

Le lymphome de Hodgkin (LH) est rare après 60 ans, représentant 10 à 20 % des cas. Sa présentation chez les sujets âgés est souvent atypique, marquée par un retard diagnostique, un stade avancé d'emblée et des comorbidités fréquentes. Ces éléments impactent les décisions thérapeutiques et le pronostic. Le score gériatrique G8 permet une évaluation simple et rapide de la fragilité, utile pour adapter les stratégies de prise en charge..

**Objectif:** Décrire les particularités cliniques, évolutives et pronostiques de patients âgés atteints de LH, à partir d'une cohorte monocentrique, et souligner l'intérêt de l'évaluation gériatrique.

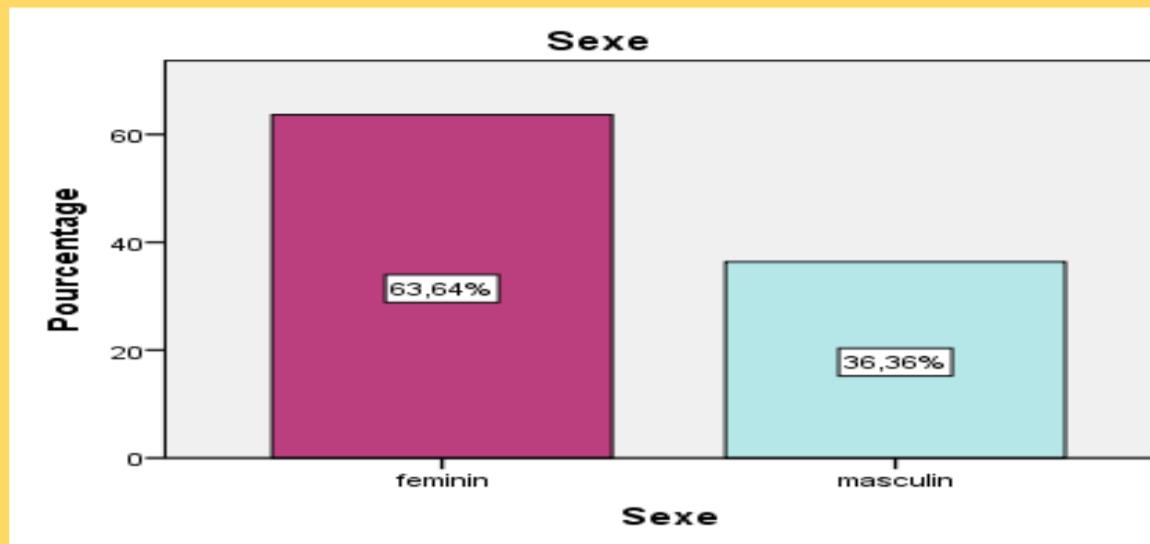
Étude rétrospective monocentrique incluant 16 patients  $\geq 60$  ans (7,5%), diagnostiqués entre 2019 et 2024 à l'HDJ d'hématologie CHU Beni Messous. Les données recueillies comprenaient les antécédents, le délai au diagnostic, le stade clinique, le score GHSG, les traitements, le statut et la réponse. Un (apport alimentaire, perte de poids, autonomie, neuropsychologie, polymédication, état de santé subjectif et âge) a été calculé. Un score  $\leq 14$  définissait la fragilité.

Normal / diminué / très diminué	0-1,5
Non / oui (1-3 kg) / oui (>3 kg) / ne sait pas	0-3
Sort seul / sort avec aide / reste à l'intérieur	0-1,5
Pas de trouble / troubles mineurs / troubles majeurs	0-1,5
>23 / 21-23 / 19-21 / <19	0-3
$\leq 3 / 4-6 / \geq 7$	0-1
Aussi bon que les autres / pire que les autres	0-1
$<80 = 2 / 80-85 = 1 / >85 = 0$	0-2

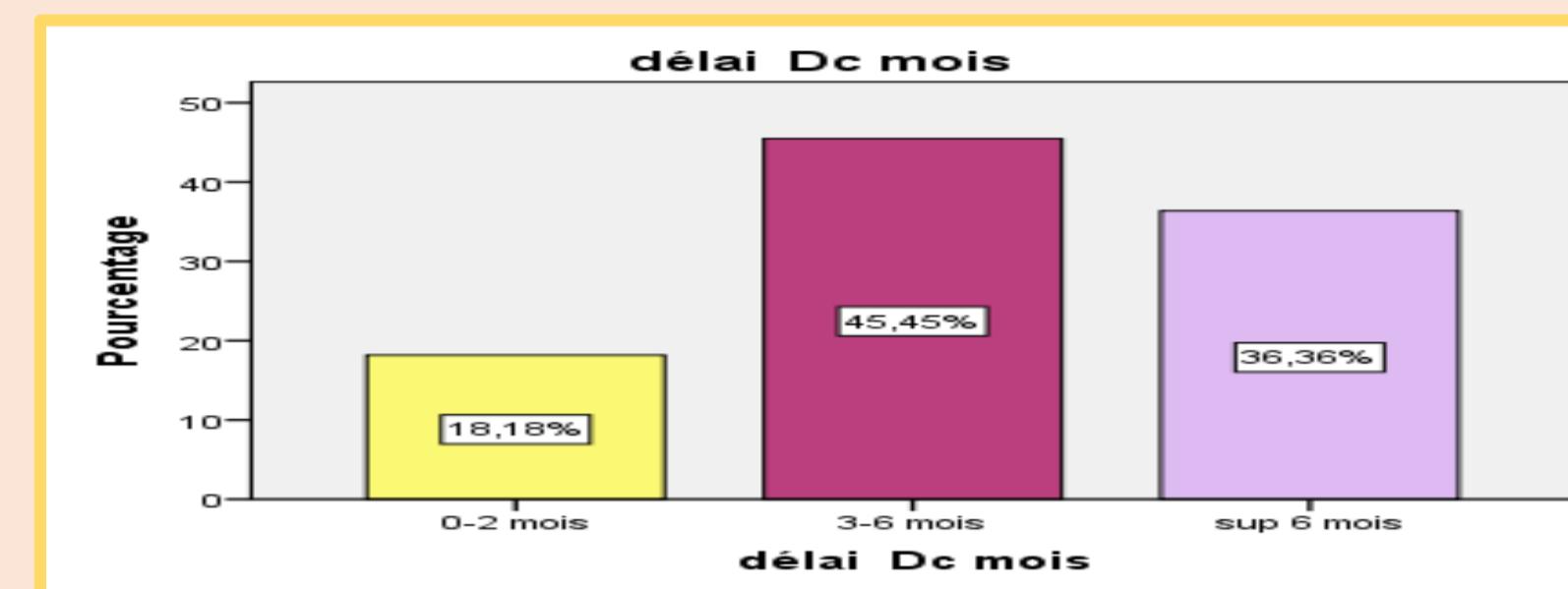
L'âge moyen au diagnostic: 68,1 ans (60-83).

Sexe	Âge moyen (ans)
Sexe	Âge moyen (ans)
Femmes	68,2
Hommes	67,6

Sex-ratio H/F: 0,83  
• : 6 (54,5%) : 5 (45,5%)

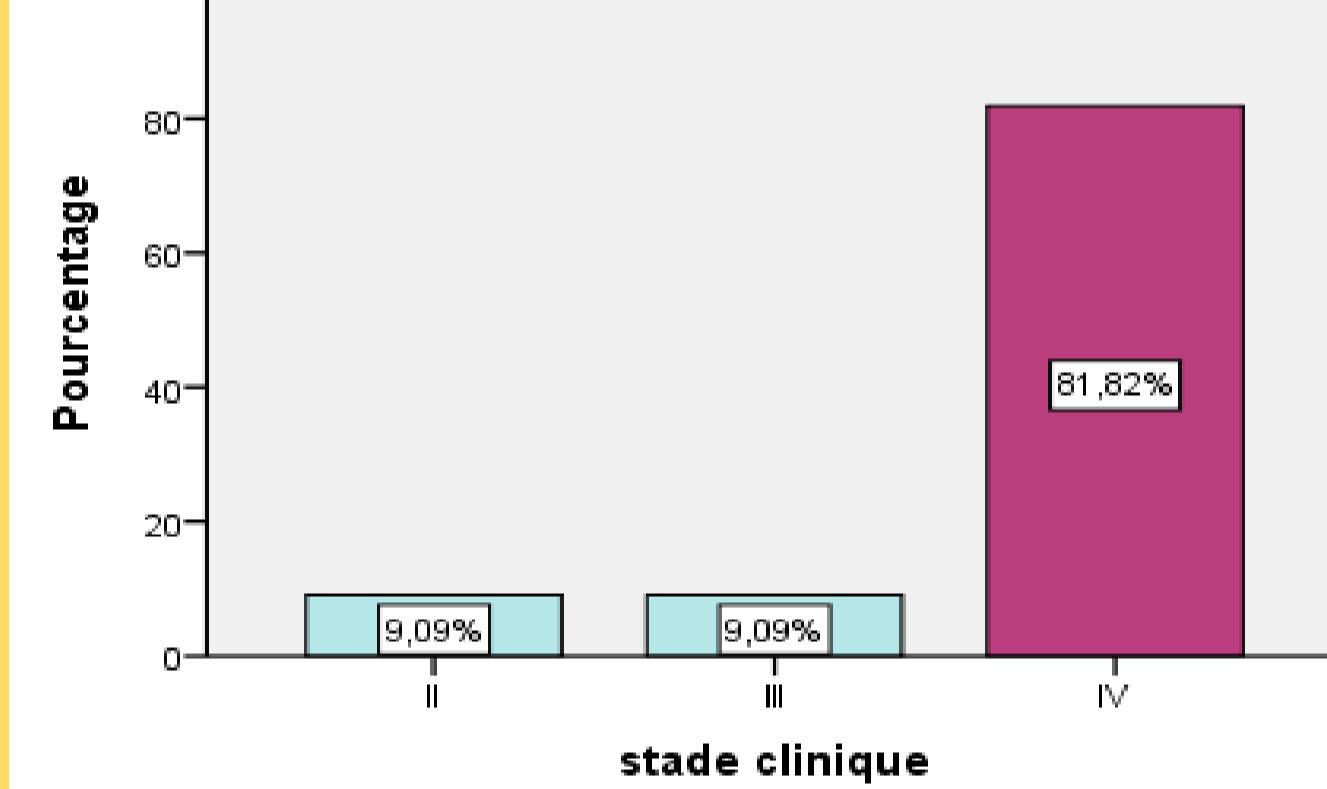
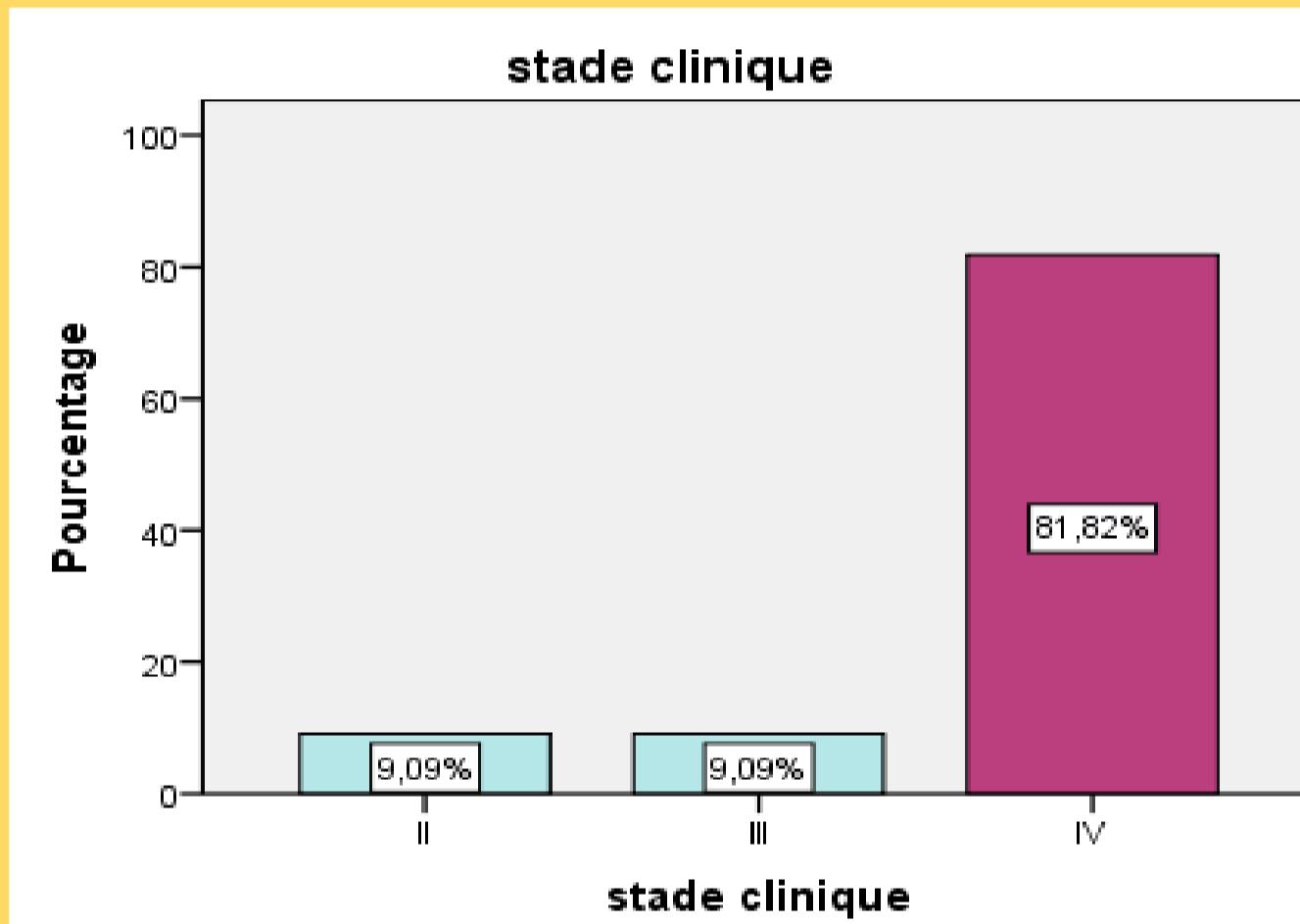


Retard diagnostique > 6 mois dans 37,5 % des cas

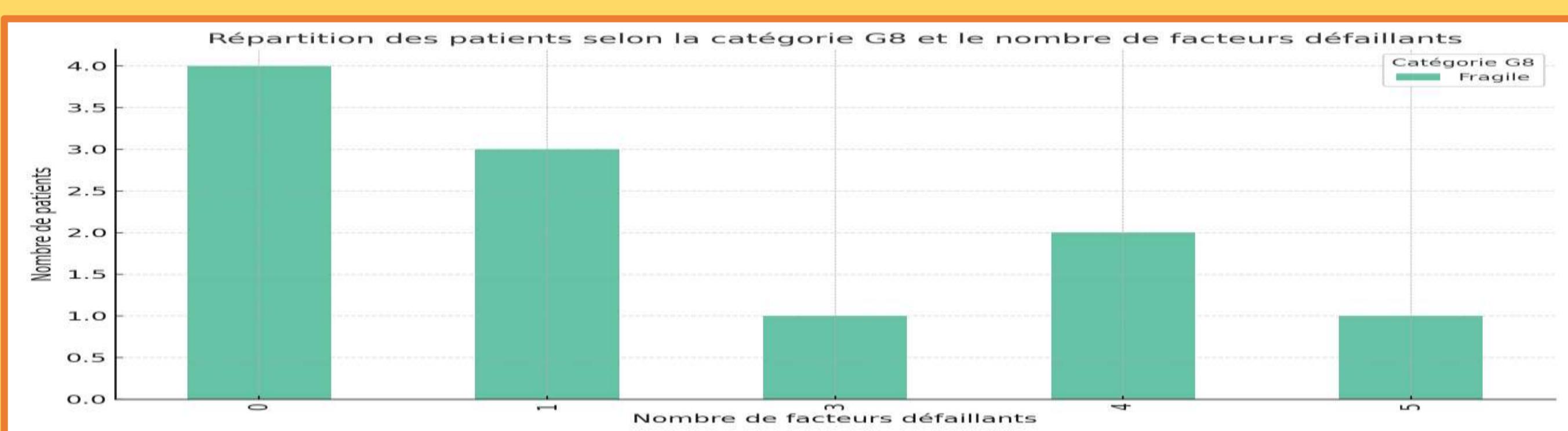


Fit	Patient en bon état général, traitement standard envisageable.
Vulnérable (limite)	Fragilité modérée, nécessite une évaluation gériatrique (CGA).
Fragile	Évaluation gériatrique complète recommandée avant tout traitement.

	Nombre	%
II	1	9,1
III	1	9,1
IV	9	81,8
Total	11	100,0



### Répartition selon et nombre de facteurs défaillants



les 11 premiers patients évalués sont tous classés 17. , avec des scores G8 partiels allant de 3 à 7,5 sur

Les six patients âgés entre 60 et 70 ans ont été traités avec ABVD les 2 premiers cycles puis AVD, et ceux âgés de 70 ans et plus ils ont été traités avec de l'AVD uniquement

Réponse complète (RC) après induction : 9 patients (81,8 %)

Décès précoces : 2 patients (18,2 %) : Ces 2 patients étaient classés fragiles avec des scores G8 très bas (3,5 et 4/17).

Le LH après 60 ans représente environ et une , souvent avec une présentation (1, 2, 3)

• sont diagnostiqués au , indiquant une au moment du diagnostic. Cela s'aligne avec le délai diagnostique tardif. Ce stade avancé est un facteur pronostique péjoratif et montre l'urgence d'une sensibilisation au dépistage précoce, même chez les seniors.

- Le , ce qui montre la sévérité des formes observées. Cela reflète aussi une probable sous-évaluation initiale de la maladie et peut orienter vers des stratégies thérapeutiques plus intensives ou adaptées au terrain gériatrique.

- Tous les patients de cette cohorte ont été classés comme selon le score G8 ( $\leq 14/17$ ). L'intérêt de ce score est d'identifier les patients fits, vulnérables ou fragiles afin d'adapter le traitement.

Ces résultats confirment concernant la sévérité initiale et la fragilité

Un taux de est pour une population gériatrique. L'étude GHSG (German Hodgkin Study Group) sur les patients  $>60$  ans montre un taux de RC de sous ABVD ou variantes atténuées Cela souligne la de l'ABVD dans un cadre adapté, même chez des patients initialement fragiles ou vulnérables. Les données du registre SEER et d'autres cohortes européennes indiquent une réduction de l'intensité thérapeutique chez 30 à 50 % des sujets âgés, ce qui affecte le pronostic (4, 5).

Malgré cette présentation péjorative, la survie globale a été favorable, avec seulement 2 décès recensés (9,5 %), soit une survie estimée à 90,5 %. L'analyse de Kaplan-Meier n'a pas mis en évidence de différence significative selon le stade clinique ( $p = 0,781$ ) ni selon le score GHSG ( $p = 0,637$ ).

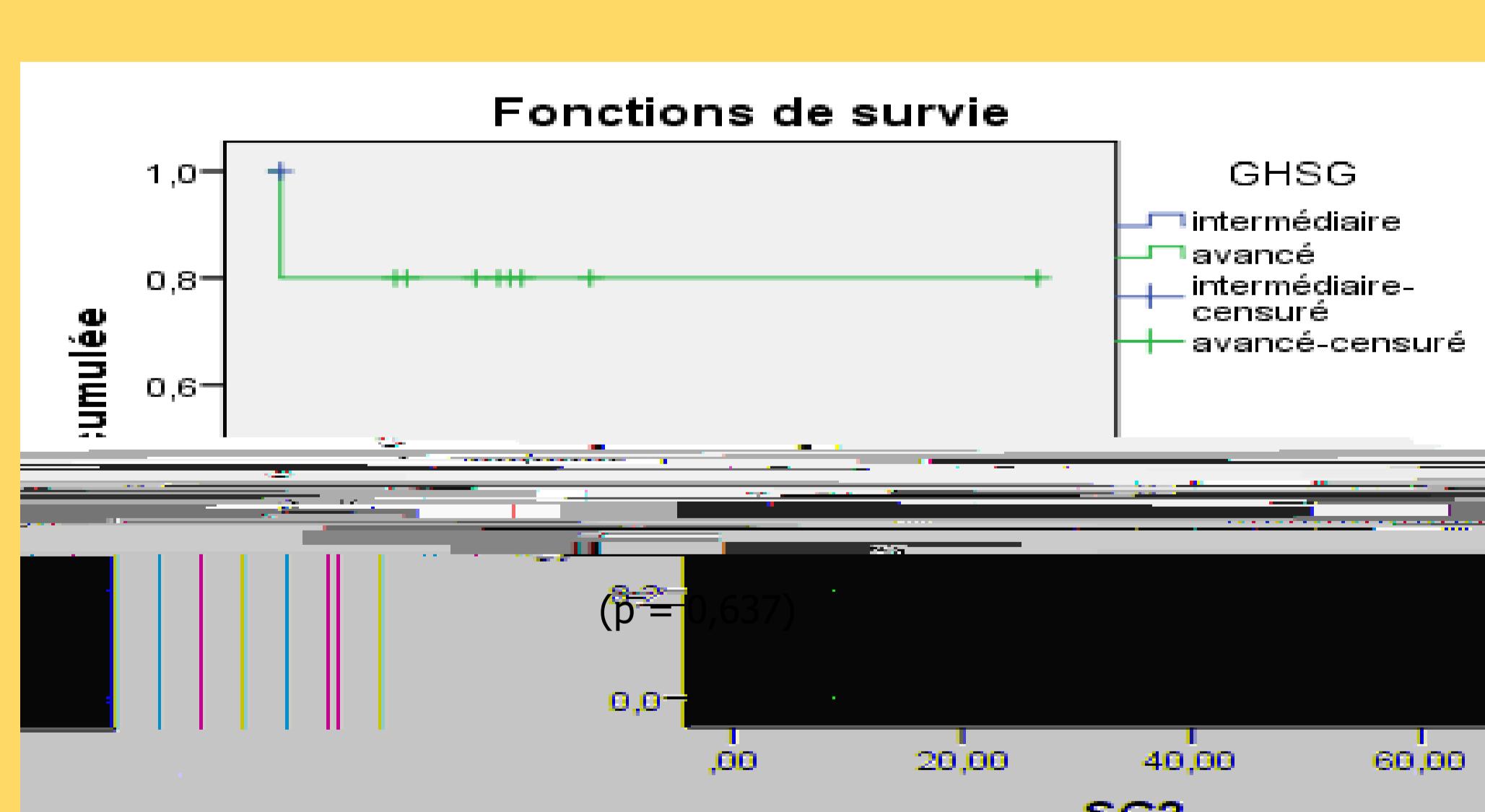
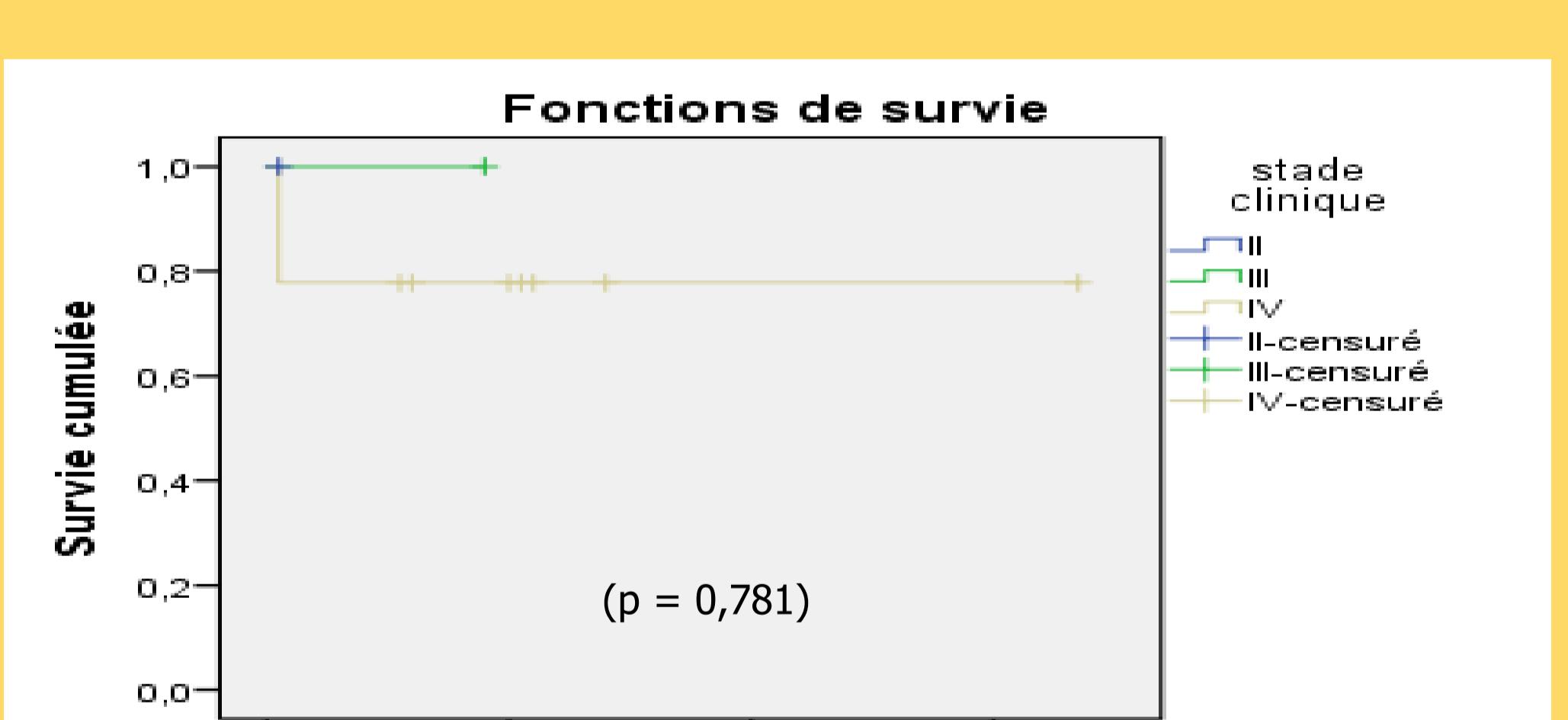
Bien que la majorité des cas soient en stade avancé, , avec peu d'événements (décès). L'absence de significativité statistique peut être due à la faible taille d'échantillon, mais montre aussi que certains patients âgés répondent bien au traitement malgré des facteurs pronostiques défavorables.

La (TRM : treatment-related mortality) est estimée entre , selon les séries Dans notre étude 2 décès précoces préoccupants: Les deux décès sont survenus chez

Ces événements appuient l'importance d'une d'une (Immunothérapie++, traitements atténués, soins de support renforcés, etc.).

Chez les sujets âgés, le LH se caractérise par une présentation tardive, une forte fréquence de stades avancés, et une fragilité gériatrique universelle. Toutefois, les résultats évolutifs et la survie restent très satisfaisants, témoignant d'une tolérance et d'une efficacité des traitements utilisés, une prise en charge curative reste justifiée et potentiellement efficace. L'utilisation du score G8 permettrait d'adapter les prises en charge sans compromettre les résultats thérapeutiques

L'immunothérapie offre une pour les patients âgés atteints de LH, surtout ceux à haut risque selon le G8.



- Park CH et al. "Treatment of older patients with Hodgkin lymphoma" (2025). Revue des preuves actuelles et recommandations pour la prise en charge des patients âgés atteints de LH, avec un focus sur l'évaluation gériatrique.
- McKenna M et al. "The Management of older patients with Hodgkin lymphoma" (2024). Analyse des protocoles thérapeutiques adaptés, des résultats et des défis dans cette population.
- Lia K et al. "Overall survival and causes of death in elderly patients with Hodgkin lymphoma: a Norwegian population-based case-control study" (2024). Large cohorte nationale, avec analyse de la mortalité liée au LH vs mortalité toutes causes, et mortalité liée au traitement.
- Núria W. Negriño. "Addressing Special Challenges in Older Patients With Hodgkin Lymphoma" (2025).
- Tóthfalusi et al. "Impact of Comorbidities on Prognosis and Treatment Outcomes in Elderly Patients with Hodgkin Lymphoma" (2025).
- Burton C. "Paradigm Shifts in Hodgkin Lymphoma Treatment" (2024).