

Episodes de syncopes révélateur d'une leucémie aigue myelomonocytaire variante (LAM4Eo)

F.Lazrak¹, S. Aourarh¹, A.Jahdaoui¹, S.Sayagh²

¹Résidents en biologie médicale service d'hématologie au CHU de Marrakech –Maroc-

²Laboratoire d'Hématologie, CHU Marrakech-Maroc-

Introduction: La leucémie aigue myélomonocytaire variante éosinophile (M4Eo) est une LAM à composante neutrophile et monocytaire associée à une maturation éosinophile médullaire anormale dont le taux est variable (3 à 30 %)[1], elle représente 5 à 8% de l'ensemble des leucémies aigues myéloïdes [2]. Sur le plan moléculaire, cette leucémie est associée à une inversion sur le chromosome 16.

Objectif: Nous rapportons le cas d'une patiente diagnostiquée pour une M4Eo.

Observation : Il s'agit d'une patiente de sexe féminin âgée de 15 ans, issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents pathologique notable, qui se plaint une semaine avant son admission de vertiges, asthénie et de syncopes. L'examen clinique a montré une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire apyrétique avec pâleur cutanéomuqueuse. L'examen de l'abdomen a montré une hépatomégalie à 2 TDD sans splénomégalie avec des aires ganglionnaires libres. On note la présence de douleurs osseuses. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Un bilan biologique a été demandé et a montré: à l'hémogramme une hyperleucocytose à 39.4 G/L, avec une anémie normochrome normocytaire à 5.7g/dl et une thrombopénie profonde à 7 G/L. L'examen du frottis sanguin a retrouvé un taux de blastes à 33% et une monocytose à 29% (Figure 1).

Le myélogramme, de richesse normale et amégacaryocytaire, a mis en évidence 69% de blastes et de promonocytes, 7% de monocytes et 7% de granulocytes éosinophiles à tous les stades de maturations avec des anomalies morphologiques à types de granulations basophiles et/ou dégranulation.

D'autres signes de dysplasies ont été observés sur les trois lignées hématopoïétiques à savoir la binucléarité, le carryorhexis et la dégranulation. (Figure 2)

Le caryotype et l'immunophénotypage sont en cours.

La patiente est décédée à j-20 de son hospitalisation.

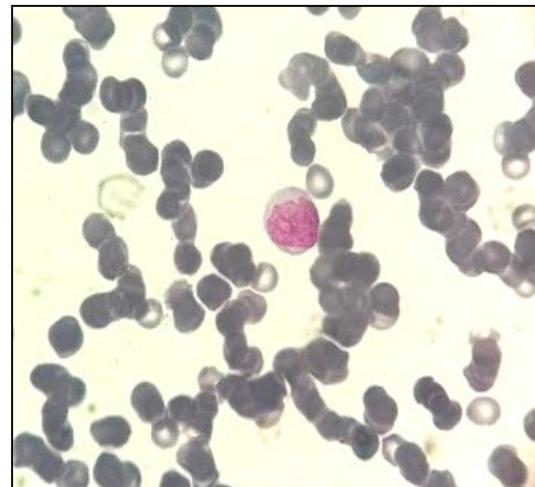


Figure 1: monoblaste. X1000 à l'immersion. coloration MGG classique

Discussion : Malgré le développement de la cytogénétique et des techniques de biologie moléculaire, l'examen morphologique du frottis sanguin et du myélogramme occupe une place centrale dans le diagnostic de la M4Eo et requiert une attention particulière de la part du cytologiste devant une composante à la fois monocytaire et neutrophile des cellules malignes associée à la présence d'éosinophiles dystrophiques.

La LAM4 avec éosinophiles anormaux selon l'ancienne appellation de la classification FAB est associée à l'inversion du chromosome 16 (inv (16)) ou t (16;16) (p13;q22) (p13;q22), fait partie selon la classification de l'OMS[3] des leucémies aiguës myélo-monocytaires avec anomalies cytogénétiques récurrentes plus particulièrement du groupe des LAM impliquant les gènes CBF (Core Binding Factor). la conséquence moléculaire est la fusion des gènes CBF bêta localisé en 16q22 et du gène Smooth Muscle Myosin Heavy Chain (MYH11) codant pour la chaîne lourde de la myosine, avec production de 11 transcrits différents, dont le plus fréquent est le type A. Ce transcrit de fusion, révélé par RT-PCR permet, en plus d'une aide diagnostique, un suivi de la maladie résiduelle [1,2].

L'immunophénotypage, quand à lui, comporte des marqueurs des cellules immatures: CD34 et CD117, des marqueurs myéloïdes: MPO ; CD33 et CD13, CD15 et CD65 et des marqueurs monocytaires: CD14, CD64 et CD36 [1].

La biologie moléculaire joue un rôle primordial dans l'identification de l'inversion du chromosome 16, d'où l'intérêt de la RT-PCR dans le diagnostic et le suivi. La nécessité de compétence et de plateau technique sophistiqués, ainsi que le cout élevé de ces examens (cytogénétique et moléculaire), ont limité leur réalisation chez notre patiente.

Conclusion : La Leucémie aiguë myélo-monocyttaire à composante éosinophile (LAM4eo) est une entité à part qui requiert une attention particulière de la part du cytologiste.

Références:

[1] F. Mugneret *, P. Callier, B. Favre-Audry Anomalies chromosomiques dans les leucémies aiguës myéloïdes

Pathologie Biologie 51 (2003) 314–328

[2] Aziz Touassou,1,& Khalid Elhmadi,2 Hind El Youssi,1 Hichameddou Moncef, 3 et Moncef Amrani Hassani Leucémie aiguë myélo-monocyttaire à éosinophiles révélée par une pancréatite aiguë [Pan Afr Med J.](#) 2015; 20: 112.

[3] Classification OMS 2016 des tumeurs hématopoïétiques et des tissus lymphoïdes

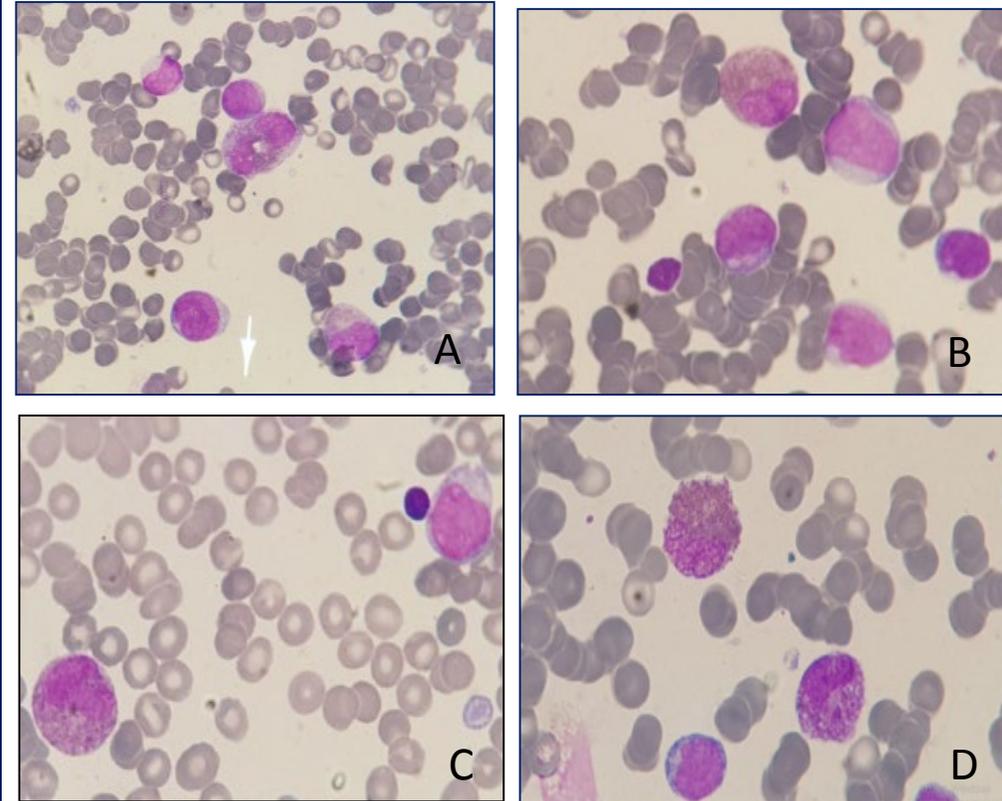


Figure 2:

- A:** 1 blaste 2 promonocytes 1 eosinophile dystrophique 1 myélocyte
- B:** 4 blastes 1 éosinophile
- C:** 1 éosinophile dystrophique 1 blaste
- D:** 1 blaste 2 éosinophiles dystrophiques