

Aspects cliniques et évolutifs du lymphome de Hodgkin stade IV, à propos de 94 patients

A.Ziane Khodja, N.Ait Amer, F.Tensaout, N.Abdennebi, B.Dekhili, M.Bitam, A.Fahem, N.Ait Kaci, A.Yassaa, H.Chaibi, F.Harieche, RM.Hamladji, R.Ahmed Nacer, M.Benakli
service Hématologie et Greffe de moelle osseuse, Centre Pierre et Marie Curie, Alger.

XXI ème congrès National d'Hématologie, du 16 au 18 Octobre 2025,
Hôtel BEY, ORAN

Introduction

- Le lymphome de Hodgkin (LH) est une prolifération tumorale de cellules lymphoïdes spécifiques dans un ou plusieurs organes lymphoïdes, avec parfois extension dans des sites extra-ganglionnaires
- Le stade IV représente la forme la plus avancée de cette maladie, caractérisée par une dissémination étendue des cellules cancéreuses, souvent impliquant les organes extralymphatiques avec ou sans atteinte ganglionnaire.
- Le stade IV, est en soi, un facteur défavorable, nécessitant une attitude thérapeutique appropriée.
- Cette étude revoit les aspects cliniques et thérapeutiques sur une période de 6 ans.

Patients et méthodes

➤ étude rétrospective de Janvier 2019 à Décembre 2024.

- **Nombre :** 94 (30%)/315 pts suivis pour LH tous stades confondus
- **Age médian(ans) :** 31 ans (14-74)
- **Sex ratio:** 0,9 (H:45- F:49)

1

Caractéristiques cliniques des pts

Caractéristiques	Nombre pts (n = 94)	%
Antécédents de néoplasie familiale	30	32
CDD la plus fréquente : adénopathie	50	53
Signes généraux:	81	86
atteinte médiastinale IMT (0,35-0,72)	43	45
L'atteinte viscérale: foie : poumon: os : moelle : plèvre: autres (sein, cutané, pancréas, estomac, tissus mous) Associations de plus de 2 viscères:	94 23 42 42 17 06 05 34	100 24,5 44,6 44,6 18 06 5,3 36

2

	Nombre de pts	%
➤ Type histologique :		
Type 1 :	00	00
Type 2 :	63	67
Type 3 :	29	31
Type 4 :	02	02
➤ Facteurs pronostiques :		
Haut risque :	79	84
Risque standard :	15	16

3

TEP initiale : 36 pts (38%)

Traitements (1)

4

Schéma thérapeutique initial	Nombre de patients	Nombre de cures initiales reçues/pt
BEACOPP R	47(50%)	4 cures : 03
		3 cures : 39
		2 cures : 02
		1 cure : 03
BEACOPPDAC	07(7,5%)	4 cures : 01
		3 cures : 03
		2 cures : 02
		1 cure : 01
ABVD	36(38%)	6 cures : 16
		5 cures : 01
		4 cures : 16
		1 cure : 02
PVAG	2 (2,2%)	6 cures : 02
Autres (ESAP/ CHOP)	2(2,2%)	

Traitements (2) (surveillance)

5

- TEP intermédiaire après 2 cures: 25 pts (26,5%)
- TDM intermédiaire après 2 cures: 04 pts(4%)
- Evaluation radiologique après 4 cures: 63 (67%)

Résultats

1

- Évaluation faite le 31/07/2025: suivi médian: 37 mois (8-76)
- Nombre de patients évaluables: 92 (2 pts perdus de vue 1 BEACOP, 1 ABVD)

Nombre de pts: 92	RC Nbre(%)	RP Nbre(%)	Taux de réponses globales du protocole	Echec Nbre(%)
BEACOPPR	18(19,5%)	05(5,5%)	23(50%)	23(25%)

2

- Traitement de 2ème ligne (ESAP, BeGEV, GDC ou ICE): 39 pts (41,5%)
- Immuno-chimiothérapie (Pembro-GVD ou BV-Benda): 20 pts (21%) au-delà de la 3ème ligne thérapeutique
- Autogreffe de CSH: 49 pts (52%) dont 9 pts greffé en 1ère RC (attitude du service).

Devenir des pts:

➤ Statut au 31 juillet 2025 : 92 pts évaluables

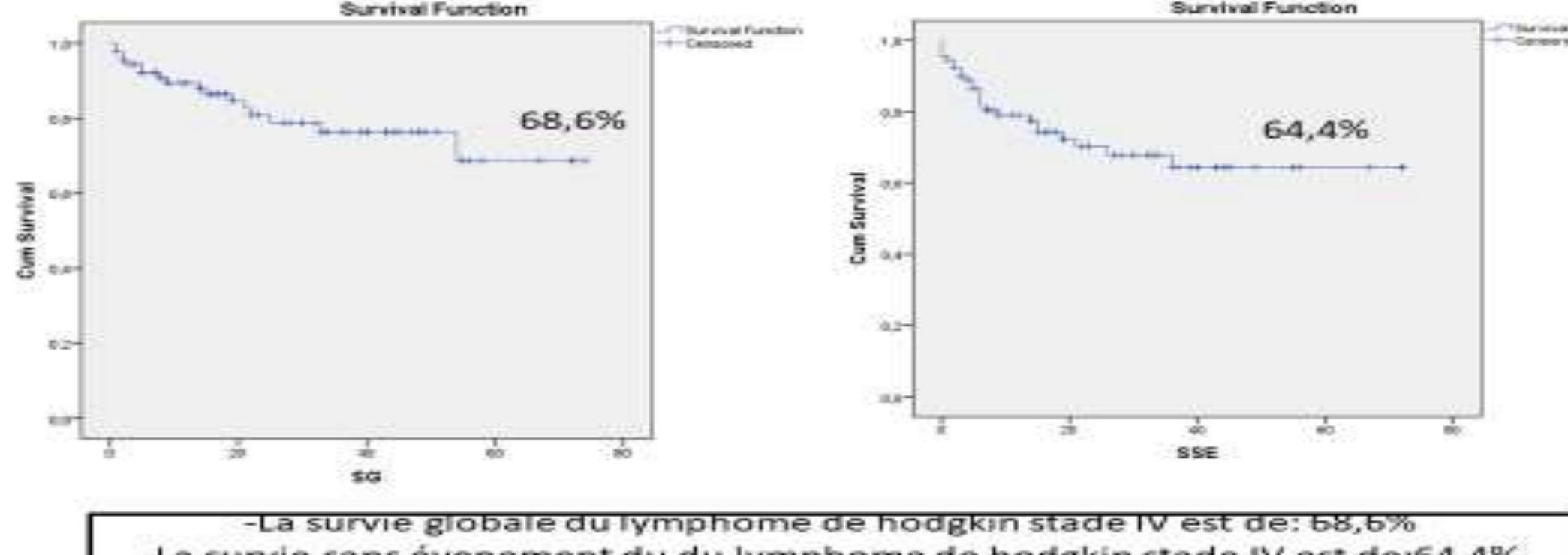
3

- Vivants : 75 pts / 92 (81,5 %)
RC: 64(85%)
RP: 07 (9,3%),
Échec: 04 (5,3%)

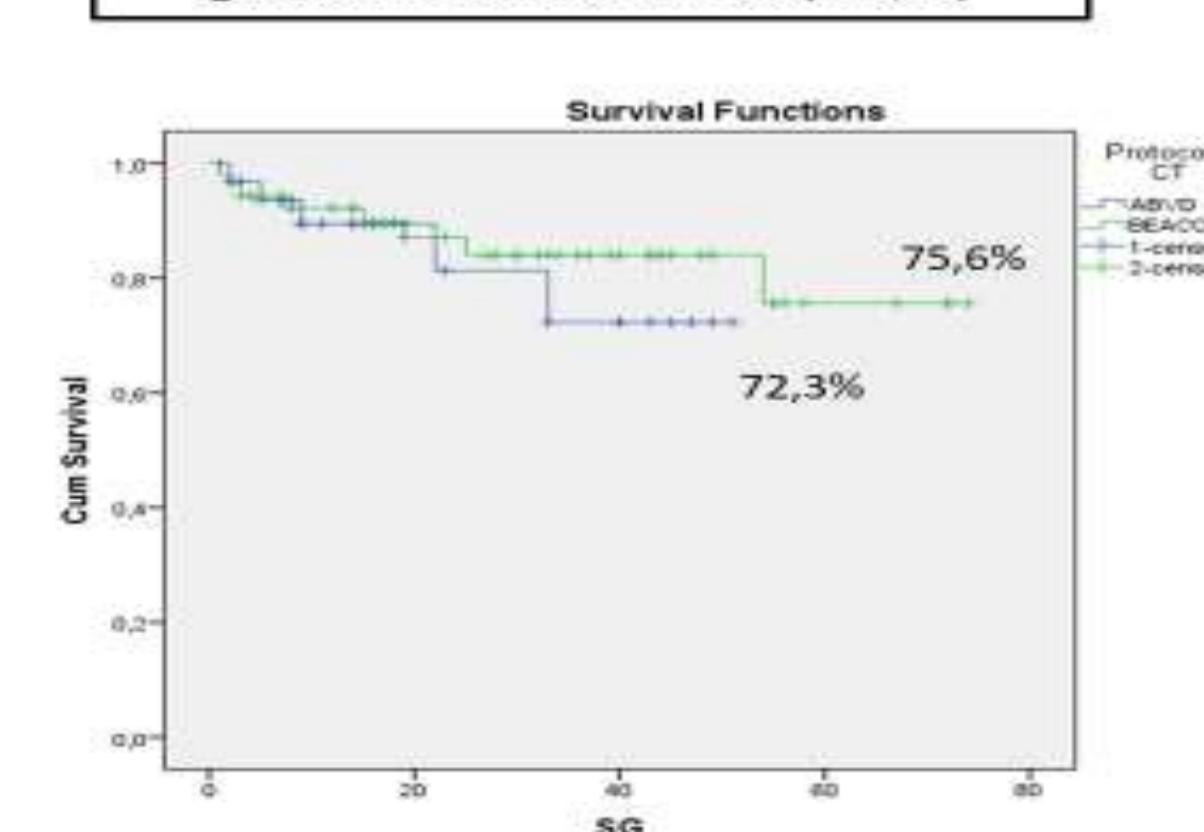
➤ Décédés : 17 pts (18,5 %), tous en échec après plusieurs lignes thérapeutiques.

Courbes des SG et SSE

4



pas de différence significative entre la survie globale du BEACOP et ABVD (P: 0,52)



5

Conclusion

- Le LH au stade IV demeure une entité de mauvais pronostic, avec une fréquence élevée de signes généraux et d'atteintes viscérales.
- Dans notre cohorte, malgré l'utilisation de protocoles intensifs et l'introduction de l'immunothérapie, près de la moitié des pts ont nécessité plusieurs lignes thérapeutiques..