

Place du biologiste dans la prise en charge des leucémies aiguës : de l'hémogramme à la classification OMS

Michèle Imbert^a, Orianne Wagner-Ballon^{a,*}

RÉSUMÉ

Le biologiste est en première ligne pour le diagnostic, la classification et le suivi des leucémies aiguës. En ville, l'hémogramme et l'analyse du frottis de sang restent les examens majeurs pour la détection et le suivi d'une leucémie aiguë. En milieu spécialisé, le myélogramme, l'immunophénotypage, les études cytogénétique et moléculaire de la population blastique permettent une sous-classification précise selon les critères actuels de l'OMS 2008, qui conduira à une thérapeutique adaptée et un suivi approprié de la maladie résiduelle.

Hémogramme – frottis sanguin – myélogramme – immunophénotypage – cytogénétique – biologie moléculaire.

1. Introduction

Le diagnostic d'une leucémie aiguë (LA) peut parfois être suspecté par le médecin praticien mais les signes d'appel classiques témoignant d'une insuffisance médullaire (pâleur, dyspnée d'effort, infections notamment ORL ou pulmonaire, purpura ou ecchymoses), d'un syndrome tumoral (splénomégalie, adénopathies), ou d'un syndrome infiltratif (hématodermie) ne sont pas toujours présents ni signalés au biologiste. Ce sont donc les examens biologiques et en tout premier lieu l'hémogramme qui vont attirer l'attention du biologiste.

2. Diagnostic biologique d'une leucémie aiguë

2.1. L'hémogramme

Dans la plupart des cas, les résultats de l'hémogramme fournis par l'automate sont anormaux à des degrés divers et montrent :

- **des anomalies quantitatives isolées ou associées :**

- * anémie normo ou macrocytaire non régénérative,
- * thrombopénie,
- * leucocytose variable, allant d'une leucopénie plus ou moins profonde avec neutropénie à une franche hyperleucocytose pouvant dépasser 100 G/L,
- * voire pancytopénie plus ou moins profonde.

- **et/ou des anomalies qualitatives :**

il s'agit d'alarmes de suspicion d'éléments inhabituels (myélémie, cellules lymphoïdes anormales, blastes) fournies par l'automate. Leur spécificité est variable mais leur présence, sur un échantillon vu pour la première fois, est une indication formelle à examiner le frottis de sang.

Dans le cadre de la démarche d'accréditation des laboratoires, le Groupe francophone d'hématologie cellulaire (GFHC) a récemment publié des recommandations pratiques sur les critères de revue des frottis de sang au microscope [1].

D'une façon générale, la présence d'anomalies qualitatives et/ou quantitatives de l'hémogramme rend indispensable l'examen du frottis de sang au microscope, lorsque le patient est vu pour la première fois, même si l'automate propose une formule leucocytaire.

SUMMARY

For the practice: Place of the clinical pathologist in taking care acute leukemias: From the complete blood count to the WHO classification

The clinical pathologist is in first line for the diagnosis and follow-up of acute leukemia. In private practice, the complete blood count and the peripheral blood smear examination remain the major tests for the detection and the follow-up of acute leukemia. In specialized institution, bone marrow aspirates, flow cytometry analysis, cytogenetic and molecular studies allow a specific sub-classification according to the WHO 2008, which will lead to an adapted treatment and an appropriate follow-up of residual disease.

Complete blood count – blood smear – bone marrow aspirates – flow cytometry – cytogenetic studies – molecular analysis

^a Département d'hématologie et d'immunologie biologiques
Centre hospitalier universitaire Henri-Mondor
51, av. du Maréchal de Lattre-de-Tassigny
94010 Créteil cedex

* Correspondance

orianne.wagnerballon@hmn.ap-hop-paris.fr

article reçu le 17 février, accepté le 19 février 2015

© 2015 – Elsevier Masson SAS – Tous droits réservés.

Figure 1 – Différents aspects de blastes circulants.

Noyau régulier ou encoché, chromatine typiquement fine mais pouvant rester assez dense dans certains blastes circulants, nucléole plus ou moins apparent, rapport nucléocytoplasmique souvent élevé, avec un cytoplasme à peine visible dans certains cas.

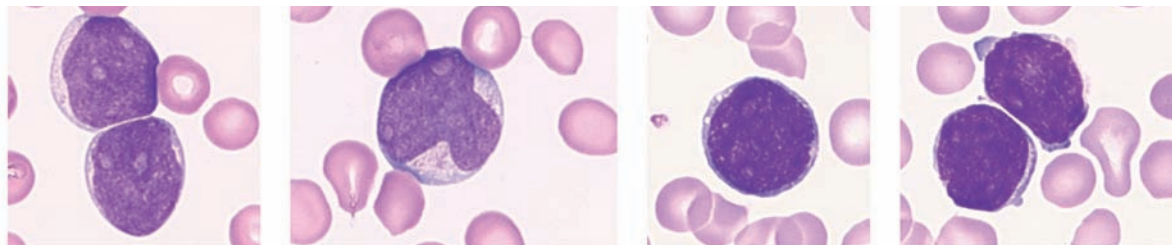


Figure 2 – Syndrome mononucléosique.

L'aspect cytologique est polymorphe. Il associe, à côté de cellules lymphoïdes typiques (A) (noyau « en drapeau », cytoplasme abondant, basophile avec un renforcement périphérique), des éléments d'aspect plus dystrophique (B, C), de grande taille, au noyau parfois nucléolé mais à la chromatine dense.

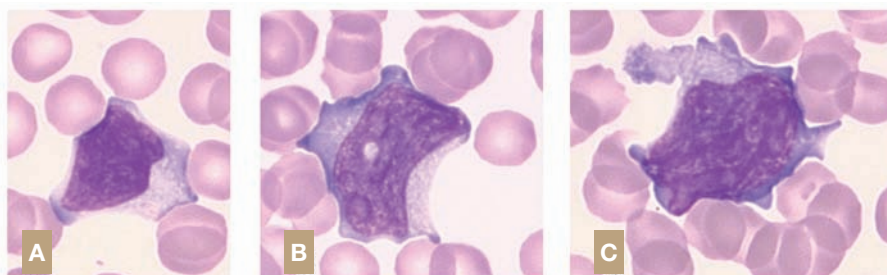


Figure 3 – Leucémie à polylmphocytes.

Les polylmphocytes sont des cellules lymphoïdes matures de taille moyenne. Elles ont un noyau régulier à la chromatine dense mais avec un volumineux nucléole.

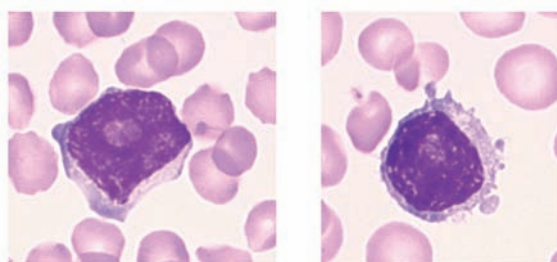


Figure 4 – Lymphome du manteau.

À côté de cellules lymphoïdes de petite taille, au noyau irrégulier (A, B), on peut observer des éléments de plus grande taille, à la chromatine déliée à fine, nucléolée (C). Dans les cas difficiles, un immunophénotypage des cellules circulantes permettra de distinguer définitivement ces cellules lymphoïdes différenciées de blastes.

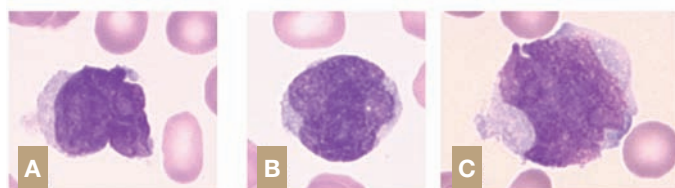
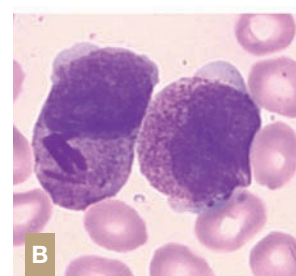
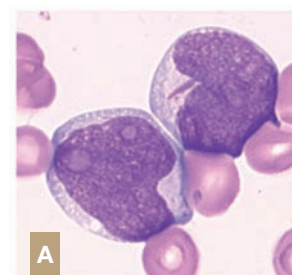


Figure 5 – Leucémie aiguë myéloïde.

La présence de corps d'Auer confirme le caractère malin des blastes et leur origine myéloïde (A, B). Leur disposition en fagots (B) caractérise la leucémie à promyélocytes.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7647434>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7647434>

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