

A. Rouabhi, KH. Saifi, S. Saadaoui, H. Herbadji, H. Zekour, N. Bekkis, O. Tibermacine, M. Medani, M. Dilmi, N. Mebarki, F.Tensaout

Service d’hématologie, CLCC Sétif

Introduction :

Les formes avancées du lymphome de Hodgkin (LH), définies par la classification GHSG (German Hodgkin Study Group), regroupent les stades Ann Arbor III–IV et les stades IIB bulky (IIBx) ou extra-ganglionnaires.

Leur prise en charge repose sur une chimiothérapie par les protocoles ABVD ou BEACOPP renforcé. L'avènement de la tomographie par émission de positons (TEP) précoce a permis d'adapter le traitement en cours de cycle pour optimiser l'efficacité et minimiser la toxicité.

PATIENTS ET MÉTHODES :

Type d’étude : rétrospective, monocentrique

Période : janvier 2018 – décembre 2024

Population : 61 patients classés LH avancé selon GHSG

Protocole initial : ABVD ou BEACOPP

Adaptation thérapeutique :

Escalade (ABVD → BEACOPP) si TEP+

Désescalade (BEACOPP → ABVD) si TEP–

Évaluation de la réponse : critères

Cheson/Lugano

Analyse statistique : SPSS 21

Résultats :

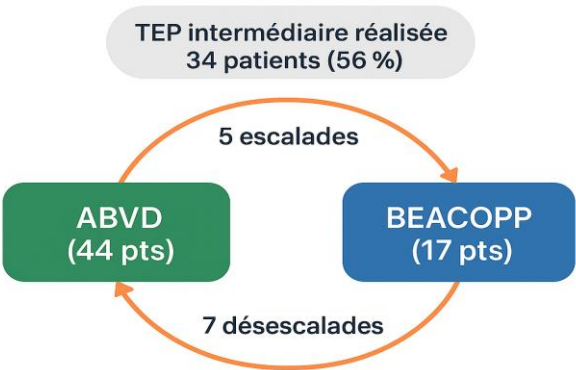


Figure 1 – Adaptation du traitement selon le TEP intermédiaire

	RC	RP	ECHEC	Décès
Ensemble (61 pts)	48 (79%)	2 (3%)	7 (11 %)	4 (7%)
ABVD (44 pts)	34 (77%)	2 (5%)	5(11%)	3 (7%)
BEACOPP (17 pts)	14 (82%)		2 (12 %)	1 (6%)

tableau 1 :Réponse thérapeutique globale

Survie :

Suivi médian : 17 mois (7–81)

Patients vivants en RC : 56 pts (92 %)

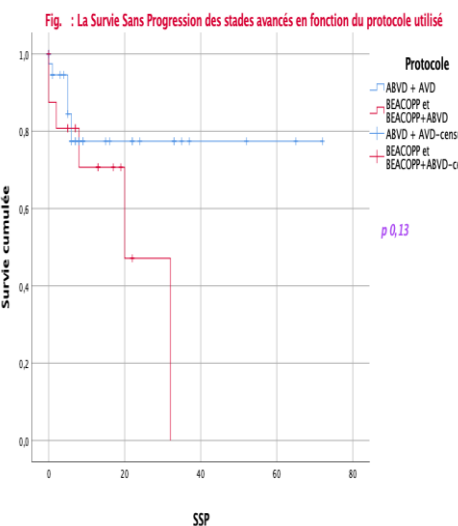
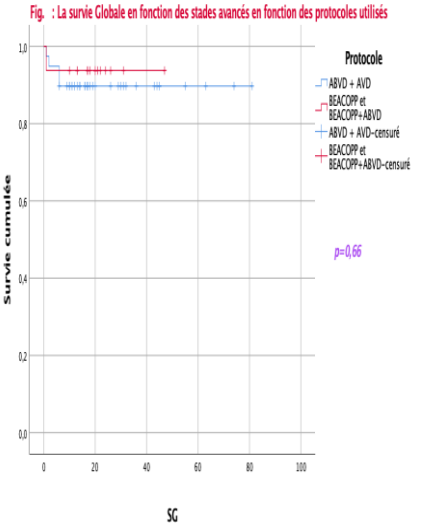
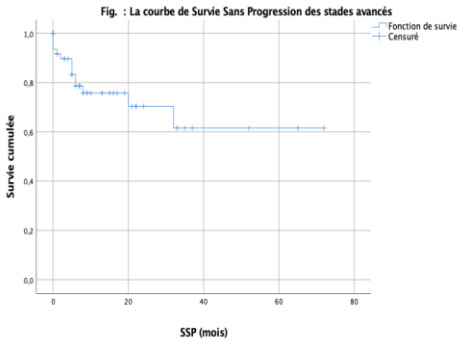
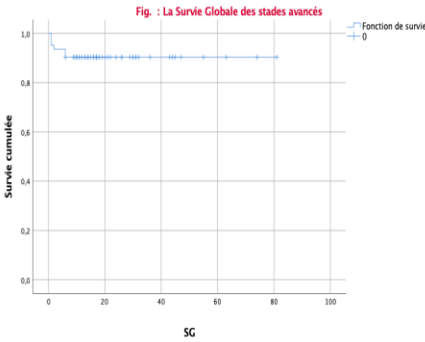
SG à 5 ans : 90,3 %

SSE à 5 ans : 61,5 %

Différences ABVD vs BEACOPP : non significatives

SG : p = 0,132

SSE : p = 0,66



DISCUSSION – CONCLUSION

Notre étude confirme les excellents résultats obtenus avec les protocoles **ABVD** et **BEACOPP** dans les formes avancées de LH.

Les taux de réponse (79 % RC) et les survies à 5 ans (SG : 90,3 %, SSE : 61,5 %) sont encourageants et comparables aux données internationales.

L’adaptation du traitement selon la **TEP intermédiaire** (escalade/désescalade) s’avère pertinente pour optimiser l’efficacité et limiter la toxicité.

Bien qu’aucune différence significative n’ait été observée entre les deux protocoles, la taille limitée de la cohorte justifie la poursuite de l’évaluation sur un échantillon plus large.

Bibliographie :

- Alaggio R *et al.* WHO Classification of Hematol. Tumors, **Leukemia** 2022

Cheson BD *et al.* Response criteria, **J Clin Oncol** 2007.

Borchmann P *et al.* HD18 Trial, **Lancet** 2017.
- Eichenauer DA *et al.* ESMO Guidelines, **Ann Oncol** 2018.

Johnson P *et al.* PET-adapted therapy, **NEJM** 2016.

Ansell SM. Update on Hodgkin lymphoma, **Am J Hematol** 2022.