

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.Baazizi, 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.

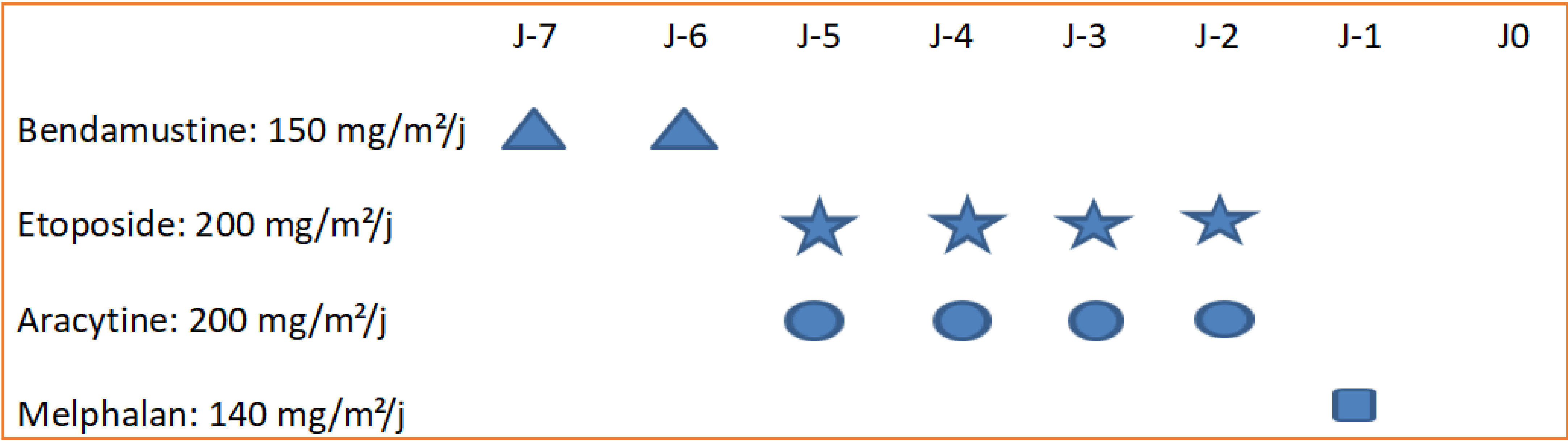
Matériel et méthodes:

Patients	n=21
Age moyen	34 (17-51)
Sex ratio (H/F)	0,4
Lignes thérapeutiques avant Immunothérapie	2 (2-5)
Statut avant Immunothérapie:	
En rechute	5 (23,8%)
Réfractaires	16 (76,2%)
Type d’immunothérapie:	
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 15µg/kg/j.
- Le prélèvement des CSP se fait par cytaphérèse au 5ème jour de la mobilisation.
- Taux moyen de CD34+: 2,83 X 10⁶/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: BeEAM

Résultats

	Nombre	Moyenne	Extrêmes
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%) 21 (100%)	2,2	1 - 4
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

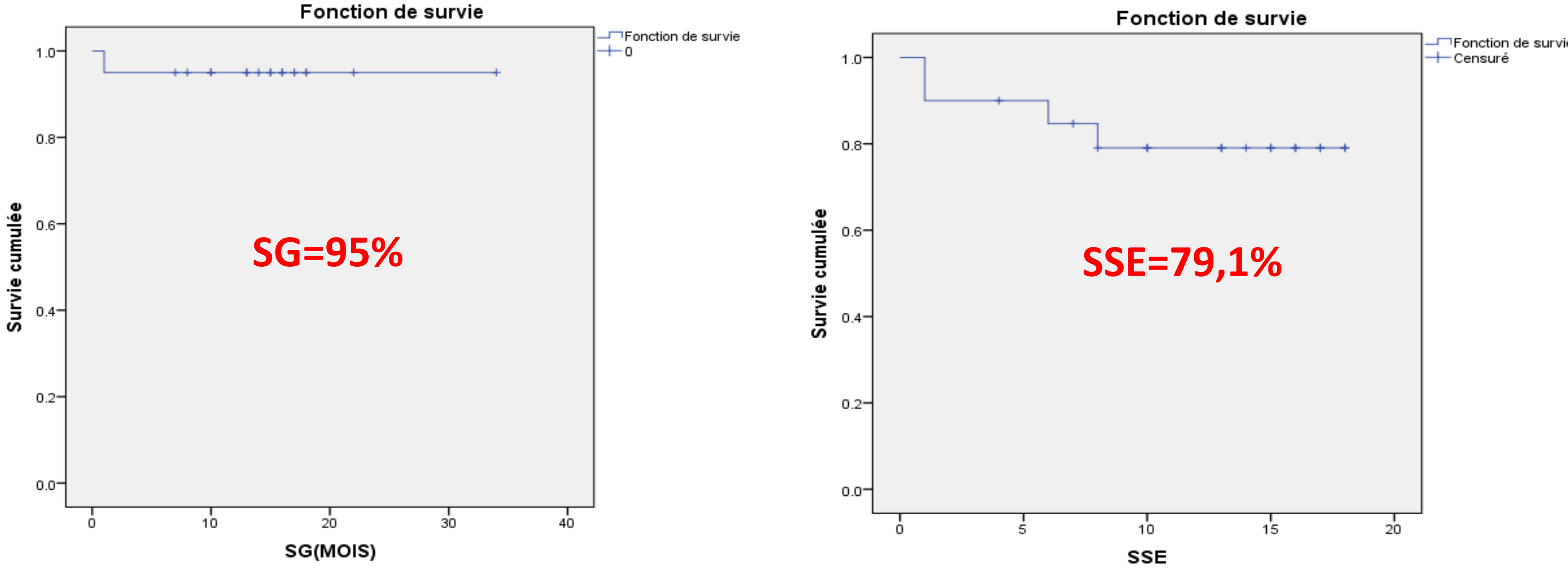
Aplasie et besoins transfusionnels

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

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.