

## Syndromes lymphoprolifératifs

### 1° Définition :

Prolifération anormale des lignées lymphocytaires ou plasmocytaires avec maintien de la maturation.

### 2° La Leucémie Lymphoïde Chronique (LLC) :

#### 2.1. Définition :

Prolifération anormale monoclonal de lymphocytes B matures mais incapable de différenciation en Plasmocyte.

#### 2.2. Prévalence :

Adultes supérieur à 50 ans, le plus souvent des hommes.

#### 2.3. Signes cliniques :

- Etat général altéré.
- Adénopathie bilatérale diagnostiqué lors d'un bilan systématique.

#### 2.4. Diagnostic :

##### • Hémogramme :

- Bilan des globules rouges normal ou anémie arégénérative ou érythropénie.
- Thrombopénie.
- Hyperleucocytose forte due à une lymphocytose avec lymphocytes normaux monomorphes. Cytolyse augmentée.

##### • Examens complémentaires :

##### ▪ Myélogramme :

Lignée des rouges et des plaquettes diminuées alors que la lignée des blanc est augmentée. Cela traduit un dysfonctionnement de la moelle.

- **Bilan immunologique :**
  - **Typage lymphocytaire :**

Montre la prédominance de lymphocytes B.

- **Etude des globulines sériques :**

Montre une diminution du pique des Ig.

- **Recherche d'auto-anticorps :**

LLC s'accompagne parfois d'auto-immunisation qui cible les hématies et les plaquettes des patients.

## **2.5. Evolution et traitement :**

Le traitement se fait par chimiothérapie (destruction par toxicité chimique des cellules en proliférations dont les cellules cancéreuses), on a donc une diminution des signes sanguins et médullaires. (Pronostic : 6 à 20 ans).

Il peut y avoir des complications :

- Poly-infections.
- Auto-immunisation.

## **3° La maladie de Kahler : myélome multiple**

### **3.1. Définition :**

Prolifération anormale monoclonal de plasmocytes dans la moelle osseuse à l'origine de la production d'immunoglobulines monoclonales sécrétés dans le sang.

### **3.2. Prévalence :**

Adultes supérieurs à 50 ans sans prédominance.

### **3.3. Signes cliniques :**

- VS augmentée.
- Troubles circulatoires et oculaires.
- Atteintes rénales.
- Déficit de l'immunité humorale.
- Lésions osseuses vertébrales.

### 3.4. Diagnostic :

- **Radiologie :**

Lacunes osseuses (Ostéoporose).

- **Hémogramme :**

- NFS, plaquettes et dosage du calcium augmenté.
- Anémie, arégénérative, normochrome, normocytaire. Rouleaux d'hématies.
- Plaquettes normales ou diminuées.
- Blancs normales ou diminuées.

- **Myélogramme :**

Os mou lors de la biopsie.

On trouve plus de 15% de plasmocytes normaux ou légèrement modifiés.

- **Etude des protéines sériques et urinaires :**

- **Sériques :**

- ✓ Augmentation des protéines (> 70 g/L).
- ✓ Electrophorèse (Ig augmentée).
- ✓ Identification des Ig produite (diminution de l'immunité humorale).

- **Urinaires :**

Protéines de Bence Jones à chaînes légères.

### 3.5. Evolution et traitement :

Diagnostic défavorable.

Traitement par chimiothérapie, antibiothérapie et plasmaphérèse (dialyse).

Survie moyenne de 2 ans. Le décès survient par infections ou insuffisances rénales.

Myélomes multiples car :

- Symptômes multiples.
- Anomalies multiples sur l'hémogramme et le myélogramme.
- Traitements multiples.