



# TOXICITE CARDIAQUE AIGUE INDUITE PAR LA CHIMIOOTHERAPIE DANS LES LMYPHOME DE HODGKIN

PAR : DR. GOUFI. C  
PR. TALBI F  
PR. BACHIRI. A

## INTRODUCTION ET OBJECTIF

LYMPHOME DE HODGKIN EST UNE HÉMOPATHIE MALIGNE, CARACTÉRISÉE PAR LA PROLIFÉRATION CLONALE DES CELLULES DE SYSTÈME LYMPHOÏDE ET PRÉSENCE DES CELLULES DE REED STERNBERG, REPRÉSENTANT ENVIRON 10% DES LYMPHOMES ASSOCIÉ SOUVENT À UN EXCELLENT PRONOSTIC SOUS CHIMIOTHÉRAPIE. LE TRAITEMENT DE LH REPOSE SUR UNE POLYCHIMIOTHÉRAPIE À BASE D'ANTHRACYCLINE, ASSOCIÉ OU NON À UNE RADIOTHÉRAPIE, AVEC DES APPROCHES RÉCENTES (BRENTUXIMAB) CA PERMET D'OBTENIR UNE RC CHEZ PLUS DE 95% SELON STADE. CEPENDANT, CES RÉSULTATS SONT OBTENUS AU PRIX DES COMPLICATIONS PARFOIS SÉVÈRES ENGAGEANT LE PRONOSTIC VITAL; PARMIS CES COMPLICATIONS: TOXICITÉ CARDIAQUE (AIGUË OU CHRONIQUE) D'OÙ LA NÉCESSITÉ DE SURVEILLER LES MALADE PAR DES EXAMENS CARDIAQUES ANNUELS. COMPLICATIONS CHRONIQUES: DIMINUTION DE FEVG, SIGNES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, VALVULOPATHIES AORTIQUES, CARDIOMYOPATHIE DILATÉE, ARYTHMIE. COMPLICATIONS AIGUES : ELLES SONT RARES (<1%), D'APPARITION IMMÉDIATE (PENDANT LA PERFUSION OU QUELQUES HEURS APRÈS) TRANSITOIRE, ELLES SE MANIFESTENT PAR TROUBLES DU RYTHME ET DE CONDUCTION (ESA, BAV,) ANOMALIES ECG TRANSITOIRES (INVERSION ONDE T, SUS DÉCALAGE ST) ATTEINTE MYOCARDIQUE OU PÉRICARDIQUE INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUË FULMINANTE.

## BUT DE L'ETUDE :

- Matériel et méthodes : décrire les complications cardiaques aiguë de la CT dans les LH
- Résultats et discussion :

Patient S.H âgé de 26 ans, militaire de fonction, sans antécédents particuliers. connu et suivi à notre niveau depuis Septembre 2023 pour un LH type SN classé stade IV XSB diagnostiqué sur une biopsie d'une adénopathie cervicale basse gauche.

Sur le plan clinique : SG : sueurs et amaigrissement. STP : adénopathie jugulo-carotidienne gauche de 04cm , magmas d'adénopathies cervicales basses gauches 8x5cm avec comblement du creux sus-claviculaire, et multiples ADP cervicales basses droites la plus volumineuse mesurant 02cm

Biologie : HG : GB : 11.970/mm3 Hb : 12g/dl (78/32) Plq : 489.000/mm3

Bilan d'extension : TLT : épanchement pleural liquidien gauche de petite abondance, IMT à 0,65

PET SCANNER (25/10/2023) : maladie lymphomateuse sus- et sous-diaphragmatique classé stade IV XS (Bulky médiastinale, poumon, Os, Rate)

Au bilan pré-thérapeutique : échographie cardiaque : sans anomalies FEVG à 66%

TRAITEMENT :

La 1ère cure : BEACOPP reçu le 07/11/2023, à J8 : après 5h de la perfusion de Bleomycine et Vincristine, il signale des douleurs thoraciques infarctoides :

Sur le plan clinique : SPO2 : 86% à l'air ambiant, 95% sous 15L d'O2

BDC réguliers, sans souffle ni bruis surajoutés; crépitants aux mi-champs pulmonaires.

ECG : rythme sinusal régulier à 64BPM avec courant de lésion sous épicaudiques, en latéro-basal et aspect en antérieur étendu .

Hospitalisé au service de Cardiologie : mis sous Aspirine + Lasilix. Il a bénéficié d'une Coronarographie : IVA thrombosé dès son Ostium glux TIMI 0 : une thrombo-aspiration a été réalisée avec obtention d'un Flux TIMI 3 sur l'IVA et la Cx et persistance d'une lésion thrombotique sur IVA II. Puis il est maintenu sous AGRASTAT + Héparine 7000 UI à la SAP

EVOLUTION : patient sevré de l'O2 après 01 semaine

Echographie cardiaque : aspect d'une cardiopathie ischémique avec Akinesie de la paroi latérale, inféro-latérale et l'antéro-latérale. FEVG à 40%

Une abstention thérapeutique est décidée avec une réévaluation cardiaque après 03mois

En Février 2024 : persistance de l'aspect de la cardiopathie ischémique avec akinesie de l'apex et du segment adjacent et de la région antéro-latéro-médiane. FEVG à 40% , mais devant la reprise de la toux et l'épanchement pleural liquidien gauche; décision de reprendre le traitement spécifique :

DHAOX : C1 13/03/2024 (évaluation cardiaque : FE à 35%) compliqué d'un OAP mis sous Lasilix avec réadaptation thérapeutique (Plavix, Triatec, Dilacard, Elerax, Valens, Furozal et Atrovastatine) avec bonne évolution à l'issu.

C2 04/04/2024 (évaluation cardiaque : FE à 38%): reçu sans incidents

C3 25/04/2024 (évaluation cardiaque : FE à 35%): reçu sans incidents

A l'évaluation : Sur le plan clinique : SG (-) syndrome tumoral périphérique : (-)

PET SCANNER : Echec SD à 05

## CONCLUSION :

Les toxicités cardiaques induites par les anthracyclines sont rares (<1%), elles sont parfois réversibles, mais peuvent mettre en jeu le Pronostic vital, dominées par les troubles du rythme ou les anomalies électrocardiographiques transitoire. Les formes sévères (myocardite, péricardite, ou insuffisance cardiaque aiguë) restent exceptionnelles contrairement aux complications chronique qui constituent un véritable enjeu clinique à long terme.