



Cas clinique méningite

Collège d'Hématologie des Hôpitaux - 04 Décembre 2023

Dr Elise FREBET – GCS Hospilab47 - Agen



Histoire du cas

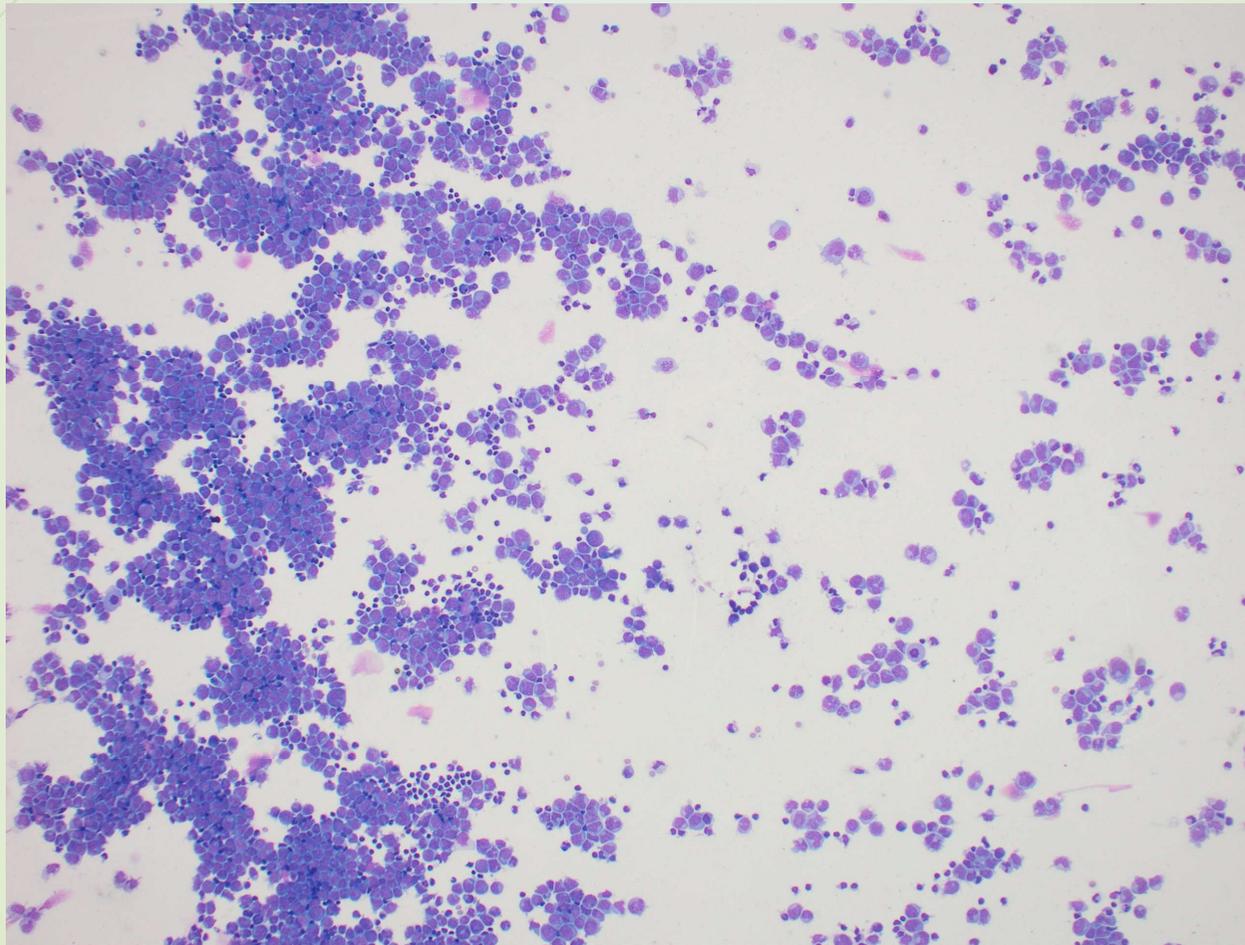
- ▶ Patiente de 63 ans admise en Neurologie le 20/10/2023 sans antécédents
- ▶ Août 2023, paresthésies ascendantes des membres inférieurs et faiblesse musculaire invalidantes pour la marche, lombalgie de rythme inflammatoire, épisodes de rétention aiguë d'urines
- ▶ NFS : normale en dehors d'une HB à 10 g/dL
- ▶ Biochimie : normale sauf
 - ▶ CRP à 20 mg/L,
 - ▶ cytolyse hépatique à 2N,
 - ▶ LDH augmentées à 267 UI/L,
 - ▶ EPS : hypogammaglobulinémie à 6,2 g/L



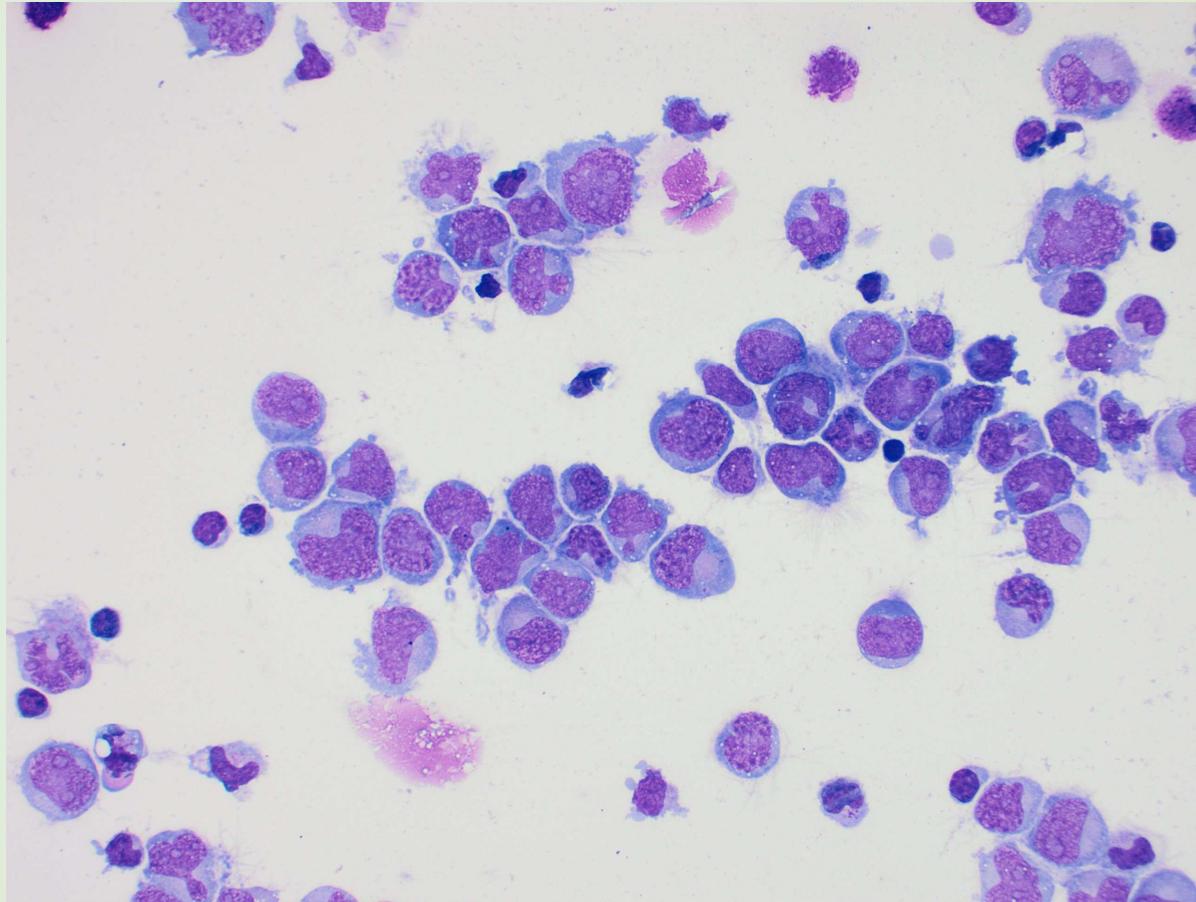
Ponction lombaire du 20/10/2023

- Biochimie :
 - Protides **5,95 g/L** (0,15-0,40)
 - Glucose 1,39 mmol/L (60-70% de la glycémie, normoglycorachie)
- Gram : négatif ; cultures négatives
- Cytologie
 - GR 3/mm³
 - Éléments nucléés : **940/mm³**
 - PNN 0%
 - Lymphocytes 60%
 - Autres 40%
- PCR multiplex méningo-encéphalite : négative

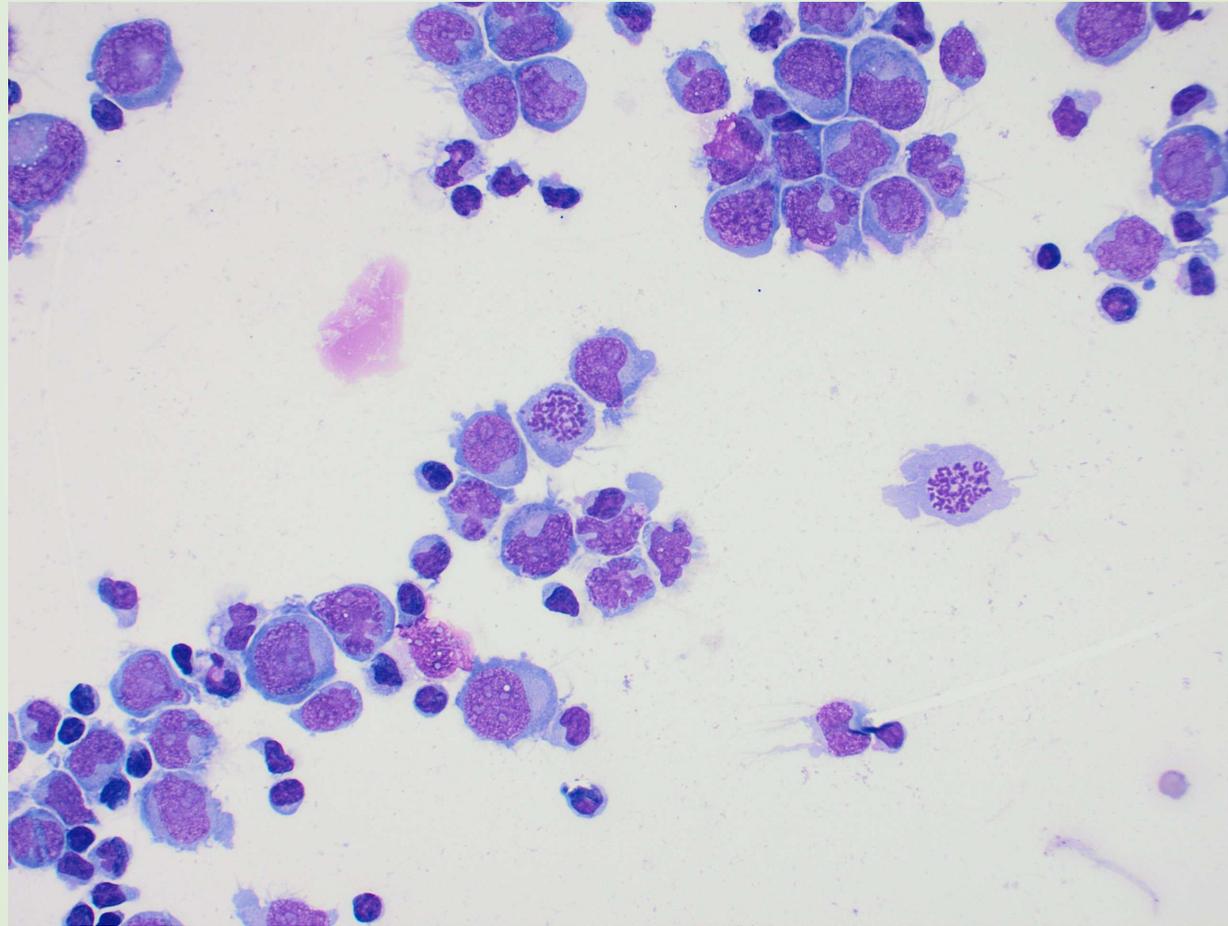
Cytologie du 20/10/2023



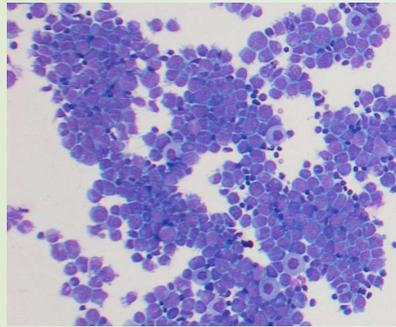
cytocentrifugation
MGG Obj *10



MGG
Obj *50



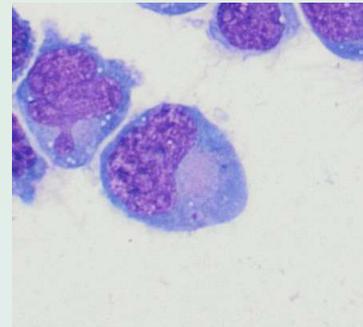
MGG
Obj *50



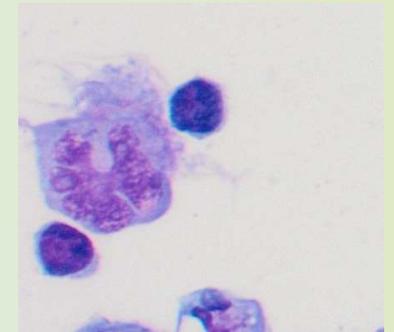
Amas cellulaires
Métastases?



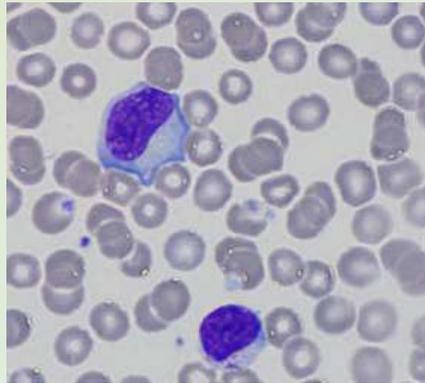
NON
Pas d'aspects cohésifs



Basophilie hétérogène
Archoplasme
Lymphocyte réactionnel?

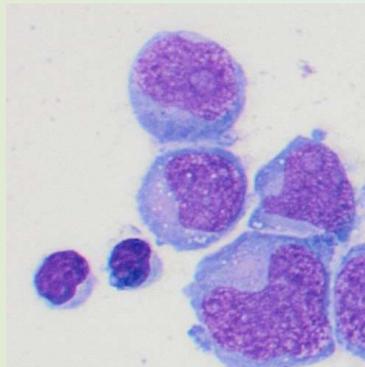


Cytoplasme abondant
Basophilie moindre
Noyau irrégulier
Monocyte?

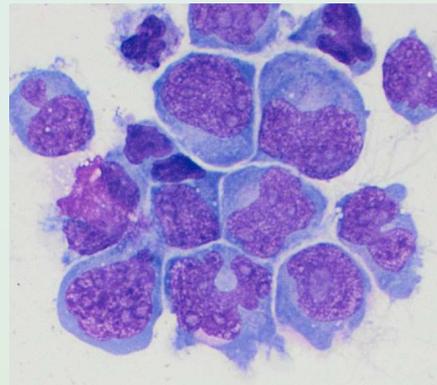


Mononucléose 16 ans :
Lymphocytes hyperbasophiles
réactionnels, polymorphisme
+/- apoptose

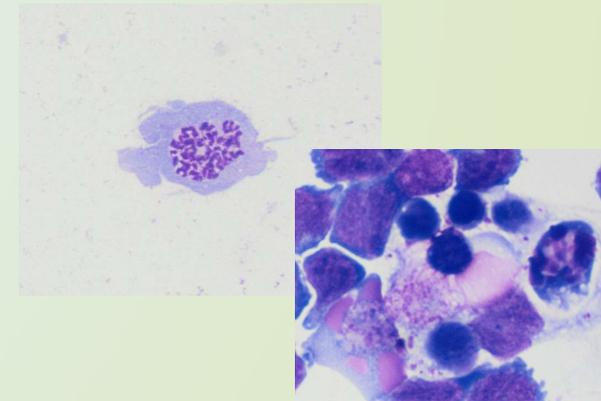
Arguments de malignité?



Taille / lymphocytes
matures (ou GR)

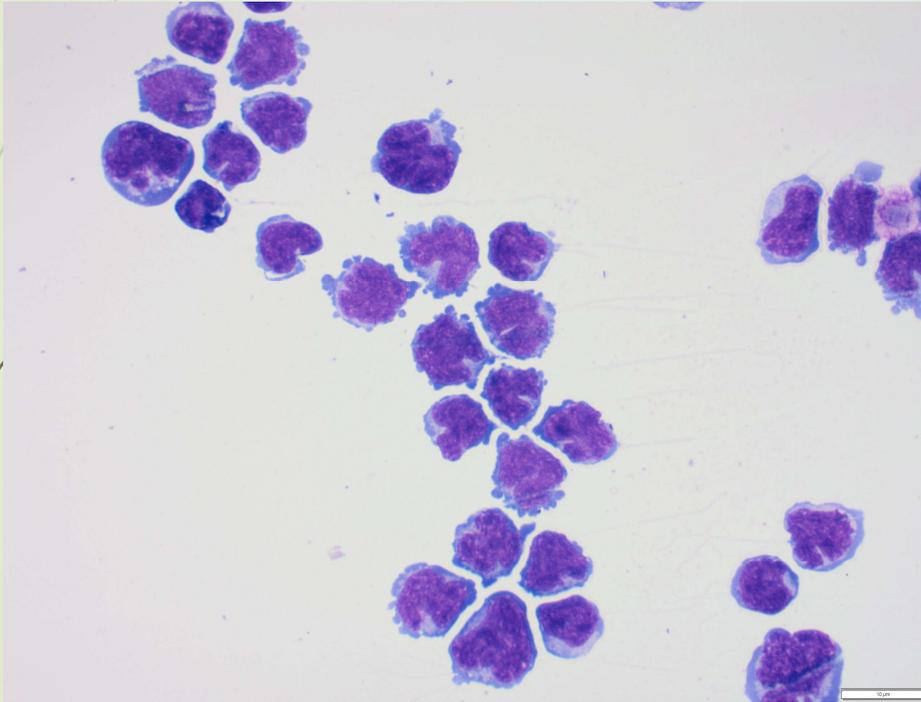


Population homogène,
nucléoles, noyaux irréguliers

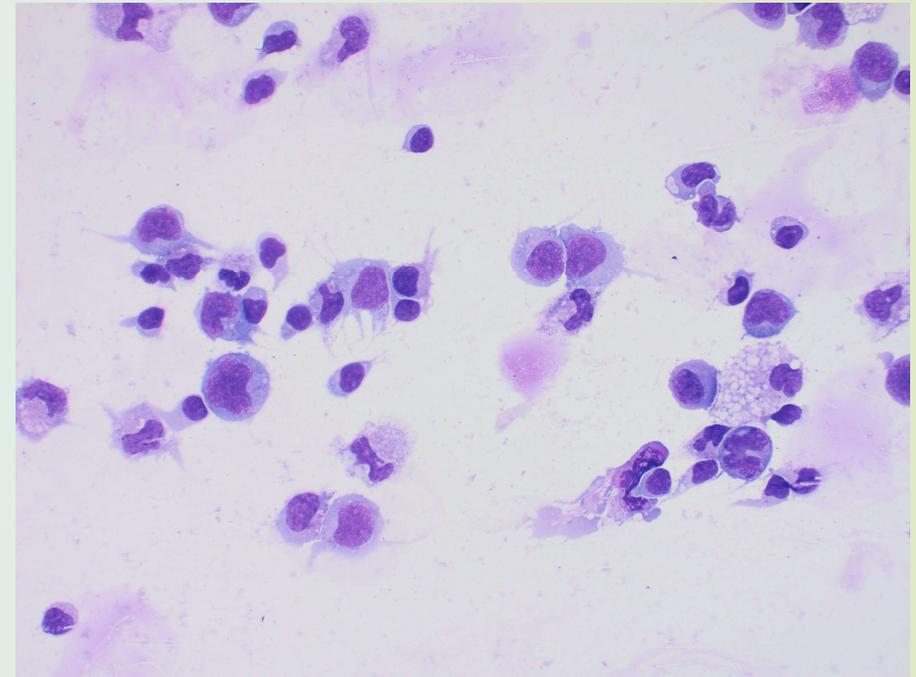


Mitoses +/- apoptose

LYMPHOME AGRESSIF = URGENCE!

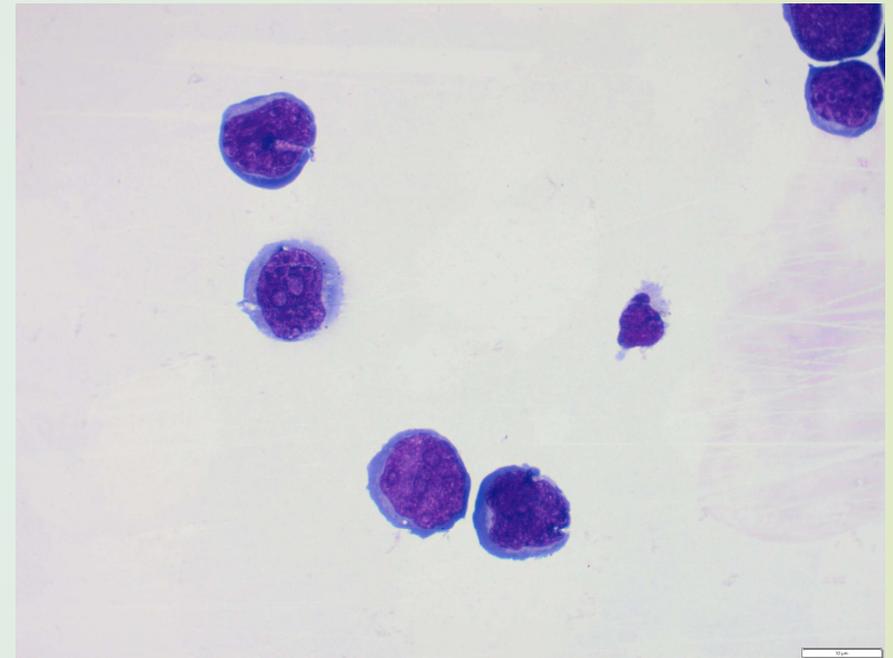
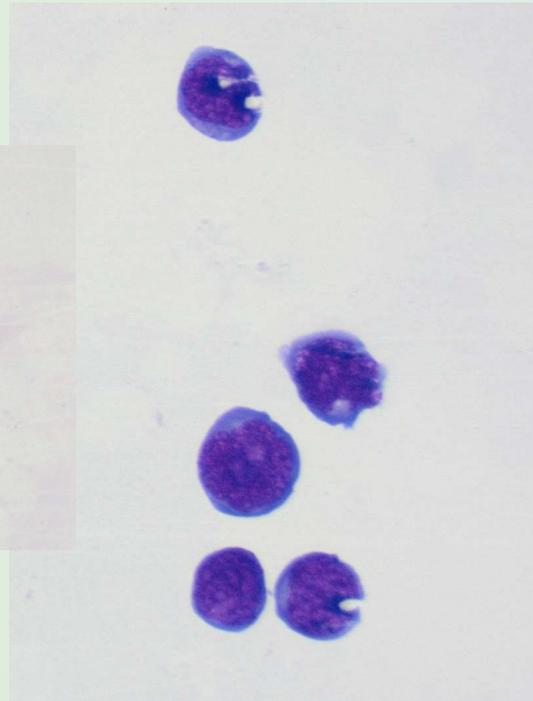
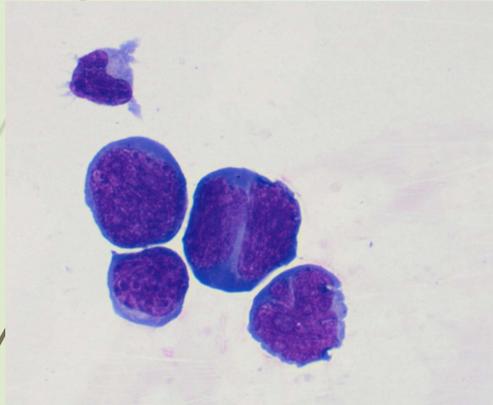


LNH B à grandes cellules



LNH B à grandes cellules

LYMPHOME AGRESSIF = URGENCE!



Lymphome de Burkitt

Immunophénotypage LCR

- Réalisé le 23/10/2023
- Absence de clone lymphocytaire B

c'est pas possible





Examen clinique et imagerie

- IRM médullaire du 17/10/2023 : prise de contraste diffuse des racines de la queue de cheval
- IRM cérébrale : normale
- EMG : pas de signes de polyradiculopathie inflammatoire aiguë
- Sur le plan tumoral : pas d'organomégalie, aires ganglionnaires libres
- Sur le plan neurologique :
 - Réflexes ostéotendineux abolis,
 - déficit moteur proximal et distal prédominant sur le membre inférieur droit avec déficit total du releveur du pied droit



Diagnostiques différentiels réhaussement diffus de la queue de cheval (IRM)

- Maladie de Lyme
- Lymphome méningé
- Polyradiculonévrite de Guillain-Barré ou infectieuse
- Sarcoidose
- Polyradiculonévrite chronique débutante

Examens complémentaires

- Anatomopathologie LCR : lymphocytose réactionnelle ?!
- BOM : absence d'infiltration suspecte lymphomateuse ou autre
- Mutation MYD88 : négative
- Sérologies virales et bactériennes négatives
- Isoélectrofocalisation du LCR : profil oligoclonal sans synthèse intrathécale d'Ig
- Bilan auto-immun : négatif (anti-ENA, ANCA, anti-Gangliosides, anti-neuronaux, onconeuronaux)
- Dosage des cytokines dans le LCR :
 - IL-6 : 3,7 pg/ml (<4)
 - IL-10 : **88,7 pg/ml** (<4) « élévation isolée de IL-10 en faveur d'un Lymphome B »

Examens biologiques du 26/10/2023

- Biochimie :
 - Protides 19 g/L (0,15-0,40)
- Gram : négatif
- Cytologie
 - Éléments nucléés : 656/mm³
 - PNN 0%
 - Lymphocytes 60%, toujours les mêmes grandes cellules hyperbasophiles suspectes
 - Autres 40%
- Immunophénotypage

Immunophénotypage rendu le 27/10

- sanguin : Absence de prolifération B clonale
- LCR : clone lymphocytaire B 32%
 - CD5- CD10 +/- sans Ig de surface
 - Lymphome de haut grade
- TEP scan 30/10 : hypermétabolisme intense du cône terminal et de la queue de cheval de T12 à L5 → neuro lymphomatose?
- Anatomopathologie LCR : lymphocytose réactionnelle ?!
- → **Diagnostic = Lymphome de Haut Grade de localisation méningée cône terminal et queue de cheval exclusive**

Décision thérapeutique RCP régionale

- Corticothérapie + Intrathécale de Méthotrexate + Dépomédrol * 4
 - amélioration clinique dès la 1^{ère} injection IT du 30/10
 - le 09/11: reprise de la marche avec déambulateur (déficit partiel persistant du releveur du pied droit), ablation de la sonde urinaire
 - PL du 10/11/2023 : Éléments nucléés à 94/mm³ ; protides 2,93 g/L
- R AraC le 15/11 en attente d'hospitalisation au CHU de Bordeaux
- Protocole PRECIS :
 - RMPV * 4 : Rituximab Methotrexate Procarbazine Vincristine (4 mois)
 - puis Rituximab AraCytine puis collecte. Pour intensification avec projet d'autogreffe de moelle osseuse

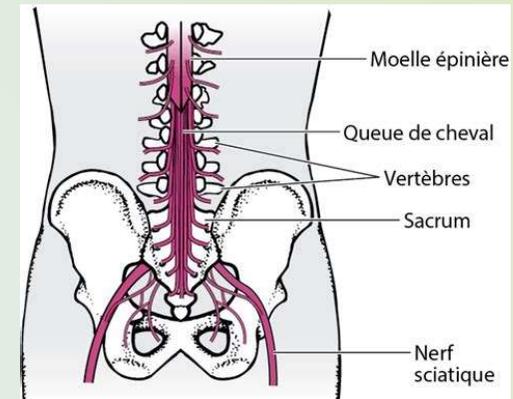


Conclusion

- ▶ « La cytologie n'a toujours pas dit son dernier mot » +++ ! Technique rapide, peu coûteuse et puissante → se faire confiance
- ▶ 1^{ère} PL : prélevée vendredi 20/10 à 16h, traitée le Lundi après-midi : **faux négatif** en CMF et Anapath par lyse cellulaire, retard diagnostique → Importance de la logistique
- ▶ Sensibiliser la communauté médicale et non médicale sur les conditions d'acheminement des prélèvements précieux

En bref : le Syndrome de la queue de cheval

- Souffrance des racines de la queue de cheval en dessous du cône terminal de la moelle spinale entre les corps vertébraux de L2 et le sacrum
- Etiologie la plus fréquente = hernie discale
- Complication redoutée : compression médullaire avec déficit neurologique irréversible (para/tétraplégie, troubles de la marche, spasticité, troubles sensitifs, douleurs, incontinence)
- Diagnostic d'urgence = IRM





En bref : le lymphome cérébral primitif

- 3% des tumeurs cérébrales, 2% des lymphomes
- 300 nouveaux cas / an
- Patients > 60 ans
- Symptômes neurologiques ou visuels rapidement progressifs
- Pas d'extension en dehors du SNC
- Bilan radiologique = IRM +++ , TEP scanner +/- BOM
- Prise en charge : réseau national LOC → polychimiothérapie = traitement de choix pour sujet âgé