

DOSSIERS THERAPEUTIQUES ET BIOLOGIQUES - Mai 2013

PROPOSITIONS DE REPONSES *

Dossier 1

REPONSES n°: 1

On note une anémie normocytaire (VGM = 88 fL), normochrome (TCMH = 28,8 pg et CCMH = 32,6 %) et arégénérative (réticulocytes : 20 G/L)

La formule leucocytaire est normale. La VS est très accélérée (normale : < 5 mm), en relation avec la formation de rouleaux d'érythrocytes observés sur le frottis.

La créatinine et l'urée sont augmentées (valeurs usuelles : créatinine: 60 - 115 µmol/L, urée: 2,5 à 7,5 mmol/L) ainsi que le taux de protéines (valeur normale : 65 - 80 g/L) et de calcium (valeur normale : 2,20 - 2,60 mmol/L).

REPONSES n°: 2

Le taux élevé de protéines, la très forte accélération de la VS, la présence d'érythrocytes en rouleaux sont en faveur d'une dysglobulinémie.

Les signes cliniques (douleurs osseuses) et radiologiques (démminéralisation et lacunes) orientent plutôt vers un myélome multiple des os.

Les autres signes biologiques: anémie, hypercalcémie et augmentation de l'urée et de la créatinine (témoins d'une insuffisance rénale) se rencontrent également dans cette maladie.

REPONSES n°: 3

- On réalisera un myélogramme et éventuellement une biopsie ostéo-médullaire.

- Le myélogramme analyse la composition et la morphologie cellulaires. Il montrera, en cas de myélome multiple, une infiltration plasmocytaire, habituellement > 10 %, les plasmocytes étant majoritairement dystrophiques.

- La biopsie ostéo-médullaire, confirme l'infiltration plasmocytaire et précise son type (diffus ou en foyers). Elle montre l'hypoplasie médullaire associée. La biopsie est réalisée lorsque la moelle est pauvre ou montre un taux de plasmocytes faible à l'étude du myélogramme.

- Une étude cytogénétique pourra compléter ces examens.

REPONSES n°: 4

- L'électrophorèse des protéines montrera un pic étroit au niveau des gamma ou des bêta globulines

- Une immunofixation permettra de caractériser l'immunoglobuline monoclonale (un seul type de chaîne légère) : IgG le plus fréquemment, IgA ou encore IgD, IgE beaucoup plus rarement.

- Le dosage quantitatif des immunoglobulines permet d'évaluer le taux de l'immunoglobuline monoclonale et la diminution des autres immunoglobulines polyclonales normales. L'intégration du pic à l'électrophorèse (qui servira aussi au suivi) permet de connaître la concentration en Ig monoclonale.

- Une recherche de protéinurie et la mise en évidence de la protéine monoclonale ou

des chaînes légères (Bence-Jones) seront réalisées.

REPONSES n°: 5

- Plusieurs options thérapeutiques sont possibles :
- VRD : association bortezomib (Velcade®) - lenalidomide (Revlimid®) - dexaméthasone
- MPT = association melphalan (Alkeran®) prednisone - thalidomide (avec ou sans bortezomib)
- Une polychimiothérapie incluant des anthracyclines peut être envisagée en deuxième intention : VAD (vincristine, adriamycine, dexaméthasone) ; l'interféron augmente le taux de réponse mais est très mal supporté.

REPONSES n°: 6

- Complications osseuses : la douleur liée aux complications osseuses est traitée par radiothérapie localisée, associée à une corticothérapie.

Traitement possible de la déminéralisation par les biphosphonates.

- Complications rénales : elles sont traitées par hyperhydratation et correction de l'hypercalcémie.
- Complications infectieuses : elles sont traitées par antibiothérapie et prévenues par vaccination antipneumococcique. Des immunoglobulines par voie intraveineuse (IgIV) peuvent être administrées en cas d'infections répétées.

****Important : Les propositions de réponses sont données à titre indicatif. Elles n'ont rien d'impératif pour les jurys des concours d'internat en pharmacie qui restent souverains et libres d'établir les grilles de correction et de cotation comme ils le souhaitent. Les éléments de réponses doivent être considérés pour l'année du concours auxquels ils se rapportent.***