

**MYELOME MULTIPLE DES OS : ASPECTS CLINIQUES, RADIOGRAPHIQUES ET BIOLOGIQUES A PROPOS DE 5 CAS OBSERVES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COTONOU.**



ZANNOU D. M \*, SOSSOU R\*\*, AZON KOUANOU A\*, YEKPE P\*\*\*.,  
MOUSSA B\* , ADEGBIDI H\*\*\*\*, ADE G\*, HOUNGBE F\*

\*Service de Médecine Interne du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) COTONOU BENIN.

\*\*Service de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale. Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) COTONOU - BENIN

\*\*\*Service de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU- HKM) COTONOU BENIN.

\*\*\*\*Service de Dermatologie et Maladies vénériennes du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU- HKM) COTONOU BENIN.

**RESUME :**

Le myélome multiple ou maladie de KHALER est une myélopathie maligne résultant d'une infiltration de la moelle par un clone plasmocytaire malin. Nous rapportons 5 cas de la maladie de KHALER observés et pris en charge dans le service de Médecine Interne du CNHU HKM de COTONOU. Dans notre étude, plus de 50% des patients sont âgés de plus de 60 ans. Le myélogramme était l'examen référentiel de diagnostic. Dans 75% des cas, le diagnostic a été posé à un stade tardif. Le syndrome douloureux, l'altération de l'état général et l'anémie constituent la symptomatologie clinique majeure. Les manifestations radiographiques étaient à type de déminéralisation osseuse, d'ostéocondensation, d'ostéoporose et d'ostéolyse avec deux cas de fractures pathologiques.

**Mots clés :** Myélome multiple, Biologie, Radiographie, chimiothérapie

**ABSTRACT**

The multiple myeloma, a shrewd myelopathy, results from a marrow infiltration by a clone shrewd plasmocytal. We return 5 cases of the illness of KHALER observed and taken in charge in the service of Internal Medicine of the CNHU HKM of COTONOU. In our survey, more than 50% of the patients are aged of more than 60 years. The myelogram was our referential exam of diagnosis. In 75% of the cases, the diagnosis has been put to a belated stage. The painful syndrome, general stat alteration and anemia constitute the major clinical symptomatology. The demonstrations radiographics was of type of bony demineralization, bone's condensation, osteoporose and osteolyse with two cases of pathological fractures.

**Key words :** Multiple Myeloma, Biology, X-ray, chemotherapy

**INTRODUCTION**

Le myélome multiple des os ou maladie de KHALER est une hémopathie maligne caractérisée par la prolifération médullaire d'un clone plasmocytaire anormal sécrétant une immunoglobuline monoclonale complète ou incomplète [1]. C'est une affection peu fréquente qui touche avec prédilection les sujets âgés (autour de 60 ans) [2].

Son diagnostic repose généralement sur un trépied clinique radiologique et biologique.

La clinique inaugurale, dominée par un syndrome douloureux et ou tumoral, une altération de l'état général et une anémie, a besoin, de la radiologie et de la biologie pour asseoir le diagnostic.

L'imagerie médicale, surtout la radiographie standard, identifie les lésions osseuses et constitue le meilleur outil d'appréciation diagnostique des impacts squelettiques de la maladie de KHALER.

La biologie, notamment le myélogramme et la sérologie spécifique, confirment le diagnostic.

De nombreuses études épidémiologiques et cliniques ont été réalisées sous d'autres cieux. Dans un pays comme le BENIN aux ressources économiques limitées où l'accessibilité aux examens paracliniques n'est pas toujours facile, le diagnostic de Myélome multiple est tout de même possible. Nous rapportons ici 5 observations sur les aspects cliniques radiologiques et biologiques du Myélome multiple dans le service de médecine interne du CNHU de Cotonou du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2010.

**Observation N°1**

**Monsieur N. P.** âgé de 51 ans, sans antécédents particuliers a été hospitalisé dans notre service du 24 Mars 2007 au 21 Avril 2007 pour prise en charge de céphalées persistantes.

Le diagnostic de myélome multiple des os stade II fut posé sur la base des arguments suivants :

### 1. Sur le plan clinique

Nous avons observé un syndrome tumoral (tuméfaction claviculaire), des douleurs costales et cervicales et une altération de l'état général.

2. Les radiographies standard réalisées avaient montré :

- au crâne de multiples images ostéolytiques (Figure 1),
- au rachis cervical un discret tassement des corps vertébraux de C4 C5 et C6 avec pincement discaux postérieurs



Face



Profil

**Figure 1 : Présence de multiples images ostéolytiques sur une radiographie du crâne en incidences de face et profil**

3. Sur le plan biologique un médullogramme réalisé a montré une infiltration plasmocytaire à 29%. La protéinurie des 24 Heures était à 3,12g/L, l'Electrophorèse des protéines avait conclu à un myélome non sécrétant. Il était noté une hypercalcémie à 94 mg/L.

### Observation N°2

**Monsieur A. B.** âgé de 61 ans a été hospitalisé dans le service de Médecine Interne (CNHU de Cotonou) du 17 septembre 2007 au 02 octobre 2007 pour prise en charge de douleurs lombaires basses dans un contexte d'altération de l'état général évoluant depuis

7 mois. Ce patient était porteur d'une hépatite B chronique découverte en Août 2006.

Le diagnostic de myélome multiple des os stade III B selon la classification de SALMON et DURIE à été retenu sur la base des arguments suivants :

1. Sur le plan clinique : Douleurs lombaires basses permanentes avec altération de l'état général.

2. Sur le plan radiologique : Il a été mis en évidence une déminéralisation osseuse diffuse intéressant les os du crâne, du thorax osseux et surtout des os iliaques associée à une fracture pathologique de l'aile iliaque gauche (Figure 2).



**Figure 2 : Importante déminéralisation osseuse du bassin avec la fracture pathologique de l'aile iliaque gauche**

### 3. Sur le plan biologique :

Le médullogramme objective la présence de proplasmocytes et de plasmocytes anarchiques estimés à 11,5%. L'Electrophorèse des protéines a montré une hypogammaglobulinémie. On note une hypercalcémie à 104mg/L. La Numération Formule Sanguine avait noté une anémie normocytaire, normochrome à 7,7g/dL et une Insuffisance rénale avec Urée : 0,59 g/L et créatininémie à 30 mg/L.

### Observation N° 3

**Monsieur K. J.** âgé de 83 ans a été hospitalisé dans notre service du 15 Avril 2008 au 29 Avril 2009 pour prise en charge d'altération de l'état général évoluant depuis 2 mois associée à une douleur thoracique. Ce patient était opéré d'un adénome de la prostate en 2002.

Le diagnostic de myélome multiple des os au stade III B selon la classification de SALMON et DURIE à été retenu sur la base des arguments suivants :

**1. Sur le plan clinique :** on notait des douleurs costales et rachidiennes.

**2. Sur le plan radiologique :** on avait mis en évidence des images lacunaires de la voute crânienne.

**3. Sur le plan biologique :** l'Electrophorèse des protéines avait révélé un profil présentant une hypergammaglobulinémie monoclonale, avec des protides totaux à 105 g/L une insuffisance rénale avec une créatininémie à 26 mg/L. Tout ceci était associé à une anémie avec un taux d'hémoglobine à 7,3 g/dL.

#### Observation N°4

Monsieur F. R. âgé de 66 ans a été hospitalisé dans notre service du 09 Aout 2009 au 17 Septembre 2009 pour prise en charge d'un myélome multiple des os compliqué d'insuffisance rénale chronique. La symptomatologie clinique évoluait depuis un an. En effet, ce patient était initialement hospitalisé dans le service de Néphrologie pour le bilan étiologique d'une insuffisance rénale ; bilan au décours du quel le diagnostic de Myélome Multiple avait été fait. Il a été alors transféré en Médecine Interne.

Le diagnostic de myélome multiple des os stade III B selon la classification de SALMON et DURIE à été retenu sur la base des arguments suivants :

**1. Sur le plan clinique :** on avait noté une poly arthralgie des épaules, des coudes, du cou et de la ceinture pelvienne.

**2. Sur le plan radiologique :** des radiographies des rachis cervical et lombaire avaient révélé des tassements vertébraux de C3, C5, C6, et L5 avec un aspect moucheté de la partie inférieure de L5 associés à une ostéocondensation du sacrum.

**3. Sur le plan biologique :** il a été noté une insuffisance rénale, anémie à 4,1g/dL, une hypercalcémie à 108 mg, une protidémie à 72g/L. Le médullogramme a conclu à la présence des plasmocytes avec phénomène de rouleau. La protéinurie de Bence Jones était à 8,88 g/L. L'électrophorèse des protéines avait montré un profil de gammopathie monoclonale avec un pic gamma.

L'immunoélectrophorèse des protéines sériques objective un pic monoclonal en position gammaglobuline.

#### Observation N°5

Monsieur X. Y. âgé de 62 ans avait été reçu en consultation dans notre service le 12 Mai 2010 pour des douleurs localisées du dos, au pied gauche et dans la région scapulaire droite le tout évoluant depuis octobre 2009. Dans ces antécédents on avait retrouvé une anémie évoluant depuis 2 ans, une hémorroïde et des

douleurs au niveau du tendon d'Achille droit. Il était donc hospitalisé du 12 mai 2010 au 20 juin 2010. Le diagnostic de myélome multiple des os au stade II B de la classification de SALMON et DURIE a été retenu sur la base des arguments suivants :

**1. Sur le plan clinique :** On notait un amaigrissement important avec perte de 6 kg depuis 5 mois avec des douleurs du pied gauche, du dos et de la région scapulaire droite.

**2. Sur le plan radiologique :** une radiographie du bassin en incidence de face avait montré une ostéocondensation des rebords cotyloïdiens. (Figure 3)

**3. Sur le plan biologique :** Anémie à 6,9g/dl, Protides totaux à 100 g/L, une Vitesse de sédimentation à 148 mm. Le médullogramme a conclu à une moelle fortement atteinte d'un myélome multiple à proplasmocytes. L'Electrophorèse des protéines a montré un profil de gammopathie monoclonale avec un pic gamma. L'immunoélectrophorèse des protéines sériques a permis de mettre en évidence un IgG kappa.



Figure 3 : Radiographie du bassin en incidence de face objectivant une ostéocondensation des rebords cotyloïdiens.

#### DISCUSSION

Quatre de nos patients sur cinq ont un âge supérieur à 60 ans (cas N°2, 3, 4 et 5). Dans notre série le plus jeune patient à moins de 60 ans mais il a plus de 40 ans. (Cas N°1). Nos résultats sont conformes à ceux de la littérature classique. En effet, la maladie de KAHLLER est une maladie exceptionnelle avant 40 ans [4].

Nos patients sont tous de sexe masculin, cela est certainement lié à la petite taille de notre échantillon. Il est donc nécessaire de poursuivre cette étude sur un plus grand échantillon et sur une période plus grande. Ceci permettrait de tirer des conclusions plus perti-

nentes. Dans la littérature, la plupart des auteurs rapportent que la maladie touche les deux sexes avec toutefois une prédominance masculine [5, 6, 7,].

Dans notre étude le diagnostic de myélome multiple des os a été fait à un stade avancé de la maladie c'est-à-dire au stade III B chez 3 de nos patients et ceci selon la classification de SALMON ET DURIE.

Deux raisons, à notre avis, expliquent cet état de choses

- d'une part, il s'agit des errances de diagnostic. En effet de nos jours, tout médecin qu'il soit généraliste ou spécialiste, devrait pouvoir reconnaître les signes évocateurs du myélome multiple des os, que sont entre autre : une anémie sévère chez un adulte avec altération de l'état général, un syndrome tumoral osseux, des douleurs osseuses ou articulaires trainantes et inexpliquées etc. ce qui n'est pas toujours le cas.

- d'autre part, par le recours tardif aux consultations et soins médicaux. Au Bénin, lorsqu'un patient présente une symptomatologie clinique trainante, dans la plupart des cas, il fait d'abord recours à un praticien de la médecine traditionnelle parce qu'il estime être victime d'une "malédiction" ou d'un "mauvais sort" à lui jeté.

Mieux, bon nombre de nos patients recourent de plus en plus aux praticiens de la Médecine dite chinoise qui est actuellement en plein essor dans nos pays.

Ces patients ne viennent consulter en médecine qu'après échec thérapeutique traditionnel

ou chinois. Tout ceci fait retarder le diagnostic et constitue une porte ouverte aux complications de la maladie du KAHLER. Ces comportements sont donc à décourager pour le bien être de nos patients.

Sur le plan clinique, le syndrome douloureux était présent chez tous nos patients. La symptomatologie clinique la plus fréquente est la douleur osseuse qui est généralement induite par les mouvements [8]. L'anémie a été constatée chez 4 patients avec un taux d'hémoglobine respectivement à 4,1g/dL, 6,9g/dL, 7,3 g/dL et 7,7 g/dL (cas N° 2, 3, 4 et 5). L'anémie est une complication majeure du Myélome des os [8]. Ce constat a été également rapporté par Koffi K.G et all à Abidjan dans 25% des cas [2].

Quant aux lésions radiographiques classiques, elles ont été observées chez tous nos patients. Elles étaient dominées par l'ostéolyse et la déminéralisation osseuse au crâne, au bassin et aux cotes.

Deux cas de fracture pathologique ont été observés notamment chez les patients n°1 et 2. Ces fractures sont des complications de la déminéralisation osseuse qui s'accompagne d'ostéopénie.

Les différentes lésions radiographiques observées ont été également rapportées par la plupart des auteurs. Elles constituent donc des lésions radiographiques classiques de la maladie de KAHLER. [2, 5, 7, 8]. Elles sont donc à rechercher systématiquement chez tout sujet suspecté de myélome multiple en deuxième intention après la clinique.

## CONCLUSION

Le myélome multiple est une pathologie exceptionnelle avant 40 ans d'âge. Tout médecin praticien doit être attentif au moindre signe évocateur de cette maladie, surtout lorsque les atteintes osseuses susmentionnées surviennent chez tout sujet âgé de 50 ans et plus. Le recours précoce aux consultations et soins médicaux est et reste à promouvoir dans nos pays. Ceci est le seul gage de la prise en charge précoce et efficiente de cette affection invalidante et mortelle.

## REFERENCES

1. **OUATTAR H. ; TIA G. ; TIAHOU A.B. ; EFFI P. ; KPLE-FAGE.** Un cas de myélome multiple atypique au CHU de BOUAKE, Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2) : 111 – 113.
2. **KOFFI K, G ; SANOGO I. ; TRAZO D. ; TOURE A H ; TOLO A. ; N'GUESSAN K. ; DANHO NC\*.** Caractéristiques du myélome multiple du noir africain expérience de la cote d'ivoire, Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (10) : 80 – 85.
3. **TERRIOU L. ; XLELEU I. ; YAKOUB-AGHA.** Mise au point sur le traitement du myélome multiple, Treatment of multiple myeloma Bull Cancer 2006, 93 (1) : 101- 106
4. **ROSEAU G.** Myélome multiple asymptomatique. Comment prévoir l'évolution ? Presse Médicale. 1993, 22, (22) : 1028.
5. **BATAILLE R., ALEXANDRE C,H., CHAPPARD D.** L'atteinte osseuse myélomateuse chez l'homme. Revue de rhumatologie. 1993, 60, (4), 261-265

6. **BISAGNI-FAURE A., RAVAUD P., AMOR B., MENKES C. J.** Myélome du sujet âgé : Etude rétrospective de 17 patients en 10 ans. *Revue de rhumatologie*.1991, 58 (6) :485
7. **Bennis S., Kacimi O., Chikhaoui N. C.** Apport de l'IRM dans le diagnostic des atteintes osseuses des myelomes. *Maroc Ostéo-articulaire OA7* Available online 25 June 2008. : 112 – 114.
8. **BURY J. J., SALMON G.** Gammopathie monoclonale d'origine indéterminée et myélome *Revue Médicale de Liège*, 1988 63(8) : **76-79**.