

Item 126 : Immunoglobulines monoclonales (Évaluations)

**Association des Collèges des Enseignants d'Immunologie
des Universités de Langue française**

Date de création du document 2010-2011

CAS CLINIQUE

Scénario :

Lors d'un don du sang, une électrophorèse des protéines sériques a été effectuée chez Mme M., 56 ans. Le tracé est présenté ci-dessous avec la quantification des différentes fractions.

- Protides totaux : 73 g/l
- Albumine : 53 %
- alpha 1 : 3,1 %
- alpha 2 : 11,1 %
- bêta : 20,9 %
- gamma : 11,1 %

QUESTION 1/1 :

- Quelle anomalie observez-vous ?
- Le laboratoire a complété l'exploration et a conclu à la présence d'une IgG kappa. Quel examen a été nécessaire ?
- Le taux sérique des IgA et des IgM polyclonales est à la limite inférieure de la normale : quelle technique de dosage a été mise en œuvre par le laboratoire ?
- L'examen clinique de Mme M. est normal. Quels examens complémentaires sont nécessaires pour éliminer un myélome ?
- Les résultats des examens complémentaires sont normaux. Que décidez-vous ?

CAS CLINIQUE

Scénario :

Un homme de 63 ans est adressé à l'hôpital par son médecin traitant pour l'établissement d'un bilan complet. Il l'a consulté pour une asthénie, une dyspnée d'effort et des lombalgies. Cette symptomatologie évolue depuis plusieurs semaines. Les douleurs n'ont fait qu'augmenter malgré la prise de plusieurs comprimés d'aspirine par jour et commencent à entraver le sommeil du patient.

L'interrogatoire précise que cet homme est fatigué depuis quelques temps, qu'il a maigri de quelques kilogrammes. Il a mauvaise mine, a peu d'appétit, se plaint de constipation, de nausée, de céphalées. Il se relève souvent la nuit pour boire, sa langue est sèche et il lui semble qu'elle a grossi, gênant un peu son élocution.

L'examen clinique est pauvre. Il n'y a ni hépato-, ni splénomégalie, ni adénopathies. Il n'y pas de douleurs à la pression des os.

La vitesse de sédimentation est normale. La numération formule sanguine montre une anémie arégénérative et le myélogramme révèle la présence de 40% de plasmocytes au sein d'une moelle de richesse normale. Sur les clichés du squelette on note une déminéralisation vertébrale et deux petites lacunes crâniennes. L'électrophorèse des protéines sériques, effectuée sans précaution particulière, met en évidence une diminution des gammaglobulines. L'analyse immunoélectrophorétique du sérum ne retrouve qu'une diminution des trois principales classes d'immunoglobulines sans anomalies qualitatives. Une urographie intra-veineuse, effectuée en externe, n'a pas montré d'anomalie: pas de dilatation pyélocalicielle, aucun calcul, imprégnation en un temps normal du parenchyme rénal. Il n'y a pas de protéinurie à la bandelette.

QUESTION 1/1 :

- Le diagnostic de myélome multiple est fortement suspecté. Étant donné la fréquence relative de ses diverses formes biologiques, quel est l'examen indiqué en premier dans un but diagnostique ? Qu'en attendez-vous ?
- En cas de myélome patent, que doit faire évoquer une vitesse de sédimentation normale? Comment en faire la preuve ?
- Un certain nombre d'examens cliniques et biologiques n'ont pas été effectués. Indiquez-les en justifiant vos réponses.

- À l'inverse l'un des examens pratiqués est non seulement superflu, mais encore potentiellement dangereux. Lequel et pourquoi ?
- Le myélogramme, montrant une moelle sternale envahie par 40 % de plasmocytes, est extrêmement typique, mais le cytologiste n'a pas précisé l'aspect des plasmocytes. Faites-le.
- Certains détails de l'observation doivent faire envisager une biopsie particulière. Laquelle et dans quel but ?
- Le traitement est fondé en partie sur l'importance de la masse tumorale. Indiquez les éléments cliniques et paracliniques qui permettent de l'évaluer.
- On recherche chez ce malade un déficit de l'immunité humorale. Quelles explorations simples sont utiles pour apprécier un éventuel déficit ?
- Le traitement est entrepris. Quels éléments sont importants pour suivre l'évolution ?

CAS CLINIQUE

Scénario :

Madame P..., 60 ans, est hospitalisée en raison d'une exacerbation, survenue brutalement un matin au réveil, de douleurs lombaires évoluant depuis deux mois. Les radiographies réalisées n'avaient pas montré de lyse osseuse.

Elle fume 10 cigarettes par jour depuis 20 ans et est suivie pour une hypertension depuis 6 ans. A l'examen, la douleur empêche toute mobilisation. Elle pèse 44 kilos pour un poids de base à 46 kilos il y a deux semaines et se plaint de nausées. L'examen osseux révèle des douleurs à la palpation du rachis lombaire et des ailes iliaques.

Les examens complémentaires montrent les résultats suivants :

- GB 5,5 G/L,
- hémoglobine 8,2 g/dL,
- hématies 2,7 téra/L,
- plaquettes 212 G/L,
- formule leucocytaire normale,
- TP 80 %, TCA 30/35,
- fibrinogène 3 g/L,
- Na⁺ 141 mmol/L,
- Cl⁻ 95 mmol/L,
- K⁺ 4,7 mmol/L,
- protides 118 g/L,
- Ca⁺⁺ 2,83 mmol/L,
- créatinine 101 µmol/L.

QUESTION 1/1 :

- Question n° 1 : quel(s) diagnostic (s) évoquez-vous ?
- Question n° 2 : que recherchez-vous cliniquement ?

- Question n° 3 : quels examens complémentaires demandez-vous ? Qu'en attendez-vous ?
- Question n° 4 : quelles mesures thérapeutiques prévoyez-vous ?
- Question n° 5 : dans cette pathologie, quels peuvent être les mécanismes de l'atteinte rénale ?