

Intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques après traitement par immunothérapie dans le lymphome de Hodgkin récidivant ou réfractaire

H.Bouarab, S.Akhrouf, A.Fahem, M.Bitam, A.Madani, F.Mehdid, M.Baaizi, N.Rahmoune, D.Ait Ouali, B.Dekhili, F.Harieche, RM.Hamladji, R.Ahmed Nacer, M.Benakli.
Service d'Hématologie- Greffe de moelle osseuse ; Centre Pierre et Marie Curie, Alger.

Introduction

- Le lymphome de Hodgkin (LH) réfractaire ou en rechute (R/R) après traitement de première ligne reste un défi thérapeutique.
- L'émergence de l'immunothérapie par anticorps anti-PD-1 (Pembrolizumab et Nivolumab) et anti-CD30 (Brentuximab-Vedotin) a profondément transformé la stratégie thérapeutique, permettant une meilleure cytoréduction pré-greffe ouvrant la voie à une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (ACSH) chez des patients (pts) pour laquelle la procédure était inaccessible.

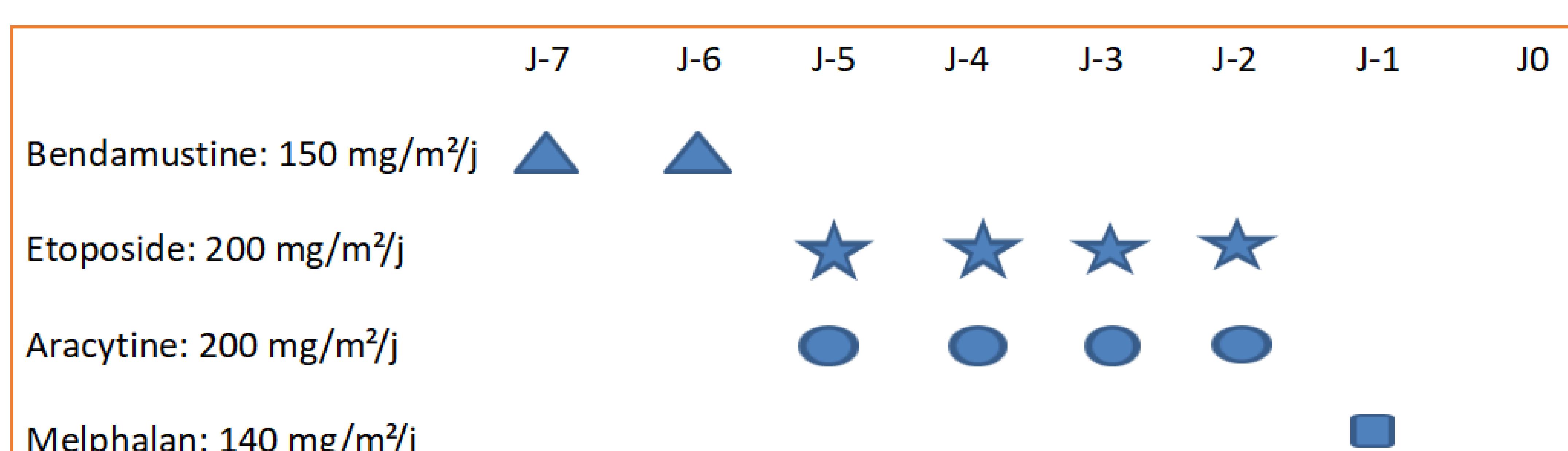
Matériel et méthodes:

| Patients | n=21 |
|--|------------|
| Age moyen | 34 (17-51) |
| Sex ratio (H/F) | 0,4 |
| Lignes thérapeutiques avant Immunothérapie | 2 (2-5) |
| <u>Statut avant Immunothérapie:</u> | |
| En rechute | 5 (23,8%) |
| Réfractaires | 16 (76,2%) |
| <u>Type d'immunothérapie:</u> | |
| Pembrolizumab-GVD | 16 (76,2%) |
| BV-Bendamustine | 3 (14,3%) |
| Pembrolizumab-BV | 2 (9,5%) |
| Le statut de la maladie au moment de la greffe : | |
| Rémission complète métabolique (RCM) | 10 (47,6%) |
| Rémission partielle (RP) | 11 (52,3%) |

- Mobilisation des cellules souches périphériques (CSP): **G-CSF seul** à la dose de 15 μ g/kg/j.
- Le prélèvement des CSP se fait par cytaphérèse au 5ème jour de la mobilisation.
- Taux moyen de CD34+: $2,83 \times 10^6/\text{kg}$ [1,02 – 10,72].
- Conservation des CSP dans de l'Azote liquide à – 196° en présence d'un cryoprotecteur (DMSO)

Caractéristiques des patients

Modalités de mobilisation et congélation



Le régime d'intensification: BeEM

Résultats

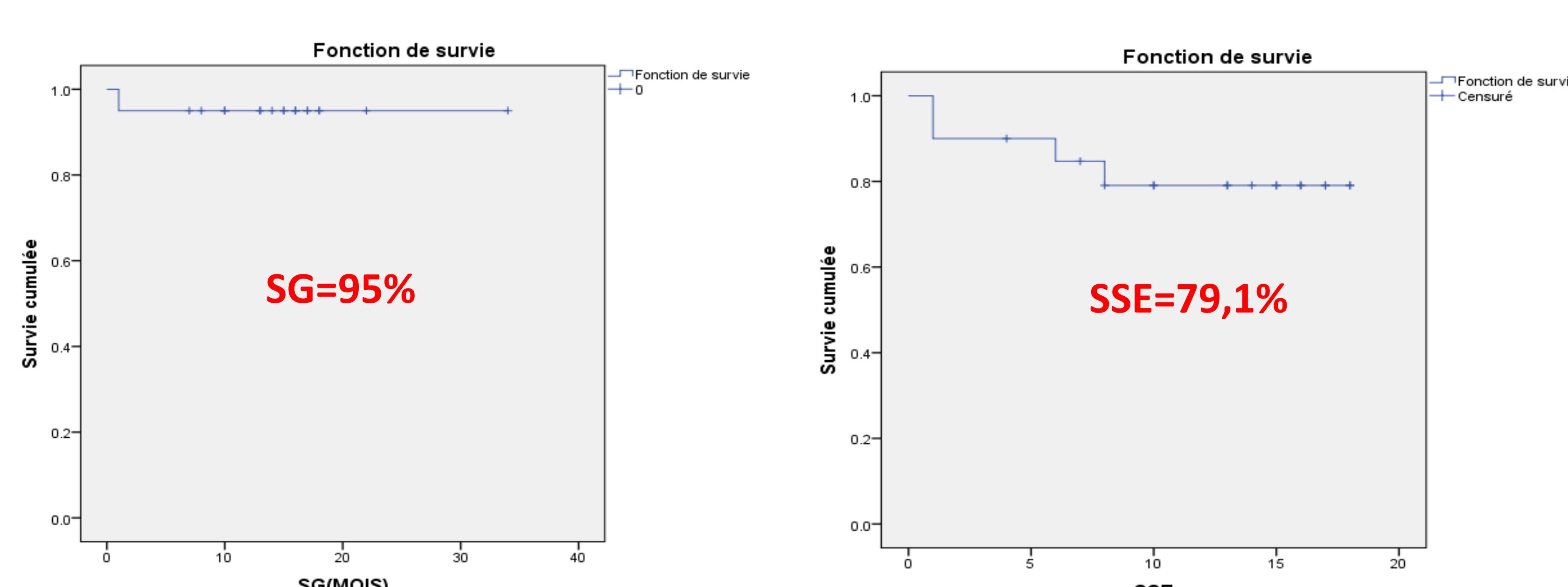
| | Nombre | Moyenne | Extremes |
|---|-----------|---------|----------|
| Durée d'hospitalisation (jours) | 21 (100%) | 23 | 19 - 30 |
| Durée d'aplasie (jours) | 21 (100%) | 7 | 6 - 15 |
| Support transfusionnel: | | | |
| Culot globulaire (CG) | 18 | 1,6 | 0 - 2 |
| Concentré plaquettaire (CUP) | (85,7%) | 2,2 | 1 - 4 |
| 21 (100%) | | | |
| Prise du greffon: | | | |
| Date PNN > 0,5 x 10 ⁹ /l (jours) | 21 (100%) | 12 | 10 - 21 |
| Date Plq > 20 x 10 ⁹ /l (jours) | 21 (100%) | 12 | 8 - 21 |

| | Nombre | Pourcentage |
|----------|---------------------|-------------|
| Vivants: | 20 | 95,2% |
| RC | 14 (dont 11 en RCM) | 66,6% |
| RP | 6 | 28,5% |
| Décès: | 1 | 4,76% |

Aplasie et besoins transfusionnels

Evaluation à J100

| | Nombre de patients | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------|
| Rechute: | 4 | 20% |
| Délai médian: 7 mois (1-19) | | |
| Vivants: | 20 | 95,2% |
| Suivi médian de 15 mois (7-43) | | |
| RC | 14 dont 13 en RCM | |
| RP | 5 | |
| En cours d'évaluation | 1 | |
| Décès: | 1 (Aspergillose pulmonaire) | 4,76% |



Devenir des patients

Courbes de survie globale (SG) survie sans évènement (SSE)

Conclusion

- L'intégration de l'immunothérapie avant ASCT améliore significativement la réponse pré-greffe et les résultats post-ASCT dans le LH réfractaire ou en rechute.
- Cette approche représente désormais une stratégie privilégiée et ouvre la voie à des schémas thérapeutiques personnalisés, incluant éventuellement des consolidations post-ASCT.