

Association de Biologie Praticienne

70 avenue des Gobelins 75013 PARIS - Tél: 01 43 31 94 87 Fax : 01 43 37 39 92

Email : secretariatbp@orange.fr

Enregistrée à la Préfecture de la Région de l'Île de France, délégation à la formation professionnelle, sous le N°11750 397 375
SIRET : 321 609 489 00034 – NAF 9499Z

Pr Marc ZANDECKI

www.hematocell.fr

Expert Consultant chargé de la fabrication
des échantillons et de l'exploitation des résultats

Anne-Marie Fihman

Responsable scientifique
Coordonnateur

EEQ Myélogramme

Dossier M-2016 B (du 27/04/2016 au 31/05/2016)

Nombre de participants : **179**

Nombre d'inscrits : **215**

Exposé du cas :

Myélome multiple

Homme de 52 ans

Douleurs à la charnière dorso-lombaire évoluant depuis plusieurs années. Plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire : obésité, hypertension artérielle, diabète de type 2 et traitement anti-coagulant par AVK suite à une thrombose veineuse profonde 5 mois auparavant.

Il y a 2 mois apparaît une polyarthralgie progressive (coudes, genoux, chevilles et avant – pieds), dont le diagnostic retenu est : rhumatisme inflammatoire non étiqueté, séronégatif. Examens complémentaires : protidémie = 81 g/L, avec pic IgA Kappa = 21,3 g/l, gammaglobulinémie résiduelle = 2 g/L ; calcémie, LDH, bêta2-microglobulinémie et créatininémie sont normales ; CRP = 17 mg/L (N< 5), peut-être en rapport avec le rhumatisme inflammatoire.

Hémogramme : Leucocytes = 7.3 G/L, Hb = 13.7 g/dL, VGM = 86 fL, CCMH = 32.3 g/dL, N° PLT = 213 G/L. (formule leucocytaire : images suivantes).

L'imagerie ne retrouve pas d'atteinte osseuse avec la radiographie standard (IRM rachidienne non réalisée pour cause de claustrophobie).

Ponction médullaire : gammopathie monoclonale idiopathique ? Myélome multiple ?

Myélogramme

Cellules	Vos résultats			Résultats attendus		Ensemble des réponses		
	Nb	%	Z score	Nombre	%	Médiane	Moyenne	Ecart-Type
Hémoblastes / Blastes		%		2	1.0 %	1.0 %	1.0 %	0.1
Myéloblastes		%		3	1.5 %	1.5 %	1.6 %	0.4
Promyélocytes Neutrophiles		%		9	4.5 %	2.5 %	2.5 %	0.7
Myélocytes Neutrophiles		%		17	8.5 %	10.9 %	10.9 %	2.2
Métamyélocytes neutrophiles		%		10	5.0 %	9.6 %	9.5 %	2.1
Polynucléaires neutrophiles		%		68	34.0 %	28.0 %	28.1 %	3.3
Lignée éosinophile		%		8	4.0 %	4.0 %	4.0 %	0.3
Lignée basophile		%		0	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0
Proérythroblastes		%		3	1.5 %	0.5 %	0.5 %	0.0
Erythroblastes basophiles		%		10	5.0 %	1.5 %	1.4 %	0.4
Erythroblastes polychromatophiles		%		4	2.0 %	5.0 %	5.1 %	1.0
Erythroblastes acidophiles		%		21	10.5 %	10.1 %	10.2 %	1.6
Lymphocytes		%		6	3.0 %	3.5 %	3.6 %	0.6
Plasmocytes		%		33	16.5 %	17.4 %	17.5 %	1.4
Lignée monocytaire		%		6	3.0 %	2.5 %	2.3 %	0.7
Cellules difficiles à classer		%		0	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0
Total	0	100 %		200	100 %			

Répartition des diagnostics sur l'ensemble des participants

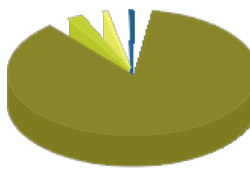
Nombre de réponses analysées : 179



■ Aspect évoquant celui d'un myélome multiple	: 95%
■ Aspect évoquant une gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS)	: 2%
■ Présence de cellules métastatiques	: 1%
■ Aspect évoquant celui d'une plasmocytose réactionnelle	: 1%
■ Autres	: 2%

Répartition des notes

Qualité du diagnostic



■ A. diagnostic attendu	: 97%
■ B. diagnostic acceptable	: 2%
■ C. diagnostic différent de celui attendu	: 1%
■ D. diagnostic erroné	: 1%

Qualité du myélograme



■ A. décompte excellent	: 97%
■ B. décompte convenable	: 3%
■ C. décompte de niveau moyen	: 1%

Synthèse du dossier

Critères de notation.

Pour le diagnostic à proposer :

A : diagnostic de myélome

B : diagnostic de MGUS, si argumentaire complémentaire en texte libre

C, D : autres réponses

Pour le décompte :

A : plasmocytose entre 14 et 20,9 %

B : plasmocytose entre 10,1 et 14% ou supérieure à 21%

C : plasmocytose inférieure à 10%

Large majorité de bonnes réponses (myélome multiple), avec % de plasmocytes correctement évalué. 30% des biologistes ont signalé une dysplasie, surtout granulocytaire, parfois des mégacaryocytes, parfois évoquant un SMD.

Les réponses se classaient en 3 groupes (plus ou moins équivalents en nombre) : aucun commentaire associé, commentaires cytologiques, commentaires +/- cytologiques associés à des commentaires sur l'observation elle-même et le classement en myélome (indolent plutôt que symptomatique). Ces commentaires montrent les habitudes locales (à ne pas changer). Eviter simplement les commentaires ambigus où le diagnostic de myélome est noyé parmi toute une suite d'informations moins pertinentes.

Quand vous signalez des particularités (ce qui est licite) il faut conclure sur celles-ci : par exemple une dysmyélopoïèse modérée, une dysgranulopoïèse modérée, une dysmégacaryopoïèse modérée, voire un Nb de blastes+myéloblastes proche de 5%, doivent s'accompagner de votre avis sur l'interprétation à faire de cette ou de ces anomalies (surtout ici, alors que notre patient ne présentait aucune cytopénie sanguine).

Biologistes ayant commenté la morphologie plasmocytaire : 58% ont signalé des anomalies marquées (plasmocytes dystrophiques, voire quelques plasmoblastes), 32 % ont signalé des anomalies morphologiques modérées (peu dystrophiques, quelques atypies) et 10 % ont signalé une morphologie normale.

Ici les plasmocytes formaient une population très homogène de cellules de grande taille avec un cytoplasme abondant (N/C bas), un noyau de contour régulier et parfois nucléolé. Quand tous les plasmocytes ont comme ici un cytoplasme très abondant, on ne verra pas de plasmoblastes, car ces derniers, en plus d'être très rares (1-2% du total plasmocytaire, dans seulement 15% des myélomes), sont présents quand il y a par ailleurs de nombreux plasmocytes de rapport N/C intermédiaire ou élevé, à chromatine fine, à nucléole net (ou toutes ces anomalies réunies).

Des commentaires sur l'observation et ses suites se trouvent à la suite des images de champs larges.

Merci de votre participation

Bien confraternellement

Signatures :



Madame AM Fihman
secrétaire générale de l'ABP



Pr Marc Zandecki