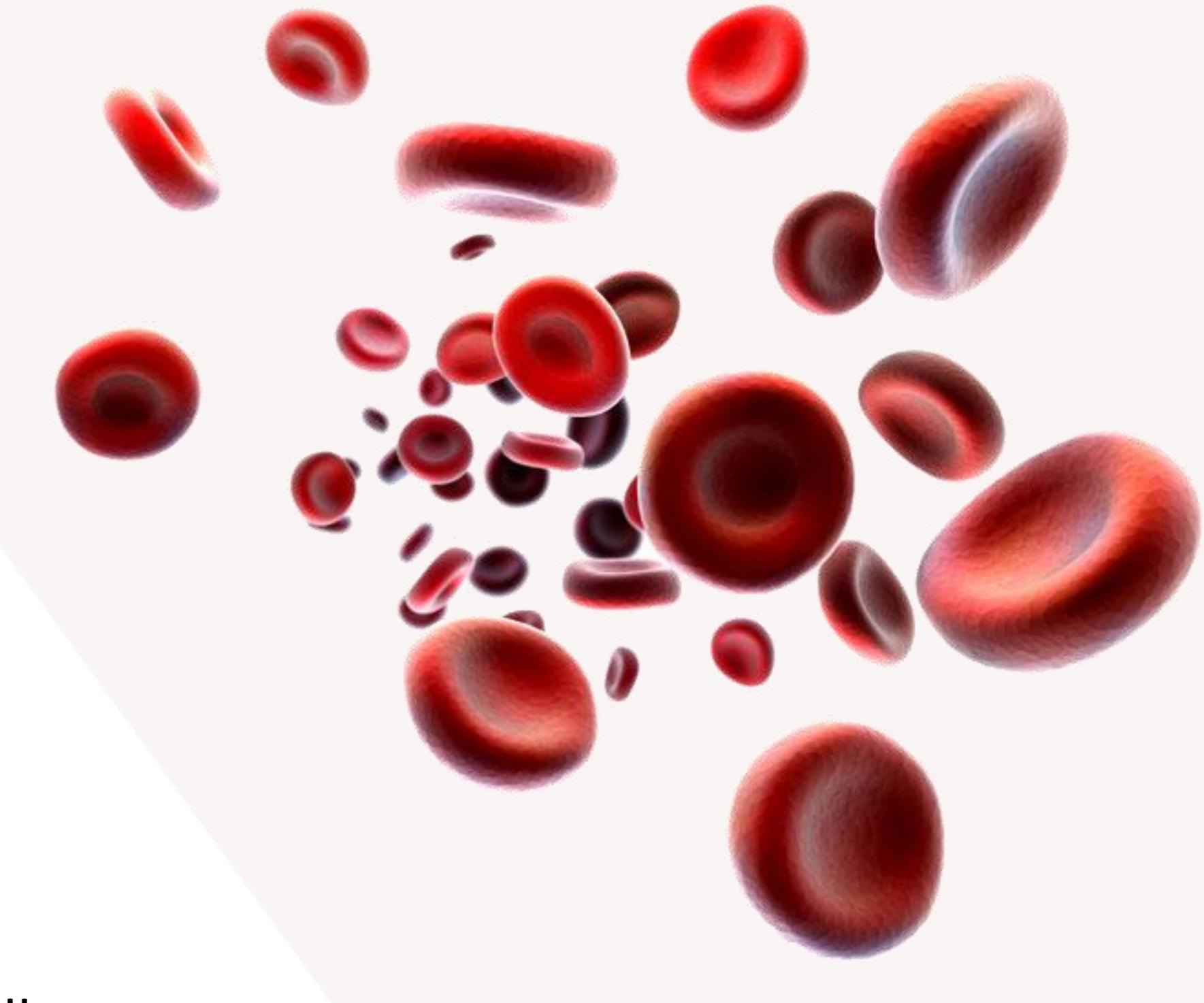


COMPLICATIONS MALIGNES SECONDAIRES AU TRAITEMENT DE LA MALADIE DE HODGKIN

K. Tayebi, N. Siali, A. Hadjeb, M. Chereti, N. Zemri, A. El Mestari, A. Ramdoum, A. Benaissa, M. Benlazar
Service d'hématologie, CHU de Sidi Bel Abbes, Algérie



INTRODUCTION

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne dont la survie a été nettement améliorée. Son traitement classique associe chimio-radiothérapie. Ce traitement peut être responsable de complications malignes à long terme : tumeurs solides et hémopathies malignes.

Les agents alkylants sont associés à un risque accru de leucémie aigüe et de myélodysplasie. La radiothérapie est associée à un risque accru de tumeurs solides [1].

Le but de l'étude est de rapporter les cas de patients traités pour un LH ayant présenté des complications malignes, et d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, et évolutives de ces patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

C'est une étude observationnelle monocentrique rétrospective s'étalant sur 20 ans (Janvier 2005-Décembre 2024). Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation et fiches de consultation.

RÉSULTATS

20 patients ont été colligés : 13 (65%) tumeurs solides et 07 (35 %) hémopathies malignes.

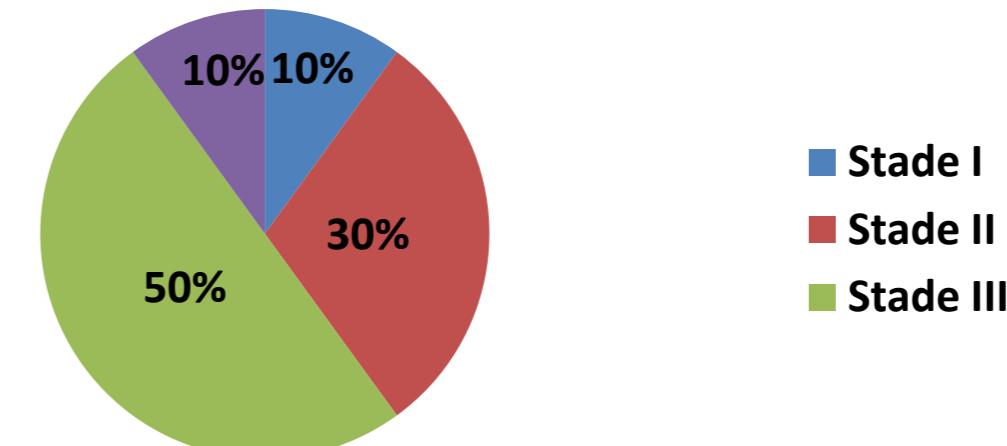
Il s'agit de 11 femmes, 09 hommes, le sex-ratio H/F : 0,82.

L'âge moyen au moment du diagnostic du LH est de 40 ans [16 - 70].

Le type histologique est principalement un type 02 chez 11 (55%) patients et le type 03 dans 04 (20%) cas.

Le stade évolutif est étendu (III, IV) chez 12 (60%) patients.

Stade évolutif de LH



Le traitement est une association chimio-radiothérapie chez 15 (75%) patients, et une chimiothérapie seule chez 05 (25%) patients.

Le protocole de chimiothérapie utilisé est ABVD chez tous les patients. La radiothérapie a été délivrée en champs élargis à 40 grays et en champs adaptés à 30 grays.

Le délai moyen d'apparition des complications malignes est de 30 mois [03- 252] après la fin du traitement du LH.

Les complications malignes étaient comme suit:

Complications malignes	Nombre de cas
Cancers: Sein	04
Poumon	03
Sphère ORL	03
Cerveau	01
Estomac	01
Rein	01
Hémopathies : LNH	02
MM	02
LAM	01
MDS	01
LMC	01

Le traitement des tumeurs solides a été une association chirurgie- chimiothérapie chez 08 (62%) patients, chimiothérapie seule chez 05 (38%) patients.

Les hémopathies ont été traitées par chimiothérapie, la LMC par ITK, facteurs de croissance pour la MDS.

La durée médiane de survie de la cohorte est de 27 mois [02 - 162]. 17 (85%) patients décédés et 03 (15%) patients vivants à ce jour, avec un recul de 124, 131 et 162 mois.

Discussion

La survenue de néoplasies secondaires après traitement des LH est une notion reconnue depuis 1970 [1].

Les études rapportent aussi un risque accru de leucémies, secondaires à l'usage d'agents alkylants [2,3].

Une étude du LH de stade localisé traité par combinaison chimio- radiothérapie sur une période de 10 ans [1993 – 2003] retrouve une incidence cumulative de cancers secondaires à dix et vingt ans de 5 % et 27 % [2].

L'incidence des leucémies est en plateau après 10 ans de traitement du LH [2].

Les localisations des néoplasies secondaires concernent tous les organes : sein, poumon, tube digestif, prostate, ovaires, utérus, thyroïde, os, cerveau...

Dans une étude de Dores et al, les cancers bronchiques représentaient 22 % des tumeurs solides diagnostiquées après un traitement de LH, avec un risque relatif de 2,9 et un risque absolu de 9,7 [5]. Dans une autre étude, les cancers du sein représentaient 6,3 à 9 % des tumeurs secondaires [6].

Le cancer du poumon et du sein ont représenté 23% et 30% de l'ensemble de notre cohorte.

Une étude portant sur la survie des patients présentant un LH a objectivé à 7,8 ans, un décès chez 16,5% des patients suivis et dans 18 % des cas d'un second cancer avec un excès de risque absolu de 27,9 [7].

Ces différentes constatations ont conduit à de nouvelles approches dans le traitement du LH : stratégies thérapeutiques guidées par la réponse précoce au TEP/TDM, introduction de l'immunothérapie (inhibiteurs de PD-1, anticorps conjugué anti CD30), et allègement de la radiothérapie (dose, siège et exclusion) pour améliorer et réduire le risques de complications tardives malignes.

Conclusion

Les complications malignes du LH doivent être connues pour définir les stratégies thérapeutiques les mieux adaptées, et justifient une surveillance prolongée pour les diagnostiquer précocement et améliorer leur prise en charge

Référence

1. C. Fermé, Complications à long terme du traitement de la maladie de Hodgkin, Hématologie, volume 6, N° 02, Mars-Avril 2000.
2. L. Boulaâmane, EM. Tazi, H. M'rabi, H. Errhani, Maladie de Hodgkin et cancer colique secondaire: à propos d'un cas, Pan Afr Med J. 2011 Jul 6:9:25. doi: [10.4314/pamj.v9i1.71200](https://doi.org/10.4314/pamj.v9i1.71200)
3. L. Kochbati, H. Boussen, F. Benna, K. Rahal, M. Maalej. Tumeurs secondaires après traitement pour maladie de Hodgkin en Tunisie. : Étude rétrospective à propos de 26 cas observés à l'institut Salah-Azaïz, Cancer/Radiothérapie, Volume 7, numéro 5, octobre 2003, pages 302-30, doi.org/10.1016/S1278-3218(03)00081-7
4. H. Ghesquière, Suivi au long cours des patients traités pour un lymphome de Hodgkin, Toxicité des traitements et impact sur la qualité de vie, La Revue du Praticien, Publié le 22 Juin 2023, 73(6):637-40
5. C. Bachmeyer et al, Cas clinique : Complications malignes très tardives d'un lymphome de Hodgkin. La Revue de médecine interne 32 (2011) e23–e25.
6. J. Ben Hassouna, M. Slimène, H. Boussen, M. Hechiche, K. Rahal, Cancer du sein secondaire après traitement pour maladie de Hodgkin. À propos de sept cas. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 35, numéro 6, Juin 2007 : pages 536-540.
7. O. Favier, N. Heutte, A. Stamatoullas-Bastard, P. Carde, BMP. Aleman, et al. Survival after Hodgkin. Causes of death and excess mortality in patients treated in 8 consecutive trials. Cancer 2009;115:1680–91.