

The protein immunoelectrophoresis performed in 5 patients found hypogammaglobulinemia in 2 patients and a monoclonal component type IgG lambda (1 case), IgG kappa (1 case) and IgA lambda (1 case). From a radiological, the 6 patients had lesions geodiques and demineralized to varying degrees. An Immunophenotyping was performed in 2 patients for the diagnosis of LAP in 1 case. A cytogenetic study was performed in 04 patients. All patients had a complication at admission or during development : severe anemia (03 cases), renal failure (2 cases), neurological disorders (1 case)

lung infection (2 cases) hypercalcemia (1 case), and severe neutropenia (1 case) Hypo albumin with edema and ascites syndrome (1 case). The treatment consisted of analgesics, blood transfusions : 3 cases, antibiotic therapy : 6 cases, bisphosphonates : 3 cases, erythropoietin : 2 cases, (dialysis case) and multidrug VAD type (from 1 to 4 courses). Be of the 6 patients : 3 patients died soon after cure. 3 patients had failed after 4 treatments : a patient was placed under DCEP protocol. The 3 patients died in an array of severe pulmonary infection. Median survival : 3.6

months (1-8).

CONCLUSION:

The locations extra medullary (50% of cases) are common in the LAP. Immunophenotyping is necessary to make the diagnosis in the forms pancytopenia. Our treatment-outcomes remain poor despite the use of multidrug therapy: 50% of our patients died early and the median survival of treated patients is 6.6 months. The use of innovative therapies (thalidomide and its analogues, proteasome inhibitors) and the allograft would be an alternative to packaging.

La Cytométrie en flux (CMF) sur suspensions cellulaires pour le diagnostic des Lymphomes malins non Hodgkiniens

S. Oukid (1), S. Taoussi (1), MT. Abad(2)

(1) Hématologie Clinique et Biologique, EHS Cac, Blida, Algérie, (2) Hématologie Clinique et Biologique, Hopital Blida.

INTRODUCTION:

La CMF aide à caractériser au mieux les hémopathies malignes, parfois elle permet de compléter ou corriger un diagnostic cytologique et/ou histologique. Les résultats que nous présentons portent sur la caractérisation des LMNH par l'analyse des résultats de la CMF qui seront confrontés avec la cytologie et l'histologie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

L'étude des LMNH est basée sur la cytologie, l'histopathologique et une CMF effectuée sur un suc obtenu par ponction ou/et trituration ganglionnaire.

La suspension cellulaire est obtenue soit par ponction ganglionnaire à l'aiguille fine sans aspiration qu'on injecte dans un tube EDTA

avec lavage de l'aiguille par le cell Wash ; soit par une trituration et dilacération ganglionnaire dans du RPMI. L'immunophénotypage a été réalisée à l'aide d'un panel ciblant les populations lymphoïdes T, B et NK (CD3, CD2, CD4, CD8, CD5, CD8, CD7, CD11a, TCR alpha bêta, TCR y delta, chaînes légères Kappa et Lambda CD19,

CD20, CD22, CD10, CD38, CD43, CD79a, CD79b, FMC7, CD23, CD25, CD11c, IgM, CD56, HLADR, TDT, CD34 et CD45; acquisition sur un cytométrie en flux 4 couleurs.

RÉSULTATS:

83 cas étudiés : 23 femmes et 60 hommes: moyenne d'âge= 49 ans (l 5-76). Etude sur une ponction aspiration ganglionnaire à l'aide d'une aiguille fine : 48 patients (58%) avec un taux moyen de globules blancs = 13 752/ul (800 -71 500) et par trituration ganglionnaire: 35 patients (42%); moyenne de globules blancs= 11 055/ul (900 - 64 560).

Dans 6 cas : les éléments recueillis sont insuffisants (< 100 cellules/ul).

CMF: absence de monoclonalité B ou T : 15 cas, l'histologie a révélé : un lymphome hodgkiniens : 6 cas, un carcinome : 2 cas, une tuberculose : 1 cas et une lymphadenite non spécifique : 6 cas. Groupe des LNH à petites cellules : 23 cas avec

profil phénotypique : LNH Lymphocytaire : 6 cas, LNH Folliculaire : 5 cas, LNH de la zone marginale : 4 cas, LNH de Manteau : 3 cas, LNH villeux : 2 cas, LNH Polymphocytaire : 1 cas, LNH à petite Cellule B : 1 cas et LNH à petite cellules T: 1 cas. L'étude histologique a confirmé le diagnostic de LNH Folliculaire dans : 2 cas, LNH de la zone marginale : 1 cas, LNH à petites cellules B : 10 cas, non faite : 7 cas, et LNH de Manteau : 1 cas ; par contre chez 2 cas, l'histologie a retrouvé un LNH du Manteau et un LNH Folliculaire et à la CMF: LNH Manteau et LNH Villeux. Groupe des LNH de haut grade: 39 cas: profil phénotypique : LNH à grandes cellules B : 19 cas, Lymphoblaste B : 7 cas, LNH à grandes cellules T : 6 cas et Lymphoblastique T : 7 cas. L'étude histologique a révélé : pour le groupe des LNH a grande cellules B : LNH Centroblastique : 2 cas, LNH à grande cellules B : 12 cas, LNH à grande cellules : 2 cas, LNH à petites cellules : 2 cas et un lymphome hodgkinien :

1 cas dont la relecture et l'immunohistochimie, a retrouvé un LNH anaplasique. Pour les LNH lymphoblastiques B : sur le plan histologique: LNH lymphoblastique B : 1 cas, LNH à grandes cellules B : 5 cas et non faite: 1 cas.

Pour les LNH lymphoblastiques T : sur le plan histologique : LNH lymphoblastique : 3 cas, LNH à petites cellules B: 2 cas et non faite : 2 cas. Pour le groupe des LNH à grandes cellules T histologiquement : LNH Centroblastique : 1 cas, LNH grande cellules : 3 cas, LNH Centroblastique centrocytique : 1 cas et un LAI : 1 cas.

CONCLUSION:

La CMF a été contributive pour déterminer le diagnostic des LMNH ; l'histopathologie est l'outil diagnostique de base complétée par la CMF depuis que la classification de l'OMS intègre l'immunomarquage au diagnostic pour définir les profils de LNH qui ont un intérêt pronostique.

Manifestations thrombotiques chez les patients bêta-thalassémiques

M. Bradai
Centre de Transfusion Sanguine, Cts Clinique M'Hamed Yazid, Blida
Faculté de Médecine de Blida.

INTRODUCTION:

Les manifestations thrombotiques ne sont pas exceptionnelles chez les patients bêta thalassémiques, particulièrement les malades ayant subi une splénectomie (SPC) et ceux qui ne sont pas régulièrement transfusés. Les anomalies de la membrane érythrocytaires contribuent à cet état d'hypercoagulabilité.