

## Diagnostic anatomopathologique des néoplasies myéloprolifératives chroniques Ph-

Barbara Burroni<sup>a,\*</sup>, Antoine Martin<sup>b</sup>, Marie-Christine Rousselet<sup>c</sup>

### RÉSUMÉ

Dans les classifications de l'OMS des néoplasies myéloprolifératives, l'analyse d'une biopsie ostéo-médullaire est un examen de premier plan nécessaire au diagnostic et à l'évaluation du pronostic. L'entité « pré-fibrose », décrite depuis plusieurs années comme distincte de la myélofibrose primitive avec myélofibrose franche, fait son entrée dans la version la plus récente de ces classifications, publiée en 2016. La place de la biopsie dans le diagnostic de maladie de Vaquez est également renforcée. Des comités de relecture regroupant des hémato-pathologistes se mettent en place afin d'améliorer la reproductibilité des critères histologiques.

**Biopsie ostéo-médullaire - fibrose - maladie de Vaquez - myélofibrose primitive - pronostic - thrombocytémie essentielle.**

### 1. Introduction

Depuis la classification de l'OMS 2008 [1], l'analyse d'une biopsie de la moelle osseuse (BOM) idéalement obtenue avant traitement, est nécessaire au diagnostic des néoplasies myélorolifératives (NMP). En 2008, la BOM est l'un des critères majeurs du diagnostic des thrombocytémie essentielle (TE) et des myélofibrose primitive (MFP), et n'intervient que comme critère mineur pour la polyglobulie de Vaquez (PV). Avec la révision de l'OMS 2016 des critères diagnostiques, l'entité « pré-fibrose » a été distinguée de la myélofibrose primitive avec myélofibrose franche, et la place de la biopsie dans le diagnostic de PV renforcée [2]. La biopsie doit être une carotte d'os spongieux prélevée à angle droit de l'os cortical, de taille suffisante ( $\geq 1$  cm ou mieux  $\geq 1,5$  cm) non fragmentée et sans artéfact d'écrasement [3,4]. Les paramètres histologiques à évaluer sont la cellularité hématopoïétique (normale, augmentée ou diminuée par rapport à l'âge), le rapport leuco-érythroblastique

**a** Service de Pathologie,  
Hôpital Cochin,  
27, rue du Faubourg St Jacques  
75014 Paris

**b** Service de Pathologie,  
Hôpital Avicenne, HUPSSD, Université Paris 13, Bobigny

**c** Département de Pathologie Cellulaire et Tissulaire,  
Institut de Biologie en Santé, CHU d'Angers, 49933 Angers

\* Correspondance  
barbara.burroni@aphp.fr

article reçu le 25 janvier 2017, accepté le 17 février 2017.

© 2017 – Elsevier Masson SAS – Tous droits réservés.

### SUMMARY

#### Histopathological diagnosis of myeloproliferative neoplasia Ph-

In WHO classifications of myeloproliferative neoplasms, a bone marrow biopsy at diagnosis is mandatory in almost all cases to classify the disease as well as to evaluate the prognosis. The "pre-fibrotic" form, which has been described for several years as distinct from primary myelofibrosis with overt myelofibrosis, is included in the most recent version of these classifications published in 2016. The importance of the biopsy in the diagnosis of polycythemia vera is also growing. Re-evaluation committees bringing together hematopathologists are set up to improve the reproducibility of these histological criteria.

**Bone marrow biopsy - fibrosis - prognosis - polycythemia vera - primary myelofibrosis - essential thrombocythemia.**

(normal 3:1, augmenté ou diminué), la morphologie et la topographie des mégacaryocytes, la présence et l'intensité d'une fibrose médullaire évaluée par une coloration argentique de la réticuline en 4 grades (*tableau I*) [2,3]. La qualité et la reproductibilité de la coloration argentique sont fondamentales et une coloration du collagène de type trichrome de Masson est recommandée dès lors que la fibrose dépasse le grade 1 [4]. Une immunohisto-chimie pour estimer la quantité de blastes CD34 positifs peut être utile.

**Tableau I: Grading de la fibrose médullaire selon le consensus européen [3], adopté par la révision de l'OMS 2016 [2]**

Grade	Description (la densité des fibres de réticuline est évaluée dans les zones d'hématopoïèse)
MF0	Quelques fibres dispersées, linéaires, sans intersections, correspondant à une trame médullaire normale
MF1	Réseau lâche de fibres de réticuline avec des intersections, en particulier autour des vaisseaux
MF2	Trame de réticuline diffuse et dense, avec de très nombreuses intersections, occasionnellement avec foyers limités de collagène et /ou ostéosclérose focale
MF3	Trame de réticuline diffuse et dense, avec de très nombreuses intersections et des faisceaux épais de collagène, souvent associés à une ostéosclérose

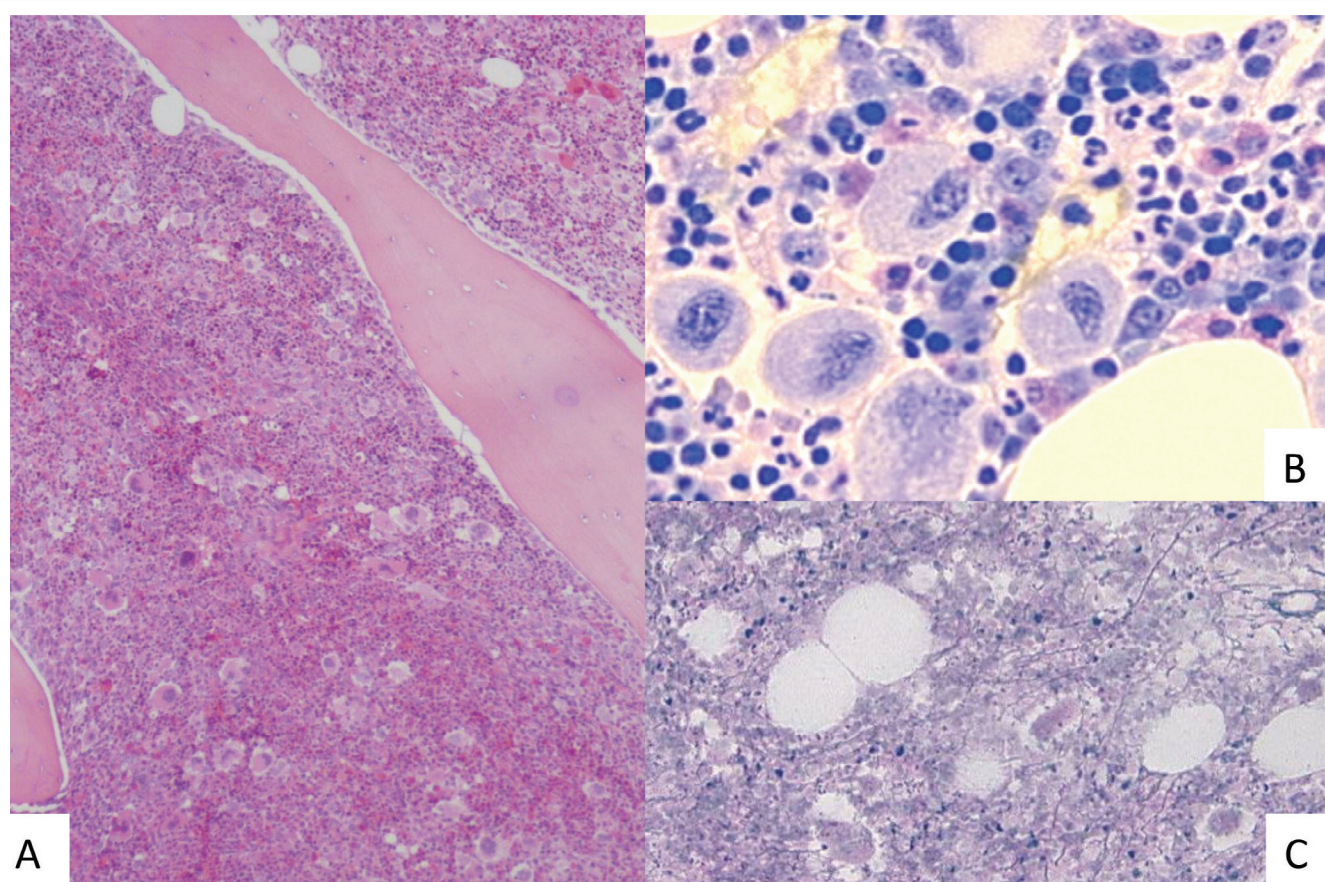
## 1. Introduction

Depuis la classification de l'OMS 2008 [1], l'analyse d'une biopsie de la moelle osseuse (BOM) idéalement obtenue avant traitement, est nécessaire au diagnostic des néoplasies myélorolifératives (NMP). En 2008, la BOM est l'un des critères majeurs du diagnostic des thrombocytémie essentielle (TE) et des myélofibrose primitive (MFP), et n'intervient que comme critère mineur pour la polyglobulie de Vaquez (PV). Avec la révision de l'OMS 2016 des critères diagnostiques, l'entité « pré-fibrose » a été distinguée de la myélofibrose primitive avec myélofibrose franche, et la place de la biopsie dans le diagnostic de PV renforcée [2]. La biopsie doit être une carotte d'os spongieux prélevée à angle droit de l'os cortical, de taille suffisante ( $\geq 1$  cm ou mieux  $\geq 1,5$  cm) non fragmentée et sans artefact d'écrasement [3,4]. Les paramètres histologiques à évaluer sont la cellularité hématopoïétique (normale, augmentée ou diminuée par rapport à l'âge), le rapport leuco-érythroblastique (normal 3:1, augmenté ou diminué), la morphologie et la topographie des mégacaryocytes, la présence et l'intensité d'une fibrose médullaire évaluée par une coloration

argentique de la réticuline en 4 grades (*tableau I*) [2,3]. La qualité et la reproductibilité de la coloration argentique sont fondamentales et une coloration du collagène de type trichrome de Masson est recommandée dès lors que la fibrose dépasse le grade 1 [4]. Une immunohistochimie pour estimer la quantité de blastes CD34 positifs peut être utile. La classification de l'OMS 2016 intègre les mutations de *MPL* et de *CALR* dans les critères diagnostiques majeurs des MFP et des TE; en outre, dans les critères majeurs du diagnostic de la PV, il a été proposé de diminuer les valeurs seuils d'hémoglobine et d'introduire la morphologie médullaire [2,5]. En particulier, la BOM a été suggérée pour détecter les PV masquées et les PV avec fibrose médullaire de grade 1 qui semblent avoir, selon certains auteurs, une évolution plus rapide vers une fibrose médullaire sévère et/ou une progression blastique [6,7].

Les caractéristiques histopathologiques des NMP Ph- sont bien décrites dans la classification de l'OMS 2008 [1] et plusieurs études ont démontré leur reproductibilité satisfaisante [8,9]. Cette revue expose les principaux critères du diagnostic anatomopathologique des trois principales entités de NMP Ph-.

Figure 1 – Aspect histologique (coupe tissulaire d'une biopsie de la moelle osseuse) d'une polyglobulie de Vaquez.



1A A la coloration d'HES présence d'une hyperplasie triligée avec une cellularité augmentée. 1B A la coloration de Giemsa Lent présence d'une hyperplasie des mégacaryocytes avec des éléments pléomorphes (petits à géants), sans anomalie de leur maturation. 1C Absence de fibrose médullaire à la coloration de Gordon Sweet (imprégnation argentique).

© Barbara Burroni

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7645568>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7645568>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)