

Localisation pleurale d'un myélome multiple à propos d'un cas A case of Pleural localization of multiple myeloma

S.NAAMA¹, D.ZAGAOUCH¹, H.SOUHI¹, I. ABDERRAHMANI-
RHORFI¹, H.EL OUAZZANI¹, A. ABID¹

1 Service de Pneumologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed-V, Rabat, Maroc.

, université Mohamed V, Rabat, Maroc.

**Auteur correspondant : Soukaina Naama*

Résumé :

La survenue d'un épanchement pleural au cours du myélome multiple est relativement rare. Il est le plus souvent en rapport avec une atteinte non spécifique de la maladie. Nous rapportons une observation d'un épanchement pleural, dont l'origine myélomateuse est retenue devant le résultat de la biopsie pleurale. L'évolution est marquée par l'altération rapide de l'état général et décès en un mois. L'apparition d'un épanchement par envahissement pleural plasmocytaire dans le myélome multiple traduit l'agressivité de la maladie et son caractère péjoratif.

Mots clés : *Pleurésie – Myélome multiple Myelomatouspleural effusion*

Abstract

Pleural effusions are relatively rare during the course of multiple myeloma and most often occur with non-specific disorders of the disease. We report an observation of myelomatous pleural effusion; the diagnostic was ascertained by the pleural biopsy, the evolution is marked by the rapid deterioration of general condition. Occurrence in the course of multiple myeloma of pleural effusions due to infiltration of the pleura by plasma cells reflects aggressive disease and indicates a poor prognosis.

Key words: *Pleurisy - Multiple myeloma Myelomatouspleural effusion;*

Date of Submission: 20-08-2021

Date of Acceptance: 05-09-2021

I. Introduction

Le myélome multiple est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération clonale de plasmocytes envahissant la moelle hématopoïétique, affectant le plus souvent le sujet âgé, Le diagnostic est facile sur l'association d'une plasmocytose médullaire excessive et d'une immunoglobuline monoclonale sérique et/ou urinaire. Les atteintes thoraciques décrites sont diverses, pouvant toucher la paroi (essentiellement costale), le médiastin, le parenchyme ou la plèvre. L'épanchement pleural peut être d'origine multiple, et c'est la mise en évidence de plasmocytes dans le liquide pleural ou la biopsie pleurale qui définit la pleurésie myélomateuse. Nous rapportons dans ce travail une nouvelle observation d'un épanchement pleural myélomateux, survenu au cours de l'évolution d'un myélome multiple.

II. Observation

Patient, âgé de 66 ans, suivi depuis 9 ans pour myélome multiple ayant reçu 26 cycles de chimiothérapie, fumeur 30 paquets-années sevré il y a 21 ans, sans autres antécédents pathologiques notables, est admis au service de pneumologie à l'hôpital militaire de Rabat pour dyspnée et altération de l'état général. Il a présenté depuis 10 jours avant son admission une dyspnée stade 3 de l'échelle de dyspnée de Medical Research Council modifiée, associée à des douleurs basithoraciques droites augmentant à l'inspiration profonde avec toux sèche intermittente, évoluant dans un contexte d'amaigrissement et d'asthénie physique. L'examen clinique montre une pâleur conjonctivale, un syndrome d'épanchement liquidien pleural droit, et des douleurs à la palpation de la paroi antérieure du thorax et indice de masse corporelle à 18 kg/m², l'auscultation cardiaque est normale et l'examen abdominal ne trouve pas de d'hépatosplénomégalie. La radiographie standard du thorax révèle une opacité homogène de tonalité hydrique occupant la moitié inférieure de l'hémithorax droit (figure 1), et le scanner thoracique avec injection de produit de contraste a montré une masse du fowler droit hétérogène mesurant approximativement 33 fois 26 mm avec envahissement de la plèvre en regard et lyse de l'arc moyen et postérieur du C7, avec épaissement diffus mamelonnaire de la plèvre pariétale droite, avec pleurésie droite

de grande abondance et atelectasie passive en regard, et aspect hétérogène du squelette axial et périphérique.(figure2 : a,b)

Sur le plan biologique l'hémogramme révèle hémoglobine à 10 g/dL. La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 100 mm à la première heure, CRP à 27mg/l, bilan hépatique normale et créatinémie à 19 mg/l. Le frottis sanguin montre des hématies en rouleaux sans cellules anormales ou de plasmocytes. La ponction pleurale trouve un liquide séro hématique exsudatif lymphocytaire sans signe cytologique de malignité. Les recherches de bacilles de Koch dans les crachats, les urines et le liquide pleural sont négatives, fibroscopie bronchique non tolérée par le patient. La biopsie pleurale montre une infiltration pleurale par une population plasmocytaire CD 138+ avec monotypie des chaînes légères lambda compatible avec une localisation pleurale du myélome connu chez ce patient. L'évolution est défavorable, la patiente décédé un mois après la découverte de la pleurésie.

III. Discussion

La survenue d'un épanchement pleural au cours du myélome multiple est rare. Dans une série de 985 myélomes, Kintzer et al.[1] ont rapporté un épanchement pleural chez 58 patients (6 %), il est d'origine plasmocytaire dans 0,8 % des cas seulement, comme le cas de notre patient.

La pleurésie peut être d'origine multiple, dominée par l'amylose et l'insuffisance cardiaque[2][3][4]. Plus rarement, la pleurésie peut être secondaire à une infection bactérienne ou virale, à une embolie pulmonaire ou à une infiltration plasmocytaire[1]. Les mécanismes de formation d'un épanchement pleural myélomateux sont multiples. Il peut s'agir d'une localisation plasmocytaire établissant un rapport de contiguïté avec la plèvre (costale, vertébrale ou sous-cutanée), d'une obstruction lymphatique par infiltration des ganglions lymphatiques médiastinaux, ou du développement de nodules tumoraux au niveau de la plèvre[5][6]. La recherche d'une lésion plasmocytaire de voisinage par le scanner thoracique est souvent positive[4], comme c'est le cas dans notre observation. L'épanchement pleural est exceptionnellement inaugural d'un myélome, il survient le plus souvent au cours de l'évolution de la pathologie[6][7][8]. Pour des raisons mal élucidées, la localisation pleurale gauche est la plus fréquente, dans notre cas la pleurésie est à droite. Une atteinte bilatérale est également décrite[1][8]. Quatre-vingts pour cent des pleurésies myélomateuses décrites dans la littérature se rencontrent dans les myélomes à IgA qui ne présentent que 25 % des myélomes. Ce fait est probablement expliqué par la tendance des myélomes à IgA envahir les structures extraganglionnaires[9][10][11][12][13]. Des pleurésies myélomateuses sont également décrites au cours des myélomes à chaînes légères[14][8]. Le liquide pleural est constamment de type exsudatif[4][1][8][12][5]. La présence d'une immunoglobuline monoclonale pleurale identique à celle sérique n'est pas spécifique de la pleurésie myélomateuse, car cette immunoglobuline monoclonale peut se voir lors des phénomènes exsudatifs[6]. Elle doit être donc associée à la présence de plasmocytes au niveau pleural pour affirmer le diagnostic. La biopsie pleurale n'est pas indispensable au diagnostic de la localisation pleurale du myélome, mais elle peut confirmer le diagnostic en révélant une infiltration plasmocytaire est c'est le cas de notre patient[6][8][11].

Le pronostic du myélome dépend de la masse tumorale et du stade clinique. La médiane de survie des patients traités est supérieure à 5 ans au stade I ; elle est de 20 mois au stade III, et intermédiaire au stade II. D'autres critères pronostiques ont été retenus, parmi lesquels le taux de bêta-2-microglobulines (il est défavorable lorsqu'il dépasse 3 mg/L) et le type de l'immunoglobuline (ordre de gravité croissante : IgG (+), IgA (++) , BJ (+++), IgD (++++)) semblent les plus utiles. La survenue de la pleurésie plasmocytaire aggrave le pronostic[1][8][15]. La survie moyenne n'excède pas 4 mois à partir de la date de découverte de la pleurésie plasmocytaire [3, 4]. Des survies prolongées, allant jusqu'à 30 mois, ont été décrites[8]. Dans notre observation, l'évolution a été fatale au bout d'un mois après le diagnostic de la pleurésie. Le plus souvent, les complications extramédullaires du myélome multiple ont une réponse médiocre à la chimiothérapie conventionnelle[16].

Le myélome multiple reste une maladie incurable, toutefois sa prise en charge a connu des progrès thérapeutiques récents. Le traitement par Melphalan-Prednisone est resté pendant longtemps le traitement de référence du myélome chez les sujets de plus de 65 ans avec 53 % de patients répondeurs. Les combinaisons de chimiothérapies ont permis d'obtenir un meilleur pourcentage de répondeurs mais sans amélioration en termes de survie. L'utilisation des nouveaux agents (bortézomib, thalidomide et lénalidomide) a permis d'améliorer les réponses et notamment le taux de rémission complète avant la procédure d'intensification. Pour les patients âgés de moins de 65 ans, l'autogreffe de cellules souches périphériques suivie d'une chimiothérapie est actuellement le traitement de référence et elle est souvent précédée par un traitement d'induction par le vincristine-adriamycine-dexaméthasone[17]. Le traitement des épanchements pleuraux myélomateux est encore mal codifié, du fait des rares cas publiés dans la littérature, il fait appel en général à une chimiothérapie par voie générale (VMCP, VAD)[4][8][14][18]. Des protocoles thérapeutiques plus agressifs ont été utilisés dans le traitement des myélomes, avec une atteinte des cavités séreuses. Ainsi, Alegre et al. [1], en associant le protocole VAD et une autogreffe de la moelle osseuse, ont réussi à obtenir une rémission complète et une disparition de l'ascite myélomateuse. D'autres moyens thérapeutiques, tels que la thalidomide ou le bortézomib[19], ont constitué ces

dernières années une avancée majeure pour le traitement du myélome, essentiellement dans les formes réfractaires. A notre connaissance, l'efficacité de ces molécules dans le traitement des pleurésies myélomateuses n'a pas été décrite dans la littérature. Les injections intrapleurales d'adriamycine et d'interféron alfa n'ont pas donné de réponse satisfaisante[11].

Enfin, le talcage pleural n'a été réalisé que dans quelques cas d'épanchement pleural récidivant, permettant une stabilisation transitoire[14][18].

IV. Conclusion

Le myélome multiple est une gammopathie monoclonale de diagnostic le plus souvent facile fondé sur la présence d'une infiltration plasmocytaire médullaire maligne, d'un pic monoclonal et d'une atteinte organique pouvant être attribuée à la prolifération plasmocytaire. En revanche, la prise en charge des patients atteints de MM devient complexe, faisant intervenir de nombreux paramètres pronostiques, thérapeutiques et de surveillance. Elle nécessite une meilleure compréhension de l'hétérogénéité du profil évolutif de la maladie pour chacun des patients.

La survenue d'un épanchement pleural plasmocytaire au cours du myélome est rare. Elle constitue un facteur de pronostic péjoratif au cours de l'évolution de cette pathologie comme en témoigne notre observation.

Les références

- [1]. J. S. Kintzer, E. C. Rosenow, et R. A. Kyle, « Thoracic and pulmonary abnormalities in multiple myeloma: a review of 958 cases », *Arch. Intern. Med.*, vol. 138, n° 5, p. 727-730, 1978.
- [2]. A. Gogia, P. K. Agarwal, S. Jain, et K. P. Jain, « Myelomatous pleural effusion », *JAPI*, vol. 53, p. 734-6, 2005.
- [3]. C. H. Roux, V. Breuil, O. Brocq, et L. Euler-Ziegler, « Pleural amyloidosis as the first sign of IgD multiple myeloma », *Clin. Rheumatol.*, vol. 24, n° 3, p. 294-295, 2005.
- [4]. M. Elloumi *et al.*, « Plasmocytic pleural effusion disclosing multiple myeloma », *Rev. Mal. Respir.*, vol. 17, n° 2, p. 495-497, 2000.
- [5]. P. Vesin, « Les épanchements pleuraux au cours du myélome disséminé », 1976.
- [6]. T. Billey, S. Lassoued, B. Fournie, et A. Fournie, « Les épanchements pleuraux dans la maladie de Kahler: à propos d'une observation et revue de la littérature », *Sem. Hôp. Paris*, vol. 64, n° 30, p. 2021-2022, 1988.
- [7]. M. Maachi, S. Fellahi, M.-E. Diop, T. Francois, J. Capeau, et J.-P. Bastard, « Pleural effusion as a first sign of Ig D lambda multiple myeloma », in *Annales de médecine interne*, 2003, vol. 154, n° 1, p. 70-72.
- [8]. M. L. Quinquenelet *et al.*, « Pleural involvement of myeloma. Apropos of 2 cases », *Rev. Mal. Respir.*, vol. 12, n° 2, p. 173-174, 1995.
- [9]. M. G. Alexandrakis, F. H. Passam, D. S. Kyriakou, et D. Bouros, « Pleural effusions in hematologic malignancies », *Chest*, vol. 125, n° 4, p. 1546-1555, 2004.
- [10]. M. Andre, J. Ponnouaille, J. L. Kemeny, M. Filaire, P. Travade, et O. Aumaitre, « Pleural and pericardial effusion as the first sign of multiple myeloma. », in *Annales de médecine interne*, 1999, vol. 150, n° 5, p. 443-445.
- [11]. Y. M. Kim *et al.*, « Myelomatous effusion with poor response to chemotherapy », *J. Korean Med. Sci.*, vol. 15, n° 2, p. 243-246, 2000.
- [12]. J. N. Rodríguez, A. Pereira, J. C. Martínez, J. Conde, et E. Pujol, « Pleural effusion in multiple myeloma », *Chest*, vol. 105, n° 2, p. 622-624, 1994.
- [13]. G. Ulubay, F. Ö. Eyüboğlu, A. Simsek, et Ö. Özyılkan, « Multiple myeloma with pleural involvement: a case report », *Am. J. Clin. Oncol.*, vol. 28, n° 4, p. 429-430, 2005.
- [14]. I. B. Ghorbelet *et al.*, « Pleuresiemyelomateuse bilatérale: à propos d'une observation », *Rev. Médecine Interne*, vol. 11, n° 22, p. 1134-1135, 2001.
- [15]. R. L. Sasser, L. T. Yam, et C.-Y. Li, « Myeloma with involvement of the serous cavities. Cytologic and immunochemical diagnosis and literature review. », *Acta Cytol.*, vol. 34, n° 4, p. 479-485, 1990.
- [16]. Y. Inoue *et al.*, « Multiple myeloma presenting initially as a solitary pleural effusion later complicated by malignant plasmacytic ascites », *Leuk. Res.*, vol. 29, n° 6, p. 715-718, 2005.
- [17]. C. Hulin, « Les nouveaux médicaments du myélome », *Rev. Médecine Interne*, vol. 28, n° 10, p. 682-688, 2007.
- [18]. D. Belhabib *et al.*, « Pleural effusion revealing multiple myeloma », *Rev. Pneumol. Clin.*, vol. 61, n° 5 Pt 1, p. 319-322, 2005.
- [19]. R. A. Kyle et S. V. Rajkumar, « Treatment of Multiple Myeloma: A Comprehensive Review », *Clin. Lymphoma Myeloma*, vol. 9, n° 4, p. 278-288, août 2009, doi: 10.3816/CLM.2009.n.056.

Figure 1 : radiographie thoracique du face montre une pleurésie basale droite

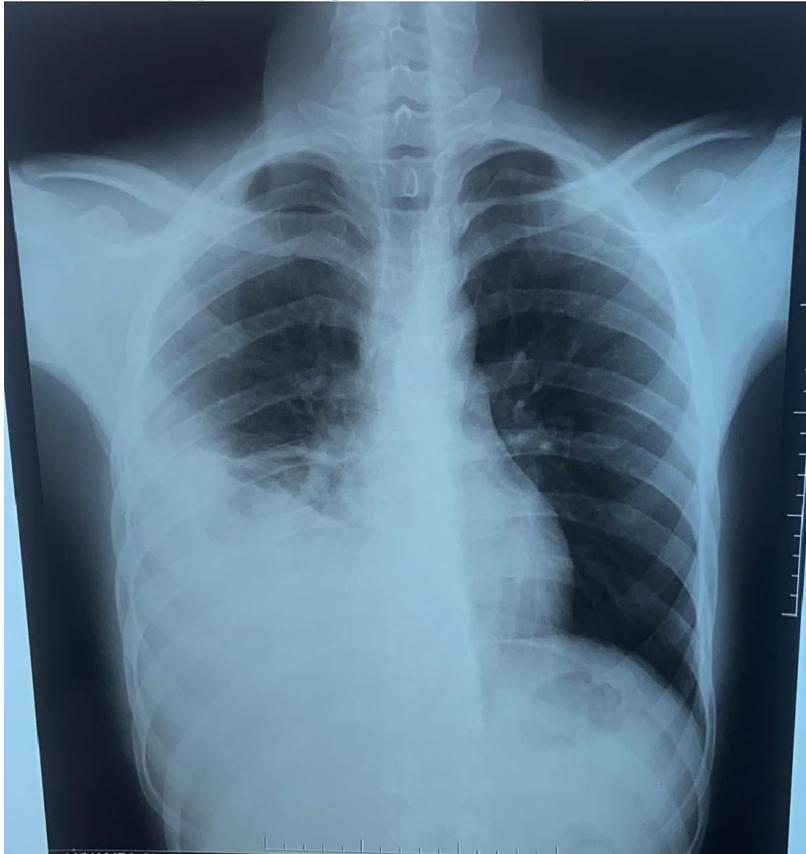
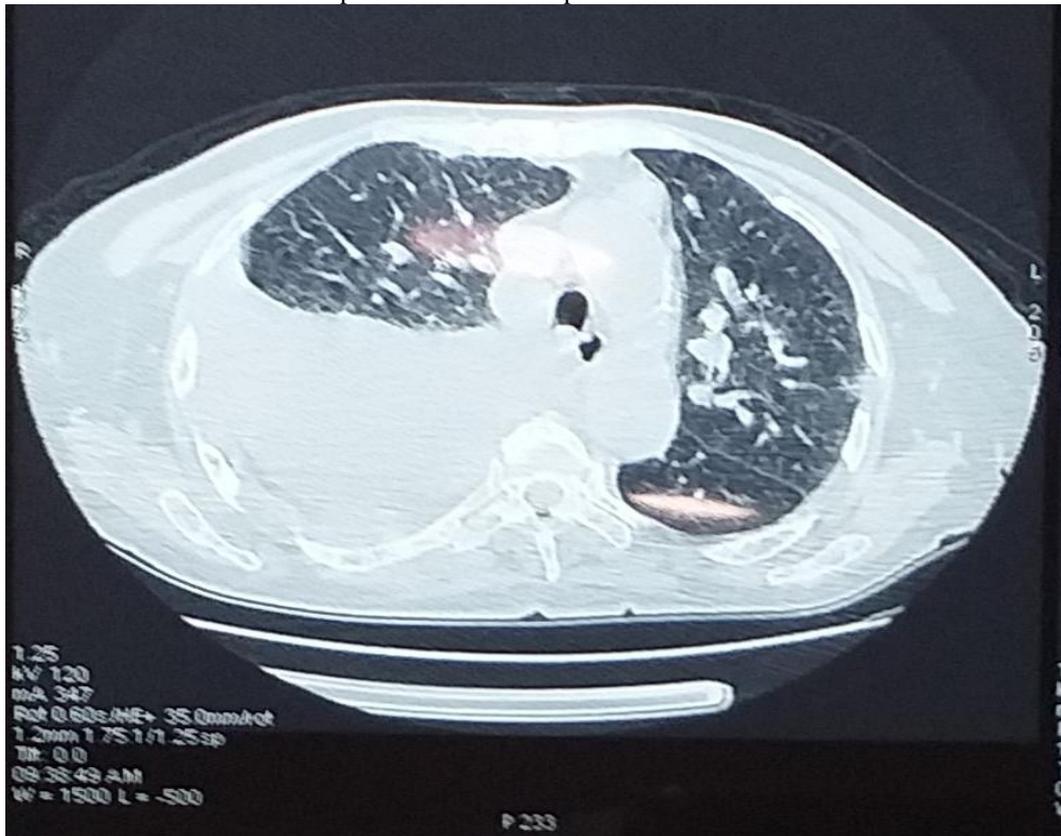


Figure 2.a : scanner thoracique, coupe médiastinale : masse du fowler droit et envahissement de la plèvre pariétale droite avec pleurésie droite



Figure 2.b : scanner thoracique , coupe parenchymateuse : : masse du fowler droit et envahissement de la plèvre pariétale droite avec pleurésie droite



Soukaina Naama, et. al. "Localisation pleurale d'un myélome multiple à propos d'un cas A case of Pleural localization of multiple myeloma." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(08), 2021, pp. 56-60.