

# P090-Gestion des complications osseuses liées au myélome multiple.

A propos d'un cas. **S.Saadaoui, H.Herbadji, M.Medani, A.Rouabhi**

CLCC SETIF

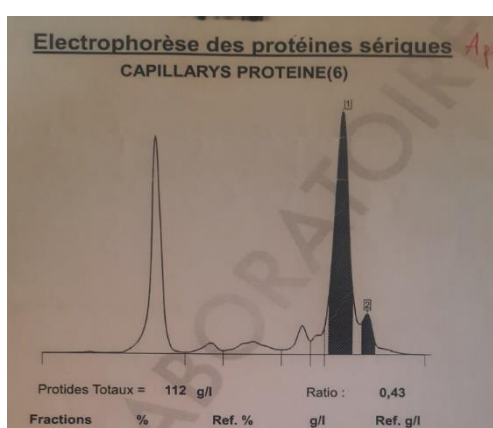
**Introduction :** Le myélome multiple expose à de multiples complications essentiellement osseuses, certaines peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

**Matériel et Méthodes :** Nous rapportons l'observation d'un jeune patient âgé de 35 ans qui présente un myélome multiple avec trois complications nécessitant des soins de support urgents à savoir une compression médullaire, une ostéonécrose mandibulaire iatrogène et une hypercalcémie menaçante.

**Observation :** Mr B.S âgé de 35 ans, fumeur et tabac chiqueur, suivi depuis Novembre 2021 pour un myélome multiple. L'examen clinique initial objectivait des douleurs osseuses axiales évoluant depuis 3 mois, douleurs et engourdissement des membres inférieurs depuis quelques jours.  
Hg GB=7200/mm<sup>3</sup> Hb=12 g/dl PLQ=206G/l RE+++ VS 110/118mm  
EPPS : pic monoclonal en beta globuline estime à 28.65 g/l avec hypoalbuminémie et hypogammaglobulinémie. IF sérique IgA à chaînes légères Lambda. Pr 24h=1057 mg/24h PBJ IgA Lambda FCL sériques Kappa=0.94 g/l Lambda=1.61 g/l RKL=0.58 Médullogramme infiltré par 55% de plasmocytes. Urée=0.4 g/l créatinine=13 mg/l Ca<sup>2+</sup>=127 mg/l LDH=206 ui/l beta2microglobuline=4.31 mg/l ferritine=142 ng/l CS=31%. TDM rachis et bassin a objective de multiples lésions ostéolytiques iliaques et vertébrales étagées avec extension intra canalaire à l'origine d'une sténose très serrée en regard de D10-D11 et D11-D12. **Le patient présente un MM de type IgA à chaînes légères Lambda stade IIIA selon Salmon et Durie ISS=2 compliqué d'une hypercalcémie et d'une CM.** Sur le plan thérapeutique, le patient a reçu une réhydratation IV avec une injection de Denosumab ainsi que des perfusions d'albumine. Une radiothérapie décompressive sur les vertèbres D10-D12 a raison de 20 Gry. Un traitement spécifique par une polychimiothérapie de type VTD a été entamé permettant une VGRP après 4 cycles. 2 mois après, il rechute avec apparition de multiples masses plasmocytaires, mis alors sous protocole VRD. A la 6eme injection de Denosumab il fait des abcès dentaires de la mâchoire supérieure et inférieure rapidement compliqués par des foyers d'ONM grade 2 obligeant l'arrêt de la chimiothérapie et du Denosumab et la mise en route d'une antibiothérapie à large spectre, BDB puis résection chirurgicale des zones nécrosées. Le malade continue à progresser sous protocole CAD puis Benda-Thal-Dexa avec un important syndrome tumoral périphérique et profond nécessitant une radiothérapie décompressive médiastinale, hypercalcémie à 131 mg/l pour laquelle nous avons réintroduit le Denosumab avec surveillance bucco-dentaire, permettent un retour à la normale de la calcémie. L'anémie a été gérée par des FSE et les douleurs osseuses par des morphiniques. Réfractaire à plusieurs lignées thérapeutiques, il décède: SG de 21 mois.

**Discussion:** La fréquence du MM chez le sujet jeune moins de 40 ans est aux alentours de 14% en Algérie et au Maghreb. Notre patient a présenté des complications lourdes essentiellement osseuses, liées à la maladie et iatrogènes nécessitant des soins urgents et une prise en charge multidisciplinaire. Devant le caractère agressif de la maladie, la radiothérapie reste une option thérapeutique pour gérer les masses plasmocytaires réfractaires à la chimiothérapie.

**Conclusion :** Les soins de support sont nécessaires, parallèlement et conjointement aux traitements spécifiques dans la prise en charge des patients atteints de myélome multiple. Ils visent à assurer une meilleure qualité de vie et permettent aussi de préserver le pronostic vital.



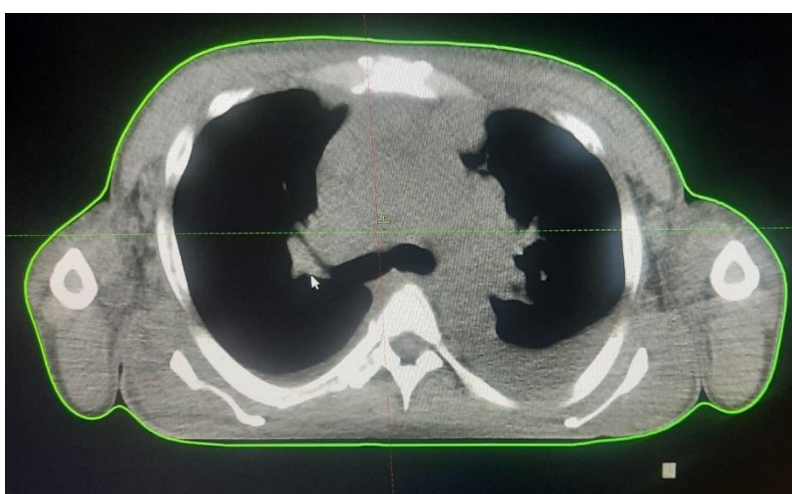
EPPS du patient à la rechute



Foyers ONC de la mâchoire sous Denosumab



TDM rachis coupe sagittale



TDM thoracique :masse médiastinale et épanchement pleural droit

#### Références

1. [D:Leguy,M.H. Vieillard .Prevention des complications osseuses du myeloma correspondances en Onco-Hematologie.](#)
2. [Hallmer F, Andersson G, Götrick B, et al:](#) Prevalence, initiating factor, and treatment outcome of medication-related osteonecrosis of the jaw-a 4-year prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 126(6):477-485, 2018. doi:10.1016/j.oooo.2018.08.015
3. [Masoodi NA:](#) Oral bisphosphonates and the risk for osteonecrosis of the jaw*BJMP* 2(2):11-15, 2022.
4. [Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, et al:](#) American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws-2022 Update. *J Oral Maxillofac Surg* 80(5):920-943, 2022. doi:10.1016/j.joms.2022.02.0085. [Hellstein JW, Adler RA, Edwards B, et al:](#) Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis: Executive summary of recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc* 142(11):1243-1251, 2011. doi: 10.14219/jada.archive.2011.0108
5. [Khan A, Morrison A, Cheung A, et al:](#) Osteonecrosis of the jaw (ONJ): Diagnosis and management in 2015. *Osteoporos Int* 27(3):853-859, 2016. doi: 10.1007/s00198-015-3335-3
6. [Hellstein JW, Adler RA, Edwards B, et al:](#) Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis: Executive summary of recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc* 142(11):1243-1251, 2011. doi: 10.14219/jada.archive.2011.0108
- 7-Bekadja MA et AL.Enquete épidémiologique nationale sur le myélome multiple 1995-2005: Revue Algérienne d'Hématologie2009