

# Aspects clinico- biologique et évolutif du lymphome du manteau

F. MEZHOUD, S. KEBAILI, M. BENHALILOU, S. BENLHADJ, S. LAFRI,  
S. BOUABDELLAH, N. SALHI, Z. OUCHENANE.  
Service Hématologie CHU Constantine

## Introduction

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est un lymphome rare 5 à 7 % des lymphomes non hodgkiniens de l’adulte. Il se caractérise par la translocation récurrente t (11 ;14) (q13;q32), qui conduit à la surexpression de la cycline D1 et à une dérégulation du cycle cellulaire.

Il s’agit d’un lymphome hétérogène dont le spectre évolutif s’étend de formes indolentes, parfois découvertes fortuitement, à des variantes agressives telles que les formes blastoïdes et pléomorphes, caractérisées par un fort index de prolifération et un pronostic défavorable.

**Objectifs**

Analyser les différentes caractéristiques cliniques, biologiques et évolutifs du lymphome à cellules du manteau.

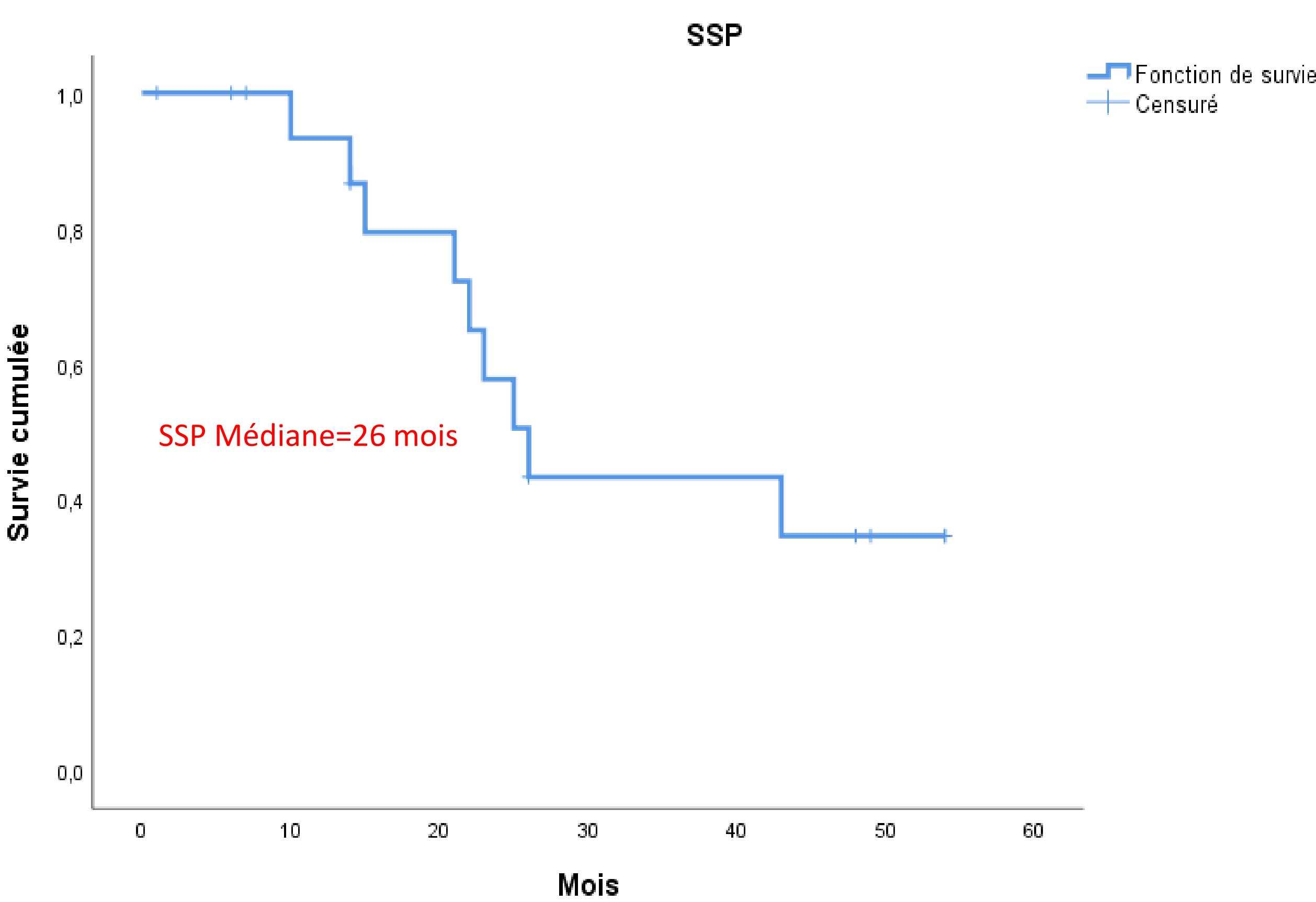
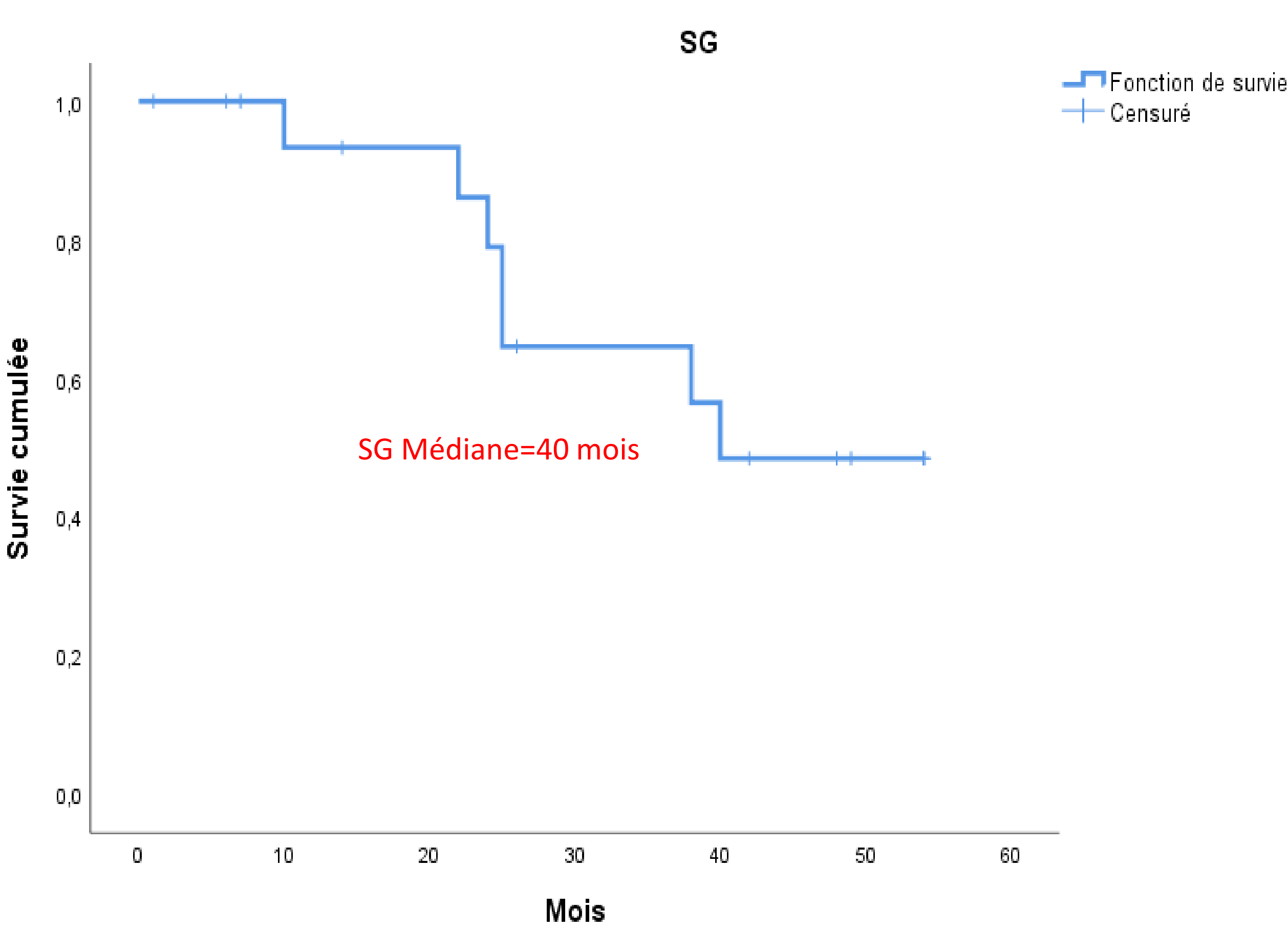
## Patients et méthodes

Il s’agit d’une étude rétrospective s’étalant sur une période de 5 ans (De Janvier 2020 à Décembre 2024), tous les dossiers des patients atteints de LCM ont été analysés N=18.

Le diagnostic de LCM a été posé par la biopsie ganglionnaire et/ou médullaire confirmé par l’immunohistochimie (CD20+ CD5+ CD23- CD10- CyclineD1+) ou SOX11+.

Date de point 30/06/2025.

| Caractéristiques                  | N 18 (%)   |
|-----------------------------------|--|
| Age médian                        | 67 ans (48-87)   |
| Sexe                              |  |
| Homme                             | 14 (78%)   |
| Femme                             | 4 (22%)  |
| Sex-ratio                         | 3,5  |
| ECOG                              |  |
| 0-1                               | 10 (56%)   |
| ≥2                                | 8 (44%)  |
| Adénopathies                      | 16 (89 %)  |
| Splénomégalie                     | 11 (61 %)  |
| Hépatomégalie                     | 29 (16 %)  |
| Symptômes B                       | 13 (72%)   |
| Stade Ann Arbor                   |  |
| I                                 | 0 (0%)   |
| II                                | 1 (5%)   |
| III                               | 3 (17%)  |
| IV                                | 14 (78%)   |
| Localisations extra ganglionnaire | tractus gastro-intestinal 2 (11%)<br>poumon 1 (5%), cutané 1 (5%), sphère ORL 1 (5%) |
| Masse Bulky                       | 5 (28%)  |
| Lymphocytose ( 6 - 90x10^9/L )    | 9 (50%)  |
| Anémie Hb<12g/dl                  | 15 (83 %)  |
| Thrombopénie < 150x10^9/L         | 8 (44%)  |
| Morphologie                       |  |
| Classique                         | 15 (83%)   |
| Blastoïde                         | 1 (6 %)  |
| Indolente                         | 2 (11%)  |
| MIPI                              |  |
| Risque faible                     | 1 (5%)   |
| Risque intermédiaire              | 8 (45%)  |
| Risque élevé                      | 9 (50%)  |
| R Bendamustine                    | 8 (45%)  |
| RDHAC                             | 4 (22%)  |
| RCHOP/RDHAC                       | 4 (22%)  |
| R CHOP                            | 2 (11%)  |
| Maintenance                       | 9 (50 %)   |
| RC-RCI                            | 12 (67%)   |
| Echec                             | 5 (28%)  |
| NE                                | 1 (5%)   |



## Conclusion

Le LCM demeure une hémopathie lymphoïde rare et hétérogène vu la diversité clinique, biologique et pronostique. L’immunochimiothérapie reste la pierre angulaire de la prise en charge, l’intégration des BTKi et des CAR-T cells, ouvre de nouvelles perspectives d’amélioration de survies, surtout la survie sans progression.