

# HYPER MONOCYTOSE

Augmentation des monocytes au-delà de 1000 / mm<sup>3</sup>. La valeur en % de la monocytose ne doit pas être retenue. Une monocytose sanguine est souvent réactionnelle, accompagnant diverses maladies infectieuses et/ou inflammatoires.

Elle est parfois d'origine « leucémique »

Critères en faveur du réactionnel : Infection ou inflammation sévère connue, transitoire (diminue rapidement avec l'amélioration clinique).

Critères en faveur du « leucémique » : soit asymptomatique, soit splénomégalie isolée, soit asthénie, perte de poids, fièvre, sueurs nocturnes. Aucune tendance à s'amender spontanément.

## Les hypermonocytoses réactionnelles

Infections :

- Infections bactériennes : tuberculose (le monocyte joue un rôle essentiel dans l'infection BK), brucellose, fièvre typhoïde, syphilis, rickettsiose, listériose, endocardites bactériennes.

- Infections parasitaires : paludisme, leishmanioses

- Viroses des nourrissons et des jeunes enfants.

Inflammation : Maladies inflammatoires type collagénose ou polyarthrite rhumatoïde, granulomatoses diverses, sarcoidose, Crohn, RCUH

Une hypermonocytose est observable dans le cadre de l'état inflammatoire de certains cancers : ovaire, estomac, sein, mélanome, Hodgkin, certains lymphomes non Hodgkiniens

Phase de réparation d'une agranulocytose : Après une neutropénie, la récupération d'un nombre de granulocytes normaux est précédée par une phase d'hypermonocytose.

Mécanisme : Polynucléaires monocytes ont un progéniteur commun, ce progéniteur est stimulé, la différenciation en monocytes est plus courte que la différenciation en polynucléaire.

## Leucémie aiguë (LA) monocyttaire ou myélomonocytaire

Blastes, monocytose sanguine

> 5000/mm<sup>3</sup>, anémie, thrombopénie. Dans la leucémie aiguë avec différenciation monocyttaire, la morphologie des blastes se rapproche de celle des monocytes.

## LMNC : Leucémie myélomonocytaire chronique

Clinique : Patients souvent âgés (70 – 75 ans), prédominance masculine. Parfois asymptomatique, parfois splénomégalie, asthénie, perte de poids, èvre, sueurs nocturnes.

Hémogramme : Les monocytes sont > 1000/mm<sup>3</sup>, persiste depuis au moins 3 mois.

Leur taux peut atteindre 80000/mm<sup>3</sup> dans les formes les plus prolifératives.

- Deux formes différentes :

Soit tendance leucopénie, +/- 50% des cas, patients âgés, se rapprochent du syndrome myélodysplasique. Neutropénie, monocytose, anémie, thrombopénie.

Soit tendance hyperleucocytose, +/- 50% des cas, souvent patients plus jeunes, proche du syndrome myéloprolifératif.

Neutrophilie, monocytose, anémie, thrombopénie.

- Blastose fréquente, parfois < 1%, toujours < 20%. Si blastose > 20%, envisager LA.

- Myélémie possible dans formes hyperleucocytaires, souvent < 10%.

Myélogramme : Aspect proche du syndrome myélodysplasique, la cytochimie (estérases) permet de différencier monocytes et granulocytes.

## LMNC juvénile

Rare, atteint le plus souvent les garçons de 2 à 7 ans. Hyperleucocytose.

## Leucémie myéloïde chronique atypique

Rare, patients âgés, cytogénétique proche LMC.

**Rédaction : Dr Edmond Renard**