

Résultats thérapeutiques du lymphome à cellules du manteau traité en première ligne  
Par immunochimiothérapie à base de Cytarabine

N. Boulaziz ; M. Zoulim ; K. Hadj Mohand ; S. Gherras ; N. Dali Et M. Allouda. Service hématologie CHU Tizi-Ouzou

Introduction.

Le lymphome à cellules du manteau(MCL) est un sous type de lymphome non hodgkinien à potentiel relativement agressif nécessitant des traitements d’induction intensifs, en particulier chez les patients (pts) jeunes. La Cytarabine, agent antinucléosidique à forte activité sur les cellules lymphomateuses, est intégrée dans plusieurs protocoles, en association avec l’immunothérapie à base de Rituximab.

Objectif du travail.

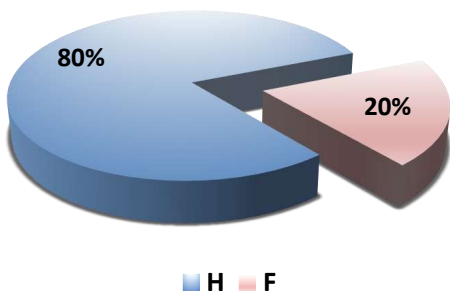
Notre objectif est d’évaluer les résultats thérapeutiques de ces protocoles en première ligne chez les pts atteints d’un MCL.

Matériel et méthodes.

C’est une étude rétrospective, descriptive (2011-2024). Le diagnostic du MCL a été confirmé par l’étude anatomopathologique et IHC des biopsies. Les pts jeunes ont bénéficié du protocole DHAP (Cytarabine-cisplatine-Dexamethasone) ou d’une alternance DHAP/RCHOP (Rituximab-doxorubicine-cyclophosphamide-vincristine-prédnisone), les sujets âgés ont reçu le protocole RBAC (Rituximab-Cytarabine 500mg/m²-bendamustine). Tous les pts en rémission ont bénéficié d’un traitement de maintenance à base de Rituximab. L’évaluation a été réalisée en juillet2025.

Résultats et discussion

Répartition des pts selon le sexe



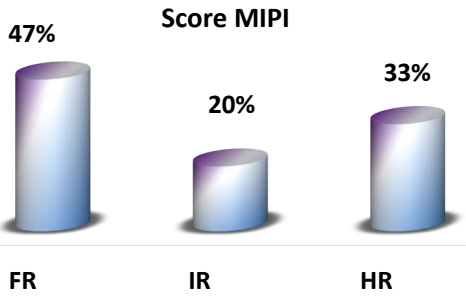
- Sur une période de 13ans, 30 pts ont été colligés: 24 hommes (80%) et 06 femmes (20%) avec un sex ratio de 04 et un âge médian de 61ans [31-78].

Caractéristiques des patients

| Paramètres              | Patients (nombre) | Patients (%) |
|-------------------------|-------------------|--------------|
| Ki67 médian             | -                 | 55%          |
| Morphologie blastoïde   | 08                | 26,7%        |
| Stade IV ANN ARBOR      | 23                | 76,6%        |
| Localisation médullaire | 19                | 63%          |
| Localisation digestive  | 5                 | 16,7%        |

| Paramètres         | Patients (nombre) | Patients (%) |
|--------------------|-------------------|--------------|
| Comorbidités       | 19                | 63%          |
| HTA                | 10                | 52,6%        |
| ADP superficielles | 22                | 73%          |
| Symptômes B        | 17                | 56,7%        |
| Forme bulky        | 08                | 26,7%        |

La majorité des pts étaient diagnostiqués à un stade disséminé stade IV: 23pts (76,6%) et stade III: 04pts (13,3%).La localisation extra-médullaire la plus fréquente était médullaire(19pts,63%).Une localisation digestive a été retrouvée chez 05pts (16,7%).



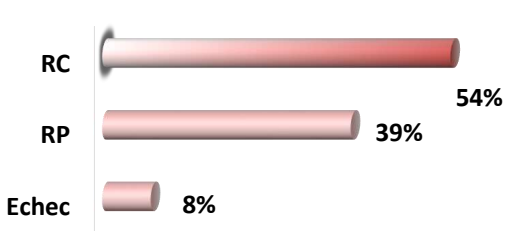
- Selon le score pronostic MIPI, les groupes de risque faible et intermédiaire étaient représentés dans notre série à 46,7% et 20% respectivement.

Traitement

| Protocole         | R DHAP | R DHAP/ R CHOP | R BAC |
|-------------------|--------|----------------|-------|
| Patients (nombre) | 18     | 7              | 5     |
| Pourcentage       | 60%    | 23,3%          | 16,7% |

- Sur le plan thérapeutique, 18 pts (60%) ont reçu le protocole RDHAP, 05pts (16,7%) une alternance RDHAP/RCHOP et 07pts (23,3%) le protocole RBAC.

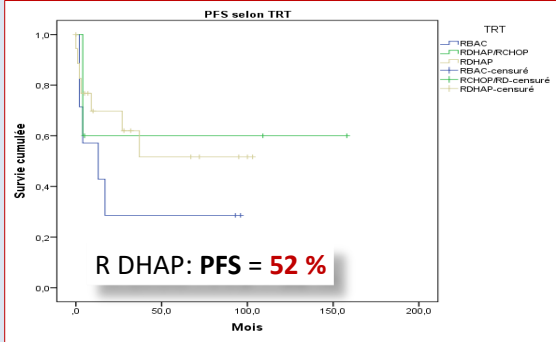
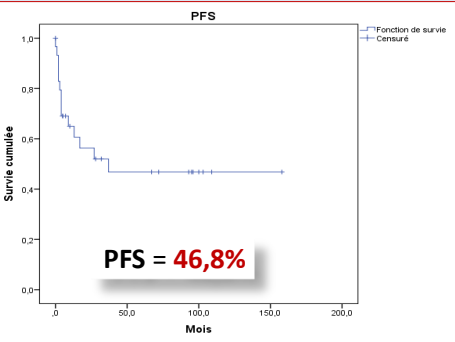
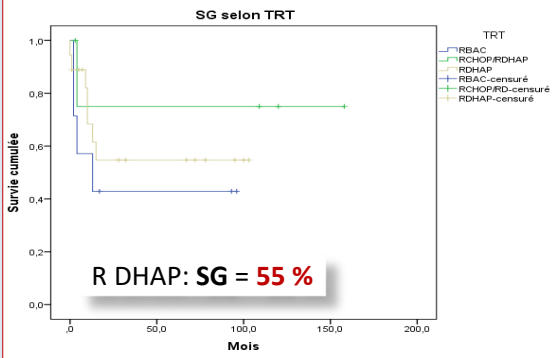
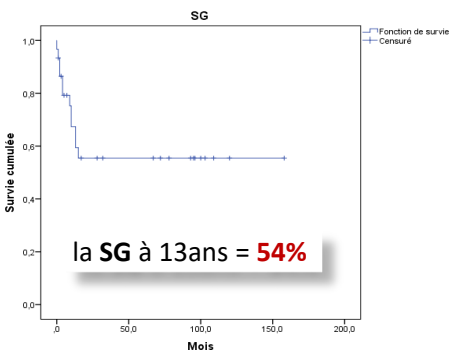
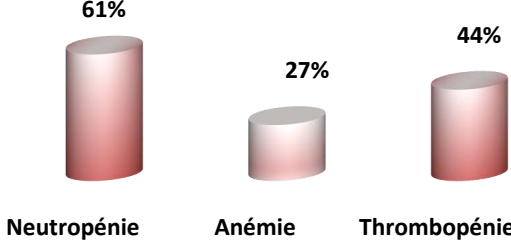
Réponse au R DHAP



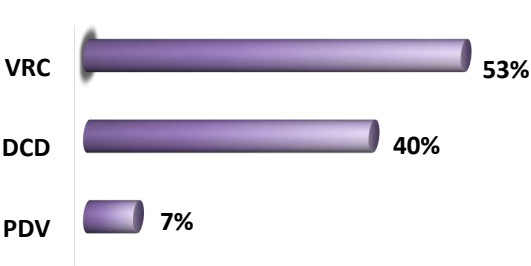
| Protocole      | NE | RC | RP | Echec |
|----------------|----|----|----|-------|
| R DHAP/ R CHOP | 2  | 2  | -  | 1     |
| R BAC          | 2  | 3  | -  | 2     |

- Après un délai médian de 17mois ,03 rechutes ont été observées (02après DHAP,01après RBAC).

Toxicité hématologique G3-4: R DHAP



Devenir des pts



Pour le devenir des pts, 16pts (53%) sont vivants en rémission, 12pts (40%) sont décédés et 02 perdus de vue. Les causes de décès les plus fréquentes étaient l’infection chez 07(58%) pts, dont 03 par infection Covid 19, suivies de la progression de la maladie chez 05pts (42%).

Conclusion.

Malgré les avancées thérapeutiques réalisées en Onco-Hématologie, le MCL demeure une hémopathie maligne de pronostic réservé. Des efforts restent nécessaires pour améliorer sa prise en charge, notamment à travers la meilleure compréhension de son oncogenèse, ouvrant la voie à L’identification de nouvelles cibles thérapeutiques.