

## INTRODUCTION

Le Myélome à chaîne légère est une forme particulière de myélome multiple. Elle correspond à la sécrétion par les plasmocytes tumoraux d'une partie incomplète de l'immunoglobuline dite "chaînes légères" de type Kappa ou Lambda sans sécrétion de la chaîne lourde. [1,2]

Nous rapportons dans ce travail une observation médicale à propos du cas d'un patient hospitalisé au service de néphrologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour insuffisance rénale aigue.

## OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 62 ans, sans antécédents particuliers, admis pour prise en charge d'une insuffisance rénale aigue.

La symptomatologie remontait à 10 jours avant son hospitalisation par l'installation de vomissements alimentaires associés à une polyurie, avec urines concentrées puis claires, motivant une première consultation sans amélioration.

L'évolution a été marqué par l'apparition de vertiges et l'installation d'une asthénie intense et de douleurs osseuses diffuses, le patient fût référé au CHU Ibn Rochd.

A l'admission, l'examen générale a trouvé un patient conscient GSC à 15/15, bien orienté dans le temps et l'espace, stable sur le plan dynamique et respiratoire : normotendu à 11/08 mmHg, normocarde à 78 battements par minute eupnéique à 18 cycles par minute et le temps de recoloration cutanée (TCR) était inférieur à 3 secondes. L'examen clinique n'a pas mis en évidence d'œdème des membres inférieurs ni de pli de déshydratation. La diurèse était conservée.

L'examen cardio-vasculaire et pleuropulmonaire n'ont pas révélé d'anomalies. Les pouls périphériques étaient bien perçus. Il n'y avait pas de râles pulmonaire à l'auscultation. L'examen ostéo-articulaire a trouvé des douleurs osseuses diffuses. Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

Le bilan biologique a montré une insuffisance rénale (créatinine à 169mg/l, urée à 9,46g/l), hypoalbuminémie à 32g/l, hyperkaliémie à 6,4mEq/l, natrémie à 132mEq/l, hyperuricémie à 101 mg/l, hypercalcémie à 100 mg/l, hyperphosphatémie à 97 mg/l, CRP élevée à 46,6 mg/l, protéinurie élevée à 1,91 g/l et anémie normochrome normocytaire avec Hb à 8,9g/dl.

L'insuffisance rénale chez ce patient a nécessité des séances d'hémodialyse.

Une radiographie des os long et du crâne a montré la présence de géodes osseuses. L'échographie rénale a montré des reins hyper-échogènes augmentés de tailles à 145 mm chacun.

Le myélogramme a révélé la présence d'hématies en rouleaux et de 54% de plasmocytes dystrophiques.

L'électrophorèse des protéines sériques a montré un profil compatible avec un syndrome inflammatoire modéré associé à une hypoalbuminémie modérée et une hypogammaglobulinémie importante. (Image 1)

La protéinurie de Bence Jones a mis en évidence la présence d'une chaîne légère kappa. (Image 2)

Le diagnostic du myélome multiple à chaîne légère kappa a été retenu.

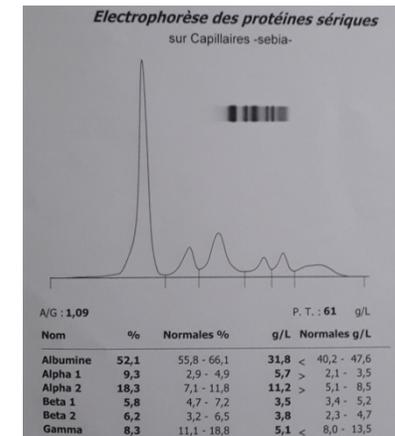


Image 1: Profil électrophorétique du patient

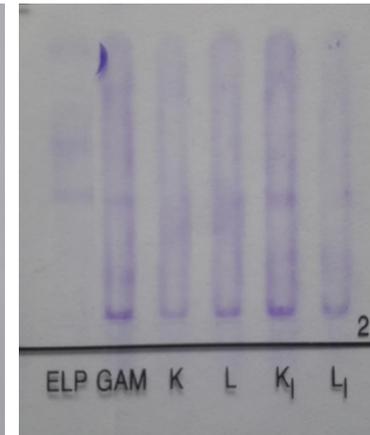


Image 1: Résultat de la protéinurie de Bence Jones

Wahbi H<sup>1</sup>\*, Hichami H<sup>1</sup>, Ramdani B<sup>2</sup>\* Morjan A<sup>1</sup>\*, Kamal N<sup>1</sup>\*

<sup>1</sup>Laboratoire de biochimie, CHU Ibn Rochd de Casablanca.

<sup>2</sup>Service de néphrologie, CHU Ibn Rochd de Casablanca

\*Faculté de médecine et de pharmacie, Université Hassan II Casablanca

## DISCUSSION

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie lymphoïde maligne de la lignée B, de cause inconnue, définie par l'association d'une prolifération de plasmocytes tumoraux et de la sécrétion d'une immunoglobuline monoclonale.

Le MM est la plus fréquente des gammopathies malignes [3]. Cette pathologie touche préférentiellement les sujets de plus de 40 ans avec un pic de fréquence entre 67 et 70 ans [4].

Il s'agit le plus souvent d'un MM à une immunoglobuline G (IgG), plus rarement une IgA ou des chaînes légères kappa ou lambda [5]. Le MM à chaînes légères ne représente que 10 à 15 % des MM [6].

Les manifestations cliniques sont polymorphes et sont directement liées à l'atteinte de l'organe cible. Les douleurs osseuses sont des symptômes classiques. Ce patient présentait des douleurs osseuses diffuses. Ces manifestations sont secondaires à l'ostéolyse qui représente la conséquence d'une augmentation de l'activité de résorption ostéoclastique, dans la proximité des plasmocytes tumoraux, associée à une inhibition de la formation osseuse. [7]

La survenue d'une insuffisance rénale est une complication fréquente du myélome multiple.

Elle concerne environ 50% des patients atteints du MM au cours de l'évolution de la maladie, à des stades divers. L'insuffisance rénale aigue (IRA) est présente chez 30 à 40 % des malades au diagnostic, et jusqu'à 10 % des malades ont d'emblée une insuffisance rénale sévère nécessitant la dialyse comme a été le cas de notre patient.

La cause la plus fréquente de l'insuffisance rénale reste la tubulopathie myélomateuse (63 à 87% des atteintes rénales). Elle est caractérisée par la précipitation de cylindres, formés de chaînes légères d'immunoglobulines et de protéines de Tamm-Horsfall dans les tubules distaux.

Par ailleurs, l'IRA peut être fonctionnelle (secondaire à la déshydratation causée par l'hypercalcémie), glomérulaire (lié à l'amylose AL) ou post-rénale (secondaire à une lithiase en rapport avec une hypercalcémie chronique). [8]

## CONCLUSION

L'IRA représente une cause majeure de morbidité au même titre que les lésions osseuses. Elle peut être révélatrice du myélome multiple comme c'est le cas chez ce patient.

## REFERENCES

- [1] ZULLIAN GB., BABARE R., ZAGONEL V., MONFARDINI S. Multiple myeloma, Critical review in oncology/haematology. Guidelines for management of cancer in the elderly 1998.
- [2] GREIPP PR, DURIE, BGM, ET. AL. International Staging System for multiple myeloma. J Clin Oncol. 2005 May 20;23(15):3412-20. Epub 2005 Apr 4.
- [3] Decaux O, Rodon P, Ruelland A, Estepa L, Leblay R, Grosbois B. Épidémiologie descriptive des gammopathies monoclonales. Expérience d'un centre hospitalier général et d'un service de médecine interne de centre hospitalier et universitaire. Rev Med Interne. 2007;28(10):670-6.
- [4] Facon T, Yacoub-Agha I, Leleu X. Myélome multiple. EMC hématologie 2003, 13-014-E-10:15p.
- [5] Jancelewicz Z, Takatsuki K, Sugai S, Pruzanski W. IgD multiple myeloma: review of 133 cases. Arch Intern Med 1975 ; 135 : 87-93.
- [6] Beauvillain C., Renier G., Jeannin P., Ifrah N., Chevaller A.. Apport diagnostique du dosage des chaînes légères libres sériques d'immunoglobulines pour l'exploration des gammopathies monoclonales. Revue francophone des laboratoires, 2008 ; 404 : 38-50.
- [7] Brosseau S. Myélome: anomalies chromosomiques, conséquences biologiques et traitement ; 2007 ; 108 : 2020-2028.
- [8] Manier S, Leleu X. Myélome multiple : diagnostic clinique et perspective de traitement. Recommandations de l'International Myeloma Working Group (IMWG). Immunoanal Biol Spec 2011; 26:125-36.