (14 g/l) immunofixation : pas de protéine monoclonale, Recherche de chaînes légères sériques et urinaires : négatif. TGO, TGP : sub normales, Gamma GT : normales, Phosphatases alcalines : 300 (N < 200). Créatininémie : 140 µmol/l, Calcémie : 3.20 mmol, Phosphorémie : 1.30 mmol.

Radiographies osseuses : rachis, bassin, fémurs : normales

Iconographie Cas clinique N°4



Questions cas clinique N°4 :

- 1) Décrivez les anomalies de l'IRM (T1), de la scintigraphie et de la coupe tomographique
- 2) Pourquoi l'IRM est anormale alors que les radiographies étaient normales ?
- 3) En scintigraphie osseuse au pyrophosphate de Technétium, à quel processus sont liées les hyperfixations ?
- 4) Quels sont les diagnostics à évoquer ?
- 5) Quelles peuvent être les complications au long cours du traitement pris par ce malade ?
- 6) Quelles sont les 2 solutions pour obtenir une certitude diagnostic ?
- 7) Dans la maladie que vous suspectez, compte tenu, par ailleurs de la normalité des radiographies, quel est le mécanisme en cause pour expliquer l'hypercalcémie ?
- 8) Comment traiter celle-ci ?

Réponses cas clinique N°4

Question 1

L'IRM montre de multiples lésions nodulaires médullaires (3) sur les corps vertébraux (1) en hypo signal T1 (2) sur cette séquence pondérée en T1 (2). La scintigraphie osseuse montre des hyper fixation sur les diaphyses fémorales (2). La tomodensitométrie objective une volumineuse adénopathie axillaire droite (3). A gauche l'adénopathie est de volume plus modéré (1). (14pts)

Question 2

L'IRM est beaucoup plus sensible que les radiographies, elle met en évidence l'envahissement médullaire par des cellules anormales avant que l'os ne soit remanié (5). (5pts)

Question 3

Le pyrophosphate de technétium se fixe anormalement sur le tissu osseux lorsqu'il existe une formation osseuse ostéoblastique accrue (5). (5pts)

Question 4

Métastases osseuses et ganglionnaires (5), leucémie (3), lymphome (5) en raison de l'atteinte médullaire, ganglionnaire, de la lymphocytose. (13pts)

Question 5

Sensibilisation aux infections virales, bactériennes, mycotiques (5). Augmentation du risque de cancers (5) cutanés surtout (3) et d'hémopathies (lymphomes) (4). Ostéoporose pour la corticothérapie (3). (20pts)

Question 6

Biopsie ostéomédullaire (5) ou biopsie ganglionnaire (5). (10pts)

Question 7

Il n'existe pas de lyse osseuse radio visible : l'hypercalcémie ne résulte donc pas d'une libération de calcium par ce mécanisme (2). Lors d'hémopathies l'hypercalcémie peut résulter d'une sécrétion anormale de 1-25 OH D3 par les cellules lymphomateuses (4).

Dans certains cas, une sécrétion anormale de PTHrp a été décrite (3). Enfin ont été rapportés des cas d'hypercalcémies liées à une production anormale de cytokines (IL6, TNF) (3) ou une activation du système Rank-Rankl (2). (14pts)

Question 8

Réhydratation : 4l de chloruré isotonique par 24h (4), Corticothérapie (120 mg de Méthylprednisolone) en perfusion (5), efficace en cas d'hémopathie (2), Pamidronate(90 mg) ou Zolédronate (5mg)