

Lymphome à Cellules de Manteau et néoplasies secondaires : A propos de 05 cas

N. Rekab, S. Oukid, S. Taoussi, F. Lamraoui, A. Ziani, KM. Benlabiod, H. Brahimi, Y. Bouchakour Moussa, C. Guezlane, M. Mezroud,M. Bradii

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, BP 270, Route de Soumaa, Blida, Algérie

Introduction

Le lymphome à cellules de Manteau (MCL) est un sous type des Lymphomes Non Hodgkiniens (LNH) à cellules B, qui représente 3 à 10 % des LNH, le traitement (TRT) est basé sur chimio-immunothérapie plus au moins intensification par autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Ce qui expose les patients (pts) à un risque accru de développer un cancer secondaire par rapport à la population générale.

L’objectif de notre travail est de vous rapporter les cas de cancers secondaires apparus chez les patients MCL traités par chimiothérapie.

Matériels et méthodes

Il s’agit d’une étude rétrospective de Janvier 2016 au Décembre 2024 chez des patients adultes atteints de LNH MCL.

- ✚ Nous avons colligé 74 patients (pts)
- ✚ Diagnostic confirmé par :
 - Etude histologique +IHC d’une biopsie ganglionnaire ± Biopsie ostéomédullaire.
 - Cytometrie en flux sur prélèvement sanguin ou médullaire.
 - Cytogénétique

Matériels et méthodes

- Traitement : est adapté en fonction de l’âge et les comorbidités.
- Type : R-CHOP /R-Bendamustine /R-DHAOx

Évaluation : doit être intermédiaire et en fin de traitement : clinique-radiologique (TDM/PET Scan)

Le suivi : doit être régulier après fin du traitement à la recherche d’une rechute ou d’une néoplasie secondaire.

Résultats

- ✓ Cinq pts (6.7%) atteint de MCL ayant présenté un cancer après le diagnostic.
- ✓ Trois hommes et 2 Femmes, d’âge moyen de 64.4 ans (48 - 75)
- ✓ **Diagnostic confirmé par une :**
- ❖ Biopsie ostéo-médullaire chez 3 pts, +/- biopsie ganglionnaire : 2 pts
- ❖ Cytogénétique : 1 pt (hyperleucocytose majeure : IGH réarrangé CCND dupliquée sur 11q
- ❖ Cytométrie en flux : 3 pts qui retrouve une monoclonalité : Kappa : 1 pt et Lambda : 2 pts, avec dans tous les cas un CD5+ et CD23 neg.

Résultats

- ✓ **Classification Ann Arbor :**
- ✚ Stade IIIA : 01 pt
- ✚ IV : 04 pts (une atteinte médullaire : 3, pulmonaire : 1).
- ✓ **Classification pronostique :** MIPI : élevé : 4, faible : 1.
- ✓ **Traitement et évaluation :**
- COP de debuliking fait chez tous les pts
- **Traitement de première :** RCHOP : 2 pts (2 RC)
- RDHAOx : 2 pts : (1 RC, 1 RP)
- R-Bendamustine : 1 : RC
- **Deuxième ligne :** RCHOP : chez 1 pt en RP après R-DHAOx : RC.

Résultats

- **Maintenance par Rituximab :** 4 patients
- **Délai moyen** (fin de traitement- apparition de la néoplasie) : 27 mois (6 -77), sachant qu’un patient était sous traitement de maintenance.
- **Type de cancer :**
- ✚ Col utérin : 2 patients
- ✚ Vessie : 1 pt, thyroïde : 1 pt, hépatique : 1 pt.
- Devenir :** Vivant en RC : 2 patients, PDV en RC : 3 patients.

Discussion

Dans notre série, les cancers secondaires sont plus fréquents chez les patients âgés, le tabac est le seul facteur de risque incriminé associé à la chimiothérapie, autres facteurs de risque de cancer doivent être recherchés telle que l’obésité, les facteurs génétiques et environnementaux. 6.7% de nos patients MCL traités ont développé un néo secondaire, ce qui est plus faible par rapport au taux publié par l’étude de Kossi D Abalo et al (16%). 66% de nos pts sont perdus de vue probablement décédés suite au cancer.

Conclusion

Le traitement spécifique dans le MCL est associé à des résultats satisfaisants, cependant le risque de développer une néoplasie secondaire est plus élevé d’où l’intérêt d’un suivi régulier et la mise en place de mesures préventives de ces néoplasies si c’est possible.