

Prise en charge réussie de la tuberculose active avant une greffe de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez un patient atteint de leucémie myéloïde aiguë en rechute : rapport de cas

Zakaria EL Kodmiri ^(1,2), Bendari Mounya ⁽²⁾, Mehdi El Agal ⁽²⁾, Zineb Guessous ⁽²⁾, Tissir Rajae ⁽²⁾, Bouanani Nouama⁽²⁾, Hadri Halima⁽²⁾, Said Benchekroun ⁽²⁾, Ghazi Bouchra ⁽¹⁾, Ahnach Maryame^(1,2)

⁽¹⁾ Laboratoire d'Immunopathologie-Immunothérapie-Immunomonitoring, Faculté de Médecine, Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé, Casablanca, Maroc

⁽²⁾ Service Hématologie Clinique de Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa Ibn Zayed, Casablanca, Maroc

Introduction

la tuberculose reste un enjeu majeur dans les pays endémiques, particulièrement chez les patients immunodéprimés, comme ceux atteints de leucémie myéloïde aiguë en attente de greffe de cellules souches hématopoïétiques. la cooccurrence de la tuberculose et de la LMA pose des défis diagnostiques et thérapeutiques importants. Notre cas décrit la prise en charge réussie d’une tuberculose active mésentérique diagnostiquée avant une greffe chez un patient en rechute de LMA.

Présentation de cas clinique

Tableau 1 : Données cliniques et biologiques du cas

Catégorie	Observation
Âge / Sexe	Homme de 38 ans sans antécédents ni exposition connue à la tuberculose
Diagnostic initial	LAM M4 hyperleucocytaire sans CIVD ni atteinte neurologique caryotype favorable inv(16)
Symptômes initiaux	Asthénie, pâleur, lésions purpuriques, fièvre 38,5 °C, toux productive depuis deux mois
État général	ECOG 1, conscient et ambulatoire
Examen clinique	Absence d’adénopathies ou de splénomégalie, signes d’anémie et d’infection
Biologie	Pancytopenie HB 11,5 g/dL PLT 18 ×10 ³ /µL WBC 5,5 ×10 ³ /µL neutrophiles 1,3 ×10 ³ /µL CRP 106 mg/L PCT 0,1 ng/mL
Myélogramme	65 % de blastes médullaires positifs aux marqueurs myéloïdes en cytométrie
Résultats génétiques	Caryotype anormal : 48 XY +8 inv(16) +21, pas de mutation IDH, NPM1 ou FLT3
Diagnostic différentiel	Cytopenie infectieuse, rechute de LAM, autres syndromes d’insuffisance médullaire
Traitement initial et rechute	Induction 3+7 + 3 consolidations cytarabine haute dose rémission complète, rechute cytogénétique +8/+21 FLAG-IDA rémission complète
Bilan pré-greffe	Fonctions rénale et hépatique normales, dépistage infectieux négatif, TDM abdominale : adénopathies mésentériques, biopsie : adénite caséo-folliculaire tuberculeuse
Traitement antituberculeux	ERIP K4 débuté 3 semaines avant conditionnement FB4 et poursuivi pendant et après la greffe
Greffe	Allo-HSCT sœur HLA identique, CD34/kg : 10 ⁶ , conditionnement FB4
Évolution post-greffe	Aplasie 13 jours, mucosite grade 4, sepsis staphylococcique traités efficacement, aucune toxicité hépatique ou rénale
Résultat final	Chimérisme J+30 97 % ADN donneur, absence de TB et GVHD, suivi 6 mois rémission complète

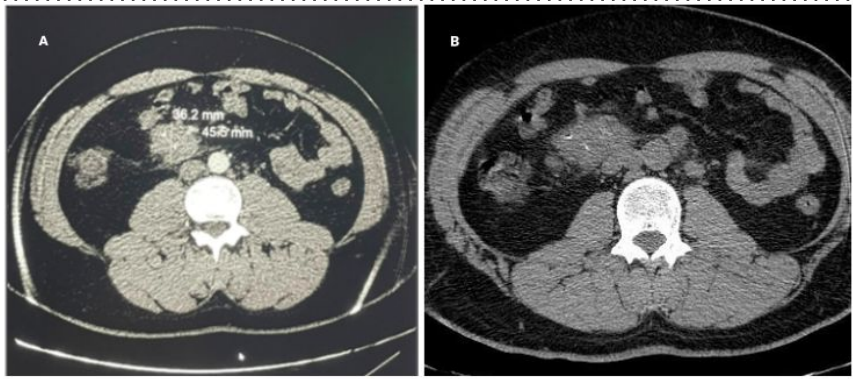


FIGURE 1 : Imagerie TDM du patient montrant des adénopathies abdominales

(A) Coupe axiale d’une TDM abdominale-pelvienne avec injection de contraste montrant une adénopathie coeliaque-mésentérique ronde mesurant 36,2 mm et 45,5 mm de diamètre avec rehaussement. (B) Coupe axiale d’une TDM sans injection de contraste montrant une adénopathie mésentérique avec calcifications typiques de la tuberculose.

Discussion

La prise en charge de la tuberculose chez les patients recevant une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques présente des défis particuliers liés au timing, aux interactions médicamenteuses et à la surveillance. La TB peut être latente ou active, pulmonaire ou extra-pulmonaire, comme notre cas d’adénite mésentérique. Les tests diagnostiques classiques (TST, IGRA, GeneXpert) ont une sensibilité réduite chez les patients immunodéprimés, rendant la suspicion clinique et l’utilisation de plusieurs méthodes indispensables. Les facteurs de risque incluent une exposition antérieure à la TB, le type de conditionnement, l’immunosuppression et les comorbidités. Le dépistage systématique avant la greffe et le suivi post-transplant sont essentiels pour prévenir la réactivation. La littérature rapporte que la TB active peut être traitée avant et pendant la GCSH avec des protocoles adaptés, souvent à base d’isoniazide, pyrazinamide et éthambutol, en surveillant étroitement les interactions médicamenteuses et la toxicité. Dans les zones endémiques, il est recommandé d’initier le traitement anti-TB avant le conditionnement, de personnaliser la durée et la surveillance du traitement selon la réponse clinique et la reconstitution immunitaire, et d’adopter une approche multidisciplinaire impliquant infectiologues et équipes de greffe. Cette stratégie permet une gestion sûre de la TB active sans compromettre la réussite de la greffe.

Conclusion

Ce cas illustre la faisabilité d’une greffe de cellules souches hématopoïétiques chez un patient porteur de tuberculose active, avec un traitement antituberculeux bien toléré et sans interruption. Il souligne la nécessité de protocoles systématiques de dépistage pré-greffe et de recommandations adaptées aux pays endémiques. Une coordination multidisciplinaire et une surveillance étroite sont essentielles pour réduire les risques et optimiser les résultats.

Conclusion

1. Aguado JM, Silva JT, Samanta P, Singh N: Tuberculosis and Transplantation. Microbiol Spectr. 2016, 4:4-6. 10.1128/microbiolspec.TNMI7-0005-2016

2. Liu M, Yang C, Liu L, Shi B, Hu W, Ye L, Zhang Y: Hematopoietic stem cell transplantation for treatment of patients with leukemia concomitant with active tuberculosis infection. Med Sci Monit. 2014, 20:2484-8. 10.12659/MSM.891380

3. Bourlon C, Camacho-Hernández R, Fierro-Angulo OM, et al.: Latent Tuberculosis in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Diagnostic and Therapeutic Strategies to Prevent Disease Activation in an Endemic Population. Biol Blood Marrow Transplant. 2020, 26:1350-4. 10.1016/j.bbmt.2020.03.013