

Épuration des chaines légères sériques par adsorption dans la néphropathie à cylindres myélomateux

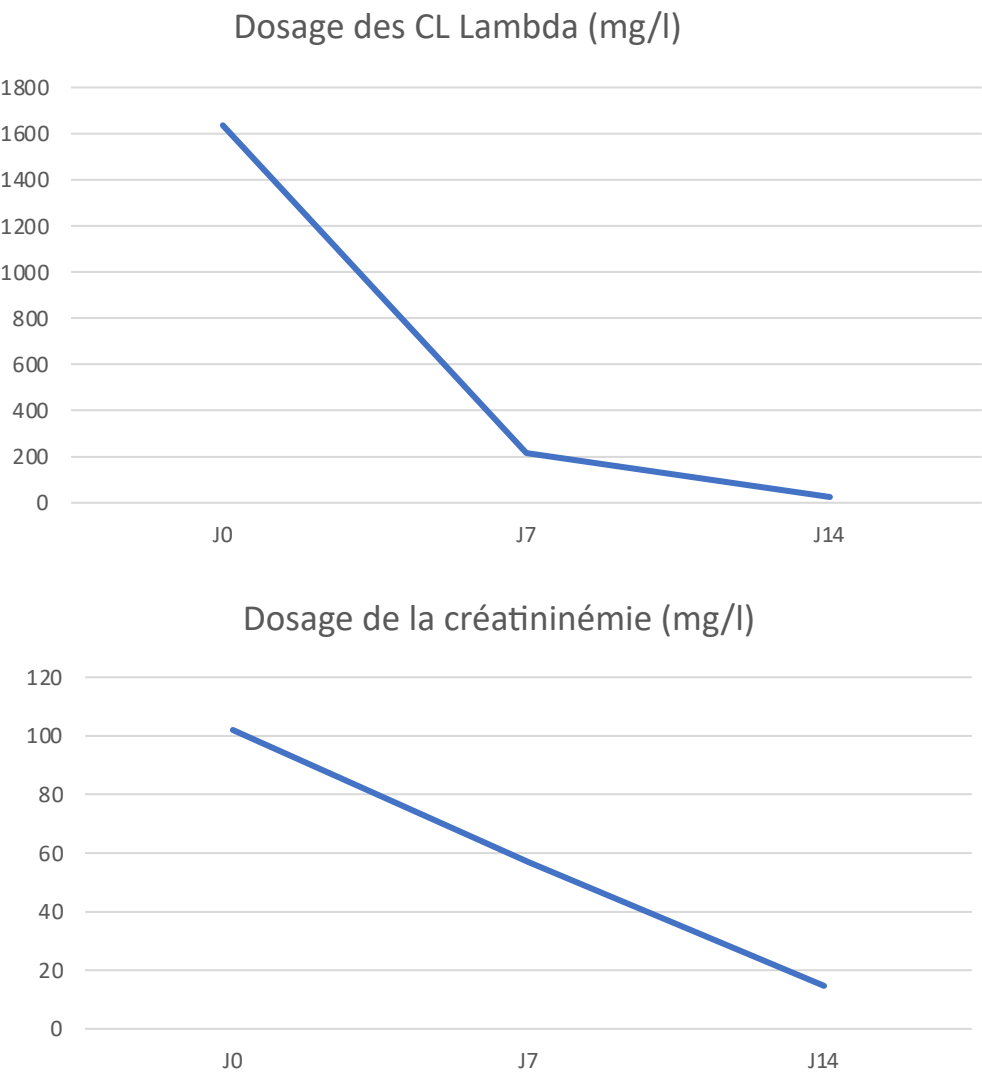
Labioui N ; Lafrid M ; Laasli H ; Hallak M ; Ahlonsou L ; Hassani K ; Montasser D ; Kabbaj D
Service de Néphrologie Dialyse et Transplantation Rénale, HMIMV, Rabat

INTRODUCTION :

L’insuffisance rénale aiguë (IRA) au cours du myélome multiple (MM) est fréquente et représente un facteur pronostique majeur. La néphropathie à cylindres myélomateux est l’atteinte rénale la plus classique, due à la précipitation de chaînes légères libres (CLL) monoclonales avec l’uromoduline dans les tubules distaux. Chez les patients ayant une insuffisance rénale aiguë sévère avec nécessité de dialyse, la combinaison de l’élimination des CLL par hémodialyse à la chimiothérapie peut améliorer rapidement la fonction rénale.

OBSERVATION :

Nous rapportons ici le cas d’une patiente âgée de 46 ans, hypertendue, diabétique sans atteinte rénale, diagnostiquée pour myélome multiple à IgA Lambda symptomatique sur le rein avec insuffisance rénale, compression médullaire avec tétraplégie, anémie à 4,5g/dl et hypercalcémie à 134 mg/l. L’atteinte rénale était sévère avec une insuffisance rénale à 102 mg/l de créatininémie de profil tubulaire avec une protéinurie/créatinurie ratio à 3729 mg/g et une albuminurie/créatinurie ratio à 361 mg/g. Le protidogramme initial avait montré un pic à IgA Lambda à 42,2g/l. Le dosage initial des CLL Kappa était à 7,04 mg/l, Lambda à 1636 mg/l avec un rapport K/L inférieur à 0,01. Il n’a pas été noté d’anomalie à la cytogénétique moléculaire. La chimiothérapie a été débutée en urgence par une association du Bortezomib à la posologie de 1,3 mg/m² j1, j4, j8 et j11 (2,6 mg par prise, en sous cutané), Endoxan à la posologie de 250 mg/m² (500mg par prise, par voie orale) et la Dexaméthasone à raison de 40 mg. Devant l’atteinte rénale sévère, une dialyse a été démarrée par des membranes de type Polyméthylméthacrylate (PMMA TORAY BK-F 2,1) selon un programme intensif à raison de 5 séances par semaine de 5 heures chacune. Une semaine après le début de la dialyse et la première cure de chimiothérapie, nous avons réalisé un premier contrôle, qui a montré une baisse considérable du taux de CL Lambda à 215 mg/l. Après la deuxième semaine de dialyse, le bilan avait montré une amélioration de la fonction rénale, de la calcémie à 80 mg/l ainsi que le dosage des CL Lambda à 24,91 mg/l avec sortie de dialyse avec une créatininémie à 14,69 mg/l (DFG: 41 ml/min/1,73 m²). La patiente a reçu 4 séances de chimiothérapie au total, avant de décéder suite à une neutropénie fébrile compliquée d’un choc septique à point de départ pulmonaire.



Courbes montrant l’évolution des taux de chaines légères Lambda et de la créatininémie sous chimiothérapie et l’hémodialyse intensive avec des membranes PMMA

DISCUSSION :

La néphropathie à cylindre myélomateux (NCM) est la forme la plus classique et la plus fréquente de l’atteinte rénale des gammopathies à forte masse tumorale, dont le traitement repose essentiellement sur la chimiothérapie, mais optimisé par l’hémodialyse intensive avec des membranes HCO(1). À notre connaissance, il existe une étude considérée comme la plus grande cohorte publiée, portée sur 41 patients atteints de MM avec IRA due à la NCM comparant l’HDC et l’hémodialyse intensive avec des membranes PMMA à raison de 3 fois par semaine. Fait important, tous les patients ont été traités avec le même schéma de chimiothérapie à base de bortézomib et étaient dépendants de la dialyse. La réponse hématologique qui a été observée chez 14 des 15 patients devenus indépendants de la dialyse confirme que la réponse hématologique est le déterminant le plus important de la récupération rénale (2,3).

CONCLUSION :

L’épuration précoce par adsorption des chaines légères libres associée à la chimiothérapie intensive est une approche séduisante qui augmenterait les chances de récupération rénale et de survie dans l’insuffisance rénale aiguë sévère du myélome multiple.

(1)HutchisonCA,BradwellAR,CookMetal.Treatment of acute renal failure secondary to multiple myeloma with chemotherapy and extended high cut-off hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4:745–754
(2) Moumas E, Hanf W, Desport E et al. New insights in the treatment of myeloma with renal failure. Nephrol Ther 2011; 7:457–466
(3) Bridoux F, Fermand J-P. Optimizing treatment strategies in myeloma cast nephropathy: rationale for a randomized prospective trial. Adv Chronic Kidney Dis 2012; 19: 333–341