

PID forme atypique du MM : à propos d'un cas

F.Koudad, R.Boussetta, K.EL AMRI, M.LAKHAL, S.Gartini, M. Rhazari, A, Thouil, H. Kouismi

Service de pneumo-phtisiologie CHU Mohammed VI faculté de médecine et de pharmacie Université Mohammed premier Oujda



INTRODUCTION

Le myélome multiple est une prolifération clonale de plasmocytes présentant une grande hétérogénéité cytogénétique. C'est une maladie rare qui peut se manifester en dehors de la moelle qui est connu sous le nom du myélome extra médullaire qui est encore plus rare. Les sites couramment touchés par l'EMM sont le foie, les reins, le pancréas, la plèvre et le SNC. Cependant, le parenchyme pulmonaire est rarement touché.(1,2)

Observation:

Il s'agit d'un patient âgé de 71 ans, journalier de profession, tabagique chronique à raison de 20 PA sevré suivie pour myélome multiple depuis 1 an sous bortezomib 1mg/m²+ cyclophosphamide 300mg/m²+dexamétasone 40 mg/sem (9 cures), diabète type 2 sous glynorme 2 mg depuis 5 ans, HTA sous diprezar 50 mg/12.5mg depuis 5 ans, tachyFA sous Sintrom 4 mg depuis 5 ans, néphropathie multifactorielle diabétique lithiasique et kystique et myélomateuse compliqué d'IRC terminale hémodialysé depuis 3 ans.

Le patient présente depuis 2 ans une dyspnée de repos classée stade 4 mMRC associées à une toux grasse ramenant des expectorations blanchâtres et avec comme signes extra-respiratoires : des polyarthralgies diffuses d'allure inflammatoires et des douleurs lombaires évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'AEG. Chez qui L'examen clinique a révélé un patient conscient, stable sur les plans hémodynamique et respiratoire avec une SPO₂ :97% à l'air ambiant, avec un syndrome d'épanchement liquidien en bilatéral et des râles crépitants en bilatéraux arrivant en mi-champs.

La TDM thoracique a montré : Des réticulations intra-lobulaires sous pleurales bilatérales à prédominance basale, associées à des bronchiectasies de traction, des plages en verres dépolies parenchymateuses pulmonaires bilatérales et diffuses associées à des épaississement septaux et non septaux, des nodules pulmonaires, calcifiés pour certains mesurant pour le plus volumineux 8 mm en lobaire inférieure gauche. Une 2ème TDM de contrôle fait à 6 mois d'intervalle a objectivé : Stabilité des lésions.

La biologie a objectivé une EPP montant un pic monoclonal à 31.1 Kg avec IFS bande monoclonale type IgG kappa, anémie normochrome normocytaire, bilan rénal perturbé

(urée :0.77, creat :36 et protéinurie de 24 H élevée, hypercalcémie à l'ionogramme sanguin, myélogramme : 40% de plasmocyte d'aspect dystrophique, une biopsie des glandes salivaires a objectivé une sialadénite stade 1 de Chishlom et Masson avec bilan d'amylose revenant négatif. Les EFR était en faveur d'un trouble ventilatoire restrictif avec CV à 63.

Le diagnostic de myélome multiple a été retenu devant : EPP montrant un pic monoclonal à 31.1kg, IFS bande monoclonale type IgG kappa, myélogramme : 40% des plasmocytes d'aspect dystrophique, IRM lombaire montrant un tassement fracture du plateau supérieur sup de L1.

Le diagnostic de PID est retenu devant des patterns de PIC : les réticulations intra-lobulaires sous pleurales bilatérales à prédominance basale avec les bronchiectasies de traction



Figure 1 : réticulations intra-lobulaires bilatérales avec des plages en verre dépolies parenchymateuses pulmonaires.

Discussion:

*Le myélome multiple (MM) correspond à une affection rare caractérisée par l'accumulation de plasmocytes malins dans la moelle osseuse, responsables de la production d'une immunoglobuline monoclonale. Les lésions osseuses lytiques, l'anémie, l'insuffisance rénale, l'hypercalcémie et les infections récurrentes sont les symptômes les plus courants.(3,4)

* Le parenchyme pulmonaire est rarement touché par le myélome multiple.(5) Les maladies pulmonaires interstitielles sont encore plus rares, seuls quelques cas isolés ont été rapportés dans la littérature.(4,6) Une vaste étude portant sur 958 patients atteints de MM n'a révélé que 4 patients présentant des symptômes suggérant une infiltration pulmonaire par des cellules myélomateuses. Une étude a décrit 13 cas de myélome multiple avec atteinte pulmonaire, dont six présentaient une pneumonie, deux des lésions massives, deux des lésions nodulaires multiples et seulement trois des infiltrats interstitiels. Une autre étude faite en 2014 rapporte un cas de myélome multiple avec une atteinte pulmonaire rare sous forme de fibrose pulmonaire interstitielle. Dans notre cas nous rapportons une atteinte interstitielle diffuse faite d'infiltrat reticulo nodulaire chez un patient atteint de myelome multiple.

*Le tableau clinique peut varier considérablement, allant d'une apparition plus insidieuse de toux et d'essoufflement à une présentation à progression rapide ressemblant au syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), dans notre cas le patient présentait une toux grasse avec une dyspnée de repos chronique.(7)

* Le diagnostic de dissémination pulmonaire extramédullaire peut être établi à partir du liquide de lavage broncho-alvéolaire démontrant la présence de plasmocytes monoclonaux ou d'une biopsie pulmonaire montrant une infiltration de plasmocytes dans l'interstitium, cependant dans notre cas le diagnostic de dissémination pulmonaire extramédullaire du MM ne peut être établi, car le patient n'a pas donné son consentement pour une bronchoscopie et un lavage broncho-alvéolaire.

CONCLUSION

Le parenchyme pulmonaire est un site d'atteinte peu fréquent dans le myélome multiple. La maladie pulmonaire interstitielle est encore plus rare parenchyme pulmonaire.(6) Nous discutons dans ce cas car il présente une forme rare de MM, ce cas nous rappelle que le néoplasie plasmocytaire doit être prise en compte dans le diagnostic différentiel des infiltrats pulmonaires ne répondant pas aux antibiotiques, car elle peut être le signe d'une maladie à progression rapide.(2)

REFERENCES

1. Salomon-Perzyński A, Jamrozik K, Głodkowska-Mrówka E. Clonal Evolution of Multiple Myeloma—Clinical and Diagnostic Implications. Diagnostics. 25 août 2021;11(9):1534.
2. Kazandjian D. Multiple myeloma epidemiology and survival: A unique malignancy. Semin Oncol. 1 déc 2016;43(6):676-81.
3. Touzeau C, Moreau P. How I treat extramedullary myeloma. Blood. 25 févr 2016;127(8):971-6.
4. Kintzer JS, Rosenow EC, Kyle RA. Thoracic and pulmonary abnormalities in multiple myeloma. A review of 958 cases. Arch Intern Med. mai 1978;138(5):727-30.
5. Kyle RA. Multiple Myeloma Review of 869 Cases. Mayo Clin Proc. 1 janv 1975;50(1):29-40.
6. Dave DA, Chaurasia DB, Joshi DH, Unadkat DU, Muley DA, Jainik DN. Interstitial Pulmonary Fibrosis: An atypical presentation of Multiple Myeloma: Interstitial Pulmonary Fibrosis: An atypical presentation of Multiple Myeloma. Southeast Asian J Case Rep Rev. 31 déc 2014;3(6):1197-203.
7. Kamble R, Rosenzweig T. Diffuse Pulmonary Parenchymal Involvement in Multiple Myeloma: Antemortem Diagnosis. Int J Hematol. 1 avr 2006;83(3):259-61.