

P052- Localisation neuro-méningée de Leucémie Aigue Lymphoblastique (LAL) : A propos de 05 cas

DOUFENE.S, KELLOUCHE.S, KHOUNI.N, ASSAOUS.H, LARABA.A, AHMIDATOU.H, KACI.Z

Introduction:

L'atteinte neuro-méningée dans les LAL est décrite chez 10% des cas. Le diagnostic est basé sur la présence des lymphoblastes dans le liquide céphalorachidien (LCR).

L'atteinte neuro-méningée se manifeste par un tableau clinique neurologique polymorphe.

Objectif :

Etude du tableau clinique, des facteurs de risques, et la prise en charge des localisations neuro-méningées secondaire à une LAL.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 05 cas avec une atteinte neuro-méningée extrait d'une série de patients suivis pour LAL, dont l'ensemble des informations ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisations.

Le diagnostic des localisations neuro-méningées est évoqué cliniquement devant un syndrome d'Hypertension intracrânienne (HIC), des convulsions, une hémiplégie et une paralysie faciale. Confirmé par l'étude cytologique du LCR (la présence de 10 éléments nucléés (blastes) dans un LCR non hémorragique est considéré comme localisation neuro-méningée) et complété par l'imagerie cérébrale à la recherche d'une éventuelle localisation parenchymateuse. La localisation médullaire est recherchée systématiquement par une ponction de moelle devant chaque localisation neuro-méningée.

Le traitement repose sur des injections intra-thécales de Méthotrexate et Aracytine et des Corticoïdes un jour sur deux jusqu'à négativation du LCR, ou une chimiothérapie systémique à base d'Aracytine à forte dose, avec une PL de contrôle en fin de traitement, complété par une radiothérapie de la base du crâne.

1^{er} cas: A. A. âgé de 18 ans, suivi pour LALB-II, PL acellulaire au diagnostic, traité par Protocole LINKER en septembre 2013, RC obtenue. Après 3 ans, apparition des céphalées avec diplopie, IRM cérébrale: hémorragie sous arachnoïdienne, FO: œdème papillaire important, une PL faite et l'étude du LCR(>1000 éléments =blastes) concluant à la 1^{ère} rechute neuro-méningée (PMO absence de blastes), traité par chimiothérapie intra-técale et corticothérapie, disparition des lymphoblastes dans le LCR après 08 PL, complétée par une radiothérapie de la base du crâne. En avril 2017, 2^{ème} rechute sanguine et médullaire traité par Aracytine HD, RC obtenue à j 20. Après 7 mois, 3^{ème} rechute neuro-méningée traité par Méthotrexate HD et chimiothérapie intra-técale. RC obtenue. En septembre 2018, apparition de syndrome de la queue de cheval; LCR blastique concluant à la 4^{ème} rechute neuro-méningée traité par chimiothérapie intra-técale.

2^{ème} cas: B. H. âgée de 23 ans, suivie pour LALB en Février 2015, PL acellulaire au diagnostic, traitée par protocole LINKER, RC obtenue à j 42. En Octobre 2016, installation d'une paralysie faciale centrale gauche, LCR : blastique(4000 éléments). TDM cérébrale: multiples hypodensités droites concluant à une rechute neuro-méningée et cérébrale (PMO non blastique). Traitée par chimiothérapie intra-técale et systémique à forte dose, stérilisation du LCR dès la 4^{ème} PL, suivie d'une radiothérapie de la base du crâne. TDM de contrôle à j 30 du traitement sans anomalies.

3^{ème} cas: D. C. âgée de 22 ans, suivie pour LAL forme hyperleucocytaire avec masse médiastinale, cytogénétique sans anomalies, PL acellulaire au diagnostic, traitée par le protocole EORTC 2005 en mars 2021. RC obtenue à j 35. A j59 du protocole la patiente a présenté des crises convulsives, LCR blastique, TDM cérébrale : nodule de 7 mm, concluant à une localisation neuro-méningée. Traitée par une chimiothérapie intra-técale. Stérilisation du LCR après 07 PL suivie d'une radiothérapie de la base du crâne.

4^{ème} cas: T. N. âgé de 50 ans, suivi pour LAL forme hyperleucocytaire, avec localisation neuro-méningée au diagnostic, clinique: céphalées, confirmée par la présence de blastes dans le LCR, traité par protocole LINKER en avril 2023, ayant bénéficié de chimiothérapie intra-técale(8 PL au total) avec stérilisation du LCR dès la 4^{ème} PL. RC obtenue à j42.

5^{ème} cas: M. H. âgée de 40 ans, suivie pour LALB (Phi+) ,qui présente un ptosis et des céphalées , PL cellulaire au diagnostic, traitée par Aracytine HD et Imatinib en décembre 2023 , suivie d'une radiothérapie de la base du crâne. RC obtenue avec stérilisation du LCR .

Discussion:

Dans notre série, l'atteinte neuro-méningée n'est présente au diagnostic que dans 2 cas, alors qu'elle est plus fréquente au cours de la rechute qu'elle soit accompagnée ou pas d'une rechute médullaire.

Les facteurs de risque décrits en théorie sont présents dans 4 /5 cas.

Le diagnostic a été fait par étude du LCR chez tous nos patients associée à une imagerie en faveur d'une localisation neuro-méningée dans 3 cas.

La normalisation du LCR est objectivée dans 4 /5 cas avec obtention d'une RC mais l'évolution est fatale chez tous nos patients, dont 4 cas/5 cas sont décédés suite à une rechute médullaire avec une médiane de survie après l'atteinte -neuro-méningée de 5,75 mois pour les 5 cas.

Conclusion :

L'atteinte neuro-méningée dans les LAL reste rare mais de mauvais pronostic, malgré la prise en charge thérapeutique adaptée les résultats ne sont pas satisfaisants.

Bibliographie:

- 1- Cornille Doval. La leucémie aiguë lymphoblastique chez l'enfant : physiopathologie, états actuels des traitements et perspectives d'avenir. Sciences pharmaceutiques 2015. (dumas-01373090)
- 2-La leucémie aiguë lymphoblastique : publication révisée en 2017 par la Société de leucémie et lymphome du Canada.
- 3-Horizons-Hemato-Mars-2013-27-28-Chantepie
- 4- [doi:10.1007/s12091-015-2051-1](https://doi.org/10.1007/s12091-015-2051-1) /A narrative review of central nervous system involvement in acute leukemias
- 5- Stewart DJ, Keating MJ, McCredie KB, Smith TL, Youness E, Murphy SG, et al. Natural history of central nervous system acute leukemia in adults. Cancer. 1981 Jan 1;47(1):184-96
- 6- Illustration: <https://www.lbc.samehbendhafer.com/hematologie/>