



Recommandations de prise en charge des gammopathies monoclonales de signification indéterminée

Issues d'un travail collaboratif entre L Vincent, M Roussel, M Macro, L Karlin, MC Vekemans, B Royer, F Kuhnowski, N Meuleman, P Rey, B Arnulf, JP Fermand, O Decaux.



Lionel Karlin

Service d'Hématologie Clinique
Hôpital Lyon Sud



18^E CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE



Organisé par

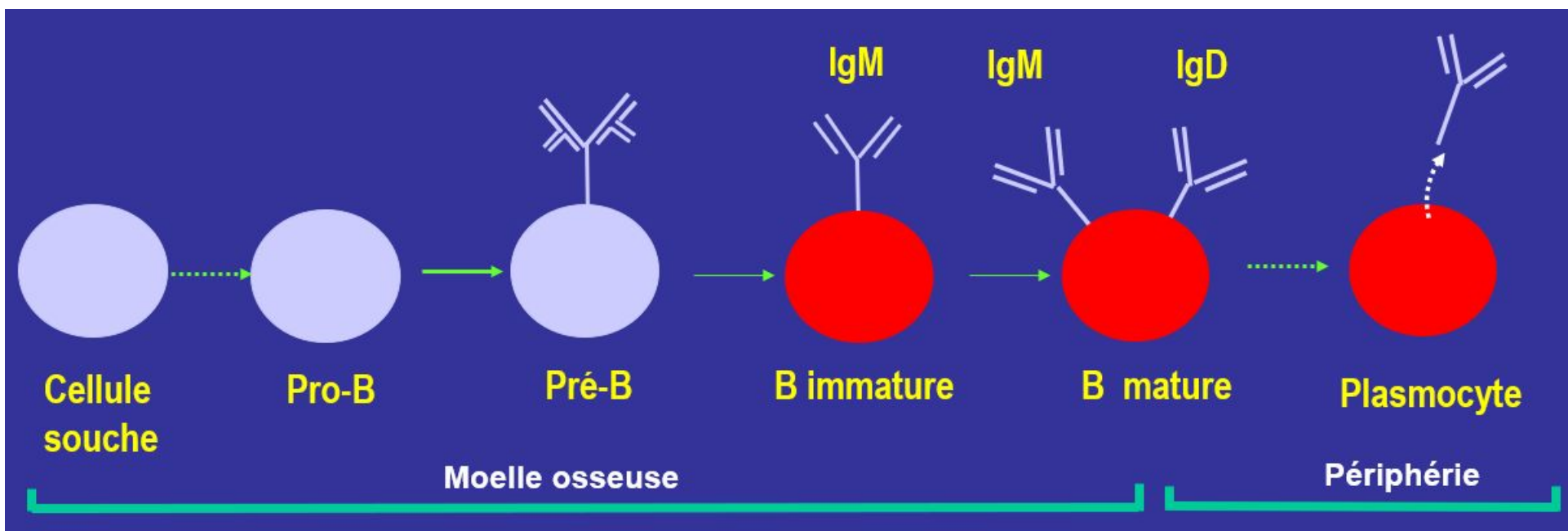


Conflits d'intérêt en lien avec cette présentation :

- **aucun**



Lymphopoïèse B



**IgG, IgA, IgD
monoclonale**
- clone plasmocytaire

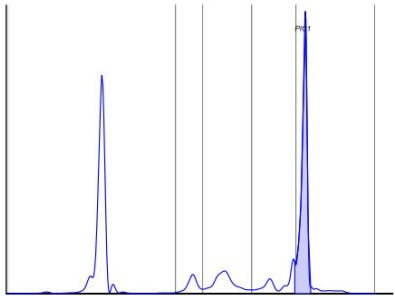
IgM monoclonale
- clone
lymphoplasmocytaire
- Clone lymphoïde



MYELOME (IgG, IgA, IgD)

Macroglobulinémie (IgM)

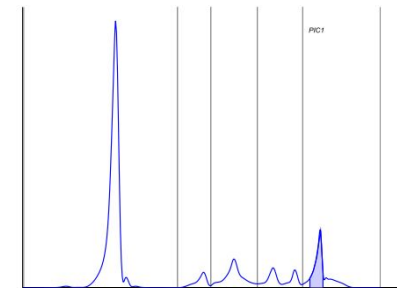
LLC, lymphomes indolents



MGCS (de « signification clinique »)

Petits clones

Propriétés physicochimiques



Monoclonal gammopathy: The good, the bad and the ugly

Siobhan V. Glavey^a, Nelson Leung^{b,c,*}

Blood Reviews 30 (2016) 223–231

Affection dysimmunitaire

Transplantation

MGUS (de « signification indéterminée »)



Examen clinique : recherche MGCS

Interrogatoire :

- Signes d'insuffisance cardiaque ?
- Signes de neuropathie périphérique ?
- Hypotension orthostatique ?



REIN, NERF,
PEAU



SYSTEMIQU
UE

Analyse de la protéinurie, marqueurs
cardiaques

Examen physique :

- Signes d'insuffisance cardiaque
- Examen cutané
- macroglossie

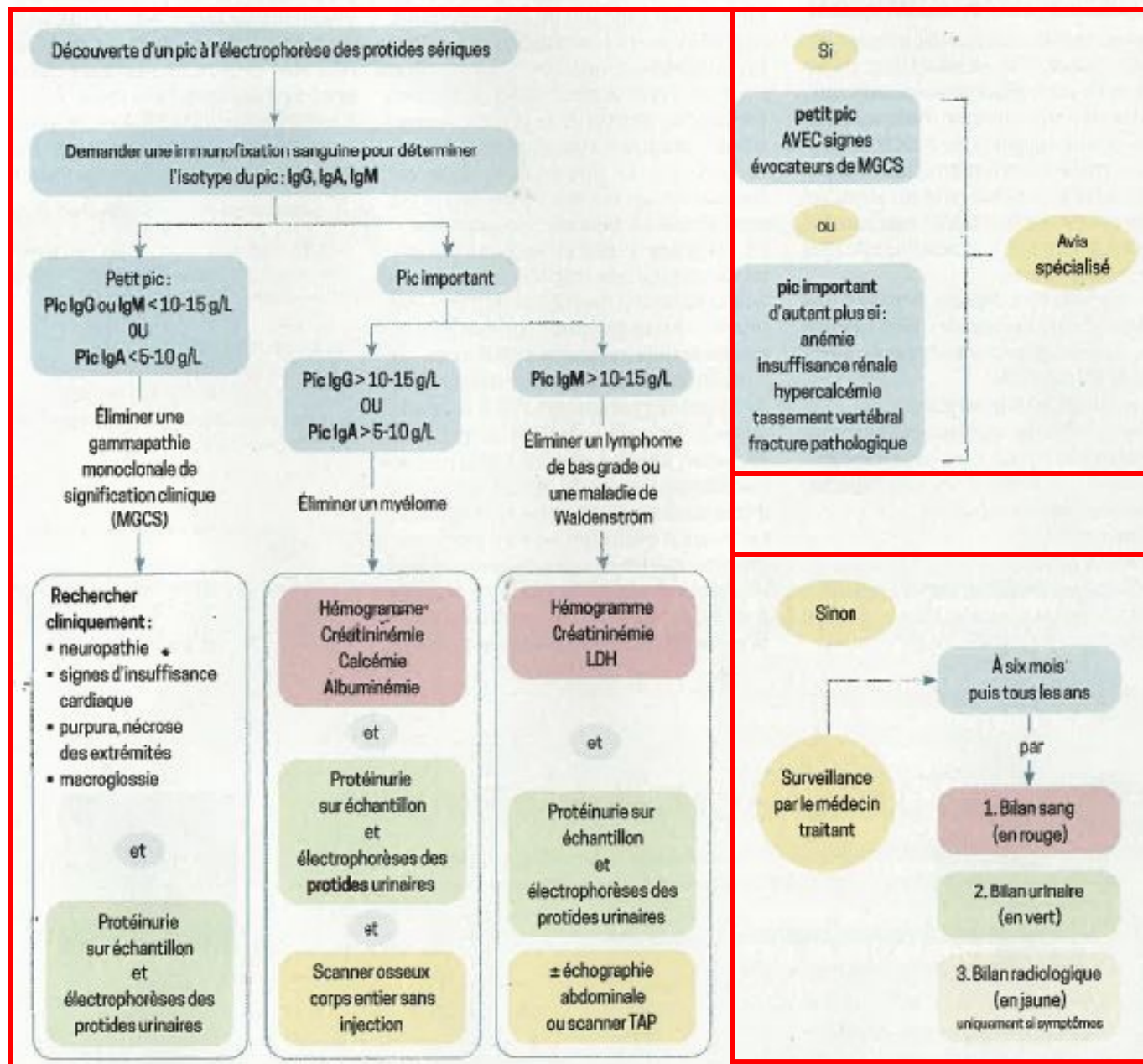


Epidémiologie

Table 3. Prevalence of MGUS According to Age Group and Sex among Residents of Olmsted County, Minnesota.

Age	Men	Women		Total	
	<i>number/total number (percent)*</i>				
50–59 yr	82/4038 (2.0)	59/4335	(1.4)	141/8373	(1.7)
60–69 yr	105/2864 (3.7)	73/3155	(2.3)	178/6019	(3.0)
70–79 yr	104/1858 (5.6)	101/2650	(3.8)	205/4508	(4.6)
≥80 yr	59/709 (8.3)	111/1854	(6.0)	170/2563	(6.6)
Total	350/9469 (3.7)†	344/11,994	(2.9)†	694/21,463	(3.2)†‡

Conduite à tenir devant un pic monoclonal à l'électrophorèse en médecine générale



Inutile et/ou non remboursé :

- Dosage CLL sériques
- Recherche chaînes légères urinaires (BJ)
- Dosage pondéral des Ig

Faire pratiquer, les analyses suivantes :

- hémogramme
- ionogramme sanguin + créatinine, calcium - phosphore
- BHC + bilirubine
- CRP - LDH
- EPS (ne pas réaliser d'immunofixation, Ig monoclonale connue) AVEC RENDU DU TRACE
- NE PAS REALISER DE DOSAGE PONDERAL
- protéinurie sur échantillon (+ EPU seulement si > 150 mg/L)
- NE PAS PRELEVER D'URINES DES 24H



18^E CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE



Organisé par



Lettre à visée des médecins généralistes

Cher confrère,

Votre patient,

est porteur d'une **Gammopathie Monoclonale de Signification Indéterminée (MGUS)**.

Il s'agit d'une anomalie essentiellement biologique, à ce jour sans répercussion clinique, et sans affection hématologique avérée nécessitant, à l'heure actuelle, de traitement.

Du fait du faible taux de l'immunoglobuline monoclonale (évalué sur l'électrophorèse des protéines sériques), nous avons jugé que le risque d'évolution vers une maladie hématologique active était suffisamment faible pour ne pas prévoir de suivi systématique en consultation d'Hématologie dans le service, et pour que la surveillance de cette anomalie puisse être réalisée auprès de vous.

Il s'agira donc habituellement, après deux examens à un rythme semestriel, d'un suivi annuel :

- **clinique** : il convient de s'assurer qu'il n'y a pas de douleur osseuse notamment, ni de symptôme évocateur d'une manifestation liée à l'immunoglobuline monoclonale en elle-même, en particulier d'amylose : signes d'insuffisance cardiaque, macroglossie, neuropathie périphérique...

- **biologique** : il convient de surveiller le taux de l'immunoglobuline monoclonale (électrophorèse des protéines sériques, analyse de la protéinurie sur échantillon), l'hémogramme (recherche d'anémie), la fonction rénale et la calcémie

Merci de nous recontacter et/ou nous ré adresser le patient en cas :

- de signe clinique suspect (douleur osseuse, signes évocateur d'amylose, complication qui reste rare) ;
- d'augmentation significative (> 5 g/L) du taux de l'immunoglobuline monoclonale, évalué sur une simple électrophorèse des protéines sériques (évaluation du composant monoclonal et non pas de la quantité globale d'immunoglobulines), d'apparition d'une protéinurie ($> 0,5$ g/24h) , d'une anémie (non expliquée par un phénomène inflammatoire ou infectieux récent) d'une altération de la fonction rénale ou d'une augmentation de la calcémie.

Pour l'heure, il est important, en l'état actuel des choses, de rassurer le patient, en lui expliquant bien qu'il n'y a pas de maladie hématologique déclarée et que le risque d'une évolution reste très faible.

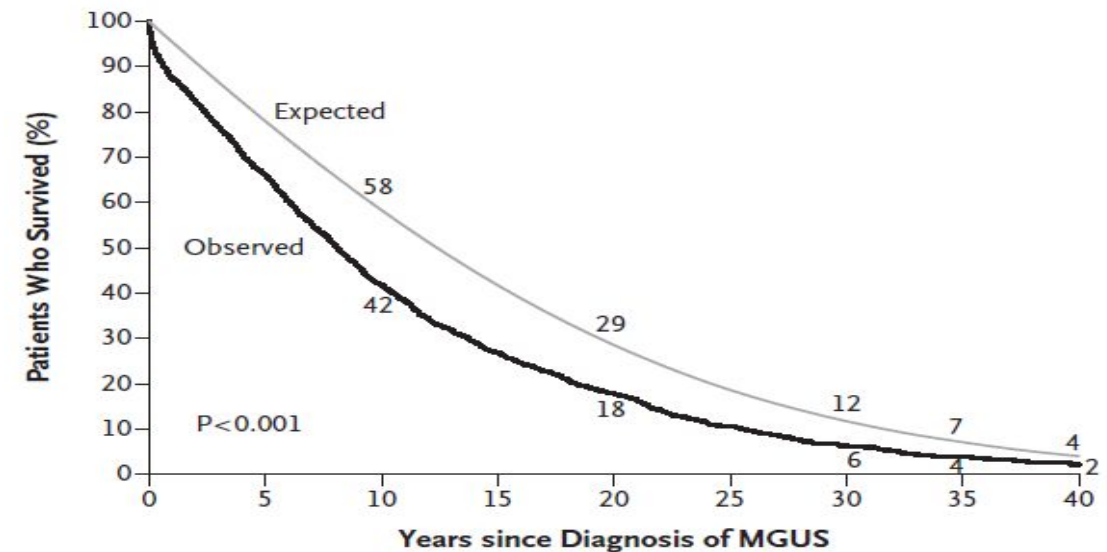
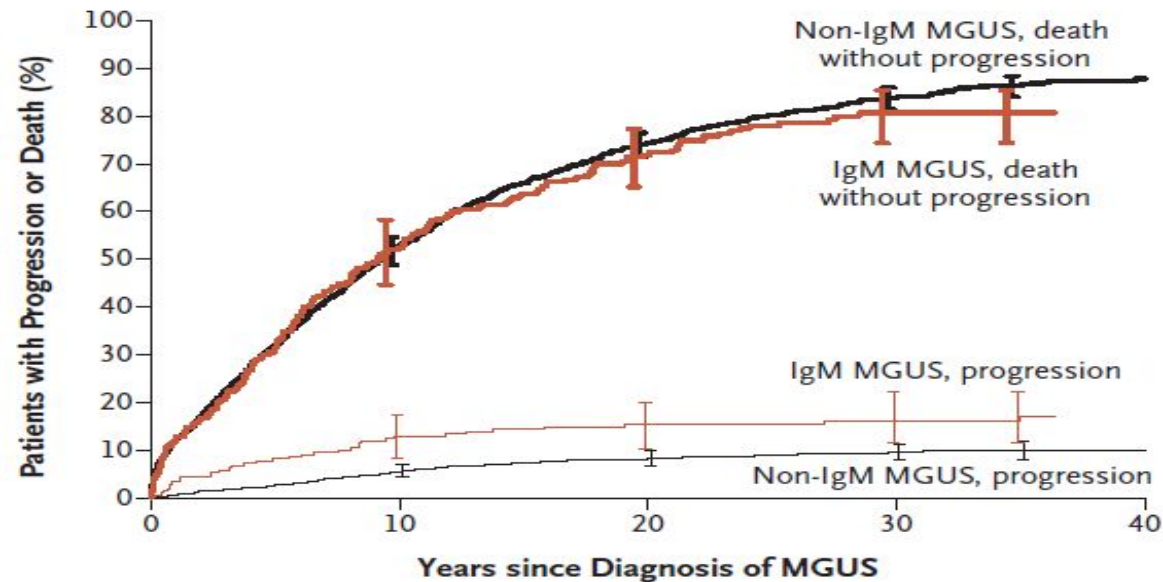
Vous remerciant pour votre collaboration et en restant à disposition pour toute question éventuelle

Bien confraternellement

LE CHOIX DES MOTS

Long-Term Follow-up of Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance

Robert A. Kyle, M.D., Dirk R. Larson, M.S., Terry M. Therneau, Ph.D.,
Angela Dispenzieri, M.D., Shaji Kumar, M.D., James R. Cerhan, M.D., Ph.D.,
and S. Vincent Rajkumar, M.D.





18^E CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE



Organisé par



Indications de l'EPS ?



18^E CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE



Organisé par



Questions ?



lionel.karlin@chu-lyon.fr