



## P-038/P-079 : VALEUR PRONOSTIQUE DES ATTEINTES EXTRA-

### GANGLIONNAIRE DANS LE LYMPHOME DE HODGKIN

#### À PROPOS D'UNE COHORTE MULTICENTRIQUE

**MR Abbadi<sup>1</sup>**, M Sid Ahmed<sup>1</sup>, S Bouhadi<sup>1</sup>, R Arada<sup>1</sup>, M Bentamoune<sup>1</sup>, S Aounallah<sup>1</sup>, A Boudib<sup>1</sup>, H Ostmane<sup>2</sup>, M Djilali<sup>2</sup>, A Nehab<sup>2</sup>, Kirli<sup>2</sup>, Laib<sup>2</sup>, Bedrine<sup>2</sup>, Hamdoud<sup>2</sup>, Ferkhi<sup>2</sup>, F Talbi<sup>2</sup>, A Bachiri<sup>2</sup>, SE Belakehal<sup>2</sup>.

(1) Services Hématologie ; Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine; (2) Service Hématologie ; Hôpital Central de l'Armée



**INTRODUCTION (1) :** L'atteinte extra ganglionnaire dans le lymphome de Hodgkin (LH) représente 15 à 30 % de tous les cas, les lésions extra ganglionnaires (LHEG) peuvent se développer et s'étendre à pratiquement n'importe quel système organique, simulant d'autres maladies néoplasiques ou infectieuses (1). La guérison dans LH est obtenue chez 80% des patients à condition d'un diagnostic précoce, d'un staging précis et d'un traitement adapté au stade de la maladie (2). Ainsi, un bilan d'extension approfondi est impératif afin de déterminer si cette atteinte est liée ou non au LH car le pronostic est beaucoup moins favorable dans les formes systémiques (1).

**BUTS (2) :** Étudier les survies des patients atteints de LH en fonction de la présence ou non et du nombre de lésions extra-ganglionnaires.

#### RÉSULTATS ET COMMENTAIRES (4) :

N=78 patients avec lésion(s) extra-ganglionnaire(s), soit 47% de l'ensemble des patients atteints de LH ont été répertoriés durant la période d'étude. L'âge moyen est de 36 ans  $\pm$  15,6 (16-79). Le signe révélateur le plus fréquent est l'apparition d'une adénopathie cervicale chez 30 patients (38,5%), une toux chez 12 patients (15,4%), des signes généraux chez 8 patients (10,3%). Le délai diagnostic moyen est de 5,6 mois  $\pm$  5 (1-18). Le scléronodulaire était prédominant, identifié chez 64 patients (82,1%) suivi du type 3 (cellularité mixte) chez 12 patients (15,4%). La double positivité CD15/CD30 était constatée dans 66 cas (84,6%), CD15-/CD30+ dans 7 cas (9%) et le CD20 positif dans 3 cas. Les signes généraux étaient présents chez 53 patients (68%). Pour la classification d'Ann Arbor : 8 patients (10%) étaient classés stades localisés (I et II) et 70 patients stades diffus (IV). La présence de Bulky (masse >7cm ou IMT >0,35) était notée chez 41 patients (53%), la taille moyenne des Bulky était de 107 mm  $\pm$  26 (70-170). Pour l'atteinte extra nodale : par contiguïté (E) chez 16 patients dont 8 patients classés stades localisés (IE ou IIE), l'atteinte à distance (stade IV) chez 70 patients. Une seule lésion extra-ganglionnaire a été constatée chez 41 patients (52,6%) et multiviscérale chez 37 patients (2 lésions dans 30 cas ; 3 lésions 6 patients et >3 lésions chez 1 patient). Le type d'atteinte extranodale est, par ordre décroissant, le suivant : osseuse dans 40 cas (51%), pleuro-pulmonaire dans 39 cas (50%); hépatique dans 20 cas (26%); péricardique dans 6 cas (8%); médullaire dans 4 cas (5%); cutanée et du cuir chevelu dans 3 cas et thyroïdienne dans 1 cas. Pour la stratification pronostique : EORTC défavorable et IPS haut risque ont été constatés chez 56 patients (72%). Les protocoles utilisés sont : ABVD chez 35 patients, BEACOPPesc chez 39 patients ; PVAG chez 2 patients. Les réponses sont les suivantes : une réponse globale à 74% avec une RMC chez 54 patients (69,2%), RC chez 3 patients (3,8%), RCu chez 1 patient, MS/échec chez 12 patients (15%), progression chez 4 patients (5%), 2 patients sont en cours d'évaluation. On déplore 1 décès avant traitement et un perdu de vue. La rechute a été notée chez 7 patients (12%) dont 6 précoces. La survie sans progression (SSP) est estimée à 50% à 5 ans (Fig.1) et la survie globale est estimée à 93% à 5 ans (Fig.2). Les analyses statistiques démontrent qu'une stratification des patient en deux groupes (ceux avec 0 ou 1 atteinte extranodale (AEN) versus ceux avec  $\geq$  2 AEN) révèle une différence hautement significative dans la SSP, ( $P=0,002$ ) (Fig.3). **Notre étude démontre que la présence de deux atteintes extranodales ou plus définit un groupe de patients à haut risque, associé à une survie sans progression significativement raccourcie.**

#### MATÉRIEL ET MÉTHODES (3) :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 5 ans (2019 – 2024), incluant deux centres nationaux d'Hématologie (HCA et HMRUC), portant sur 166 dossiers de patients présentant un LH, 78 (47%) avaient une ou plusieurs lésions extra-ganglionnaires. Les patients ont bénéficié d'un interrogatoire, d'exams à visée diagnostique ainsi qu'un bilan d'extension standard notamment TDM-CTAP, le petit scan est pratiqué dans 60% des cas. Sur le plan thérapeutique, les protocoles utilisés sont : BEACOPPesc, ABVD  $\pm$  RT complémentaire, le protocole PVAG a été appliqué chez les sujets âgés. Les données sont recueillies sur un fichier Excel, L'analyse statistique est faite par le logiciel SPSS version 25.

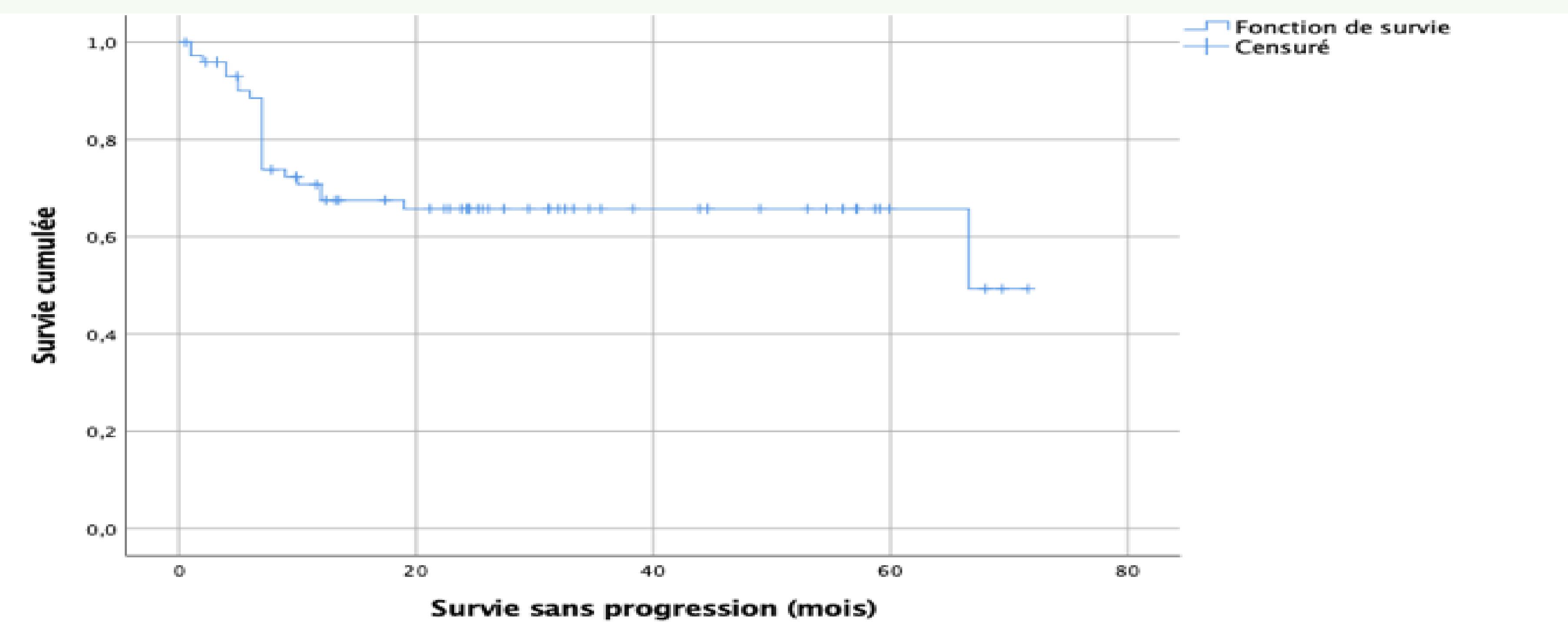


Figure 1: La courbe de survie sans progression (SSP)

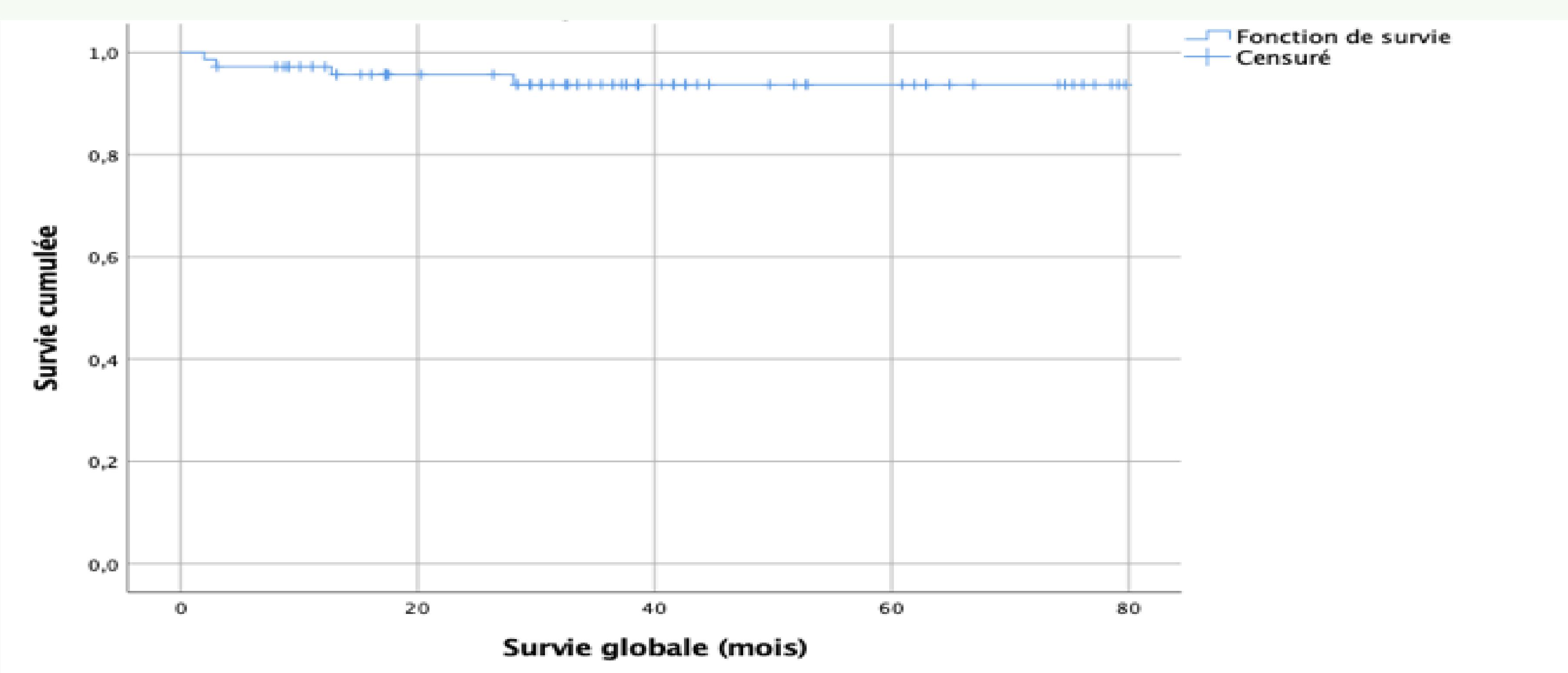


Figure 2: La courbe de la survie globale (SG)

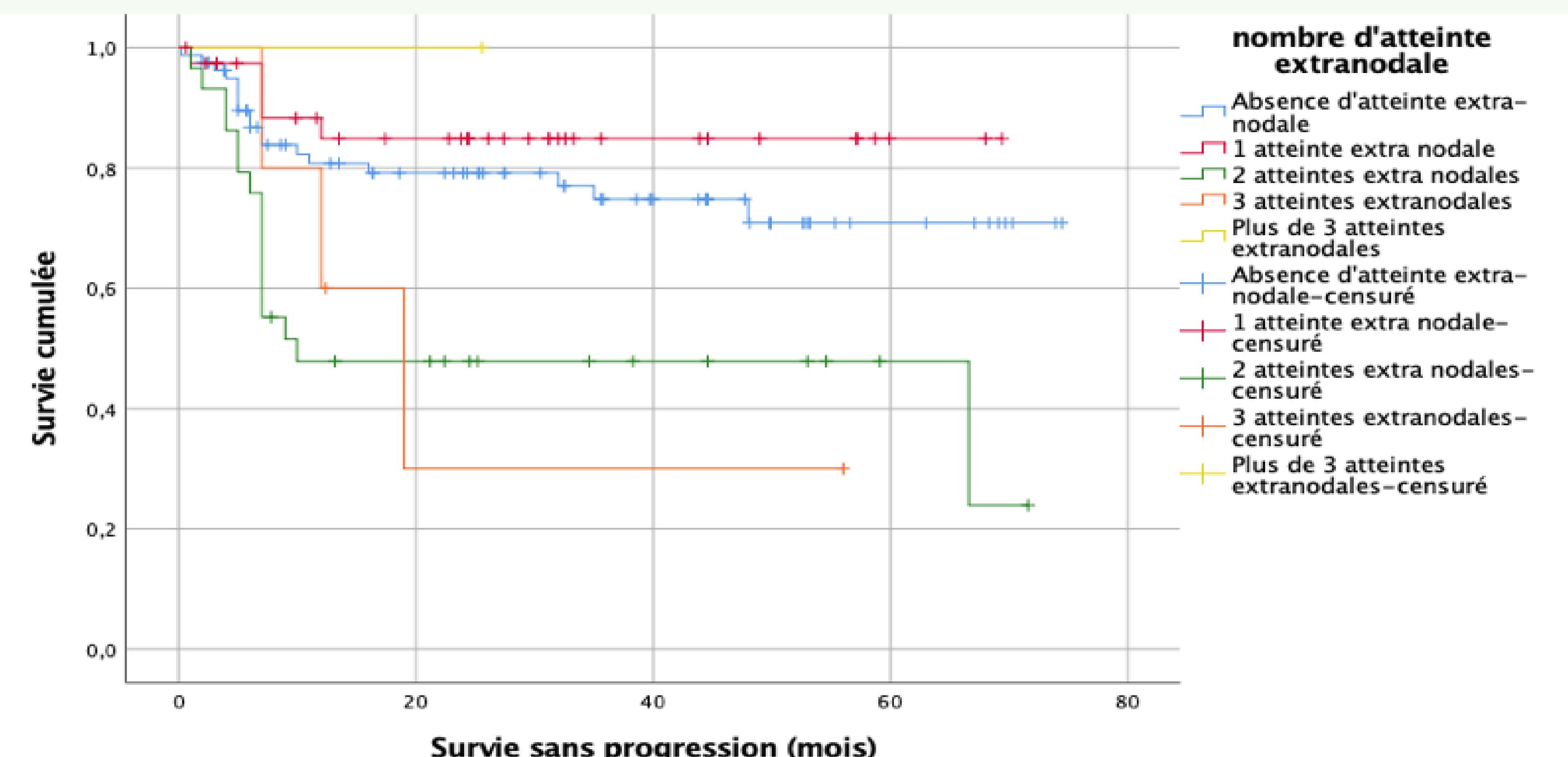


Figure 3: Les courbes des survies sans progression en fonction du nombre des atteintes extranodales

#### Références :

- Guermazi A et al. Extranodal Hodgkin Disease: Spectrum of Disease. RadioGraphics. janv 2001;21(1):161-79.
- B. Deau Fischer. Lymphome de Hodgkin. EMC - Traité Médecine Akos. juill 2021;24(3):1-8.

#### CONCLUSION (5) :

Les options thérapeutiques sont nombreuses et les chances de guérison sont les plus élevées dès le début de la maladie, ce qui impose une rigueur dans la stratification initiale du LH notamment la recherche d'une atteinte extra-ganglionnaire car elle constitue un facteur de mauvais pronostic et la prise en charge nécessite de protocoles plus intensifs pour améliorer la survie sans progression et la guérison.