

CAS CLINIQUE N°

**SERVICE D'HÉMATOLOGIE CLINIQUE SOUSSE
LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
SOUSSE**

Y.I. 40 ans, sans antécédent pathologique notable, hospitalisé le 5 mai 2004 au service de maladies infectieuses pour :

- Fièvre
- Asthénie
- Amaigrissement
- Vomissements
- Épigastralgies

Le tout évoluant depuis 1 mois

EXAMEN PHYSIQUE I

- OMS:3
- Température à 39°
- Ictère conjonctival franc
- Adénopathie sus claviculaire gauche de 1cm
- Hépatosplénomégalie (FH: 20cm, FS:16cm)

BILAN I

- Hémogramme:
 - GB: 9 600/mm³ (64%PNN)
 - Hb: 11,6 g/dl
 - Pq: 60 000/mm³

BILAN II

Bilan hépatique:

ALAT/ASAT : 144/73 UI/L

BT/BD : 113/82 UI/L

PH Alcalines : 1028 UI/L

GT: 651 UI/L

LDH : 2172 UI/L

Bilan métabolique, infectieux (sérologies hépatitiques : négatives), immunologique, d'hémostase et fonction rénale normaux.

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

Devant ce contexte:

- Une hépatite
- Une urgence chirurgicale: cholécystite aiguë, une angiocholite, une pancréatite aiguë
- Transférée au service de chirurgie générale le 10 juin 2004

BILAN III

- Amylasémie, amylassurie, lipasémie: normales
- Échographie abdominale: hépatosplénomégalie modérée

EVOLUTION I

- Persistance de la symptomatologie clinique
- Apparition d'une blastose sanguine
- Transfert en hématologie 45 jours après

EXAMEN PHYSIQUE II

- Fièvre à 39°
- Ictère cutanéomuqueux
- Hépatosplénomégalie
- Adénopathie sus-claviculaire gauche
- Reste de l'examen normal

BILAN IV

- Hémogramme:

GB: 15 000/mm³ (50 % blastes).

Anémie normochrome normocytaire à
7g/dl.

Thrombopénie à 23 000/mm³ .

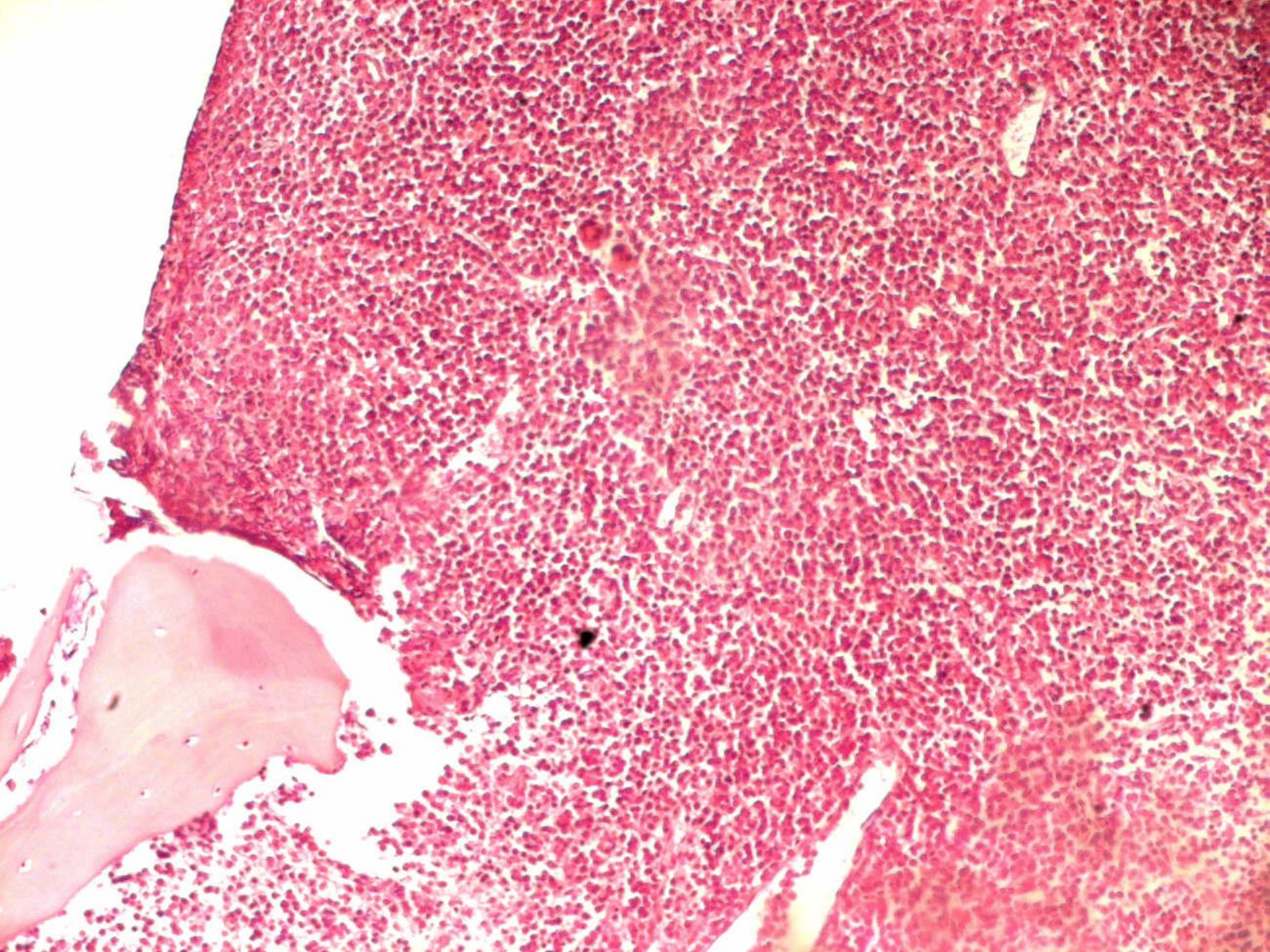
BILAN V

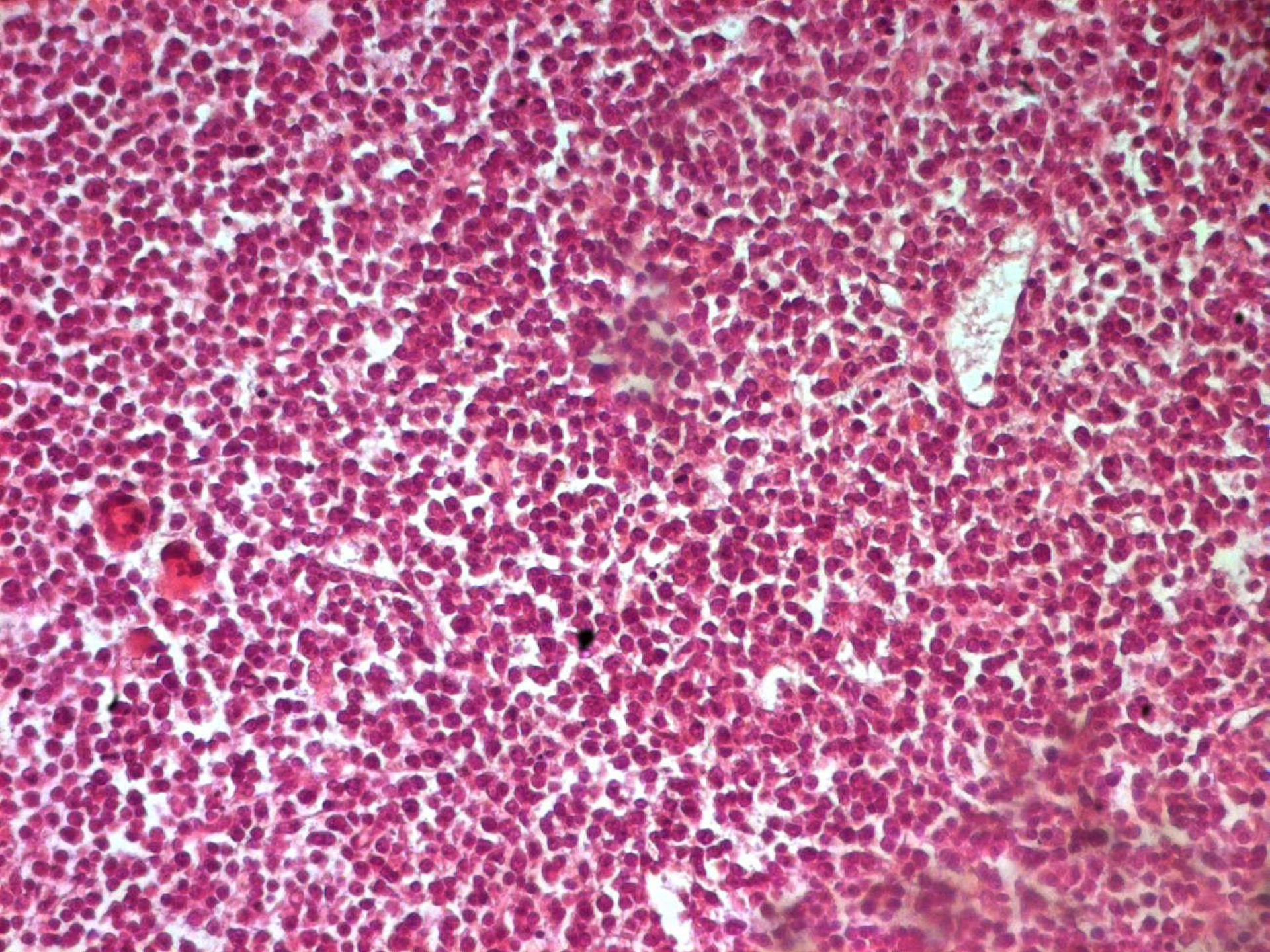
- Myélogramme :
 - Moelle pauvre infiltrée par 50% de blastes difficiles à classer
 - Réaction à la myéloperoxydase négative .

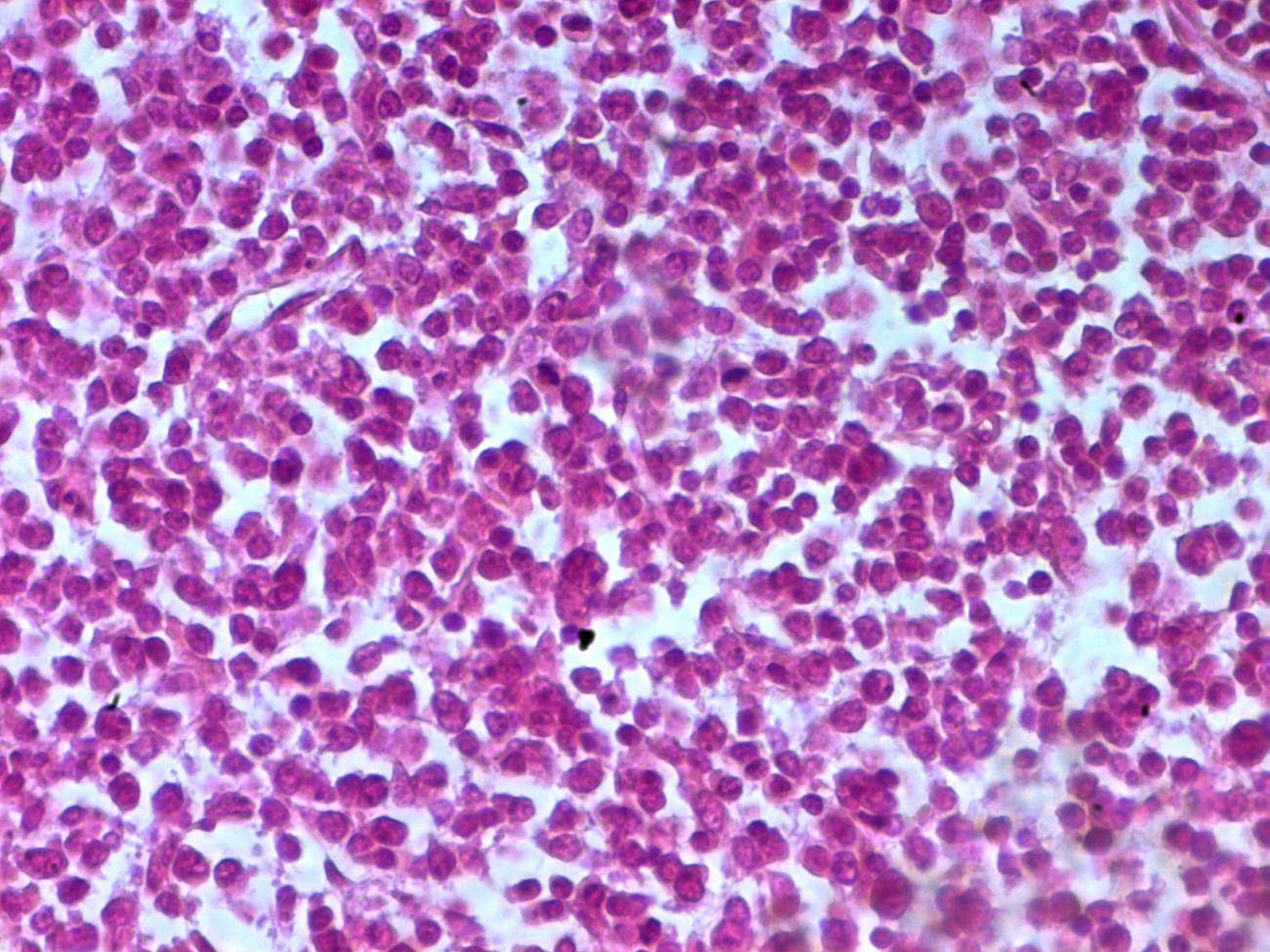
BILAN VI

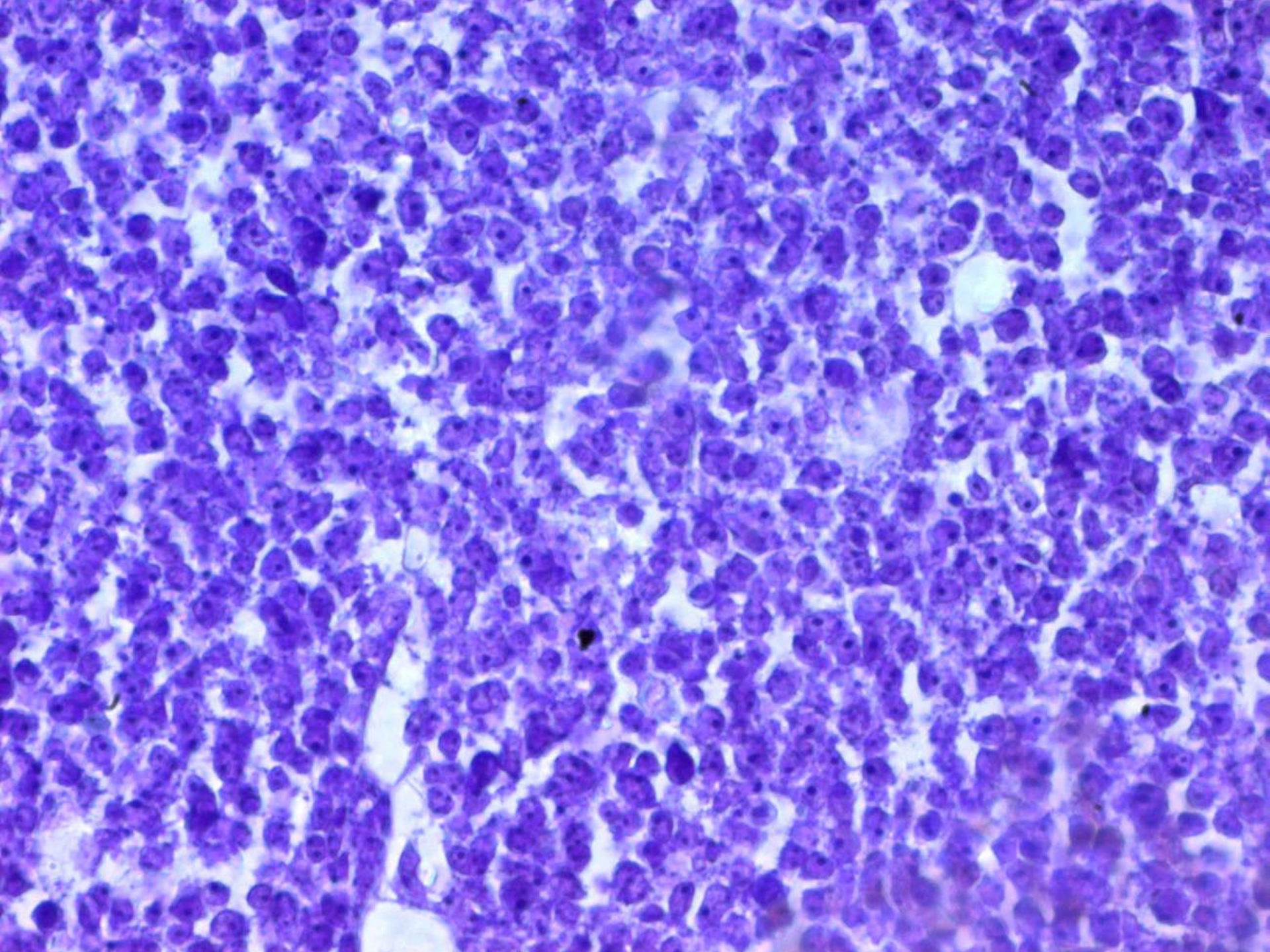
- Immunophénotypage sur sang périphérique :

Population cellulaire d'environ 82 % à profil immunophénotypique lymphoïde pré pré B (CD19+, cCD79a+, CD22dim, CD20+, CD10+, SIgM- , CIgM-, CD34-, CD38+, HLADR+) avec coexpression du FMC7.

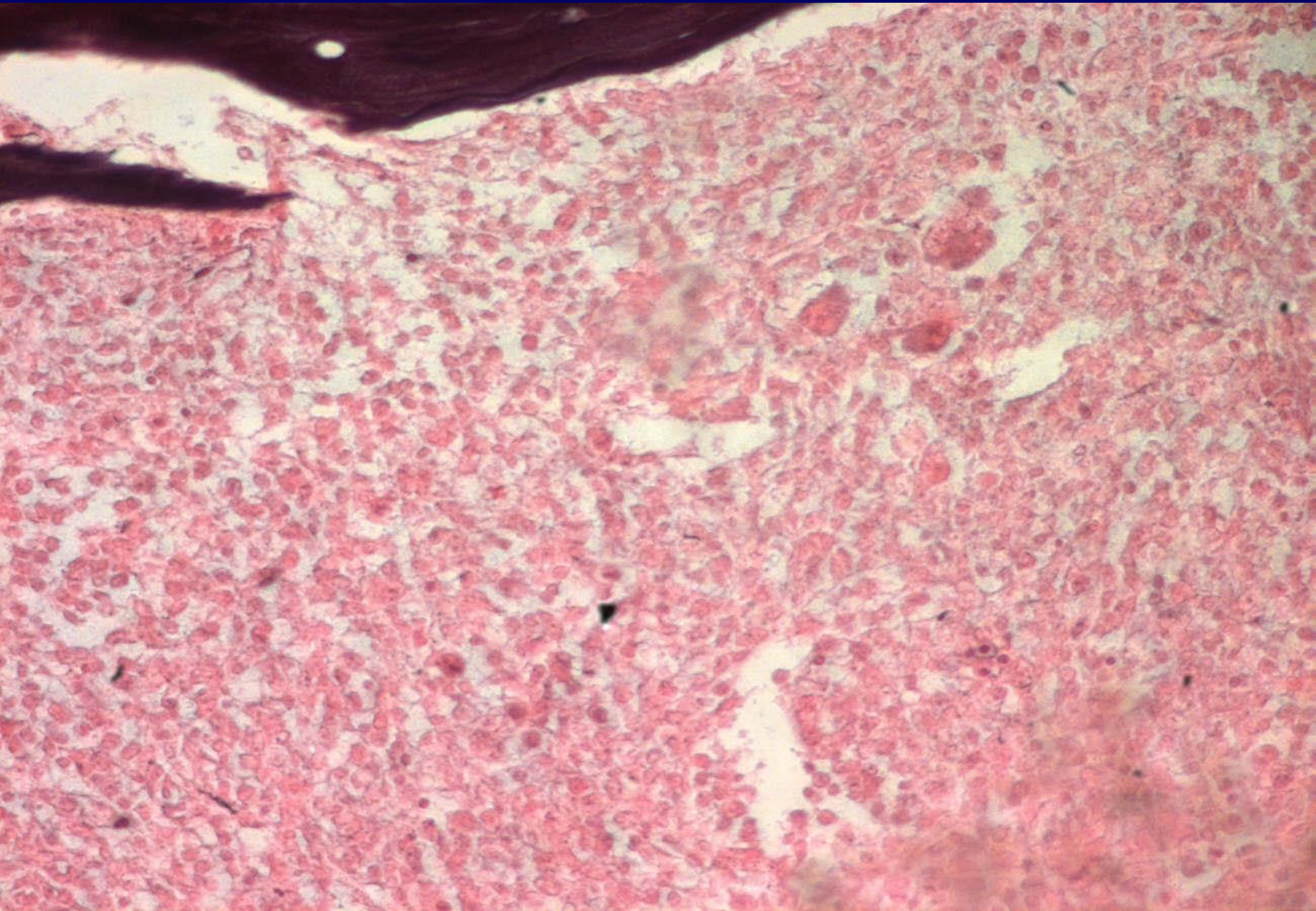


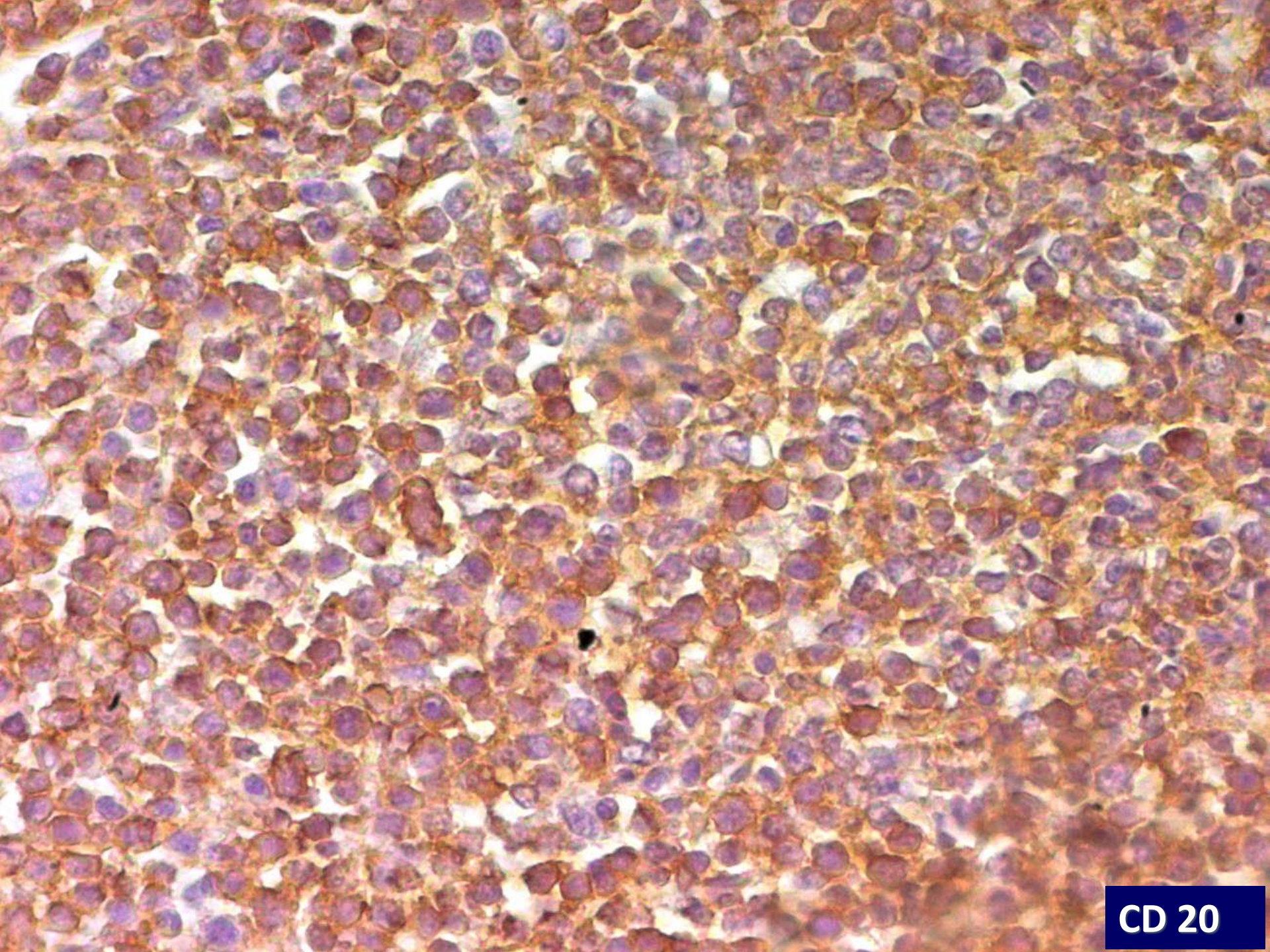




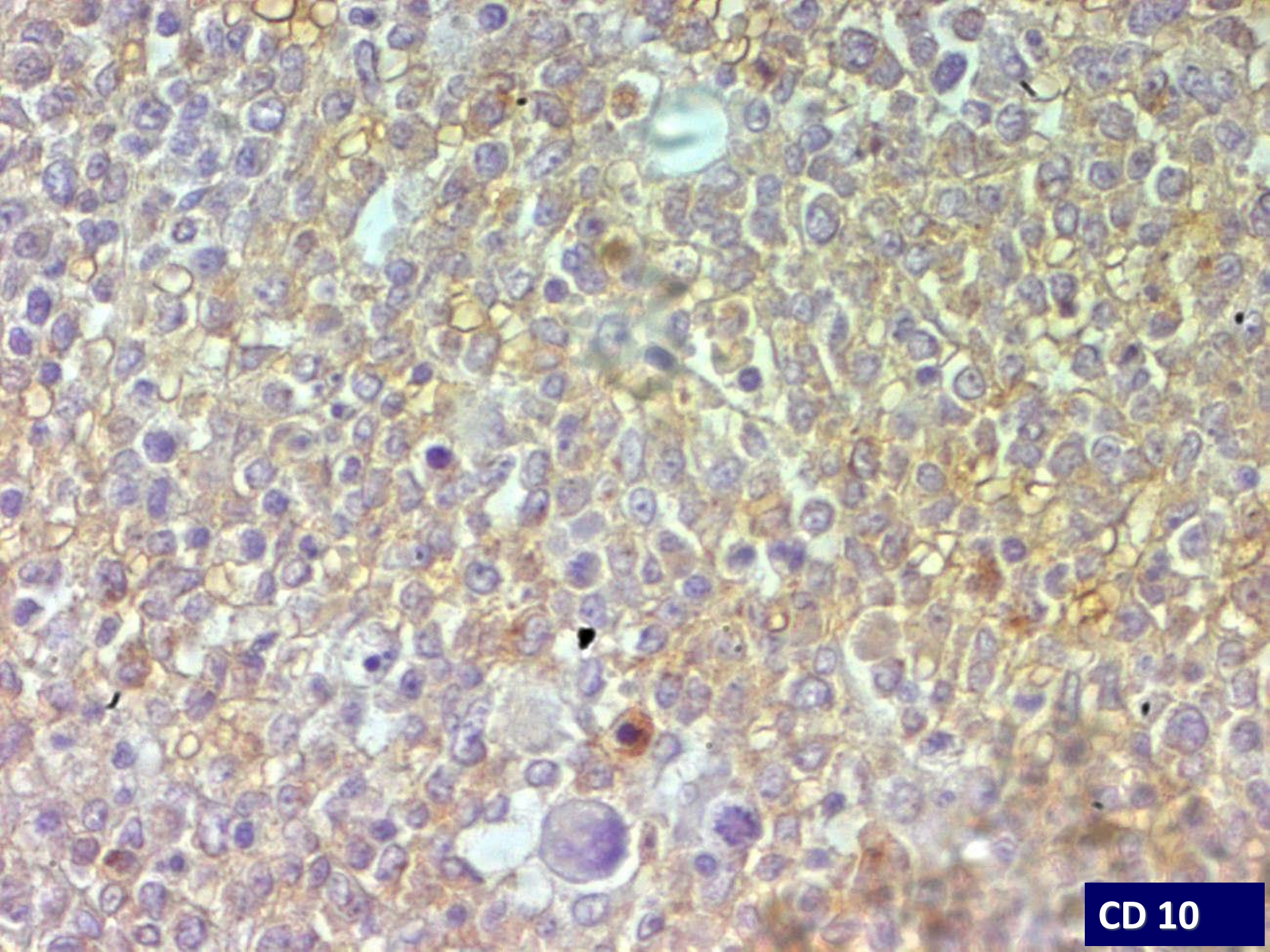


Biopsie de moelle

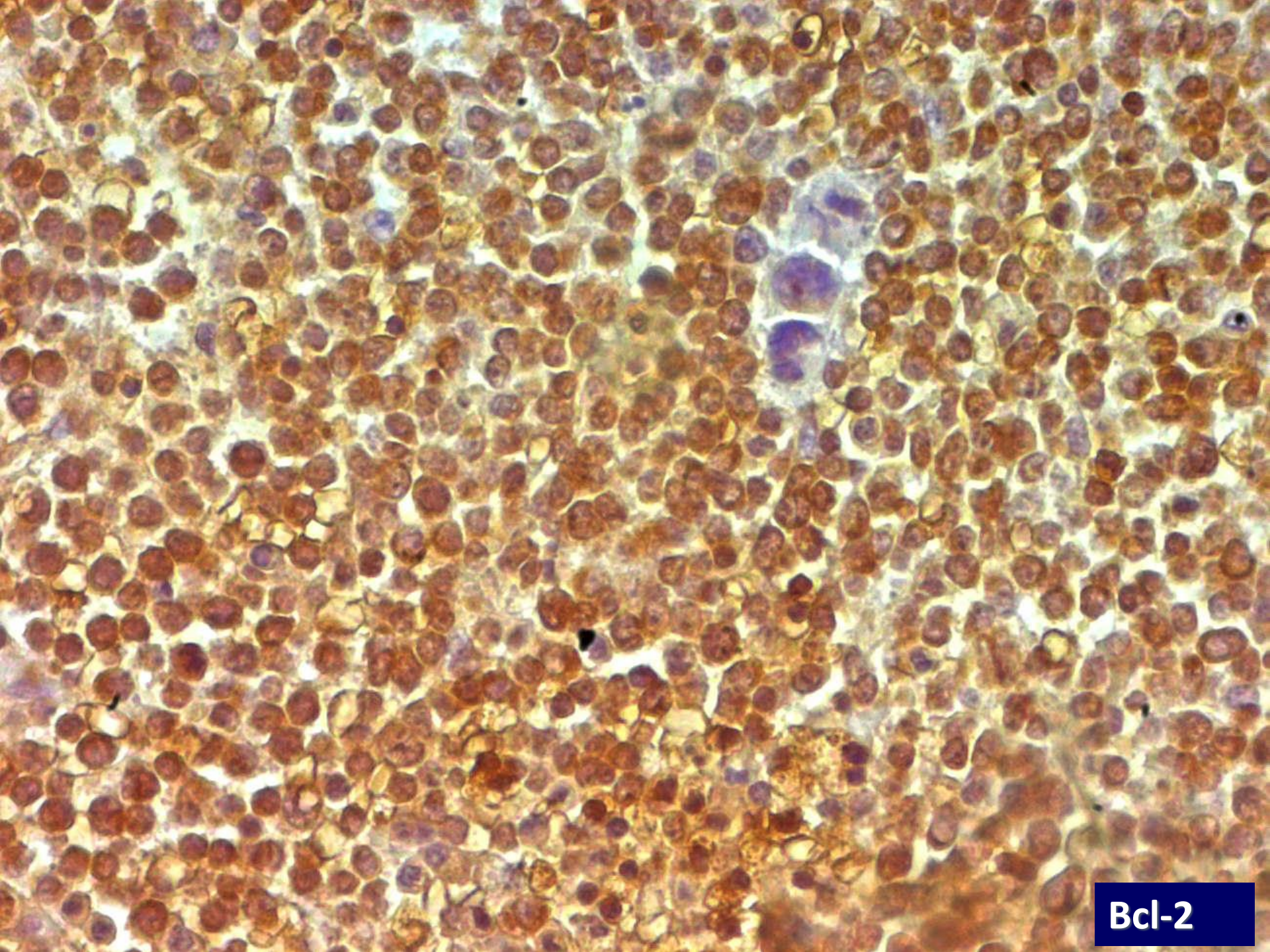




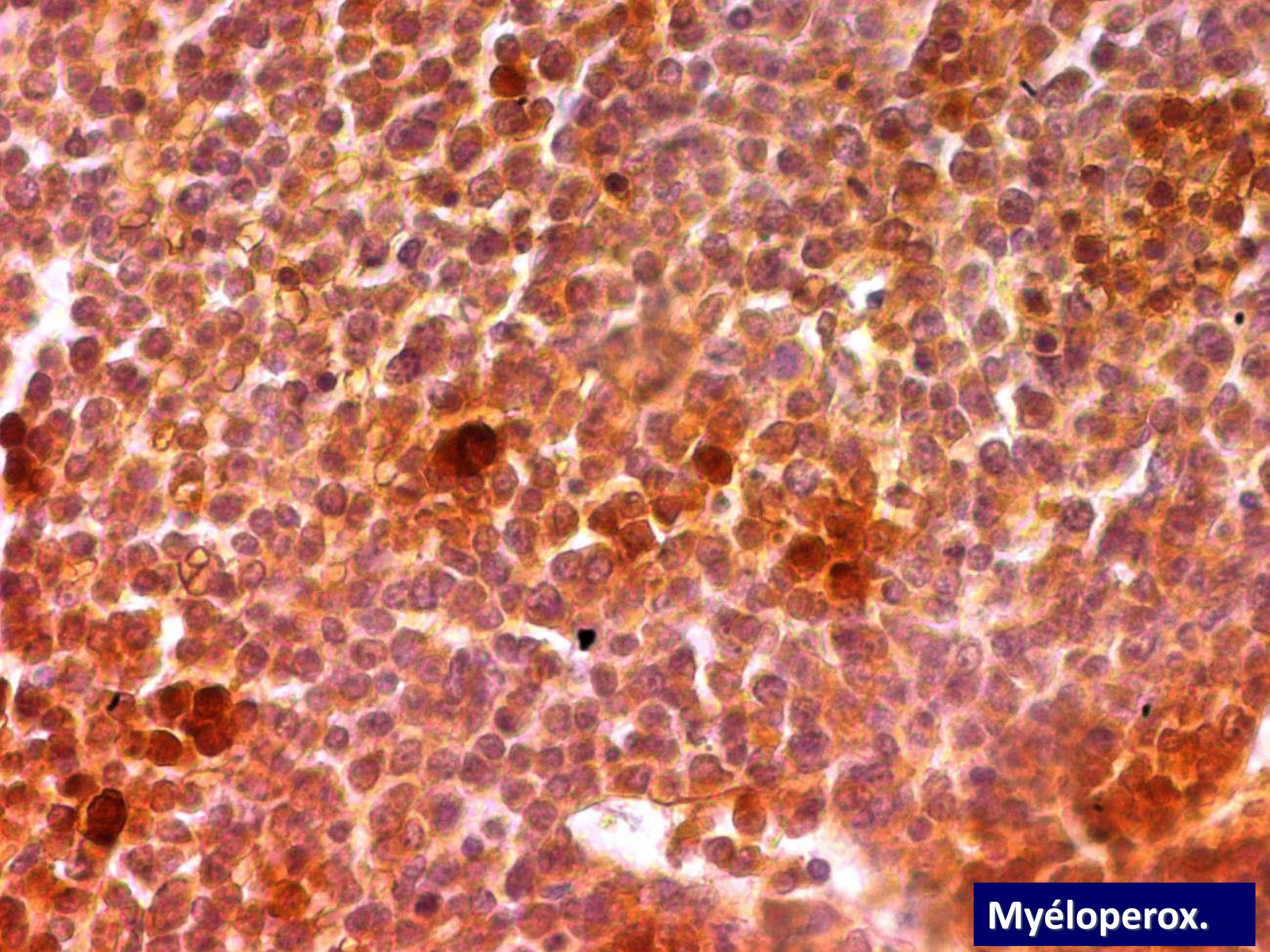
CD 20



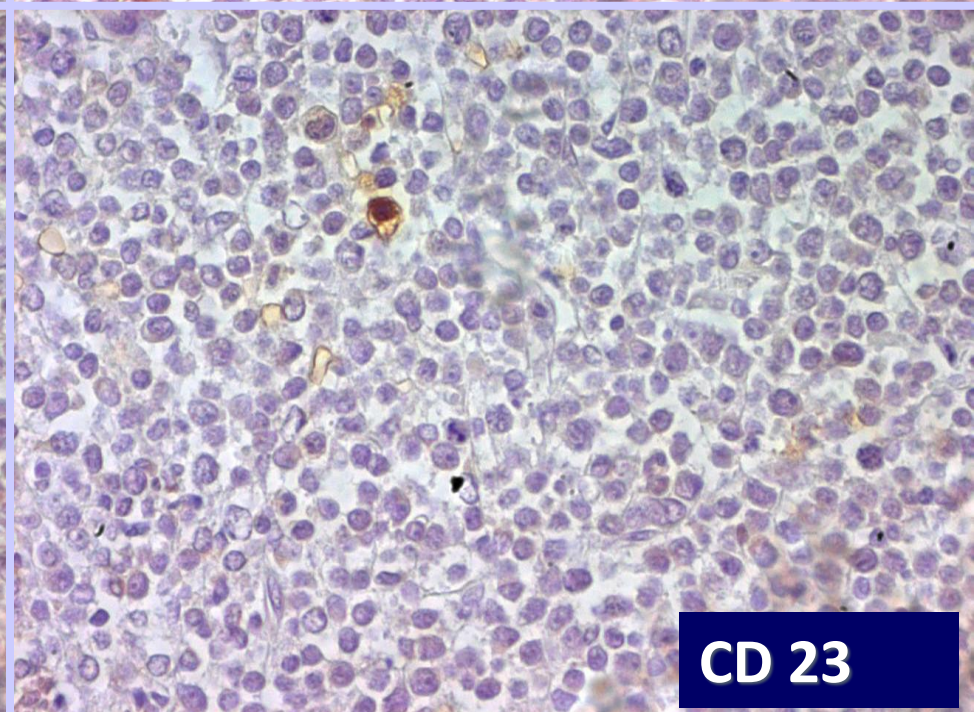
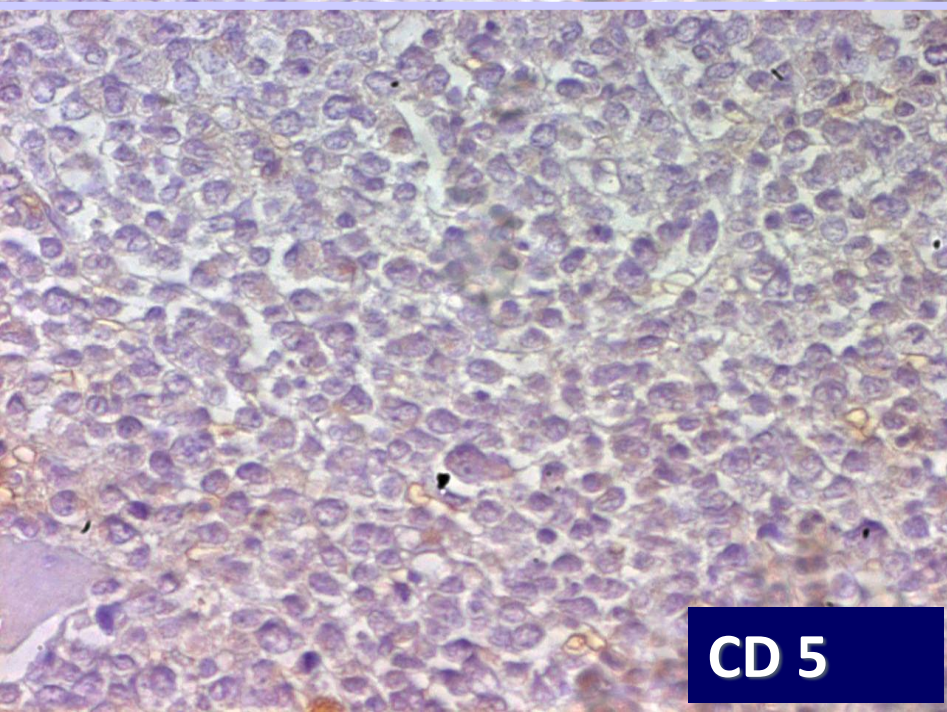
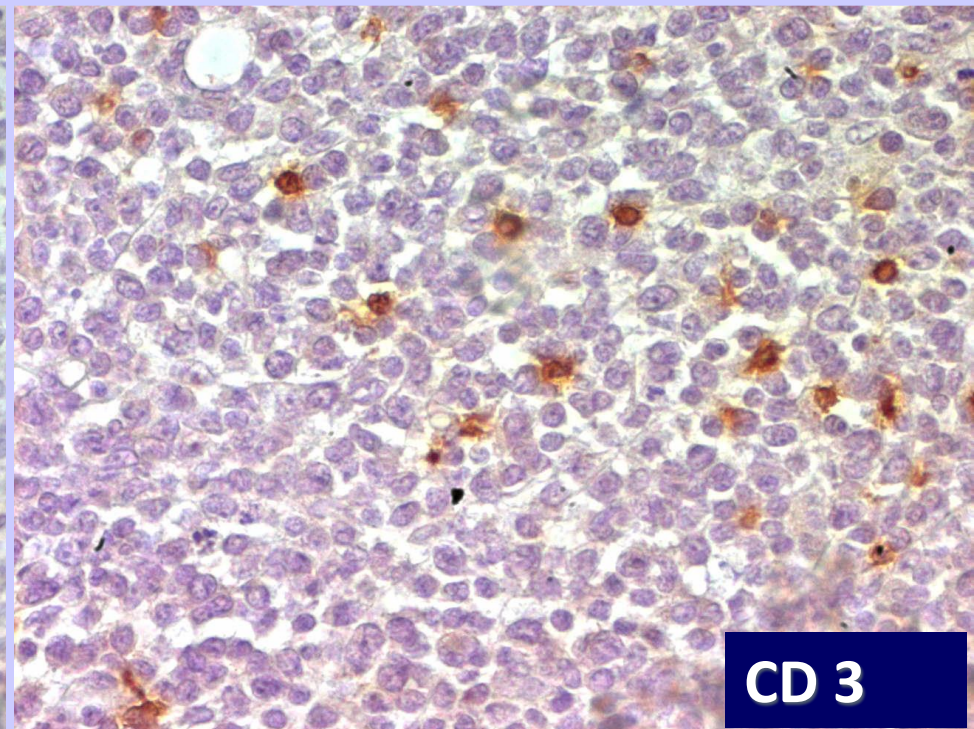
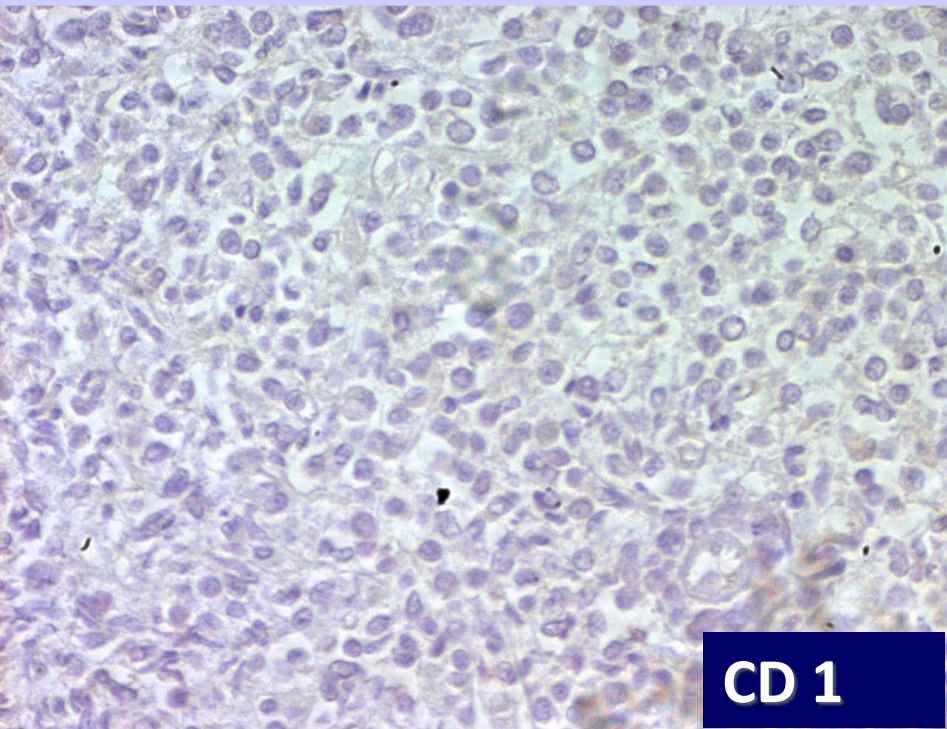
CD 10



Bcl-2



Myéloperox.

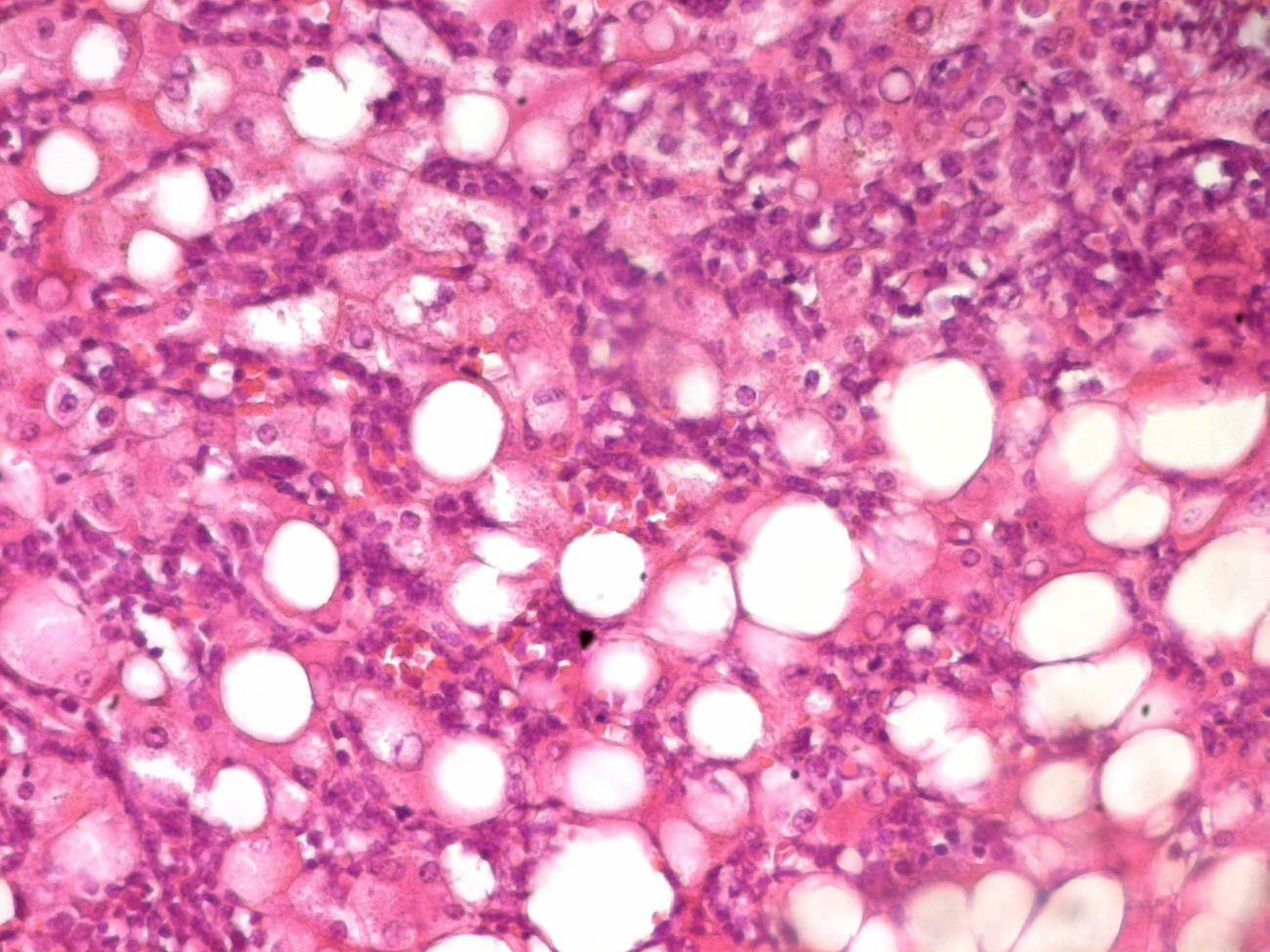


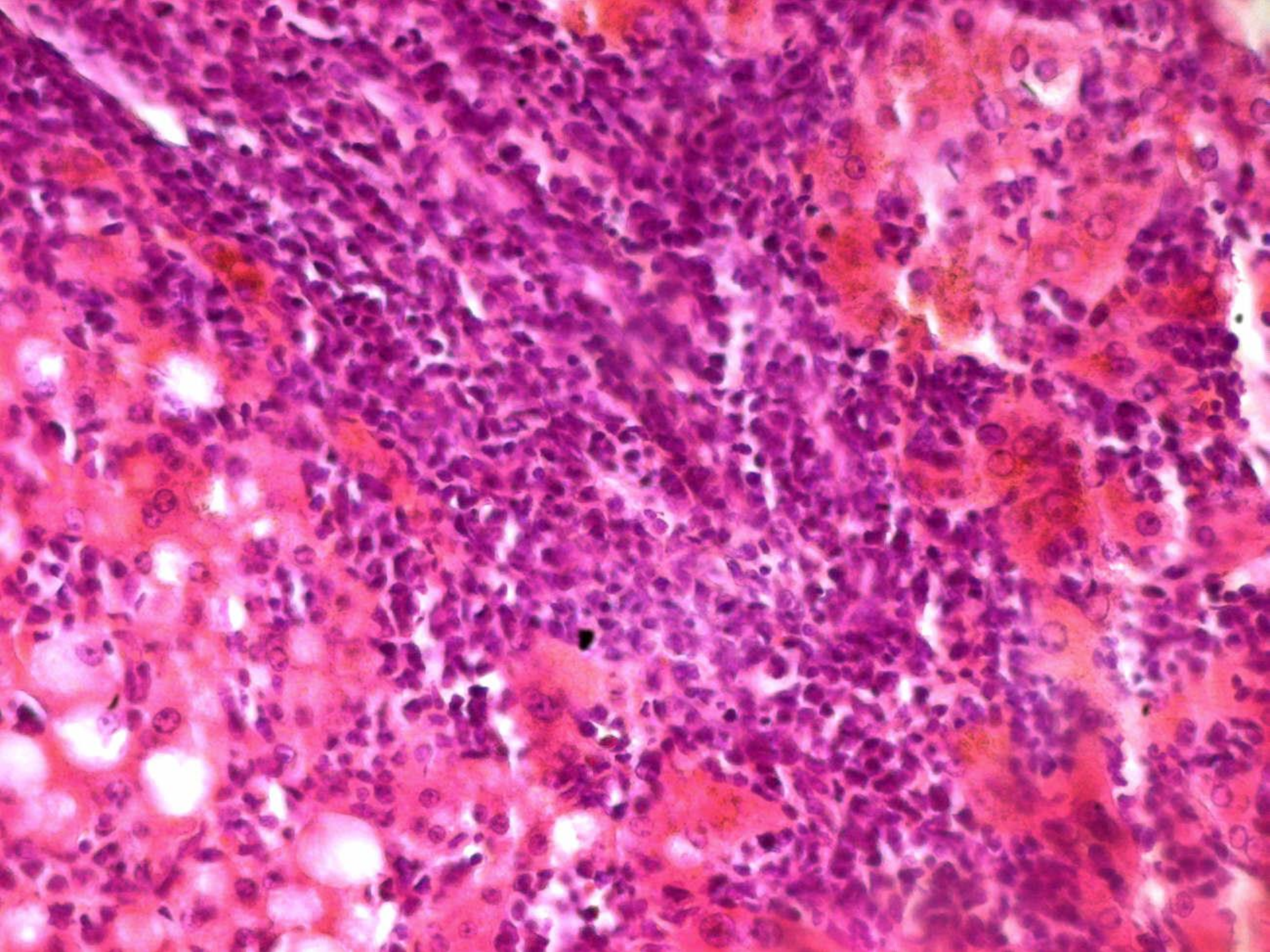
BILAN VIII

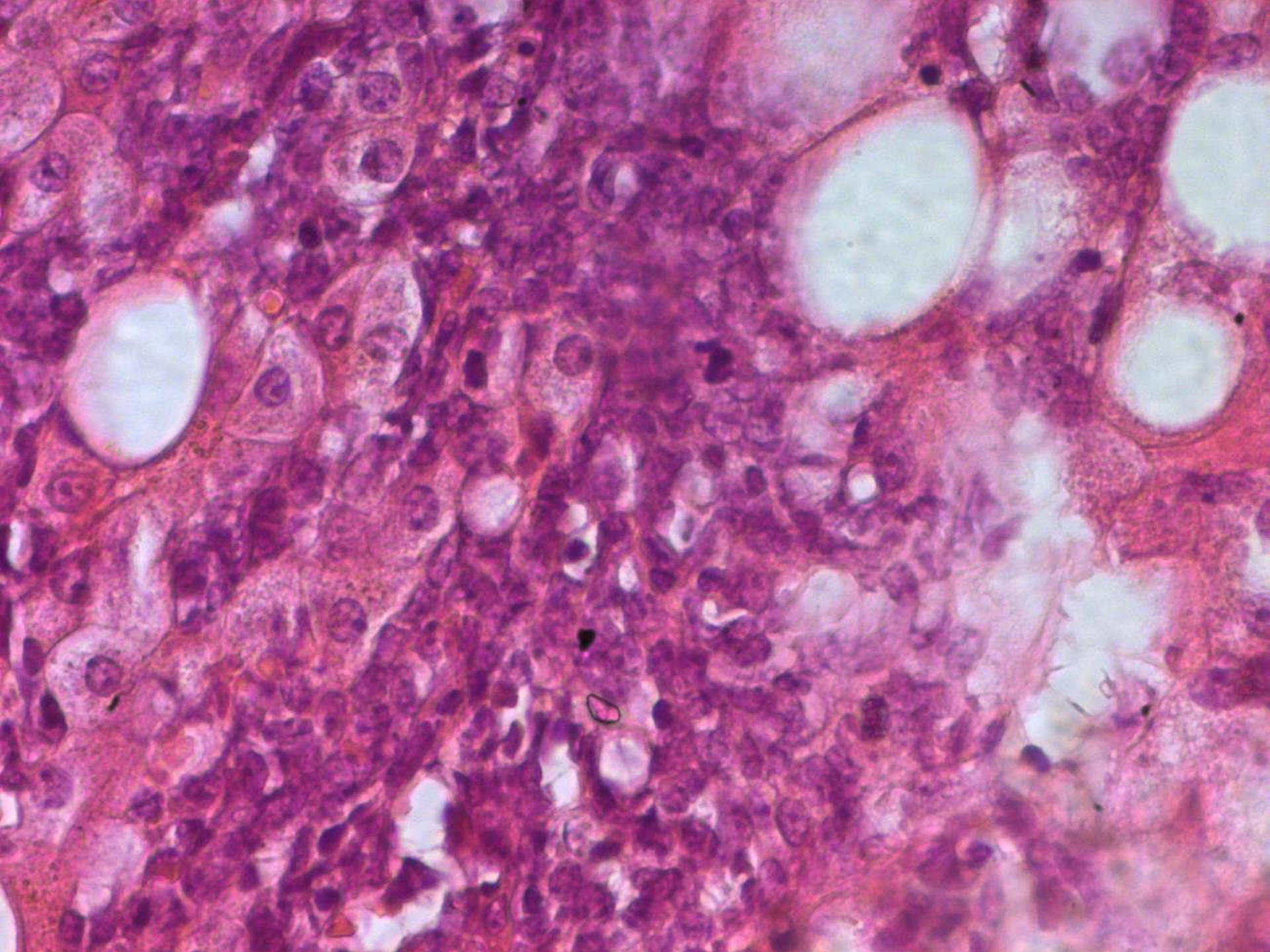
- Caryotype oncologique : présence d'un clone pathologique avec hypoploïdie sévère à 36 chromosomes .

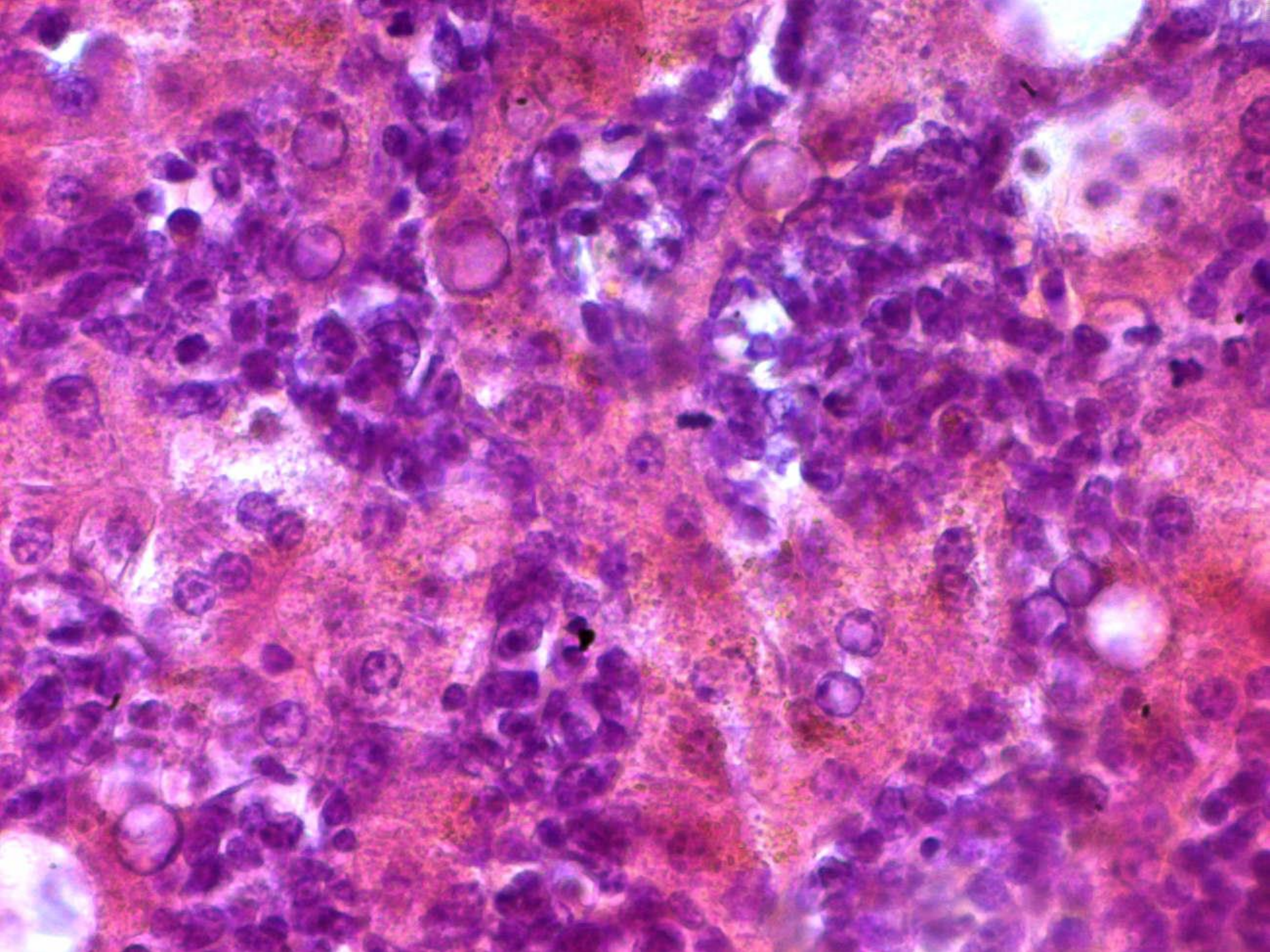
AU TOTAL

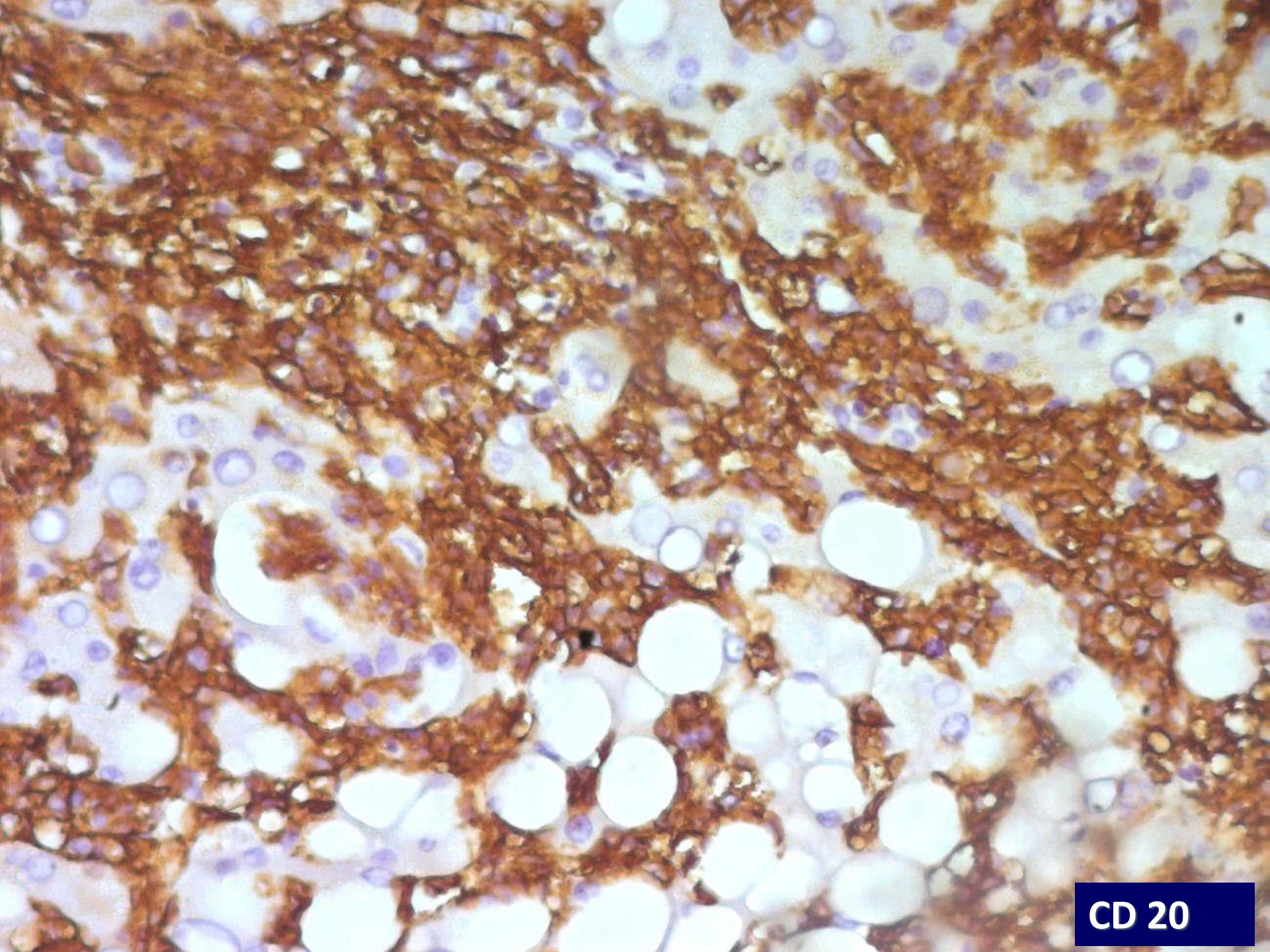
- Hémopathie lymphoïde B
 - S'agit-il d'un lymphome non hodgkinien leucémisé ?
 - lymphome hépatosplénique γ/δ ?
 - leucémie aigue lymphoblastique?



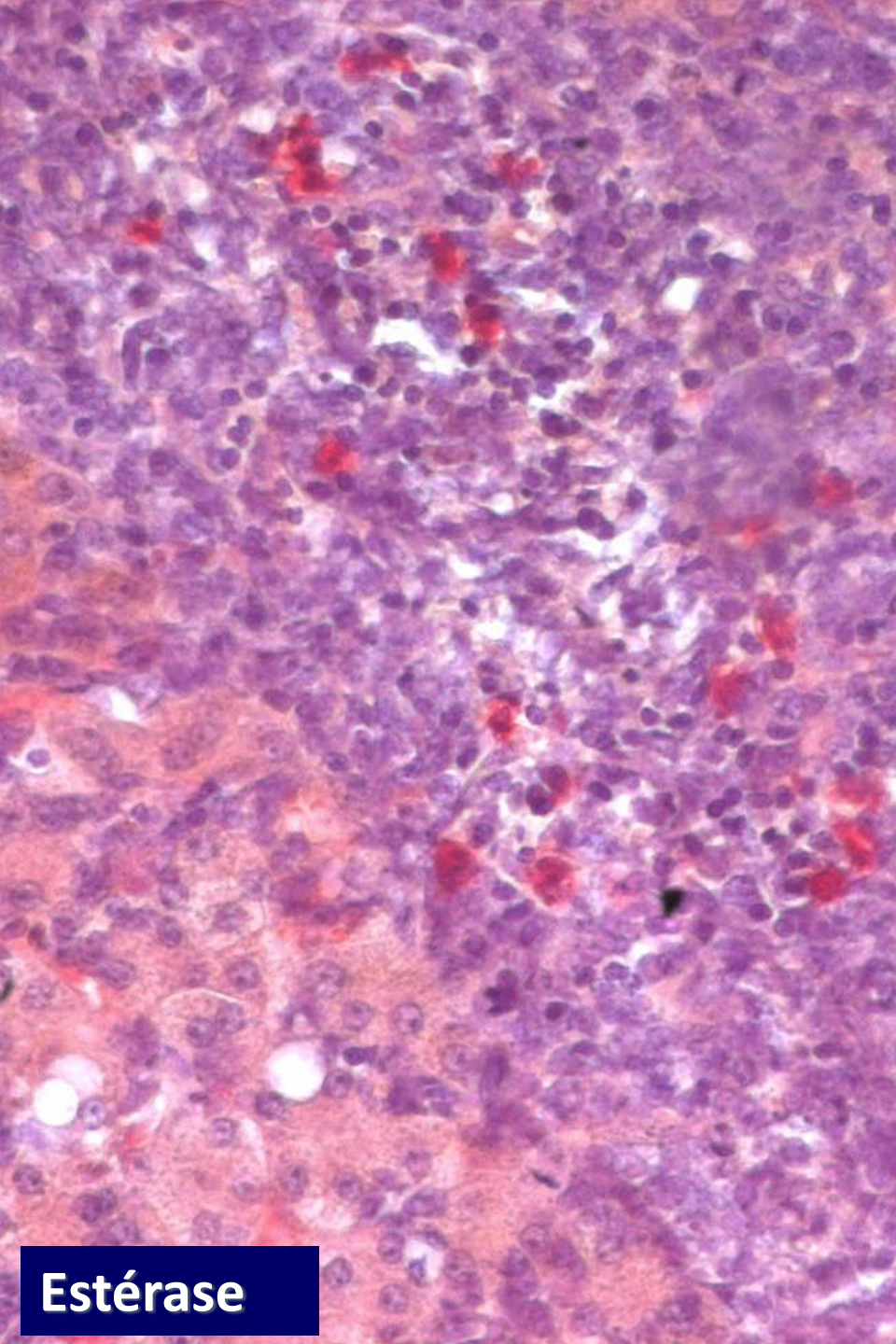




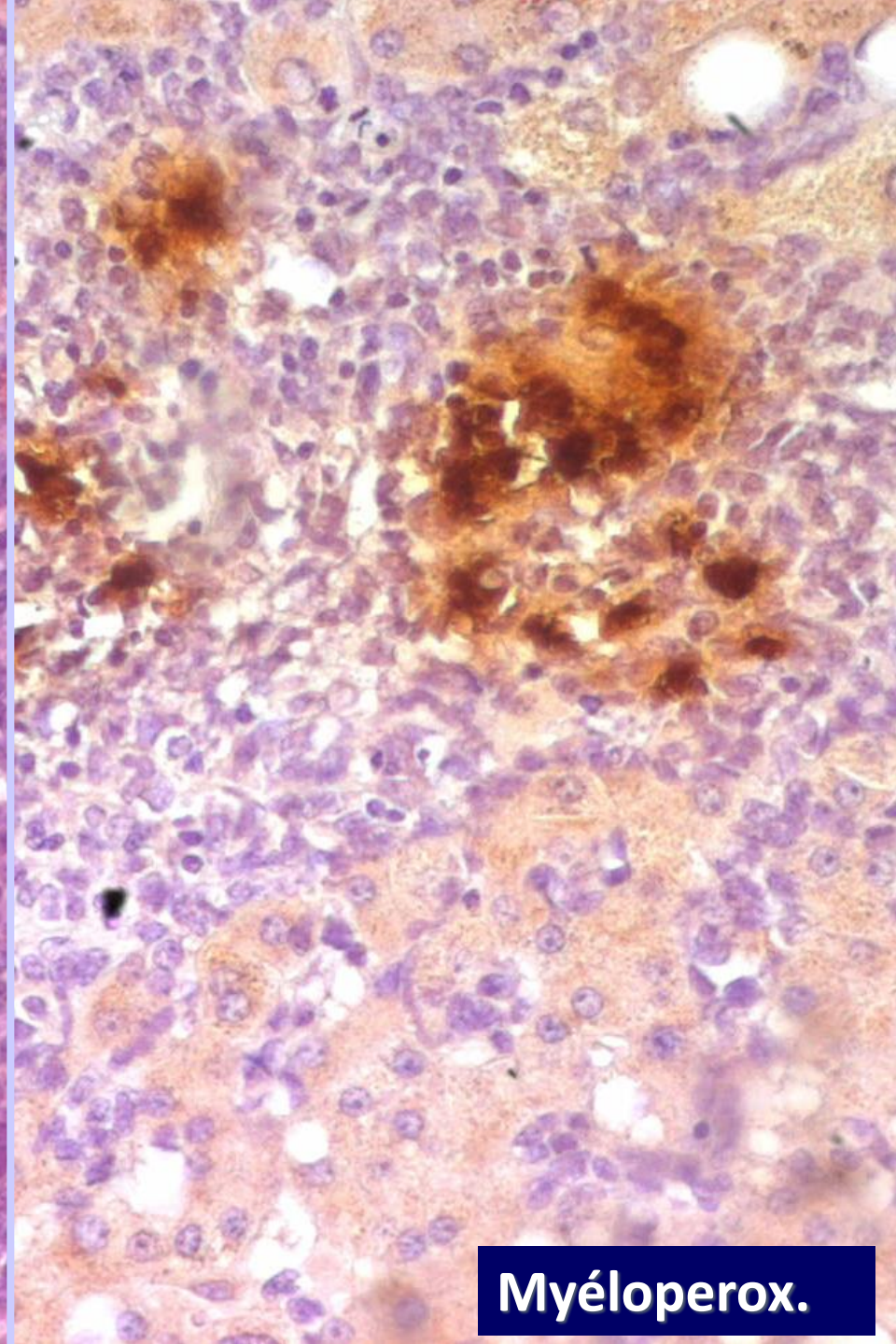




CD 20



Estérase



Myéloperox.

TRAITEMENT ET EVOLUTION

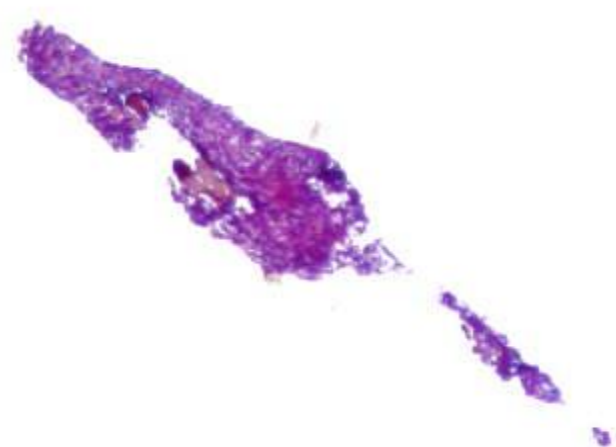
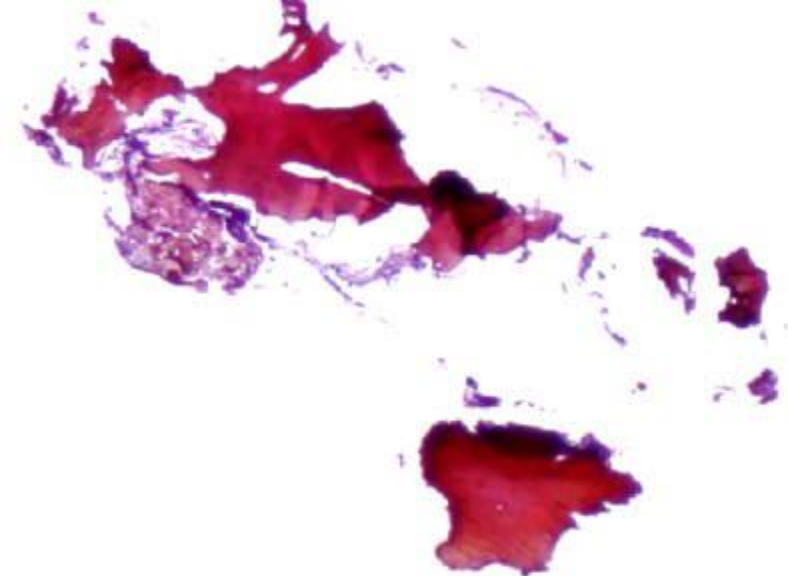
II

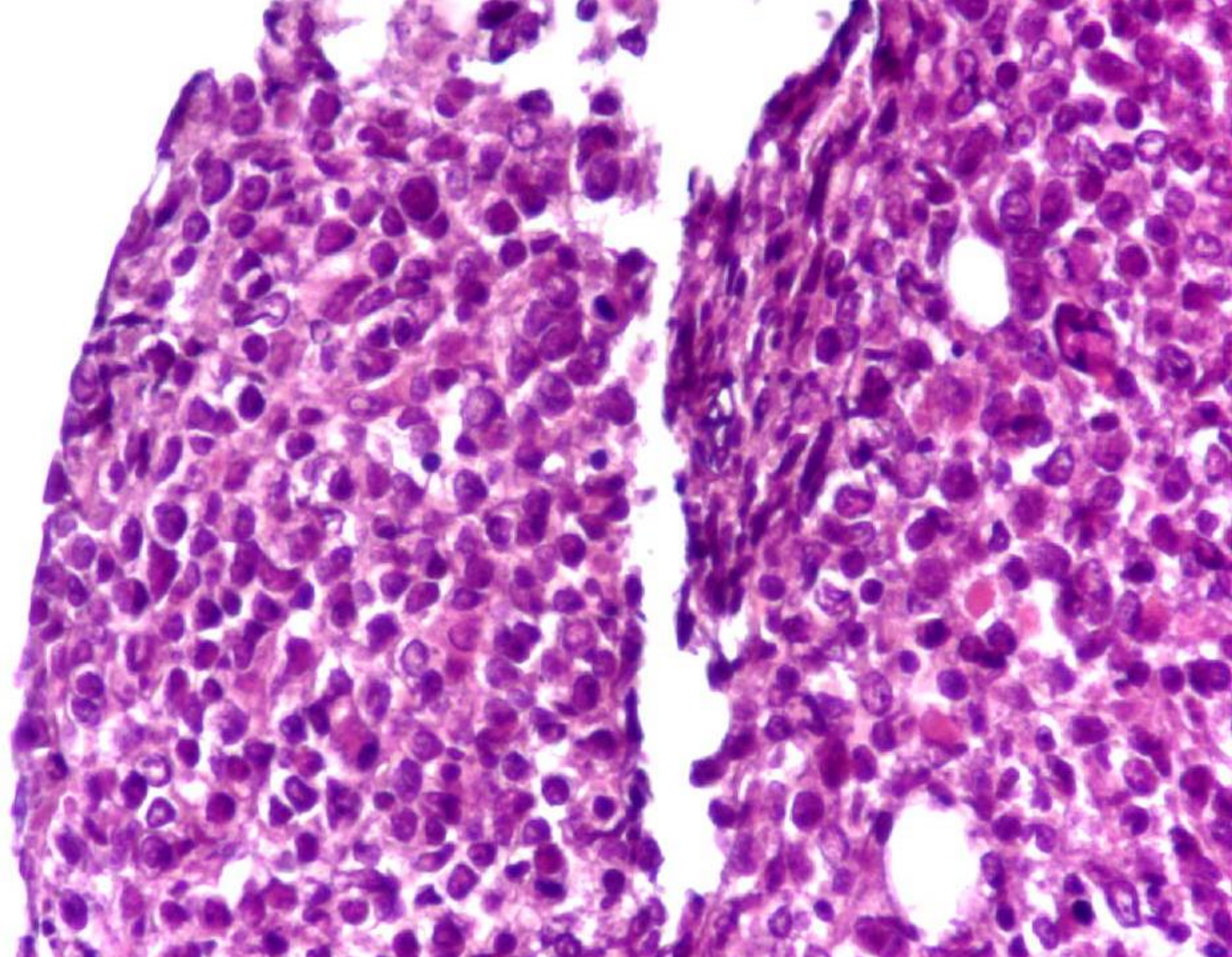
- Patiente traitée par chimiothérapie selon le protocole BFM, décédée 18 jours après dans un tableau de septicémie à pyocyanique multi-résistant.

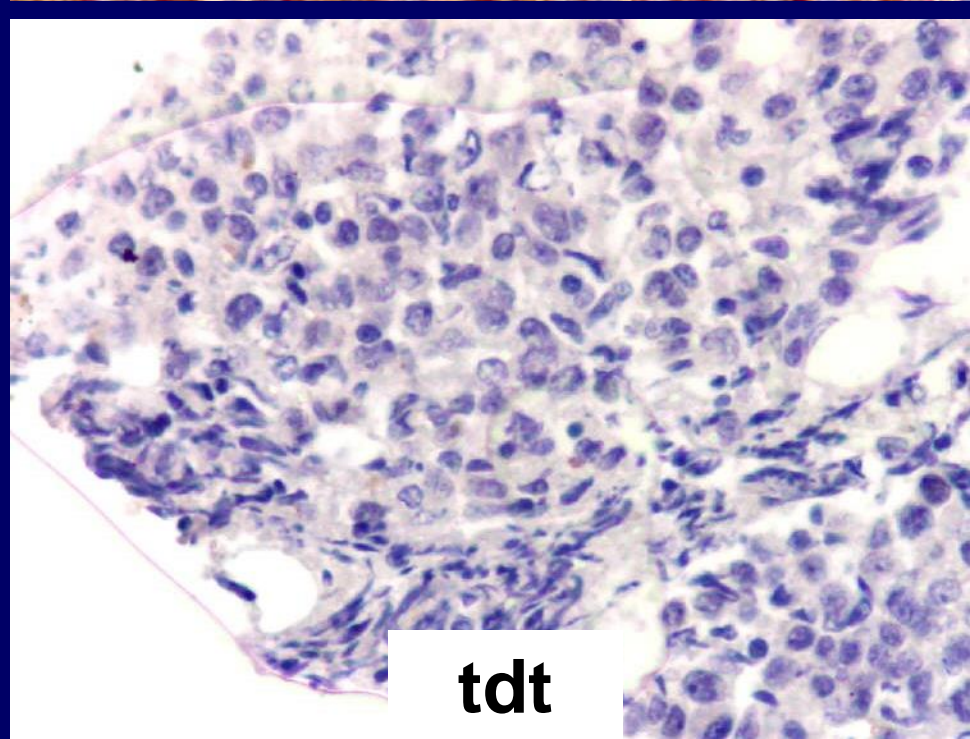
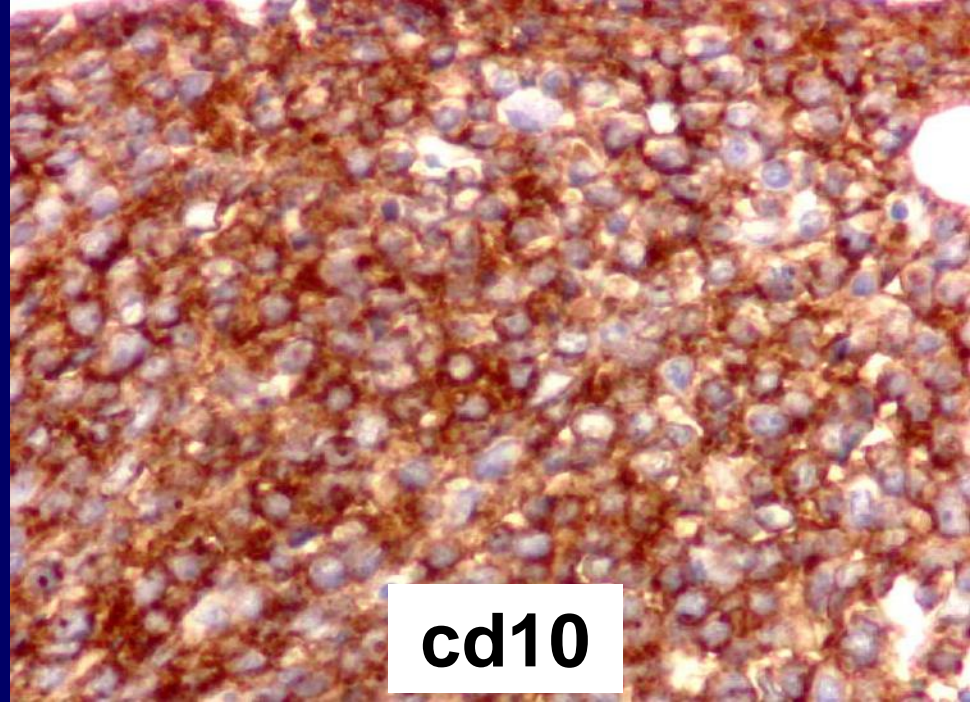
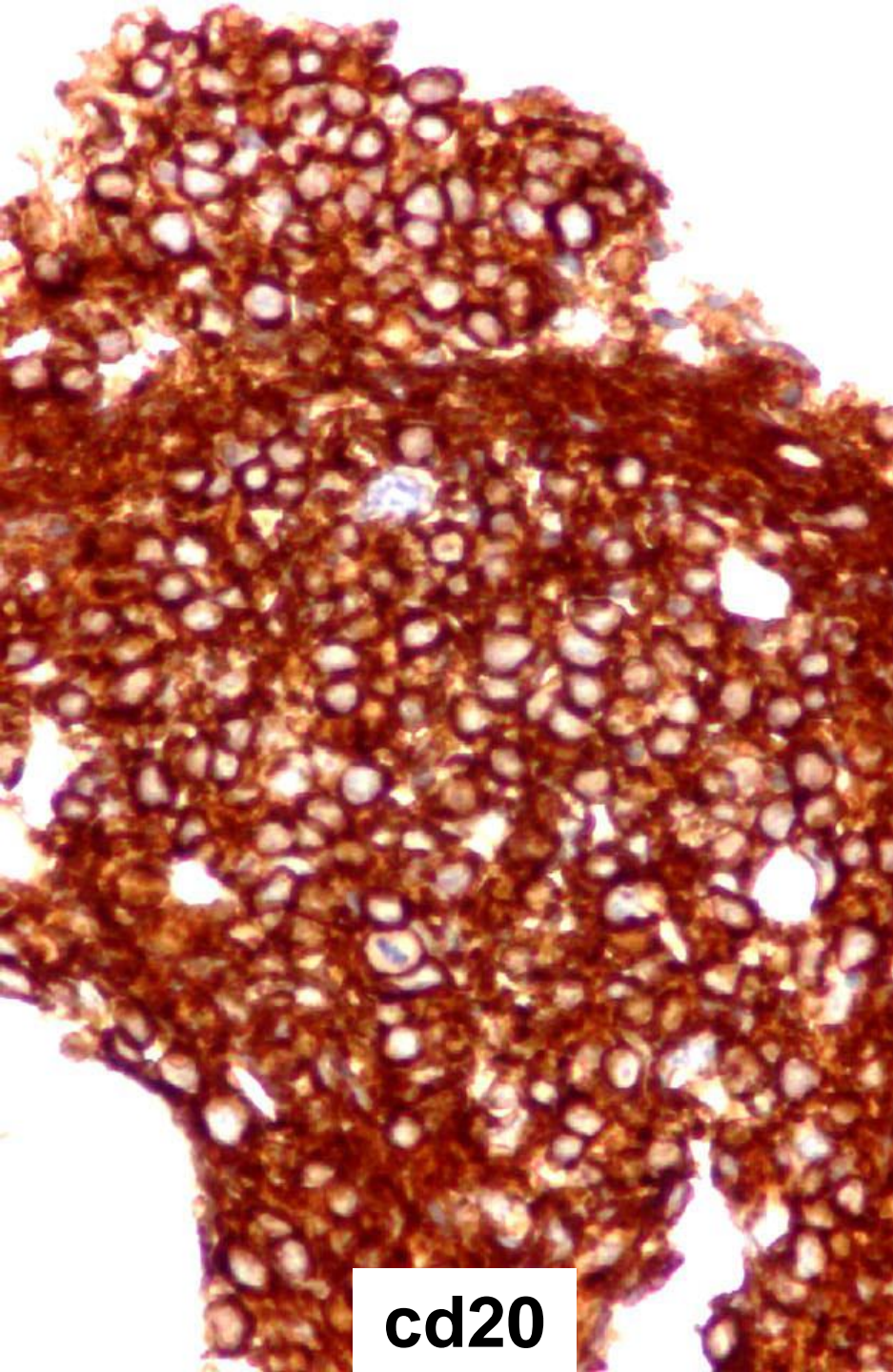
N° 7

Sousse

- Femme 41 ans.
- Hépatosplénomégalie + adénopathie sus clavculaire + AEG → suspicion de LAL
- Biopsie médullaire (9043/04).
- Biopsie hépatique (9376/04): bloc épuisé







N° 7

Envahissement médullaire massif par une prolifération lymphoïde B CD20 +, CD79a +, CD10 +, TdT - : lymphome B

L folliculaire / DLBCL ???

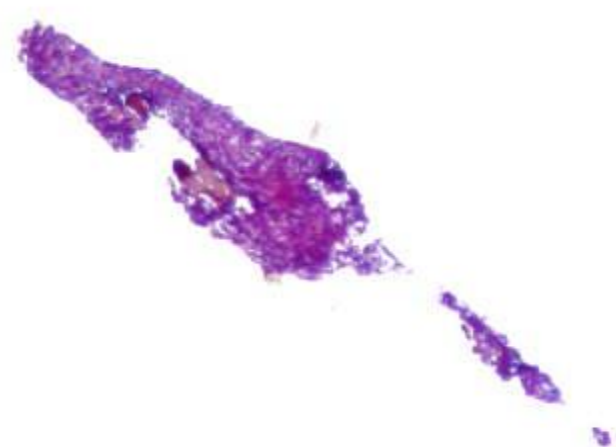
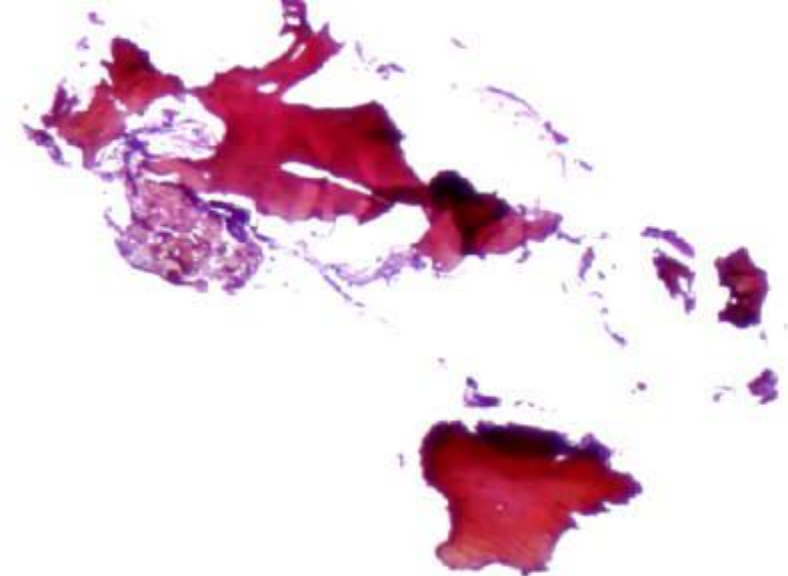
mib1? t(14;18)? mais blocs épuisés

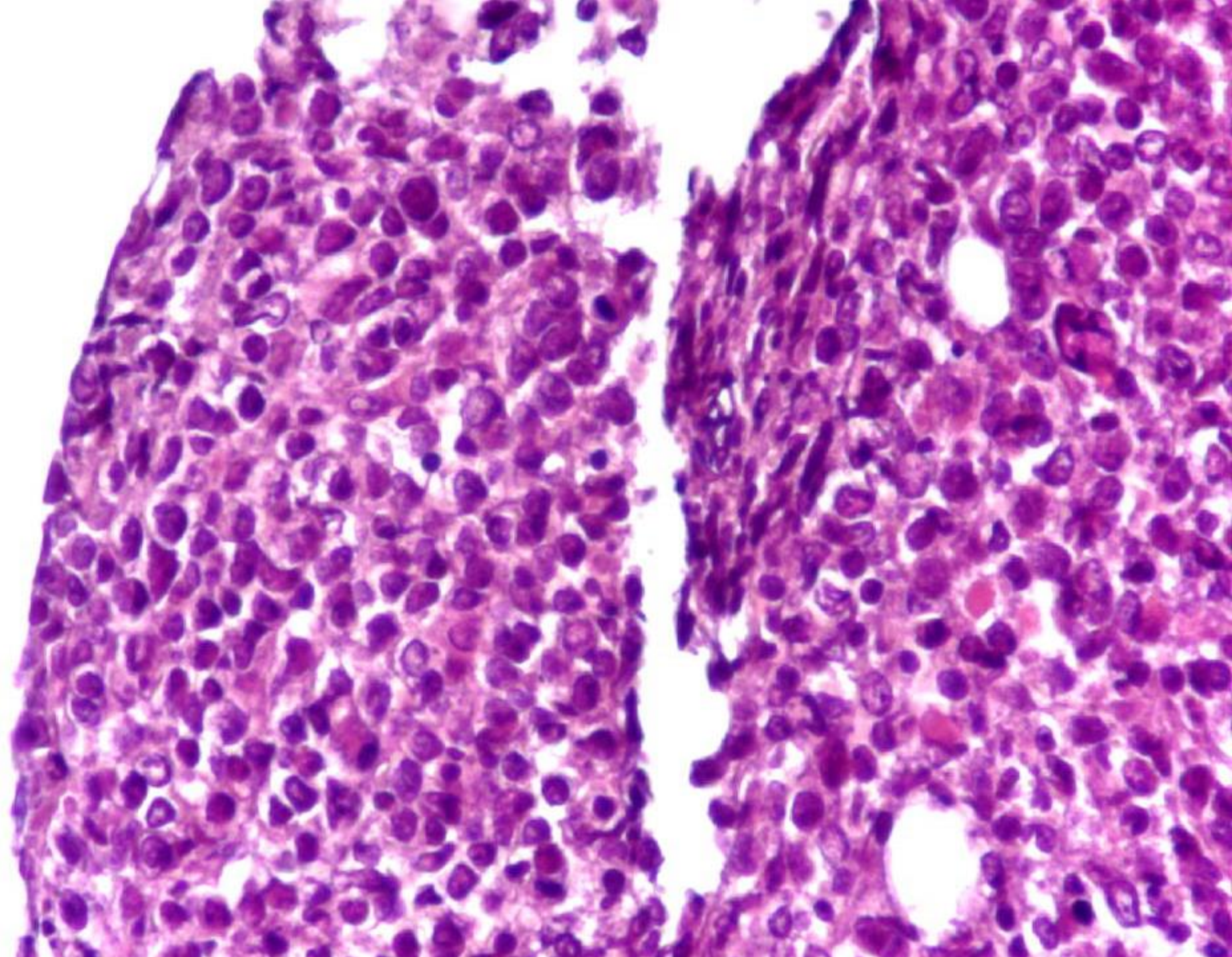
N° 7

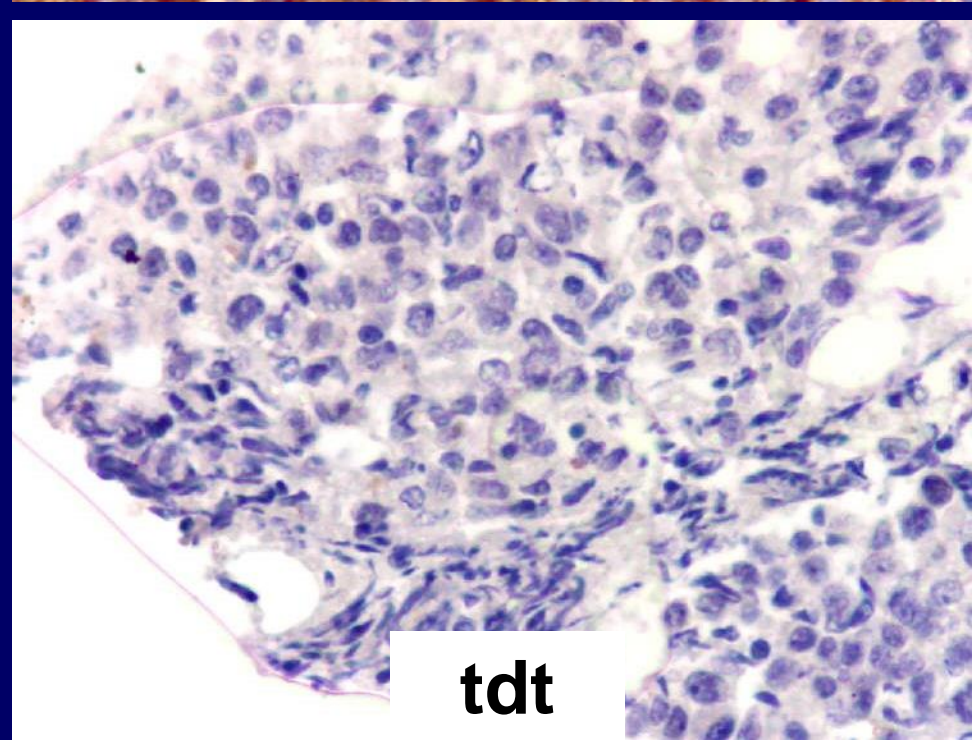
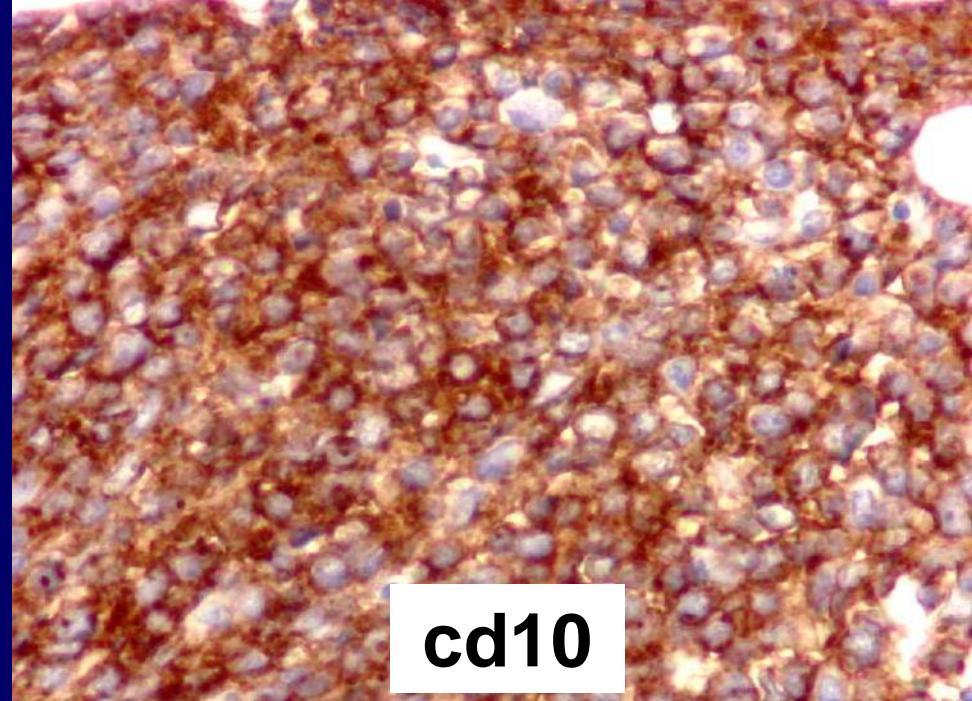
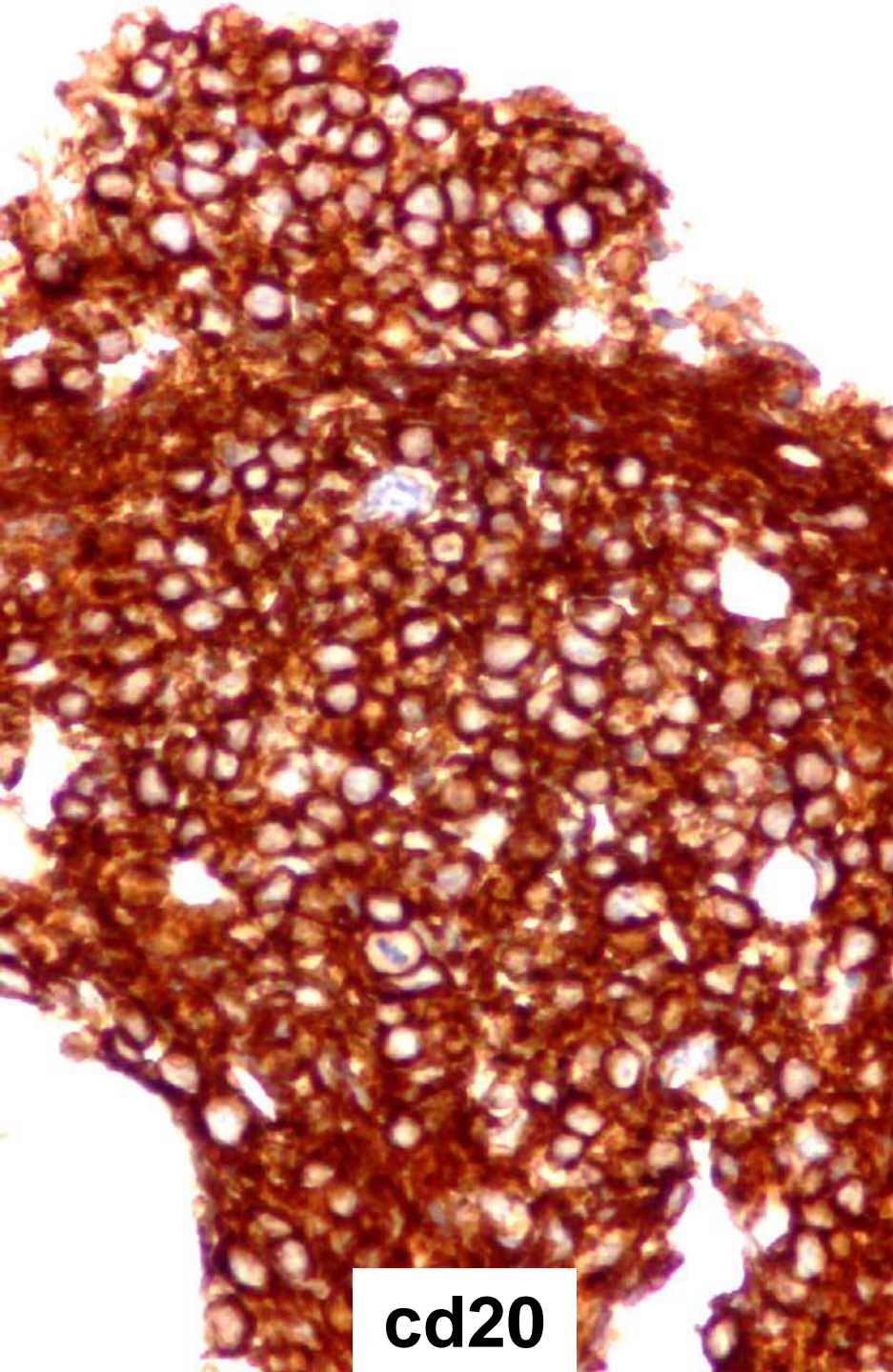
Sousse

- Femme 41 ans.
- Hépatosplénomégalie + adénopathie sus clavculaire + AEG → suspicion de LAL
- Biopsie médullaire (9043/04).
- Biopsie hépatique (9376/04): bloc épuisé

Avis Pr De mascarel







Diagnostic retenu par Pr De Mascarel

Envahissement médullaire massif par une
prolifération lymphoïde B CD20 +,
CD79a +, CD10 +, TdT - : lymphome B

L folliculaire / DLBCL ???

mib1? t(14;18)? mais blocs épuisés