

# Pleurésie révélatrice de myélome multiple

D. BELHABIB (1), S. MAALEJ (1), S. HANTOUS (2), A. AMMAR (3), H. HASSENE (1), S. FENNICHE (1), L. BOUGHNIM (4), M.L. MEGDICHE (1)

(1) Service Ibn Nafis, (2) Service de Radiologie, (3) Service d'Anatomie Pathologique, (4) Laboratoire d'Analyse Médicale, Hôpital de Pneumo-Phthisiologie Abderrahman-Mami, 2080 L'Ariana/Tunis, Tunisie.

---

## RÉSUMÉ

La survenue d'une pleurésie au cours du myélome multiple est rare, sa fréquence est estimée à 6 % et elle est d'origine plasmocytaire dans seulement 1 % des cas. Elle est exceptionnellement révélatrice. Nous rapportons 2 dossiers de patients ayant un myélome multiple (IgA, IgG) révélé par un épanchement pleural. Il s'agit, dans le premier cas, d'une pleurésie associée à une atteinte osseuse, bronchique et péricardique chez une femme de 61 ans et, dans le second, d'une pleurésie isolée chez un homme de 65 ans. Le diagnostic de l'origine plasmocytaire de la pleurésie repose sur la présence d'une immunoglobuline monoclonale sérique et pleurale de même type, associée à la présence des plasmocytes anormaux dans le liquide pleural.

---

*Mots-clés* : Pleurésie. Myélome multiple.

## SUMMARY

### Pleural effusion revealing multiple myeloma

Pleural effusion is rarely observed in multiple myeloma, its frequency is estimated at 6%, and its myelomatous origin occurs in only 1% of the cases. It is exceptionally the first sign of multiple myeloma. We report two cases of IgA and IgG multiple myeloma revealed by pleural effusion. The first case was a 61-year-old woman who developed pleural effusion with a bone endobronchial and pericardial location of multiple myeloma; the second case was a 65-year-old man who had isolated pleural effusion. These pleural effusions were found to be caused by myeloma and were verified by the presence of the same monoclonal immunoglobulin in both plasma and pleural liquid. Atypical plasma cells were found in the pleural fluid.

---

*Key-words*: Pleural effusion. Multiple myeloma.

---

Le myélome multiple est une prolifération maligne monoclonale de plasmocytes dans la moelle osseuse, caractérisée par la sécrétion d'immunoglobuline monoclonale. Tous les organes peuvent être touchés ; l'atteinte préférentielle est osseuse. L'atteinte pleurale est rare au cours du myélome et est exceptionnellement révélatrice [1, 2]. Nous rapportons ici deux observations de myélome multiple (MM) révélé par une pleurésie.

---

*Tirés à part* : D. Belhabib, à l'adresse ci-dessus.  
E-mail : Dalenda.chtourou@rns.tn

## OBSERVATIONS

### Cas n° 1

Mme G..., âgée de 61 ans, souffrait depuis sept mois de douleurs thoraciques gauches et d'une dyspnée d'effort d'apparition progressive. L'examen physique trouvait une tension artérielle (TA) à 110/70, une fréquence cardiaque à 80/min, un rythme respiratoire à 20/min, et un syndrome d'épanchement pleural liquidien basal gauche. La radiographie du thorax permettait de découvrir une opacité pleuro-parenchymateuse rétractile gauche, associée à une cardiomégalie (ICT = 0,6) et

à une lyse du 3<sup>e</sup> arc costal gauche. L'hémogramme révélait une anémie normochrome normocytaire (Hb = 105 g/l) ; la vitesse de sédimentation (VS) était à 120/130 mm ; la calcémie était à 2,25 µm/L, et la créatinémie à 100 µm/L.

La ponction pleurale ramenait un liquide clair, de type exsudatif, avec de nombreux plasmocytes dystrophiques et un taux de protides à 70 g/L. La recherche de la protéine de Bence-Jones était négative. L'électrophorèse des protides sériques mettait en évidence une hyperprotidémie à 92 g/L, avec un pic monoclonal au niveau des gammaglobulines mesuré à 50 g/L. L'immunoélectrophorèse sérique et pleurale révélait la présence d'une immunoglobuline de type IgG. La biopsie pleurale mettait en évidence la présence d'une population lymphoplasmocytaire, avec prédominance des plasmocytes à différents stades de maturation (figure 1).

A l'immunohistochimie, les cellules tumorales prenaient les marqueurs lymphocytaires B, ainsi que l'IgG. La fibroscopie bronchique montrait une infiltration diffuse, dont la biopsie révélait un infiltrat lymphoïde très évocateur de myélome.

La tomодensitométrie thoracique objectivait un collapsus pulmonaire associé à un épanchement pleural avec des adénopathies médiastinales, ainsi qu'une lyse du sternum et du 3<sup>e</sup> arc costal gauche. L'électrocardiogramme (ECG) notait des troubles de la repolarisation diffus. L'échographie cardiaque révélait un épanchement péricardique circonferentiel. La radiographie du crâne objectivait des géodes diffuses, « à l'emporte-pièce ». Le myélogramme révélait une moelle riche en plasmocytes.

Le diagnostic de myélome à IgG, à localisations multiples (osseuse, pleurale et bronchique confirmées, péricar-

dique non confirmée), de stade IIIA selon la classification de Durie et Salmon, était retenu.

L'épanchement pleural et péricardique se tarissait 15 jours après le premier cycle mensuel de chimiothérapie : melphalan 4 cp/j, prednisone 40 mg/j, endoxan 4 cp/j, administrés pendant 4 jours et associés à des ponctions pleurales évacuatrices.

La malade décédait chez elle un mois plus tard, soit quatre mois après le diagnostic.

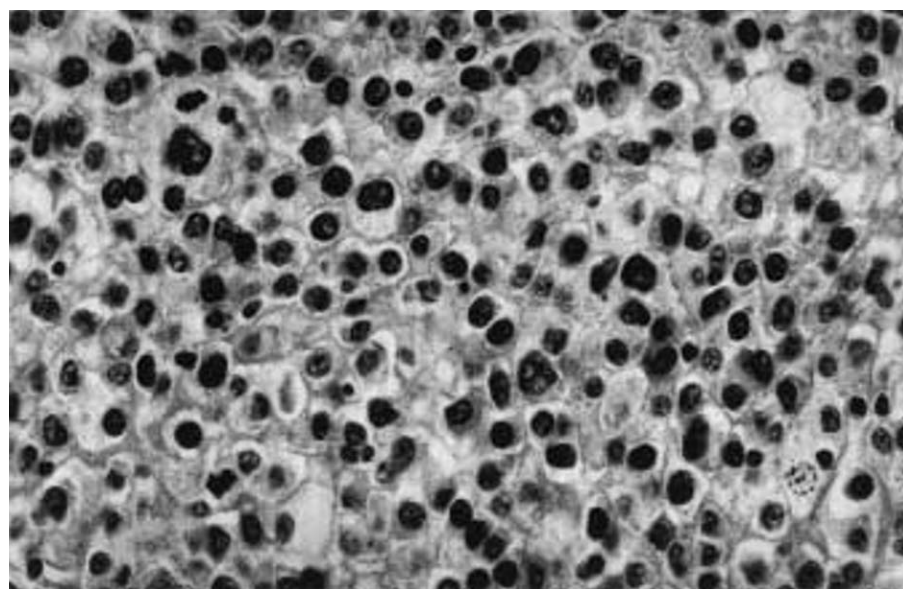
## Cas n° 2

M. H..., âgé de 65 ans, tabagique (35 paquets-années), sans antécédents particuliers, était hospitalisé, en juillet 1997, pour une douleur thoracique droite associée à une dyspnée. L'examen physique découvrait un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit. Le rythme respiratoire était à 16/min, la tension artérielle à 120/70, la fréquence cardiaque à 90/min.

La radiographie du thorax révélait une opacité pleurale droite associée à une cardiomégalie (ICT = 0,6). L'hémogramme était normal, avec un taux d'hémoglobine à 140 g/l.

La vitesse de sédimentation était accélérée à 100/120 mm. Les bilans hépatiques et rénaux étaient normaux. La calcémie était à 2,50 µm/l, et la créatinémie à 100 µm/L. La ponction pleurale ramenait un liquide clair, de type exsudatif, riche en protides (70 g/L) et en lymphocytes (70 %).

Les électrophorèses des protides sériques et du liquide pleural révélèrent une augmentation des protides, respectivement à 90 et 80 g/L, ainsi qu'une hyper-gammaglobulinémie à 44,8 et 30 g/l. L'immunoélectrophorèse sérique et pleurale découvrait un pic monoclonal du type IgA à



1. — Coupe histologique du fragment de biopsie pleurale. Prolifération en plages de cellules à noyau excentré et à cytoplasme abondant, d'aspect plasmocytaire (hématoxyline-éosine ; x 400).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9284497>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9284497>

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