

Quand suspecter une maladie onco-hématologique?

Colloque de médecine de premier recours 2.12.2015

Séance plénière

Dr Kaveh Samii : médecin adjoint, service d'hématologie HUG

Dr Sandrine Tchokoteu Siéwé: cheffe de clinique, SMPR

M. X

72 ans

Consulte pour asthénie en progression depuis 2 mois avec dyspnée d'effort.

ATCD: 2 épisodes de BPN communautaires, HTA, IDM il y a 10 ans.

TT: Lisinopril 5mg, Métoprolol 25 mg, Aspirine cardio 100 mg,

Status: stable hémodynamiquement. Etat général diminué, pâleur, pas d'ADP, ictère, ni atteinte cutanée

Reste du status: sp

A quoi pensez vous?

A quoi pensez vous?

- Infection (virale, bactérienne, autres...)
- Maladie oncologique (hémopathie)
- Endocrinopathie (hypothyroïdie, diabète mellitus....)
- Métaboliques (hypercalcémie, etc....)

Quel bilan sanguin de 1^{ère} intention réalisez-vous?

Bilan sanguin de 1^{ère} intention

- FSC
- CRP/VS
- TSH
- Bilan phospho-calcique
- Tests hépatiques
- fonction rénale
- bilan vitaminique et martial

Formule sanguine

Globules rouges	2,5 T/l	(4,3-5,9)
Hémoglobine	87 g/l	(140-180)
Hématocrite	26,4 %	(29-50)
MCV	104,8 fl	(82-98)
MCHC	330 g/l	(320-360)
Réticulocytes	11 % = 27,7 G/l	
Globules blancs	2,8 G/l	(4-11)
Répartition	Normale	
Plaquettes	130 G/l	(150-350)

Formule sanguine au laboratoire

Qui, parmi vous, peut effectuer:

-Une formule sanguine au cabinet avec un automate ?

-Un frottis sanguin périphérique?

- Peut lire ou faire le frottis sanguin ?

Conclusion FSC:

Anémie macrocytaire arégénérative

Leucopénie

Thrombopénie

Quels sont les principaux DD de:

1/ Anémie agénérative?

2/ Macrocytose?

3/ Leucopénie?

4/Thrombopénie?

Diagnostics différentiels (1)

Anémie arégénérative :

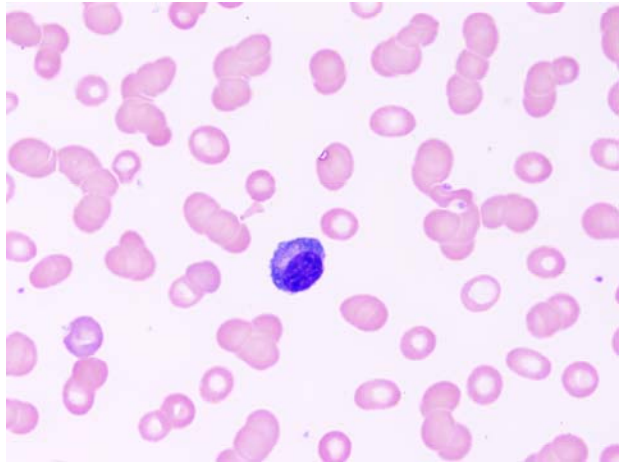
- Inflammatoire.
- Insuffisance rénale.
- Carentielle.
- Origine centrale :
 - Aplasie érythroïde.
 - Infiltration médullaire.

Diagnostics différentiels (2)

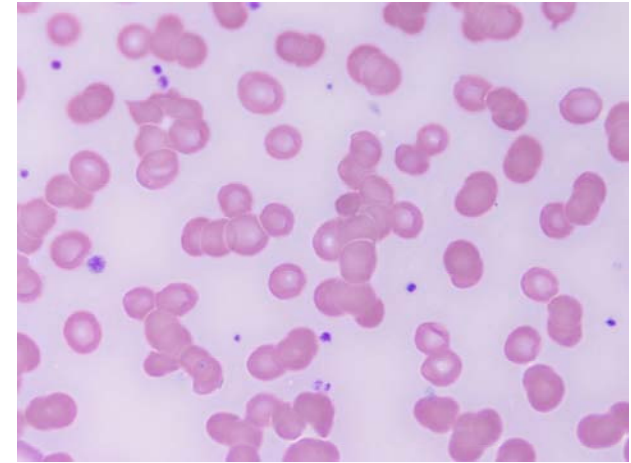
Macrocytose :

- Carence en vitamine B12.
- Carence en acide folique.
- Syndrome myélodysplasique.
- MCV faussement augmenté :
 - Rouleaux érythrocytaires.
 - Agglutinines froides.
 - Hépatopathie.

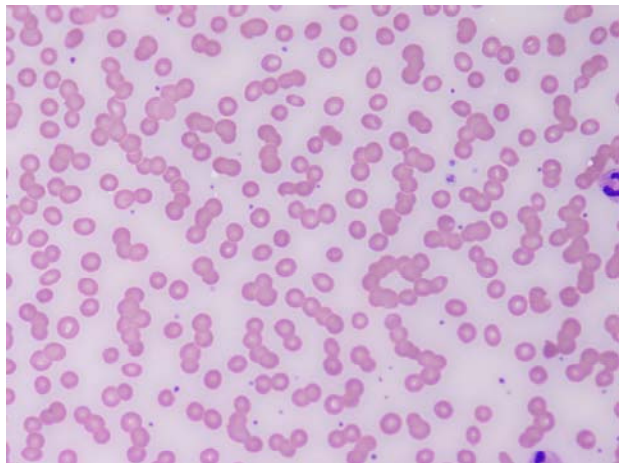
Rouleaux érythrocytaires (1)



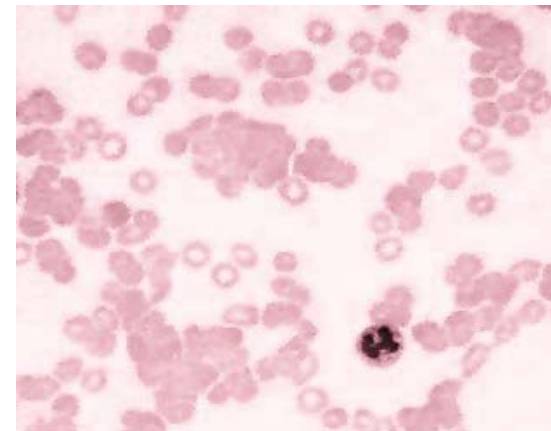
Rouleaux érythrocytaires (2)



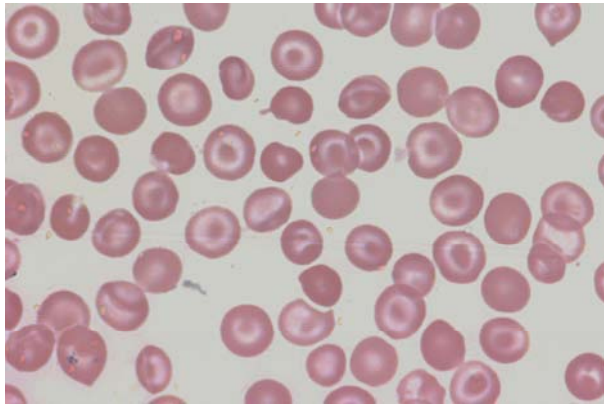
Rouleaux érythrocytaires (3)



Agglutinines froides



Cellules cibles



Diagnostics différentiels (3)

Leucopénie :

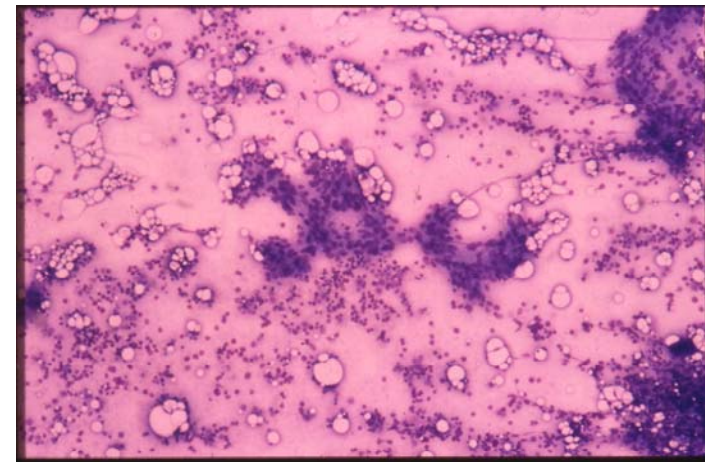
- Origine périphérique :
 - Hypersplénisme.
 - Auto-immune.
- Origine centrale :
 - Carentielle.
 - Médicamenteuse.
 - Myélodysplasie.
 - Aplasie médullaire.
 - Infiltration médullaire.

Diagnostics différentiels (4)

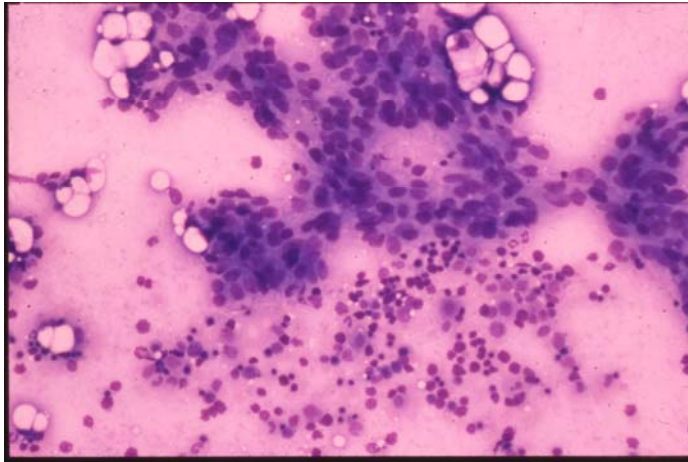
Thrombopénie :

- Origine périphérique :
 - Auto-immune.
 - Hypersplénisme.
- Origine centrale :
 - Carentielle.
 - Médicamenteuse.
 - Myélodysplasie.
 - Aplasie médullaire.
 - Fausse thrombopénie.

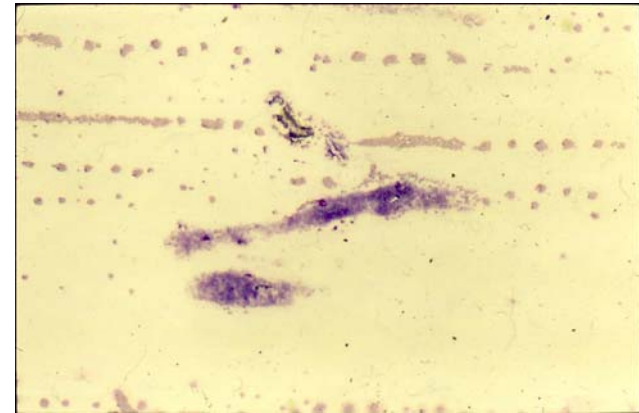
Métastases médullaires(1)



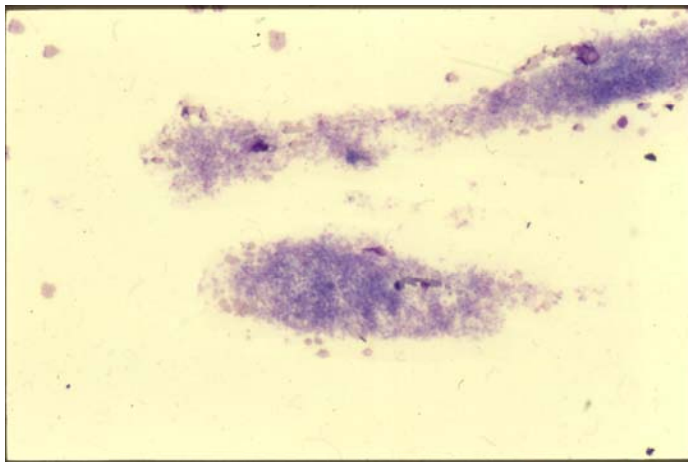
Métastases médullaires(2)



Pseudo-thrombopénie(1)



Pseudo-thrombopénie(2)



Bilan sanguin de notre patient

Globules rouges

- Anémie arégénérative.
- Fausse macrocytose (rouleaux érythrocytaires).

Globules blancs

- Répartition normale.

Plaquettes

- Thrombopénie vraie.

Autres investigations:

Electrophorèse et immuno-électrophorèse des protéines sériques.

Recherche chaînes légères dans le sang et les urines .

Bilan radiologique osseux.

Aspiration et BOM.

Quelles autres investigations réalisez-vous à cette étape?

Bilan sanguin

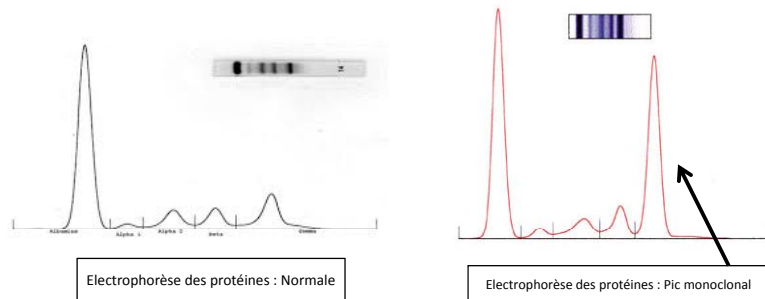
- Vitesse de sédimentation : 100 mm/1^{ère} heure
- CRP : 30 mg/l
- Créatinine : 170 µmol/l
- Calcémie : 2,6 mmol/l

Examens complémentaires

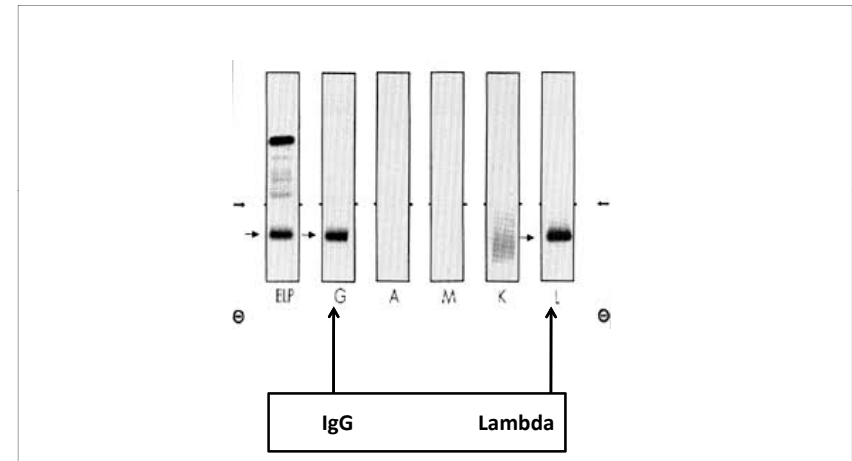
Electrophorèse des protéines :

- | | | |
|----------------------|---------|-------------|
| • Protéines sériques | 123 g/l | (62-79g/l) |
| • Albumine | 32,6 % | (57-70%) |
| • α1-globuline | 1,8 % | (2-4%) |
| • α2-globuline | 5,3 % | (4-13%) |
| • Gammaglobuline | 55 % | (8-18%) |

Electrophorèse des protéines sériques



Immunofixation



Bilan suivant

Immuno-électrophorèse des protéines :

- IgG 71 g/l (7-16 g/l)
- IgA 0,25 g/l (0,7-4 g/l)
- IgM 0,19 g/l (0,4-2,3g/l)
- Chaînes kappa 2,1 mg/l (3,3 – 19,4 mg/l)
- Chaînes lambda 700 mg/l (5,7- 26,3 mg/l)

Bilan suivant

Radiologie osseuse

Lésions lytiques à l'emporte pièce

Aspiration et biopsie médullaire

Infiltration médullaire par des plasmocytes

> 50%

Diagnostic définitif

Myélome multiple IgG lambda.

MGUS / myélome multiple

MGUS

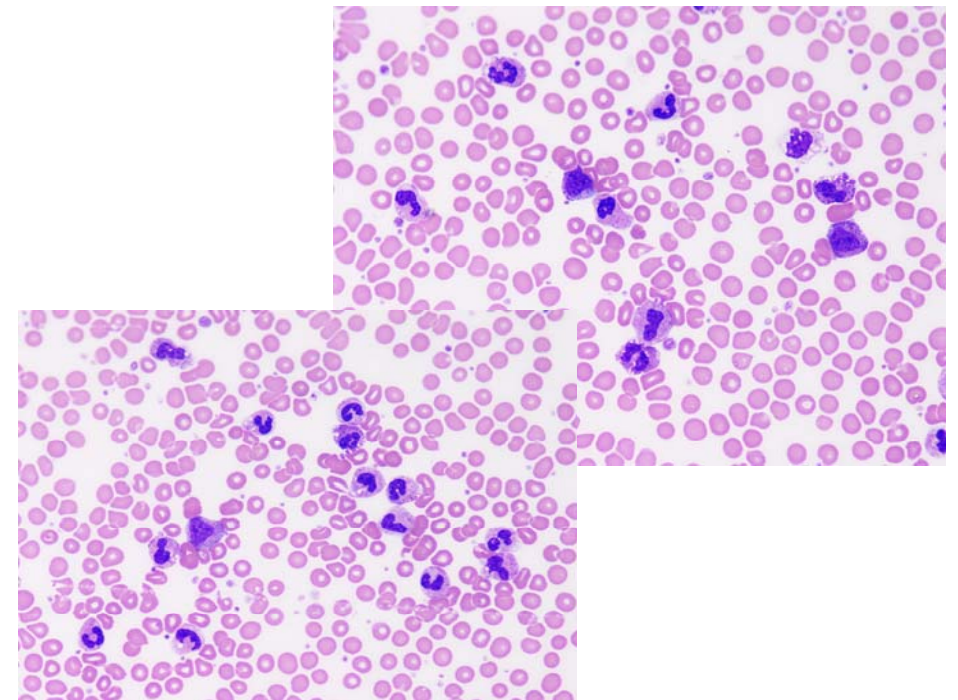
- Paraprotéine ≤ 30 g/l
- Calcium Normal
- Créatinine Normale
- Absence d'anémie.
- Absence de lésion osseuse.
- Plasmocytes médullaires < 30 %.

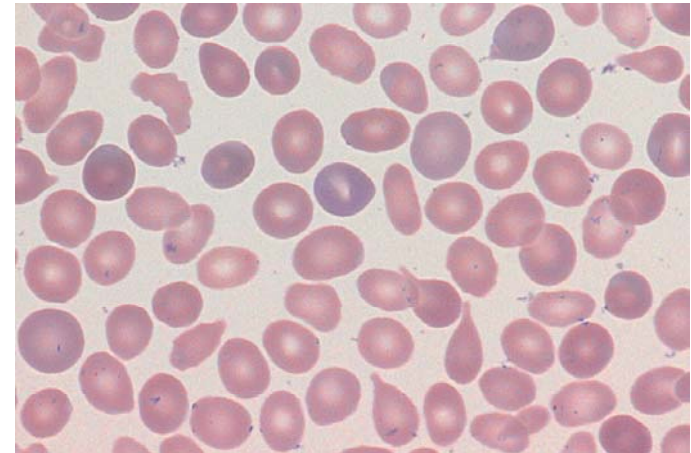
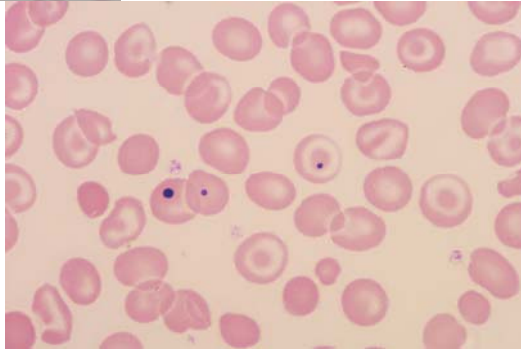
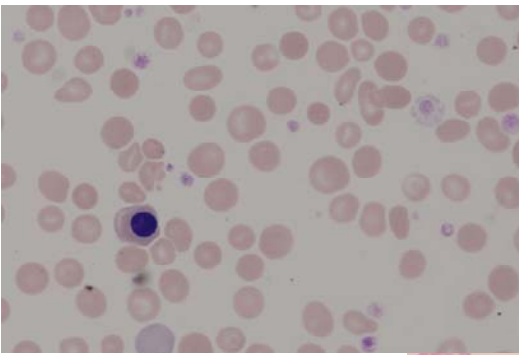
Myélome multiple

- Plasmocytose médullaire > 30 %.
 - Hypercalcémie.
 - Insuffisance rénale.
 - Anémie.
 - Lésions osseuses.
- } CRAB

Quand suspecter une maladie onco hématologique à la FS

- Leucocytose avec lymphocytose.
- Leucopénie et thrombopénie inexplicées.
- Eléments parlant pour une rupture de la barrière hématopoïétique.
- Pancytopénie inexplicée.
- Aplasie médullaire.
- Myélémie inexplicée.





Pronostic/Traitement?

- **Patients jeunes** :
 - Bortezomib + Revlimid + Dexamethasone
 - Bortezomib + Thalidomid + Dexamethasone
 - Bortezomib + Cyclophosphamid + Dexamethasone
- Plusieurs cycles ambulatoires suivis d'une **autogreffe** avec ou sans entretien par Revlimid + Dexamethasone

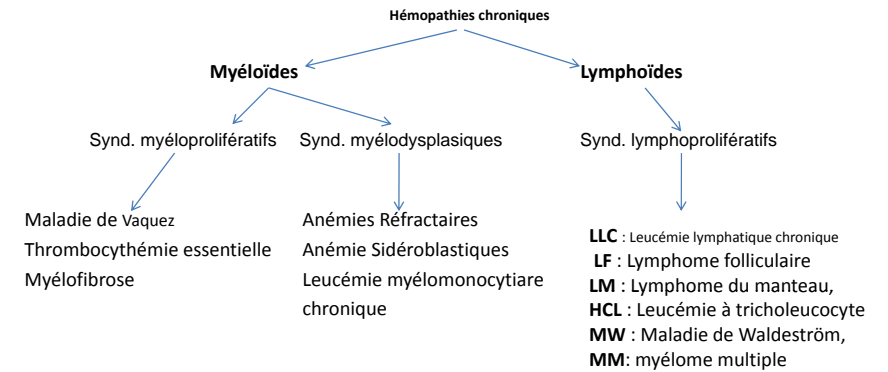
Pronostic/Traitement?

- **Patients âgés ou « unfit »** :
 - Bortezomib + Melphalan + Prednisone
 - Revlimid + Dexamethasone
 - Melphalan + Prednisone

Suivi du patient

MGUS → suivi par le médecin MPR 3-6 mois status complet, FCS, dosage Immunoglobulines
Calcémie et fonction rénale.

Myélome → Prise en charge initiale par l'hématologue puis suivi conjoint avec le médecin MPR.



Messages clés

- Frottis avec lecture par hématologue devant une anomalie inexpliquée de la FSC
- MPR assure suivi MGUS en première ligne
- MPR assure le suivi d'un myélome avec l'hématologue