

Introduction :

Les scores pronostiques, notamment l’EORTC et le SPI, constituent des outils validés pour évaluer le risque évolutif chez les patients atteints de lymphome de Hodgkin. Ils reposent sur l’intégration de paramètres cliniques et biologiques afin d’estimer la survie globale et la survie sans progression. L’analyse de l’impact réel de ces facteurs pronostiques sur la survie des patients demeure essentielle pour affiner la stratification du risque et guider les décisions thérapeutiques.

**OBJECTIFS** : À travers ce travail, nous cherchons à analyser l’impact des facteurs pronostiques, définis par les différents scores existants, sur la survie des patients atteints de lymphome de Hodgkin.

**PATIENTS ET MÉTHODES** : Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une étude observationnelle retrospective de cohorte incluant les patients atteints de LH, initialement diagnostiqués et pris en charge au niveau des services CHU/CAC Tlemcen s’étalant sur période de 15 ans allant de janvier 2008 à décembre 2023. descriptive à partir des dossiers médicaux. Les données étaient saisies par le logiciel Excel version 2010 et l’analyse statistique faite par le Logiciel IBM SPSS statistics V20 et le logiciel MedCalc version 15. L’analyse descriptive des données concernait tout patient présentant un LH ayant bénéficié d’un ensemble d’explorations clinico-biologiques, radiologique et histologique. La détermination des stades par la classification d’ANN ARBOR. la détermination du pronostic selon les critères EORTC pour les stades localisés et critères de Hasenclever ou SPI pour les stades étendus. Le traitement instauré en 1ere ligne est de l’ABVD associé à la radiothérapie pour les stades localisés. ABVD, AVD et BEACOPP pour les stades étendus. Pour l’analyse de la survie estimée par la méthode de Kaplan-Meir avec un temps de suivi de la cohorte (un recul minimum à partir de l’inclusion du dernier patient et la DDP de 18mois, et un recul maximum à partir de l’inclusion du premier patient et la DDP de dix-sept ans).

RESULTATS:

Nous avons colligés 342 patients atteints de LH avec un âge moyen au diagnostic de 33.4 ans [15- 91] ans, une médiane d’âge de 30 ans. 53% des patients sont de sex masculin avec un sex ratio 1,1.

Caractéristiques clinico-biologiques ; pronostiques et thérapeutiques	
Délai diagnostic	9,4 mois des extrêmes de [ 1 - 36 ] mois
Type histologique	scléronodulaire est prédominant (78%) des patients
Signes généraux	64% des patients
Syndrome tumoral ganglionnaire	92% des patients dominé par la localisation cervicale chez 72,5% de cas
Masse médiastinale	211 patients (62 %)
Type bulky	31% d’entre eux
Hémoglobine	taux moyen d'hémoglobine 11 g/dl [ 4 – 17 ] g/dl 23% d’anémie
Albuminémie g/l	Albuminémie moyenne à 38g/l [15 -67]
Vitesse de sedimentation VS (mm/1h)	38% [50-99] 20,6% ≥ 100
Stade Ann Arbor	185 patients (54%) → stade étendu Dominé par l’atteinte pulmonaire et hépatique
Score EORTC	64% des stades localisés → défavorables
Score SPI	68% des stades étendus → de haut risque
Type de traitement	76% des patients traitaient par le protocole ABVD

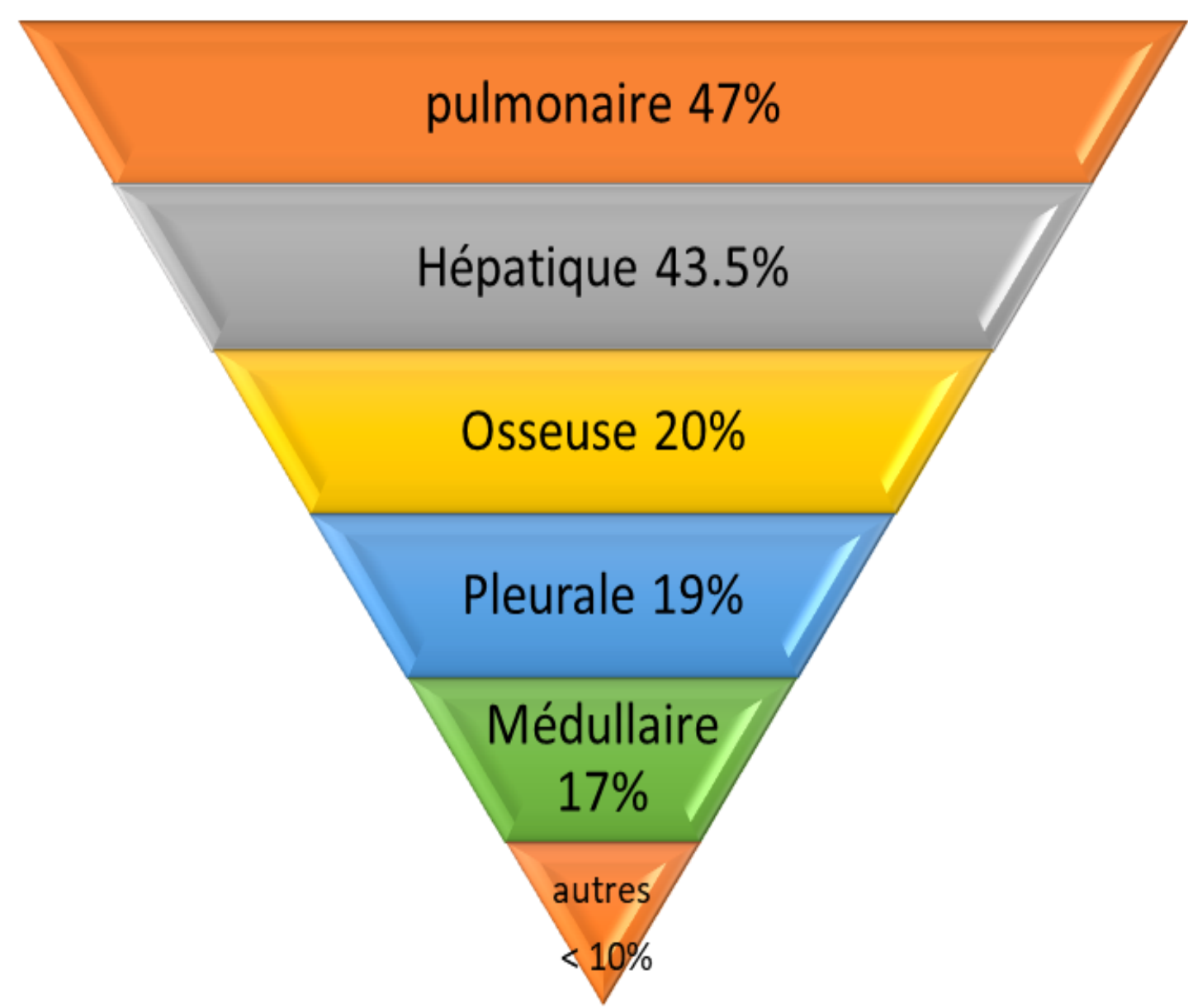
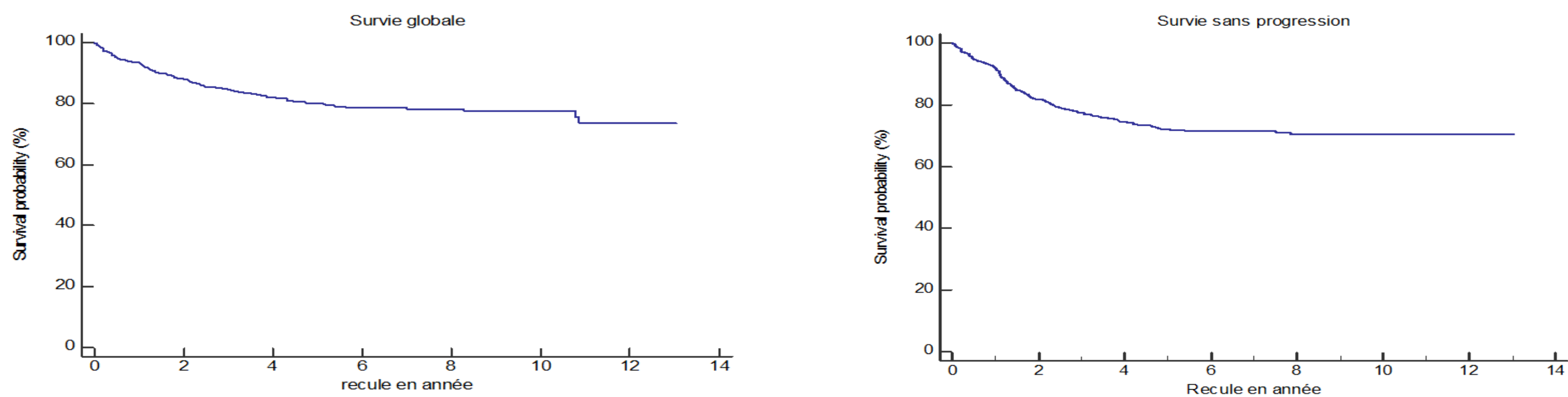


Figure : Répartition des patients selon le siège de l’atteinte organique dans les stades étendus.

Analyse de la survie:

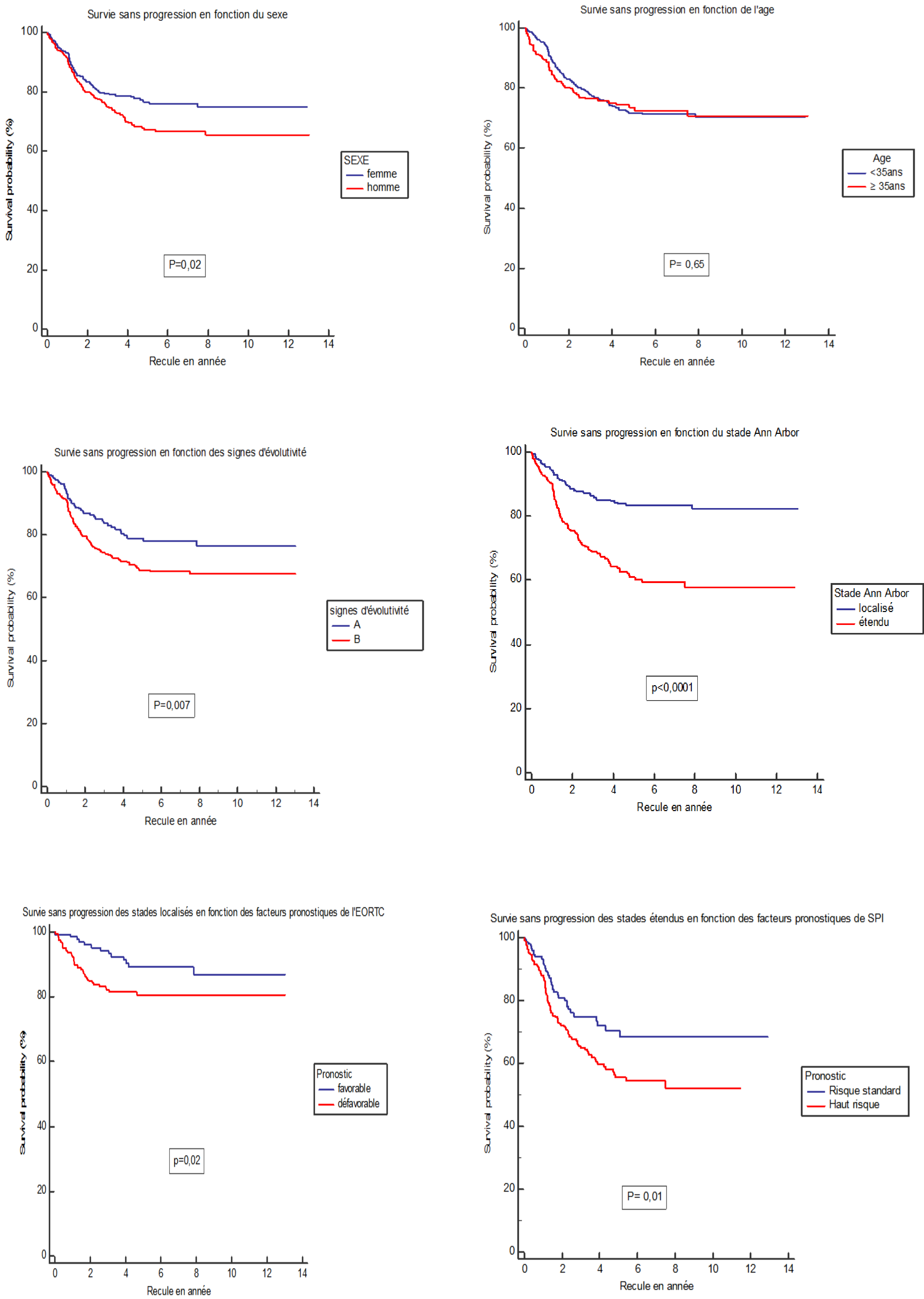
L’analyse de la survie a révélé que la survie globale et la survie sans progression à 5 ans sont de l’ordre de **82%** et **73,1%** respectivement.



Plusieurs paramètres se sont révélés avoir un impact significatif sur le pronostic. Les probabilités de survie globale (SG) et de survie sans progression (SSP) à 5 ans, en fonction des différents facteurs pronostiques, sont présentées dans le tableau (1)

Tableau 1. Taux de survie à 5 ans selon les facteurs pronostiques

Paramètres	SG (%)	SSP (%)	p-value	HR (IC95%)
Sexe féminin vs masculin	84,8 vs 76,2	76,7 vs 67,4	0,007 / 0,02	1,59 / 1,38
Age< 35 ans vs ≥ 35 ans	80,9 vs 78,9	75 vs 73,4	0,18/ 0,6	1,26 / 1,07
Signes B absents vs présents	88 vs 76,3	79,1vs 68,8	<0,001 0,007	1,99 / 1,57
< 4 vs ≥ 4 aires ganglionnaires	85,5 vs 69,1	76,7 vs 62,9	<0,001	2,27 / 1,79
VS < 50 vs ≥ 50 mm/H	87,3 vs 75,4	80,2 vs 67,1	0,001	1,82 / 1,74
Albumine normale vs hypoalbuminémie	86,9 vs 70,6	78,4 vs 63,8	<0,001	2,37 / 1,97
Stades I-II vs III-IV	90,2 vs 70,2	83,5 vs 60,8	<0,001	3,33 / 2,63
EORTC favorable vs défavo- rable	94,4 vs 88,2	89,2 vs 80,6	0,08 / 0,02	2,0
SPI standard vs haut risque	76,1 vs 66,5	70,4 vs 55,4	0,02 / 0,01	1,62 / 1,58



**Discussion** :Nos résultats confirment la valeur pronostique de plusieurs paramètres cliniques et biologiques dans le lymphome de Hodgkin, notamment le sexe masculin, la présence de signes B, le nombre élevé d’aires ganglionnaires atteintes, la vitesse de sédimentation accélérée et l’hypoalbuminémie, tous associés à une survie significativement réduite. La classification d’Ann Arbor reste un facteur discriminant majeur, avec une nette différence entre les stades localisés et étendus. Les scores pronostiques EORTC et SPI conservent leur pertinence pour affiner la stratification du risque, particulièrement en survie sans progression. Toutefois bien que l'âge fasse partie des variables intégrés dans les scores pronostiques notre analyse n’a pas montré d’impact significatif de ce facteur sur la survie cette absence d’association peut s’expliquer par la structure démographique de la cohorte majoritairement jeunes ce qui réduit la puissance discriminante de l’âge. ces résultats soulignent l’importance d’une évaluation pronostique individualisée.

**Conclusion:** Notre étude met en évidence l’impact majeur des facteurs pronostiques cliniques et biologiques sur la survie des patients atteints de lymphome de Hodgkin. Le sexe masculin, les signes B, l’atteinte ganglionnaire ≥ 4, la VS élevée et l’hypoalbuminémie sont associés à une survie significativement réduite. La classification d’Ann Arbor et les scores EORTC/SPI conservent toute leur pertinence pour affiner la stratification du risque et orienter la prise en charge thérapeutique.