

Myélome multiple avec gammopathie biconale du sujet jeune: un cas insolite

1^{er} Auteur : Imen Chabchoub, Assistante hospitalo-universitaire, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Equipe:

- Oumayma Chouchène, Résidente, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Chifa Dammak, Maître de conférence agrégée, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- H. Mohamed Vall, Rédient, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mayeda Ben Hamad, Assistante hospitalo-universitaire, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Nesrine Regaieg, Assistante hospitalo-universitaire, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Feten Frikha, Professeure, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mouna Snoussi, Maître de conférence agrégée, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Sameh Marzouk, Professeure, service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Zouhir Bahloul, Professeur, Chef de service de Médecine interne, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

Le myélome multiple (MM) ou maladie de Kahler est une hémopathie maligne caractérisée par une infiltration plasmocytaire maligne de la moelle osseuse. L'âge moyen de survenue est au-delà de 65 ans. Il est rare chez le sujet jeune. Nous rapportons un cas de MM survenu chez un adulte jeune de 33 ans, révélé par une oligoarthritis fébrile.

Observation

Il s'agit d'un homme âgé de 33 ans sans antécédents admis aux urgences pour oligo-arthrites de la cheville du genou droits évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. L'examen clinique trouvait un patient asthénique, fébrile à 40 tachycarde à 110 bpm et en hypotension à 70 mmHg de systolique stabilisé par le remplissage vasculaire. Il avait une arthrite du genou et de la cheville droite. L'auscultation cardio-pulmonaire était normale ainsi que l'examen des aires ganglionnaire. La biologie montrait un Syndrome inflammatoire intense avec une vitesse de sédimentation à 142 à la 1^{ère} heure, une CRP à 350 mg/l et une fibrinémie à 5.8 g/l. La numération formule sanguine révélait une anémie normochrome normocytaire régénérative à 5 g/dl. La ferritinémie était élevée à 2314 ng/ml. On retrouvait par ailleurs une hyperprotidémie à 106 g/l, une hypoalbuminémie à 21 g/l et une hypercalcémie à 3 mmol/l. Le bilan hépatique et la fonction rénale étaient normaux. La ponction articulaire ramenait un liquide purulent exsudatif dont la culture était positive à stahylococcus aureus. Les hémocultures étaient positives au même germe. La ponction sternale indiquée devant la suspicion d'un syndrome d'activation macrophagique devant a révélé une infiltration plasmocytaire à 68% par des plasmocytes dystrophiques en faveur du myélome. La biopsie ostéomédullaire a montré une plasmocytose médullaire à 75%. L'électrophorèse des protéines (EPP) sériques a montré la présence de deux pics monoclonaux au niveau de la zone gamma (**Figure 1**). L'immunofixation des protéines sériques a mis en évidence une gammopathie biconale de type IgG à chaînes légères kappa et un taux effondré des autres classes des immunoglobulines. Le dosage pondéral des immunoglobulines sériques a montré un taux élevé des chaînes légères kappa à 47 g/l (N 6.7 à 22.4 g/l). La B2 microglobuline était élevée à 12 mg/l (VN < 1.8 mg/l). Une TDM thoraco-abdominopelvienne complétée par un PET-scanner réalisés en urgence devant l'altération fébrile de l'état général associée au SIB a révélé une hépatosplénomégalie homogène, des adénopathies médiastinales, de multiples lésions ostéolytiques vertébrales, iliaques et costales (**Figure 2**) et un hypermétabolisme médullaire diffus avec hypermétabolisme focal au niveau des foyers osseux en faveur d'une infiltration médullaire. La présence de 3 critères CRAB (hypercalcémie, anémie et lésions lytiques multiples du squelette axial) et présence d'une plasmocytose médullaire supérieure à 10 % prouvée histologiquement a permis de retenir le diagnostic de myélome. Devant l'hypothèse d'une Amylose secondaire évoquée devant l'hépatosplénomégalie et les adénopathies, une protéinurie de 24h et une biopsie des glandes salivaires réalisées se sont révélés normales. Le patient a été traité par antibiothérapie associée à un drainage chirurgical pour son oligoarthritis septique avec évolution favorable. Une chimiothérapie à base de Melphalan-dexaméthasone et thalidomide est instauré pour son myélome.

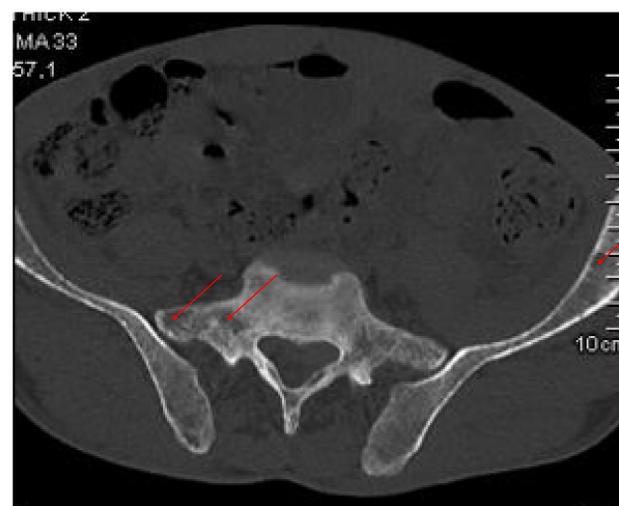
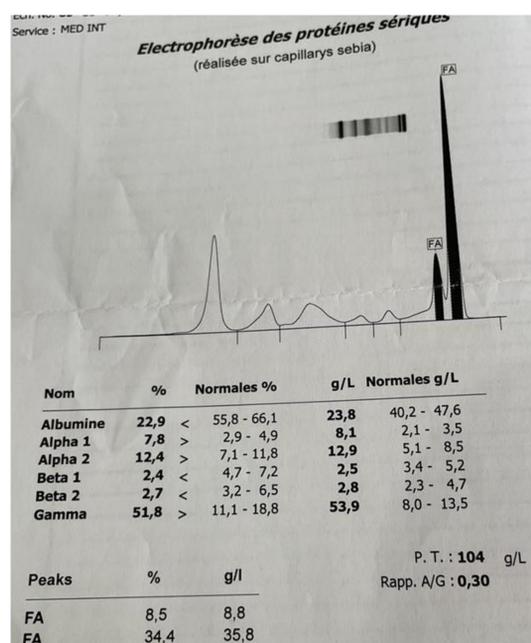


Figure 1: Electrophorèse des protéines sériques montrant deux pics monoclonaux en zone gamma.

Figure 2: TDM abdominopelvienne: Coupe transversale: Lésions ostéolytiques au niveau du sacrum et des os iliaques (Flèches).

Conclusion

Le diagnostic du myélome multiple est plus difficile à évoquer chez le sujet jeune notamment devant un tableau clinico-biologique atypique. Sa révélation par une oligoarthritis septique et la présence de double pic monoclonal à l'EPP sont exceptionnels. Le myélome chez le jeune est marqué par sa sévérité clinique d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce et adéquate permettant une meilleure qualité de vie.