



CHU DE REIMS



UNIVERSITÉ
DE REIMS
CHAMPAGNE-ARDENNE

Lymphome lymphoplasmocytaire/ Maglobulinémie de Waldenström transformée

Présentation de cas clinique

Louise HAPPY-TCHANKOU Interne

M. R

- 71 ans
- HTA, Tremblements de type Parkinsonien
- Losartan
- Tabagisme sevré de 30 Paquets/Année
- PS ECOG 1, 84kg, 163cm

Clinique : Œdème du membre inférieur gauche modéré, adénopathies cervicales et sus claviculaires, axillaires bilatérales dont un volumineuse à droite d'environ 5cm et en inguinales bilatérales.

Pas d'hépto-splénomégalie.

Biologie

- Taux d'Hémoglobine 110g/L
- GB 8.5G/L (PNN 5.8G/L, Lymphocytes 1.8G/L)
- Plaquettes 110G/L
- Créatinine 85μmol/L, Calcémie 2.45mmol/L
- Bilan hépatique et taux de LDH normaux
- B2M 4.04mg/L, protides 78g/L, albumine 34g/L, gammaglobulines + pic 23.2g/L
- Pic IgM à 15.5g/L



Tomodensitométrie Thoraco-abdomino-pelvienne

- Adénopathies multiples cervicales et sus-claviculaires bilatérales centimétriques.
- Volumineuses adénopathies axillaires bilatérales.
- Adénomégalies coelio-mésentériques, lombo-aortiques, iliaques et inguinales bilatérales associées à quelques adénomégalies médiastinales et hilaires.

Biopsie sur adénopathie axillaire (5x4cm)

- Lymphome lymphoplasmocytaire avec pic IgM avec monotypie kappa CD20(+ faible) CD79a(+), BCL2(+), CD23(-), Cycline D1(-), CD10(-), Ki67 40%.
- Mutation L265P de MYD88 (VAF43%)
- BOM envahie(sans nappe d'élément lymphoïde de grande taille).



SUV max 9 en axillaire
SUV max 29.2 en lombo-aortique



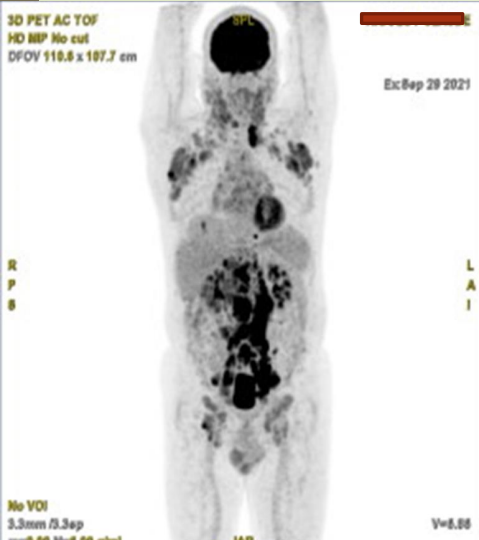
Biopsie initiale réalisée en axillaire et pas dans la région la plus hypermétabolique au TEP SCAN



Nouvelle biopsie sous TDM avec un fragment de 7 mm, préparation d'interprétation très difficile. Une transformation en lymphome B à grandes cellules ne peut être affirmée sur ces prélèvements



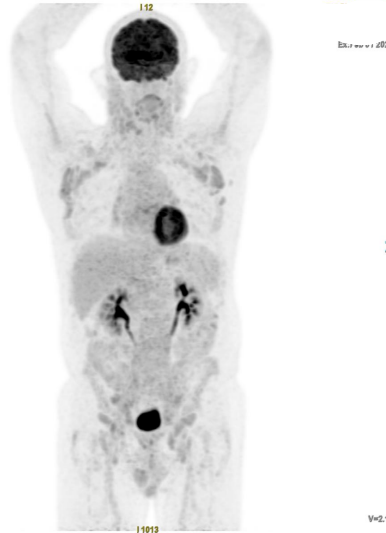
1^{ère} ligne de Chimiothérapie par R-CHOP



Après C4 R-CHOP



Réponse partielle (Lugano 4)



TDM À C6

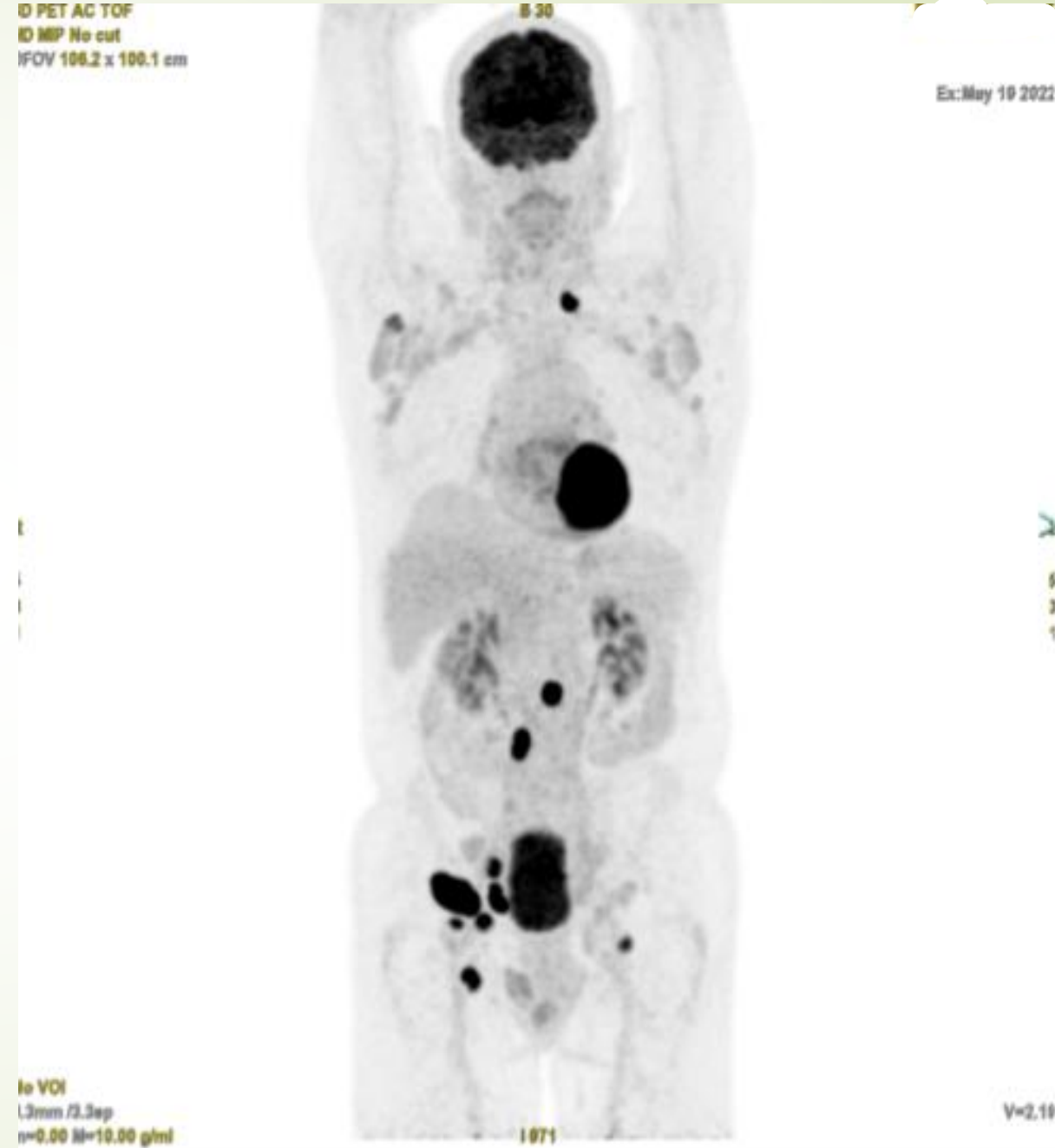
TDM C4 R-CHOP

- Franche progression avec ADP inguinale droite qui fixe bien (SUV max 29.2).
- Lymphome B diffus à grandes cellules de type CG CD20(+) CD10(+) BCL2(+) BCL6(+) MUM1(-) C-MYC(+)20% Ki67 35%.



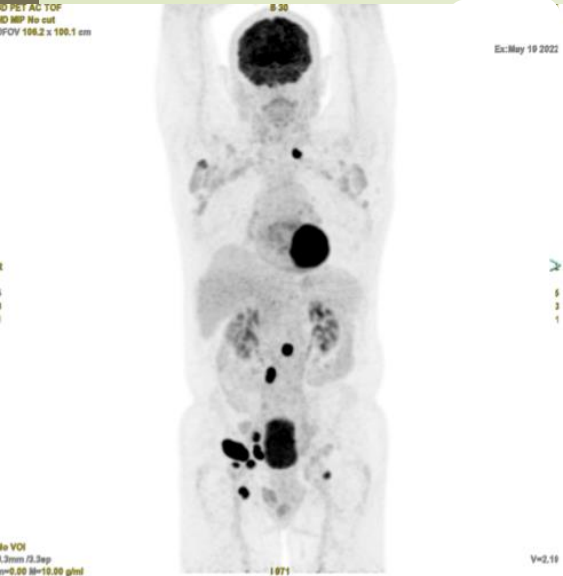
2^{ème} ligne : RDHA0x

ID PET AC TOF
ID MBP No cut
IFOV 106.2 x 100.1 cm



10 VOI
1.3mm /2.3ap
n=0.00 M=10.00 g/ml

V=2.11



Après 3 cycles de RDHAOX:

Progression



C6 R-CHOP

3^{ème} ligne par CAR-T de type Tisa Cel

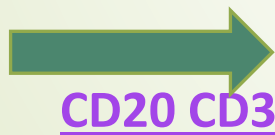


Réévaluation à M1 avec TEP-FDG

Nette régression morphométabolique des adénopathies sus et sous diaphragmatiques et persistance d'adénopathies rétropéritonéales dont le métabolisme reste supérieur au bruit de fond hépatique en dehors d'une majoration discrète des ganglions hilaires, bilatéral. PET SCAN classé Deauville 4

Deux mois plus tard

- Sueurs nocturnes sans autres signes généraux
- Douleurs abdominales et inguinales avec adénopathies inguinales majorée
- Insuffisance rénale aiguë (Créatinine 150μmol/L)
- Biopsie ganglionnaire inguinale droite : Lymphome B diffus à grandes cellules de phénotype non GC CD20(+), CD79a(+), MUM1(+) Ki67 90%
- Pic monoclonal 2.4g/L

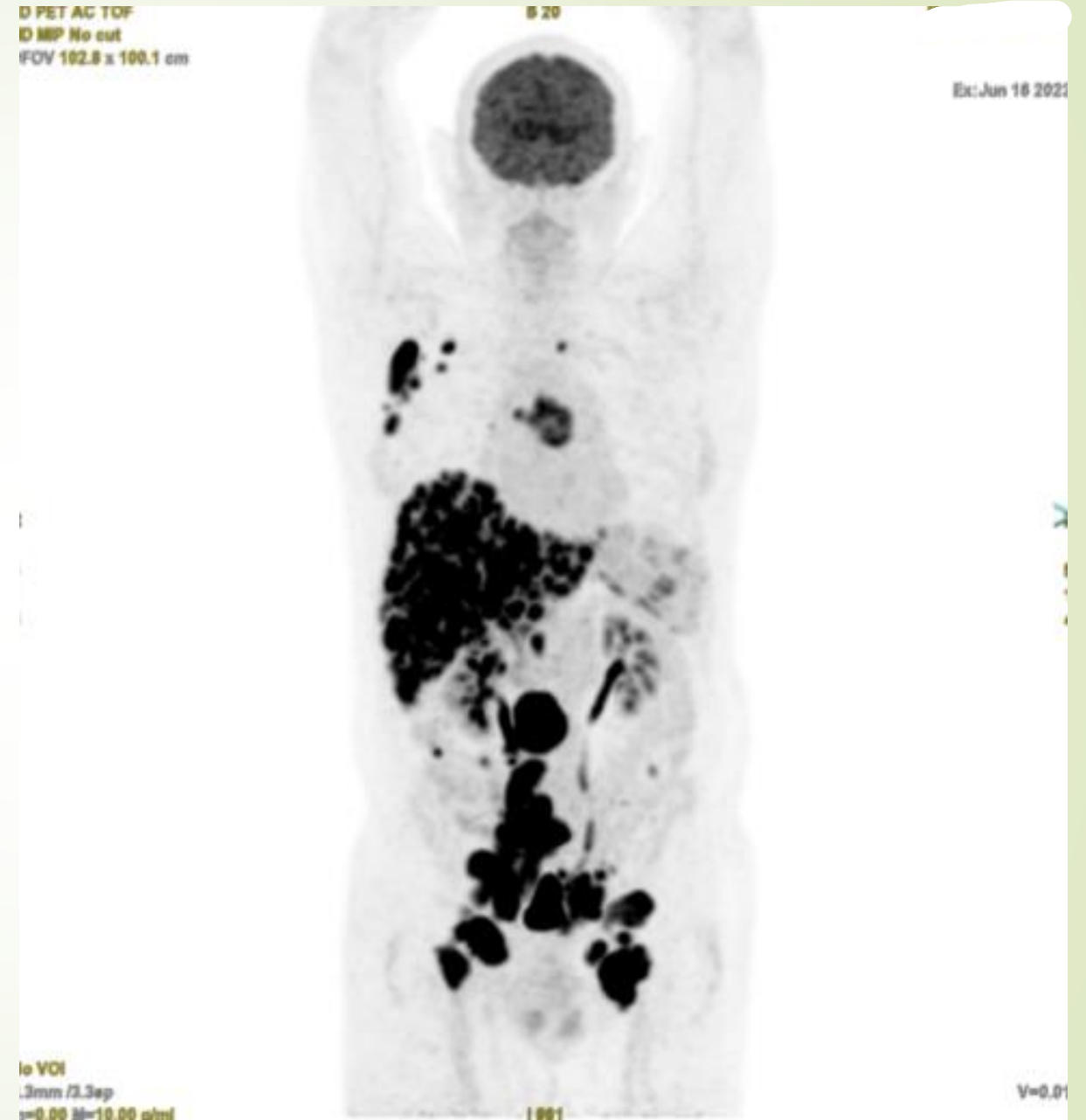


4^{ème} ligne de traitement par Anticorps Bi-spécifiques : GLOFITAMAB

Progression après 4 cycles de GLOFITAMAB

Macroglobulinémie de
Waldenström transformée
réfractaire

5^{ème} ligne par Ifosfamide et VP16





UNIVERSITÉ
DE REIMS
CHAMPAGNE-ARDENNE

Diagnostic

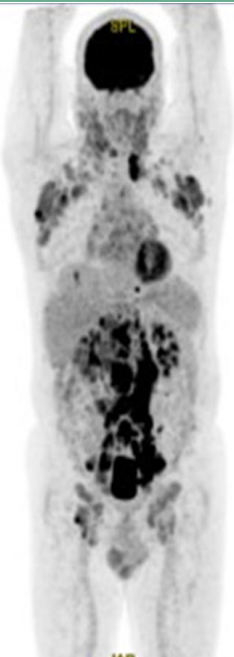
C6 R-CHOP

C3 RDHA0x

3 mois après
CAR-T

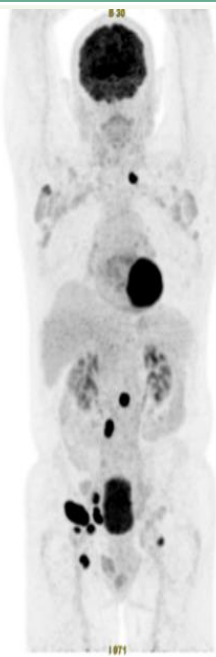
4 mois après
GLOFITAMAB

3D PET AC TOF
HD MP No cut
DFOV 110.8 x 107.7 cm



Ex 8ep :

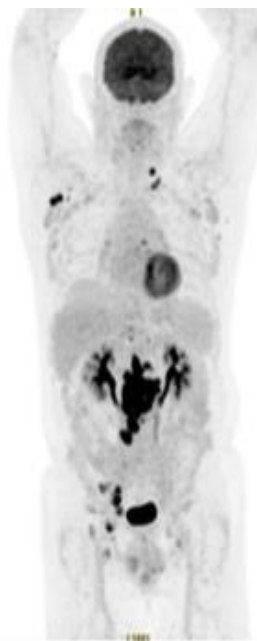
D PET AC TOF
HD MP No cut
DFOV 106.2 x 105.1 cm



ROULOT CLAUDE
Ex May 19 2022

V=2.19

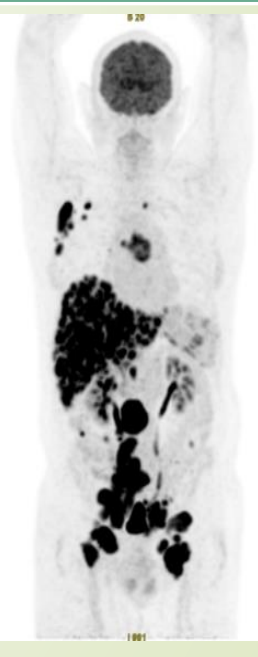
3D PET AC TOF
HD MP No cut
DFOV 102.8 x 106.1 cm



Ex Aug 01 2022

V=0.08

D PET AC TOF
HD MP No cut
DFOV 102.8 x 106.1 cm



Ex Jun 16 2022

V=0.01

No VOI
3.3mm 3.3ep
v=0.00 10-10.00 g/ml

No VOI
3.3mm 3.3ep
v=0.00 10-10.00 g/ml

No VOI
3.3mm 3.3ep
v=0.00 10-10.00 g/ml

No VOI
3.3mm 3.3ep
v=0.00 10-10.00 g/ml