

Évaluation de la maladie thromboembolique veineuse dans le lymphome hodgkinien : Apport des scores de Khorana et ThroLy

Ch. Aboura, C. Kerar, L. Soufelliou, A. Bourdji, H. Assaous, M. Aribi, Z. Kaci

Service d'hématologie CHU Beni-messous

21 ème congrès d'hématologie et 11ème journées des infirmiers d'hématologie (SAHTS) 16- 18 Octobre 2025 Hotel Oran-Bay-Oran-Algerie

Introduction

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est une complication redoutée du lymphome hodgkinien (LH), susceptible d'altérer la réponse thérapeutique et le pronostic. Son incidence, rapportée entre 5 et 20 %, est plus élevée dans les formes avancées ou bulky, avec une survenue parfois précoce, avant tout traitement, traduisant l'état prothrombotique lié à la maladie. Les épisodes survenant sous chimiothérapie restent toutefois les plus fréquents. L'évaluation du risque repose sur des scores prédictifs, tels que le Khorana et le ThroLy, dont la pertinence dans le LH demeure incertaine.

L'objectif: mettre en évidence la fréquence, les facteurs de risque et les limites des outils actuels de prédition de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) chez les patients atteints de lymphome hodgkinien (LH).

Patients et Méthodes:

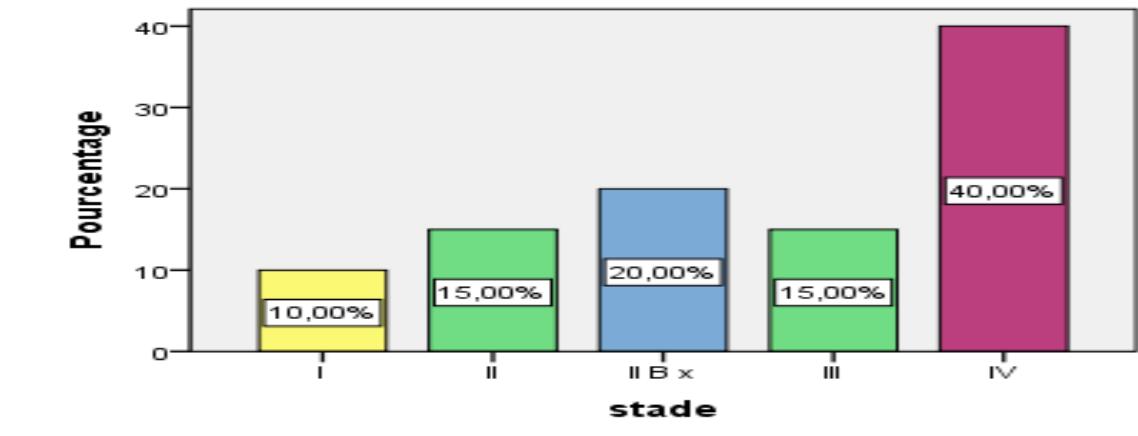
Une étude rétrospective descriptive a été menée sur **210 patients** atteints de LH pris en charge dans notre service entre janvier 2019 et décembre 2024. Parmi eux, 20 patients (9,5 %) ont présenté une thrombose. Les variables analysées incluent les caractéristiques cliniques, le moment de survenue de la MTEV, le stade clinique, la présence de bulky, les scores de risque (Khorana, ThroLy), les schémas thérapeutiques, la réponse au traitement et le devenir.

Résultats

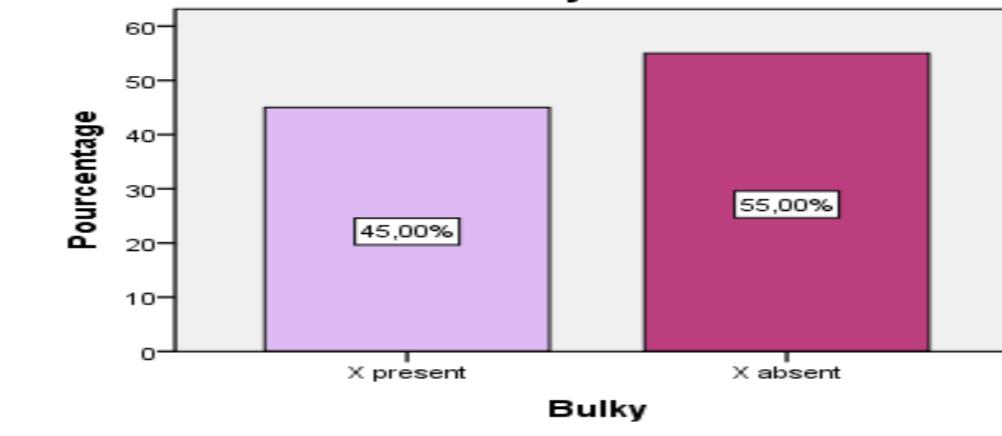
Caractéristiques des patients

- L'âge moyen des patients est de **34 ans** (18-65), avec un sex-ratio à 1.
- Aucun patient n'a des ATCD de thrombose, 4 pts ont des facteurs de risque de MTE: 03 pts tabagiques et un pt hypertendu.
- La thrombose est survenue chez 5 pts (25 %) avant tout traitement, 13 pts (65 %) **sous chimiothérapie**, 1 patient pendant la radiothérapie et 1 patient après autogreffe.

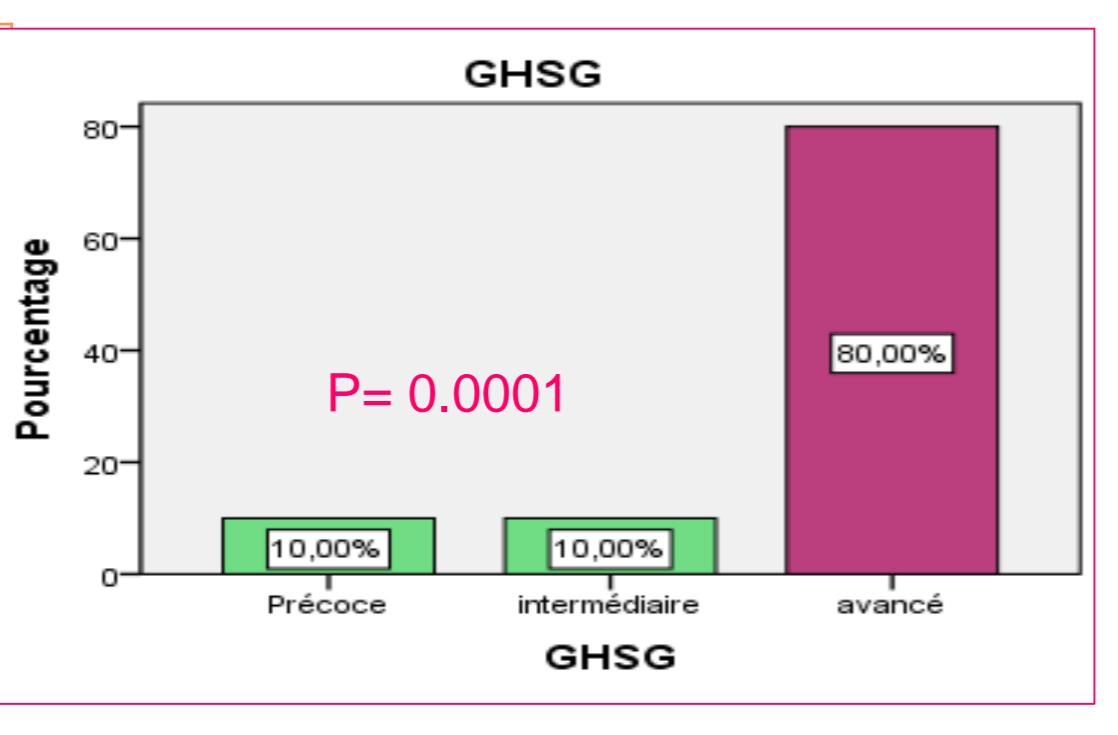
Stade clinique		
stade	Nbre	%
I	2	10,0
II	3	15,0
II B x	4	20,0
III	3	15,0
IV	8	40,0
Total	20	100,0



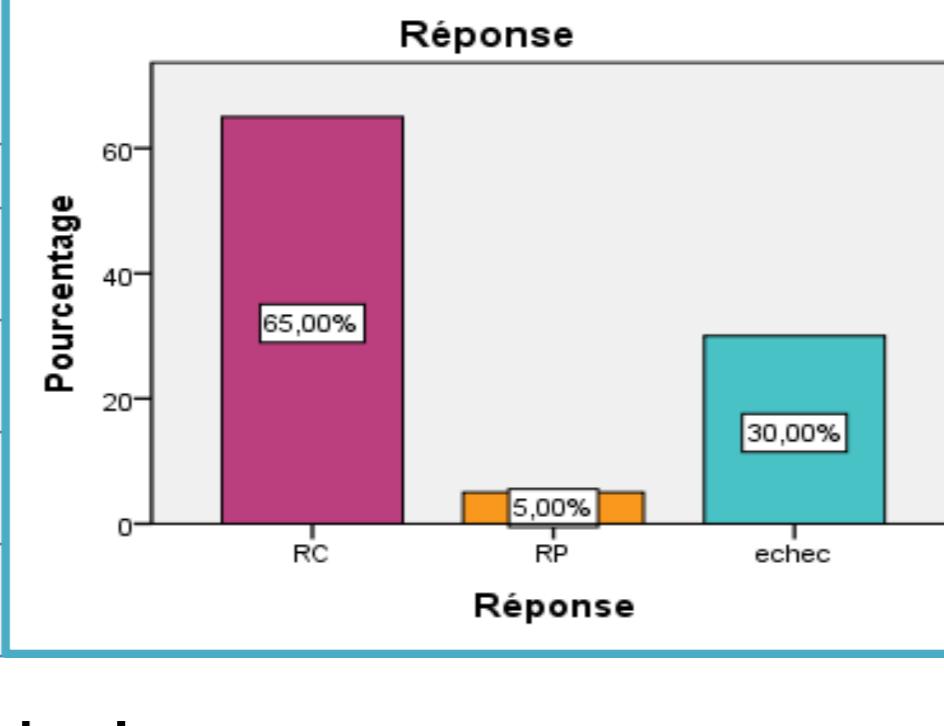
Masque Bulky		
X présent	Nbre	%
X présent	9	45
X absent	11	55,0
Total	20	100,0



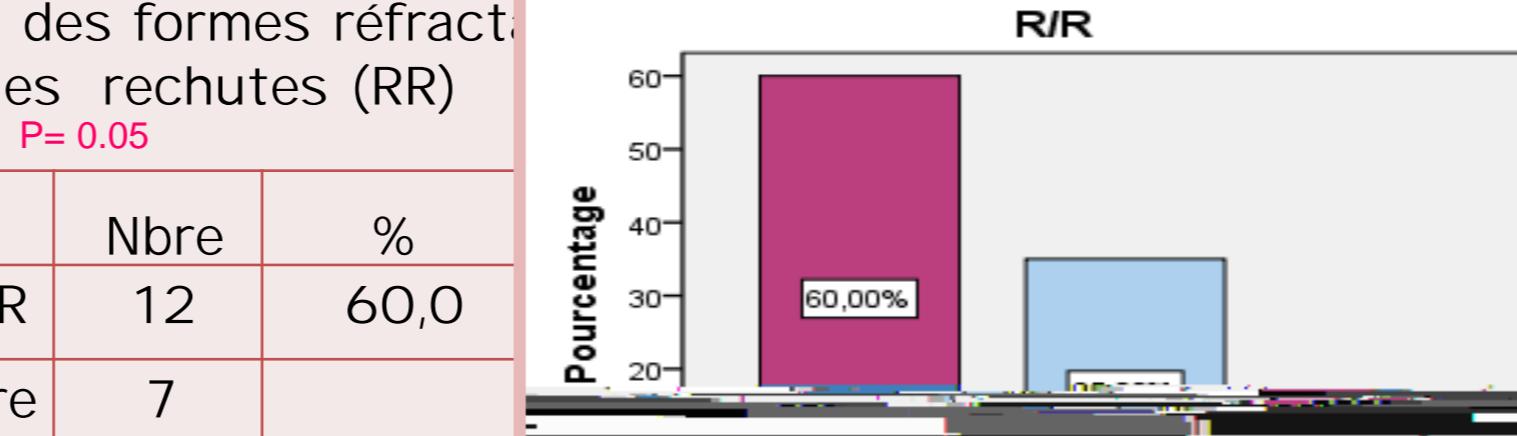
I		
	Nbre	%
Précoce	2	10,0
intermédiaire	2	10,0
avancé	16	
Total	20	100,0



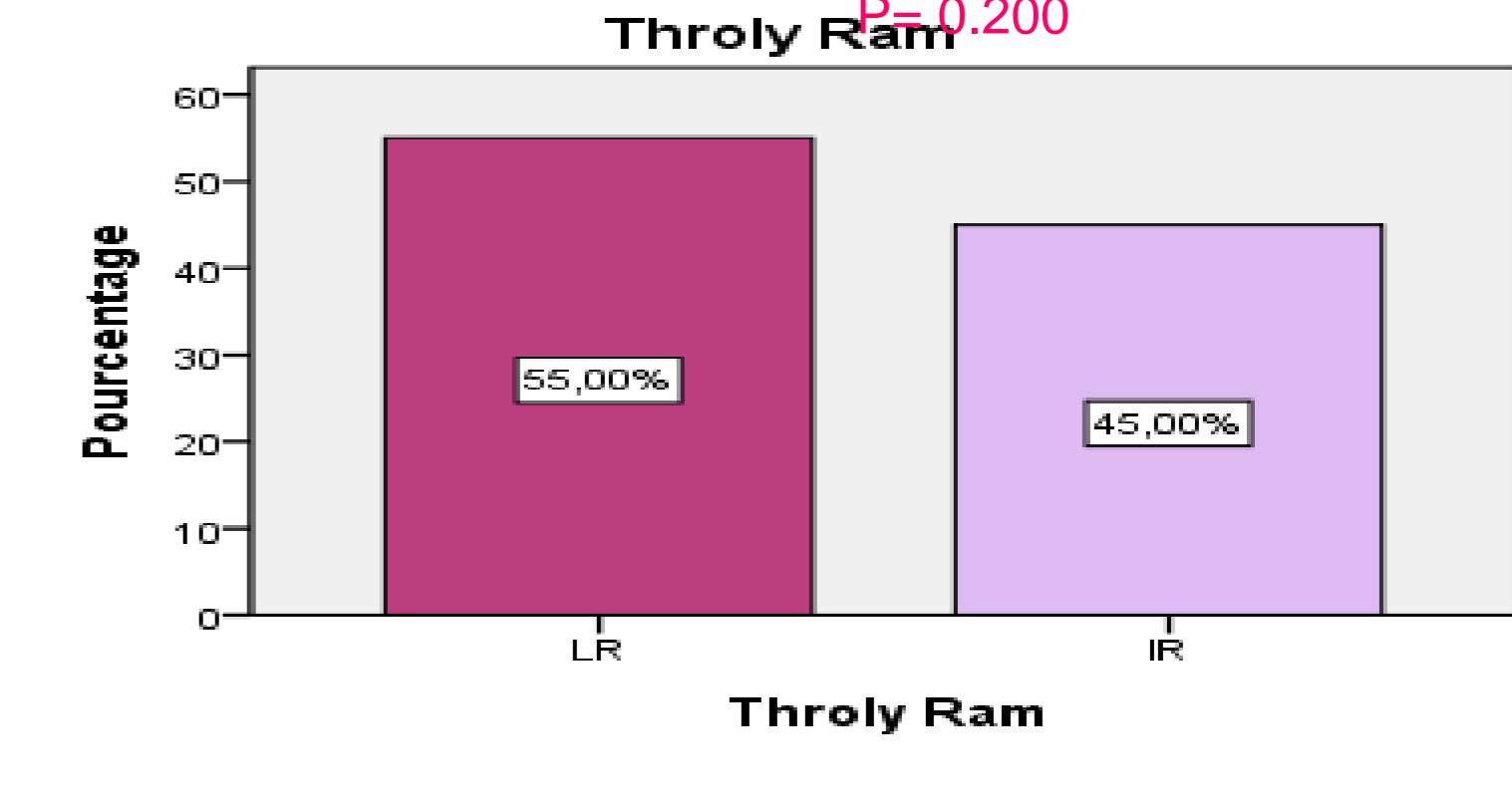
Réponse au traitement		
	Nbre	%
RC	13	65,0
RP	1	5,0
Echec	6	30,0
Total	20	100,0



Fréquence des formes réfractaires et des rechutes (RR)		
	Nbre	%
Pas de RR	12	60,0
Réfractaire	7	
Rechute	1	5,0
Total	20	100,0

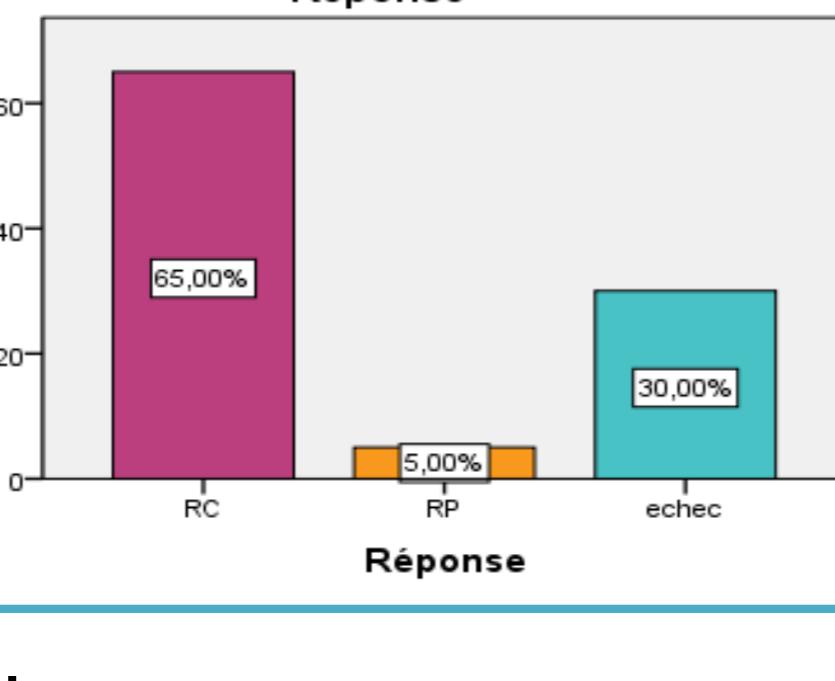


Score de ThroLy Ram		
Groupes à risque	Nbre	%
Risque faible: LR	11	55,0
Risque intermédiaire: IR	9	45,0
Total	20	100,0



Les schémas de chimiothérapie administrés : l'ABVD chez **12 pts (60 %)** et le eBEACOPDac chez **8 pts (40 %)**

Taux de survie globale		
	Nbre	%
Fonction de survie		
Survie cumulée		
durée de vie		
SG 24 mois 85,5 % et à 60 mois 71,3 %		



SG selon le score de Khorana		
	Nbre	%
IR SG	24 mois 92,3 % et à 60 mois 73,8 %	
HR SG	24 mois 100 % et à 60 mois 75 %	
	p=0,6	

IR SG 24 mois 92,3 % et à 60 mois 73,8 %

HR SG 24 mois 100 % et à 60 mois 75 %

p=0,6

Devenir		
	Nbre	%
VRC	15	75,0
VST	3	15,0
PDV	2	10,0
Total	20	100,0

SG selon le score de ThroLy Ram		
	Nbre	%
LR SG	24 mois 100 % et à 60 mois 75 %	
IR SG	24 mois 88,9 % et à 60 mois 59,3 %	
	p=0,6	

Discussion :

Dans notre série, la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) a concerné **9,5 %** des patients atteints de Hodgkin (LH), une incidence conforme à la littérature, qui varie entre **5 % et 15 %** selon les études (1). Rupa-Matysek et al. (2) rapportent une incidence de **15 %** durant la chimiothérapie dans une cohorte mixte HL/DLBCL, contre **65 % des événements sous traitement** dans notre série.

L'âge médian était de **26 ans**, avec **98,7 % des patients < 60 ans**, ce qui correspond au profil classique du LH chez l'adulte jeune (Hannuksela et al., 2024). Concernant le stade clinique, **35,5 % des patients** étaient classés en stade **avancé (GHSG)**. La majorité des MTEV (75 %) survenaient chez ces patients avancés, en accord avec les données montrant que les formes étendues ou bulky sont plus thrombogènes, en lien avec l'inflammation et la charge tumorale (3). Les taux de réponse complète après traitement d'induction étaient similaires entre les groupes : **81,8 %** en précoce, **84,2 %** en intermédiaire et **77,8 %** en avancé, sans différence significative ($p = 0,762$).

Un lien statistiquement significatif a été observé entre la survenue de la MTEV et les patients en **rechute ou réfractaires** ($p < 0,01$), confirmant l'association connue entre événement thrombotique et évolution défavorable. Ces données soutiennent l'idée que la MTEV pourrait refléter un **terrain plus agressif**, voire une **tolérance moindre au traitement**, comme déjà décrit dans plusieurs revues sur la thrombose associée au cancer.

La **survie globale à 5 ans était de 94,7 %** dans notre cohorte, avec une **survie sans progression estimée à 90 %**. Aucune différence significative de survie n'a été observée selon les scores pronostiques (GHSG, $p = 0,401$). Les courbes de Kaplan-Meier montraient une meilleure survie apparente pour le groupe LR du score ThroLy, sans significativité ($p = 0,600$), ce qui rejoint d'autres études à petit effectif suggérant une tendance sans confirmation statistique. Il est à noter qu'aucun décès n'a été observé dans les groupes EORTC favorable et GHSG précoce. Le score de Khorana, développé pour les tumeurs solides, ne prend pas en compte les spécificités du LH (bulky, atteinte médiastinale...), limitant ainsi sa portée prédictive dans notre cohorte ($p = 0,896$).

Plusieurs travaux ont confirmé cette **faible performance** dans les cancers hématologiques (4,5). Le score ThroLy, spécifiquement conçu pour les lymphomes, inclut certains facteurs pertinents (VTE antérieur, atteinte médiastinale, PS), mais n'a pas montré non plus de valeur discriminante significative dans notre étude ($p = 0,690$).

Dans la cohorte GHSG HD13-15 (5509 patients), ThroLy était statistiquement associé aux VTE ($p = 0,001$, ASH Confex), mais la performance globale restait modeste. Assanto et al. (2023) ont proposé une version simplifiée **HL-ThroLy**, basée sur 4 variables : **bulky, médiastin, extranodalité, performance status**, avec de meilleurs résultats dans le LH (4,5,6).

Conclusion

Dans notre série, la MTEV touche environ 9,5 % des patients atteints de LH, avec un pic de survenue sous traitement. Ni le score Khorana ni le ThroLy ne se sont révélés prédictifs significativement dans notre population, ce qui rejoint plusieurs études soulignant leurs limites dans les lymphomes. Il existe donc un besoin urgent de construire et valider un score spécifique au LH, intégrant des paramètres cliniques et biologiques plus adaptés, afin d'optimiser la stratégie de prophylaxie antithrombotique.

Références

1. Schmitt RA, et al. How I treat and prevent venous thrombotic complications in lymphoma patients. *Experimental Hematology* / Blood. 2022.
2. Rupa-Matysek J, et al. Evaluation of the ThroLy score for the prediction of venous thromboembolism in newly diagnosed patients treated for lymphoid malignancies. *Blood* / ICM. 2018.
- 3.