

Dr Nadine MAGY  
Praticien Hospitalo-Universitaire  
Service de Médecine Interne  
BESANCON

**DYSGLOBULINEMIE  
MONOCLONALE NON  
MYELOMATEUSE DU  
SUJET AGE**

# DEFINITION

- Dysglobulinémie monoclonale non myélomateuse ou gammopathie monoclonale de signification indéterminée ou MGUS
- Présence dans le sérum d'une protéine monoclonale à une concentration maximale de **30 g/l**, sans lésions osseuses lytiques, sans anémie, ni insuffisance rénale, ni hypercalcémie avec dyscrasie plasmocytaire de **10%** au maximum

# EPIDEMIOLOGIE

- La GM concerne 2% des sujets de 50 ans ou plus et 3% des sujets de 70 ans ou plus.
- 10% des sujets de plus de 80 ans seraient porteurs d'une GM
- Le risque de progression d'une GM vers un myélome ou un désordre lymphoprolifératif est évalué à 1% par an

# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

→ **Quand y penser ?**

- ◆ **VS accélérée sans syndrome infectieux évident**
- ◆ **Augmentation polyclonale des Ig à l'électrophorèse des protéines**
- ◆ **Augmentation du taux global des protéines sériques**
- ◆ **Pic monoclonal dans les gamma-globulines à l'électrophorèse des protéines sériques**

# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

## → Démarche diagnostique générale

- ◆ Faire la différence entre GM bénigne et GM maligne
  - ◆ Taux
  - ◆ Retentissement (sur autres Ig et rénal)
  - ◆ Dyscrasie plasmocytaire

# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Plusieurs cas de figure
  - *Diagnostic fortuit sur une électrophorèse des protéines ou un dosage pondéral des immunoglobulines sériques*
    - **Contrôler l'examen qui permet le diagnostic fortuit**
    - **Evaluer le taux de la GM**
    - **Voir si les autres isotypes sont diminués**
    - **Rechercher anémie, insuffisance rénale, notion de douleurs osseuses, lésions lytiques**
    - **Evaluer la présence d'une protéinurie de Bence-Jones**
    - **Myélogramme initial pour évaluer la dyscrasie plasmocytaire**

# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

## *Diagnostic dans un contexte infectieux*

- **Contrôler à distance de l'épisode infectieux (1 mois plus tard)**
- **Si persistance**
  - **Evaluer le caractère bénin ou malin du processus**

## *Diagnostic dans un contexte immunitaire (Gougerot-Sjögren)*

- **Contrôler l'examen positif**
- **Alerte ! Évolution possible vers un lymphome, surtout si les autres isotypes sont diminués**

# PRONOSTIC

→ Comment identifier les patients à risque de progression ?

- Etude de Kyle (NEJM) 2002, 1380 patients
  - ♦ IgA ou IgM plus à risque qu'IgG
  - ♦ Taux initial de la GM est le facteur de risque le + important
  - ♦ Pas d'intérêt du caryotype pour juger du potentiel évolutif
  - ♦ Dans cette étude risque de 7.3 d'évolution vers myélome, amylose, lymphome, waldenström, LLC, plasmocytome
    - ♦ **Risque de myélome à 10 ans de 6% si taux initial de 5 g/l ou moins**

Risque de myélome à 10 ans de 60% si



# PRONOSTIC

- En fait, chez les sujets âgés, le pronostic vital n'est pas lié à l'existence d'une GM, dans les études de suivi, ces sujets décèdent d'autres pathologies avant que la pathologie myélomateuse ou lymphomateuse n'apparaisse

## QUEL TYPE DE SUIVI ?

- Si GM < 20 g/l pas de surveillance des paramètres médullaires, à moins que d'autres éléments n'indiquent une évolution vers une myélome (anémie, lésions osseuses lytiques)
- Si le taux de la GM reste stable sur 3 à 5 ans, elle est a priori bénigne et ne justifie pas de suivi particulier
- Suivi annuel du taux de la GM, même si on n'en connaît pas l'impact en terme de survie

**QUEL EST  
VOTRE  
DIAGNOSTIC ?**



**IgA MONOCLONALE**

8g/l

5% de plasmocytes

Pas d'anémie,

Pas d'IR

**IgG MONOCLONALE**

18g/l

5% de plasmocytes

Pas d'anémie,

Pas d'IR



# CONCLUSION

- GM = diagnostic relativement aisé
- Suivi surtout intéressant chez les sujets de 50 ans
- Facteurs pronostiques l'isotype et le taux de la GM
- Se méfier de l'amylose AL ou immunoglobulinique