

Syndrome de lyse tumorale au cours des leucémies aiguës lymphoblastiques de l'adulte jeune

A. Laraba, H. Ahmidatou, H. Assaous, N. Khouni, S. Kellouche et Z. Kaci

Service d'hématologie, CHU Béni Messous

Xxème congrès national d'hématologie, 21, 22 et 23 Novembre 2024 à Alger

Introduction

Le syndrome de lyse tumorale (SLT) constitue une complication potentiellement fatale des hémopathies malignes, en particulier les leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL). Il est généralement induit par la chimiothérapie mais il peut également survenir spontanément comme première manifestation des hémopathies malignes.

Le SLT survient lorsque les cellules tumorales subissent une décomposition rapide spontanée ou en réponse à une thérapie cytoréductrice. le SLT résulte de la destruction rapide des cellules malignes et de la libération brutale d'ions intracellulaires, d'acide nucléique, de protéines, et de leurs métabolites dans l'espace extracellulaire. Ces métabolites peuvent submerger les mécanismes homéostatiques normaux de l'organisme et provoquer une hyperthermie, hyperkaliémie, hyperphosphatémie, et une hypocalcémie. Le SLT peut causer une insuffisance rénale aiguë et peut mettre en jeu le pronostic vital des patients.

Les facteurs de risque sont dominés par le taux de LDH élevé dans 90%, une hyperleucocytose est notée chez 63% des patients; l'association de plusieurs facteurs de risque est notée chez 45 %.

Traitement

Le traitement en urgence a comporté une hyperhydratation, allopurinol et correction des troubles électrolytiques chez tous les patients.

La dialyse a été indiquée chez 2 patients

L'évolution était favorable avec correction des troubles biologiques chez 7 patients

Le décès a été noté chez 4 patients dont les causes étaient l'insuffisance rénale et l'hyperkaliémie majeure

Discussion

• La fréquence de SLT dans notre série est de 30%, la majorité des SLT sont cliniques donc graves

• Les hommes sont les plus touchés avec un pourcentage de 81%.

• L'hyperkaliémie et la lésion rénale aiguë [insuffisance rénale aiguë] sont presque présents chez la plupart des patients, le recours à l'épuration extra rénale n'est pas exceptionnel.

• La prévention, principe clé de la prise en charge du SLT.

• Un système de classification complet proposé par CAIRO et BISHOP classe les syndromes SLT en SLT biologiques ou cliniques et donc facilitant la prévention

• Les piliers de prise en charge comprennent la surveillance des anomalies électrolytiques, une hydratation rigoureuse, un traitement anti hyperuricémiant prophylactique.

Conclusion

La gravité potentielle des complications résultant du syndrome de lyse nécessite des mesures de prévention chez les patients à haut risque et un traitement rapide en cas d'installation de symptômes.

Ces lignes directrices [identification des facteurs de risque, prévention et traitement] devraient contribuer à la prévention de SLT et l'amélioration de la prise en charge des patients.

Références

1- Cairo MS, Bishop M. Tumor lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification. Br J Haematol 2004;127:3–11.

2-Durani U, Hogan WJ. Emergencies in haematology: tumor lysis syndrome. Br J Haematol 2020;188:494–500.

3- Durani U, Shah ND, Go RS. In-hospital outcomes of tumor lysis syndrome: a population-based study using the National Inpatient Sample. Oncologist 2017;22:1506–9.

4- Coiffier B, Altman A, Pui C-H, et al. Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review. J Clin Oncol 2008;26:2767–78.

Selon la classification Cairo-Bishop on distingue 2 types de SLT:

1- SLT biologique: qui s'installe avant la chimio ou 7 j après.

* Hyperuricémie 476 mmol ou augmentation du taux de 25%.

* Hyperkaliémie 6 mmol ou augmentation du taux de 25 %.

*Hyperphosphorémie supérieure à 1,45 mmol/l ou augmentation du taux de 25 %.

*Hypocalcémie inférieure à 1,75 mmol/l ou diminution de 25%.

2 - SLT clinique :est un SLT biologique associé à une ou plusieurs complications cliniques:

*Créatinine supérieure à 1,5 N et / ou insuffisance rénale nécessitant une dialyse; Troubles du rythme cardiaque; Crise convulsive.

Objectif

L'objectif de cette étude est d'analyser les caractéristiques cliniques, les facteurs de risque et la mortalité lors des SLT chez les adultes jeunes atteints de LAL.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur une période de 6 ans (2019-2023), incluant les patients adultes jeunes hospitalisés au service d'hématologie du CHU Béni Messous pour leucémie aiguë lymphoblastique ayant présenté un SLT soit spontanément soit après chimiothérapie.

Une fiche a été établie pour le recueil des données à partir des dossiers d'hospitalisation, elle comporte les paramètres suivants : état civil, taux de GB, bilan métabolique, facteurs de risque, traitement et évolution....

Résultats

36 patients LAL ont été colligés dont 11 (30%) ont présenté un syndrome de lyse

Les patients se répartissent en 9 hommes et 2 femmes. Sex-ratio 4,5

Moyenne d'âge 41 ans

Les SLT sont représentés par:

* 7 SLT spontanés, 4 SLT secondaires.

Selon la classification de Cairo-Bishop, on note 7 SLT cliniques et 4 SLT biologiques.

Facteurs de risque	nombre
Syndrome tumorale	9 (25%)
hyperleucocytose	7 (19%)
Taux de LDH élevé	10 (28%)
Association de facteurs	5 (14%)

Tableau 1 Facteurs de risque du SLT