Cas Clinique N°4

Lymphome plasmablastique ou myelome ?

O.Kassar, R.kharrat, Y.Fakhfakh, H.Bellaaj, F.Kallel, N.Abid *, L.Chtourou**, M.Eloumi.

Service hématologie CHU Hedi Chaker Sfax, *Laboratoire d'anatomopathologie CHU Hbib Bouguiba Sfax, **Service de Gastrologie CHU Hedi Chaker Sfax.

Anamnèse

- Monsieur AD âgée de 45ans
- ATCD de dyslipidémie et appendicectomie

- Epigastralgies persistantes depuis 03 mois, déclenchées par la prise alimentaire, suivies par l'apparition de dysphagie aux solides, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général et d'un amaigrissement.

- Examen abdominal: masse dure de 6 cm de diamètre au niveau de l'hypochondre gauche, indolore, non mobile à la respiration. Les autres aires ganglionnaires sont libres.

Bilan 1

- FOGD : large perte de substance de 4 cm sur la petite courbure verticale, associée à une deuxième perte de substance fundique sur la grande courbure pré-cardiale de 3 cm de diamètre.

- Etude histologique et immunohistochimique des biopsies gastriques: prolifération à grandes cellules rondes présentant une différentiation plasmocytoide ou immunoblastique CD79a +, CD138+, KI67>80%, CD20-, CD3-, LMP1–, l'anticorps CD56 était focalement positif dans moins de 40% concluant à un lymphome plasmoblastique gastrique.

- Scanner abdominal : volumineuse masse tumorale de la petite courbure gastrique s'étendant jusqu'au cardia de 11*7 cm à développement endoluminal et extra digestif.

Bilan 2

- Myelogramme et étude histologique de la biopsie ostéomédullaire: absence d'infiltration plasmocytaire.

- Hémogramme : anémie isolée hypochrome microcytaire à 7g/dl ;

- Reste du bilan biologique : VS très accélérée (>130), insuffisance rénale (créat à 126) avec une clairance à 64 ml/min, taux de LDH normal
- Pic monoclonal beta2 à 40.6g à l'électrophorèse des protides. L'immunofixation sérique et urinaire montre une gammapathie monoclonale à IgA à chaine légère kappa avec baisse des autres classes d'immunoglobuline et présence de chaine légères kappa monoclonales libres dans les urines.
- Sérologie HIV négative.
- Bilan radiologique standard normal et IRM corps entier montrant une infiltration médullaire diffuse du rachis entier, du bassin et des 2 fémurs sans lésion focale décelable.

Question

- *« Le lymphome plasmoblastique est une entité rare et particulière sur le plan diagnostic et thérapeutique. Son diagnostic est difficile du fait du profil morphologique et immunohistochimie similaires aux cellules plasmocytaires du myelome. Il est de ponostic péjoratif du fait de fréquence des formes réfractaires et des rechutes »*

- S'agit-il d'un lymphome plasmablastique ? Ou d'un myélome ?
- Faut-il traiter comme lymphome ou comme plasmocytome extra médullaire ?