

M. Fadi, Y. El Ouafa, N. Elabdi, S. Benchekroun, F.A. Lahlou, N. Bouanani  
Service d'hématologie clinique, Hôpital universitaire international Cheikh Khalifa Casablanca, Université Mohammed VI des sciences et de la Sante, Maroc.  
Laboratoire d'Oncopathologie, Biologie et Environnement du Cancer Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé- UM6SS, Casablanca

Introduction

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est une hémopathie maligne indolente, caractérisée par l'accumulation de lymphocytes B matures. Bien que les inhibiteurs de la tyrosine kinase de Bruton (BTK) comme l'acalabrutinib soient globalement bien tolérés, ils peuvent exceptionnellement induire un syndrome de lyse tumorale (SLT), urgence métabolique grave liée à la lyse massive des cellules tumorales. Ce phénomène est rare dans la LLC, mais peut survenir chez des patients à haut risque, notamment avec une atteinte tumorale massive ou une insuffisance rénale préexistante.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 72 ans suivi pour LLC confirmé par immunophénotypage, admis pour un tableau clinique sévère associant adénopathies diffuses, insuffisance rénale aiguë et anomalies électrolytiques évocatrices d'un SLT après introduction de l'acalabrutinib.

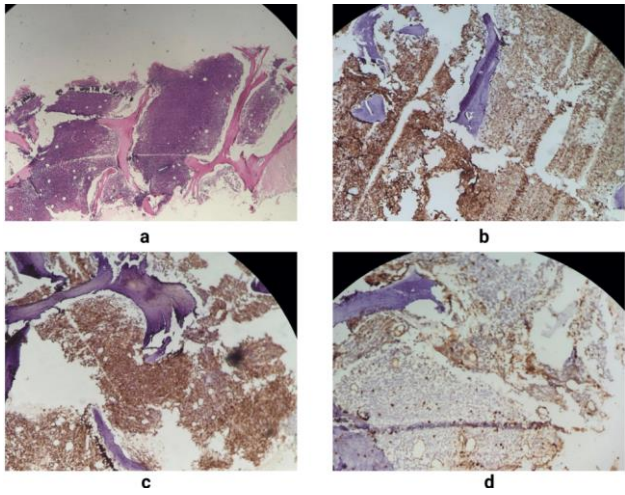


Figure 1 : Biopsie de moelle osseuse montrant une infiltration diffuse par de petits lymphocytes avec une forte expression de CD20 (a), une co-expression aberrante de CD5 (b) et une positivité diffuse pour CD23 (c), confirmant le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique. Le faible indice de prolifération Ki67 (d)

|                            | Day 1 | Day 2 | Day 3  | Day 4 | Day 5 | Day 6 | Day 7 | Day 8  | Day 9  | Day 10 | Reference range |
|----------------------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|-----------------|
| WBC (Elements/mm³)         | 7,000 | 7,100 | 11,540 | 5,100 | 5,000 | 5,520 | 9,990 | 12,060 | 12,600 | 9,240  | 3,800 - 10,000  |
| Lymphocytes (Elements/mm³) | 4,000 | 4,890 | 7,210  | 2,740 | 2,600 | 3,630 | 5,350 | 8,000  | 7,510  | 5,510  | 1,070 - 4,100   |
| Potassium (mEq/l)          | 4.9   | 5.6   | 6.2    | 4.7   | 4.2   | 3.4   | 3.2   | 3      | 3.1    | 3.1    | 3.5 - 5.1       |
| Phosphate (mg/dl)          | 3.8   | 5.0   | 6      | 7.6   | 7.0   | 7.2   | 3.7   | 3.6    | 3.1    | 3.3    | 2.3 - 4.7       |
| Calcium (mg/dl)            | 7.4   | 7.2   | 6.0    | 7.3   | 7.1   | 7.1   | 7.2   | 7.5    | 7.3    | 7.8    | 8.5 - 10.1      |
| Uric Acid (mg/dl)          | 8     | 8.3   | 10     | 12    | 14.9  | 13.3  | 10.3  | 5.5    | 4.2    | 3.1    | 2.6 - 7.2       |
| Creatinine (mg/dl)         | 2.63  | 1.78  | 1.50   | 1.25  | 1.22  | 0.99  | 0.94  | 0.063  | 0.8    | 0.82   | 0.7 - 1.3       |
| Urea (mg/dl)               | 93    | 76    | 67     | 92    | 95    | 81    | 61    | 845    | 54     | 63     | 15 - 45         |

Tableau 1 : Valeurs des paramètres biochimiques et hématologiques à différents moments (Jour 1 à jour 10)

Discussion

Le syndrome de lyse tumorale (SLT) est une urgence reconnue en néphrologie et en oncologie, nécessitant une prise en charge urgente et appropriée, car sans intervention rapide, il peut entraîner des complications potentiellement mortelles.

Le SLT se présente généralement sous deux formes : le SLT de laboratoire, défini par la présence d'au moins deux anomalies biochimiques hyperkaliémie, hyperphosphatémie, hypocalcémie ou hyperuricémie, survenant dans les trois jours précédant à sept jours après le début du traitement.

Le SLT clinique, qui implique les mêmes changements biochimiques accompagnés de lésions rénales aiguës, de convulsions ou d'arythmies cardiaques et constitue une véritable urgence médicale

L'administration d'acalabrutinib en tant qu'inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, associée à un agent cytoréducteur rapide, a probablement précipité une lyse étendue des cellules tumorales.

Objectif

Rapporter un cas de syndrome de lyse tumorale induit par l'acalabrutinib dans la leucémie lymphoïde chronique et en discuter les implications diagnostiques et thérapeutiques.

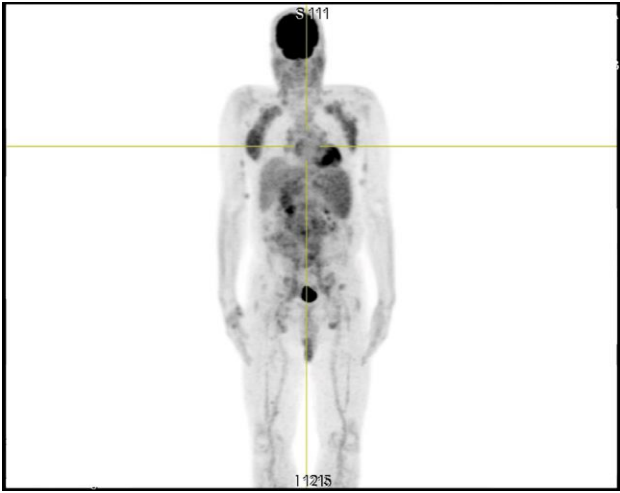


Figure 2 : PET-Scan montrant un hypermétabolisme pathologique diffus dans les régions des ganglions lymphatiques cervicaux, axillaires, médiastinaux, abdominaux, pelviens et inguinaux

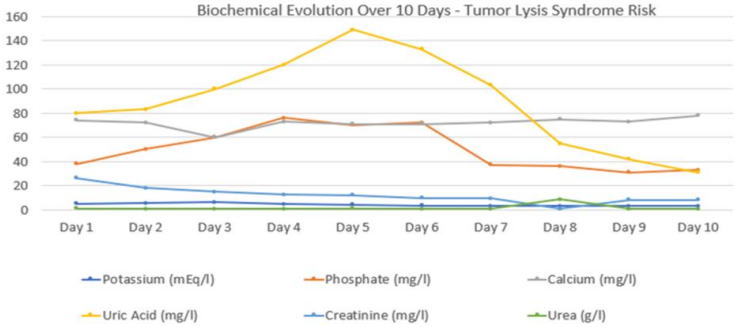


Figure 3 : Graphique montrant la progression sur 10 jours des biomarqueurs clés du syndrome de lyse tumorale (SLT). L'acalabrutinib a été initié le jour 1, coïncidant avec les premiers signes biochimiques du SLT

Conclusion

Le SLT, bien que rare dans la LLC, doit être envisagé lors de l'initiation d'un inhibiteur de BTK chez les patients présentant une masse tumorale importante ou une altération de la fonction rénale. Ce cas rappelle l'importance d'évaluer rigoureusement le risque avant traitement, d'instaurer des mesures prophylactiques adaptées, et de surveiller étroitement les paramètres biologiques durant les premiers jours du traitement