



Revue Algérienne d'Hématologie

Sous l'égide de la Société Algérienne d'Hématologie et de Transfusion Sanguine

Numéro spécial
CONGRES 2014

XIème CONGRES NATIONAL

24 - 25 - 26 Avril 2014

Sheraton, Alger

- Maladie de Hodgkin
- Réanimation en cancérologie hématologique

1^{ère} JOURNEE DES INFIRMIERS EN HEMATOLOGIE
la chimiothérapie en hématologie

Recueil des Abstracts

www.sahts-dz.com



REVUE ALGERIENNE D'HEMATOLOGIE

Sous l'égide de la société Algérienne d'Hématologie et
de Transfusion Sanguine

Coordinateur de la revue

Pr Ahmed Nacer Redhouane

Comité de rédaction

Rédacteurs en chef

Pr Hamladji Rose Marie
Pr Belhani Meriem

Membres

Pr Ardjoun Fatma Zohra
Pr Abad Mohand Tayeb
Pr Touhami Hadj
Pr Ait Ali Hocine
Pr Zouaoui Zahia
Pr Bekadja Mohamed Amine
Pr Ahmed Nacer Redhouane
Pr Boudjerra Nadia
Pr Sidi Mansour Nourredine

Conseil scientifique de la SAHTS

Présidente

Pr Hamladji Rose Marie

Membres

Pr Belhani Meriem
Pr Ardjoun Fatma Zohra
Pr Abad Mohand Tayeb
Pr Touhami Hadj
Pr Ait Ali Hocine
Pr Zouaoui Zahia
Pr Bekadja Mohamed Amine
Pr Ahmed Nacer Redhouane
Pr Boudjerra Nadia
Pr Sidi Mansour Nourredine
Pr Aïnas Lahlou
Pr Mesli Naima
Pr Hamdi Selma
Pr Saidi Mahdia
Pr Benakli Malek
Pr Grifi Fatih
Pr Zatla Leila
Pr Nekkhal Mohamed Salim
Pr Djouadi Khadidja
Pr Bradaï Mohamed
Pr Ramaoun Mohamed
Pr Lakhdari Nourredine
Pr Belakehal Salah Eddine
Dr Saidi Djamel
Dr Hamouda Hakim
Dr Mehdid Farih
Dr Bouchakor Moussa Yamina

Composition du bureau de la SAHTS

Président

Benakli Malek

Vice présidents

Saidi Djamel
Hamouda Hakim
Bouchakor Moussa Yamina

Secrétaire général :

Belakehal Salah Eddine

Trésorière :

Mehdid Farih

www.hematologie-dz.com

Lettre du président

Chers collègues, chers amis

La Société Algérienne d'Hématologie et de Transfusion Sanguine (SAHTS) est à l'aube de la tenue de son XIème Congrès national correspondant à la XXIXème Journée d'Hématologie! Belle occasion pour rendre hommage à tous les Bureaux successifs qui ont œuvré à rendre ce rendez-vous majeur et incontournable pour nous tous.

Durant trois jours, les participants auront à présenter, débattre, échanger sur les thèmes choisis par le Conseil Scientifique: Maladie de Hodgkin et Réanimation en cancérologie hématologique (partie transfusion et troubles métaboliques).

Ce Congrès va, également connaître la naissance de la Journée des Infirmiers en Hématologie, première du genre, que nous espérons devenir pérenne.

De nombreux collègues étrangers nous font l'amitié de leur présence. Il s'agit d'une occasion de magnifier la coopération médicale riche et féconde.

En quelques chiffres, ce congrès, c'est aussi 263 abstracts reçus, 38 communications ou conférences, 350 participants attendus et plus de 30 exposants.

Je souhaite saluer l'investissement des membres du Conseil Scientifique ainsi que le travail du Comité d'organisation, qui a œuvré efficacement depuis plusieurs mois pour le succès de ce Congrès.

Au nom des membres du bureau, du Conseil scientifique de la SAHTS et du Comité d'Organisation, je souhaite la bienvenue à tous et remercie d'avance tous les collègues, les invités et partenaires de l'industrie pharmaceutique qui feront le déplacement à Alger.

A tous, je souhaite un congrès riche et fructueux !

Le Président

M. Benakli

SOMMAIRE

INFORMATIONS GÉNÉRALES	4
COMMUNICATIONS ORALES	7
POSTERS	21
PUBLICATIONS	56
JOURNÉE DES INFIRMIERS	82

COMITÉ D'ORGANISATION DU CONGRÈS

COMITE D'ORGANISATION

Président :

Pr Malek BENAKLI

Membres :

Dr Djamel SAIDI

Dr Yamina BOUCHAKOR-MOUSSA

Pr Salim NEKKAL

Pr Mohamed RAMAOUN

Dr Fateh BOUKHEMIA

Mme Fella ADJADJ

Mr Abdelmalek HADJADJ

Dr Hakim HAMOUDA

Dr Farih MEHDID

Pr Salaheddine BELAKEHAL

Dr Rachida BELHADJ

Dr Dina AITOUALI

Mr Abdelouahab CHALAL

Mme Lynda DRIDI

INFORMATIONS GENERALES

LIEU DU CONGRES

Hôtel Sheraton (Alger) le 24, 25 et 26 avril 2014

INSCRIPTIONS

Hôtel Sheraton

- Jeudi : 24/04/2014 : 11h – 19h
- Vendredi: 25/04/2014 : 08h – 18h
- Samedi : 26/04/2014 : 08h – 12h

L'inscription au congrès est obligatoire et les frais s'élèvent à :

- Membres SAHTS : 1000 DA
- Médecins Non membres SAHTS : 4000 DA
- L'inscription donne droit à l'accès aux conférences, au cartable, résumés des travaux, aux déjeuners et pauses-café.

COTISATION SAHTS

La cotisation à la Société Algérienne d'Hématologie et de Transfusion Sanguine pour l'année 2014 est :

- 1000 DA pour les rangs magistraux et les médecins spécialistes libéraux
- 600 DA pour les maître-assistants et assistants
- 400 DA pour les résidents.

COMMUNICATIONS ORALES

La durée de chaque communication est de 10 min. Il est demandé aux orateurs de respecter le timing qui leur est imparti.

Les orateurs sont tenus de remettre impérativement leur présentation en format power point au moins 30 min avant le début de la séance.

Les attestations de participation seront remises par les présidents de séance à la fin de chaque séance.

POSTERS

Les posters (hauteur : 120 cm, largeur : 90 cm) doivent être affichés selon l'ordre inscrit sur le programme. Les attestations de participation seront remises durant la visite des posters.

HEBERGEMENT

Il aura lieu à l'hôtel Sheraton Alger

L'hébergement est pris en charge par la SAHTS pour les invités, les conférenciers et les communicants (oral et affiché).

TRANSPORT

Le transport est assuré pour les participants pris en charge par la SAHTS.

www.hematologie-dz.com

ALGER

Dans une petite notice sur l'étymologie d'Alger[, Albert Farhat écrit : « Le nom d'« Alger » dérive du catalan Alguère, lui-même tiré de Djezaïr du nom donné par Bologhine ibn Ziri, fondateur de la dynastie Zirides, lorsqu'il bâtit la ville en 960 sur les ruines de l'ancienne ville au nom romain Icosium ; Djezaïr Beni Mezghenna. La signification du nom donné par Bologhine ibn Ziri voudrait que le nom soit donné en référence aux îles qui faisaient face au port d'Alger à l'époque et qui furent plus tard rattachées à sa jetée actuelle ; en arabe Al-Djaza'ir, « Les Îlots », en français « Les Îles des Mezghenna » (Djezaïr Beni Mezghenna). Le terme d'île pourrait, selon des géographes musulmans du Moyen Âge, également désigner la côte fertile de l'actuelle Algérie, coincée entre le vaste Sahara et la Méditerranée, apparaissant alors comme une île de vie, Al-Jaza'ir. »

Il se réfère maintenant à Al Bakri : « Al Bakri, célèbre polygraphe andalou, dans sa Description de l'Afrique septentrionale, cite dans son chapitre sur La route d'Achir à Djayer Beni Mezghenna (vers l'an 1068, soit six siècles avant les Turcs, quatre siècles avant Ibn Khaldoun, un siècle avant les Almohades et une décennie avant les Almoravides, soit à peine deux siècles après l'islamisation de l'Afrique du Nord), cite la ville d'Alger comme encore imposante et sertie de voûtes et autres assises monumentales prouvant qu'elle fut « la capitale d'un vaste empire ».

Louis Mas Latrie, reprend les propos d'El Bekri s'agissant de ses inductions quant à Icosium « capitale d'un vaste empire », Icosium n'étant qu'une cité parmi d'autres au sein de l'Empire romain. Concernant le nom même, Al Bakri dit que la ville s'appelle Djzèyer Beni Mezghanna et l'orthographe en arabe Djzèyèr et non El-Djaza'ir. De plus, très proluxe dans ses descriptions, il ne précise à aucun moment du chapitre que Djzèyèr signifie « les îles », bien au contraire assimilant le nom de la ville aux Beni Mezghenna. La version arabe, très claire à ce sujet fit régulièrement par la suite l'objet d'excès en interprétations. Ainsi, dans la traduction faite par William Mac Guckin de Slane, ce dernier rajouta l'explication « les îles de la tribu Mezghenna », mention qui n'existe nullement dans la version du texte arabe originel. De plus, De Slane orthographia Djazaïr au lieu de Djzèyer tel que transcrit phonétiquement par Al Bakri qui, lui, s'abstint dans son texte de toute interprétation superflue. Nous saurons alors de manière formelle que le nom d'Alger ne comporte pas l'article défini « El » propre à la langue arabe, nous laissant croire que Djzèyer ne fait pas référence à un nom commun, ni à un qualificatif ou adjectif, alors précédés de l'article « El », mais qu'il s'agit plutôt d'un nom propre tout comme Mezghenna, Achir (qui ne se disent pas El-Mezghenna ou El-Achir, etc).

Ainsi, le El de El-Djazaïr généralement admis est un rajout ultérieur, ayant induit à une fausse interprétation du nom d'Alger, faisant coïncider la ressemblance phonétique du mot avec la présence d'îlots. La tradition orale, plus conservatrice et au plus près de l'origine n'aura-t-elle pas conservé le vocable alors initial tel que transcrit alors par Al Bakri : Djzèyer/Dzèyer, qui sans l'article El, est plus apte à désigner Ziri que des îlots (sachant en outre qu'en arabe l'île se dit El-Djazira et au pluriel El-Djouzour).

Et être un Dziri (c'est-à-dire Algérois), signifie en toute logique davantage être un Ziride (la ville devint sous Bologhine ibn Ziri la capitale de la dynastie Zirides, tribu des Ziri) qu'un îlien ou insulaire.





MabThera[®]

R i t u x i m a b
CENTRAL TO SUCCESS

COMMUNICATIONS ORALES

MALADIE DE HODGKIN

1-EPIDEMIOLOGIE DE LA MALADIE DE HODGKIN EN ALGERIE : PÉRIODE 2008-2012

M.T Abad1, S.Taoussi1, F. Lamraoui1, S. Oukid1, M. Benlabiod1, Y. Bouchakor1, N. Rekab1, M. Mezroud1, R.M Hamladji2, N. Abdennebi2, F. Belhadri2, F. Boukhemia2, F. Tensaout2, S. Akhrouf2, M. Belhani3, S. Nekkal3, M. Ramaoun3, L.Louanchi3, M.A. Bekadja4, R. Bouhass4, A. Arabi4, H. Ait Ali5, N. Ouanes5, N. Sidi Mansour6, S. Hamdi7, H. Hamouda7, F. Griffi8, Dr Bouras8, S. Benkortbi8, Dr El Koubi8, H. Touhami9, F. Touhami9, M. Saidi10, M. Aiche10, N. Mesli11, N. Houti11, F.Z Ardjoun12, F.Talbi12, N. Benfenatki13, K. Zaouchi13, Z. Zouaoui14, A. Hadjeb14, Mehalhal15, A. Bachiri16, S. Baghdad16, B. Ben Djaballah17, Y. Attari17, N. Zmouli18, K. Boualga19, M. Ayad19, N. Lakhdari20, L. Touati20, A. Bezzaoucha21, D. Amir21

1:EHS CAC Blida; 2:EHS CPMC; 3:CHU Béni Messous; 4:EHU Oran; 5:CHU Tizi Ouzou; 6:CHU Constantine; 7:CHU Sétif; 8:CHU Annaba; 9:CHU Oran; 10:CHU Batna; 11:CHU Tlemcen; 12:HCA; 13:EPH Rouïba; 14:CHU Sidi Belabbes; 15:EPH Mascara; 16:HMU Oran; 17:HM Constantine; 18:EH Ain Temouchent; 19:EHS CAC Blida Radiothérapie; 20:CHU Bejaia; 21:CHU Blida Service Epidémiologie.

Introduction

Les études épidémiologiques ont grandement contribué à une meilleure connaissance des hémopathies malignes en Algérie.

Elles ont permis de situer la place et la répartition de chaque hémopathie maligne et surtout d'informer les autorités sanitaires sur l'incidence de ces affections, outil essentiel pour la planification des actions de santé.

La maladie de Hodgkin (MDH) est une hémopathie maligne lymphoïde actuellement curable dans un très grand nombre de cas. Après plus de 180 ans depuis sa première description par Sire Thomas Hodgkin en 1832, la cause précise de cette affection n'est pas connue. Les taux d'incidence standard en Europe sont estimés à 2-5 cas pour 100 000 hbts chez l'homme et à 1-2 cas chez la femme. La prédominance masculine est notée dans toutes les études. Dans les pays en voie de développement le

taux d'incidence est mal connu. Il serait faible par comparaison aux pays européens. Une première étude limitée a été faite en 2006 en Algérie ; elle a porté sur une période de 10 ans (1996-2005) et n'a pas révélé tous les aspects de la maladie. La présente étude est une mise à jour actualisée et plus homogène puisqu'elle ne porte que sur les cas incidents observés chez l'adulte (16 ans et plus) et a concerné tous les services prenant en charge cette affection.

EPIDEMIOLOGIE NATIONALE

Patients et méthodes

Cette enquête nationale est représentative des 20 services qui prennent en charge cette pathologie chez l'adulte. L'étude a concerné tous les cas de MDH diagnostiqués chez l'adulte entre janvier 2008 et décembre 2012. Les informations utilisées dans le présent rapport sont issues de l'exploitation des données d'une fiche technique adressée à tous les services prenant en charge la maladie de Hodgkin. Nous avons utilisé les logiciels EPI 6 et SPSS pour l'analyse des résultats. Afin de comparer les incidences nationales aux incidences internationales, l'incidence de la maladie variant fortement avec l'âge, ce facteur est pris en compte par l'estimation des taux d'incidence spécifiques en utilisant les découpages de l'âge habituel pour les cancers de l'adulte par tranche de 5 ans. Dans la méthode de standardisation directe, le taux standardisé est le taux que l'on s'attendrait à trouver dans notre population si elle avait la même structure d'âge qu'une population standard dite de « référence » comme la population mondiale.

Résultats

2469 dossiers ont été reçus et traités : 2383 cas touchant l'adulte à partir de 16 ans et répondant aux critères de la fiche ont été retenus. Le nombre de cas retenus par service est comme suit : EHS CPMC : 323 ; EHS ELCC Blida : 304 ; CHU Béni Messous : 227 ; EHU Oran : 214 ; CHU Tizi Ouzou : 169 ; CHU Constantine : 167 ; CHU Sétif : 160 ; CHU Annaba : 152 ; CHU Oran : 128 ; CHU Batna : 114 ; CHU Tlemcen : 93 ; HCA : 77 ; SS Rouïba : 52 ; CHU Sidi Belabbes : 46 ; SS Saida : 36 ; SS Mascara : 30 ; HM Oran : 28 ; HM Constantine : 21 ; SS Bechar : 15 ; SS Temouchent : 13 ; EHS Blida Radiothérapie : 12 ; CHU Bejaia : 2.

Nombre de cas : 2383 repartis respectivement en : 390, 463, 490, 500 et 540 cas de 2008 à 2012.

Distribution régionale des cas : 2236 cas : Centre : 805, Est : 678, Ouest : 615, Sud : 138.

Prise en charge : 2383 cas : Région Centre:1164 (48,85%) Région Est: 616 (25,85%), Région Ouest : 603 (25,30%)

Sexe : M = 1183 ; F = 1200 ; Sex Ratio = 0,99

Age moyen au diagnostic : 31,7 ans (16-99) ; hommes = 33,2 (16-99) ; femmes = 30,2 (16-88)

Délai diagnostique moyen : 7 mois (1-48)

Profession : les points qui ressortent nettement concernent les fellahs et les personnels exposés aux agents chimiques.

Cancers familiaux : retrouvés dans 10,4% des cas signalés ; les hémopathies malignes (HM) sont au premier plan avec 38,5% des cas et en tête de liste les lymphomes Hodgkiniens qui représentent 50% de toutes les HM. Les cancers gynécologiques occupent la deuxième place avec 17,8% des cas, les néoplasies digestives la troisième place avec 16,3 % des cas, les cancers broncho-pulmonaires avec 15,6% sont à la quatrième place et le reste avec 11,8% des cas.

Incidence annuelle brute moyenne nationale : 1,8 cas pour 100 000 habitants. Incidence spécifique par rapport à l'âge : pic d'incidence entre 16 et 34 ans. Incidence standardisée/population mondiale = 1,2 cas pour 100 000 hbts.

Premier symptôme : précisé dans 1839 cas : adénopathie superficielle : 78,5 %, toux : 8,6%, signes généraux : 5,7%, autres : 7,2%.

Localisation initiale des adénopathies : a été précisée dans 1730 cas (71,6%) : cervicale : 71%, médiastinale : 13,4%, axillaire : 6,8%, inguinale : 5,2%, abdominale : 3,1%, splénomégalie : 0,3%, masse sternale : 0,2%.

L'analyse immunohistochimique a été réalisée dans seulement 1185 cas.

Type histologique : a été précisé dans 2222 cas (93,8%) : type 1 : 4,4% ; type 2 : 75% ; type 3 : 19,4% ; type 4 : 1,2%.

Répartition selon le stade (Classification Ann Arbor): 2356 cas (98,9%) : stade I : 9,2% ; stade II : 37,8% ; stade III : 21,5% ; stade IV : 31,5%.

Répartition des stades IV : l'atteinte organique est : hépatique : 37% ; médullaire : 21% ; pulmonaire : 44% ; pleurale : 10,5% ; osseuse : 15,5% ; divers : 3,3%.

Commentaires

L'incidence nationale telle que rapportée est inférieure à celle observée dans le monde, elle se situe au même niveau que les incidences relevées en Afrique du nord, en Turquie et au Pakistan, les pays à forte incidence étant Israël, l'Italie, la Suisse, la Russie, les Etats-Unis d'Amérique ; mais elle a nettement progressé depuis la dernière enquête (2006) de 0,7 pour 105 hbts à 1,8 /105 hbts ; en effet, la tendance est depuis 5 ans à la progression annuelle lente mais significative. Un pic de fréquence est observé entre 16 et 34 ans, cette première tranche d'âge est retrouvée dans pratiquement toutes les études de la littérature; par contre nous ne notons pas de pic vers la 7ème décennie comme signalé dans les études internationales, cela est lié à la structure de notre population qui est encore jeune. La prédominance masculine n'est pas relevée dans notre étude comme c'était le cas en 2006. Les facteurs de risque environnementaux n'ont pas pu être clairement mis en avant, l'exposition en milieu agricole et aux agents chimiques mérite d'être précisée à l'avenir ; parmi tous les cancers familiaux notés, le lymphome hodgkinien est l'antécédent carcinologique le plus retrouvé. Au plan histologique, alors qu'en 2006 une différence était observée par rapport aux données de la littérature, les données de l'enquête actuelle se superposent à celles de la littérature peut être en raison de l'amélioration du classement et probablement du mode de vie, les types scléronodulaires, rejoignant ceux que l'on relève dans la littérature occidentale. La répartition par stades montre toujours une nette prédominance des stades étendus (III-IV) dans notre population : cela est probablement lié au retard diagnostique tel qu'illustré par le délai moyen de 7 mois certes en net recul par rapport à celui de 2006 qui était de 11 mois.

Conclusion

En conclusion, notre étude objective une augmentation nette de l'incidence

des Lymphomes Hodgkiniens sur la période 2008-2012 ; cette augmentation du nombre de nouveaux cas est révélatrice du poids que représente pour la population Algérienne cette maladie curable. Cette nouvelle situation épidémiologique devrait alerter les pouvoirs publics et les inciter à une prise de mesures avec notamment des offres de soins plus conséquentes en quantité et qualité.

2-LES STADES LOCALISES DU LYMPHOME DE HODGKIN (LH) : ETUDE MULTICENTRIQUE REGIONALE OUEST (2008-2012).

A. Arabi1, R. Bouhass1, H. Touhami2, F. Mekkous-Touhami2, H. Touhami2, A. Hadjeb3, Z. Zouaoui3, N. Houti4, N. Mesli4, N. Mehalha5, A. Bachiri6, T. Alsuliman1, MA. Bekadja1

1 Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU1er Novembre, Oran, 2 Service d'Hématologie, CHU Oran, 3 Service d'Hématologie, CHU SBA, 4 Service d'Hématologie, CHU Tlemcen, 5 Service d'Hématologie, EPH Mascara, 6 HMRU Oran

Introduction :

Dans le LH, la classification de Ann-Arbor a permis de faire la distinction entre les stades localisés (I et II) et les stades étendus (III et IV). Néanmoins, les stades localisés représentent une entité hétérogène de patients tant du point de vue pronostic qu'évolutif, si bien que le traitement demeure encore non consensuel.

But de l'étude:

Ce travail a pour but d'évaluer les résultats de la prise en charge du LH localisés au niveau de l'Ouest Algérien.

Matériel et Méthodes:

Ce travail rétrospectif multicentrique (6 services d'hématologie de l'Ouest Algérien) a porté sur une période de 5 ans (01/01/2008 - 31/12/2012). Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans et présentant un LH de stade localisé I-II non « bulky médiastinal ». Sur le plan thérapeutique, 82% des patients ont reçu une chimiothérapie associée à une radiothérapie complémentaire.

Résultats :

115 patients ont été colligés, avec un âge médian de 35 ans (16-78), un sex ratio H/F=1, 21. Selon Ann Arbor : IA : 26, 9%, IB=11, 3%, IIA=33%, IIB =28% (NB : 13% de ces patients sont « bulky périphériques »). 67% des patients sont de type 2. 70% des patients avaient au moins 1 facteur de mauvais pronostic. Pour les stades I-IIA, la RG= 95% (RC= 91%, RP = 4%) ; le taux de décès est de 4, 8% et le taux de rechute est de 6%. Pour les stades IIB, la réponse globale est de 75% (RC = 72%, RP = 3%), le taux décès=15%, le taux de perdus de vue= 9% et le taux de rechute = 12%. La SG est de 92% (stades I-IIA) et de 72% (stades IIB) (p= 0, 024).

Conclusion :

Dans notre étude les stades IIB ont été traités comme des stades localisés. Nos résultats démontrent qu'ils ont un pronostic péjoratif et il faudrait les considérer et les traiter comme des stades étendus

3-RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE DE HODGKIN DANS SA FORME LOCALISEE

F. Lamraoui, N. Rekab, H. Brahimi, KM. Belabiod, S. Taoussi, S. Oukid, Y. Bouchakor, M.T Abad.

Service d'Hématologie, EHS ELCC, Blida, Faculté de Médecine, Université Blida I

Introduction :

Les progrès accomplis dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie de Hodgkin ont permis un taux de guérison de 70 à 90%. La définition des groupes pronostiques a pour objectif d'adapter les indications thérapeutiques afin d'améliorer les résultats des groupes de pronostiques défavorables par l'intensification de la procédure et limiter les complications tardives des groupes de pronostiques favorables.

But de l'étude:

Evaluer les résultats du traitement de la maladie de Hodgkin.

Matériel et Méthodes:

De 2000 à 2012, 520 patients atteints de maladie de Hodgkin ont été pris en charge. Le diagnostic est posé par une étude histologique et parfois immunohistochimique d'une biopsie ganglionnaire. Un bilan d'extension permet une classification selon Ann Arbor. Une classification pronostique selon les critères définis par l'OERTC a été adopté pour nos patients.

Résultats :

Parmi les 520 pts, 234 (45%) sont classés au stade localisé, dont 125 femmes et 109 hommes, sex ratio 0.87, l'âge moyen 30, 22 ans ; 30 pts (12.8%) sont classés au stade I, 204 pts (87.71%) au stade II, dont 54 pts (23.07%) au groupe favorable et 180 pts (76.69%) au groupe défavorable. 214 pts (91.4%) ont été traité par le protocole ABVD à raison de 3 à 4 cures dont 206 sont évaluable : 139 pts (67.4%) sont en RC et RP>75%, 22 pts (10.6%) sont en RP 50 et 75% et 45 pts (21.8%) sont en échec. Parmi les 139 pts en RC/RP>75% après ABVD, 39 pts ont reçu une radiothérapie en mantelet complet à 40Gy et une barre lombo splénique à 30Gy ; 33 pts sont en RC entretenue, 4 pts ont rechuté, 2 sont décédés en RC suite à une complication (pneumonie, néo ORL). 86 pts ont reçu une RT en mantelet adapté à 30Gy et une BLS 24 Gy ; 82 pts sont en RC entretenue, 3 pts ont rechuté, 1 pt a présenté un LNH. Les pts en RP 50 à 75%, 21 ont été irradié en mantelet adapté 30Gy et BLS 24Gy dont 15 sont en RC entretenue et 6pts ont rechuté. Les 45 pts en échec, le diagnostic a été redressé chez 3 pts (LNH), 41 pts ont subi une chimiothérapie 2° ligne : 23 RC/RP entretenue à ce jour, 14 échec et 3 décès toxiques. Parmi les 206 pts évaluable, 162 (78.64%) sont vivants en RC entretenue.

Conclusion :

Nos résultats s'expliquent par le fait que près de 80% de nos patients appartiennent au groupe de pronostic défavorable

4- RESULTATS THERAPEUTIQUES DU PROTOCOLE ABVD-PLATINE DANS LES STADES LOCALISES DE LA MALADIE DE HODGKIN.

F.Tensaout, N.Ait Amer, F.Belhadri, N.Abdennebi, H.Moussaoui, F.Boukhamia, N.Idir, M.Merrouche, M.Benakli, Ahmed Nacer, RM.Hamladji.

Service d'Hématologie-Greffe de moelle osseuse, CPMC, Alger

Introduction :

L'association d'une chimiothérapie(CT) ABVD et radiothérapie(RT) permet d'obtenir une rémission prolongée à 05 ans chez 80 à 95% des formes localisées de maladie de Hodgkin(MH). Nous évaluons les résultats de L'ABVD-platine +/- RT selon les groupes de L'EORTC..

But de l'étude:

De janvier 1998 à Décembre 2011, 394 pts sur un total de 896 (44%) ont été traités, dont l'âge médian est de 25 ans (13-63), 175 Hommes et 219 Fla localisation médiastinale a été retrouvée chez 262/394 (66%), massive chez 162/264 (62%)

Matériel et Méthodes:

252/394 (64%) type histologique 2, un stade clinique (SC) I chez 68/394 (17%) et 326/394 (83%) SC II, selon les critères de l'EORTC, 104/394 (26%) (SC I = 40, SC II = 64) du groupe favorable (GF) et 290/394 (74%) (SC I = 24, SC II = 226) groupe défavorable(GDF). Nos pts ont reçu 3 à 4 cures d'ABVD-platine + RTC chez 345/394(87%) pts. En décembre 2013, un recul maximum de 180 mois et minimum 18 mois. RESULTATS : Dans le GF (n : 104), après CT, 91/104 (87%) sont en RC, 10/104 (10%) RIC et 03/104 (3%) échec

Résultats :

(01 DCD, et 02 VRC après TRT de rattrapage) parmi les 101 pts (91 RC +10RIC), 96/101 (95%) ont reçu une RTC et sont en RC, dont 75/96 (78%)

RC persistante(RCP), 15/96 (16%) sont perdus de vue (PDV) en RC, 5/96 (5%) ont rechuté et 01 pt décédé (DCD) en RC, Les 05 pts en RC qui n'ont pas reçu de RTC, 03 sont en RCP et 02 ont rechuté. Au total : Après CT+RT, 75 RCP, 15 PDV en RC, 05 rechutes et 01 DCD en RC, sous CT seule, 03 RCP, 02 rechutes et les 03 échecs. Dans le GDF(N : 290), après CT, 159/290 (55%) RC, 115/290 (40%) RIC et 16/290 (5%) échec(10 DCD, 06 RC après TRT de rattrapage), les 274/290 (95%) en réponse (159 RC+115 RIC), 249/274 (91%) ont reçu une RTC, dont 246/249 (99%) RC et 03 (1%) RIC, 194/246 (79%) sont en RCP, 36/246 (15%) PDV RC, 03 pts (1%) DCD en RC, 13/246 (5%) et les 03 pts en RIC après RT ont rechuté, sur les 25 pts qui n'ont pas reçu la RT, 13/25 (52%) RCP, 7/25 (28%) PDV RC 4/25 (16%) rechute et 1/25 (4%) DCD en RC. Au total : Après CT+RT, 194 RCP, 36 PDV RC, 16 rechutes (13RC+3 RIC) et 03 DCD en RC, après CT seule, 13 RCP, 07 PDVRC, 04 rechutes, 01 DCD en RC et les 16 échecs. Total des décès : GF, 04/104 (03%), 1DCD en RC (encéphalite), 01 DCD (échec) et 02 DCD(rechute). Dans le GDF 22/290(07%) : 04 DCD en RC (01 néoplasie œsophagienne, 01 LAM, 01 IDM et 01 d'infection), 10 DCD (échec) et 08 DCD(rechute). La survie globale(OS) et la survie sans événement(EFS) sont respectivement : Après CT+RT, le GF(96% et 92%), et le GDF(92%et 80%)..

Conclusion :

La survie globale et la survie sans événement Dans le GF et le GDF après CT+RT sont respectivement (96% vs 92% P=0, 50 NS) et (92% vs 80% p=0.20 NS) ne montrent pas de différence significative dans les deux groupes pronostiques.

5-LES RESULTATS THERAPEUTIQUES DES STADES LOCALISES DE LA MALADIE DE HODGKIN

H. Hamouda, M. Medani, F. Kherbache, S. Kermiche, A.

Merzougui, S.Hamdi

Service d'hématologie de Sétif

Introduction :

Les stades localisés de la maladie de Hodgkin sont reconnus par leur bon pronostic où l'on parle même de guérison chez la majorité des patients.

But de l'étude ou Programme :

Le but de notre travail est d'évaluer la prise en charge des malades au stade localisé selon les groupes pronostiques de l'EORTC

Matériel et Méthodes (Objectifs ou Observations) :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 ans (2008- 2012) composée de 62 patients :27 hommes et 35 femmes avec un sex ratio 0,77 et un âge moyen de 31 ans(15- 80ans). Le diagnostic est orienté par la cytologie et confirmé par l'étude anatomopathologique L'immunohistochimie n'a été pratiquée que chez 25% des patients. Le bilan d'extension (examen clinique, imagerie et biologie) a permis de subdiviser les patients des stades localisés (I- IIB-IMT< 1/3 et/ou Tm< 10 cm) en formes favorables et défavorables selon les groupes pronostiques thérapeutiques de l'EORTC.

Les principales stratégies

thérapeutiques (n : 61) employées consistent en 3- 4 cures de polychimiothérapies (ABVD :31 cas ; ABVD Cis platine :30 cas) associées à la radiothérapie dans 72% des formes favorables et défavorables. Les patients n'ayant pas bénéficié de radiothérapie ont reçu 6 cures de chimiothérapie

Résultats :

La répartition selon le type histologique montre : type1 : 13%, type2 : 67%, type3 :18%, non précisé : 2% La répartition selon la classification Ann Arbor objective : IA: 31%, IB : 8%, IIA: 42%, IIB : 19%. Selon l'EORTC : Les formes favorables (n: 27 soit 44%) et les formes défavorables (n:35 soit 56%).

Résultats thérapeutiques (n : 61) : Le suivi moyen des patients est de 28 mois (13- 60 mois).

Groupes favorables (n: 27): RC : 27 cas, 1 Rechute. - Groupes défavorables évaluable (n : 34) : RC : 28(82%), RP : 3 cas(9%), échec : 3 cas(9%), 1 Rechute

Devenir :

- Groupe favorable : 25 RC dont un après Trt de 2ème ligne, 2 cas PDV en RC.

- Groupe défavorable : RC : 25 cas (23 Tjrs en RC, 2 cas après Trt 2ème ligne),

RP : 2 cas, PDV en RC : 4 cas, Vivants en échec : 2 cas, 1 DCD. A 5 ans la survie globale est de 96,4%.

Conclusion :

Le taux de réponse est dans l'intervalle des séries publiées. Les formes favorables sont de très bons pronostics puisqu'il n'y a pas eu de décès à 5 ans. Le seul décès observé est parmi le groupe défavorable.

6-ANALYSE DES RESULTATS THERAPEUTIQUES DANS LES STADES LOCALISES DE LA MALADIE DE HODGKIN SUR UNE PERIODE DE 10 ANS

H. Ahmidatou, M. Ramaoun, L. Louanchi, C. Kerar, S. Nekkhal, M. Belhani
Service d'Hématologie, CHU Béni Messous

Introduction :

On note une très bonne réponse au traitement associant polychimiothérapie et radiothérapie dans les stades localisés de la maladie de Hodgkin.

But de l'étude:

Notre étude a pour but d'évaluer la réponse au traitement et d'énumérer les échecs de ces formes localisées.

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective faite dans le centre d'hématologie du CHU Beni Messous, sur une période de 10 ans (Janvier 2003-Décembre 2012) à partir de dossiers médicaux. Sur 380 patients nouvellement diagnostiqués recensés, 140 sont avec un stade localisé (1/3 de tous les malades) ont été analysés. Sex ratio 0,6 (55H/85F), moyenne d'âge de 29 ans +/- 13 (16-86 ans), 75 % ont moins de 31 ans. Types histologiques classiques (HLC) : scléronodulaire 78%, à cellularité mixte 19%, lymphocytaire 1%, à déplétion lymphocytaire 2%. 18 patients sont classés stade I (13%) et 122 stade II (73%). Les signes généraux (B) sont présents dans 83% (116). Les masses Bulky (7-10 cm) sont notées chez 31 patients et les Bulky massifs (> 10 cm) chez 25 patients. Tous les malades ont reçu une polychimiothérapie de première ligne à raison de 4 à 8 cures (ABVD) et une chimiothérapie de 2ème et 3ème ligne en cas d'échec ou de rechute (ESAP, Mime, VACEM, BEACOPP). 57 patients (41%) ont bénéficié d'une radiothérapie adjuvante. Une réévaluation est faite clinique, biologique et radiologique afin d'estimer la réponse au traitement.

Résultats :

Le résultat final de la réponse globale au TRT : 103 patients en RC (73%), 13 RIC (9%), 20 sous TRT d'échec (14%) et 4 PV (3%). Parmi les 20 patients qui sont sous TRT d'échec, il y a 15 avec des masses Bulky Le recul médian est de 52 mois (12 - 120 mois), 127 (91%) patients sont vivants, 7 patients (5%) sont perdus de vue et 6 sont décédés (4%) suite à la progression de la maladie et à des complications infectieuses. La survie globale est de 92 % pour un recul médian de 52 mois. Commentaires : - prédominance féminine dans notre série - les stades IIB bulky et bulky massifs rejoignent les stades avancés. - pas de différence significative entre nos résultats thérapeutiques (RC + RIC 82%) et ceux de la littérature (RC obtenue dans 90%) l'intérêt de la réévaluation initiale (TEP scan + TAP) pendant et après TRT pour adapter le TRT en fonction de la réponse au TRT dans les stades localisés (TRT adapté à chaque malade, à la carte) - la radiothérapie n'a pas été pratiquée chez tous les patients, problème d'accessibilité, délai trop long

Conclusion :

Les formes localisées de la maladie de Hodgkin sont de très bon pronostic

intéret d'adapter le TRT en fonction de la réponse pour réduire les effets secondaires à long terme.

7-LES STADES ETENDUS DU LYMPHOME DE HODGKIN (LH) : ETUDE MULTICENTRIQUE OUEST (2008-2012).

Z. Zouaoui (CHU Slidi Bel Abbès), A. Hadjeb (CHU Slidi Bel Abbès), A. Arabi (EHU Oran), R. Bouhass, A. Arabi (EHU Oran), H. Touhami (CHU Oran), F.Mekkous-Touhami (CHU Oran), N. Touil (CHU Tlemcen), N. Mesli (CHU Tlemcen), N. Mehalhal (EPH Mascara), A. Bachiri (HRMU Oran), T. Alsuliman (EHU Oran), MA. Bekadja (EHU Oran)

Introduction :

Le Lymphome de Hodgkin (LH) est la première affection maligne curable définie comme une entité anatomo-clinique bien individualisée affectant principalement les lymphocytes B. Son diagnostic repose sur la présence de cellules dystrophiques ou cellules de Hodgkin-Reed-Sternberg(HRS). La prise en charge de cette affection dans sa forme disséminée s'est modifiée durant cette dernière décennie grâce à l'utilisation de nouveaux schémas thérapeutiques adaptés aux scores pronostiques. Nous rapportons dans ce travail les résultats d'une étude multicentrique de 390 patients de stades étendus III et IV de la classification Ann Arbor.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une enquête épidémiologique rétrospective réalisée sur une période de 5 ans (2007 - 2011), à travers tout le territoire national. Tous les centres (16) traitant la LLC ont participé à cette étude épidémiologique.

But de l'étude:

L'objectif de l'étude est de faire une analyse clinique et thérapeutique du lymphome de Hodgkin dans sa forme disséminée, comparer nos résultats à ceux publiés dans la littérature.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique (6 centres de l'Ouest) de Janvier 2008 à Décembre 2012. 390 patients atteints de LH de stades étendus et âgés de plus de 15 ans ont été colligés. Le recueil des données s'est fait à partir de fiches type. L'analyse des résultats et le calcul des courbes de survie ont été réalisés par le logiciel SPSS version 18.

Résultats :

Les caractéristiques initiales des patients sont : un âge médian au diagnostic de 28 ans (15-88), un sex ratio 1,29 H/F :220/170. Prédominance du type 2 :68%, inclassable :1%. Les stades cliniques sont les suivants :III A :8%-III B :11%-III BX :8%-IV B :38%-IVBX :35%. 87% des patients sont classés B, 43% ont un IMT>0, 33. Selon le score(IPS), 86% des patients sont de pronostic défavorable. 2 patients sont décédés avant tout traitement. Au terme du traitement, 51% des patients sont en RC, 24% en RP, 23% en échec et 2% sont perdus de vue. La médiane de survie globale est de 36 mois. La médiane de survie sans rechute est de 26mois.

Conclusion :

La fréquence des stades étendus ainsi que la prédominance des facteurs de mauvais pronostic dans notre recrutement de patients expliquent les résultats thérapeutiques insuffisants. La recherche d'une nouvelle stratégie de traitement associant l'intensification à l'autogreffe de cellules souches périphériques pourrait permettre un meilleur contrôle de la maladie.

8-RESULTATS THERAPEUTIQUES DES STADES AVANCES DE LA MALADIE DE HODGKIN

F Talbi1 -SE Belakehal1 - H Mansour1 - M kacimi2 - Mellouk 3- Mekki3- K Djouadi1 - FZ Ardjoun1
Service d'Hématologie1 - / Service d'Anatomopathologie2 - / Service de Radiothérapie3 - HCA

Introduction :

Les formes étendues de la maladie de Hodgkin constituent un groupe

hétérogène, elles représentent environ 50 % des cas dans les pays développés, (51% chez nous) (1). La RC ne dépasse pas les 60 à 70 % par les schémas classiques avec un risque de rechute non négligeable; le taux de guérison à 10 ans est seulement de 50 à 60%.

Objectifs de l'étude : analyser les aspects cliniques et évolutifs de 33 patients atteints de LH (stades III et IV) colligés au Service d'Hématologie de l'HCA sur une période de 5 ans.

Matériels et méthodes :

- o De Janvier 2008 à Décembre 2012, 80 nouveaux cas de MDH sont répertoriés chez nous.
- o Le diagnostic est posé par analyse anatomopathologique couplée à l'IHC dans la majorité des cas. La classification utilisée est celle de l'OMS.
- o Au terme du bilan d'extension, nous avons classé nos patients selon la classification anatomoclinique d'Ann Arbor et les critères pronostiques de l'IPS :

Âge \geq 45 ans. Sexe masculin, Hémoglobine $<$ 10.5 g/L, Albumine sérique $<$ 40 g/L, Stade IV, Leucocytes \geq 15 x 10⁹/L, Lymphocytes $<$ 0,6 x 10⁹/L.

- o Deux schémas thérapeutiques ont été appliqués en fonction du groupe pronostique : (6-8) cycles d'ABVD +/- RT, 4 BEACOPPesc + 4 BEACOPPst (dans les formes les plus graves).

Résultats :

- o Les stades avancés représentent 41% de notre série : ils se subdivisent en :

(IIIA : 3 cas, IIIB : 9 cas,

IV (A/B) : 21 cas).

- o Le sexe masculin prédomine: 28H/5F • un sex-ratio=5.2.
- o Age moyen : 32 ans [16-69] ans.
- o Le diagnostic est posé après un délai moyen de :
 - 6 mois (1-14 mois) • stades III.
 - 8 mois (1-30 mois) • stades IV.
- o Circonstances de découverte de la maladie : adénopathie périphérique dans près de la moitié des cas, des signes généraux dans 27 % des cas, une symptomatologie pulmonaire (toux sèche) dans 20% des cas, des douleurs osseuses dans 6% des cas.
- o Le type 2 histologique est retrouvé dans 70% des cas suivi par le type 3 dans 21 % des cas, le type 1 dans 6 % des cas et non précisé dans 3% des cas.
- o L'atteinte viscérale (stades IV) est dominée par l'atteinte osseuse : 8 cas, pulmonaire : 7 cas, médullaire : 5 cas, hépatique : 3 cas
- o Selon l'IPS: les groupes favorables ne représentent que 20% contre 73% pour les formes défavorables, 2 patients (7%) ont un score intermédiaire.

o Résultats thérapeutiques :

- Formes Bulky (IMT $>$ 0.35) :
- ABVD • RC : 2 cas, RP : 3 cas (un décès après 6 cycles en RP: patient présentant une association MDH et aplasie médullaire, décédé suite à un syndrome hémorragique sévère), 1 patient est décédé après un cycle d'ABVD (à son domicile).
- BEACOPP (8 cycles) • dans un cas : RC.
- 1 BEACOPP (toxidermie à la Bléomycine) + 4 ESAP + RT (centrée sur le médiastin) • dans un cas : RP.
- 8 ABVD + RT (médiastinale) • dans un cas : RC.
- Stades III :
- 6 à 8 cycles d'ABVD : la RC est obtenue dans 7 cas, une RP dans un cas (groupe défavorable), un décès précoce dans 1 cas (après 3 cycles d'ABVD suite à une pneumopathie sévère).
- BEACOPP (6 cycles) dans un cas (groupe défavorable): RC.

- Stades IV :
- o ABVD dans 13 cas :
- RC dans 5 cas.
- RP dans 4 cas.
- échec primaire dans 3 cas: deux patients ont bénéficié d'un protocole de deuxième ligne type BEACOPP puis ESAP sans résultat (1 malade est décédé après 48 mois de survie globale, le deuxième patient est vivant en échec avec une SG : 29 mois), le troisième malade est PDV.
- Non évaluable : 1 cas (PDV après un seul cycle d'ABVD).
- o BEACOPP (sans Natulan) utilisé chez 3 patients appartenant au groupe défavorable: RP.
- o La survie globale dans notre série est de 27 mois (2-66 mois) avec une survie sans événements de 23 mois.
- o Les principales complications :
 1. Hématologiques • 8 cas.
 2. Cardiaques • 2 cas.
 3. Cutanées • 5 cas dont un cas de toxidermie flagellée.
 4. Pulmonaires • 2 cas.
 5. Neurologiques • 1 cas.

Discussion :

les données cliniques retrouvées dans notre série sont identiques à celles décrites dans les différentes séries nationales et internationales.

Cette étude montre la difficulté d'obtenir une rémission complète (52% des cas seulement) dans les stades avancés par les associations thérapeutiques usuelles (ABVD).

Conclusion :

Des stratégies très différentes ont été développées dans le but d'améliorer les résultats des stades avancés du LH:

1. Chimiothérapie exclusive.
2. Association chimio-radiothérapie selon des modalités difficilement comparables.
3. Intensification thérapeutique sous forme d'un renforcement de la chimiothérapie de première ligne ou d'une autogreffe de cellules souches périphériques après chimiothérapie de première ligne.
4. Développement des thérapeutiques ciblées (anti CD30).

L'utilisation du protocole BEACOPP escaladé en première intention chez ce groupe de patients représente, pour de nombreux auteurs, une alternative très prometteuse, permettant d'améliorer de manière significative le contrôle tumoral et la survie globale, comparativement au traitement conventionnel avec 96% de RC et une survie globale à 52 mois à 91%.

1.Pr MT Abad. *Epidémiologie de la maladie de Hodgkin en Algérie : Revue Algérienne d'Hématologie ; N°1 Sept 2009.*

2.Diehl V, Behringer K: *Could BEACOPP be the new standard for the treatment of advanced Hodgkin's lymphoma (HL)? Cancer invest 2006 Nov; 24(7): 713-7.*

3.Kuruvilla J. *Standard therapy of advanced Hodgkin lymphoma. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2009:497-506.*

4.Franklin J, Diehl V. *Current clinical trials for the treatment of advanced-stage Hodgkin's disease: BEACOPP. Ann Oncol. 2002; 13 Suppl 1:98-101.*

9-RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE DE HODGKIN DANS SA FORME ETENDUE.

F. Lamraoui, N. Rekab, H. Brahimi, KM. Belabiod, S. Taoussi, S. Oukid, Y. Bouchakor, M.T Abad.

Service hématologie, EHS ELCC, Blida, Faculté de Médecine, Université Blida I

Introduction :

Les résultats du traitement des formes étendues de la maladie de Hodgkin restent décevants puisque plus de 10% sont réfractaires et 20 à 30% rechutent ; l'intensification des protocoles thérapeutiques améliore ces résultats mais avec une toxicité non négligeable.

But de l'étude:

prise en charge de la maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

De 2000 à 2012, 522 patients atteints de maladie de Hodgkin ont été pris en charge. Le diagnostic est posé par une étude histologique et parfois immunohistochimique d'une biopsie ganglionnaire. Un bilan d'extension permet une classification selon Ann Arbor. Une classification pronostique selon les critères définis par l'OERTC a été adopté pour nos patients.

Résultats :

Parmi les 520 pts, 286 (55%) sont classés au stade étendu, dont 139 femmes et 147 hommes, sex ratio 1.05, l'âge moyen 31, 8 ans ; 22 pts (7.7%) sont classés au stade IIIA, 98 pts (34.2%) au stade IIIB et 166 pts (58.04%) au stade IV. 212 pts (74.1%) ont été traités par chimiothérapie selon le protocole ABVD à raison de 6 à 8 cures exclusive chez 191 pts et associé à une radiothérapie en mantelet complet et Y inversé chez 15 pts et des masses résiduelles chez 6 pts dont 16 pts stade IIIA, 68pts stade IIIB et 128 pts stade IV. Parmi les patients classés au stade IIIA(22), une RC/RP>75% : 13pts, échec : 3 pts ; 3 pts ont rechuté ; 13 pts sont vivants en RC entretenue. Les patients classés stade IIIB(68) : 6 pts non évaluables, RC/RP>75% : 37pts, RP 50 à 75% : 8pts, échec : 16pts, progression : 1pt. 8 pts ont rechuté ; 43pts sont RC entretenue. Les patients classés au stade IV(128) : 9 pts non évaluables, RC/RP>75% : 59pts, RP 50à75% : 16pts, échec : 39pts, progression : 6pts. Le diagnostic a été redressé chez 3 pts, il s'agissait d'un LNH. 14 pts ont rechuté. 74 pts sont vivants en RC entretenue. Parmi les 203 pts évaluables, 31 (15.2%) étaient réfractaires à toute chimiothérapie et 130pts (64.03%) sont vivants en RC entretenue, 25pts (12.3%) sont décédés.

Conclusion :

Nos résultats s'expliquent par le fait que la majorité de nos patients appartiennent au groupe de pronostic défavorable surtout le taux d'échec est très important (65pts : 32%). Nous n'espérons améliorer nos résultats que par le diagnostic précoce de la pathologie à des stades localisés sans facteurs de mauvais pronostic.

10-EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES STADES DISSEMINES DE LYMPHOME HODGKINIEN

Boucheloukh N, Mehnaoui H, Benalioua M, Bentorki S, Bouras M, El Kouti N, Guemriche A, Kolli K souames Z, ziout M, Zouiten A, Rached B, Grifi F
Service d'Hématologie, Annaba

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne dont le pronostic dépend de la qualité du diagnostic et de l'évaluation du processus tumoral (staging). Les formes disséminées des lymphomes de Hodgkin posent des problèmes thérapeutiques en raison particulièrement : du retard diagnostique et des formes massives fréquentes.

But de l'étude:

Notre étude s'intéresse à préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des stades disséminés du lymphome de Hodgkin.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur des dossiers médicaux et des fiches de suivi de 88 patients ayant un stade disséminés de la maladie (III et IV) triés parmi 161 patients diagnostiqués entre (Janvier 2008 – Décembre 2012), tous les patients sont classés selon la classification d'ANN ARBOR. Le protocole utilisé en première ligne est toujours l'ABVD parfois complété par une radiothérapie ou GMO. Les critères de réponse sont définis après évaluation clinique, biologique et radiologique.

Résultats :

L'âge médian des patients est de 27 ans, avec des extrêmes allant de 14 et 64 ans. Le sexe ratio est de 0.79 (39 H – 49 F) Le délai diagnostique moyen est de 2 mois L'incidence annuelle est de 17cas/an Parmi eux 56% au stade IV où l'atteinte hépatique est majoritaire (27cas), et 44% sont au stade III. L'adénopathie initiale est souvent de siège cervical haut (67%) l'atteinte médiastinale est présente dans 36 % des cas. Les signes biologiques d'évolutivité sont présents pour 86% des patients. Notant que 59% de nos patients appartiennent au groupe à haut risque selon la classification de HASENCLEVERur le plan thérapeutique, l'ABVD est indiqué en première ligne Le nombre de cures varie de 04 à 08, 06 malades ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire, et 02 d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. La rémission complète est obtenue chez 58% des cas, 24% de patients sont en rémission partielle, et 11% sont en échec. La rechute est survenue dans 22 % des cas, soit précocement(12% des cas) ou tardivement(09% des cas) Le décès est survenu chez 13 cas La survie sans rechute est estimé à 18 mois. La durée moyenne de survie globale est de 28 mois.

Conclusion :

Cette maladie est l'un des meilleurs exemples de néoplasie curable au prix d'une prise en charge rigoureuse. Nos résultats restent moyens en raison du retard diagnostique et la difficulté de procéder aux compléments thérapeutiques (radiothérapie, procédures d'intensification). Une approche consensuelle thérapeutique utilisant des protocoles adaptés à ces formes graves améliorerait leur pronostic.

11-EVALUATION DU PROTOCOLE ABVD-PLATINE DANS LE TRAITEMENT DES STADES ETENDUS DE LA MALADIE DE HODGKIN

N. Abdennebi, F. Tensaout, N. Ait-Amer, F. belhadri, F. Boukhemia, H. Moussaoui, A. Talbi, S. Akhrouf, M. Benakli, R. Ahmed-Nacer, RM. Hamladji
Service d'Hématologie-Greffe de moelle osseuse, CPMC, Alger

Introduction :

la maladie de Hodgkin (MDH) pose un problème thérapeutique dans les stades étendus. Nous rapportons les résultats du protocole ABVD associé au Platine (P) dans le traitement (TRT) des stades étendus (SE) de la MDH chez les sujets de moins de 65 ans : stades cliniques (SC) II sous diaphragmatiques (SD), SC III et SC IV (EORTC).

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

de juin 1998 à décembre 2011, 492 cas de SE traité par ABVD-P. Le délai moyen diagnostique est de 8 mois (1-72), l'âge médian à 25 ans (11-65) et le sexe ratio (H/F) : 1, 1 (H : 262, F : 230). La répartition selon Ann-Arbor : SC II SD : 25 (5%), SC III : 335 (68%) et SC IV : 132 (27%). La répartition selon l'IPS (Internatinal Prognostic Score) pour les SC III et IV : risque standard : 244/467 (52%) et haut risque : 223 (48%). Tous les pts ont reçu 3 à 4 cures de chimiothérapie (CT). Un complément de radiothérapie (RT) est fait chez 361/456 pts (79%) en rémission complète (RC) ou rémission incomplète (RIC) (SC IISD : 20, SC III : 288, SC IV : 53 pts) et une autogreffe chez 36 pts (SC III : 3, SC IV : 33). L'évaluation est faite en décembre 2013 avec un recul maximal de 180 mois et minimal de 18 mois.

Résultats :

Le nombre de pts évaluables = 475/492 (II SD : 24, III : 324, IV : 127). Dix sept pts non évaluables [perdus de vue (PDV) après TRT : 8, décédés pendant la CT : 5, complications iatrogènes du platine à CT1 : 4]. Après CT, une réponse est obtenue chez 456 pts/475 (96%) avec une RC chez 284/475 (60%), une RIC chez 172/475 (36%) et un échec chez 19 pts/475 dont 3 sont en RC après CT de rattrapage et 16 décédés. Un complément de RT est fait chez 361 pts/456 (79%) (242 en RC et 119 en RIC post CT) : 357 pts (99%) sont en RC post RT et 4 pts en RIC (3 échecs qui sont décédés et une RC post CT - autogreffe). Parmi les 95 autres pts, 59/456

(13%) n'ont pas reçu de RT : 41 sont vivants en RC, 5 PDV en RC et 13/59 (22%) décédés de rechute et 36/456 (8%) ont été autogreffés. Soixante deux pts sont décédés/475 (13%) dont 19 en échecs (16 post CT et 3 post RT), 36 en rechute, 6 de néoplasie secondaire et un pt en insuffisance respiratoire post radique. A 180 mois, les survies globale (SG) et sans événements (SSE) pour tous les pts sont respectivement de 83, 11 et 78, 99% ; de 63, 9 et 64, 6% pour les II SD ; 85, 9 et 82, 4% pour les III ; 71, 1 et 72, 07% pour les SC IV. Les SG et SSE des SC III avec RT sont de 89, 3 et 83, 16% versus 68, 7 et 56, 2% pour les III sans RT (P < 0, 05) et 80, 6 et 72, 7% pour les SC IV avec RT versus 74, 9 et 55, 8% pour les IV sans RT (P > 0, 05).

Conclusion :

Les résultats montrent que le protocole ABVD-Platine (4 cures) est efficace dans les stades étendus, il est cependant insuffisant quant il est utilisé seul. Une RT complémentaire a permis d'obtenir une amélioration de la SG et de la SSE dans les SC III.

12-RESULTATS DU PROTOCOLE ABVD PLATINE VERSUS ABVD DANS LE TRAITEMENT DU LYMPHOME DE HODGKIN DES STADES ETENDUS (III - IV)

N. Dali, H. Aftisse, S. Gherras, O. Ouanes, K. Ait-Sedik, M. Allouda, A. Graine, A. Tebiche, H. Ouamrane, K. Aimene, S. Brik, D. Amirouche, H. Ait Ali

Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le lymphome hodgkinien (LH) est l'un des cancers les plus curables par le traitement associant chimiothérapie et radiothérapie. Malgré, les progrès thérapeutiques pendant ces 03 dernières décennies dans les formes étendues, permettant une rémission complète dans environ 70% des cas avec 10 à 30% de rechute et une amélioration de la survie globale de 10 à 15%, seulement 40 à 60% des stades III et IV étaient en vie à 10 ans.

But de l'étude:

Nous rapportons dans ce travail, les résultats thérapeutiques du protocole ABVD platine et ABVD dans les formes étendues de la maladie de hodgkin.

Matériel et Méthodes:

De janvier 2003 à décembre 2012, 266 cas de LH ont été diagnostiqués. 137 (51.5%) sont des formes étendues : 67 (25.2%) au stade clinique (SC) III (37 risque standard, 30 haut risque) et 70 (26.3%) au Sc IV. 53 pts ont été traités à la chimiothérapie ABVD platine (30mg j1 j3, j16 j17) et 80 pts à l'ABVD, en moyenne de 4 cycles (4 à 8), associée ou non à la radiothérapie complémentaire. 4 pts n'ont reçu aucune thérapeutique spécifique. Tous les malades ont été évalués à 4 cures.

Résultats :

Groupe ABVD-cisplatine: 53 pts, 29 femmes et 24 hommes, âge médian 25ans (15 à 78). 23 pts au Sc III (10 haut risque et 13 risque standard, 30 pts au Sc IV (28 haut risque et 2 risque standard). Le type histologique le plus fréquent est le scléro-nodulaire (45 pts). L'immuno-histo-chimie CD15 et CD30 réalisée chez 20 pts. L'atteinte pulmonaire étant prédominante (13 cas). une grosse masse médiastinale (IMT > 0, 35) (Bulky) a été notée chez 20 pts (38 %) avec 6 Sc III et 14 SC IV. la radiothérapie a été complémentaire chez 20 pts (37.7%) (13 Sc III et 7 Sc IV). Les stades IV qui ont été irradiés sont ceux qui présentaient une volumineuse masse médiastinale avec IMT > 0, 35. Sur 53 pts traités, la rémission complète obtenue chez 23 (43.4 %), la réponse partielle chez 26 (49%) pts (5 RP :50 - 75%; 21:RP > 75%), 4 pts en échec thérapeutique. La rechute est constatée chez 5 pts dans un délai moyen de 11 mois (11- 108). 8 pts perdus de vue, 8 décès par progression et 37 vivants (35 RC, 1 RIC et 1 échec). La survie globale à 5 ans est de 77%. Groupe ABVD: 80 pts, 30 femmes et 50 hommes, âge médian 27ans (16 à 84). 41 pts au Sc III (21 haut risque et 20 risque standard, 39 pts au Sc IV (35 haut risque et 4 risque standard). Le type histologique le plus fréquent est le scléro- nodulaire (66 pts). L'immuno-histo-chimie CD15 et CD30 réalisée chez 62 pts. L'atteinte pulmonaire étant prédominante (14 cas). une grosse masse médiastinale (IMT > 0, 35) (Bulky) a été

notée chez 22 pts (27.5 %) avec 11 Sc III et 11 SC IV. la radiothérapie a été complémentaire chez 22 pts (27.5%). sur 80 pts traités, la rémission complète obtenue chez 36 (45 %), la réponse partielle chez 29 (36%) pts (8 RP :50 - 75%; 21:RP > 75%), 12 pts en échec thérapeutique, 3 pts perdus de vue. La rechute est constatée chez 10 pts dans un délai moyen de 16 mois (4-40). 11 pts perdus de vue, 12 décès (9 par progression, 2 chocs septiques, 1 hémorragie digestive) et 57 vivants (45 RC, 9 RIC et 3 échec). La survie globale à 5 ans est de 70%.

Conclusion :

L'association ABVD-cisplatine dans les stades étendus de la maladie d'Hodgkin n'a pas permis de meilleurs résultats que l'ABVD seul. Pour améliorer les résultats, les efforts doivent porter sur le développement de protocoles de 4ème génération, une meilleure identification des formes graves et le développement de stratégies adaptées aux facteurs de risque. L'irradiation complémentaire dans les formes étendues, n'est plus utilisée chez les patients RC car elle accroît le risque de second cancer.

13-LE BEACOPP RENFORCE EN PREMIERE INTENTION DANS LA MALADIE DE HODGKIN DISSEMINEE

I. Boucheham, N. Boumegoura, S. Lafri, K. Kabouya, A. Ghoula, H. Samai, A. Krim, N. Sidi Mansour.

Service d'Hématologie, Constantine

Introduction:

La maladie de hodgkin représente 30% des lymphomes. Les stades avancés constituent environ 50% des cas dans les pays développés avec une rémission obtenue chez 60 à 70% des patients. Le BEACOPP renforcé est un protocole allemand proposé par le GHSG. Il représente avec l'ABVD l'un des deux protocoles de référence pour le traitement en première intention des formes disséminées.

Objectif:

Le but de ce travail est d'évaluer la réponse au traitement initial par le BEACOPP escaladé chez onze patients atteints d'une maladie de Hodgkin à un stade avancé ou à un stade localisé mais défavorable.

Méthodes:

C'est une étude faite à partir de dossiers et de fiches de suivis des patients atteints d'une maladie de Hodgkin diagnostiqués et traités au service d'hématologie CHU de Constantine.

Sur une période allant d'Octobre 2009 à Février 2013, onze patients sont aux stades III et IV (selon Ann Arbor) ou au stade II défavorable (EORTC ≥1). Ils ont reçu en première intention des cures de polychimiothérapie type BEACOPP (4 cures BEACOPP renforcées suivies de 4 cures BEACOPP standards).

Résultats:

Onze patients ont été colligés : 7 femmes et 4 hommes (sex ratio = 0,57). 8 malades sont au stade IV, 2 au stade III et un au stade II. L'âge moyen est de 29 ans (15 à 53 ans). Le délai moyen de diagnostic est de 8 mois (6 à 14 mois). Le motif de consultation est la présence d'adénopathies périphériques associées et des signes généraux dans 73% des cas. Les signes B et les facteurs de mauvais pronostic sont présents chez tous les malades. Le type scléro-nodulaire est prédominant (54%). Un bulky médiastinal est retrouvé chez 2 patients, un bulky périphérique chez un autre patient. L'atteinte viscérale unique ou multiple est présente dans 81% des cas. Le poumon et le foie sont les plus touchés.

Sur le plan thérapeutique après 4 cures de BEACOPP renforcé la RCI est obtenue chez 3 patients (27%), la RP chez 54% des cas et une progression chez un patient.

Après 8 cures la RC est obtenue chez 60 % des cas, RCI chez 20%, RP chez un patient et une progression chez un autre. 66% des malades sont vivants en RC, 2 patients sont perdus de vue et deux patients sont décédés dont un par une infection sévère.

Conclusion:

Le BEACOPP renforcé est supérieur à l'ABVD en termes de survie sans échec au traitement et sans progression mais au prix d'une toxicité aigue significativement plus élevée. Par ailleurs son bénéfice sur la survie globale n'est pas significatif.

14-ASPECTS EVOLUTIFS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE DE HODGKIN REFRACTAIRE OU EN RECHUTE.

F. Lamraoui, N. Rekab, H. Brahimi, S. Taoussi, S. Oukid, KM. Benlabiod, Y. Bouchakor, M. Mezroud, MT Abad.

Service d'Hématologie, EHS ELCC, Blida, Faculté de Médecine, Université Blida I

Introduction :

Malgré les progrès importants réalisés dans le traitement de la maladie de Hodgkin avec actuellement plus de 80% de survie globale, 10% des lymphomes hodgkiniens (LH) localisés et plus de 10% des LH étendus sont réfractaires alors que 20 à 30% des LH étendus rechutent. Ainsi la prise en charge des LH réfractaires ou en rechute constitue un réel problème pour les cliniciens du fait du leur pronostic péjoratif et la toxicité des thérapeutiques de rattrapage.

But de l'étude:

La prise en charge de la maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

De Janvier 2002 à Décembre 2012, 489 patients (pts) atteints d'un LH ont été pris en charge. Le diagnostic a reposé sur une analyse histologique et immunohistochimique d'une biopsie ganglionnaire. Après un bilan d'extension comportant une radiographie standard du thorax, une tomodensitométrie thoraco abdomino pelvienne, une PBO, un taux de phosphatases alcalines +/- examen ORL avec biopsie du cavum, les pts sont classés selon la classification d'Ann Arbor. Tous les patients ont bénéficié d'une thérapeutique adaptée à leur score pronostic (chimiothérapie exclusive ou chimio radiothérapie) et ont été évalués.

Résultats :

Parmi les 489 pts traités, 129 pts (26, 4%) ont été soit réfractaires (97 pts : 75.2%) ou ont présenté une rechute (32 pts : 24.8%) Pour les pts réfractaires : il s'agit de 54 hommes et 43 femmes sex ratio : 1.25, âge moyen : 26 ans, dont 1pt (1.03%) classé stade I, 39(40.20%) stade II défavorable, 18 (18.55%) stade III et 39(40.20%) stade IV. Tous les patients ont été traités par chimiothérapie première (5 MOPP/ABV, COPP/ABV ; 1 ABVD cis plat et 91 ABVD), 95 pts ont bénéficié d'une chimiothérapie deuxième ligne (2 ABVD cis plat, 1 BEACOPP, 5 MOPP/ABV, 1 COPP, 1 DHAP, 29 ESHAP, 3 PDG, 49 VABEMP) associée à une radiothérapie chez 23 pts, une RC ou RP 70% a été obtenue chez 35 pts(36.84%), 47 pts (49.47%) sont vivants à ce jour dont 33 pts (34.73%) en RC ou RP entretenue à ce jour. Pour les pts en rechute : il s'agit de 18 hommes et 14 femmes sex ratio : 1.28, âge moyen : 31.87 ans, dont 3pts (9.37%) classés stade I, 6 (18.75%) stade II, 9(28.12%) stade III et 14 (43.75%) stade IV. Une chimiothérapie a été instituée chez tous les pts selon les protocoles : 2 COPP/BIéO, MOPP/ABV ; 2 ABVD cis plat et 28 ABVD ; une radiothérapie a été associée chez 13 pts. Les pts ont rechuté dans un délai moyen de 26.18 mois. Une 2° RC a été obtenue chez 18 pts (56.25%) entretenue à ce jour chez 13 (40.62%) d'entre eux. Pour ces 129 pts, nous déplorons 60 (45.11%) décès dont 8 dus à une toxicité de la chimiothérapie.

Conclusion :

Nos résultats restent décevants puisque seulement 46 pts (34.58%) sont vivants en RC entretenue. Il est impératif de modifier la procédure thérapeutique afin d'améliorer ces résultats surtout que nous sommes confrontés à une population jeune dont plus de la moitié appartient à un groupe défavorable de la maladie. De ce point de vue, les possibilités offertes par les nouvelles thérapies ciblées sont prometteuses.

15-EVALUATION DU PROTOCOLE VACEM EN 2EME LIGNE DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE HODGKIN

L. Louanchi, M. Ramaoun, M. Aribi, S. Nekkai, M. Belhani
Service d'Hématologie, CHU Béni Messous

Introduction :

Le traitement de rattrapage de la maladie d'Hodgkin proposé après échec d'une chimiothérapie initiale reste un problème d'actualité, la grande majorité des patients présentent des stades étendus avec des facteurs de mauvais pronostics ce qui fait l'objet d'élaboration de nouvelles associations poly chimiothérapie afin d'améliorer la rémission.

But de l'étude:

-Evaluer les résultats du protocole VACEM (VABEM modifié) (RC, RP échec). - Evaluer la tolérance de ce protocole.

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective sur 05 ans (2008-2012) patients traités en hôpital de jour / consultation. Fiches établies sur dossiers médicaux : - Exploration clinique biologique. - Cytohistologique avec IHC et thérapeutique. Nous avons colligés 126 patients sur un total de 239 (52%) entre 2008 et 2012. L'âge moyen est de 26 ans avec des extrêmes (16 – 68 ans), le sexe ratio est de 0.9, le type histologique le plus fréquent est le scléro nodulaire pour 108p (85%) cellularité mixte 17p (13%) et type 4 pour un patient, le bilan d'extension a permis de les classer selon Ann Arbor en stade localisés 38p dont 34 sd IIβ et étendus 88p (70%), en fonction des facteurs pronostiques pour les stades localisés (EORTC) ils étaient tous défavorable, les masses Bulky sont retrouvées chez 67p (53%) dont le diamètre varie de 7.7 à 20 cm et chez 37 cas s'étaient des Bulky massif (10 – 20 cm). Le protocole utilisé en 2ème ligne vu la non obtention de la RC, après des réponses partielles ou échec à l'ABVD est le VACEM composé Vincristine 1.4mg/m²1, Doxorubicine 35mg/ m² J2J3 Cyclophosphamide 750mg/ m² j1j2 Etoposide 150mg/ m²2j3 Methylprednisone 120mg/ m² J1J2J3,

Résultats :

Les effets secondaires sont les mucites grades 3et 4, anémies sévères ayants nécessites des transfusions en culots globulaires et une thrombopénie. 81 patients sont en rémission complètes (64%) la survie globale à 5 ans est de 77% et survie sans événements 64%. Commentaires : - Le stade IIβ rejoignent les formes étendues (III et IV)β. - L'ABVD ne représente plus un traitement de 1ère ligne dans les formes graves et les Bulky - Le VACEM reste un protocole de choix à utiliser en 2ème intention surtout dans les stades avancés, Bulky, pronostic défavorable en échec ou rechute.

Conclusion :

Nos résultats thérapeutiques 77% (RC + RIC) de survie globale à 5 ans chez nos patients classés de mauvais pronostic sont tout à fais encourageant et laisse place aux développements d'autres alternatives thérapeutiques basées sur une poly chimiothérapie à plusieurs drogues avec intensification (auto-allogreffe et thérapie ciblées).

16- LES COMPLICATIONS A LONG TERME DU TRAITEMENT DE LA MALADIE DE HODGKIN.

F. Lamraoui, N. Rekab, H. Brahimi, KM. Belabiod, S. Taoussi, S. Oukid, Y. Bouchakor, M.T Abad

Service hématologie, EHS ELCC, Blida, Faculté de Médecine, Université Blida I

Introduction :

L'objectif du traitement de la maladie de Hodgkin est la guérison avec le moindre impact sur la qualité de vie. 70 à 90% des patients guérissent, leur suivi à long terme a permis de déceler les complications iatrogènes: malignes (leucémies aigues secondaires, tumeurs solides) et non malignes (cardio- pulmonaire, thyroïdienne, gonadique..) qui demeurent une préoccupation majeure pour redéfinir la stratégie thérapeutique. Cette étude présente notre expérience.

But de l'étude:

La prise en charge de la maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

De 1998 à 2008, 339 patients atteints de maladie de Hodgkin sont traités. L'étude histologique d'une biopsie ganglionnaire pose le diagnostic. Un bilan d'extension (téléthorax, scanner thoraco abdominal, taux de phosphatases alcalines, PBO) permet une classification pronostique selon Ann Arbor. Les patients sont traités par chimiothérapie (ABVD, ABVD cis platine, MOPP/ABV) : 4 à 6 cures pour les stades localisés associée à une radiothérapie (mantelet complet 40Gy + barre lombosplénique 30Gy, mantelet adapté 30 à 36Gy+ barre lombosplénique 24Gy) ; 6 à 8 cures pour les stades étendus, parfois associés à une radiothérapie (mantelet complet 30 à 40Gy +Y inversé 40Gy). Après la fin du traitement, une surveillance clinique, biologique et radiologique est assurée.

Résultats :

Parmi les 339 patients suivis jusqu'en Décembre 2013, (recul de 5 ans pour le dernier pt recruté), 95 (28.02%) ont présenté une complication tardive. Il s'agit de 62 femmes et 33 hommes, âge moyen 29.27 ans (8 à 64), 5 patients classés stade I, 44 au stade II, 26 au stade III, 20 au stade IV. Les protocoles de chimiothérapie: ABVD : 57 pts, ABVD platine : 28pts, MOPP/ABV: 10pts, radiothérapie associée: 78 pts (46 stades localisés, 32 étendus). 7 pts ont présenté une complication maligne (3: néoplasie ORL, 2: néoplasie du sein, 1: LNH et 1: néoplasie gastrique), une hypothyroïdie 31 pts, une stérilité/aménorrhée 19 pts, une fibrose pulmonaire 26pts à l'origine d'infections pulmonaires à répétitions, une myélodysplasie 3 pts, une toxicité cardiaque 10 pts (1:angor, 3:cardiomyopathies, 1 : thrombose+péricardite, 5 vices valvulaires), une neuropathie périphérique 10 pts, une sténose du pylore compliquée d'une perforation 1pt. Parmi ces patients, 7 (7.36%) sont décédés suite aux complications présentées (2 : Néoplasie, 2 : MDS, 1 : sténose intestinale, 2: cardiomyopathie). Dans notre série, les complications présentées sont celles décrites dans la littérature. Cependant, leur fréquence est probablement sous estimée devant le nombre de perdus de vue en rémission complète : 46 pts (13.5%). Depuis 2007, les protocoles thérapeutiques proposés ont été allégés: stades localisés 3 à 4 ABVD + mantelet adapté 30Gy + barre lombosplénique 24Gy, stades étendus 6 à 8 ABVD+ radiothérapie des masses résiduelles uniquement.

Conclusion :

Le traitement de la maladie de Hodgkin est un des plus grands succès en hématologie oncologie médicale. Cependant des progrès restent à accomplir afin de limiter ces complications mortelles pour certaines et ayant un retentissement psychologique et social pour la plus part très difficile à évaluer (cas de divorce, patientes battues, décès suspect).

17-L'AUTOGREFFE DE CELLULES SOUCHES PERIPHERIQUES (CSP) NON CRYOPRESERVEES AU COURS DU LYMPHOME DE HODGKIN (LH).

MA Bekadja, S.Osmani, S.Talhi, M. Brahimi, N.Yafour, A. Arabi, R. Bouhass, T. Alsuliman

Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire - EHU 1er Novembre, Oran.

Introduction :

L'intensification thérapeutique suivie d'une autogreffe de cellules souches périphériques (CSP) est actuellement le traitement de référence des stades avancés et/ou des rechutes et formes réfractaires du LH. Par ailleurs, les CSP sont habituellement cryopréservées dans de l'azote liquide à -180°C.

But de l'étude:

Le but de ce travail est d'évaluer les résultats de l'autogreffe utilisant des CSP non cryopréservées au cours du LH au niveau de l'EHU1er Novembre d'Oran.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 48 mois (Mai 2009 à Juillet 2013). 45 patients adultes atteints d'un LH ont été colligés. L'âge médian est de 27 ans (16 - 53) et le sex ratio de 0, 95 (H/F 22/23). L'intensification thérapeutique suivie d'une autogreffe de CSP a été indiquée pour un état réfractaire (n=11), rechutes tardives (n= 9) et pour des stades avancés (n= 25). La mobilisation est réalisée avec du G-CSF seul, à la dose de 15µg/kg/j en s/c pendant 5 jours. Après cytophérèse, le greffon est préservé au réfrigérateur à +4°C pendant une durée de 4 à 6 jours selon les protocoles d'intensification utilisés (CBV/EAM/BEAM). La phase d'aplasie post greffe a nécessité l'utilisation d'antibiotiques, d'antifongiques et d'antiviraux à titre préventif de façon systématique et les facteurs de croissance n'ont pas été utilisés de façon systématique. Les survies ont été calculées à partir de la date de greffe jusqu'à la date de point au 31 Décembre 2013, à l'aide du logiciel SPSS version 20.

Résultats :

De mai 2009 à Juillet 2013, 45 patients ont subi une autogreffe de CSP. Le taux médian de CD34+ est de 3, 73x106/kg (1, 90 – 21, 05). La durée médiane d'aplasie est de 11, 5 jours (8-23). La prise de greffe a été réalisée chez tous les patients en dehors de deux décès liés à la procédure (TRM=4%). Parmi les 43 patients évaluable, les taux de réponse post-greffe sont : RC=38 (88%), RP=3 (réfractaires=2) et échecs=2 (réfractaire=2). Parmi les 38 RC, 14 patients ont rechuté (37%) (réfractaires=4) dont 9 sont décédés par progression de la maladie. 24 patients (63%) sont vivants en RC continue. Avec une médiane de suivi de 14 mois (4-49), la SG est de 56% à 49 mois et la SSR de 54% à 45 mois.

Conclusion :

L'intensification thérapeutique suivie d'une autogreffe de CSP non cryopréservées a permis d'une part une prise de greffe efficace et en toute sécurité pour le patient et d'autre part, d'améliorer la survie globale des patients de stades IV avancés ou en rechutes mais non des patients réfractaires pour lesquels une nouvelle stratégie thérapeutique devrait être redéfinie.

18- INTENSIFICATION THERAPEUTIQUE SUIVIE D'AUTOGREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOLOGIQUES (CSH) DANS LA MALADIE DE HODGKIN. A PROPOS DE 104 CAS

RM. Hamladi ; A.Talbi ; M.Benakli ; S.Akhrouf ; F.Harièche ; F.Mehdid R.Belhadj ; M.Rahmoune ; F.Zerhouni ; R.Ahmed Nacer
Service Hématologie – Greffe de Moelle Osseuse CPMC Alger

Introduction :

Le traitement de la maladie de Hodgkin dans les stades I et II repose de manière consensuelle sur l'association chimiothérapie – radiothérapie ainsi que l'intensification thérapeutique avec autogreffe de CSH dans les formes réfractaires et en cas de rechute tardive. Cependant le traitement des stades étendus reste encore discuté

Matériel et Méthodes:

Sur une période de 179 mois (juin 1998 – décembre 2012) 104 patients (pts) ont bénéficié d'une intensification thérapeutique protocole BEAM (100 pts) et protocole Tutshka (04 pts), il s'agit de 53 hommes et 21 femmes (sex-ratio : 1, 03), âge médian 26 ans (8 à 52).

L'indication de l'intensification a concerné 31 formes réfractaire au traitement d'induction, 11 rechutes précoces, 26 rechutes tardives et 36 stades IV avancés (atteinte osseuse et/ou hépatique et/ou pulmonaire). L'état à la greffe est le suivant : après traitement de rattrapage : réponse incomplète (RIC) < 50% : 14/31 formes réfractaires, 3/10 rechutes précoces, 2/26 rechutes tardives : RC et RIC : 21/35 formes réfractaires, 7/10 rechutes précoces, 24/26 rechutes tardives. Les 36 formes avancées sont toutes en réponse après le 1er traitement d'induction dont 23/36 en RC. Les cellules souches périphériques (CSP) ont été recueillies après mobilisation par 5 jours de G-CSF seul, à la dose de 10 à 15 µg /kg/jour. Le taux médian de CD34 est de 4 x 106/kg (1, 2 à 6, 8) après 2 cytophèreses.

Résultats :

En post greffe après une durée médiane d'aplasie de 13 jours (9 à 22) une RC a été obtenue chez 86 pts (83%), 14 pts (13%) sont en échec dont 12 pts réfractaires, 1 rechute précoce et 1 rechute tardive et 4 pts (4%) sont décédés du fait de la procédure (TRM).

Après un suivi médian de 48 mois (8-168), 68/100 pts évaluables (65%) sont en RC persistante dont 15/31 pts formes réfractaires, 5/11 rechutes précoces, 15/26 rechutes tardives et 33/36 stades avancés. Trente-deux pts (31%) sont décédés dont 4 de TRM, 25 en rechute, 4 en RC (infection 1, néoplasie 2d : 1, myélite post-radique : 1 cause indéterminée : 1)

Les survies actuarielle globale (OS) et sans événements (EFS) sont respectivement de 62, 5% et 59% à 14 ans, celles des stades IV avancés sont de 84 et 88%

Conclusion

L'intensification thérapeutique suivie d'autogreffe apparait être le traitement de choix dans la maladie de Hodgkin en particulier dans les stades IV avancés

**REANIMATION EN
CANCEROLOGIE
HEMATOLOGIQUE**

19-CONSOMMATION EN PSL DES HEMOPATHIES EN HOSPITALISATION HEMATOLOGIQUE ADULTE

ETUDE MULTICENTRIQUE : NOVEMBRE 2012-NOVEMBRE 2013

Rapporteur : S. Nekkal

Le support transfusionnel des hémopathies malignes revêt une importance majeure et conditionne les résultats thérapeutiques lors de ces pathologies qui en sont les plus grandes consommatrices

La disponibilité des PSL est variable d'une structure à l'autre, mais il ne semble pas y avoir une réelle évaluation des besoins en PSL en hématologie.

Nous proposons une étude sur la consommation en hématologie qui a regroupé 10 services d'hématologie dont 02 service de greffes de moelle osseuse (CPMC Alger et EHU Oran) entre novembre 2012 et novembre 2013, les buts étant de comparer cette consommation par rapport aux autres services, d'estimer les besoins moyens en fonction des PSL (plaquettes+) et surtout de prévoir ces besoins en collaboration avec les différents Centre de Transfusion Sanguine.

1478 patients ont été transfusés ,dont 52% sont des LA et LNH, par ailleurs 17897 PSL sont consommés (CG :52%, CPS :29%, CUP :14%, PFC :5%) Une étude française en 2006 montrait que 12% des CG étaient transfusés en hématologie.

Sur 240 000 dons récoltés en 2006 (dernier rapport de l'Agence du Sang) la consommation en hématologie à l'échelle nationale est de 11% pour les CG, et 27% pour les plaquettes.

(Seules 16 Structures prennent en charge les hémopathies malignes adultes)

La cytophérèse est réalisée au niveau de 6 structures d'hématologie avec 03 Appareils au niveau des services greffeurs (CPMC et EHU Oran)

L'appui des CTS pour la distribution des CPS est possible dans les grands centres hospitaliers mais le manque de plaquettes est soulevé par la plupart des services.

Cette étude confirme la demande importante et certainement croissante vu l'augmentation du nombre de malades et des structures de prise en charge dans notre pays.

Liste des participants :

- Béni Messous
- HCA Ain Naadja
- CPMC
- Blida
- EHU Oran

- Sétif
- Batna
- Tlemcen
- Annaba
- Laghouat

20-QUANTIFICATION DES BESOINS TRANSFUSIONNELS EN REANIMATION HEMATOLOGIQUE.

N. Yafour, T. Alsuliman, S. Osmani, S. Talhi, F. Attaf

Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre - Oran

Introduction :

La prise en charge des hémopathies malignes telles les leucémies aiguës et les activités de greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) nécessite souvent une réanimation dite hématologique afin de palier à la toxicité hématologique des chimiothérapies administrées à hautes doses.

But de l'étude:

Dans ce cadre précis, nous nous proposons d'évaluer les besoins transfusionnels en produits sanguins labiles (PSL) de type culots de globules rouges (CGR) et culots plaquettaires d'aphérèse (CPA) au cours de la gestion des phases d'aplasie des leucémies aiguës (induction et consolidation), des autogreffes et des allogreffes de CSH.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur une période de 5 ans (Janvier 2009, date de l'ouverture du service des hospitalisations, à Décembre 2013). Au cours de cette période, 148 patients atteints de leucémies aiguës ont été hospitalisés dont 55 patients pour une LAL et 93 patients pour une LAM. Durant la même période, 203 patients ont été hospitalisés pour une greffe de CSH dont 192 patients pour une autogreffe (date de début des autogreffes en Mai 2009) et 11 patients pour une allogreffe (date de début des allogreffes en Février 2013). L'âge moyen de l'ensemble des patients est de 49 ans (15 – 68) avec un sexe ratio de 1.09.

Résultats :

Au cours de cette période, 3571 transfusions ont été réalisées dont 1572 de CGR (44%) et 1999 de CUP (56%). Dans le cadre des leucémies aiguës, 2702 transfusions ont été réalisées dont 1019 de CGR (38%) et 1683 de CUP (62%). Au cours des greffes de CSH, 869 transfusions ont été réalisées dont 553 de CGR (66%) et 284 de CUP (34%). Les leucémies aiguës nécessitent un plus grand nombre de CGR et de CUP et en particulier les LAM (65%) par rapport à la greffe de CSH (24%).

Conclusion :

La prise en charge thérapeutique des leucémies aiguës et en particulier des LAM nécessite un apport transfusionnel en CGR et en CUP très important et indispensable pour la gestion des aplasies profondes. Paradoxalement, les activités de greffe de CSH nécessitent moins de transfusions de PSL.

21-BILAN TRANSFUSIONNEL AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES (LA) SUR UNE PERIODE DE 15 ANS

S. Akhrouf, A. Talbi, H. Moussaoui, F. Belhadri, F. Tensaout, N. Ait amer, N. Idir, H. Belli, S. Takka, F. Hammel, R. Ahmed nacer, RM. Hamladjil

Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

La transfusion sanguine est un acte thérapeutique médical largement utilisé en hématologie, elle permet de préserver le pronostic vital. Nous avons évalué la consommation en produits sanguins labiles dans la prise en charge des leucémies aiguës.

But de l'étude:

Sur une période de 15 ans (mars 1998 – décembre 2013), 726 LA ont été diagnostiqués au service d'hématologie du Centre Pierre et Marie Curie.

Matériel et Méthodes:

393 LAM (54, 1%) dont le type cytologique est le suivant (M0 : 24, M1 : 62, M2 : 91, M3 : 67, M4 : 101, M5 : 42, M6 : 4, M7 : 1, dendritique : 1), 271 LAL (37, 3%) et 62 (8, 5%) LA bi phénotypique (LAB). l'âge médian est de 33ans (9-81), le sex ratio de 1, 3. Le support transfusionnel consiste à transfuser un culot globulaire (CG) chez les patients (pts) avec un taux d'hémoglobine \leq 7g/dl et un concentré unitaire plaquettaire (CUP) avec un seuil de transfusion $<$ 10 000 (en dehors d'une fièvre et d'une hémorragie), tous les produits sanguins sont filtrés et irradiés. La chimiothérapie d'induction a concerné 549 pts (75, 6%) (Pts de moins de 65ans avec un ECOG \leq 3), elle a consisté en 3+7 ou 10 pour les LAM et Linker pour les LAL et LAB, 177pts ont reçus soit un traitement léger (Aracytine à faible dose ou V+P) ou un traitement symptomatique. La durée d'aplasie moyenne chez les pts recevant un traitement d'induction est de 19j (0-65) pour LAM, 13j (1-45) pour LAL et 14j (2-63) pour LAB.

Résultats :

Les besoins transfusionnels ont été réparti on 2 groupes de pts : Les pts ayant reçu un traitement d'induction classique : 520/549 pts (94, 7%) ont été transfusés en CG et on a utilisé 3622 CG avec un quotient transfusionnel (QT) de 8, 8 CG/pt pour les LAM, 5 CG/pt pour les LAL, 5, 5 CG/pt pour LAB ; 526/549 pts (95, 8%) en CUP et on a utilisé 4356 CUP avec un QT de 10, 4 CUP/pt pour LAM, 3, 5 CUP/pt pour LAL, 3 CUP/pt pour LAB. Les pts ayant reçu un traitement de faible dose ou symptomatique : 177 pts (100%) ont été transfusés en CG et en CUP, on a utilisé 942 CG avec QT de 9 CG/pt pour les LAM, 3, 2 CG/pt pour les LAL, 6 CG/pt pour LAB et 1103 CUP avec un QT de 8 CUP/pt pour LAM, 5 CUP/pt pour LAL et 3 CUP/pt pour LAB. Au total 697/726pt (96%) ont reçu 4564 CG et 703/726 pt (96, 8%) ont reçu 5459 CUP.

Conclusion :

La transfusion sanguine occupe une place primordiale dans la prise en charge des leucémies aiguës. La consommation des LAM en CG et en CUP est largement supérieure a celle des LAL et LAB, à noter que la consommation lors du traitement symptomatique est très significative et coûteuse.

22-PREPARATION ET DISTRIBUTION DES CONCENTRES UNITAIRES DE PLAQUETTES (CUP)

Z.Bouhadda, A.Kechichi, H.Hamouda, S.Hamdi
Service d'hématologie –CHU de Sétif

Introduction :

Les transfusions plaquettaires sont essentiellement indiquées en milieu spécialisé, pour la prévention et le traitement des hémorragies dues à des thrombopénies inférieure à 20000 elts./mm Les indications les plus fréquentes en hématologie sont les leucémies aiguës et les aplasies médullaires.

But de l'étude:

Bilan d'activité de la période entre janvier 2010 et décembre 2013

Matériel et Méthodes:

Après l'acquisition en 2008 d'une cytophèrese type trima Accell pour préparation et livraison de concentrés unitaires de plaquette (CUP). Ce produit sanguin labile (PSL) est deleucocyté par filtration du sang total par cytophèrese à partir d'un seul donneur. Celui-ci bénéficie d'un examen clinique, d'un dépistage sérologique (toute contre indication au don fait écarter le donneur) et d'un groupage ABO-RH.

Résultats :

969 donneurs ont été prélevés pour don de plaquettes, il s'agit de 882 (91%) donneurs familiaux et 87 (9 %) donneurs volontaires. Une prédominance masculine nette avec 962 donneurs et 07 femmes, l'âge moyen est de 32 ans (18-56), la tranche d'âge entre 20-29 ans occupe la première place avec 417 donneurs(43%).la répartition des donneurs selon le groupe sanguin objective : gpe O+ :630(65%), A+ :155(16%), B+

:78(8%), O- :78(8%), A- :13 (1.3%), AB+ :9(1%), B- (0.7 %). Les valeurs moyennes hématimétriques des donneurs avant prélèvement sont pour l'Hte de 43.5 %(36-55), plaquettes 266G/l (200-392) et après prélèvement :Hte :42.8%(35-54) – plaquettes 186 G/l(101-321). Le poids moyen des donneurs est de 83.75 kg (58-140) et la taille moyenne est de 177 cm (150-193), la moyenne du volume sanguin total calculé en fonction du poids et la taille est de 5062 ml (3950-6913). Pour 785 (81%) donneurs ; lorsque le volume plaquettaire moyen est de 358 ml, la dose des plaquettes est de 4.5 à 5 x10¹¹ et dans 19% des cas la dose de plaquettes recueillies est entre 6-9 x10¹¹.la durée moyenne du don de plaquette est de 55.84 mn (31-103).le diagnostics des bénéficiaires du don de plaquettes. LAM :132cas, LAM3:11 cas, LAL : 40cas, LMCaccutisée:4 cas, HPN:1 cas, HDK réfractaire:1 cas Aplasie médullaires : 38cas, MDS : 8 cas, PTI : 10 cas, thrombopathie : 2 cas, MM : 3 cas, LNH : 6 cas, LLC : 1 cas, néo solide : 4cas.

Conclusion :

Grâce à la sensibilisation, on a recruté 57 donneurs volontaires et réguliers et malgré ça le don des plaquettes reste insuffisant étant donné qu'il s'agit presque toujours de cas familiaux. Dans cette étude, 19% seraient de potentiels donneurs volontaires vu la quantité élevée de CUP recueillies. les indications de la transfusion plaquettaire concernent beaucoup plus les leucémies aiguës.

23-LE TRALI SYNDROME : TRANSFUSION RELATED ACUT LUNG INJURY = SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU POST TRANSFUSIONNEL A PROPOS DE 3 CAS

M.Bitam, S.Boussaha, H.Midoune, S.Touati, H.Hamza, D.Khélafna, S.Refis, H.Ménia, R.Chafai, Y.Ouarhlent, M.Aiche, M.Saïdi
hematology - CHU Batna

Introduction :

Le TRALI ou SDRA post transfusionnel ; complication rare mais très sévère (3ème cause de mortalité liée au transfusions)¹, définie par un œdème pulmonaire non cardiogénique, fièvre, hypotension et infiltrats diffus au deux champs pulmonaires, survenant dans 6 heures après transfusion, son incidence est nettement diminuée après la limite des dons féminins. pour sa physiopathologie, il existe deux hypothèses (1ère : conflit immunologique entre les anticorps du donneur et des antigènes spécifiques du receveur ; anticorps anti HLA(I/II) ou anti granulocytes à l'origine de lésions microvasculaires pulmonaires, 2ème : lipides et cytokines du produit sanguin impliqués comme facteurs déclenchant)².

But de l'étude:

Avoir la réflexion d'évoquer un TRALI devant un SDRA post transfusionnel, savoir sa gravité et son traitement immédiat.

Matériel et Méthodes :

Le TRALI est diagnostiqué chez 3 patients (pts) suivis pour des hémopathies différentes: 1/ Le patient B.R. âgé de 31 ans ; lymphome de Hodgkin Stade IIIB, depuis octobre 2009, traité par chimiothérapie + radiothérapie, une pancytopenie secondaire est survenue, traité symptomatiquement (15 CE, 6 CUP, 13CPS et 5 PFC), le 26/03/11 il a présenté un syndrome hémorragique, FNS: Hb :7.4 g/dl, GB :1600 ; PNN :300, Plq :7000elt/mm³, nous avons transfusé 5 CPS, une heure après le tableau d'un TRALI est installé. 2/ La patiente B.L. âgée de 21 ans ; LAM4éo depuis le 10/06/2012, elle a reçue une induction, développa une aplasie sévère, nous avons transfusé 12 CE, 6 CUP et 6 CPS, le 17/03/2012 elle a présenté un syndrome hémorragique cutanéomuqueux, FNS :Hb :4.5 g/dl, GB :300 ;PNN : 200, Plq :3000, nous l'avons transfusée par 6 CPS et 1 CE, une demi heure après, elle a présenté un TRALI. 3/ Le pt B.R. âgé de 20 ans; LNHGCB digestif depuis novembre 2011, traité par chimiothérapie donnant une RC, cependant il a développé une aplasie prolongée après C6R-CHOP, traité symptomatiquement (9 CE, 2 CUP et 8 PFC). Le 27/07/2012 : altération de l'état général, pancytopenie sévère (Hb : 4g/dl, GB : 800 elts/mm³, Plq : 18000 elts/mm³) et hypoalbuminémie (24 g/l), nous avons transfusé 1CE et 6 PFC, une demi-heure après iun TRALI est survenu. Radio de thorax : opacités en flocons de neige diffuses aux deux champs pulmonaires. Prise

en charge : symptomatique : corticothérapie, oxygénothérapie et remplissage par les colloïdes permettant de remonter la tension artérielle et la perfusion tissulaire, ventilation mécanique dans un cas.

Résultats :

les transfusions antérieures constituent un facteur prédisposant au TRALI. Un pt (33%) est récupéré, malheureusement nous déplorons le décès de 2 pts (67%).

Conclusion :

le TRALI est une complication post transfusionnelle grave (67% décès) ; sous-estimé et sous-déclaré, il est important de caractériser son incidence et son issu, pour étudier les problèmes du diagnostic (gazométrie, recherche d'anticorps HLAI/II), du traitement et de promouvoir l'éducation et la sensibilisation auprès des professionnels de santé.

24-LE SUPPORT TRANSFUSIONNEL DANS LA PROCEDURE DE GREFFE DE MOELLE ALLOGENIQUE: BILAN SUR 15 ANS

A.Talbi, M.Benakli, S.Akrouf, D.Ait Ouali, H.Bouarab, R.Belhadj, F.Mehdid, N.Rahmoune, M.Baazizi, R.Ahmed Nacer, RM.Hamladji
Service d'Hématologie - Greffe de Moelle osseuse, Alger

Introduction :

Dans le cadre de la réanimation hématologique le support transfusionnel reste obligatoire dans toute procédure de greffe allogénique. Actuellement avec l'avènement de certaines procédures à intensité intermédiaire ou réduite (GNMA), ces besoins ont globalement sensiblement diminué. Il nous a semblé opportun d'évaluer la consommation en produits sanguins labiles, de notre unité dans le cadre de l'allogreffe CSH.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Nous exposons le bilan transfusionnel de l'unité de greffe du CPMC, sur une période de 15ans, allant de Mars 1998 à octobre 2013, durant lesquelles 1463 patients ont été allogreffés et 1482 procédures d'allogreffe ont été effectuées au total, associant des conditionnements Myéloablatif (GMA), à intensité intermédiaire(CI) et peu myéloablatif (GNMA). Le support transfusionnel consiste à transfuser du culot globulaire (CG) et des concentrés unitaires plaquettaires (CUP), irradiés et filtrés. L'âge médian est de 23 ans (3-60), le sex ratio de 1, 4. Les greffons utilisés CSP : 1090 (95, 2%), MO : 47 (41, 1%), cordon : 7 (0, 7%), 19 pts ont eu une deuxième allogreffe et 26 pts ont eu un boost (CSP : 12, MO : 4). Le taux moyen de CD34 : 6, 89 x106/kg et CMN : 9, 77 x108/kg. 1030 pts ont reçu une GMA, 170 pts un conditionnement intermédiaire et 282 pts une GNMA. 354 greffons ont été congelés (23, 8%), 217 (14, 8%) pour incompatibilité, soit dans le système ABO 199 greffons (91, 7%) ou rhésus 34 greffon (15, 6%).La durée d'aplasie moyenne est de 10 jours (1-87), la sortie des PN se fait vers J13 (7-86), un taux d'HB>7g/dl est constaté vers J15 (7-95), sauf dans les incompatibilités ABO majeures ou il est plus long J84 (7-338), les plaquettes sont> 20000 en moyenne vers J13 (12-60).

Résultats :

Toutes procédures confondues, ce sont 1007 pts (68, 8%) qui ont reçu du CG et 1185 pts (80, 9%) des CUP. Le quotient transfusionnel (QT) est de 2, 5 CG/pt et 2, 5 CUP/pt. Pour la GMA 844pts (81, 9%) ont reçu du CG, le QT est de 3, 5 et 978pts (94, 9%) ont reçu des CUP, avec un QT de 3, 5. Pour le CI, ce sont 49 pts (28, 8%) ont reçu du CG, avec un QT de 0, 8 (p≤10-6) et 106pts (62.3%) qui ont reçu des CUP avec un QT de 1 (NS). Pour la GNMA, ce sont 74pts (26, 2%) qui reçoivent du CG, avec un QT de 0, 5 (p≤10 -8). 96pts (34%) ont reçu des CUP avec un QT de 0, 5(p≤10 -8). Dans les incompatibilités ABO majeures, quelque soit le conditionnement utilisé les besoins transfusionnels en CG sont majorés

Conclusion :

Même si certaines procédures peu myéloablatives viennent alléger le bilan transfusionnel de la greffe allogénique, elle demeure une procédure lourde et coûteuse en matière de transfusion. Les incompatibilités ABO majeures

présentent leur poids car elles majorent significativement les besoins transfusionnels, cela en fait d'ailleurs un critère sélectif pour le choix du donneur.

25-TROUBLES METABOLIQUES ET SYNDROME DE LYSE TUMORALE AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES : EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE DE BENI-MESSOUS.

Z.Kaci, I. Boumaïda, A.Arour, Y.BERKOUK, S. Boutarane, L.Hammani, A.Hadidi, M.Belhani, S.Nekkal.
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Les troubles métaboliques au cours des leucémies aiguës peuvent apparaître spontanément ou être secondaires à la chimiothérapie. Ils peuvent réaliser un syndrome de lyse tumorale qui est une complication rare mais grave. Les facteurs de risque sont associés à la pathologie, au traitement et au patient.

But de l'étude:

L'objectif de la présentation est de montrer leur gravité et la nécessité de leur prise en charge en urgence.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une durée de 05 année (Nov2008 - Nov2013). Une fiche a été établie pour le recueil des données de l'étude à partir des dossiers d'hospitalisation

Résultats :

Durant une période de 05 ans (2008 à 2013), 202 patients ont été hospitalisés pour LA dont 112 LAM et 90 LAL. 99patients ont présenté des troubles métaboliques. Il s'agit de 48 LAL et 51 LAM. Les troubles sont isolés ou associés. On note 98 troubles métaboliques en phase de pré chimiothérapie et 30 en post chimiothérapie. Ils sont représentés par une élévation du taux des LDH, des CIVD, des insuffisances rénales aiguës, hyperuriniémie, hypokaliémie et hypercalcémie et des cytolyses hépatiques. Nous avons noté 16 syndromes de lyse tumorale (SLT) dont 14 SLT cliniques et 02 SLT biologiques. Parmi les SLT cliniques, 10 sont spontanés et 04 sont secondaires à la chimiothérapie. Le traitement en urgence a consisté en l'hyperhydratation, l'allopurinol et l'épuration extra rénale dans de rares cas. L'évolution a été défavorable dans 12 SLT/16 (75%) dans un délai de 03 jours. Les autres troubles métaboliques sont en général d'évolution favorable.

Conclusion :

Le SLT est rare et peut être inaugural. C'est une urgence médicale dont le pronostic est mauvais à court terme. Dans notre série, Les facteurs de risque des SLT sont représentés par l'hyperleucocytose franche et/ou le taux de LDH élevé. Les décès sont représentés essentiellement par les SLT cliniques dans un délai court malgré un traitement en urgence

26-EVALUATION DE LA FREQUENCE ET DE LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE LYSE EN HEMATOLOGIE

A.Talbi, S.Akrouf, F.Belhadri, H.Moussaoui, RM.Hamladji
Service Hématologie-Greffe de Moelle osseuse, CPMC. Alger

Introduction :

Le syndrome de lyse tumorale (SLT) est une complication métabolique classique observée lors du traitement de certaines hémopathies malignes associant un volume tumoral important à un temps de doublement rapide. Ce syndrome peut être observé avant tout traitement, il est dû à la mort cellulaire spontanée d'une partie des cellules malignes, comme il peut être déclenché voir majoré lors du de l'initiation de la chimiothérapie. Il s'agit d'une complication métabolique qui associe à des degrés variables : hyperkaliémie, hyperphosphatémie, hypocalcémie et hyper uricémie. Il peut se compliquer d'insuffisance rénale aiguë (IRA), de convulsions ou de troubles du rythme cardiaque. L'objectif ici est d'évaluer la fréquence de sa survenue au cours des hémopathies à haut risque ainsi que d'en évaluer les facteurs de risques, de même que la fréquence de la survenue de l'IRA qui peut en résulter et d'évaluer son impact sur le devenir des patients.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

44 patients âgés de 32ans [21-63] ans ont été inclus dans cette étude qui s'étend de Décembre 1998 à décembre 2013. Ils ont été colligés sur un ensemble de 1480 dossiers de pts atteints d'hémopathies malignes (LA, LNH de haut grade, LLC, LMC). Le syndrome de lyse biologique était défini selon la définition de Bishop et Cairo, comme l'association d'un syndrome de lyse biologique avec une manifestation clinique (IRA, convulsions, troubles du rythme cardiaque). La quasi- totalité des patients étaient à la phase inaugurale de la maladie sauf les LMC qui étaient en accélération. Il s'agissait principalement de patients de sexe masculin, le sex ratio est de 2, 46. L'ECOG varie entre 2 et 3. La maladie sous-jacente était une leucémie aiguë chez 22 patients (50%) dont (11 LAL, 2 Biphénotypiques, et 9 LAM), un lymphome lymphoblastique chez 10 patients (22, 7%), un lymphome de Burkitt chez 7 pts, 3LLC type B mature et 2 LMC en acutisation. La quasi- totalité des patients avaient un taux de blanc supérieur à 50 000, le délai médian entre le diagnostic et l'admission est de 2 jours [0-6] jours.

Résultats :

Le syndrome de lyse tumorale était spontané dans la moitié des cas (22 patients), le diagnostic avait été posé avant la réanimation hématologique dans 21 cas (47, 7%). La chimiothérapie était un facteur déclenchant chez 22 patients (50%). Le taux de moyen de LDH, d'acide urique et calcémie a l'admission des patients étaient respectivement de 1400 (789-19345), 213 mg/l (99-787), 120 mg/l (101-201). Les problèmes les plus fréquents étaient l'insuffisance rénale aiguë définie par les critères de la RIFLE chez 36 patients (81, 8%), une détresse respiratoire aiguë avec œdème aigu du poumon chez 4 patients (9%), un état d'obnubilation ou de confusion avec convulsions chez 7 pts (15, 9%), un syndrome hémorragique avec CIVD quand à lui était retrouvé chez 4pts (9%). Au cours du séjour, 2 patients (4.5%) ont nécessité la ventilation mécanique du fait d'un état de mal convulsif, 6 patients (13, 6%) l'utilisation de catécholamines en vue de restaurer une diurèse inexistante du fait d'une IRA, et 6 (13, 6%) une épuration extra rénale EEC : [hémodialyse : 4 patients, hémo filtration : 2 patients, et 2 pts sur les 6 ont eu successivement une hémo filtration et une dialyse]. La mortalité hospitalière (1ere hospitalisation), à 6 mois et à 12 mois étaient respectivement de 0%, 2, 2% (LMC) et de 13.6%. La mortalité à 6 mois et à 12 mois été liées à la maladie causale et non aux complications du syndrome de lyse.

Conclusion :

Le SLT est une complication sévère mais réversible à la phase inaugurale des hémopathies malignes. La mortalité hospitalière retrouvée est inférieure à cette prédite par les scores de sévérité soulignant le bénéfice de la prise en charge intensive dès l'admission des malades

27-PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE LYSE TUMORALE (SLT) AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES.

MC.Rahali, SE.Belakehal, K.Laouamene, R.Nacib, K.Belateche, R.Benhables, L.Sahraoui, FZ.Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Le syndrome de lyse tumorale (SLT) représente une complication métabolique fréquente au cours des hémopathies malignes à temps de dédoublement rapide; Sa physiopathologie est assez bien connue, mais sa prise en charge n'est pas encore bien codifiée, mais nécessite une collaboration étroite entre hématologues et réanimateurs.

But de l'étude:

Aspet épidémiologique et modalité de la prise en charge du syndrome de lyse tumorale (SLT) au cours des leucémies aigues

Matériel et Méthodes:

98 patients admis pour leucémie aiguë compliquée d'un syndrome de lyse tumoral, colligés durant les 5 dernières années.

Résultats :

98 leucémies aigues dont 65 LAM et 33 LAL. L'âge moyen est de 46 ans [16-85] ans, le sex-ratio est de 2, 3 avec une prédominance masculine dans 68 cas (70%). Dans plus de la moitié des cas, soit 52%, le SLT était spontané au moment du diagnostic, et dans 47 cas, il est déclenchée en moyenne 6 jours après le début de la chimiothérapie (1-15jours). Dans 18 cas, il s'agit d'une insuffisance rénale aiguë, dans 19 cas, une détresse respiratoire aiguë et un état de choc dans 7 cas. Des perturbations biologiques, sans signes cliniques dans 54 cas. Caractéristiques biologiques à l'acmé du SLT: LDH (UI/l) 762 (450-7343) Acide Urique (mg/l) 75 (27-162) Créatinine (mg/l) 8, 27 (3, 5-28) Urée (g/l) 0, 21 (0, 1-1, 6) Ca (mg/l)84 (59-121) K (meq/l) 4, 3 (1, 6-9, 4) Tous les patients ont reçu un schéma de réhydratation de 2- 3l/m², dont 1/3 de sérum bicarbonaté, correction des troubles ioniques ainsi qu'un traitement par l'allopurinol. 20 patients ont été transférés en réanimation médicale, et ont nécessité une ventilation mécanique, et un traitement par catécholamines.

3 patients ont bénéficiés d'une épuration extra rénale. Une récupération clinico-biologique est observée chez 62 patients;

Conclusion :

SLT est un ensemble de perturbations métaboliques observées dans les tumeurs à renouvellement cellulaire rapide. Ses conséquences majeures sont l'insuffisance rénale aiguë et la détresse respiratoire aiguë. Les facteurs prédictifs du SLT, sont : LDH> 600UI, une diurèse diminuée, ainsi qu'une hypophosphorémie préexistante. Le traitement est essentiellement préventif.

28-CIVD ET LEUCEMIE AIGUE PROMYELOCYTAIRE

S.Boutarane, Z.Kaci, A.Arour, L.Hammani, I.Boumaida, M.Belhani, S.Nekkal.
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

La LAM3 est caractérisé par une CIVD. la t(15, 17) créer un gène de fusion PML-RAR codant pour le récepteur nucléaire de l'acide rétinoïque lieu de liaison de l' ATRA; traitement ciblé sur l'anomalie oncogénique induisant une différenciation cellulaire, et inhibant la prolifération maligne.

But de l'étude:

L'objectif de ce travail est de montrer la fréquence de la CIVD au cours des LAM3, sa gravité, et sa prise en charge en urgence par l'ATRA, les transfusions de plaquettes et de PFC.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de cinq ans (1 Janvier 2008 au 31 Décembre 2013), intéressant 12 LAM3, une fiche a été établi pour le recueil des données à partir des dossiers d'hospitalisation : âge, sexe, présence : d'un syndrome infectieux, d'un syndrome hémorragique cutanéomuqueux et d'une CIVD. Fond d'œil, les transfusions en concentré plaquettaire standard, en concentré unitaire plaquettaire et en plasma frais congelé, et l'évolution.

Résultats :

Sexe ratio 0, 71 (5 hommes pour 7 femmes), âge moyen 34, 5 ans (18 - 60 ans), 8 patients ont une CIVD dont 6/8 est une CIVD isolée et 2/8 associée a un syndrome infectieux. Cliniquement les 8 patients ont un purpura ecchymotique étendu, 4/8 ont une hémorragie rétinienne, 4/8 ont des hémorragies muqueuses (ménométrorragie, hématurie, réctorragie, gingivorragie, hémorragie cérébro-méningée). Tous les patients sont mis sous ATRA dès que le diagnostic cytologique de LAM3 est posé avec transfusion de plaquette et de PFC. L'évolution est favorable chez 6 patients dans un délai moyen de 15, 5 j d' ATRA (7 - 30 jours), 2 patients sont décédés dans un délai d'une semaine par hémorragie cérébrale.

Conclusion :

Les LAM3 sont devenues hautement curables surtout après l'avènement de l'ATRA, néanmoins la période initiale reste un moment à risque de survenue de complications aigues tel la CIVD responsable d'une morbi-mortalité non négligeable. Dans notre série, sur 12 LAM3 ; 8 /12 (66%) ont présenté une CIVD avec deux décès

 **Tasigna**[®]
(nilotinib) Gélules
200 mg

BCR-ABL



Novartis® 2014 021403181604

Puissance Ciblée

Réponse moléculaire rapide, profonde et durable...
pour prévenir la progression de la maladie



NOVARTIS
ONCOLOGIE

POSTERS

MALADIE DE HODGKIN

1-EVALUATION DU TRAITEMENT DES STADES DIFFUS DE LA MALADIE DE HODGKIN PAR LE PROTOCOLE BEACOPP. EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE / HMRUO.

S.Baghdad

Service D'Hématologie / HMRUO.

Introduction :

la maladie de Hodgkin est une hémopathologie maligne intéressante le tissu lymphoïde caractérisée par la présence de cellules de Reed Sternberg au sein d'un granulome inflammatoire. Si la survie a été améliorée, les résultats restent encore insuffisants dans les formes étendues.

But de l'étude:

L'objectif de notre étude est d'évaluer le traitement des stades étendus de la maladie de Hodgkin par le protocole BEACOPP.

Matériel et Méthodes:

il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 06 ans : janvier 2008-décembre 2013, nous avons colligé 36 cas de patients atteints de la maladie de Hodgkin dont 24 sont des stades diffus.

Résultats :

Il s'agit de 09 femmes et 15 hommes, sex-ratio= 1.66. L'âge moyen est de 35.3 ans [18-88]. Le délai diagnostique moyen est de 09 mois [1-24]. Les signes d'appel sont répartis comme suit : *Signes généraux : 07 cas (29%) : amaigrissement, fièvre vespérale et sueurs nocturnes. *Syndrome tumoral : 20 cas (83%). *des signes de compression dans 02 cas (08%). *et un nodule cutané dans un cas seulement. Le staging des patients retrouve : 15 patients (63%) stade IV et 09 patients (37%) stade III. Les symptômes B sont retrouvés dans 16 cas (66%) : fièvre 12 cas (50%), sueurs 14 cas (58%), amaigrissement 13 cas (54%) et prurit 03 cas. Le syndrome tumoral : 20 cas (83%) : cervical (20 cas), axillaire (09 cas), médiastinal (22 cas) avec un bulky médiastinal dans 07 cas, abdominal (18 cas) et inguinal (09 cas). L'atteinte splénique est présente dans 11 cas et une hépatomégalie est retrouvée dans 05 cas. L'atteinte viscérale : pulmonaire 06 cas, hépatique avec des PAL élevées 05 cas, osseuse 05 cas, médullaire 03 cas, pleurale 02 cas, musculaire 02 cas et cutanée 01 cas. Les signes biologiques d'évolutivité sont présents dans 18 cas (75%). Le diagnostic

est fait par l'étude histologique d'un ganglion périphérique dans tous les cas. Le type histologique prédominant est le type 2 : 20 cas (83%), le type 3 : 03 cas (13%), et le type 1 dans 1 cas. L'immunohistochimie est réalisée chez 12 patients (50%). La classification pronostique (selon l'IPS) : Haut risque : 14 cas (58%) et risque standard : 10 cas (42%). 16 patients (67%) ont bénéficié d'une polychimiothérapie type ABVD, 08 patients (33%) : BEACOPP renforcé, associée à une radiothérapie sus diaphragmatique dans 02 cas seulement. La rémission complète est obtenue dans 09 cas (37%), une rémission partielle dans 02 cas (08%) et l'échec dans 06 cas (31%), 02 patients sont orientés à l'HMRUC et 05 autres sont en cours de traitement. Nous avons noté 03 cas de formes réfractaires. 05 patients ont bénéficié d'une autogreffe de CSP dont 04 sont toujours en RC et un a rechuté après 24 mois de RC. 05 patients ont rechuté après 19 mois de rémission complète en moyenne. Le suivi moyen est de 36 mois avec une survie globale de 73%, et la survie sans progression à 52%, nous déplorons 04 décès soit 16%.

Conclusion :

Les stades diffus sont de loin les plus fréquents en raison le plus souvent d'un diagnostic tardif. Les résultats thérapeutiques demeurent insuffisants et les formes réfractaires posent un réel problème de prise en charge.

2-LYMPHOME DE HODGKIN AVEC BULKY MEDIASTINAL

N. Belkacemaoui, S. Baghdad, S. Abderrahmani, S. Hadji, T. Yachekour, M. Aberkane, N. Bendouma, A. Habbar, F. Serradj, A. Bachiri
Service Hématologie / Hôpital Militaire Régional Universitaire D'Oran.

Introduction :

la maladie de Hodgkin est une hémopathie lymphoïde maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg en histologie, le pronostic est favorable si la maladie est diagnostiquée précocement et en l'absence de facteurs de mauvais pronostic. L'atteinte médiastinale avec BULKY est un facteur de mauvais pronostic et constitue un des facteurs qui détermine le choix thérapeutique

But de l'étude:

les formes BULKY de la maladie de Hodgkin : évaluation clinique ; diagnostic traitement et résultats thérapeutiques

Matériel et Méthodes:

une étude rétrospective sur une période de 05 ans (2009_2013) a permis

de colliger 38 cas de maladie de Hodgkin dont 15 malades soit 39.4% ont présenté une atteinte médiastinale avec forme BULKY (IMT>0.35 et masse médiastinale > 07 cm), IMT est mesuré sur la radiographie standard demandée systématiquement chez tous les malades

Résultats :

l'âge moyen de nos patients est 28.6 ans (extrêmes : 16 _88 ans) avec un sex-ratio à 0.87. Le principal motif de consultation est l'apparition d'une adénopathie périphérique dans 86 % des cas soit 13 malades. 60% des malades ont présenté des signes d'évolutivité cliniques (09 cas). Le diagnostic histologique a été posé après biopsie exérèse d'une adénopathie périphérique chez 86% des malades et la thoracoscopie a été pratiquée chez 13.3% des cas. L'IMT a variée entre 0.35 et 0.69 avec un moyen de 0.47. La forme histologique scléronodulaire était majoritaire avec un pourcentage de 86.6% des malades. Les stades localisés sus diaphragmatiques (stade II) étaient retrouvée dans 53.3% des cas contre 46.6 % des cas qui ont présenté des stades étendus (stade IV). La plus part des malades soit 93.3%(14 cas) ont présenté des facteurs de mauvais pronostic (haut risque et défavorable) au moment du diagnostic. Tous les malades ont été traités par polychimiothérapie type BEACOPP renforcé et/ou ABVD associée à une radiothérapie dans 26.66% des cas soit 04 malades et une autogreffe pour un seul malade (6.66%). La RC ou une très bonne réponse partielle a été obtenue pour 08 malades soit 53.3%. Le recours au traitement de rattrapage a été observé dans 40% des cas avec une chimiothérapie type DHAP et IGEV.

Conclusion :

la présentation radiologique type BULKY dans la maladie de Hodgkin présente un facteur de mauvais pronostic ce qui explique la difficulté d'obtenir une rémission complète malgré la polychimiothérapie intensive et l'escalade thérapeutique, la radiothérapie et dans certaines cas l'autogreffe des cellules souches hématopoïétique.

3- EVALUATION DU PROTOCOLE BEACOPP AU SERVICE D'HEMATOLOGIE DE TLEMCEN

Siali N, Sari N, Boukli Y, Dali K, Belkrelladi K, Bensmail F, Yadi S, Kazi Louraghi F, Mesli N
Service d'hématologie - Tlemcen

Introduction :

le lymphome hodgkinien est généralement considéré comme une maladie guerissable, 80% de l'ensemble des patients étant guéri avec une chimiothérapie de première ligne standard, cependant il reste de nombreux patients qui ne le sont pas. plusieurs études randomisées ont confirmé la supériorité du BEACOPP par rapport à ABVD, mais également sa toxicité

But de l'étude:

le but de ce travail est d'évaluer le protocole BEACOPP, ce malgré son utilisation limitée ; seulement 16 patients ; dans le but d'élargir son indication et de pouvoir l'utiliser dans les stades localisés et avancés avec présence des facteurs de mauvais pronostic

Matériel et Méthodes:

il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique et limitée sur une série de 16 patients pendant une période allant de 2009 à 2014, tous les patients âgés de plus de 15 ans étaient inclus, nous avons tenu compte de l'âge du sexe, du délai diagnostique et des moyens du diagnostic, du stade de la maladie, les facteurs pronostiques selon l'EORTC et déduit des groupes pronostiques, de la chimiothérapie de première, seconde, et troisième ligne. nous avons recherché la rémission complète ; rémission incomplète et l'échec et la survie globale

Résultats :

sur 16 patients 10 hommes et 6 femmes, l'âge médian : 29 ans, le diagnostic était posé sur une biopsie ganglionnaire dans 88 %, 31% était stade IIB 6%t IIIA, 19% IIIB et 44% IVB. Les stades localisés IIB avaient tous au moins un facteur de risque, et pour les stades IIIB IV avaient plus de 3 facteurs de risque la chimiothérapie de première ligne : ABVD était utilisée dans 62%, BEACOPP dans 19% et le CHOP dans 19%, cependant le BEACOPP a été fait en deuxième intention dans 63% et 3 intention dans 19% la rémission complète : 38% et la rémission incomplète :38% et l'échec : 24% la toxicité : 85% dominée par la leucopénie

Conclusion :

une nette prédominance masculine -la majorité des patients avaient des stades avancés (44% stade IVB) -la présence des facteurs de risque selon EORTC tout stade confondu -la réponse globale au traitement était de 76% (RC+RIC) alors que dans la littérature elle est de 88% -la médiane de survie est de 6 mois -l'obtention d'une telle réponse et ce malgré son utilisation en 2 ou 3 intention pourrait nous pousser à l'utiliser en première intention dans les stades localisés ou avancés en présence des facteurs de risque

4- EVALUATION DU SCORE PRONOSTIQUE INTERNATIONAL (IPS) DANS LES LYMPHOMES DE HODGKIN DISSEMINES

A.Hadjeb, M.Benlazar, F.Ouadah, N.Zemri, M. Chereti, A. Maghraoui, Z.Zouaoui
Service d'hématologie, CHU de Sidi Bel Abbés

Introduction :

L'IPS (Hasenclever, NEJM 1988) revu par Moccia (JCO, 2010) est le principal score pronostique chez les patients atteints de lymphome de Hodgkin (LH) disséminé.

But de l'étude:

Notre étude analyse l'impact de ce facteur chez les patients atteints de LH étendus, suivis et traités dans notre service.

Matériel et Méthodes:

IL s'agit d'une étude rétrospective de patients atteints de LH étendus âgés de plus de 15 ans, et suivis dans notre service entre janvier 1992 et décembre 2010. Tous les patients ont reçu comme chimiothérapie initiale l'ABVD ou le MOPP avec ou sans radiothérapie. L'impact de l'IPS et de ses 7 variables sur la survie globale et l'obtention d'une réponse au traitement a été étudié, puis comparé aux données de Hasenclever.

Résultats :

118 patients ont été étudiés, avec un âge médian de 27 ans [15-80], et un sex ratio M/F de 1. Après chimiothérapie, 94 (79, 6%) étaient mis en rémission. la survie à 5 et 10 ans est de 63 % et 54 %. En analyse multivariée, l'âge > 45 ans, l'existence d'une masse ganglionnaire importante et le stade IV de la maladie sont significatifs pour la survie des patients (p = 0, 0003, p = 0, 0004, p= 0, 0004). L'IPS est le facteur principal pronostique pour la survie globale des patients (p < 0, 0001) et pour l'obtention d'une réponse complète au traitement (p < 0, 0001). Le tableau suivant résume la répartition de nos malades en fonction de l'IPS et leur survie respective, comparées aux résultats de Hasenclever et Moccia. Patients % Survie à 5 ans % IPS Notre étude Hasenclever Notre étude Hasenclever 0-2 47 58 82 81-90 3-4 37 33 50 60-78 >4 16 7 30 56

Conclusion :

l'IPS, en tant que principal facteur pronostique des LH disséminés, permet d'identifier des groupes à très haut risque, lesquels nécessitent une prise en charge diagnostique et thérapeutique, précoce et adaptée.

5-IMPACT DE L'AGE SUR LE PRONOSTIC DES LYMPHOMES DE HODGKIN ETENDUS

M.Benlazar, A.Hadjeb, A.Maghraoui, F.Ouadah, N.Zemri, Z.Zouaoui
Service d'hématologie, CHU de Sidi Bel Abbés

Introduction :

Le score pronostique international (IPS) des stades avancés de lymphome de Hodgkin (LH) basé sur 7 facteurs, permet une meilleure stratification thérapeutique des patients. Parmi ces facteurs, l'âge ≥ 45 ans est considéré comme un élément de mauvais pronostic.

But de l'étude:

L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs de risque, cliniques et paracliniques, liés à l'âge, et qui influencent le pronostic du LH dans sa forme étendue.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective de 118 patients atteints de LH étendus, suivis dans notre service entre janvier 1992 et décembre 2010. Les facteurs de risque étudiés sont : le sexe, le type histologique, l'évolutivité clinique, le stade de la maladie, une atteinte ganglionnaire massive, la vitesse de sédimentation et enfin les facteurs inclus dans l'IPS. La survie globale des patients a été déterminée par la méthode de Kaplan et Meier, suivie d'une

analyse multivariée des facteurs de risque.

Résultats :

L'âge médian de nos patients est de 28 ans [15-80], dont 92 (78%) ont moins de 45 ans, et 26 (22 %) plus de 45. Le taux de rémission complète (RC) était plus élevé chez les sujets jeunes (83, 6% vs 65, 3%, $p = 0, 03$). La survie globale à 5ans est de 64% vs 43 % chez les sujets âgés ($p = 0, 002$). En analyse multivariée des différents facteurs de risque étudiés, le stade IV de la maladie, une lymphopénie et l'existence d'une atteinte ganglionnaire massive sont les principaux éléments de mauvais pronostic pour les sujets jeunes ($p=0, 01$, $p=0, 04$, $p=0, 01$). Pour les sujets âgés, l'IPS est le principal facteur de risque ($p= 0, 02$).

Conclusion :

L'âge est un facteur pronostique important dans le LH, essentiellement dans les formes étendues, lequel doit être pris en compte dans la prise en charge thérapeutique de cette maladie, considérée comme curable.

6- EXPERIENCE DE L'UTILISATION DU PLERIXAFOR AU COURS DES ECHECS DE MOBILISATION DES CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏTIQUES (CSH) DANS LA MALADIE DE HODGKIN A L'EHU 1ER NOVEMBRE.

S.Osmani, M. Brahim, S. Talhi, N. Yafour, A. Arabi, R. Bouhass
Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU Oran

Introduction :

La mobilisation des cellules souches hématopoïétiques associe habituellement la chimiothérapie (cyclophosphamide ou VP-16) au GCSF (Facteur de croissance) ou bien se base uniquement sur le GCSF à la dose de 10 à 15 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{jour}$ pendant 5 jours. Au cours de la maladie de Hodgkin (MH) ou du myélome, des échecs de mobilisation peuvent survenir et représentent un vrai problème pour La réalisation des autogreffes de CSH. L'utilisation d'un nouvel agent (plerixafor) antagoniste du récepteur de chimiokine CXCR4 a permis d'effectuer des autogreffes chez les patients en échec de mobilisation.

But de l'étude:

Dans ce cadre précis, nous rapportons notre expérience dans l'utilisation du plerixafor en cas d'échec de mobilisation chez des patients atteints de MH réfractaire ou du myélome.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur 13 patients atteints d'une MH réfractaire ou en rechute (10) ou de myélome (3) traités par plusieurs lignes de chimiothérapie. Chez ces patients en échec de mobilisation, nous avons utilisé la molécule de Plerixafor à raison de 0, 24 mg/kg de poids associé au G- CSF. Le recueil des CSH a été réalisé entre la 6ème et la 10ème heure après l'injection du Plerixafor. 10 patients ont reçu une seule dose de Plerixafor et 03 patients ont nécessité une deuxième dose.

Résultats :

La moyenne de CD34+ avec le G-CSF seul est de 0, 76 $\times 10^6/\text{kg}$ et celle obtenue avec le plerixafor est de 3, 26 $\times 10^6/\text{kg}$ ($p=0.014$). Parmi les 13 mobilisations par Plerixafor, 09 autogreffes ont été réalisées avec un taux médian de CD34+ de 2, 34 $\times 10^6/\text{kg}$ et 04 autogreffes annulées pour échec de mobilisation avec le Plerixafor (31%). Tous les patients ($n = 9$) ayant subi une autogreffe ont eu une prise de greffe de 100%. Du point de vue tolérance, nous n'avons relevé que des signes mineurs d'intolérance comme des douleurs osseuses d'intensité minime, un cas de diarrhée, mais aucun évènement indésirable grave.

Conclusion :

L'utilisation du plerixafor chez les 13 patients en échec de mobilisation, nous a permis de réaliser des intensifications avec injection de CSH autologues dans 69% des cas. Nos résultats prouvent l'efficacité et l'innocuité du plerixafor chez les patients en échec de mobilisation.

7- ASPECTS CLINIQUES ET EVOLUTIFS DES STADES ETENDUS DE LA MALADIE

H Belhadef, Y Touileb, L Aici, N Benkhira, N Guerd, N Mesli
Service d'hématologie - Tlemcen

Introduction :

Les stades étendus de la maladie d hodgkin représente 52% des lym-

phomes hodgkiniens en ALGERIE selon l'étude publiée dans la SAHT en 2009.

But de l'étude:

L'objectif de notre étude c'est de donner une approche épidémiologique et évolutive des stades étendus suivis dans notre service

Matériel et Méthodes:

Notre étude est une étude descriptive rétrospective sur dossier de six ans depuis janvier 2007 jusqu'à décembre 2012, 37 cas de maladie d'hodgkin ont été diagnostiqués sur un nombre total de cas de 98.

Résultats :

Les stades étendus représentent 37 % des cas -Une prédominance masculine (23 hommes et 14 femmes) est notée avec un sexe ratio de 1.64 -un pic de fréquence en 2009 avec 26 patients d'HDK dont 08 étendus - l'âge moyen est de 34 ans avec une variabilité d'âge de 15 ans à 68 ans - l'âge médian est de 32 ans -le pic de fréquence est notée entre 20 ans et 34 ans avec 18 cas cependant 9 cas ont été diagnostiqués entre 35 ans et 49 ans et 3 cas seulement après 60 ans. -le délai de diagnostic est de 05 mois et 40 % de patients ont été diagnostiqué après 07 mois d'évolution - les adénopathies superficielles ont été le signe révélateur dans 82 % asthénie seule dans 17% - Répartition histologique est type 1 :5%, type 2 :70 %, type 3 :14 %, type 4 :5% non précisé :5% -classification Ann Arbor (48 % stade III 52 % stade IV) - le stade IV est réparti (22% hépatique, 28 % pulmonaire, 11% médullaire 5 % localisation rare, 34 % deux localisation à la fois) - la réponse globale au traitement (64 % de nos patients sont vivants en RC, 14% perdus de vue, 37% sont décédés)

Conclusion :

La majorité des cas d'HDK suivis dans notre service sont originaires de la wilaya de TLEMEN, la réponse thérapeutique est satisfaisante malgré le diagnostic tardif de la maladie.

8-LE LYMPHOME DE HODGKIN (LH) AU NIVEAU DE L'OUEST ALGERIEN : ETUDE MULTICENTRIQUE (2008-2012).

T. Alsuliman1 (Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran1), A. Arabi1 (Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran1), H. Touhami2 (Service d'Hématologie, CHU Oran2), F.Mekkous-Touhami2 (Service d'Hématologie, CHU Oran2), Z. Zouaoui3 (Service d'Hématologie, CHU SBA3), A. Hadjeb3 (Service d'Hématologie, CHU SBA3), N. Mesli4 (Service d'Hématologie, CHU Tlemcen)

Introduction :

Les premières données épidémiologiques portant sur le LH datent de 2006 et ont porté sur une période d'étude de 10 années (1995-2005). Les patients de l'Ouest Algérien représentaient un taux de 28% (463 patients) (1).

But de l'étude:

L'objectif de ce travail est d'actualiser les données cliniques, pronostiques et évolutives du LH à travers une étude multicentrique de l'Ouest Algérien et portant sur 5 années (2008-2012).

Matériel et Méthodes:

Ont été inclus dans cette étude tous les patients âgés de 15 ans et plus et atteint d'un LH. Une fiche technique comprenant les données anthropologiques, cliniques, et évolutives a été adressée à tous les centres participant à cette étude. Les données recueillies ont été traitées à l'aide d'un logiciel de type SPSS version 20.

Résultats :

De 2008 à 2012, 668 patients atteints de LH ont été colligés. L'âge médian au diagnostic est de 36 ans (15-88 ans), avec un sexe ratio de 1, 14. Le type scléro-nodulaire représente 65%. Les stades localisés I-II sont de 42%, les stades étendus III-IV de 58% et 74% de signe B. 9% des patients ont une atteinte médullaire, 9% une atteinte hépatique et 18% une atteinte splénique. Le type Bulky représente 8% en périphérie et 45% au niveau du médiastin. La SG selon l'âge $<$ ou \geq 45 ans, est de 43 mois et 49 mois respectivement ($p=0.016$). La SG à 4 ans selon le sexe est de 64% chez l'homme et 75% chez la femme ($p=0.08$).

Conclusion :

Le LH est en progression constante au niveau de l'OUEST Algérien avec une prévalence de 668 patients en 5 ans (2008- 2012) par rapport au nombre de 463 patients en 10 ans (1995- 2005). Les stades étendus demeurent prépondérant (68%) avec des signes évolutifs (74%). Du point de vue pronostic, l'âge moins de 45 ans est un facteur de bon pronostic.

9- LE LYMPHOME DE HODGKIN (LH) ET LOCALISATIONS INHABITUELLES

W.Younes, A. Arabi, S.Bouchama, L. Charef, A. Fettouhi
Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une affection maligne du tissu lymphoïde caractérisée le plus souvent par une atteinte ganglionnaire. L'atteinte des viscères peut se faire soit par voie hémotogène, soit par contiguïté ou être exceptionnellement primitive.

But de l'étude:

Nous rapportons dans ce travail quelques unes de ces localisations extra-ganglionnaires diagnostiquées au niveau du service.

Matériel et Méthodes:

Entre le 1erAoût 2007 et le 31 Décembre 2013 nous avons colligés 262 patients atteints de LH. Le bilan d'extension a permis de classer nos malades en stade ganglionnaire et splénique (I, II, III) chez 134 patients (51%) et chez 128 patients en stade «viscérale » (49%) avec la répartition suivante : atteinte pulmonaire dans 28%, atteinte poly-viscérale dans 25%, atteinte hépatique dans 21%, médullaire dans 0.07%, pleuro- péricardique dans 0.07%, osseuse dans 0.04%, cavum dans 0.02% et musculaire dans 0.02% des cas. 6 patients ont présenté une localisation inhabituelle et que nous présentons dans ce travail : mammaire (1), cardiaque (1), trachéale (1), cutanée (1), thymique (1), thyroïdienne (1).

Résultats :

Une prédominance féminine est notée (4F/2H), l'âge moyen des patients au diagnostic est de 32 ans (22-58). Les signes généraux ne sont présents que chez 50% des patients. Le type 2 scléro-nodulaire est retrouvé chez 66% des patients. 4 patients sur 6 ont bénéficié d'une confirmation par immuno- histochimie (CD15 ; CD30).Tous les patients ont reçu une poly chimiothérapie de type ABVD. 4 patients ont présenté une RC et une RP chez 2 patients.

Conclusion :

Les localisations extra-ganglionnaires primitives sont rares au cours du LH. Dans notre série de patients, elle représente 2% sur une période de 7 années. Le diagnostic peut être tardif en raison de la localisation inhabituelle d'une part mais également de l'évolution chronique de la maladie. Le pronostic de ces localisations extra-ganglionnaires primitives est fonction de la chimio-sensibilité

10 - COMPARAISON DES PROTOCOLES DE REFERENCE ABVD VERSUS BEACOPP DANS LES STADES ETENDUS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UN LYMPHOME DE HODGKIN (LH).

S. Mahdad, S. Bouchama, L. Charef, F. Attaf, B. Entasoltan
Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran

Introduction :

Les stades étendus du LH sont traités par une chimiothérapie le plus souvent exclusive. Les protocoles de chimiothérapie considérés comme des standards sont représentés par l'ABVD (doxorubicine, bléomycine, vinblastine, dacarbazine) et le BEACOPP(bléomycine, étoposide, doxorubicine, cyclophosphamide, vincristine, procarbazine, prednisone) développé par le groupe allemand GHSG.

But de l'étude:

Le but de ce travail est d'évaluer de façon comparative les résultats obtenus avec ces deux protocoles au cours du traitement des stades étendus du LH au niveau du service.

Matériel et Méthodes:

Groupe ABVD : 153 patients colligés entre Aout 2006 et mars 2013, avec un âge médian de 28 ans (16-80) et un sex ratio de 1, 04 (H78/F75). Stade

IIB : 49 patients, stade III:25, stade IV : 79 patients, Bulky médiastinaux : 59 patients, Bulky périphérique : 12 patients. Le pronostic est défavorable chez 140 patients et favorable chez 13 patients Groupe BEACOPP : 37 patients colligés entre Février 2012 et avril 2013, avec un âge médian de 29 ans (16-63) et un sex ratio de 0, 95 (H18/F19). Stade IIB : 3 patients, stade III:11, stade IV : 23, Bulky médiastinaux : 19 patients, Bulky périphérique : 2 patients ; non bulky : 16 patients.

Résultats :

Groupe ABVD :Le taux de réponse globale (RG) de 71% (RC=53%, RP=18%), le taux d'échec de 29% et le taux de rechute de 9 %. Le taux de décès lié à la progression de la maladie est de 32 %. La médiane de suivi est de 28 mois, la survie globale à 38 mois est de 63%. Groupe BEACOPP :La RG est de 62% (RC 46%, RP 16%, le taux d'échec de 38% avec un taux de rechute de 3% et un taux de mortalité de 22%. La médiane de suivi est de 13 mois et la SG à 18 mois de 68%.

Conclusion :

Le taux de rechute est faible avec le protocole BEACOPP 3% vs 9% pour l'ABVD. Les survies globales sont identiques (p=0.507) mais le recul est insuffisant pour le protocole BEACOPP. Le protocole BEACOPP est plus toxique sans toutefois entrainer une augmentation de la mortalité liée au traitement.

11-EXPERIENCE DE FAISABILITE DU PROTOCOLE BEACOPP RENFORCE® EN HOPITAL DE JOUR (HDJ).

L. Charef, S. Bouchama, S. Mahdad, F. Attaf4, A. Arabi
Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran

Introduction :

Le protocole BEACOPP « renforcé » est habituellement indiqué au cours du traitement des stades avancés du lymphome de Hodgkin (LH) et est pratiqué en hospitalisation. A l'EHU 1er Novembre d'Oran, devant l'activité croissante du nombre des hospitalisations en Hématologie et les capacités limitées d'hospitalisation, nous avons entrepris de « délocaliser » l'administration du BEACOPP ® vers l'HDJ.

But de l'étude:

Le but de ce travail est d'évaluer sa faisabilité en termes de gestion de la toxicité en HDJ.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective portant sur une période de 24 mois (2012-2013), réalisée au niveau de l'HDJ du service. Sont inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans au diagnostic et atteints d'un LH de stade avancé. Le traitement est de type BEACOPP ® (doxorubicine-etoposide-endoxanprocarbazine- vincristine-prednisone) aux doses supérieures à celle du BEACOPP standard, pour un total de 2 à 4 cycles.

Résultats :

32 patients sont inclus dans l'étude, avec une médiane d'âge de 30 ans (17- 54 ans) et un sexe ratio H/F= 1. 23 patients sont de stade IV (72%), 6 de stade III (19%) et 3 de stade IIB bulky (9%). Un total de 85 cycles est réalisé avec une moyenne de 2 cycles / patient (2-4). La phase d'aplasie apparait dès le J8. Le nadir des GB à 150/µl, le nadir du taux d'hémoglobine à 5 g/dl et le nadir du taux de plaquettes à 17000/µl apparait à J15 (19 patients ; 59%). Parmi les 19 patients, 15 d'entre eux (47%) ont nécessité une hospitalisation dont 2 pour un état de choc septique suivi d'un décès toxique (3%). La durée moyenne d'hospitalisation est de 8 jours (2 à 15 jours). 9 malades ont nécessité des transfusions de culots globulaires et aucune transfusion de CPA n'a été nécessaire.13 patients (41%) non pas présenté de toxicité hématologique sévère. Les facteurs de croissance sont utilisés dans 75% des cycles (64 cycles) avec une moyenne de 3 injections /patient.

Conclusion :

Les résultats de ce travail montrent la faisabilité du protocole BEACOPP ® en HDJ avec moins de la moitié des patients ayant nécessité une hospitalisation sous réserve de l'utilisation des facteurs de croissances, une surveillance rigoureuse et une parfaite compliance des patients.

12-PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE HODGKIN DANS L'HOPITAL MILITAIRE DE CONSTANTINE

Bendjaballah Bassima/Chehili Wafa/Lamara Djafer/Atari Yakoub
Service Hématologie, HMR Constantine

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une maladie observée surtout chez l'adulte jeune, évoquée devant des adénopathies suspectes; Les examens radiologiques et biologiques viennent confirmer le diagnostic et permettre la classification pronostique d'Ann Arbor. Cette classification va déterminer les choix thérapeutiques..

But de l'étude:

La prise en charge et l'évaluation thérapeutique des stades localisés et étendus de la maladie de Hodgkin selon les différents groupes pronostics

Matériel et Méthodes:

Ils s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 5 ans de 2009 à 2013, 33 patients ont été colligés. Nous avons étudié l'âge, le sexe, les symptômes B, le type histologique, les localisations extra ganglionnaire et les formes favorables et défavorable selon les groupes pronostiques EORTC et Hasenclever. ainsi que les stratégies thérapeutiques adaptées a chaque stade

Résultats :

L'âge moyen est de 40 ans on note une prédominance masculine avec sexe ratio de (1.38), avec un délai diagnostic 08 mois. Les adénopathies ont été le signe physique le plus rapporté (90%). La localisation cervicale (67 %) (22 cas) axillaire chez 15 % (05 cas), inguinale dans 6 % (02 cas), localisation extra ganglionnaire (pleural) dans (02 cas) et osseuse dans 02 cas. Les signes généraux sont présents chez 84% des patients (28 cas). Le type histologique sclero nodulaire était prédominant (60%) suivi de cellularité mixte 24 % des cas, la déplétion lymphocytaire dans 16% des cas.. Les stades localisés étaient retrouvés dans 24% (08 cas) les stades étendus représentaient 70% (23 cas). Selon les groupes pronostic de l'ORTEC, dans les stades localisés les formes favorable (n = 4/ et formes défavorable (n = 6). Dans les stades étendus, les formes a risque inter médiane selon Hasenclever (n = 10) et haut risque (n= 13). Les stades localisés ont bénéficié de 3 cures ABVD + radiothérapie. Nous avons obtenu plus de 90% de rémission complète. Dans les stades diffus, le traitement employé étaient 6 à 8 cas d'ABVD ou BEACOPP escaladés. Parfois L'association a la radiothérapie. L'évolution était marquée par une rémission complète dans 8 cas (24, 24 %). 4 patients (12.12%) étaient en rechute. (18%) 6 patients étaient en échec dont 4 on été mis en rémission. 3 décès par évolutivité

Conclusion :

la maladie de Hodgkin est guérissable dans les stades localisés de bon pronostic cependant dans les stades diffus le BEACOPP escaladé a une meilleur efficacité et a montré sa supériorité. t malgré sa toxicité élevée mais qui reste gérable

13-EVALUATION DU PROTOCOLE BEACOPP AU COURS DES STADES AVANCES DU LYMPHOME DE HODGKIN (LH) : EXPERIENCE DE L'EHU1ER NOVEMBRE D'ORAN.

S. Bouchama, S. Mahdad , L. Charef, F. Attaf, A. Arabi
Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran

Introduction :

Les stades avancés du LH représentent plus de la moitié de notre recrutement. Les traitements standard proposés en première intention sont soit de type ABVD ou BEACOPP. Au niveau du service nous avons entrepris une étude prospective portant sur le traitement des stades avancés du LH par le protocole BEACOPP.

But de l'étude:

Le but de notre travail est d'évaluer la prise en charge thérapeutique des patients atteints de LH de stades avancés et traités par le protocole BEACOPP en première intention.

Matériel et Méthodes:

Sont inclus les patients âgés de plus de 15 ans au diagnostic et présentant un LH de stade avancé durant la période allant de janvier 2012 à avril 2013. Le traitement entrepris est de type BEACOPP standard et BEACOPP®. L'évaluation a porté sur les taux de réponse, les durées de survie sans rechute (SSR) et la survie globale (SG).

Résultats :

37 patients sont inclus avec un sexe ratio H/F =1 et un âge moyen de 29 ans (16 à 63 ans). Le type scléro-nodulaire est prédominant (92%). 11 patients sont de stade III, 23 de stade IV et 3 de stade IIB. L'atteinte pulmonaire et hépatique est retrouvée respectivement chez 8 et 10 patients. Les signes B sont prédominants chez 83% des patients. Les formes de mauvais pronostic sont retrouvées chez 86% des patients. Sur le plan thérapeutique, 29

patients ont reçu du BEACOPP® et 8 patients du BEACOPP standard. La RC est obtenue chez 17 patients (46%), la RP chez 6 (16%) patients et 14 patients (38%) sont en échec thérapeutique. Du point de vue évolutif, 22% des patients sont décédés, 32 patients sont vivants avec une médiane de suivi de 13 mois (2-23), une SG de 68% à 18 mois et une SSR de 66%.

Conclusion :

L'évaluation du protocole BEACOPP dans les stades avancés montre un taux de réponse globale de 62% et 3% de rechute. La SSR est de 66% et la SG de 68% à 18 mois. Malgré un recul insuffisant, nos résultats sont encourageants et nous incitent à poursuivre ce protocole dans les stades avancés du LH

14- LES STADES LOCALISES NON BULKY MEDIASTINAUX DU LYMPHOME DE HODGKIN (LH) : ETUDE MULTICENTRIQUE REGIONALE OUEST (2008-2012).

A. Arabi, R. Bouhass, T. Alsuliman, MA. Bekadja, F. Mekous-Touhami
Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran.

Introduction :

Dans le LH, la classification de Ann-Arbor a permis de faire la distinction entre les stades localisés (I et II) et les stades étendus (III et IV). Néanmoins, les stades localisés représentent une entité hétérogène de patients tant du point de vue pronostic qu'évolutif, si bien que le traitement demeure encore non consensuel.

But de l'étude:

Ce travail a pour but d'évaluer les résultats de la prise en charge du LH des stades localisés au niveau de l'Ouest Algérien.

Matériel et Méthodes :

Ce travail rétrospectif multicentrique (6 services d'hématologie de l'Ouest Algérien) a porté sur une période de 5 ans (01/01/2008 - 31/12/2012). Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans et présentant un LH de stade localisé I-II non « bulky médiastinal ». Sur le plan thérapeutique, 82% des patients ont reçu une chimiothérapie associée à une radiothérapie complémentaire.

Résultats :

115 patients ont été colligés, avec un âge médian de 35 ans (16-78), un sex ratio H/F=1, 21. Selon Ann Arbor : IA : 26, 9%, IB=11, 3%, IIA=33%, IIB =28% (NB : 13% de ces patients sont « bulky périphériques »). 67% des patients sont de type 2. 70% des patients avaient au moins 1 facteur de mauvais pronostic. Pour les stades I-IIA, la RG= 95% (RC= 91%, RP = 4%) ; le taux de malades décédés est de 4, 8% et le taux de rechute est de 6%. Pour les stades IIB, la réponse globale est de 75% (RC = 72%, RP = 3%), le taux décès=15%, le taux de perdus de vue= 9% et le taux de rechute = 12%. La SG est de 92% (stades I-IIA) et de 72% (stades IIB) (p= 0, 024).

Conclusion :

Dans notre étude les stades IIB ont été traités comme des stades localisés. Nos résultats démontrent qu'ils ont un pronostic péjoratif et il faudrait les considérer et les traiter comme des stades étendus.

15- LE LYMPHOME DE HODGKIN (LH) AU NIVEAU DE L'OUEST ALGERIEN: ANALYSE DES RECHUTES. (ETUDE MULTICENTRIQUE 2008-2012).

N. Mehalhal 1(Service d'hématologie, EPH Mascara 1), T. Touahmi-Mekous 2 (service d'Hématologie CHU Oran 2), H. Touhami 3(Service d'Hématologie CHU Oran3), A. Hadjeb 4(service d'hématologie CHU SBA 4), Z. Zouaoui-Benhadj 5(service d'Hématologie CHU SBA5), N. Houti 6(service d'Hématologie CHU Tlemcen6), N. Mesli 7(service d'hématologie CHU Tlemcen7), A. Bachiri 8(service d'hématologie HMRU Oran 8)

Introduction :

Le LH est le premier cancer curable (60% des patients) avec malheureusement 20% de rechute. Notre étude a pour but d'évaluer les rechutes survenant au cours du LH au niveau de la région Ouest du pays.

But de l'étude:

Il s'agit d'étude rétrospective, multicentrique, portant sur une période de cinq années (Janvier 2008 à Décembre 2012). Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans et présentant un LH tout stade confondu. Tous les patients ont reçu une chimiothérapie associée ou non à une radiothérapie.

Matériel et Méthodes:

La durée moyenne de suivi est de 28 mois, durant laquelle un total de 74 patients (11%) tous stades confondus ont rechuté après une première ligne de traitement. L'âge médian au diagnostic est de 38 ans (16 à 61), 40 hommes et 23 femmes, SR = 1,7. Selon Ann Arbor, 29 patients sont de stade IVB (46%), 14 de stade IIIB (22%), 6 de stade IIIA (9,5%), 4 de stade IIB (6%), 8 de stade IIA (13%) et 2 de stade IB (3%). 20 patients (32%) ont présenté un stade Bulky médiastinal au diagnostic avec des signes B cliniques. Le pronostic est défavorable chez 73% des patients (n=46). 92% des patients (n=58) ont reçu une chimiothérapie de type ABVD en première intention et 12 patients (19%) ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire.

Résultats :

Les rechutes ont porté principalement sur les stades III et IV (78%) et sont de type précoce (moins de 12 mois) chez 47,5% des patients. Le traitement de rattrapage a permis d'obtenir 54% de RC secondaires. La SG des patients ayant rechuté est de 42,5% à 57 mois. 18 patients sont décédés des suites de la progression de leur maladie.

Conclusion :

Cette étude multicentrique a permis de montrer que la rechute est fréquente dans les stades étendus Bulky défavorable. Une approche thérapeutique différente de l'ABVD devrait être initiée dans ces formes de pronostic défavorable.

16- ANALYSE DES CAUSES DE DECES DANS LA MALADIE DE HODGKIN

N. Idir, F. Belhadri, H. Moussaoui, S. Akhruf, F. Tenssaout, N. Ait Amer, N. Abdennebi, F. Boukhemia, R. M. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

La maladie de Hodgkin (MH) est une hémopathie maligne avec des caractéristiques histologiques, évolutives et thérapeutiques particulières. Le diagnostic histologique est porté sur la présence de cellules de Reed-Sternberg dans une architecture ganglionnaire particulière.

But de l'étude:

Elle est curable dans plus de 80% des cas mais il reste des patients (pts) réfractaires à tout traitement.

Matériel et Méthodes:

Sur une période de 08ans (janvier 2004-décembre 2011), 64/614 MH sont décédés (10,4%), l'âge médian: 39,7 ans [15-99], le sex ratio=1,56 (39H/25F). 23pts (36%) avec un stade clinique (SC) localisé (I-II), 41pts (64%) avec un SC étendu (III-IV); 55pts (86%) avec des SG (stade B) et 9pts (14%) sans SG (stade A), le caractère massif (atteinte médiastinale avec IMT ≥ 35 ou une masse ganglionnaire > 10cm) est retrouvé chez 26pts (SC localisés=10, SC étendus=16). Pour les SC localisés, selon le score EORTC, 22/23pts (95,7%) étaient défavorable et 01/23pts (4,3%) favorable. Pour les SC étendus, 27/41pts (65,8%) avaient un score pronostic IPS haut risque et 14/41pts (34,2%) avaient un risque standard. 45pts (70%) traités par le protocole ABVD-P, 11pts (17%) avec ABVD, 2pts (3%) avec MOPP, 1pt (2%) avec du VELBE et 5pts (8%) décédés avant traitement.

Résultats :

25/64pts (39%) étaient réfractaires aux traitements dont 10pts (40%) avec un SC localisé et 15pts (60%) avec un SC étendu. Seulement 22/64pts (34,3%) avaient reçu une radiothérapie (SC localisés: 13, SC étendus: 09). 33/64pts (51,5%) sont décédés en poussée évolutive, 15pts (23,5%) décédés au cours du traitement d'induction, 06pts (9%) décédés en RC, 05pts (8%) décédés en RIC et 05pts (8%) décédés avant l'instauration du traitement. Les causes du décès sont : évolutivité de la maladie : 33/64pts (51,5%), complications infectieuses : 19/64pts (29,7%), néoplasies secondaires (LAM4, Néoplasie gastrique, néoplasie du cavum) : 3/64pts (6,3%), toxicité des drogues : 1pt (1,5%), 1pt aux antécédents d'un phéochromocytome est décédé par une HTA maligne en RC, cause indéterminée (décédés à domicile) : 7pts (11%).

Conclusion :

Ces résultats permettent de conclure que la cause de mortalité la plus importante dans la maladie de Hodgkin est liée à l'évolutivité de la maladie

(33/64pts soit 51,5%). Le total des décès dans notre série est de 10% rejoint les données de la littérature.

17-TRAITEMENT DU LYMPHOME DE HODGKIN ETENDU PAR ABVD

A. Hadjeb, M. Benlazar, F. Ouadah, N. Zemri, M. Chereti, A. Maghraoui, Z. Zouaoui,
Service d'hématologie, CHU de Sidi Bel Abbés.

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne potentiellement curable, et la chimiothérapie par ABVD demeure un standard thérapeutique de cette affection.

But de l'étude:

L'objectif de notre étude est d'évaluer les résultats du protocole ABVD dans le traitement des LH disséminés.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier 1998 à décembre 2010 de 82 patients atteints de LH étendus. Tous les patients ont reçu comme chimiothérapie initiale le protocole ABVD, avec ou sans radiothérapie. Les données recueillies sont : le sexe, le type histologique, le stade topographique et l'évolutivité clinique, l'IPS et ses 7 variables, ainsi que la réponse des malades au traitement. La survie des patients a été déterminée par la méthode de Kaplan - Meier.

Résultats :

L'âge médian des patients est de 27 ans [16-80], avec un sex ratio M/F de 1,1. 32 (39%) sont au stade IV, 35 (42,7%) au stade III et 15 (18,3%) au stade IIB. Les signes d'évolutivité clinique sont observés chez 74 (90,2%) patients, une atteinte extra ganglionnaire 39 (47%) et une atteinte médiastinale massive chez 35 (42,7%) patients. 49 (59,8%) patients ont un IPS > 2. Sur le plan thérapeutique, 67 (72%) patients ont reçu 4 à 6 cures ABVD, 26 (28%) 8 cures ABVD, et une radiothérapie chez 40 (43%) malades. 51 (62%) patients sont mis en rémission complète. 14 (18%) patients ont rechuté après un délai médian de 34 mois. La survie des patients à 5 et 10 ans est de 62% et 52%. Les patients avec un IPS compris entre 0 et 2 ont une survie à 5 ans de 83%, pour diminuer à 45% lorsque l'IPS est > 2 (p=0,0001).

Conclusion :

Le traitement des formes disséminées du LH repose essentiellement sur la chimiothérapie. Le protocole ABVD est reconnu comme le standard historique, néanmoins son efficacité dans les formes étendues, essentiellement de haut risque, est discutée.

18-TUBERCULOSE ET LYMPHOME HODGKINIEN A PROPOS DE 15 CAS

M. Djouadi, F. Talbi, N. OuldKablia, C. Rahali, K. Djouadi, F. Z. Ardjoun
Service hématologie, HCA, Alger

Introduction :

L'association tuberculose (TBC) et lymphome hodgkinien (LH) est classique. La TBC infection opportuniste témoignant un déficit de l'immunité cellulaire coexistant ; caractéristique majeure du LH. Elle peut être concomitante à l'affection ou à distance du diagnostic.

But de l'étude:

sur 286 patients atteints du LH, 15 ont présenté une TBC. Le diagnostic du LH est porté dans tous les cas sur la biopsie ganglionnaire. Le diagnostic de la TBC est bactériologique pour les formes pulmonaires et histologiques pour les formes extra pulmonaires

Matériel et Méthodes:

la fréquence de la TBC au cours du LH dans notre série d'étude est estimée à 5%. Le sex ratio : H/F=2. Âge moyen: 32 ans. 05 cas au stade localisé et 10 au stade avancé. Le type histologique prédominant était : type 2 (9 cas) la TBC est concomitante au diagnostic du LH dans 5 cas, le précède dans 2 cas et survient après la rémission complète dans 8 cas. Une anergie tuberculique est notée dans 10 cas/15. Les localisations tuberculeuses : pulmonaire (4 cas), pleurale (1 cas), ganglionnaire isolé (8 cas), péritonéale (1 cas) et vertébrale (1 cas) ; traitement antituberculeux est instauré. L'évolution: favorable (14 cas) et un décès.

Résultats :

l'association de la TBC et LH est classique, en Argentine la prévalence de la TBC au cours des lymphomes est de 1, 2% et représente 5% dans notre série d'étude. Le déficit de l'immunité cellulaire est en cause comme l'atteste la négativité du test cutané (67% chez nos patients) ; ce déficit s'accroît dans les stades avancés ce qui explique l'agressivité de la TBC dans ces stades ; au quel se surajoute l'effet du traitement. Le diagnostic de la TBC est : concomitant au LH témoignant l'importance des effets délétères du LH sur l'immunité cellulaire, après la rémission complète dans 8 cas ce qui s'explique par la persistance du déficit immunitaire après la rémission complète, ce dernier est majoré par le traitement immunosuppresseur ou le précède : s'agit-il d'une simple coïncidence sachant qu'on est un pays d'endémie ou s'agit-il d'un déficit immunitaire préexistant et prédisposant à la maladie

Conclusion :

La TBC est une complication classique du LH, en rapport avec un déficit immunitaire indépendamment de toute thérapeutique, comme en témoignent les cas retrouvés au diagnostic et majoré par le traitement qui accentue l'immunodépression d'où les formes graves observées après l'obtention de la rémission nécessitant une prise en charge précoce

19-RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES DES STADES LOCALISÉS DE LA MALADIE DE HODGKIN

F Talbi- H Mansour - FZ Ardjoun
Service hématologie, HCA, Alger

Introduction :

L'association chimio-radiothérapie constitue la base du traitement des formes localisées de la maladie de Hodgkin, y compris dans le groupe favorable. Les essais thérapeutiques en cours cherchent à définir pour chaque groupe pronostique les modalités optimales de l'association chimio-radiothérapie en termes de : contrôle de la maladie, toxicité à long terme et qualité de vie: RC dépassent les 90%.

But de l'étude:

Notre étude a pour objectif d'évaluer les caractéristiques cliniques et évolutives des patients présentant un LH localisé sur une série de 47 patients.

Matériel et Méthodes :

o N= 80. (2008-2012). o Diagnostic : orienté par la cytologie ganglionnaire et confirmé par l'histologie + IHC dans la majorité des cas. o Bilan d'extension: a permis de subdiviser les patients (stades localisés) en formes favorables et défavorables selon les groupes pronostiques de l'EORTC. o Traitement : polychimiothérapie de type ABVD (3-6 cycles)+ RT.

Résultats :

o N= 80 dont 47 : forme localisée. o Prédominance masculine : 26H/21F : un sex-ratio=1.23. o Age moyen : 30 ans [19-78] ans. o Délai diagnostique : 5 mois (1-24 mois). o Motif de consultation : adénopathie superficielle (60% des cas), cervicale+++, un volume tumoral > 7 cm : 20% des cas. o Symptômes B : 55% des cas. o Type 2 histologique : 70% des cas, type 3 : 13 % des cas : type 1 : 15% des cas et NP : 2% des cas. o Stades IIB : 46%, IIA : 25%, IA (20 %) et IB (9 %). o Selon l'EORTC : groupes favorables: 36% vs 64% défavorables (30% : Bulky médiastin). o Résultats thérapeutiques : RC : 65%. -Groupes favorables : 33%, défavorables : 32% (Bulky : 30%). 3. 4 patients non évaluables (PDV, décès précoce). o La survie globale : 27 mois. o Les principales complications : •Cutanées : mélanodermie. Endocriniennes : aménorrhée. •hypothyroïdie : 3 cas, pulmonaires : 2 cas. •Néo du sein après un délai de 3 ans (N=1)..

Conclusion :

les caractéristiques cliniques de nos malades rejoignent celles de la littérature, contrairement à nos résultats thérapeutiques: RC : 65%. Cependant, il est à noter que 27% de nos patients déclarés en rémission partielle (avec des pourcentages de réponse : 55-75%, 75%), présentent un reliquat tumoral mais sans signes d'évolutivité clinique ou biologique et une scintigraphie au gallium (-) : s'agit-il d'authentiques RC? faute de pet-scan, il nous est difficile de nous prononcer, néanmoins, il semblerait que ce soit le cas.

20- LA LOCALISATION MEDIASTINALE BULKY DU LYMPHOME DE HODGKIN (LH) : ETUDE MULTICENTRIQUE OUEST (2008-2012).

N.Houti, N. Mesli, B.Benzineb, I.Aici, H.Belhadef, Y Touleb, M.Benmansour, Service d'Hématologie, CHU Tlemcen
MA. Bekadja / Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran.

Introduction :

L'atteinte thoracique initiale au cours du LH est fréquente, une localisation médiastinale est décrite chez plus de 60% des patients et peut être révélatrice dans 10% des cas. Elle est dite « bulky » lorsqu'elle occupe plus du 1/3 du thorax.

But de l'étude:

Décrire le profil clinique, la réponse thérapeutique et la survie des LH à localisation médiastinale « bulky ». Déterminer l'impact pronostic de la localisation médiastinale bulky sur les différents stades cliniques du LH.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude multicentrique (6 centres de l'Ouest), rétrospective et descriptive portant sur une période de 5 ans (Janvier 2008 à Décembre 2012). Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans et présentant un LH dont l'imagerie thoracique standard révèle une masse du médiastin « bulky » avec un IMT>0, 33. L'évaluation des résultats a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.

Résultats :

De Janvier 2008 à Décembre 2012 ont été colligés 604 patients dont 179 présentent une localisation médiastinale bulky (30%). L'âge médian au diagnostic est de 28 ans (15 - 88) avec un sexe ratio H/F de 0, 82. 78% des patients présentent des signes B et le type histologique 2 est dominant (72%). Les stades localisés (48%) dont 31%IIB et les stades étendus 52%. 76% des patients ont un IMT [0, 33 – 0, 45]et 24% un IMT >0, 45. 62% >3 aires ganglionnaires atteintes. 42% des patients ont une hyperleucocytose, 47% une anémie et 22% une hypo albuminémie. La réponse au traitement tous stades confondus montre : RC= 43%, RP=29%, ÉCHEC=28%. La SG est de 68% et la SSR à 77%. Dans les stades localisés: RC=56%, RP=24%, ÉCHEC=20%. La SG= 78%. Dans les stades étendus: RC =32%, RP=34%, ÉCHEC=33%. La SG=51%.

Conclusion :

L'atteinte médiastinale bulky est un facteur pronostic péjoratif, qui impacte négativement la réponse au traitement et la survie tous stade confondu.

21-FORMES FAMILIALES DE MALADIE DE HODGKIN A PROPOS DE 11 FAMILLES.

N.Abdennebi, F.Tensaout, F.Boukhemia, H.Moussaoui, N.Ait-Amer, F.Belhadri, R.Ahmed-Nacer, RM.Hamladji.
Service Hématologie-Grefe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

la maladie de Hodgkin (MDH) est une affection lymphoïde d'étiologie inconnue. La théorie de l'origine infectieuse liée au virus EBV est bien établie et l'existence de rares cas familiaux suggère l'influence de facteurs génétiques

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

de 1998 à 2013, 11 formes familiales de MDH recensées dans notre service sur un total de 1115 soit 0, 98% (6 originaires d'Alger, 2 de Tebessa, 1 de M'sila, 1 de Ouargla et 1 de Djelfa).

Résultats :

: L'âge médian de nos patients (pts) est de 25 ans (17-60), le sex ratio (H/F) : 0, 57 (H : 4, F : 7). Le stade clinique (SC) est de type localisé chez 9 pts (I : 1, II : 8) (favorable : 5, défavorable : 4) et étendu : 2 pts (SC IV de risque standard). Tous les pts ont reçu une chimiothérapie (CT) initiale (ABVD- Platine : 8 et ABVD simple : 3 dont 2 sont en cours de traitement). Sur les 9 pts ayant terminé la CT, 5 sont en rémission complète (RC), 3 en rémission incomplète (RIC) et un perdu de vue (PDV) après CT. Sur les 8 pts restants, 6 ont reçu une radiothérapie (RT) et sont en RC, un pt n'ayant pas reçu de RT en RC post CT est PDV à 8 mois et un pt en RIC post CT est prévu pour autogreffe. Sur les 11 pts, 8 sont vivants en RC, 2 pts sont PDV et un décédé à 60 mois de complications cardiaques post radiques. La MDH est apparue chez un ascendant : 2, frère ou sœur : 5, cousin : 2 et neveu : 2 cas. Parmi eux 5 pts sont vivants en RC, un est décédé en rechute, un pt en cours de traitement et pas de précisions chez 4 pts.

Conclusion :

en plus des facteurs génétiques soulevés dans l'étiologie de la MDH, l'origine géographique et des facteurs environnementaux devraient être envisagés.

22-CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, BIOLOGIQUE DE LA MALADIE DE HODGKIN SUR UNE PERIODE DE 10 ANS.

F.Belhadri, H. Moussaoui, S.Akhrouf, F. Tensaout, N. AitAmer, N. Abdennebi, F. Boukhemia, A. Talbi, H. Bouarab, D. Ait ouali, N. Idir H. Belli, S.T akka, M. Merrouche, F. Harieche, RM. Hamladji. Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

Décrite par Thomas Hodgkin sur le plan anatomo- macroscopique en1832. Les cellules caractéristiques ont été décrites par Carl Sternberg en 1898 et Dorothy Reed en 1902. La maladie de Hodgkin (MH) ou lymphome Hodgkinien (LH) est un lymphome malin particulier qui se différencie des lymphomes malins non Hodgkiniens(LNH) par une présentation clinique le plus souvent localisée, une diffusion avant tout lymphatique et une évolution lente, représente 12% des lymphomes malins. En Algérie la MH occupe la 2emeplace des hémopathies malignes avec une incidence de 0.84/100.000 habitants.

Matériel et Méthodes:

Cette étude rétrospective concerne 745 patients(pts) diagnostiqués sur une période de 10 ans (jan 2004 à déc. 2013). Le diagnostic positif de la MH repose sur la cytoponction ganglionnaire (GP) et la biopsie ganglionnaire (BG) avec immunohistochimie (marqueurs d'activation :antigène (Ag)CD30 et CD15). Le classement anatomopathologique est fait selon la classification de Lukes- Rye. Un bilan d'extension comporte : un examen clinique (la recherche des signes d'évolutivité (fièvre, sueurs, amaigrissement) et un prurit et l'examen des aires ganglionnaires et un examen ORL (cavum)) ; des examens radiologiques (téléthorax, scanner thoraco-abdomino- pelvien) ;Une biopsie médullaire de la crête iliaque postérieure et un bilan biologique (hémogramme, vitesse de sédimentation (VS), et taux d'albumine). Au terme de ce bilan nos pts sont classés selon la classification d'Ann Arbor.

Résultats :

360 hommes et 385 femmes (sex-ratio : 0.93) . L'âge médian : 27 ans (10-90), 143 pts (20%) ≥ 45ans Le tabac est retrouvé chez 136 (18%) pts, notion de cancer familial chez 38pts (5%). Les circonstances de découverte dominées par les adénopathies périphériques : 512pts (69%) les signes généraux : 51pts(07%) et un prurit :23pts (03%) ;. Une grossesse au moment de diagnostic est retrouvée chez 09 pts. Le délai médian du diagnostic : 3mois (0-48mois), un délai ≥ à 6 mois 466 (62%) pts. A l'examen clinique : des SG: 522 pts (70%) : la fièvre :380 pts(73%), les sueurs :400pts (76%) et un amaigrissement : 370pts(71%) et le prurit :122 pts (16%). L'absence du syndrome tumoral chez 65 pts et le nombre de territoires ganglionnaires atteints est ≥ à 3 : 572pts (77%), ≥ à 5 :340pts (45%). Une masse tumorale > à 10cm :73pts (10%), L'atteinte ORL chez 22pts. Sur le plan cytologique une GP a été faite : 535pts (72%) dont 399(75%) CRS positive. Le diagnostic a été porté sur un ganglion profond par une thoracotomie :13pts et une laparotomie : 05pts et une seule laminectomie. Le type 2 histologique était prédominant avec 63 % (472 pts) le type 3 à 28 % (207) et les types 1, 4 et type indéterminé, respectivement 02 % (16pts), 4% (27pts) et 03%(23pts).L'immunohistochimie faite chez 520pts : Ag CD15 : positif 446pts (86%) : Ag CD15 négatif : 30pts(06%) et non concluant :44 pts (8%) ; Ag CD30 : positif 475pts (91%), Ag CD30 négatif : 17pts(03%) et non concluant :28pts (06%). Sur le plan biologique, un taux d'Hb < 10.5 : 299 pts (40%), une hyper leucocytose > 15000/mm3 :197pts(26%), une lymphopénie < 600/mm3 : 48 pts. la VS est faite : 727 pts(97%), VS ≥ 30 : 574 pts (80%) et VS≥ 50 : 449 pts (62%). L'albumine faite : 712pts, < 40g/l :450pts (63%) ; Le bilan d'extension radiologique a révélé un élargissement médiastinal au TLT : 478pts (64%) avec un index médiastino-thoracique (IMT) ≥ 0.35 :218pts (46%). l' atteinte viscérale non contiguë chez 158 pts. selon la classification d'Ann Arbor : 343 patients (46%) avaient une maladie de Hodgkin localisée (38IA ;17IB ;96IIA ;192IIB), 373(50%) étendue (54IIIA ;195IIIB ; 12IVA ; 112IVB) et 29 stades sous diaphragmatiques (11A ;6IIA ;22IIB)

Conclusion :

Nous avons constaté dans notre service, un retard diagnostique avec un délai ≥ à 6 mois dans 62% des cas et des signes d'évolutivité biologique chez plus de 70% des pts, la ponction ganglionnaire en faveur de la maladie de HDK dans 75% ; Le type histologique scléronodulaire est prédominant 63% et la fréquence plus élevée des stades avancés à 72%.

23-MALADIE DE HODGKIN CHEZ LE SUJET AGE SUR UNE PERIODE DE 15ANS: ETUDE DE 44 CAS

F. Belhadri, H. Moussaoui, N. Abdennebi, S. Akhrouf, F. Tensaout, N. Ait Amer, F. Boukhemia, H. Bouarab Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

Le lymphome Hodgkinien(LH) est une entité distincte au sein des lymphomes malins, c'est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed Stenberg (CRS), l'âge est un facteur de mauvais pronostique. Le LH touche essentiellement les adultes, avec deux pics de fréquence autour de 30 ans et après 60ans dans les pays industrialisés ; et chez l'adulte jeune et l'enfant dans les pays en voie de développement. En Algérie, une approche épidémiologique nationale faite sur 10 ans, concernant tous les cas de LH diagnostiqués chez l'enfant et l'adulte entre 1996 et 2005, a montré un pic de fréquence entre 14et 27ans, pas de pic vers la 7eme décennie

Matériel et Méthodes :

Notre étude rétrospective a concerné 44 patients(pts) âgés de plus de 65 ans atteints de LH, diagnostiqués et traités sur une période de 15 ans entre janvier 1998 et décembre 2012. L'âge médian :72 ans (66-99). Le sex-ratio : 0, 9 (21 hommes et 23femmes).Antécédents tabagisme :08pts(18%), HTA : 15(pts(34%) et diabète :12pts (27%). Le délai médian de consultation : 4 mois (0 et 36). Cinquante-six pour cent des pts ont consulté dans les quatre mois suivant l'apparition des premiers symptômes. A l'examen physique, les SG : 28 pts, le prurit :09 pts. Un nombre de territoires atteints ≥ à 03 : 30 cas (68%) avec un bulky chez 2pts. Les types histologiques étaient représentés par : type1 :04; type2 :22 ; type3 : 12 ; type 4=3 et type indéterminé chez 3 cas. Sur le plan biologique : un taux d'Hb < 10.5 : 10 pts, une hyper leucocytose > 15000/mm3 : 04pts(26%) avec une thrombocytose :05pts (35%). VS ≥ 30 : 34pts (77%), albumine < 40g/l : 32pts (72%). Le bilan d'extension radiologique a révélé, un élargissement médiastinal : 15 pts (34 %) avec une forme bulky dans 40 %, une hépatomégalie : 01 pt et atteinte splénique : 11pts dont six nodulaires sans splénomégalie et une localisation osseuse :01 pt. La biopsie de moelle osseuse : 40pts est positive chez 03pts. l'atteinte ORL :04pts. Au terme de ce bilan et selon la classification d'Ann Arbor ; 17 pt (39 %) avaient une maladie de Hodgkin localisée (03 : IA ;05 :IB ;IIA :06 ;IIB :03)et 25 (57%)étendue (04 : IIIA ;15 :IIIB ;IVA :01 ;IVB :05) 2(4%) stades sous diaphragmatiques (IIA :1, IIB :1). Pour les stades localisés tout les pts sont au stade défavorables à cause de l'âge selon la classification EORTC (European Organisation Research Treatment Cancer) ; et selon le score IPS (International Pronostic Score) pour les stades étendus ; haut risque :16pts(64%) et risque standard :9 pts(36%). En décembre 2013 le suivi médian est de 50mois (10- 155).

Résultats :

Onze pts non évaluables (décédés (dcd)avant traitement (TRT) : 2 pts, dcd au cours du TRT : 7 et refus du TRT : 2 pts)33pts sont évaluables, un pt a reçu Gemcitabine + Dexaméthasone, vivant (VV) en rémission complète(RC) avec une survie globale (SG) de 64mois ; 02 pts ont reçu du MOPP dont un a reçu une radiothérapie(RT) et perdu de vue (PDV) en RC et un VV en RC avec une SG respectivement 41et 97 mois. Trente pts ont reçu ABVD : 04 échec et 26 réponses(79%) (18 RC, 08 RIC) dont 21pts ont reçu une RT. Au cours du suivi parmi les 26 réponses ; 04 pts sont décédés en échec après une rechute avec un délai de rechute de 2 ; 25 et 31mois ;01 pt VV en rechute après 123 mois de suivi ; 12pts PDV en RC et 08(24%)pts vivant en RC persistante. Les survies actuarielles globale et sans événement sont respectivement 76% et41 %.

Conclusion :

Le LH est peu fréquent après l'âge de 65 ans, seulement 44pts sont diagnostiqués sur une période de 15ans, le stade étendu est prédominant à 57% des cas.sur le plan thérapeutique 70% des ont reçu une chimiothérapie complète et 50% une radiothérapie complémentaire.

24-ETUDE DE LA SURCHARGE PONDERALE DANS LA MALADIE DE HODGKIN

F. Belhadri, H. Moussaoui, F. Tensaout, N. Ait Amer, N. Abdennebi, F. Boukhemia, S. Akhrouf, Y. Mekhazni, F. Hamel, D. kharef, B. Tabet, S. Addou, RM. Hamladji Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

La surcharge pondérale (SP), qui regroupe le surpoids et l'obésité, est un facteur reconnu comme favorisant le développement des cancers. L'obésité est actuellement considérée comme une maladie inflammatoire. la

recherche sur les relations entre obésité et cancer est développée dans les pays. Des méta-analyses ont mis en évidence des augmentations de risque pour le myélome multiple, les leucémies et les lymphomes non hodgkiniens Le surpoids et l'obésité majoraient non seulement le risque de certains cancers mais aussi les risques de récurrence et de mortalité. Le but de ce travail est d'estimer la fréquence du surpoids et de l'obésité dans la maladie de Hodgkin(MH).

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Patients et méthodes :

Étude rétrospective de 745 patients (pts) suivis pour MH de janvier 2004 à décembre 2013. La SP est calculée selon la formule suivante : Indice de Masse Corporelle (IMC en Kg/m²) = poids/ taille au carré ; les limites normales >18.5 à 25. Le surpoids est définie par IMC >25. et l'obésité de type 1 :IMC :30 à 34.9, obésité de type2 :IMC : 35 à 39.9 et une obésité type 3 :IMC ≥40.

Résultats :

Une surcharge pondérale chez 178/745pts(24%) dont 130 pts (18%) avec un surpoids(63 femmes ; 67 hommes), l'âge médian 33 ans (17- 75), et 48 (6%) pts obèses(27femmes, 21 hommes), l'âge médian 34(19- 78).Selon la classe d' obésité on a constaté le type 1 chez 38 pts, type2 chez 8pt et 2 pts présentent une obésité type 3.

Conclusion :

La surcharge pondérale est présente dans notre série (745pts) chez 24% des patient, pas de différence de sexe, touche tous les âges. Le bénéfice du maintien d'un poids normal (IMC entre 18, 5 et 25 kg/m²) est beaucoup plus large que la seule prévention du cancer et influe notamment sur les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires, les troubles musculo-squelettiques.

25-LES LOCALISATIONS PROFONDES DE LA MALADIE DE HODGKIN

F. Kherbache, H. Hamouda, I. Bentahar, A. Merzougui, S. Hamdi
Service d'hématologie CHU Sétif

Introduction :

Les localisations profondes de la maladie de Hodgkin représentent 5-15% du diagnostic initial. Elles sont révélées, dans les localisations médiastinales, par des signes respiratoires ou par une radiographie thoracique systématique et dans les localisations abdominales, par des signes généraux avec altération progressive de l'état général. Ces modalités posent un problème diagnostique et un retard thérapeutique.

But de l'étude:

: Evaluer la symptomatologie clinique, la classification pronostique et les résultats thérapeutiques des formes profondes.

Matériel et Méthodes:

Parmi 162 patients présentant une maladie d'Hodgkin, 14 (9%) malades ont présenté une localisation profonde sans atteinte périphérique initiale : médiastinale isolée (n: 6), abdominale isolée (n: 3) et mixte Abdominale et médiastinale (n: 5 cas). Le diagnostic est établi histologiquement à la suite d'une thoracotomie dans 5 cas, biopsie transpariétale : 3 cas, laparotomie : 6 cas. L'immunohistochimie a été réalisée dans 8 cas. Le bilan d'extension a comporté un examen somatique, biologique et l'imagerie. Les patients sont stratifiés selon la classification d'Ann Arbor. Les stratégies thérapeutiques employées: ABVD- Cisplatine : 13 cas dont 6 cas ont reçu une radiothérapie complémentaire. 1 cas traité par BEACOPP renforcée

Résultats :

Cette étude comporte 4 hommes et 10 femmes avec un sex.ratio de 0, 4. La moyenne d'âge est de 31 ans (Extrêmes 16- 52). Le délai diagnostique moyen est de 8 mois (2- 18 mois). Le type histologique est 2 dans 13 cas et non précisé dans 1 cas. PS1 : 5 cas, PS2: 6 cas, PS3: 2 cas et PS4 : 1 cas. Les signes généraux B sont présents dans 9 cas (64%). Les manifestations initiales: toux: 2 cas, douleurs thoraciques: 3 cas, Dyspnée : 1cas, douleurs abdominales: 6cas, SPM : 6 cas, Une HPM : 1 cas, Ascite : 1 cas et une AHAI: 1cas. L'IMT > 0, 32: 9 cas (64%), ADP abdominales: 8cas (57%). Le classification selon Ann Arbor: SCI: 5 cas, SCII: 1 cas, SCIII: 4cas, SCIV: 4 cas Les organes atteints sont : Poumon : 3 cas et foie : 2cas Résultats thérapeutiques : Le suivi moyen des patients est de 38, 4 mois (6- 58 mois). Dans les formes médiastinales : 7RC (SCI : 5cas, SCIII : 1cas, SCIV : 1cas), Dans les formes abdominales : 1RC (SCII : 1cas), 1échec (SCIV). Dans les formes mixtes : 4 RC(SCIII : 3 cas, SCIV : 1 cas), 1RP

(SCIV). Devenir des patients : 11(79%) tjrs vivants en RC, 2 DCD (1 en RC suite à unes hépatite fulminante, 1 en échec), 1 Vivant en RP

Conclusion :

Les localisations profondes de la maladie de Hodgkin restent rares cependant, elles posent le problème du retard diagnostique. Les résultats thérapeutiques sont similaires à ceux de la littérature.

26-LA MALADIE DE HODGKIN : ANALYSE DES RECHUTES ET DES FORMES REFRACTAIRES

N. Zatout, I. Bentahar, H. Hamouda, F. Kherbache, S. Chebah, S. Hamdi
Service d'hématologie CHU de Sétif

Introduction :

Dans la maladie de Hodgkin, 5- 10% des patients présentant une forme défavorable et 10- 30% ayant une forme étendue sont en échec et/ou en progression ou en rechute sans réelle perspective de guérison.

But de l'étude:

Nous avons évalué ces événements chez les patients que nous avons suivis.

Matériel et Méthodes:

Parmi 154 patients, 26(17%) ont présenté soit une rechute, soit un échec et/ou une progression de la maladie. Ces événements sont analysés parmi 27 formes favorables, 35formes défavorables, 39 groupes à risque standard et 53 groupes à haut risque. Les stratégies thérapeutiques de 2ème ou 3ème intention comportent les BEACOPPs et renforcé, ESHAP et GCD.

Résultats :

Ces épisodes sont retrouvés chez 14 hommes et 12 femmes, le sex ratio est de 1, 16. L'âge moyen est de 28 ans (Extrêmes 16- 61 ans). Le type histologique : type2 : 15 cas, Type3 : 11 cas. Les stades cliniques selon Ann- arbor : I : 2 cas, II : 6 cas, III : 8 cas, IV : 10 cas. On note 6(23%) rechutes, 15(58%) échecs et 5(19%) rémissions partielles (RP) en progression. La répartition en groupes pronostiques thérapeutiques selon l'EORTC retrouve : 1/27(4%) forme favorable (rechute), 4/35(11%) formes défavorables (2 échecs, 1 rechute et 1 Rémission partielle) et selon le SPI : 9/39(23%) formes à risque standard (4 échecs, 3 rechute et 2 RP) et 12/53(23%) formes à haut risque (9 échecs, 1 rechute et 2 RP). Résultats thérapeutiques globaux : 3 RC, 1 RP, 7 échecs, 5 PDV et 10 décès

Conclusion :

Les formes résistantes au traitement restent difficiles à maîtriser, elles incitent aux perspectives qui reposent sur l'intensification de la chimiothérapie initiale et la détection précoce des échecs primaires et des rechutes à l'aide des techniques d'imagerie (PET-Scan). D'autres voies se profilent dans les essais thérapeutiques : Anticorps monoclonaux bispécifiques (antiCD16/ CD30) ou radio marqués (antiCD25 marqués à la ricine).

27-ETUDE CLINIQUE ET IDENTIFICATION DES FACTEURS PRONOSTIQUES DE LA MALADIE DE HODGKIN

S. Kermiche, H. Hamouda, N. Zatout, I. Bentahar, S. Hamdi
Service d'hématologie CHU de Sétif

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed- Sternberg. L'identification des territoires ganglionnaires et/ ou viscéraux envahis, le volume tumoral, les facteurs pronostiques et les groupes pronostics constituent une phase importante pour les différentes stratégies thérapeutiques.

But de l'étude:

Le but de notre travail est d'étudier, la symptomatologie clinique et l'identification des groupes pronostics selon EORTC et score pronostic international (SPI).

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5ans (2008- 2012) concernant 162 patients. Le diagnostic est orienté par la cytologie et confirmé par l'étude anatomopathologique. L'immunohistochimie a été pratiquée chez 48(30%) patients. L'abord diagnostique s'est fait à la suite d'une biopsie ganglionnaire superficielle dans 87% des cas, transpariétale dans 5%, par thoracotomie (3%), par laparotomie (5%). Le bilan d'extension (examen clinique, imagerie et biologie) a permis de stratifier les patients en stades cliniques locali-

sés (I-II B IMT <1/3 et/ ou Tm < 10cm) subdivisés en groupes favorables et défavorables selon l'EORTC et les stades cliniques étendus (IIB IMT >1/3 et/ ou Tm > 10cm -III-IV) subdivisés en groupes à risque standard à haut risque et selon le SPI.

Résultats :

Ce groupe de patients est composé de 72 hommes et 90 femmes avec un sex ratio (H/F): 0, 80. La moyenne d'âge est de 31 ans (extrêmes 15-80ans) avec un pic dans la tranche d'âge 15-35ans. La répartition selon le type histologique : type1 :6%, type 2 et 3 respectivement à 76% et 15% et non précisé à 3%. Les adénopathies superficielles sont retrouvées dans 81% des cas, une localisation médiastinale dans 78% des cas et abdominale dans 40% des cas. Les signes généraux B sont retrouvés dans 68% des cas. Selon la classification d'Ann Arbor: SCIA: 20 cas, SCIB: 05cas, SCIIA: 25cas, SCIIB: 38cas, SCIIIA: 6cas, SCIIIB: 32cas, SCIV: 38 cas. Les viscères les plus touchés sont le foie (10%), la moelle osseuse (2%), le poumon (13%), L'os (4%) et autres (Rein :1 cas et plèvre : 1 cas). Parmi les stades localisés (n: 62), les formes favorables sont retrouvés dans 44% et les formes défavorables dans 56%, 5cas relèvent d'une atteinte sous diaphragmatique. Parmi les stades étendus (n: 100), le risque standard est retrouvé dans 47% et le haut risque dans 53%.

Conclusion :

Cette étude met en évidence une fréquence féminine élevé et un seul pic dans la tranche d'âge 15-35ans. La répartition selon le type histologique et les stades cliniques d'Ann Arbor, rejoint les données de la littérature. Cependant la stratification selon les groupes pronostiques et thérapeutiques montre une inversion de fréquence entre les formes favorables et défavorables ; quant aux taux des formes à risque standard et haut risque, ils se rapprochent des données de la littérature.

28-MALADIE DE HODGKIN STADE IV MEDULLAIRE :A PROPOS DE 19 CAS

H. Moussaoui, F. Belhadri, F. Tensaout, N.AitA meur, N. Abdennebi, F. Boukhemia, S. Akhruf, H. Bouarab, D. Ait ouali, H. Belli, N. Idir S. Takka, F. Harieche, RM. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

Le lymphome Hodgkinien(LH) est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed Stenberg (CRS), l'atteinte médullaire est la conséquence d'une dissémination par voie hématogène de la maladie définissant le stade IV selon la classification d'Ann Arbor.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective sur une période de 09 ans(jan 2004 - déc 2012), 674 LH diagnostiqués, 112 patients (pts) présentent un stade IV dont 19 (pts) stade IV avec atteinte médullaire. L'âge médian : 31 ans (19-73). Prédominance masculine avec un sex-ratio : 1.7 (17 hommes et 7femmes).Aux antécédents de tabagisme : 05pts (26%), épilepsie :1pt. Le délai médian de diagnostic: 5 mois (1- 18). Le motif de consultation est dominé par les adénopathies : 10 pts (53 %) ; les signes généraux(SG) : 03 pts ; Sd anémique 2pts(10%) ;épidurite :1pt. Un cas de LH diagnostiqué sur une grossesse de 04 mois. A l'examen physique, un ECOG 1- 2 :18 pts, une PCM :02pts, les SG : 18 pts (95%). Le prurit : 05pts(26%). Le nombre de territoires atteints ≥ 3 chez tous les pts. Selon la classification histologique : type1 :01pt; type2 :9pts ; type3 : 07pts ; type 4=1pt et type indéterminé 01 pt. Sur le plan biologique : un taux d'Hb < 10.5g/dl : 11 pts (58%) ; Une leucopénie<4000/mm3 :4 pts(21%), une hyperleucocytose > 15000/mm3 : 02pts(10%), un seule pt avait une thrombopénie à 88000/mm3, une thrombocytose :05pts (26%) bicytopenie :2pts(10%), pancytop2nie :1pt. VS ≥ 30 : 15pts (79%), VS≥50 :13pts(68%), albumine < 40g/l : 12pts (63%). Le bilan d'extension radiologique a révélé, un élargissement médiastinal : 12pts (63%) avec une forme bulky dans 26 % des cas, atteinte splénique nodulaire : 06pts ; atteinte du cavum : 2 pts. Au terme de ce bilan et selon la classification pronostique IPS : Haut risque : 15pts (79%); Risque standard 4pts:(21%).

Résultats :

Résultats : 18pts sont évaluables (un pt décédé au cours du traitement), 3 ont reçu ABVD, un pt décédé après rechute post autogreffe avec une survie globale (SG) :60mois et un pt VV en RC avec une SG de 13 mois. Quinze pts ont reçu ABVD P : réponse globale 15 (100%) (10RC, 5 RIC) dont 4 pts(26%)avec une médiane de SG :62 mois ont reçu une RT. Au

cours du suivi parmi les 15 réponses ; 03 pts ont rechuté avec un délai de rechute de 24 ; 36 et 46mois dont un pt VV en rechute après autogreffe et les 2autres rechutes sont VV en RC après un TRT de rattrapage. En décembre 2013, parmi les 18 pts, 16pts sont VV en RC et une pt VV en rechute avec médiane de SG de 63 mois

Conclusion :

Le LH stade IV médullaire isolé est rare, Les signes d'infiltration médullaire ne sont pas au 1er plan, elle coexiste avec le syndrome tumoral et les SG ; elle définit un stade disséminés de la maladie, avec une sensibilité thérapeutique à 100% de réponse après chimiothérapie.

29-MALADIE DE HODGKIN AU COURS DE LA GROSSESSE : A PROPOS DE 12 CAS.

N. Abdennebi, F. Belhadri, N. Ait-Amer, F. Tensaout, F. Boukhemia H. Moussaoui, R. Ahmed-Nacer, RM. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

la maladie de Hodgkin (MDH) est une affection maligne peu fréquente qui touche surtout l'adulte jeune. Elle peut donc être diagnostiquée au cours d'une grossesse (gsse), laquelle favorise les poussées de la maladie et pose un sérieux problème thérapeutique en raison du risque iatrogène de la chimiothérapie (CT). Nous rapportons 12 cas de MDH diagnostiquées au cours d'une gsse.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

de janvier 1998 à décembre 2013, 1115 MDH diagnostiquées dont 566 femmes (50, 7%) et parmi elles 423 sont en âge de procréer (18 à 42 ans). Douze cas de MDH sur gsse soit 2, 8%, âge médian : 28 ans (21-40). Le diagnostic est fait au 1er trimestre (T) : 6 ptes [stade clinique (SC) I : 1, II : 3, III : 2], au 2ème T : 2 (SC II : 2) et au 3ème T : 4 ptes (SC I : 1, II : 1, IV : 2).

Résultats :

une interruption thérapeutique de la gsse (ITG) a été réalisée chez 4 patientes (ptes) au 1er T et la gsse, maintenue chez 8 ptes et sans traitement spécifique de la MDH : 2 au 1er T avec aggravation du SC de la maladie après l'accouchement, 2 au 2ème T sans incidence sur l'évolution de la maladie et 4 au 3ème T avec naissance de 8 enfants en bonne santé. Le traitement (TRT) a comporté une CT-Radiothérapie chez 9 ptes, une CT-autogreffe : 2 ptes et une pte en cours de TRT. Toutes les ptes ayant terminé le TRT sont vivantes en RC.

Conclusion :

la découverte d'une MDH au cours de la gsse pose un problème de prise en charge thérapeutique en raison du risque tératogène du TRT spécifique. Une ITG est recommandée en cas de diagnostic au cours du 1er T. Pendant les 2ème et 3ème T, si la maladie n'est pas évolutive, un TRT pourra être débuté après l'accouchement mais une surveillance rapprochée est nécessaire afin de détecter une aggravation de la maladie et d'organiser un accouchement prématuré.

30.TUMEURS MALIGNES ET LYMPHOMES HODGKINIENS

A. Cherif hosni, S. Kehal, F.Touhami, D. Saidi, H. Touhami
Service hématologie - CHU Oran

Introduction :

Le Lymphome de Hodgkin (LH) représente une des tumeurs malignes les plus curables grâce aux progrès thérapeutiques actuels. Les tumeurs malignes secondaires ou associées aux traitements demeurent les complications tardives les plus redoutables.

But de l'étude:

Evaluation des complications tardives du traitement du lymphome hodgkien

Matériel et Méthodes:

Sur une période de 18 ans [1995-2013] 14 cas de tumeurs malignes ont été répertoriés.

Résultats :

1- 3 cas de LAM : l'âge médian de 25 ans [23-69], 02 Hommes et 01 Femme, survenant après une durée moyenne de 44 mois, le traitement reçu : 01 cas de chimiothérapie et radiothérapie, 01 cas chimio et radiothérapie et autogreffe et un cas chimiothérapie seul. Les 3 patients sont décédés (1 à 23 cas de LAM : l'âge médian de 25 ans [23-69], 02 Hommes

et 01 Femme, mois après diagnostic de LA). 2- 09 cas de cancer du sein : 01 Lymphome de Hodgkin (LH) associé à un carcinome mammaire avant tout traitement, 8 cas de tumeurs malignes du sein après traitement de maladie de Hodgkin dont 5 après une durée moyenne de suivi de 8 ans. L'âge médian de 28 ans [19- 49], 5 cas maladies d'hodgkin stade étendus et 4 cas stades localisés, traitement de la maladie d'hodgkin 5 cas traités par ABVD et radiothérapie et 3 cas ABVD, COPP et radiothérapie. Pour le traitement du cancer du sein, 2 cas traités par chirurgie et chimiothérapie, 3 cas chirurgie seule, 1 cas chimiothérapie et 2 non traités. Les résultats thérapeutiques : 02RC, 03 décédés et 03 cas perdus de vue. 3- Un cas de cancer de la thyroïde chez une patiente de 28 ans, connue pour LH à l'âge de 11 ans, traitée par ABVD et radiothérapie, 7 ans après, elle développait un carcinome vésiculaire de la thyroïde T1N1M0, traitée par chirurgie et irradiation, actuellement en rémission complète.

Conclusion :

Les nouvelles approches thérapeutiques tentent d'optimiser les taux de guérison du LH, mais il est aussi important de réduire les complications précoces et tardives et déterminer les caractéristiques des patients considérés à aux risques à l'exposition aux radiations et aux agents cytotoxiques. C'est dans ce cadre là que les stratégies thérapeutiques actuelles cherchent à éliminer toute radiothérapie même dans les stades localisés.

31-SURVENUE DE NEOPLASIES SECONDAIRES APRES TRAITEMENT POUR MALADIE DE HODGKIN.

N. Abdennebi, N. Ait-Amer, F. Tensaout, F. Belhadri, H. Moussaoui, F. Boukhemia, R. Ahmed-Nacer, RM. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

la maladie de Hodgkin (MDH) est une affection maligne curable grâce à un traitement (TRT) combiné chimiothérapie (CT) – radiothérapie (RT) mais au prix de complications tardives notamment les néoplasies secondaires (NS) qui aggravent la surmortalité. Ces dernières sont fréquentes au-delà de 5 à 10 ans et sont représentées par les hémopathies malignes et les tumeurs solides.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

de janvier 1998 à décembre 2013, 1115 MDH traitées dans notre service par un protocole combiné associant une CT (ABVD- Platine chez les sujets de moins de 65 ans et ABVD simple chez les sujets âgés) : 3cures dans les stades localisés et 4 dans les stades étendus et une RT appliquée en fonction du stade clinique (SC) de type focale élargie à 30 grays (40 grays si forme massive ou résiduelle). Depuis 2008, les SC IV sont traités par CT suivie d'une autogreffe de moelle osseuse.

Résultats :

quinze patients (pts) soit 1, 3% ont présenté une NS avec un suivi moyen de 71 mois (19-180), l'âge moyen = 30 ans (05- 72), sex ratio (M/F) : 1, 1 (M : 8, F : 7). Les SC sont I : 1, II : 2, III : 9 et IV : 3. Tous les pts ont reçu de la CT au début et une rémission complète (RC) est obtenue chez 8 pts et un complément de CT est fait chez un pt avant la RT. Quatorze pts ont reçu une RT complémentaire et le 15ème a été autogreffé. Tous les pts sont en RC après RT et un a rechuté à 60 mois, rattrapé par CT-autogreffe. Les NS sont représentées par des hémopathies malignes : 4 (myélodysplasies : 2 et leucémies aiguës non lymphoblastique : 2) et par des tumeurs solides : 11 pts (néoplasies du sein : 3, gastrique : 2, cavum : 2, colique : 1, pancréas : 1, carcinome thyroïdien : 1 et un sarcome de Kaposi). Douze pts sont décédés : le délai moyen est de 5 mois (1-12) dont un en rechute de la MDH (Kaposi), 2 sont perdus de vue après le diagnostic de la NS et un seul pt est vivant (survie globale : 69 mois).

Conclusion :

les progrès thérapeutiques actuels notamment la réduction des doses et champs de RT (Involved Field Radiotherapy : IFR) pourraient réduire la survenue des NS dont le pronostic reste effroyable.

32-REDRESSEMENT DU DIAGNOSTIC PAR CYTOMETRIE EN FLUX (CMF) ENTRE LA MALADIE D'HODGKIN ET UN LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS (LNH) SUR SUSPENSIONS GANGLIONNAIRES.

S. Oukid, S. Taoussi, F. Lamraoui, Y. M. Bouchakor, M. T. Abad.
Service d'Hématologie, EHS ELCC, Blida, Faculté de Médecine, Université Blida I

Introduction :

La CMF aide à caractériser au mieux les hémopathies malignes. Les ré-

sultats que nous présentons portent sur le rôle apporté par la cytométrie en flux dans l'exploration d'adénopathie, ou nous avons évoqué des LNH alors que l'histologie a évoqué une maladie d'hodgkin (HDK) d'où une relecture avec un immunohistochimie a confirmé les données de la CMF.

But de l'étude:

Préciser l'apport de la CMF dans le diagnostic de type de lymphome.

Matériel et Méthodes :

L'étude des lymphomes est basée sur la cytologie, l'histopathologie et actuellement sur une cytométrie en flux effectuée sur suc ganglionnaire. La suspension cellulaire est obtenue soit par ponction ganglionnaire à l'aiguille fine sans aspiration dans 01 cas, soit par une trituration et dilacération ganglionnaire dans du RPMI dans 03 cas. L'immunophénotypage a été réalisé à l'aide d'un panel ciblant les populations lymphoïdes T, B et NK (CD3, CD2, CD4, CD8, CD5, CD8, CD7, CD1a, TCR alpha beta, TCR y delta, chaînes légères Kappa et Lambda CD19, CD20, CD22, CD10, CD38, CD43, CD79a, CD79b, FMC7, CD23, CD25, CD11c, IgM, CD56, HLA-DR, TDT, CD34 et CD45). Acquisition sur un cytométrie en flux 4 couleurs.

Résultats :

04 cas de lymphomes Hodgkiniens diagnostiqués par un examen histologique ont été étudiés en CMF: il s'agit de 04 hommes.. La cytologie a évoqué : un LNH à petites cellules dans 01 cas, un LNH à grandes cellules dans 01 cas, un LNH Anaplasique dans 01 cas et un HDK dans 01 cas. La première lecture histopathologique a retrouvé un aspect en faveur d'un HDK. L'immunophénotypage par cytométrie en flux a été faite sur des suspensions cellulaires ganglionnaires avec une richesse cellulaire moyenne de 23 675/ μ l (3 390- 71 500). La CMF a conclu à un LNH à grandes cellules B dans les 04 cas avec une monoclonalité Kappa dans 02 cas, Lambda dans 01 cas et une restriction des chaînes légères dans un cas. Les données phénotypiques sont caractérisées par une expression forte du CD19 dans les 04 cas, CD22 dans 03 cas, CD20 dans 02 cas, CD79b dans 02 cas, CD23 dans 01 cas, FMC7 dans 01 cas, IgM dans 02 cas, une expression de marqueurs d'immaturation (CD34) dans 01 cas ; une expression du CD44 dans 02 cas, du CD5 dans 02 cas et du CD10 dans un cas. La relecture histopathologique des 04 cas analysés a retrouvé : un LNH à grandes cellules dans 02 cas, un LNH Anaplasique dans 01cas et un LNH à petites cellules dans 01 cas.

Conclusion :

La cytométrie de flux a été contributive pour déterminer le diagnostic des LMNH ; l'histopathologie reste un l'outil diagnostique de base qui doit être toujours complété par une étude immunohistochimique. L'exploration des adénopathies doit faire appel quand cela est possible à une cytométrie en flux sachant que les résultats de cette technique sont rapides et souvent permettent de reconsidérer le diagnostic initial.

33-LOCALISATIONS NEUROLOGIQUES DANS LYMPHOMES HODGKIENS

A. Cherif hosni, S. Kehal, Y. Rahal, L. Zatla, H. Touhami
Service hématologie - CHU Oran

Introduction :

Les localisations neurologiques du lymphome hodgkinien (LH) sont rares, généralement observées en cas de rechute et dans les stades IV osseux par contiguïté.

But de l'étude:

Etude des localisations rares dans les lymphomes hodgkiens

Matériel et Méthodes:

Nous rapportant l'observation des 05 cas de lymphomes hodgkiniens avec localisations neurologiques.

Résultats :

Observation n°1 : patient âgé de 29 ans, connu depuis 2007 pour LH stade IV hépatique B, traité par ABVD- Cisplat, après 06 cures réponse supérieure à 75%, rechute en 2008, dans un tableau neurologique de tétraplégie, IRM objectivant des localisations tumorales osseuses secondaires à l'étage cervicale C5 C6 avec extension intra- canalaire, récupération totale après chimiothérapie (ESHAP), 2ème rechute précoce dans un tableau de tétraplégie flasque, échec par plusieurs lignées thérapeutiques décédé en 2011. Observation n°2 : patiente âgée de 29 ans, connue depuis 2003 pour LH stade IV pulmonaire et neurologique diagnostic posé sur laminectomie,

rémission complète o après 9 cures ABVD et 3 cures COPP. Observation n°3 : patiente âgée de 58 ans, connue depuis 2001 pour LH médullaire bulky traité par chimiothérapie, une RCU obtenue après 10 cures ABVD, rechute précoce avec un processus tumoral ostéolytique endo-canalair compressif. Observation n°4 : patient âgé de 41 ans, connu depuis 2004 pour LH stade IIB, RC obtenue après 05 cures ABVD et radiothérapie (cervicale et médiastin), rechute précoce, cliniquement le patient a présenté une diplopie, l'IRM a objectivé une localisation du sinus caverneux droit avec ostéolyse et extension sphénoïdale et nasopharyngée. Observation n°5 : patiente âgée de 45 ans, connue depuis 1994 pour maladie d'hodgkin IIB, traitée par chimiothérapie et radiothérapie, 3ème rechute en 2013 dans un tableau neurologique de paralysie flasque des membres inférieurs, l'IRM a objectivé une atteinte vertébrale lytique étendue de D10 à L1 avec extension lésionnelle endocanalair responsable d'une compression médullaire et epidurale, traitée par chimiothérapie (MBECOD) et radiothérapie, une nette amélioration clinique.

Conclusion :

Les localisations neurologiques sont rarement révélatrices, elles surviennent habituellement dans un contexte d'une rechute évolutive, ou Par contiguïté d'une lésion osseuse qui entraîne une extension lésionnelle endocanalair et comprssion médullaire.

34-MALADIE DE HODGKIN STADE IV OSSEUX : A PROPOS DE 10 CAS.

Moussaoui, F. Belhadri, F. Tensaout, N. Ait Ameer, F. Boukhemia N. Abdennebi, A. Talbi, S. Akhrour, H. Bouarab, D. Ait ouali, D. Kharef, B. Tabet, F. Harieche, RM. Hamladji.

Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

Maladie de Hodgkin ou lymphome hodgkinien (LH) est une affection maligne du tissu lymphoïde caractérisée par la prolifération de cellules particulières appelées cellules de Reed- Sternberg (CRS). Les atteintes osseuses non contiguës sont beaucoup plus rares au cours de la maladie de Hodgkin.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

10 observations de maladie de Hodgkin avec localisations osseuses non contiguës sur une période de 09 ans (jan 2004- déc2012). L'âge médian :27 ans (20-69). Le sex-ratio : 0.66 (04 hommes et 06femmes). Le délai médian du diagnostic : 8mois (1 et 24) dont 30% des pts diagnostiqués au delà de 12mois. Le mode de révélation dans 40% des cas par des douleurs osseuses, les adénopathies :4pts (40%). A l'examen physique l'état général est conservé chez tous les pts, les signes généraux : 08 pts et le prurit : 02pts. Un nombre de territoires atteints ≥ 3 :tous les pts dont un bulky. Les types histologiques sont représentés par le type2 :7pts(70%) ; type3 : 3pts(30%). Sur le plan biologique : un taux d'Hb < 10.5 : 10 pts, une hyper leucocytose > 15000/mm3 : 04pts(26%) avec une thrombocytose :05pts (35%). VS ≥ 30 : 34pts (77%), albumine < 40g/l : 32pts (72%). Le bilan d'extension radiologique a révélé au téléthorax un élargissement médiastinal : 06 pts (60 %) avec une forme bulky dans 40 %. A la TDM : image de tassement : 01pt et une épiderite chez un pt. Une scintigraphie positive chez tous les pts dont 50% des cas l'atteinte osseuse est diffuse. Aucun pt n'a une infiltration médullaire. Au terme de ce bilan et selon le score IPS (International Pronostic Score) ; Haut risque : 7pts(70%) et Risque standard : 3pts (30%). En décembre 2013 le suivi médian est de36 mois (14 - 59).

Résultats :

09pts sont évaluable (un refus de traitement), 02 pts ont reçu ABVD, vivants (VV) en rémission complète(RC) dont un a reçu une intensification thérapeutique avec autogreffe des cellule souches hématopoïétiques avec SG respectivement 13 et 47mois. Sept pts ont reçu de ABVD- P : 2 RC+5RIC dont un a reçu une radiothérapie(RT) décompressive pour l'epidurite, ayant rechuté précocement, puis décédé réfractaire. Une intensification thérapeutique avec autogreffe des cellule souches hématopoïétiques faite pour 05pts. En décembre 2013, parmi les 9 pts, 7pts sont VV en RC, un pt décédé réfractaire et une pt décédée par un UCNT avec médiane de SG :36 mois

Conclusion :

Les méthodes d'imagerie médicale modernes (scintigraphie osseuse, tomodynamométrie, résonance magnétique) sont d'un grand intérêt pour permettre un diagnostic précoce de cette localisation. L'évolution sous chimiothérapie a été favorable chez 8pts /9 pts en RC persistante.

35-PRISE EN CHARGE DES STADES LOCALISES DU LYMPHOME DE HODGKIN

Zouitene A, Mehanaoui H, Kolli H, Bentorki S, Bouras M, Souames Z, Boucheloukh N, Elkouti N, Guemriche A, Benalioua M, Ziout M, Rached, Grifi.F.

Service hématologie - CHU Annaba

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin représente 30 % des lymphomes, avec dans deux tiers des cas des stades localisés.

But de l'étude:

Le but de ce travail est d'évaluer la prise en charge des malades aux stades localisés selon les groupes pronostiques.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service d'Hématologie CHU-Annaba, réalisée sur des dossiers médicaux et des fiches de suivi de 73 patients diagnostiqués entre Janvier 2008 et Décembre 2012.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients est de 30, 6 ans.Le sexe ratio (H/F)est de 0, 8.La fréquence par rapport au nombre de malades atteints de LH diagnostiqués au cours de la même période est de 45, 3%.Le délai moyen de diagnostic est de 6 mois. Cliniquement,les adénopathies périphériques sont retrouvées chez 96% des patients, souvent de siège cervical (93%).L'atteinte médiastinale est présente dans 60, 27% des cas.La maladie est au stade II d'AnnArbor dans 70% des cas.Des signes B existent chez 55% des patients.Des signes biologiques d'évolutivité de la maladie sont présents chez 60% des patients.des facteurs pronostiques défavorables de l'EORTC sont retrouvés dans 71, 23% des cas.Selon le score pronostic GHSG ;25% sont au stade précoce, 33% au stade intermédiaire et 42% au stade avancé. Tous les patients sont traités selon le protocole ABVD (03 à 06 cycles).une radiothérapie complémentaire est réalisée chez 65, 7% des patients avec un délai moyen chimio- radiothérapie de 55 jours. Un patient a bénéficié d'une autogreffe de CSH.La rémission complète est obtenue chez 75, 3% des patients (86% des formes favorables et 71% des formes défavorables).La rémission partielle est obtenue dans 17, 8% des cas.Onze patients (15, 1%) ont rechuté.La moyenne de survie globale est de 37 mois.La survie sans rechute est en moyenne 26 mois.

Conclusion :

Les stades localisés du lymphome de Hodgkin sont reconnus par leur bon pronostic d'où l'intérêt d'avoir un diagnostic précoce; en améliorant le circuit diagnostique entre médecins généralistes, chirurgiens, anatomopathologistes et hématologues, tout en respectant le délai entre chimio et radiothérapie.

36-LYMPHOME HODGKINIEN ET ATTEINTE MEDULLAIRE.

N.Ould Kablia, F.Talbi, F.Z. Ardjoun.

Service d'Hématologie, HCA, Alger, Algérie

Introduction :

L'atteinte médullaire dans le lymphome Hodgkinien (LH) est retrouvée d'emblée dans 04 à 15% des cas selon les séries, elle représente à elle seule près de 50% des stades IV.

But de l'étude:

Nous rapportons nos résultats sur les aspects clinico-biologiques, histologiques et évolutifs de cette localisation.

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective sur 286 patients suivis pour LH entre 1988 et 2013. Parmi nos 286 patients, l'atteinte médullaire a été retrouvée chez 20 patients.

Résultats :

20 patients ont présenté une atteinte médullaire, soit 7% du nombre total des patients et 24% des stades IV. Il s'agit de 16 hommes et 04 femmes avec un âge moyen de 36 ans (19-69). L'étude histologique a mis en évidence les cellules de Reed Sternberg (RS) chez 15/20 patients. Des symptômes B ont été notés chez 18/20 patients et une atteinte sus et sous diaphragmatique chez 15/20 patients. 13/20 patients, soit 65% ont présenté au diagnostic une ou plusieurs atteintes viscérales associées, le plus souvent hépatique. Une cytopénie et VS ≥ 40mm ont été retrouvés

chez 16 patients, soit 84%. Tous nos patients avaient un score IPS > ou = 3. Traitement de première ligne: poly chimiothérapie +/- radiothérapie: ABVD n=09 ; MOPP et MOPP/ABV n=06 ; BEACOPP n=01. Sur nos 20 patients : 16 évaluable : 07 RC (44%) ; 04 RP (25%) ; 05 Echec (31%). 07 /11 de nos répondeurs ont rechuté, soit 64% dans un délai moyen de 51M (12-79). Sur un suivi médian de 60M (07-186), nous avons déploré 05 décès (31%), 04 patients sont toujours en RC (25%), 02 patients sont sous traitement de rattrapage et 05 (31%) ont été PDV (03 redressés à leurs services d'origine).

Conclusion :

20/286 patients ont présenté une atteinte médullaire soit, 7% du nombre total des patients et 24% des stades IV. Une nette prédominance masculine et dans la grande majorité des cas des symptômes B avec VS accélérée ont été notés. L'atteinte ganglionnaire était dans 75% des cas sus et sous diaphragmatique avec atteinte poly-viscérale, témoin d'une dissémination de la maladie. L'atteinte médullaire est peu fréquente dans le LH, elle est habituellement associée aux formes agressives et disséminées avec symptômes B et signes évolutifs inflammatoires. Classée d'emblée dans le groupe défavorable, le Pc reste sombre surtout en cas d'atteinte hépatique associée.

37-MALADIE DE HODGKIN FAMILIALE A PROPOS DE 03 CAS

H Otsmane, F Talbi, SE Belakehal, M Djilali, FZ Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

La Maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne chronique, entrant dans le cadre des syndromes lymphoprolifératifs, caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg, dont l'origine lymphoïde B est démontrée, au sein d'un ganglion dont l'architecture est profondément remaniée. L'étiologie de la Maladie de Hodgkin est inconnue, divers agents ont été incriminés notamment l'Epstein Barr Virus, l'existence de cas familiaux soulève l'hypothèse d'une prédisposition génétique ; dans ce contexte nous rapportons trois observations.

But de l'étude:

La Maladie de Hodgkin familiale est très rare

Matériel et Méthodes:

Observation(1) Mr ZA âgé de 39 ans, sans ATCDs personnels particuliers, suivi en Hématologie pour une maladie de Hodgkin type 2 histologique stade IIBb diagnostiquée en Mars 1996. Un traitement combiné incluant quatre cycles d'ABVD, suivis d'une radiothérapie avec obtention d'une RC à l'issue. Actuellement il est à 18 ans de RC. 04 ans plus tard, en Mars 2000, sa sœur : Mme B M, âgée de 43 ans mère de 03 enfants, sans ATCDs médico- chirurgicaux personnels, a présenté la même pathologie : Maladie de Hodgkin type 2 histologique, stade IIBb E (atteinte parenchymateuse pulmonaire), groupe défavorable selon l'EORTC. Traitée par 4 cures d'ABVD avec obtention d'une RC à l'issue, puis un complément de radiothérapie. Actuellement elle est 14 ans de RC. Observation (2) Mr B.K âgé de 53 ans aux ATCD personnels de goitre multinodulaire, suivi chez nous pour une maladie de Hodgkin type 2 histologique stade III Bb diagnostiquée, en Aout 2009, traité par 8 cures d'ABVD, avec obtention d'une RC à l'issue. Actuellement il est à 55mois de RC. Dans les ATCDs familiaux, un cousin germain qui présente la Maladie de Hodgkin.

Résultats :

Observation (3) : Mr RM âgé de 21 ans, présentant une Maladie de Hodgkin type 2 histologique stade IVBb avec atteinte osseuse, groupe défavorable selon l'IPS, diagnostiqué en Janvier 2013. Traité par 8 cures BEACOPP, avec obtention d'une RC à l'issue. Une année plus tard sa cousine germaine âgée de 23 ans présente la même affection une Maladie de Hodgkin classée stade IIXB, groupe défavorable. Elle actuellement en cours de traitement (ABVD). Commentaire : Dans la littérature, environ 1% des personnes atteintes de cette affection ont des antécédents familiaux de la maladie de Hodgkin, ce qui concorde avec notre étude, la prédominance masculine est notée, ce qui concorde à notre étude. Le type histologique est scléro-nodulaire dans la majorité des cas ce qui correspond avec les trois observations, les frères et sœurs de personnes atteintes de la maladie de Hodgkin ont un plus grand risque de développer la maladie.

Conclusion :

la MDH familiale est très rare, le rôle de facteurs génétiques dans la maladie de Hodgkin est évoqué devant l'atteinte préférentielle du sexe masculin

et la survenue chez des jumeaux monozygotiques.

38-ETUDE DESCRIPTIVE ET DEVENIR EDS FORMES GRAVES DES LYMPHOMES HODGKINIENS

S Hadji, N Belkacemaoui, S Abderahmani, N Bendouma, A Habbar, F Saradj, M Aberkane, T Yachekour, A Bachiri
Hopital Regional Universitaire ORAN

Introduction :

L'objectif du traitement de la maladie de Hodgkin est la guérison, ceci concerne les stades localisés, alors que les formes étendues posent encore des problèmes thérapeutiques pour plusieurs raisons : retard diagnostique, forme massive (BULKY), résistance à la chimiothérapie et difficulté d'accès à la procédure de l'autogreffe des cellules souches hématopoïétiques.

But de l'étude:

évaluation des formes cliniques et devenir des formes graves des lymphomes hodgkiniens

Matériel et Méthodes:

il s'agit d'une étude rétrospective effectuée sur une période de 72 mois (janvier 2008 à décembre 2013), tous les patients sont classés selon la classification d'ANN ARBOR modifiée par COTSWOLDS, le traitement utilisé est l'ABVD (04 à 08 cures) combiné à la radiothérapie pour les stades localisés, les formes graves concernent les stades IIB, III ou IV sont définies par la présence d'un critère suivant : >de 04 territoires ganglionnaires et / ou une masse médiastinale dont l'IMT est plus de 0.45 et / ou l'atteinte de 02 sites extra nodaux. ces formes étendues sont traités en première intention par le BEACOPP renforcé en fonction de la disponibilité des drogues, suivi dans certaines cas par une intensification et autogreffe des cellules souches hématopoïétiques

Résultats :

durant cette période, 39 patients présentent une maladie de Hodgkin ont été pris en charge à notre niveau. L'âge médian est de 29.5 ans. 23 hommes et 16 femmes soit un sex-ratio de 1.43, le délai diagnostique moyen est de 06 mois (01 mois - 24 mois). Parmi ces patients 16 présentent un stade localisé (41 %) et 23 présentent un stade étendu (59%). 26 patients répondant aux critères de gravité soit 66.6% de toute la série : 16 patients soit 61.53% traités par l'ABVD évaluable comme suit : _ RC est obtenues chez 06 patients, 04 ont rechuté réfractaire au protocole de rattrapage, 02 ont été autogreffé après un protocole de rattrapage toujours en RC après 24 mois d'évolution : _ RP chez 05 patients dont 02 sont transférés à l'HCA pour rapprochement et 03 sont réfractaire aux protocoles de rattrapage (DHAP, IGEV, COAP). 10 patients soit 38.4 % sont traités par le BEACOPP en première intention : _RC est obtenue chez 07 malades dont 01 a été autogreffé _ Echec chez 02 patients : 01 décédé et l'autre sous protocole de rattrapage. _ 01 patient est décédé précocement suite à une toxicité hématologique sévère.

Conclusion :

Les formes graves représentent plus de la moitié de la série ce qui est en rapport avec un retard de diagnostic, le protocole ABVD est insuffisant pour traiter les formes graves, les résultats de l'autogreffe des cellules souches hématopoïétiques sont satisfaisantes, intérêt peut être de proposer cette procédure dans le traitement de la maladie de Hodgkin en première intention dans les formes graves de la maladie.

39-LES COMPLICATIONS CARDIAQUES AU COURS LA MALADIE DE HODGKIN

SE Belakehal, F Talbi, MC Rahali, A Kezzo, M Otsman, L Sahraoui, FZ Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Au cours des dernières décennies, la survie des patients traités pour maladie de Hodgkin s'est considérablement améliorée. Malheureusement, l'amélioration du pronostic de la maladie de Hodgkin été accompagnée par une toxicité à long terme, tels que les risques élevés de tumeurs malignes secondaires, et des complications cardiovasculaires. La radiothérapie sus-diaphragmatique, à côté de son rôle bénéfique reconnu, peut être responsable de complications cardiaques potentiellement graves. Ce risque est majoré chez les patients qui ont des facteurs de risque cardiovasculaire classiques et l'association à une chimiothérapie, à base d'anthracyclines.

But de l'étude:

Nous présentons notre expérience dans la prise en charge des complications cardiaques au cours de la maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

Sur une période de 20 ans, de janvier 1988 à décembre 2012, 11 cas, sur 286 pts ont présenté une complication cardiovasculaire suite aux protocoles de chimiothérapie associée ou non à la radiothérapie. Nous décrivons le type de complication, leur délai d'apparition et leur évolution. Il s'agit de 11 patients soit 3, 84% qui ont présenté une complication cardiovasculaire. 7 hommes et 4 femmes, avec une moyenne d'âge de 37 ans [24- 65 ans]. 2 patients stade II, 4 au stade III, 5 au stade IV.

Résultats :

CT de première ligne : ABVD : 9 pts ; MOPP : 1 pts ; et RT associée : 5 pts (3 localisés, 2 étendus). CT de deuxième ligne et 3ème ligne (formes réfractaires) : CNOP puis DHAP : 1 pts, BEACOP puis ESHAP : 2 pts. 11 pts ont présenté une complication CV après un délai médian de 22 mois [6 à 56 mois] : Dans 2 cas : thrombose des vaisseaux du cou, après l'arrêt de la radiothérapie. Les 2 cas PDV. Dans 8 cas : cardiomyopathie dilatée, après un délai médian de 25 mois [4 et 56 mois]. Leur évolution a été défavorable dans 6 cas (54, 5%), décédés dans un tableau d'insuffisance cardiaque globale. 1 cas avec CMD toujours vivant, avec un survie de 7 ans et 1 cas avec CMD PDV. Ces 2 derniers cas, ont été respectivement traités par ABVD (x8) et MOPP (x3) + RT. Dans 1 cas : traité exclusivement par ABVD (x6), a présenté à 12 mois un remaniement des valves aortiques et a bénéficié d'un remplacement valvulaire aortique. Ce dernier cas est toujours vivant, avec une survie de 6 ans. l'incidence des complications cardiaques concordent avec celles décrites dans la littérature.

Conclusion :

Des progrès restent à accomplir dans la désescalade thérapeutique afin de limiter ces complications mortelles pour certaines et ayant un retentissement fonctionnel grave. Des stratégies de réduction des risques appropriées, devraient être associées au traitement spécifique, telles que le traitement de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie, et l'abstention de fumer.

40-PROFIL DES SCORES PRONOSTIQUES DE LA MALADIE DE HODGKIN COMPARE SUR 2 PERIODES

F. Belhadri, H. Moussaoui, S. Akhruf, F. Tensaout, N.Ait-Amer N. Abdennebi, F. Boukhemia, S. Belkaid, M. Maidat, R. Derguini K. Mezaache, L. Belkacem, B. Djaoudi, RM. Hamladji. Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

Depuis sa première description en 1832 par Thomas Hodgkin, la maladie de Hodgkin a bénéficié d'importants progrès. Une fois le diagnostic de la maladie établi, un examen clinique et bilan para clinique complet, doivent être réalisés pour déterminer l'extension de la maladie et définir le pronostic pour proposer une stratégie de traitement adaptée.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 2 périodes de 05 ans: première période de janvier 2004 à décembre 2008 et la deuxième période de janvier 2009 à décembre 2013, cette étude a porté sur 745 dossiers de patients (pts) atteints de maladie de Hodgkin (MH). Pour la première période, La population d'étude était constituée de 405 pts dont l'âge varie entre 10 et 85 ans avec une médiane d'âge de 27ans. Le sex ratio était de 0.94 (197 H -208 F). Le type 2 histologique était prédominant avec 56 % des patients (227/ 405), ensuite viennent le type 3 à 30% (123/405) et les types 4, 1 et indéterminé respectivement à 5 %, 4% et 5%. Pour la deuxième période, La population d'étude était constituée de 340 pts dont l'âge varie entre 14 et 99 ans avec une médiane d'âge de 28ans. Le sex ratio était de 0.80 (152 H -188 F). Le type 2 histologique était prédominant avec 72 % des patients (245/ 340), ensuite viennent le type 3 à 25% (84/ 340) et les types 4, 1 et indéterminé respectivement à 1.5 %, 0.5% et 1%. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique minutieux couplé à des examens radiologiques (radiothoracique, scannerabdominopelvien). Échographie abdominale et pelvienne et La lymphographie pedieuse pour certains pts. Un bilan biologique d'évolutivité (hémogramme, bilan inflammatoire, métabolique, hépatique et rénal), une biopsie ostéo-médullaire. Au terme de ce bilan, les patients étaient classés selon la classification d'Ann Arbor et

selon les scores pronostiques, EORTC (European Organisation Research Treatment Cancer) ; GHSG (German Hodgkin Lymphome study Group) ; IPS (International Pronostic Score) ; PSS (Pronostic Scoring System). NB : Les stades sous diaphragmatiques (13pts pour la Première période et pour la deuxième 16pts)

Résultats :

Selon la classification d'Ann Arbor : Première période(1ere P) : 405pts 174 pts (43%) avaient une maladie de Hodgkin localisée (22 :IA ; 10 :IB ; 44 :IIA ; 98 :IIB) ; 218 pts (54%) étendue (34 :IIIA ;129 :IIIB ; 03 :IVA ; 52 :IVB), 13 (3%)stades sous diaphragmatiques (IIA :03 ;IIB : 10). Deuxième période : 340pts : 169 pts (50%) avaient une maladie de Hodgkin localisée (16 :IA ; 7 :IB ; (52:IIA ;94:IIB) ; 155pts (45%) étendue (20IIIA ;66 :IIIB ; 9 :IVA ; 60 :IVB), 16 (5%) stades sous diaphragmatiques (IA : 1 ;IIA : 3;IIB :12) Selon le score EORTC (European Organisation Research Treatment Cancer) : 1ere P/ 392pts 2eme P/340pts Stade favorable : 41(10%) Stade favorable : 36(11%) Stade défavorable : 132(34%) Stade défavorable : 132(41%) Stade avancé : 219(56%) Stade avancé : 156(48%) Selon le score GHSG (German Hodgkin Lymphome study Group) : 1ere P/ 392pts 2eme P/340pts : Stade précoce : 34(10%) Stade précoce : 40(10%) Stade intermédiaire : 47(15%) Stade intermédiaire : 40 (10%) Stade avance: 243(75%) Stade avance: 312(80%) Selon le score IPS (International Pronostic Score) : 1ere P/218pts 2eme P/155pts Risque standard : 118pts (54%) Risque standard : 62pts (40%) Haut risque : 100pts (45%) Haut risque : 93pts (60%) Selon le score PSS (Pronostic Scoring System) : 1ere P/ 392pts 2eme P/340pts Stade précoce : 83(21%) Stade précoce : 90(27%) Stade intermédiaire : 245(63%) Stade intermédiaire : 160 (50%) Stade avance: 64(16%) Stade avance: 74(23%).

Conclusion :

On note dans notre série et selon la classification Ann Arbor une prédominance des stades étendus pour la première période à 57% et pour LA deuxième période à 55% et pour le score EORTC, pas de différence pour les stades favorables, une augmentation pour les stades défavorables 34% versus 41% et diminution pour les stades avancés 56% versus 48% ; selon le score GHSG, pas de différence significative pour les différents stades. Pour les stades III et IV et selon le score IPS, on note une augmentation pour les stades haut risque. IPS a montré plus de stades de bon pronostic que les autres classifications. En conclusion quelque soit la période les stades avancés sont prédominants.

41-LE LYMPHOME DE HODGKIN DE L'ADULTE : REFRACTAIRE PRIMAIRE

F. Talbi, H. Mansour, Y. Ghassoul, SE. Belakehal, FZ. Ardjoun Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

La maladie de Hodgkin réfractaire ou en rechute pose un véritable problème de prise en charge et ce, malgré les progrès réalisés dans l'élaboration de nouveaux protocoles de chimiothérapie et l'optimisation de l'utilisation de la radiothérapie permettant des pourcentages de guérison qui dépassent les 80% ; cependant, certaines rechutes et formes réfractaires restent problématiques et des progrès sont encore nécessaires. Le caractère réfractaire primaire est défini par : Une régression des masses tumorales < 50 % après 4 à 6 cycles de chimiothérapie contenant de la doxorubicine, ou progression de la maladie pendant la phase d'induction ou dans les 90 jours suivant la dernière chimiothérapie de 1re ligne.

But de l'étude :

Analyser les caractéristiques des patients présentant une MDH réfractaire et évaluer les résultats thérapeutiques des différents protocoles de rattrapage.

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective (1988-2012). •Concernant les patients présentant une maladie de Hodgkin en échec primaire après une chimiothérapie de 1ère ligne. •Basée sur l'exploitation des dossiers des patients, les données analysées sont : l'âge, le sexe, le type histologique, le stade anatomoclinique selon la classification d'Ann Arbor, le groupe pronostique, le traitement de première ligne, les résultats observés et enfin l'évolution (survie globale).

Résultats :

• N=286 (Janvier 1988-Décembre 2012).
• 22 patients (8%) présentant une maladie de Hodgkin réfractaire (primaire) ont été répertoriés dans notre service.

- L'âge moyen dans notre série est de 32 ans, avec des extrêmes allant de 21 à 60 ans.
- La répartition selon le sexe: H/F =18/4, avec un sex- ratio de 4.5.
- On note une prédominance du type 2 histologique (15 cas), suivi du type 3 (4), le type 1 est plus rare (2 cas), le type 4 dans 1 cas seulement.
- La répartition selon la classification d'Ann Arbor donne les résultats suivants : aucun patient n'est classé stade I, le stade II dans 4 cas (IIAa : 1 cas, IIBa : 2 cas, IIXbB : 1 cas, stade III dans 7 cas (IIIAb : 2 cas, IIIBb : 5 cas), stade IV dans 11 cas (IVBa : 1 cas, IVBb : 10 cas).
- La répartition en groupes pronostiques (EORTC dans les stades localisés, IPS dans les formes avancées) : la majorité de nos patients appartiennent au groupe défavorable.
- Traitement de 1ère ligne : o Stades localisés
- ABVD dans tous les cas étudiés (3- 4 cycles), associés à une RT dans 2 cas/4 : (2 patients sont décédés sous chimiothérapie en échec thérapeutique). o Stades avancés
- MOPP/ABV dans 4 cas, avec un complément de radiothérapie dans 2 cas, ABVD dans 10 cas, BEACOPP dans 2 cas (sans natulan).
- 12/22 patients ont pu bénéficier d'un protocole de rattrapage, 4 patients sont décédés précocement, 1 malade est PDV.
- Malheureusement, un échec thérapeutique est constaté et ce, quel que soit le schéma thérapeutique utilisé en deuxième ligne : DHAP, ESAP, VABEM ou IGEV. •La survie globale dans notre série est de 20 mois (1-66) mois.

Conclusion :

- Les résultats de la présente étude démontrent la difficulté de la prise en charge des patients présentant une MDH réfractaire.
- Ces formes sont l'apanage des groupes défavorables.
- Le schéma actuel de prise en charge de ces patients réfractaires ou en première rechute comporte une chimiothérapie de rattrapage, puis un conditionnement suivi d'une autogreffe de cellules souches périphériques (CSP) qui permet d'obtenir 50 % de rémissions complètes (RC) en cas de maladie répondant à la chimiothérapie de rattrapage, mais seulement 20 % en cas de maladie résistante.
- Pour ce type de patients, la stratégie thérapeutique optimale reste à définir.

42-LOCALISATIONS MULTI VISCERALES DE LA MALADIE DE HODGKIN

F Talbi, Y Ghassoul, MR Abadi, SE Belakehal, FZ Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Dans sa forme habituelle, la MDH se manifeste par des adénopathies accompagnées de symptômes généraux(1). La dissémination de la maladie se fait par voie hématogène ou lymphatique. N'importe quel organe peut être infiltré : les viscères les plus fréquemment touchés sont : le poumon, la moelle osseuse et le foie. Ces atteintes peuvent être isolées ou associées et doivent être systématiquement recherchées en fonction de la présence de signes d'appel.

But de l'étude:

L'objectif de ce travail est d'évaluer la fréquence des atteintes viscérales de la MDH, leurs caractéristiques et leur évolution

Matériel et Méthodes:

•N=286 cas de MDH. •Au terme du bilan d'extension (imagerie, biologie et histologie), une atteinte viscérale est retenue dans 78 cas: 27% des cas. •Nous avons adopté la classification pronostique de l'EORTC dans les formes localisées et de l'IPS dans les stades avancés. •Les schémas thérapeutiques utilisés dans notre série sont les suivants : ABVD, MOPP/ABV, BEACOPP, Gemcitabine- Dexamethasone (chez un patient ayant dépassé les doses toxiques d'Adriamycine et de Bléomycine, suite à un problème diagnostique).

Résultats :

•N= 78 : MDH avec localisation viscérale. •Une prédominance masculine nette est observée: 70 H/8F ♦ un sex ratio de 10. •Type histologique : le type 1 : 8 cas, le type 2 : 39 cas, type 3 : 22 cas, type 4 : 4 cas et non précisé dans 5 cas. •La distribution de nos patients, selon la classification d'Ann Arbor, donne les résultats suivants : o Stades IIB : 7 cas. o Stade IIIB: 6 cas. o Stade IVB : 65 cas. •La majorité de nos patients (qu'il s'agisse d'un stade localisé ou étendu), appartiennent au groupe défavorable.

•Les localisations hépatiques : 29 cas, pulmonaires : 23 cas et osseuses :18 cas, sont dominantes par rapport aux autres atteintes : (médullaires, musculaires, thyroïdiennes, péricardiques, rénales, cérébrales et épidurales). •En fonction de l'atteinte organique, nos patients se subdivisent en trois groupes distincts : 1. Atteinte mono-viscérale : 58 cas. 2. Atteinte de deux viscères : 16 cas. 3. Atteinte de plus de deux viscères : 4 cas. •Nous avons été confrontés à un problème diagnostique dans 4 cas (responsable d'un retard diagnostique important +++ : avec une moyenne de 7 mois) : 1. Diagnostic initial de granulome tuberculoïde, biopsie transpariétale : MDH. 2. Diagnostic d'adénopathie non spécifique : abstention thérapeutique pendant trois mois ; apparition de douleurs osseuses avec un syndrome tumoral périphérique : biopsie refaite : MDH (CD15/CD30+). 3. Diagnostic de thymome sur biopsie transpariétale : patient traité en pédiatrie pendant 7 ans avec échec à l'issue. Biopsie de nodules cutanés : MDH de type 2 histologique. 4. Diagnostic de liposarcome sur prélèvement d'une masse inguinale. Devant l'installation d'une pancytopenie persistante : PBO : localisation médullaire d'une MDH. •Résultats thérapeutiques : - RC : 21 cas. - RP : 30 cas. - Echec : 6 cas. - Décès : 8 cas. - Sous traitement : 1 cas. - PDV : 12 cas (certains, adressés au service d'origine).

Conclusion :

les localisations viscérales sont fréquentes au cours de la MDH : 27% dans notre série, 20% dans celle du CHU Annaba sur une période de 10 ans(4). Ces formes sont souvent de mauvais pronostic puisque dans notre série, les patients présentant une atteinte de plus de deux viscères ont eu une survie courte : 3 patients sont décédés, (le quatrième malade a été PDV en cours de traitement). Elles surviennent généralement après une durée d'évolution assez longue (chez les patients ayant un retard diagnostique important).

43-LOCALISATIONS MEDIASTINALES DE LA MALADIE DE HODGKIN

Talbi faiza - Kezzou - FZ Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

L'atteinte ganglionnaire médiastinale est fréquente et retrouvée chez 61 % des patients dans une série de 659 cas [1]. Un seul groupe ganglionnaire, souvent thoracique, peut être touché dans 15 % des LH. Cette localisation est dite « Bulky » lorsque sur le cliché standard du thorax, l'élargissement du médiastin est mesuré à plus du tiers du diamètre de la partie la plus large du thorax. Il s'agit alors d'un critère pronostique péjoratif indépendant [1,2]. Lorsqu'une atteinte ganglionnaire thoracique est mise en évidence, elle intéresse respectivement les chaînes médiastinales supérieures dans 84 % des cas, hilaires dans 28 %, intertrachéo-bronchiques dans 22 %, péricardiques dans 5 %, mammaires internes dans 5 % [1].

But de l'étude:

Evaluation et devenir des formes médiastinales massives : IMT > 0.35, sur une série de 24 patients.

Matériel et Méthodes:

- Etude rétrospective (2008-2012): N= 80. - Diagnostic : histologique (IHC: 80% des cas). - Une grosse masse médiastinale (IMT > 0.35): 24 cas. - Prédominance masculine : 17 H/7 F : sex ratio : 2.4. - Type 1 histologique : 1 cas, type 2 : 18 cas, type 3: 3 cas, NP : 2 cas. - Délai diagnostique : 4.5 mois (1-12 mois). - Motif de consultation : symptomatologie respiratoire : 14 cas. - groupe pronostique (EORTC: stades localisés, IPS :stades avancés) : • N= 3 : groupe standard (IIIB). • N= 21: groupe défavorable : - N= 4 □ stade I (IA : 1 cas, IB : 3 cas). N= 11 □ stade II (IIA : 1 cas, IIB : 10 cas). - N= 5 : stade IIIB. - N= 4 : stade IVB. - Traitement : - Stades localisés : o (3-6 cycles) d'ABVD :N=15 + RT : 14 cas (1 patient PDV en cours de traitement). - Stades avancés : o (6-8 cycles) d'ABVD : 6 cas +RT: 2 cas. o (6-8 cycles) de BEACOPP :2 cas. o 1 BEACOPP + 4 ESAP + RT : 1 cas (toxidermie/ Bléomycine).

Résultats :

Stades localisés : • ABVD + RT : 10 cas de RC, 3 cas :RP, vivant (en échec) □ 1 cas. o Stades avancés : • ABVD : RC : 2 cas, RP : 3 cas (dont un décès après 6 cycles en RP), 1 cas décédé après un cycle d'ABVD. • BEACOPP : RC. • 1 BEACOPP + 4 ESAP + RT : RP. • La RT a permis d'améliorer la réponse au traitement chez un patient /2 avec obtention d'une RC. • Rechute : 3 cas - Stade I B: 2 cas, stade IIB :1 cas. - Délai : 27, 28 et 11 mois respectivement. - Traitement : 1. Stade IB : 6 BEACOPP : RP dans un cas, 6 ABVD dans le deuxième cas : RCU (reliquat tumoral médiastinal de 2 cm soit une réponse estimée à 75% avec une scintigra-

phie au gallium négative). 2. Stade IIB : rechute avec atteinte cutanée et osseuse : 6 BEACOPP : RC avec une reprise évolutive 1 mois après la fin du traitement, DHAP : échec.

• La survie globale est en moyenne : 28 mois (1-60 mois).

Conclusion :

l'atteinte médiastinale est fréquente au cours de la MDH (60% des cas). Lorsqu'elle est volumineuse, elle représente le principal facteur pronostique défavorable dans les stades localisés, les schémas thérapeutiques sont multiples, selon les dernières recommandations(4) : 4 cycles d'ABVD associés à une irradiation à 30 gray des territoires initialement atteints conformément aux résultats de l'essai H9 (EORTC et groupe GELA), représente la meilleure alternative thérapeutique. Dans notre série : les RC sont seulement de 66% (stades localisés défavorables) et plus faible dans les stades étendus.

44-MALADIE DE HODGKIN STADE IV PULMONAIRE : A PROPOS DE 25 CAS

H. Moussaoui, F. Belhadri, F. Tensaout, N. Ait Amer, F. Boukhemia, A. Talbi, S. Akhrouf, A. Bouchellouche, S. Zerkout, K. Tarhi, RM. Hamladji. Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin est un cancer qui affecte le système lymphoïde, il représente 10 % de tous les lymphomes et 1 % des cancers. L'atteinte pulmonaire par contiguïté à partir d'une adénopathie médiastinale est plus fréquente que l'atteinte primitive parenchymateuse.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Sur une période de 09 ans (jan 2004 - déc 2012), 674patients (pts) atteints de LH dont 25(pts) sont des stades IV pulmonaire. L'âge médian de notre série: 23ans (18-80), avec un âge <35ans :88%. Le sex-ratio :0.9 (hommes 12 et femmes13).Antécédents de tabagisme :04pts(16%). Le délai médian du diagnostic : 5 mois (1 à 12) ;Un délai diagnostic moins de 6mois :64%cas. Le 1er symptôme révélateur est dominé par les adénopathies18pts(72%) ; les signes généraux(SG) : 03 pts, toux :3pts(12%), dyspnée :1pt. A l'examen physique, un ECOG 4 :2 pts les SG : 19 pts. Le prurit : 0 3pts. Le nombre de territoires atteints ≥ 3 : 24 cas (68%). selon la classification histologique le type2 était prédominant :18(72%); type3 : 7pts(28%).Sur le plan biologique : un taux d'Hb < 10.5 : 13 pts, une hyperleucocytose > 15000/mm3 : 10pts(40%) avec une thrombocytose :11pts (44%). VS ≥ 30 : 23pts (92%), VS ≥ 50 :19 pts (76%) albumine < 40g/l : 18pts (72%). Le bilan d'extension radiologique a révélé, un élargissement médiastinal : 25 pts (100 %) avec une forme bulky 13 pts : (52%, pas d'atteinte médullaire à la biopsie de moelle osseuse. l'atteinte ORL :01pts, atteinte osseuse par contiguïté :2pts. Au terme de ce bilan et selon le score IPS (International Pronostic Score) ;Haut risque19pts (76%) et risque standard :6pts(24%)

Résultats :

Trois pts sont non évaluables(décédés avant, cours de traitement), 22pts sont évaluables parmi lesquels 20 pts ont reçu ABVD-Platine avec 1 échec et 19 réponses(95%) (RC :4, RIC :15) ; une intensification avec autogreffe :09pts (47%) dont 8pts (88%)VV en RC 1pt (11%) VV en rechute. avec une médiane de survie : 45mois (21-110), SSE : 41mois (4-106). Les 10 pts non autogreffes 6pts VV en RC, 1VV en RIC, 1 VV en rechute, 2pts sont décédés 02 pts ayant reçu ABVD sont vivants (VV) en rémission complète(RC) dont 1pt a bénéficié d'une intensification thérapeutique avec autogreffe avec une survie globale (SG) : 105mois, l'autre pt avec SG : de16 mois. Au total 10 pts /21 pts en réponse après chimiothérapie (CT) ont bénéficié d'autogreffe leur médiane de SG et SSE de 48.5%, 44.5% respectivement, les 11autres pts traité par (CT) seule ont une médiane de SG et SSE de 36%, 20% respectivement.

Conclusion :

L'atteinte pulmonaire non contiguë au cours de LH constitue toujours un défi thérapeutique. Dans notre série l'intensification thérapeutique suivie d'autogreffe des cellules souches périphérique a permis d'améliorer la médiane de SG et de SSE.

45-LOCALISATIONS OSSEUSES DE LA MALADIE DE HODGKIN

F. Talbi, Y. Ghassoul, MR. Abadi, M. Benremouguia, M. Kacimi, Boubendir, FZ. Ardjoun Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Les localisations osseuses de la maladie de Hodgkin (MH) sont rares : présentes dans 10 à 20 %(1) des cas (9-35%(2)). Les os atteints sont par ordre de fréquence : le rachis dorsolombaire, le bassin, les côtes, le fémur et beaucoup plus rarement, le sternum. L'os est atteint par contiguïté à partir d'adénopathies ou encore par voie hématogène ou lymphatique expliquant les atteintes multiples. Nous vous rapportons une série de 28 patients présentant une maladie de Hodgkin avec localisations osseuses.

But de l'étude:

analyser les caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives des localisations osseuses de la MDH sur une série de 28 patients.

Matériel et Méthodes:

• La méthodologie consiste à compiler tous les dossiers des patients suivis au service d'Hématologie de l'HCA pour maladie de Hodgkin, sur une période de 24 ans et dont le diagnostic était porté sur l'étude histopathologique d'un prélèvement tissulaire (ganglionnaire dans la majorité des cas), couplée à une analyse immuno-histochimique, permettant ainsi, d'éliminer les diagnostics différentiels. • N=286. • Nos patients ont bénéficié d'un bilan d'extension : clinique, biologique, histologique et radiologique ◊ radiographies standards, TDM thoracoabdominopelvienne, une IRM rachidienne devant l'apparition de symptômes neurologiques et/ou une scintigraphie osseuse devant la présence de signes d'appel osseux. • Nos malades sont classés selon la classification d'Ann Arbor ; les groupes pronostiques ont été déterminés selon les critères de l'EORTC (dans les stades localisés) ou l'index pronostique international (dans les formes avancées). • Stratégie thérapeutique : association d'une polychimiothérapie de type ABVD (3-6 cycles) suivie d'une radiothérapie dans les stades localisés, 6 à 8 cycles d'ABVD ou BEACOPP dans les formes les plus graves) dans les stades étendus+/- RT.

Résultats :

• N=28 localisations osseuses dans la MDH (10%). ◊ Prédominance masculine : 26 H/2F ◊ un sex ratio de 14. ◊ Type histologique : le type 2 ◊22 cas, le type 3 ◊ 3 cas, type 4◊2 cas, NP ◊ 1 cas. ◊ 15 patients présentaient des douleurs osseuses (touchant le squelette axial dans 80% des cas décrits). ◊ Les symptômes B sont retrouvés dans 21 cas/28, Le stade de la maladie : IVBb ◊ 20 cas, IVAa ◊2 cas, IIBEb ◊ 5 cas, IXB ◊ 1 cas. ◊ Groupe pronostique : 25 de nos patients appartiennent au groupe défavorable. ◊ Nos patients se subdivisent en trois groupes distincts : Localisation osseuse : 1. découverte au moment du diagnostic◊:21 cas. 2. survenue lors de la rechute ◊ 7 cas. 3. associée à des localisations multi viscérales ◊ 11 cas. ◊ Nous avons été confrontés à un problème diagnostique dans 3 cas. ◊ Prédominance des lésions lytiques (60% des cas), par rapport aux lésions mixtes et ostéo-condensantes. ◊ Atteinte unifocale :10 cas, multifocale : 18 cas. ◊ Résultats :thérapeutiques : - RC : 11 cas avec un recul moyen de 16 mois (22-100 mois). - Vivant en échec thérapeutique : 5 cas avec une survie globale de 24 mois (51-12 mois). - Décès : 5 cas. - PDV : 7 cas (adressés à leur service d'origine).

Conclusion :Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature

: incidence globale de ce type de localisations, mode de révélation, type de lésions observées, stade anatomoclinique (formes avancées+++), cependant, il semblerait que le pronostic soit plus sombre dans notre série, contrairement à ce qui est décrit dans certaines publications(5), puisque l'auteur rapporte une survie globale qui avoisine les 60 % à 8 ans.

46-ASPECTS CLINIQUES ET EVOLUTIFS DE LA MALADIE DE HODGKIN EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE DE L'HCA

F. Talbi, D. Saber Cherif, L. Bouteldja, N. Ould Kablia, MC. Rahali K. Djouadi, SE. Belakehal, M. Benremouguia, M. Kacimi, Boubendir FZ. Ardjoun Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin est caractérisé par une infiltration ganglionnaire de grandes cellules appelées cellules de Reed Sternberg présentes au sein d'un tissu réactionnel d'architecture caractéristique. L'incidence nationale est estimée à 0.734 cas pour 100.000 hbts, elle est donc inférieure à celle observée dans le monde : 2-5 cas pour 100.000hbts (1). Cette pathologie touche préférentiellement le sujet jeune avec un pic de fréquence avant 30 ans.

But de l'étude:

Notre étude se propose de décrire le profil épidémiologique des LH pris en charge dans notre service sur une période de 24 ans.

Matériel et Méthodes:

N=286. Le diagnostic est orienté par la ponction ganglionnaire (si ganglion périphérique) et établi par l'étude anatomopathologique complétée par l'IHC utilisant les anticorps : CD 15, CD 30 et CD 20, réalisée d'une manière systématique chez nous depuis l'année 2000. Au terme du bilan d'extension, nos malades sont classés selon la classification d'Ann Arbor ; les groupes pronostiques ont été déterminés, les critères de l'EORTC ou l'index pronostique international. Le traitement dépend du degré d'extension de la maladie : reposant sur l'association d'une polychimiothérapie de type : MOPP, MOPP/ABV ou ABV/Cisplatyl ou ABVD (3-6 cycles) suivie d'une radiothérapie dans les stades localisés. Les stades étendus ont bénéficié de 6 à 8 cycles : de MOPP/ABV, abandonné au profit de l'ABVD depuis 2004, (le protocole BEACOPP est réservé aux formes les plus graves), une radiothérapie est délivrée sur les masses résiduelles (utilisée dans certains cas à visée décompressive). -Une intensification suivie d'autogreffe est réalisée dans 4 cas.

Résultats :

N= 286. Nombre moyen de nouveaux cas/an : 11 Prédominance masculine : 222 H/64F : un sex- ratio=3.5. Age moyen : 32 ans [16-78] ans. Le motif de consultation est dominé par : La découverte d'adénopathies périphériques : 70% des cas : (cervicales : 83 % des cas, axillaires : 10 % des cas, inguinales : 7% des cas). - Des signes généraux : 20 % des cas. - Une toux : 18% des cas. - Des signes compressifs : 10 % des cas. - Une masse sternale : 5 % des cas. Délai diagnostique de 6 mois (5 mois : stades localisés, 8 mois : stades étendus). Le type 2 prédomine dans notre série retrouvé dans 67% des cas, suivi par le type 3 : 16 % des cas : le type 1 : 11% des cas et non précisé : 5% des cas. - On note une prédominance des stades IIB et IV avec 33% : stades II, 30 % : stades III, comparativement aux stades : IV : 22% et I : 15%. Les atteintes viscérales observées dans notre série sont: 1. osseuses : 11% et hépatiques dans le même pourcentage de cas. 2. pulmonaires : 9 % des cas. 3. médullaires : 7% des cas. 4. neurologiques : 3% des cas. 5. cutanées : 1.5% des cas. 6. musculaires, rénales, thyroïdiennes : 1% des cas. -Le taux global de RC: 65% (tous stades confondus), 20 % de RP : 28% des cas, un forme réfractaire primaire dans 8% des cas. -Les principales complications: pulmonaires et thyroïdiennes+++ . -La survie globale à 5 ans est estimée à 65%.

Conclusion :

Nos données cliniques rejoignent celles de la littérature(1) : Par contre, la survie globale à 5 ans est inférieure celle des séries européennes: supérieurs à 80%(4), y compris dans les formes avancées, par des associations thérapeutiques basées sur le concept d'intensité de dose de chimiothérapie, dont nombre d'études rétrospectives avaient suggéré le bénéfice dans la maladie de Hodgkin, cette fois non pas en augmentant les doses des cytostatiques des régimes conventionnels mais en administrant les mêmes quantités de cytostatiques en un temps plus court (ex : BEACOPP).

47-INTERET DE LA TOMOGRAPHIE PAR EMISSION DE POSITRONS (TEP) DANS L'EVALUATION DE LA MASSE RESIDUELLE DU LYMPHOME DE HODGKIN (LH).

L. Otmani, A. Arabi, B. Entasoltan, S. Bouchama, S. Mahdad, L. Charef, MA. Bekadja.
Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran.

Introduction :

La technologie de la TEP donne une image des lésions malignes en fonction de l'augmentation du métabolisme glucidique de la tumeur et non pas de ses modifications anatomiques. Les lymphomes sont une des meilleures indications de la TEP grâce au 18-fluoro-désoxy-glucose (18-FDG) qui a la propriété de se concentrer dans les cellules malignes.

But de l'étude:

Nous rapportons dans ce travail l'expérience de l'utilisation de la TEP (pratiquée hors EHU) dans l'évaluation de la masse résiduelle chez 9 patients atteints de LH.

Matériel et Méthodes:

Les caractéristiques initiales des patients sont : H 4/F 5- sex ratio 0, 8, âge médian= 30 ans (16-32), type histologique 2 = 09 patients. Les stades cliniques sont les suivants : IIB : 02 patients- IIIB : 03 patients - IVB : 04 patients. 06 des patients sont classés B selon l'évolutivité clinique et 05 des patients ont un IMT supérieur à 0, 33. 04 des patients sont des stades Bulky du médiastin et 02 sont des stades Bulky cervicaux. Selon les facteurs pronostics de l'International Prognostic Score (IPS) 08 des patients sont de pronostic défavorable. Sur le plan thérapeutique tous les patients ont eu une chimiothérapie exclusive : 01 a reçu de l'ABVD, 02 patients (ABVD+DHAP), 02 patients (ABVD+BEACOPP), 03 patients BEACOPP, 01 patient (4 lignes de traitement).

Résultats :

Au terme du traitement, l'évaluation à la TDM standard montre la persistance d'une masse résiduelle variable entre 11 à 54 mm chez 08 des patients. La TEP a permis de distinguer une masse fibreuse séquellaire (absence de foyers hypermétaboliques) d'une masse active chez 07 de ces patients, ce qui a permis d'éviter « l'acharnement thérapeutique » en évitant la poursuite de la chimiothérapie, par contre elle a permis l'indication de la poursuite du traitement chez 02 patients.

Conclusion :

L'intérêt de la TEP n'est plus à démontrer aujourd'hui aussi bien dans le diagnostic et le bilan d'extension que dans l'évaluation thérapeutique et le pronostic des lymphomes. Dans notre pratique quotidienne, nous sommes souvent confrontés aux problèmes des masses lésionnelles résiduelles qui faute de moyens performants et surtout non invasifs tel la TEP, nos patients sont « sur-traités » ou à l'inverse insuffisamment traités en raison d'un diagnostic erroné de rémission complète.

48- APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DE LYMPHOME DE HODGKIN EXTRAGANGLIONNAIRE AU NIVEAU DE CHU CONSTANTINE PORTANT SUR 63 CAS (2008-2013)

N. Boumegoura, I. Boucheham, S. Lafri, K. Kabouya, A. Ghoula, H. Samai, A.Krim
Service Hématologie. CHU Constantine

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg, dont l'origine lymphoïde est démontrée, la cause reste inconnue, mais des arguments épidémiologique impliquant des facteurs environnementaux tel que : infection par EBV, condition sociale défavorable, risque multiplie fois 100 chez le jumeau monozygote. Touche surtout les jeunes adultes de sexe masculin, les progrès thérapeutiques permettent de guérir environ 80% des malades. Les stades disséminés sont de mauvais pronostic et représentent environ un tiers des patients.

But de l'étude:

Objectifs: Préciser le nombre de lymphome de Hodgkin extra-ganglionnaire diagnostiqués sur une période de 6ans dans notre centre. Faire une étude descriptive en fonction : âge, sexe, profession. Rechercher la localisation et le types histologique, fréquemment rencontrés dans les wilayas étudiées. Étudier l'incidence de Hodgkin extra-ganglionnaire dans nos wilayas

Matériel et Méthodes:

Une étude descriptive et rétrospective faite sur 6 ans, de 2008 au 2013, au niveau du service d'hématologie CHU Constantine, représentant 5 wilayas, la collecte des données s'est faite sur fiches et dossiers médicaux, La population étudiée est représentée par les malades atteints de lymphome de Hodgkin extra-ganglionnaire (stade IV, et E par contigüité), qui ont un âge supérieure à 15 ans. Les malades qui ne présentant pas d'atteinte extra-ganglionnaire au début ont été exclus de l'étude. 5 wilayas étudiées : Constantine (20 malades), Jijel (6 malades), Mila (12 malades), Oum-El-Bouaghi (13 malades) Skikda (4 malades), non précisé(8 malades).

Résultats :

Age et sexe : sur 63 dossiers, âge moyen 30ans avec extrême entre 15 ans à 62 ans, pic de fréquence 20 à 30 ans (identique à ce de la littérature), homme 33(52%), femme 30(48%), sex ratio 1, 1(littérature 1, 5 à 2). profession : sur 50 dossiers, étudiant 32%, commerçant 8% (sujets jeunes, exposition aux herbicides et aux produits chimiques), administrateur (8%). Localisation : Stade IV:54 malades, E par contigüité 9 malades, Pulmonaire 55% (20% dans la littérature), hépatique 33% (5% dans la littérature), médullaire 12% (5% dans la littérature), osseuse (11%), pleurale (8%). mammaire (3%) Incidence : sur 63 dossiers un taux d'incidence variable selon la wilaya, et l'année, une nette augmentation dans l'année 2010 et 2011 presque dans toutes les wilayas. Étude anatomie-pathologique: 53 dossiers, immun-histochimie 60 % des cas, type II scléro-nodulaire 60 % (littérature 70 %), type III 17 % (littérature 20 – 25 %), type I 11% (littérature 5 %), type IV 11% (littérature <5 %),

Conclusion :

L'extension de la maladie et les atteintes extra-ganglionnaire reste des facteurs de mauvais pronostic, Cette étude rejoint ce de la littérature sur le plan: âge, sexe, profession, contrairement au ce qui concerne: localisation, type histologique, l'incidence qui est plus faible et touche davantage une population plus jeune.

49-LE LYMPHOME DE HODGKIN (LH) DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES, QUEL TRAITEMENT ?

R. Bouhass1, A. Arabi1, A. Boumedane2, F.Mekkous-Touhami3, H. Touhami3, A. Hadjeb4, Z. Zouaoui4, N. Houti5, N. Mesli5, N. Mehalha6, A.

Bachiri7, T. Alsuliman1, MA. Bekadja1

1 Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire. EHU 1er Novembre, 2 CEA- Pédiatrie. Oran, 3 Service d'Hématologie. CHU Oran, 4 Service d'Hématologie. CHU SBA, 5 Service d'Hématologie. CHU Tlemcen. 6 Service d'Hématologie.

Introduction :

L'âge est reconnu comme étant un facteur de pronostic prépondérant en cancérologie et très souvent les cutt-off choisis sont différents d'une pathologie à l'autre.

But de l'étude:

Comparez le profil du LH des Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) par rapport à celui des adultes, et les résultats thérapeutiques.

Matériel et Méthodes:

357 patients LH, recrutés de 2008 à 2012, sont évalués en fonction de leur âge. 44% ont < 25 ans, 56% ont 25 à 65 ans. Les groupes d'âge se répartissent en enfants (4-15 ans) 10%, adolescents (16-18 ans) 11%, Jeunes adultes (19-25) 23% et adultes (26-65) 56%.

Résultats :

A l'inverse des adultes, le sex-ratio est en faveur d'une légère prédominance féminine chez les AJA. Clinique, les signes d'évolutivité sont similaires dans les trois groupes avec en moyenne 67% de B. Les formes bulky semblent plus fréquentes chez les AJA que chez les Adultes (53 vs 43%) et le plus souvent médiastinales. Les formes étendues représentent en moyenne 46% dans chaque groupe de patients. Les types histologiques, scléro-nodulaires et cellularité mixte sont les plus fréquents chez l'ensemble des patients. Résultats thérapeutiques, les patients de plus de 15 ans ont été traités pour 92% par ABVD et pour 8% par BEACOPP. Les enfants de moins de 15, traités en milieu pédiatrique, ont reçu COPP-ABVP pour les stades étendus et VBVP pour les stades localisés. La survie globale moyenne, pour l'ensemble des patients, est de 5.58 ans pour les stades localisés et de 4.78 ans pour les stades avancés (Log Rank = 0.005). Stades étendus pas de différence significative entre enfants, adolescents et jeunes adultes (OS à 80%, 90%, 77% à 3 ans respectivement, p=0.87 et p=0, 23). Mais différence à la limite de la significativité entre adolescents et adultes (90% et 68% respectivement. Log Rank 0.06). Stades localisés OS Adultes 85% à 3.3 ans et 100% pour les trois groupes d'âge les plus jeunes.

Conclusion :

LH profil similaire entre les différents groupes d'âge, Survie des stades localisés nettement meilleure chez les AJA. Ceci suggère, pour groupe AJA, le choix de protocoles d'inspiration pédiatrique (moins d'alkylants, d'anthracyclines, etoposide) afin de réduire les risques : Infertilité, cardiopathie, cancers secondaires. ...

50-ATTEINTE MEDIASTINALE DANS LE LYMPHOME DE HODGKIN, A PROPOS DE 75 CAS.

Ziout M, Mehanaoui H, Kolli H, Bentorki S, Bouras M, Souames Z, Bouchlouk N, Elkouti N, Guemriche A, Benalioua M, Zouitene A, Rached B, Grifi F.

Service d'hématologie, CHU Annaba.

Introduction :

L'incidence de lymphome de Hodgkin est de 2 à 4 pour 100, 000 habitants. Dans 10 à 15% des cas, elle est révélée par un syndrome médiastinal isolé. Les adénopathies sont situées dans le médiastin antérieur et postérieur.

But de l'étude:

L'objectif principal est d'évaluer la prise en charge de ce type de lymphome sur le plan thérapeutique et pronostique.

Matériel et Méthodes:

C'est une étude rétrospective faite après analyse des dossiers de 75 patients présentant une atteinte médiastinale, triés à partir de 161 dossiers de patients suivis pour lymphome de Hodgkin sur une période s'étalant de janvier 2008 à décembre 2012.

Résultats :

On note une prédominance féminine avec un sexe ratio de 1, 6. L'âge moyen de nos patients est de 27 ans (15- 65ans). Le délai moyen de diagnostic est de 6 mois (1- 26 mois). L'atteinte médiastinale est révélée dans 87, 5% par des adénopathies médiastinales diagnostiquées radiologiquement, gène retrosternale dans 11% des cas et dans 1, 5% par des signes de compression médiastinale. L'IMT est supérieur à 0.33 dans 66, 66% des cas, alors que l'atteinte hilare représente 51% des cas avec Bulky dans 7 cas. Les stades localisés représentent 56% avec pronostic défavorable dans 90% des cas. Les stades disséminés représentent 46%, avec pronostic à haut risque dans 64% des cas. Sur le plan thérapeutique, tout les

patients sont traités par le protocole type ABVD, dont le nombre de cures varie entre 4 et 8 cures. La rémission complète est Obtenue dans 63% des cas, rémission partielle dans 33% et 4% des patients sont en échec thérapeutique. Une radiothérapie complémentaire est réalisée chez 48% des patients. Une rechute est observée dans 7 cas précocement dans 4 cas. Un seul patient a bénéficié d'une autogreffe des cellules souches hématopoïétiques. La survie globale moyenne est de 30 mois, alors que la survie sans rechute est de 23 mois.

Conclusion :

Notre étude montre une prévalence élevée de l'atteinte médiastinale au cours du lymphome de Hodgkin avec pronostic défavorable dans la majorité des cas. Nos résultats peuvent s'améliorer par un diagnostic plus précoce et une meilleure disponibilité de la radiothérapie puisque l'association chimiothérapie-radiothérapie permet la guérison dans la majorité des cas.

51-LYMPHOME DE HODGKIN DE L'ADULTE ET ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE (2009-2012)

K. Kabouia, N. Boumegoura, I. Boucheham, S. Lafril, N. Sidi Mansour. Service Hématologie. CHU Constantine. Algérie.

Introduction:

Le lymphome de Hodgkin est une prolifération maligne généralement ganglionnaire, caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg et dont l'origine est lymphocytaire B.

Elle doit son nom à Thomas Hodgkin qui fut le premier à décrire cette maladie en 1932, comme étant une atteinte primitivement ganglionnaire par opposition aux autres atteintes secondaires tels les différentes infections ou cancer.

Avec une épidémiologie marquante, la maladie de Hodgkin est 1.5 à 2 fois fréquente chez l'homme que chez la femme avec un pic entre 20 et 30 ans puis un second pic entre 70 ans et 80 ans.

Objectifs:

Les objectifs du travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique et les aspects thérapeutiques de 160 malades atteints de maladie de Hodgkin dans notre région, sur une période de quatre ans, allant de janvier 2008 à décembre 2012.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive effectuée au sein du service d'hématologie du centre hospitalier de Constantine, durant une période de cinq ans du mois de janvier 2009 au mois de décembre 2012.

Les critères d'inclusion étaient tout dossier de patient répondant au diagnostic de la maladie de Hodgkin, les dossiers étaient recensés grâce aux fiches de renseignement clinique mis en place au service. Nous avons donc retenu 160 dossiers.

Ayant systématiquement réuni les données disponibles dans les fiches : âge, sexe, traitement et évolution. Les items cliniques, biologique et évolutifs étudiés dans les fiches étaient définis comme suit: données cliniques (âge et origine, données histologiques selon la classification de l'OMS 2001, traitement et évolution).

Résultats:

Résultats descriptifs sur les 160 cas étudiés avec de nouvelles données démographiques objectivées tel le nombre de cas diagnostiqué par année d'étude (2009, 2010, 2011, 2012), âge moyen qui était de 29.24 ans avec des extrêmes allant de 16 à 83 ans et sexe ratio de 1.1, la répartition géographique selon l'origine des patients diagnostiqués couvrant la Wilaya de Constantine ainsi que les Wilayas d'Oum el bouaghi, Mila, Jijel, Skikda majoritairement avec un pourcentage allant de 23% pour les patients issus de la Wilaya de Constantine à 10% pour la Wilaya de Skikda, ainsi que des données histologique qui démontrent la plus grande fréquence pour le type scléronodulaire à 70% suivi par le type de cellularité mixte et enfin des types de traitement reçu par ces patients allant de la chimiothérapie de type ABVD utilisée pour 140 patients ou les cure BEACOPP, ESHAP, COPP, COPP/ABV, DHAP utilisées pour un nombre de patients moindre allant au maximum à cinq cas pour la cure COPP et enfin l'éventualité de la prise en charge radio thérapeutique qui concerne 14 cas.

Conclusion:

Cette affection occupant une place importante, la prise en charge de cette pathologie doit être facilitée par un processus diagnostique plus dynamique et un accès aux soins moins contraignants en temps et en qualité des moyens de chimiothérapie et de radiothérapie avec un nombre de centre plus élargi.

52-LYMPHOME DE HODGKIN CHEZ LE SUJET AGE A PROPOS DE 12 CAS

El kouti N, kolli H, Mehannaoui H, Benalioua M, Bentorki S, Boucheloukh N, Bouras M, Guemriche A, Souames Z, Ziout M, Zouitene A, Rached B, Grifi F.

Service d'hématologie, CHU Annaba.

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin est une prolifération lymphoïde maligne touchant volontiers l'adulte jeune en Algérie.

But de l'étude:

Il semble intéressant d'étudier le caractère clinique, anatomopathologique et pronostique de cette affection chez le sujet âgé de plus de 60 ans, et d'évaluer la prise en charge thérapeutique. Le risque de toxicité immédiate du traitement et des complications intercurrentes n'est pas négligeable chez ces patients.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur des dossiers médicaux et des fiches de suivi de 12 patients âgés de plus de 60 ans, traités et suivis pour lymphome de Hodgkin entre Janvier 2008 et Décembre 2012.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients est de 67 ans, avec des extrêmes allant de 60 à 80 ans, le sexe ratio est 1, 4. La fréquence annuelle est en moyenne 2, 4 cas par an. La fréquence par rapport au nombre de malades atteints de lymphome de Hodgkin diagnostiqués au cours de la même période est égale à 0, 07%. Le premier signe est une adénopathie cervicale dans 91, 66% des cas. Les signes B existent chez 75% des patients. L'indice médiastino-thoracique est inférieur de 0, 33 dans 91, 66 % des cas, un seul patient a un IMT = 0, 33. Le type histologique est scléro-nodulaire dans 58 % des cas, et à cellularité mixte dans 42% des cas. La maladie est à un stade étendu chez 58 % des patients ; alors que 42 % sont au stade localisé. 10 patients (83 % des cas) présentent des signes biologiques d'évolutivité de la maladie. Onze patients ont reçu de 3 à 8 cycles d'ABVD. La rémission est obtenue dans 75 % des cas, avec une durée médiane de survie de 23 mois.

Conclusion :

Les caractéristiques cliniques et histologiques de lymphome de Hodgkin chez le sujet âgé ne diffèrent pas de celles du sujet jeune, néanmoins la prise en charge thérapeutique chez le sujet âgé est limitée par l'existence de cofacteurs de morbidité expliquant le décès survenant avant et au cours de la chimiothérapie. Cependant, chez les malades mis en rémission complète, la qualité de la survie semble similaire à celle de sujet jeune.

53-LES CAS FAMILIAUX DE LA MALADIE DE HODGKIN

F. Lamraoui, N. Rekab, H. Brahimi, KM. Belabiod, S. Taoussi, S. Oukid, Y. Bouchakor, M.T Abad.

Service : Hématologie, EHS ELCC, Blida, Faculté de Médecine, Université Blida I

Introduction :

la maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne entrant dans le cadre des syndromes lymphoprolifératifs chroniques définie par la présence d'une cellule maligne : la cellule de Reed Sternberg au sein d'un ganglion dont l'architecture est complètement effacée. L'étiologie de la maladie de Hodgkin reste inconnue, plusieurs facteurs ont été incriminés. L'existence de cas familiaux peut faire discuter un facteur génétique. Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive grâce à l'observation de 8 familles de lymphome de Hodgkin pris en charge dans notre service.

But de l'étude:

role du facteur génétique dans l'étiologie de la maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

8 patients traités pour une maladie de Hodgkin et ayant un apparenté atteint de la même pathologie ont été inclus. Les données cliniques (age, sexe, stade et devenir) et biologiques (type histologique) ont été évalués.

Résultats :

3 patients étaient du même sexe que leur apparenté ; l'âge médian des patients des cas index est de 25, 6 ans (19 à 52 ans) celui de leur apparenté de 29, 8 ans (14 à 48 ans), dans tous les cas le second membre de la famille a un lien de parenté de premier degré : un frère ou une sœur, un cousin germain ou un oncle ou une tante paternelle. Le type histologique est le même dans 5 cas. Dans la moitié des cas, les cas index sont classés au même stade que leur apparentés. Une rémission complète est obtenue dans 6 cas. 3 patients parmi les 16 sont décédés.

Conclusion :

L'étiologie de la maladie de Hodgkin reste mal élucidée, l'analyse de ces

cas familiaux nous fait discuter : La possibilité d'une exposition à un facteur environnemental : les patients des 8 familles vivent dans la même ville. L'existence d'un facteur génétique : il s'agit de parents de 1er degré, la maladie a été diagnostiquée au même âge dans 4 cas, les patients sont du même sexe dans 3 cas et présentant le même type histologique dans 5 cas. Cependant, la présentation au diagnostic des formes familiales paraît peu différer des formes sporadiques.

54-MALADIE DE HODGKIN FAMILIALE A PROPOS DE CINQ CAS

N. Boulaziz, O. Ouanes, N.Dali et H.Ait-Alli

Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

la maladie de hodgkin est un lymphome curable caractérisé par la présence de cellules de Reed -Sternberg au sein d'un tissu lymphoïde réactionnel d'architecture caractéristique dont l'origine lymphoïde est démontrée mais la cause reste inconnue. Les formes familiales sont connues depuis la fin des années 1970 et représentent environ 05% des cas ; il existe un risque multiplié par trois à sept chez les sujets apparentés et un risque relatif élevé chez les jumeaux homozygotes.

But de l'étude:

Entre janvier 2002 et décembre 2013 nous avons pris en charge 05 maladies de Hodgkin familiales.

Matériel et Méthodes:

il s'agit de 05 patients appartenant à deux familles dont quatre femmes et un homme. Quatre patients sont traités correctement ; on déplore un décès avant tout traitement par cardiomyopathie.

Résultats :

Première famille : il s'agit de trois sœurs d'une fratrie de huit, toutes atteintes d'une maladie de Hodgkin aux antécédents d'un frère décédé par une leucémie aigue. -M- : âgée de suivie depuis pour une maladie de Hodgkin stade traitée par ;actuellement guérie. -M-N : âgée de 37 ans suivie pour maladie de Hodgkin stade IAa favorable diagnostiquée en septembre 2012, traitée par 04 cures ABVD et radiothérapie ; actuellement en rémission complète. -M-F : âgée de 31 ans suivie pour maladie de hodgkin stade IIAb favorable diagnostiqué en janvier 2013 et traitée par 04 cures ABVD et radiothérapie ; actuellement en rémission complète. Deuxième famille : un frère et une sœur d'une fratrie de quatre tous les deux atteints d'une maladie de Hodgkin. -A-M : âgé de 26 ans chez qui on a diagnostiqué une maladie de Hodgkin stade IVB pulmonaire en février 2004 décédé avant tout traitement par décompensation d'une cardiomyopathie. -A-K : âgée de 21 ans qui a été suivie pour maladie de hodgkin stade IVB pulmonaire réfractaire depuis mai 2010 et décédé en mai 2012 après 24 mois de survie globale.

Conclusion :

l'existence de similitudes cliniques et évolutives entre les apparentés (âge de début, stade clinique, score pronostique et réponse thérapeutique) suggère l'existence d'une prédisposition génétique spécifique plus importante dans la forme familiale contrairement à la forme sporadique ou l'hérédité semble en effet jouer un rôle mineur dans son étiologie.

55-EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE HODGKIN DURANT CETTE DECENNIE

H. Ahmidatou, M. Ramaoun, L. Louanchi, C. Kerar, S. Nekkal, M. Belhani Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne très chimiosensible et curable dans 90%, le taux de guérison a été amélioré ces dernières décennies avec les progrès dans son management grâce au progrès de la polychimiothérapie agressive efficace et la radiothérapie dans les formes localisées.

But de l'étude:

Notre étude a pour objectifs d'estimer le taux de réponse globale au traitement et d'évaluer la survie globale de notre série.

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective faite au niveau de la consultation d'hématologie adultes (Bouzaréah) du CHU Beni Messous, sur 10 ans (Janvier 2003-Décembre 2012) à partir de dossiers médicaux. 380 patients avec la maladie de Hodgkin ont été étudiés, Le sexratio 0, 8 (171H/209F), l'âge médian 31 ans+/-14 (15-86ans), 75% des patients ont moins de 37ans. Le type histologique classique (HLc) : le scléronodulaire est retrouvé dans 83%, cellularité mixte 15%, prédominance lymphocytaire 1%, déplétion lymphocytaire 1%. Selon le stade, on a 2/3 (240) classés stades étendus et 1/3 (140) classés stades localisés, selon la classification d'Ann Arbor : 18 patients stade I (5%), 122 stade II (32%), 129 stade III (34%) et 111 stade IV (29%),

les signes B sont retrouvés chez 87% (331) des patients. Tous les malades ont reçu une polychimiothérapie de première ligne à raison de 4 à 8 cures (ABVD) associée à la radiothérapie dans 23%, une réévaluation initiale est réalisée au bout de 2 à 3 cures afin de décider ou non d'une chimiothérapie de 2ème et 3ème ligne en cas de réponse partielle, d'échec ou de rechute (VACEM, BEACOPP, ESAP, Mime). Une réévaluation globale clinique, biologique et radiologique est faite pour estimer la réponse au traitement et étudier la survie globale.

Résultats :

L'évaluation finale du traitement a objectivé : 242 RC (63%), 47 RIC (12%), 5 malades sous TRT de rechute (1, 3%), 45 sous TRT d'échec (12%), 29 PV (8%) et 12 décès (3, 2%) Avec un recul médian de 52 mois (12 - 120 mois), 321 (85%) patients sont vivants, 28 patients sont décédés (7%) et 31 (8%) sont perdus de vue. La survie globale est de 86% sur un recul moyen de 52 mois. Commentaires : - Une prédominance féminine contrairement à la littérature (sex ratio 2/1) - Population jeune (moyenne d'âge de 31 ans) - Réponse globale au TRT 75% (RC et RIC) (littérature 80 %)

Conclusion :

La prise en charge globale de la maladie de Hodgkin a été améliorée par l'association de polychimiothérapie+/radiothérapie cependant il reste les échecs primaires et les rechutes précoces qui posent un réel problème de prise en charge, intérêt de développer des protocoles d'intensification (autogreffe+polychimiothérapie très agressive) et de la thérapie ciblée.

56-LA COMPRESSION MEDULLAIRE PAR ATTEINTE NEUROLOGIQUE AU COURS DE LA MALADIE DE HODGKIN

D.Saber Cherif _F.Talbi _ S/E Belakehal _F/Z Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Les manifestations neurologiques au cours de la MDH peuvent constituer soit un mode de révélation de la maladie, ou apparaître lors de l'évolution. Parmi ces manifestations la compression médullaire est rare, se voit dans 5% des cas et peut aggraver le pronostic fonctionnel du patient.

But de l'étude:

XI congrès national d'hématologie de la SAHTS 2014

Matériel et Méthodes:

De 1988 à 2012 ; 286 cas de MDH ont été colligés. La localisation épidurale est retrouvée dans 8 cas soit 3% des malades, et compliquée d'une compression médullaire dans 7 cas. L'Age médian des patients est de 25ans avec des extrêmes de (20-40ans) ; dont 7 hommes et 1 femme. Le diagnostic de MDH a été établi sur, l'étude histologique et immunohistochimie d'une masse ganglionnaire dans 5 cas et dans 3 cas sur l'étude anatomo pathologique d'une laminectomie décompressive pratiquée dans le cadre de l'urgence. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan d'extension clinique, radiologique, biologique ainsi qu'une PBO, et leur staging s'est fait selon la classification d'ANN ARBOR, et le score pronostic (sexe, symptôme B, stade IV, GB>15000, L< 600, ALB< 40). • 3 cas : la compression médullaire était inaugurale. • 4 cas : la compression médullaire est retrouvée au cours de l'évolution. • 1 cas : l'atteinte épidurale sans compression médullaire a été diagnostiquée par la TDM lors du bilan d'extension de la maladie, Tous les patients étaient classés stade IVB, de groupe défavorable.

Résultats :

AGE ans SEXE CLINIQUE STADE ANN ARBOR COMPRESSION MEDULLAIRE TRAITEMENT EVOLUTION 1 40 H Paraplégie flasque avec sd pyramidal IV B Inaugurale Laminectomie décompressive +6 ABVD RC de 12 mois puis rechute et décès 2 28 H Paraplégie flasque avec sd pyramidal IV B Inaugurale Laminectomie décompressive +6 ABVD RC de 9 mois puis rechute et décès 3 32 H Syndrome pyramidal IV B Inaugurale Laminectomie décompressive +6 ABVD RC de 16 mois puis rechute et décès 4 24 F Lombalgie avec paresthésie des MI IV B 20 jours avant le début de la CT Radiothérapie décompressive +J1 ABVD I DCD après J1 ABVD I 5 25 H Rachialgie intense avec des paresthésies des membres inférieurs IV B 5mois post CT. 4 ABVD, échecs, puis protocole de rattrapage DCD ; survie globale de 44 mois 6 24 H Paresthésie des membres inférieurs IV B 10 mois post CT. 3 ABVD ; échecs puis protocole de rattrapage En vie ; avec une survie globale de 37 mois 7 25 H Paresthésie des membres inférieurs + impotence fonctionnelle IV B 9 mois post CT. 8 ABVD, rechute après 39 mois de RC puis 6 ESAP En vie ; avec une survie globale de 57mois 8 21 H Pas de signe de C M IV B Pas de signe clinique de CM 6 MOPP/ABV Redresse vers un autre hôpital.

Conclusion :

La compression médullaire est essentiellement décrite dans les lymphomes malins non hodgkinien, elle est rare dans la maladie de hodgkin et ne se voit que dans 5%, avec très peu de cas rapportés dans la littérature, décrits

a la phase initiale de la MDH ou lors de la rechute selon. la laminectomie est à visée décompressive et diagnostique dans les cas où ce mode de révélation est inaugural et permet ainsi d'apporter la preuve histologique. Le diagnostic de compression médullaire repose sur les signes neurologiques cliniques ; et confirme par l'imagerie, la TDM et au mieux l'IRM afin de poser le diagnostic. Un diagnostic précoce et une thérapeutique rapide doit être envisagée, afin de préserver le pronostic fonctionnel et / ou séquelles neurologiques..

57-MALADIE DE HODGKIN DU SUJET AGE

L. Bouteldja, F. Talbi, K. Djouadi, Fz Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

L'incidence des hémopathies malignes est en général dix fois plus élevée après 80 ans qu'avant 60 ans sauf pour la maladie de Hodgkin. En effet c'est dans la population des plus de 70 ans que l'on rencontre aujourd'hui 40% des lymphomes non hodgkiniens, leucémies, myélome multiple. La maladie de Hodgkin ne représente que 6% des hémopathies malignes dans cette tranche d'âge(3). Le pronostic est mauvais en raison des comorbidités associées empêchant les traitements intensifs. Nous rapportons 13 cas de HDK chez des sujets âgés de plus de 60 ans

But de l'étude:

Difficulté de la prise en charge de la maladie de Hodgkin chez le sujet age

Matériel et Méthodes:

De janvier 1988 à décembre 2012 nous avons colligé 286 cas de maladie de hodgkin dont 13 (4, 5%) patients âgés de plus de 60 ans. Le diagnostic de la maladie de Hodgkin est posé sur l'examen histopathologique complété ou non par l'immunohistochimie. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan d'extension, radiologique, histologique et d'un staging selon la classification Ann Arbor et pronostic selon IPSS et EORTC. Un bilan thérapeutique systématique afin de rechercher les comorbidités associées

Résultats :

Parmi les 13 patients ; 9hommes/ 4 femmes, l'age moyen est de 66 ans (61- 78ans), les pathologies associées : HTA+ diabète type2(2cas), IDM+ cardiopathie ischémique (1cas), adénocarcinome prostatique(1cas), UGD(1cas), le délai moyen au diagnostic est de 7 mois(2 à 24 mois), le performance status selon OMS : 0-1 : 07 cas, ≥ 2 : 06 cas. Le site initialement atteint : cervical (11 cas) (84%), axillaire (1cas), inguinal (1 cas), les signes généraux sont retrouvés dans 9 cas (69%), le type histologique : 1 : (4 cas), 2 : (4 cas) et 3 : (5cas), le stade anatomoclinique selon Ann Arbor et score PC selon IPS et EORTC : STADE n= % Gpe pronostic IA 01 7, 6 favorable IB 01 7, 6 défavorable IIB 02 15 Favorable(1), defav (1) IIIA 02 15 défavorable (2) IIIB 03 23 Défavorable (3) IVA 03 23 Favorable(1), defav (2) IVB 01 7, 6 défavorable Traitement : - ABVD : 12 cas. - BVD : 1 cas (antécédants cardiaque) - RC : 9 cas (69%). rechute jü 1 cas (après 10 ans de RC). - RP : 2 cas (15%). - PDV : 1 cas (après 2eme cycle ABVD). - Décès : 1 cas (décompensation cardiaque au 2eme cycle). - Survie globale : 40 mois (2- 120). - Survie sans évènement : 30 mois (6- 108).

Discussion :

Dans notre série de 13 patients, les signes généraux sont retrouvés dans 9 cas (69%), le type histologique 3 est le plus fréquent rejoignant la littérature (31% à 50%), selon la classification Ann Arbor, les stades disséminés (III et IV) sont majoritaires 69% des cas. La fréquence des stades avancés et des signes d'évolutivité importants confèrent un mauvais pronostic à la maladie de Hodgkin chez le sujet âgé et de plus les comorbidités viennent le grever davantage.

Conclusion :

La maladie de Hodgkin du sujet âgé représente 6% des hémopathies malignes, celle ci est généralement de mauvais pronostic en raison des problèmes de comorbidités empêchant la bonne conduite du traitement mais l'émergence de nouvelles thérapeutiques telle que les thérapies ciblées AC anti CD30 en première ligne chez cette tranche d'age vulnérable reste une alternative pour une meilleure efficacité à moindre toxicité.

58-PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE HODGKIN A LOCALISATION MEDIASTINALE ISOLEE

C. Kerar, M. Ramaoun, L. Louanchi, H. Ahmidatou, S. Nekkhal, M. Belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une entité distincte des lymphomes caractérisée par son aspect anatomo-pathologique, son extension et son pronostic, l'atteinte thoracique initiale est fréquente surtout médiastinale plus que parenchymateuse ou pleurale.

But de l'étude:

Evaluer l'incidence de la forme médiastinale isolée par rapport aux autres localisations - Evaluer le pronostic et le traitement

Matériel et Méthodes:

Nous avons colligé 13 cas de lymphomes hodgkiniens médiastinaux isolés sur un total de 380 s'étalant sur une période de 10 ans allant de janvier 2003 à décembre 2012 - Etude rétrospective faite sur fiches de consultation comportant un interrogatoire, un examen clinique (toux, dyspnée, douleurs thoraciques, signes de compression), - Approche diagnostique : téléthorax +/- TDM, fibroscopie bronchique, biopsie pleurale, transpariétale, médiastinoscopie voir thoracotomie avec étude anatomopathologique - Le bilan d'extension : clinique, biologique, radiologique, PBO - Les protocoles thérapeutiques avec surveillance, suivi et réévaluation

Résultats :

13 malades(3%) ont été colligés dont 8 femmes et 5 hommes l'âge moyen 27 ans (19à41ans), le délai moyen au diagnostic 7mois (2mois-1année), la symptomatologie clinique est dominée par la toux, dyspnée, douleurs thoraciques et rarement des signes de compression. La masse médiastinale est 6, 5cm en moyenne(3, 3à14cm), les stades non Bulky 3, Bulky:4, Bulky massif:6(environ50%) le type histologique: scléronodulaire 8, cellularité mixte 5 staging : IB10 facteurs pronostiques:défavorable8, favorable 6. Le traitement utilisé en première ligne est l'ABVD associé ou non à la radiothérapie. On a noté une RC9, une RIC, échec3 (2 décès + 1PV) dont 1non Bulky + 2Bulky massifs 2échecs décédés suite aux complications infectieuses. Commentaires : -Délai long entre le premier symptôme et la consultation (7mois) -L'atteinte médiastinale isolée est retrouvée dans 3% -Les formes Bulky massifs représentent la moitié -L'approche diagnostique est difficile nécessitant la coopération entre spécialistes (hématologues, pneumologues) avec un algorithme décisionnel pour l'exploration (les biopsies pleurales, transpariétales et médiastinoscopie voir thoracotomie) -Les symptômes B représentent 77% (10 patients) -Le pronostic est réservé dans les formes Bulky massifs -On a noté 2 échecs aux TRT de 1ère, 2ème et 3ème ligne, tous deux Bulky massifs et un échec non Bulky.

Conclusion :

Les formes Bulky peuvent être assimilées à des formes étendues Les localisations médiastinales isolées de la MH posent un problème de retard diagnostique et des difficultés d'accès aux explorations des masses médiastinales isolées qui sont souvent des formes Bulky avec des résultats thérapeutiques moins bons par rapport aux autres localisations.

59-RESULTATS THERAPEUTIQUES DANS LE LYMPHOME DE HODGKIN STADES ETENDUS

C.Aboua L.Louanchi M.Ramaoun M.Ammari L.Hammani S.Nekkal M.Belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Le traitement des formes disséminées dans le lymphome de Hodgkin repose sur la chimiothérapie. Le protocole ABVD a toujours été reconnu comme le standard et le protocole optimal. Le nombre de cycles de chimiothérapie doit être déterminé en fonction des caractéristiques initiales de la maladie (atteinte volumineuse, nombre et type d'atteintes viscérales) et de la réponse au traitement après 4 cycles de chimiothérapie Une irradiation complémentaire en cas de réponse partielle à la chimiothérapie initiale ne peut être recommandée à titre systématique pour les formes disséminées.

But de l'étude:

Montrer l'insuffisance des résultats thérapeutiques dans les stades étendus de la maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

Nous rapportons les résultats du traitement de la maladie de Hodgkin stades étendus selon une étude rétrospective menée de janvier 2003 à Décembre 2013, à propos de 240 cas (60% des HDK suivis en Hématologie CHU Beni Messous sur cette période).

Résultats :

La moyenne d'âge est de 32 ans, avec des extrêmes allant de 15 à 89 ans, le sexe ratio est de 1.06 Le délai diagnostique est supérieur à 06 mois dans 40% des cas. Le stade clinique III A est retrouvé dans 7% des cas uniquement, alors que le stade IV a été retrouvé chez plus de 53% des patients Une très forte masse tumorale a été notée dans la moitié des cas. 83% des patients ont été traités avec chimiothérapie seule et 17% par chimio et radiothérapie complémentaire. Après le traitement de première ligne ABVD : la majorité des patients étaient en rémission incomplète 104 patients (43%), la rémission complète a été obtenue chez: 74 patients (31%), on a noté 39 échecs et 21 perdus de vue. En fin de traitement 58% des cas (141 patients) sont en rémission complète et 9% décédés

Conclusion :

Les résultats thérapeutiques constatés montrent que l'utilisation de protocoles de chimiothérapie de plus en plus lourds est insuffisante et que

l'indisponibilité de l'autogreffe dans la majorité des structures grèvent le pronostic des malades. Faut-il utiliser un autre protocole plus agressif en première intention ?

60-MALADIE DE HODGKIN DU SUJET AGE

C.Aboua L.Louanchi L.Hammani F.Salaouatchi M.Ramaoun S.Nekkal M.Belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une maladie maligne du système lymphatique observée surtout chez l'adulte jeune Les caractéristiques cliniques, histologiques et pronostiques différentes suscitent un intérêt particulier aux patients âgés de plus de 60 ans atteints de LH La survie des sujets âgés atteints de maladie de Hodgkin reste inférieure de 40 à 50% à celle des sujets jeunes à cause des co- morbidités et la toxicité des traitements

But de l'étude:

montrer les différents aspects de la maladie de Hodgkin chez le sujet âgé

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective de janvier 2003 à Décembre 2013, sur dossiers de patients âgés de plus de 60ans atteints de LH pris en charge au service d'Hématologie CHU BeniMessous

Résultats :

22 patients (6%) âgés de plus de 60ans atteints de LH ont été suivis sur cette période L'âge médian est de 67 ans (60-89ans), avec une nette prédominance féminine 7 de nos patients ont des co-morbidités : HTA, DNID, DID, maladie de Crohn et Hypothyroïdie Le délai diagnostique est long, dans 50% des cas sup à 06 mois avec des extrêmes allant de 06 à 48 mois. Le premier symptôme est l'apparition d'une adénopathie et il s'agit de stade B dans tous les cas. Le type histologique : scléronodulaire est retrouvé dans 60% des cas 15 patients (68%)sont à des stades étendus de la maladie, dont 08 cas au stade IV Les 22 patients ont été traités par l'ABVD, avec la dose totale, le nombre de cycles varie entre 1 et 7 cycles et un seul patient a bénéficié de la radiothérapie complémentaire En fin de traitement : 14 cas VRC, un patient vivant en RP et 6 patients ont été perdus de vue : 03 perdus de vue (pdv) avant toute évaluation, 02 pdv en échec thérapeutique et 01 patient en RP On a noté un seul décès La durée moyenne de suivi est de 36 mois

Conclusion :

Il ne semble pas y avoir de différence dans les caractéristiques cliniques histologiques évolutives et pronostiques de la maladie de hodgkin chez la personne âgée ou jeune L'âge n'a pas été un obstacle à la stratégie thérapeutique adoptée.

61-DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DANS LES ECHECS PRIMAIRES DE LA MALADIE D'HODGKIN

L. Louanchi, M. Ramaoun, S. Nekkal, M. Belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Les échecs thérapeutiques dans la maladie d'Hodgkin représentent environ 10%. La double intensification associée à l'autogreffe et aux anticorps monoclonaux en première ligne reste le traitement de choix dans l'Hodgkin réfractaire.

But de l'étude:

Buts ou objectifs :

Définir les formes réfractaires - Existe-t-il un lien entre le stade de la maladie (Histologie, staging, facteurs pronostique) et l'échec thérapeutique primaire ?

Matériel et Méthodes:

De janvier 2008 à décembre 2012 nous avons répertorié 239 patients suivi pour maladie d'Hodgkin dont 40 patients (16%) ont présenté un échec thérapeutique primaire déclaré après la 3ème ligne de traitement, ABVD, VACEM, BEACOPPR. travail sur fiche technique comportant les renseignements cliniques, biologiques, radiologiques, résultat anatomopathologique avec IHC staging selon Ann Arbor et facteurs pronostique (EORTC) thérapeutique, surveillance, suivi et évolution.

Résultats :

L'étude comporte 40 patients, l'âge moyen est de 24 ans avec des extrêmes [17-66 ans]. (15% des patients avaient moins de 20 ans), le sexe-ratio est de 1, 8 (26H-14F), le type histologique le plus fréquent est le scléro nodulaire (75%), les stades localisés représentent 35% des cas (Iβ=2 cas et IIβ= 12 cas), les stades étendus représentent 65% (IIIβ= 11 cas et IVβ= 15 cas). L'atteinte viscérale (foie, moelle, poumon) est retrouvée chez 15 patients (37%), la masse bulky chez 65% des cas et un bulky massif chez 45% des cas. Les différents protocoles utilisés sont l'ABVD, VACEM, BEA-

COPPR, Mime, ESHAP, GEP. 21 patients sont en RTC < 50% ; 14 DCD et 05 PDV. Commentaires : 1- La fréquence des échecs thérapeutiques dans notre série est de 16% (littérature 10%). 2- Il s'agit de sujet jeune dans la majorité des cas. (littérature 50 ans) 3- Le sexe masculin (2/1) constitue un facteur de mauvais pronostic (rejoint la littérature) 4- L'échec thérapeutique chez nos patients touche les différents stades. 5- C'est des résultats médicaux, impasse thérapeutique et le pronostic est sombre.

Conclusion :

L'hodgkin réfractaire pose un problème majeur, il n'y a pas encore d'attitude bien définie et homogène pour ces patients, une intensification avec de nouvelles drogues de poly chimiothérapie et greffe ainsi qu'une radiothérapie associée à des anticorps monoclonaux pourra peut être répondre aux divers interrogations. Intérêt d'un consensus.

62-LA FERTILITE APRES LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE HODGKIN

R.Benhables, F.Talbi, S/E.Belakehal, F/Z.Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin est une affection cancéreuse caractérisée par une prolifération de cellules anormale dans un ou plusieurs ganglions lymphatiques appelées: cellules de Reed-Stenberg. Il survient à n'importe quel âge, mais il existe un pic de fréquence chez l'adolescent et l'adulte jeune. Il peut être guéri dans 80 à 90% des cas. Une des conséquences du traitement de cette maladie est la diminution de la fertilité; qui est directement liée à la chimiothérapie surtout aux agents alkylants (Cyclophosphamide, Procarbazine) et à la radiothérapie pelvienne. Avec l'utilisation actuelle du type de chimiothérapie ABVD la préservation de la fertilité est bonne.

But de l'étude:

L'objectif de notre travail est d'étudier la fertilité chez des patients suivis pour maladie de Hodgkin dans le service d'Hématologie de l'HCA et traités par protocole ABVD avec ou sans radiothérapie.

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective sur 5 ans, nous avons colligé 80 cas de maladie de Hodgkin traités par protocole ABVD (3 à 8 cures), avec ou sans radiothérapie sus et sous diaphragmatique. Une étude de la fertilité basée sur la conception après l'arrêt du traitement spécifique. Sexe Age Stade TRT Date de Délai/fin du grossesse traitement F 26 II Aa 3ABVD+RT 05-2011 04-2009 au 10-2012 08-2009 F 22 IIAb E 3ABVD+RTE 02-2006 07-2005 au 11-2008 01-2006 H 29 IV Bb 8ABVD 01-2009 04-2007 au 08-2008 F 29 II Ab 3ABVD+ RTE 01-2012 07-2009 au 11-2009 H 28 I AaE 4ABVD+ RTE 02-2012 03-2010 au 10-2010 H 27 II Ba 4ABVD+ RTE 05-2012 10-2011 au 02-2012 F 26 I BbE 3ABVD+ RTE 06-2013 08-2010 au 04-2011

Résultats :

Sur 80 patients; 7 ont eu une grossesse normale avec naissance d'enfants vivants bien portants(8, 7%). La durée entre la fin du traitement et la grossesse varie de 1-28mois avec une médiane de 15mois par rapport à 27mois dans les données de la littérature. Leur age médian est de 26 ans. Le traitement de la maladie de Hodgkin peut affecter la production de sperme chez 50-70% des hommes.Le schéma MOPP donne un taux très élevé d'azoospermie tandis que l'ABVD en donne moins.La cryoconservation du sperme doit être offerte à tous les patients de sexe masculin qui n'ont pas encore conçus.C'est le moyen le plus simple, le plus sûr et le plus accessible pour sauvegarder la fertilité. Chez 45% des femmes la chimiothérapie peut entraîner une réduction de la réserve ovarienne; cela en fonction de son type, de sa dose, de sa fréquence, de son intensité, de l'âge(>30 ans) et de son association ou pas avec la radiothérapie. Cette dernière peut entraîner une atteinte secondaire de l'utérus par diminution de son élasticité, une fibrose utérine, accompagnés d'une incompétence cervicale, cela prédispose à des accouchements dystociques. Parmi les méthodes utilisées pour la préservation de la fertilité chez les femmes: la congélation de l'embryon ou de l'ovule qui donne moins de succès.

Conclusion :

La chimiothérapie associée ou non à la radiothérapie au cours de la maladie de Hodgkin entraîne une réduction temporaire mais parfois irréversible de la fertilité. Afin d'améliorer la fertilité; les moyens les plus sûrs restent la cryopreservation du sperme et l'utilisation de doses réduites de radiothérapie sous diaphragmatique.

63-ATTEINTE MEDULLAIRE DANS LE LYMPHOME DE HODGKIN A PROPOS DE SIX CAS

Mefti. M, Ait-Ahmed. F, Makhloufi. H, O. Ouanes, Dali. N et Ait-Ali. H
Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne des tissus lymphatique caractérisée par la présence de cellules de Reed Sternberg dont l'origine lymphoïde est admise mais dont la cause reste inconnue. L'extension à partir de la localisation primaire se fait par voie lymphatique, voie hémato-gène ou par contiguïté. L'atteinte médullaire dans le lymphome Hodgkinien est rare, son diagnostic repose sur la réalisation d'une biopsie ostéomé-dullaire dans le cadre du bilan d'extension.

But de l'étude:

Déterminer la fréquence des atteintes médullaires, leur caractéristiques clinico-biologiques et leur sensibilité au traitement.

Matériel et Méthodes:

C'est une étude rétrospective sur une période de 10 ans allant de janvier 2003 à décembre 2012 ayant permis de colliger 266 patients au niveau de service d'hématologie CHU Tizi-Ouzou. Sur 266 patients atteints de lymphome de Hodgkin les stades IV représentent : 26, 31 % (70 patients). L'atteinte médullaire a été retrouvée chez 06 patients soit 2, 25 % du nombre total soit 8, 57 % des stades IV. Ce sont 03 hommes et 03 femmes avec un sex ratio à 1, un âge moyen de 35, 6 ans (15-70 ans). Le délai au diagnostic est en moyenne de 08 mois, les signes B sont constatés dans tous les cas. La forme pancytopenique représente 16% (01 cas), l'augmentation des LDH et une VS ≥ 40 mm avec des phosphatases alcalines leucocytaires normales sont retrouvées dans tous les cas. 05 patients ont un haut risque et 1 un risque standard. Les types histologiques 2 et 1 représentent 83, 3 % et 16, 6 % respectivement.

Résultats :

A l'étude histologique la richesse n'a pas été précisée dans 4 cas, elle est de 2 et 3 dans les 2 autres. La présence de fibrose et des cellules de Reed Sternberg ont été trouvés dans 50 % des cas, l'atteinte focale ou diffuse n'a pas été précisée chez 05 cas et elle est diffusée dans le 6ème cas. Sur le plan thérapeutique tous les patients ont reçu une polychimiothérapie (ABVD cisplatine 83, 6 % ou ABVD 16, 3 %) le nombre de cures varie de 04 à 08 cures. 01 patient a bénéficié de radiothérapie, on a obtenue une rémission complète dans 04 cas soit 67 %, échec au traitement avec passage au traitement de relai dans 01 cas (16, 7 %), 02 décès dont un cas après 01 seule cure.

Conclusion :

L'atteinte médullaire dans la maladie de Hodgkin est rare, représente 8, 5 % des stades IV, elle n'influe pas sur le pronostic global de ces patients.

64-APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DES STADES LOCALISES DE LYMPHOME HODGKINIEN DE L'ADULTE

S. Lafri, I. Bouchehane, N.Boumegoura, K.Kabouia, A.Ghoula, N. Sidi Mansour
Service hématologie CHU Constantine

Introduction:

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg dont l'origine lymphoïde est démontrée. Après plus de 150 ans depuis sa première description par Sir Thomas Hodgkin en 1832, si les facteurs environnementaux ou génétiques sont évoqués, la cause précise de cette affection n'est pas connue. Les études épidémiologiques ont grandement attribué à une meilleure connaissance de cette affection.

Objectifs:

Préciser le nombre cas de lymphomes Hodgkiniens diagnostiqués sur une période de 05 ans au niveau de CHU de Constantine. Faire une étude descriptive en fonction de l'âge, du sexe et de la profession. Rechercher les types histologiques fréquemment rencontrés. Étudier l'incidence du lymphome de Hodgkin localisé.

Méthodes:

Une étude descriptive et rétrospective a été faite sur une période de 5 ans allant de Janvier 2008 à Décembre 2012. La collecte des données a été faite sur dossier médical. La population étudiée est représentée par les malades atteints de lymphomes de Hodgkin aux stades localisés I et II et âgés plus de 15 ans. Les 70 cas étudiés représentent 42% des lymphomes de Hodgkin (167 cas) diagnostiqués durant la même période. Le nombre de malades par wilaya est le suivant: Constantine (16 cas), Jijel (11 cas), Mila (12 cas), OEB (14 cas), Skikda (9 cas), Biskra (3 cas), Khenchela (1 cas), non précisé (4 cas).

Résultats:

L'âge moyen est de 28 ans avec des extrêmes allant de 16 à 65 ans. Le pic de fréquence est entre 20 et 30 ans. Nos résultats sont identiques à ceux rapportés dans la littérature.

Le nombre de patients de sexe masculin est de 29, celui des femmes est de 41. Le sex ratio (M/F) est de 0,7.

La profession a été étudiée sur un échantillon de 40 dossiers dont 09 patients sont sans profession, ce qui représente 20%, 41% sont des étudiants.

On note une nette augmentation de nombre de nouveaux cas en 2010 et en 2011. Nous avons en moyenne 14 nouveaux cas/ans.

Type histologique: forme scléro-nodulaire (67%), forme à cellularité mixte (17 %), forme riche en lymphocyte (11%), forme à déplétion lymphocytaire (0%), non précisé (4%). Ces chiffres sont sensiblement identiques aux études internationales.

Répartition selon le stade : Les stades localisés (70) représentent 42% de l'ensemble des lymphomes hodgkiniens. Ils se répartissent en: Stade I : 17 %, stade II : 83 %

Répartition selon le pronostic : Favorable (27%) et défavorable (73%).

Conclusion:

Cette étude représente une approche épidémiologique des stades localisés de lymphome de Hodgkin de l'adulte diagnostiqué au niveau de CHU Constantine qui peut aider à une meilleure connaissance de cette affection pour une meilleure prise en charge.

65-TOXICITE AIGUE DU BEACOPP RENFORCE DANS LE TRAITEMENT DU LYMPHOME HODGKINIEN

N.Bendouma, S.Abderrahmani, S.Hadji, A.Bachiri
Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran

Introduction :

Instauré par le groupe allemand GHSG (German Hodgkin Study Group) le protocole BEACOPP R est un standard international dans le traitement du lymphome hodgkinien dans ses formes précoces défavorables ou avancées. Sa supériorité en matière de survie sans progression a été prouvée, néanmoins son efficacité est corrélée à un risque plus élevé d'évènements indésirables dont nous rapportons l'expérience de notre service.

But de l'étude:

Le but de notre travail est d'évaluer la toxicité aigue du protocole BEACOPP renforcé notamment l'importance et la sévérité de la toxicité hématologique.

Matériel et Méthodes:

Etude monocentrique rétrospective (2008 – 2013) dans le service d'hématologie de l'hôpital militaire d'Oran. Elle inclut tous les cas de lymphome hodgkinien sous protocole BEACOPP renforcé (cycles de 21 jours). Les doses reçues sont : Bléomycine 10 mg/m², Etoposide 200 mg/m², Adriamycine 35 mg/m², Cyclophosphamide 1200 mg/m², Oncovin 1, 4 mg/m², Prednisone 40 mg/m² et Procarbazine 100 mg/m², avec facteur de croissance (G-CSF: 5 mcg/kg) systématique à partir du J9 de chaque cycle, jusqu'à normalisation des leucocytes. Les effets toxiques sont répertoriés selon la cotation OMS.

Résultats :

15 patients ont été colligés dont l'âge moyen est 31 ans (17 – 36), sans comorbidité notable, sex ratio H/F = 1, 14 ; chez 10 patients (77 %) le BEACOPP renforcé constituait le traitement de première intention avec un total 69 cycles reçus soit une moyenne de 4, 6 cycle/patient. Le suivi de nos patients rend compte des évènements indésirables avec au premier plan une toxicité hématologique survenant pour la plupart au J8 du cycle, parfois dès les 2 premiers cycles (7, 24%) : - leucopénie de grade 3/4 (22%), symptomatique (15%) et nécessitant chez un patient le passage à un niveau de renforcement inférieur (niveau 3 selon MDH 2008) ; - anémie grade 3/4 nécessitant une transfusion (20%), - thrombopénie grade 3/4 (4, 34 %) sans syndrome hémorragique. Par ailleurs on note une toxicité digestive : nausée/vomissements grade 3/4 (12 %), mucite grade 1/2 (8, 7 %) et grade 3 (1, 5 %), iléus paralytique (1, 5 %), et un décès toxique (1, 5%).

Conclusion :

Conformément aux données de la littérature, la toxicité hématologique aigue domine les évènements indésirables survenant au cours du traitement BEACOPP renforcé. Elle est certes réversible mais représente la préoccupation majeure nécessitant la prévention systématique par les facteurs de croissance ainsi qu'une surveillance clinique et biologique stricte.

66-LES FACTEURS PRONOSTIQUES DU LYMPHOME HODGKINIEN : APPLICATION DE SIX MODELES PRONOSTIQUES A UNE SERIE DE 80 PATIENTS

F Talbi- SE Belakehal – K Djouadi- Kezzou- M Kacimi - FZ Ardjoun
Service d'Hématologie de l'HCA

Introduction :

le classement des malades en fonction des facteurs pronostiques permet de : - Prévoir l'évolution de la maladie. - Adapter le traitement à ce pronostic. - Comparer les résultats de différentes stratégies thérapeutiques. - Et enfin, faciliter les échanges entre différents centres: Comme pour la plupart des cancers, le stade de la maladie représente l'élément le plus important.

But de l'étude:

Nous nous sommes proposé d'analyser la distribution de nos patients (à propos d'une série de 80 malades) selon les différents scores pronostiques: l'ECOG, le GHSG, l'EORTC, l'IPS, le PSS et la classification d'Ann Arbor, les variables étudiées sont: la survie globale à 5 ans (Janvier 2008 à Décembre 2013) et le suivi médian (mois), de chaque groupe pronostique.

Matériel et Méthodes:

o N= 80. o Diagnostic histologique. o Traitement conventionnel :3 à 6 cycles d'ABVD + RT a été instauré dans les stades localisés, les formes étendues ont bénéficié d'une polychimiothérapie exclusive dans la majorité des cas (ABVD, rarement BEACOPP) +/- RT. o Nous avons appliqué les critères d'Ann Arbor, EORTC, ECOG, GHSG, IPS et PSS à l'ensemble de nos malades.

Résultats :

(Suivi médian : mois). IPS : Groupe favorable : - N : 3 (8%) - suivi médian : 24 - OS : 92.3%. Groupe intermédiaire : - N : 15 (46%) - suivi médian : 27 - OS : 70.1%. Groupe défavorable : - N : 15 (46%) - suivi médian : 18 - OS : 50.9%. PSS : Groupe favorable - N: 3 (9%) - suivi médian : 29 - OS : 90%. Groupe intermédiaire : - N : 20 (60%) - suivi médian : 27 - OS : 72.3%. Groupe défavorable : - N: 10 (31%) - suivi médian : 18 - OS : 49%. ECOG Groupe favorable : - N : 11 (14%) - suivi médian : 34 - OS : 94%. Groupe intermédiaire : - N : 17 (21%) - suivi médian : 24 - OS : 75%. Groupe défavorable : - N : 52 (65%) - suivi médian : 27 - OS : 55%. GHSG : Groupe favorable : - N : 13 (16%) - suivi médian : 32 - OS : 92.6% Groupe intermédiaire : - N : 13 (16%) - suivi médian : 24 - OS : 87.4% Groupe défavorable : - N : 54 (68%) - suivi médian : 27 - OS : 62%. EORTC/GELA : Groupe favorable : - N : 15 (18%) - suivi médian : 36 - OS : 94.6%. Groupe intermédiaire : - N : 30 (38%) - suivi médian : 35 - OS : 91.8% Groupe défavorable : - N : 35 (44%) - suivi médian : 24 - OS : 60%. Critères d'Ann Arbor : IA, IIA, IB, IIB, IIIA vs IIIB et IV : 50 (62%) vs 30 (38%) : - N 50 (62%) vs 30 (38%) - suivi médian : 32 vs 25 mois. - OS : 95% VS 84.3 VS 50%. IA IIA vs IB IIB IIIA vs IIIB et IV: 22 (27%) vs 28 (36%) vs 30 (37%) : - N 22 (27%) vs 28 (36%) vs 30 (37%) - Suivi médian : 35 vs 30 vs 25 mois. - OS : 90.3% VS 88.1% VS 49.7%.

Conclusion :

les résultats de la présente étude sont en accord avec les données de la littérature, en particulier, en ce qui concerne : la classification d'Ann Arbor, l'ECOG et le PSS, puisqu'il existe une corrélation entre le groupe pronostique et la survie globale. Néanmoins, en raison de la taille de notre échantillon, il nous est difficile de tirer des conclusions.

67-PRISE EN CHARGES DES RECHUTES PRECOCE ET TARDIVES DANS LA MALADIE DE HODGKIN

M harzouli, L louanchi, M ramaoun, S nekkal, M belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

la rechute est définie comme la réapparition de la maladie après une réponse complète soit dans des sites initialement atteints (récurrences) soit dans des nouveaux territoires ganglionnaires (extension) survenant après un délai de 12 mois suivant l'obtention de l'état de rémission complète La majorité des rechutes survenant dans les trois premières années mais une proportion non négligeable est plus tardive

But de l'étude:

Définir la rechute précoce et tardive Définir les aspects cliniques, biologiques et histologiques dans l'hodgkin en rechute

Matériel et Méthodes:

étude rétrospective sur 10 ans (2003-2012) Patients traités à l'hôpital de jour/consultation Fiches établies sur dossiers médicaux, explorations cliniques biologiques radiologiques cytohistochimiques avec immunohistochimiques et thérapeutiques. Résultats1. : nous avons colligés 20 rechutes sur un total de 380 patients traités pour la maladie d'hodgkin, l'âge moyen est de 27 ans avec extrêmes [7-66] le sex ratio est de 0, 6 le type histologique le plus fréquent est le scléro-nodulaire pour 17 patients cellularité mixte 2 patients et sarcomateux pour un patient, le bilan d'extension a permis de les classer selon Ann Arbor en stade localise 5 patients (IB 1 cas, IIB 4 cas) et stades étendus 15 patients (IIIB 10 cas et IVB 5 cas) Les facteurs pronostics pour les stades localisés EORTC tous défavorable Le traitement initial reçu est l'ABVD chez 17 patients et MOPP ABV hybride pour 3 patients, une radiothérapie 11 patients, VACEM 2 patients et ESAP 3 patients. la rechute est survenue entre 12 mois et 5 ans après la rémission complète

chez 16 patients et entre 5 ans et 10 chez 03 patients et au delà de 10 ans chez 1 patient

Résultats :

Résultats 2: 1 cas de rechute après radiothérapie dans un site irradié et 10 cas dans des nouveaux sites, le traitement de la rechute: VACEM 4 patients, ESAP 3 patients, BEACOPP 2 patients, ESAP +VACEM 2 patients, VACEM+BEACOPP 3 patients et VACEM+ESAP+BEACOPP 1 patient La rémission complète après rechute obtenue chez 12 patients(60 %), échec 3 patients(15 %), 2 décès (10%) et 3 remissions incomplètes(15 %) Commentaires Les rechutes ne sont pas fréquentes (5, 26%), stades localisés:3, 5%(littérature 5 à 10%) et 6, 25% pour les stades étendus (littératures 10 à 30%) Dans 1 cas la rechute est survenue 15 ans plus tard, s agit il de la même maladie ? Les patients sont toujours sensibles au traitement(60 % de remissions complètes Quand est ce qu on peut parler de rémission complète dans la maladie de Hodgkin ? et jusqu'à quand doit on surveiller ?

Conclusion :

les rechutes précoces sont prévisibles mais les rechutes tardives existent même après plusieurs années d'ou l'intérêt de la surveillance rigoureuse de tous les malades

68-PROBLEMES DIAGNOSTIQUES DE LA MALADIE DE HODGKIN

S.Laouamen1, F.Talbi1, M.kacimi2, Djouadi, FZ –Ardjoun1
Service Hématologie1 - Service d'Anatomo-pathologie2 HCA

Introduction :

Le diagnostic de la maladie de Hodgkin est confirmé par l'étude histologique devant le bouleversement de l'architecture ganglionnaire, la présence de cellules de Reed Sternberg et le granulome inflammatoire. Dans certains cas, le diagnostic histologique de la maladie de Hodgkin n'est pas toujours facile. Cette entité montre histologiquement une certaine complexité posant d'énormes problèmes de diagnostic différentiel, d'où le recours important à l'immuno-histochimie qui permet d'affiner et de préciser le diagnostic.

But de l'étude:

problèmes diagnostique dans la maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

De 2008 à 2012, 80 nouveaux cas de maladie de Hodgkin sont colligés au service d'hématologie de l'HCA. Dans la majorité des cas, le diagnostic est posé par étude histologique d'une pièce ganglionnaire et complété par étude immunohistochimique. Nous avons été confrontés à un problème diagnostique dans 6 cas.- Cas 1 : patiente âgée de 23 ans présentant une toux sèche en rapport avec une masse médiastinale (TLT, TDM), résultat de la biopsie transthoracique : LMNH thymique. Devant l'apparition d'une ADP cervicale, une cytoponction est faite évoquant une maladie de Hodgkin, biopsie : HDK de type 2 CD15(+), CD30(+). -Cas 2 : jeune homme âgé de 31 ans présentant une ADP cervicale gauche unique sans Sd tumoral profond ni signes généraux évoluant depuis 12 mois: biopsie : HDK classique CD15(+), CD30(+), devant l'absence de signes d'évolutivités clinique et biologique sur une année, relecture: LMNH CD20(+), CD79(+), CD15(-), CD30(-) -Cas 3 : patient âgé de 18 ans suivi en oncologie pour un thymome lymphocytaire, traité par poly chimiothérapie suivie d'une exérèse chirurgicale et radiothérapie ; rechute après 12 mois, TRT de 2ème et 3ème ligne qui s'est soldé par un échec. Apparition d'un nodule mammaire: biopsie : thymome lymphocytaire, diagnostic remis en question, relecture : HDK type 2 CD15(+), CD30(+). - Cas 4: patient âgé de 27 ans présentant une tumeur sternale, TDM : collection abcédée du médiastin: première biopsie par thoracotomie : lésions inflammatoires chroniques. Récidive après 2 mois d'antibiothérapie à large spectre : 2ème thoracotomie avec biopsie : bourgeon inflammatoire, après 3 mois, sternotomie avec biopsie : réaction inflammatoire avec fibrose. Relecture : HDK type 2 CD15(+), CD30(+). - Cas 5 : patient âgé de 23 ans présentant des douleurs de l'hypochondre gauche : TDM abdominale objective un processus tumoral rénal, splénique et ganglionnaire, biopsie scannoguidée : non concluante, laparotomie avec splénectomie et néphrectomie, étude histologique : HDK type 2 CD15(+), CD30(+), TRT : 6 cures d'ABVD avec échec, relecture : lymphome diffus à grandes cellules B CD20 (+), CD79 (+). - Cas 6 : patiente âgée de 61 ans présentant une masse pelvienne gauche accompagnée de signes généraux : biopsie : liposarcome, CD99(-), CD45(-), PS100(-). Traitée par plusieurs de chimiothérapie avec échec à l'issue. Installation d'une pancytopenie persistante : PBO: localisation médullaire HDK type 2 CD15(+), CD30(+).

Résultats :

Le type histologique 2 est facile à reconnaître mais dans certaines formes

les cellules de Sternberg peuvent prendre un aspect caractéristique, lacunaire, à cause de la rétraction du cytoplasme formant un halo péri nucléaire et dans d'autres formes dites (syncytiales), elles s'associent en plages coalescentes, posant alors un problème diagnostique avec les LMNH (1). Le phénotype des cellules de Reed Sternberg : CD30 et CD15(+), LMP-1 souvent(+)parfois CD20(+), EMA(-). Dans le lymphome de Hodgkin classique, les cellules tumorales peuvent être CD15(-), parfois EMA(+), CD20(+), CD79a(+). Dans le lymphome de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire, les cellules tumorales peuvent co-exprimer CD20, EMA parfois CD30, rarement CD15, jamais LMP-1 ce qui rend l'interprétation difficile. Cependant, concernant les cas que nous venons de citer, malgré la pratique d'une analyse IHC, un problème diagnostique a été observé dans 2 cas/ 6.

Conclusion :

Le diagnostic histologique de la maladie de Hodgkin n'est pas toujours facile. -L'immunohistochimie est d'un grand intérêt pour réduire en pratique les problèmes relatifs au diagnostic histologique de cette pathologie. -Malgré l'avènement de l'immunohistochimie, il existe quelques cas de diagnostic difficile d'où l'intérêt de collaboration entre clinicien et pathologiste.

69-COMPLICATIONS IATROGENES A MOYEN ET LONG TERME DE LA MALADIE DE HODGKIN (EN DEHORS DE LA FERTILITE).

C. Kerar, M. Ramaoun, L. Louanchi, H. Ahmidatou, S. Nekkhal, M. Belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Les complications malignes sont essentielles et peuvent être responsables de 7% de surmortalité lors du suivi à long terme des patients, les leucémies secondaires sont liées essentiellement à l'utilisation des agents alkylants (MOPP), l'ABVD semble être moins leucémogène. Les complications cardiaques sont plus fréquentes se voient chez les sujets ayant reçu plusieurs lignes de traitement. L'hypothyroïdie est fréquente après irradiation de la thyroïde. Les cancers du sein surviennent chez les patientes ayant reçu une irradiation en mantelet ou des aisselles.

But de l'étude:

L'incidence des complications à long terme chez des malades traités pour HDK.

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective faite sur fiches de consultation comportant un interrogatoire, un examen clinique, un bilan d'extension (clinique, biologique et radiologique) et un bilan préthérapeutique (échographie cardiaque), un bilan de suivi régulier.

Résultats :

8 colligés sur notre série. Complications cardiaques: 4 femmes ont présenté une altération de la fonction VG, âgées: 19-24 32 et 37 ans, HDK II Bulky-III B-2 patientes IV. Traitées par ABVD+VACEM les 4 patientes, 3ème ligne type BEACOP, altération progressive du VG avec FE30-40%. Doses d'anticyclines reçues (limites): 380-520mg/m2. 3 malades en RC, stables sur le plan cardiaque et un échec. -Hypothyroïdie: patient 33 ans, HDK III B traité par 4 ABVD+RT type Mantelet 40 Gray et Barre lombo-splénique 30 Gray ayant présenté 1 an plus tard une hypothyroïdie, mis sous Levothyrox. -Les complications malignes: 2 Néo du sein : 19 et 32 ans traitées pour HDK par CT+ RT, en RC qui ont développé un carcinome mammaire, l'une 9 ans plus tard et l'autre 19 ans plus tard, actuellement en RC. Néo de l'estomac : patiente 35 ans, HDK III B, CT: ABVD cisplatine (3 cures) suivie d'une RT Mantelet adapté + barre lombo-splénique, en RC, mais elle a développé un carcinome gastrique dix ans plus tard traitée par gastrectomie+curage ganglionnaire, DCD. Leucémie aigue : patient 28 ans, HDK stade IV, ABVD+RIC, 4 mois plus tard rechute, VACEM, échec, TRT BEACOPP+RIC traité par ESAP+RC, 2 ans plus tard, il développe une pancytopenie avec syndrome infectieux, diagnostic de LA posé, malade sous TRT.

Conclusion :

Commentaires : Intérêt de suivi régulier des malades surtraités, un examen clinique +exploration avant le traitement et de suivi adapté en fonction des symptômes et du traitement reçu et un bilan endocrinien annuel. La maladie de Hodgkin est curable dans les stades localisés, intérêt d'adapter le traitement en fonction de l'évaluation de la réponse par des examens appropriés (TAP + TEPSCAN) permettant de réduire les doses de traitement.

70-VOLUMINEUSES (BULKY) DU LYMPHOME DE HODGKIN

B. Zair, H.Aftisse, S. Gherras, N. Dali, K. Ait Seddik, O.Ouanes
A. Graine, M. Allouda, H.Ait-Ali

Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le diagnostic du lymphome de Hodgkin est fait dans 80% des cas par la découverte d'une adénopathie périphérique, le plus souvent cervicale. Dans 10% des cas il est découvert devant des adénopathies médiastinales mises en évidence par une radiographie thoracique réalisée de manière fortuite ou à l'occasion de signes de compression. L'atteinte du médiastin antérosupérieur est prédominante par rapport aux localisations hilaires. Le diagnostic est souvent difficile à établir en cas de localisation médiastinale isolée nécessitant une biopsie tran pariétale ou médiastinoscopie et rarement une thoracotomie.

But de l'étude:

Nous rapportons dans ce travail les caractéristiques cliniques et évolutives des formes médiastinales Bulky isolées ou associées chez des malades atteints de lymphome de Hodgkin colligés sur une période de 10 ans

Matériel et Méthodes:

De 2003 à 2012, nous avons colligé 266 cas de lymphome de Hodgkin, avec 121 formes médiastinales dont 62 localisations volumineuses (Bulky) associées à une atteinte périphérique (23.3%) et aucune forme médiastinale isolée n'est retrouvée. Il s'agit de 23 hommes (37.09%) et 39 femmes (62.9%). L'âge moyen est 27 ans (16 - 78 ans). Ces patients ont bénéficié d'une biopsie ganglionnaire périphérique ayant permis de poser le diagnostic et la localisation médiastinale associée n'est révélée qu'au téléthorax et à la tomодensitométrie thoracique dans le cadre du bilan d'extension de la maladie.

Résultats :

Sur le plan clinique, 15 patients (24.19%) présentent des signes respiratoires à type de toux, dyspnée ou oppression thoracique au diagnostic. La radiographie thoracique a permis la découverte d'une masse médiastinale avec un IMT > 0.35 (0.35- 0.83). La tomодensitométrie thoracique a révélé la présence d'adénopathies médiastinales. On retrouve 57 cas ayant un type II histologique (91.93%), 04 cas de type III (6.45%) et un cas de type I (1.61%). Ce sont des atteintes médiastinales associées à une atteinte périphérique à de différents stades cliniques : 25 stade II (40.32%), 13 stade III (20.96%), 24 stade IV (38.70%). Les signes généraux (symptômes B) sont présents dans 50 cas (80.64%). Un traitement par poly chimiothérapie suivi d'une radiothérapie est entrepris dans 24 cas (38.70%) et une poly chimiothérapie seule dans 38 cas (61.29%), les protocoles utilisés sont ABVD dans 34 cas (54.83%), ABVD-plat dans 26 cas (41.93%) et 02 cas (3.22%) non traités (décédés avant traitement). La rémission complète est obtenue dans 13 cas (20.96%), La rémission partielle > 75% dans 15 cas (24.19%), La rémissions partielle entre 50 et 75% dans 20 cas (32.25%) et 12 échecs (19.35%).

Conclusion :

Les localisations médiastinales associées dans le lymphome de Hodgkin sont fréquentes. Nécessitant dans la majorité des cas un complément de radiothérapie. L'évaluation radiologique est parfois non concluante en cas de masse thoracique résiduelle posant un problème de suite thérapeutique, intérêt donc de développer d'autres examens type PET scanner.

71-EVALUATION DE L'INTENSIFICATION THERAPEUTIQUE SUIVIE D'UNE AUTOGREFFES DE CELLULES SOUCHES PERIPHERIQUES (CSP) EN PREMIERE INTENTION DANS LES STADES AVANCES DU LYMPHOME DE HODGKIN (LH).

F.Attaf, S. Talhi, S. Osmani, M. Brahim, N. Yafour, A. Arabi, R. Bouhass, T. Alsuliman, MA. Bekadja.
Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran.

Introduction :

Autant l'intérêt de l'intensification thérapeutique suivie d'une autogreffe de CSP en première intention dans les stades avancés est reconnu au cours des lymphomes non hodgkiniens, autant il est controversé au cours du LH.

But de l'étude:

Le but de cette étude est d'évaluer les résultats thérapeutiques en termes de réponse et de survie de l'autogreffe de CSP en première intention au cours des stades avancés du LH.

Matériel et Méthodes:

De Juin 2009 à Juillet 2013, 24 patients adultes atteints d'un LH, d'âge médian 26 ans (16-46), de sex ratio=1, de type 2 (16/24), de stades IIIB (8) et IV avancés (16), ont bénéficié d'une intensification thérapeutique avec autogreffe de CSP en première intention. 17/24 patients ont présenté des signes B. Le statut pré-greffe des patients après chimiothérapie de rattrapage est le suivant : RC=21, RP= 3. La mobilisation a été réalisée à l'aide du G-CSF à raison de 15µg/kg/j pendant 5 jours en s/c. Après cytophère, le greffon cellulaire est conservé au réfrigérateur durant 6 jours. Le protocole d'intensification thérapeutique utilisé est de type CBV (n=6), de

type EAM (n=10), et de type BEAM (n=8). L'évaluation a porté sur la prise de greffe, sur la réponse à J100, et la survie. Les survies globale et sans rechute ont été calculées selon la méthode de Kaplan- Meier à partir de la date de greffe. La date de point est le 31/12/2013.

Résultats :

Le taux médian de CD34+est de 4, 15x10⁶/kg (2, 64-13, 22). Tous les patients ont bénéficié de l'autogreffe. La durée médiane d'aplasie est de 11 jours (8-19). Le statut post greffe montre une RC chez 23 patients et une RP (n=1). Avec un suivi médian de 22, 5 mois (3 - 48), 4 patients ont rechuté dont 2 patients sont décédés des suites de la progression de la maladie. 19 patients sont vivants en RC continue. La SG à 48 mois est de 90, 5% et la survie sans rechute à 36 mois est de 74%. Par ailleurs la comparaison des taux de survie globale des stades avancés traités par intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de CSP en première intention versus en deuxième intention est de 95, 5% et 26% respectivement (p=0, 01).

Conclusion :

L'intensification thérapeutique suivie d'autogreffe en première intention est supérieure à l'autogreffe en seconde intention au cours des stades avancés du LH (p=0, 01).

72-EVALUATION DU PROTOCOLE D'INTENSIFICATION EAM AU COURS DES AUTOGREFFES DE CELLULES SOUCHES PERIPHERIQUES (CSP) DANS LE LYMPHOME DE HODGKIN (LH).

S. Talhi, S. Osmani, M. Brahim, S. Talhi, N. Yafour, A. Arabi, R. Bouhass, MA. Bekadja
Service hématologie - EHU Oran

Introduction :

L'intérêt de l'autogreffe de CSP est de pouvoir utiliser de hautes doses de chimiothérapie. Au cours des lymphomes, le protocole d'intensification de référence est le BEAM (BCNU, Etoposide, Aracytine et Melphalan). A l'EHU1er Novembre, nous avons mis au point un protocole d'intensification appelé EAM (Etoposide, Aracytine et Melphalan) et où les doses d'Aracytine sont supérieures à celles du BEAM.

But de l'étude:

Le but de cette étude est d'évaluer les résultats thérapeutiques en termes de prise de greffe, de réponse et de survie.

Matériel et Méthodes:

D'Avril 2010 à Décembre 2011, 15 patients adultes atteints d'un LH, d'âge médian 26 ans (17-46), de sex ratio de 0, 8 de stades II (1), III (5) et IV avancés (9), ont bénéficié d'une intensification thérapeutique avec autogreffe de CSP. 11/15 patients ont présenté des signes B. L'indication de l'autogreffe a porté chez des patients en rechute (n=3), réfractaires (n=2) et au cours de stades IV avancés (n=10). Le statut pré-greffe des patients après chimiothérapie de rattrapage est le suivant : RC=10, RP= 4 et 1 patient en échec. La mobilisation a été réalisée à l'aide du G-CSF à raison de 15µg/kg/j pendant 5 jours en s/c. Après cytophère, le greffon cellulaire est conservé au réfrigérateur durant 6 jours. Le protocole d'intensification thérapeutique utilisé a comporté de l'Etoposide 200 mg/m²/j de J-5 à J-2, de l'Aracytine 1000 mg/m² 2xj toutes les 12 heures de J-5 à J-2 et du Melphalan 140 mg/m² /j à J-1. L'évaluation a porté sur la prise de greffe, sur la réponse à J100, et la survie. Les survies globale et sans rechute ont été calculées selon la méthode de Kaplan- Meier à partir de la date de greffe. La date de point est le 31/12/2013.

Résultats :

Le taux médian de CD34+est de 3, 60x10⁶/kg (2, 33-6, 15). Tous les patients ont bénéficié de l'autogreffe. La durée médiane d'aplasie est de 13 jours (9-20). Un patient est décédé des suites de la procédure par un choc septique. Le statut post greffe montre une RC chez 13 patients, une RP (n=1) et un échec (n=1). Avec un suivi médian de 25 mois (4-32), 4 patients ont rechuté dont 3 patients sont décédés des suites de la progression de la maladie. La SG à 32 mois est de 69% et la survie sans rechute à 30 mois est de 60%.

Conclusion :

Le protocole d'intensification de type EAM donne des résultats très satisfaisants en termes de prise de greffe, de réponse et de survie. Le faible recul ne permet pas à l'heure actuelle de le comparer avec le protocole de référence de type BEAM.

73-LYMPHOME HODGKINIEN DU SUJET AGE EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE

D.Amirouche, S. Bourek, O. Ouanes, H. Aftisse, S. Gherras et H.Ait Ali

Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le lymphome hodgkinien (LH) est une prolifération lymphoïde maligne, caractérisé par la présence de la cellule de Reed-Sternberg dont l'origine lymphoïde est prouvée. En Algérie le LH touche volontiers l'adulte jeune, l'âge avancé est un facteur pronostique péjoratif quel que soit la forme et la présentation clinique vu la fréquence des comorbidités associées.

But de l'étude:

rappporter l'expérience de notre service dans la prise en charge du LH du sujet âgé (≥ 65 ans).

Matériel et Méthodes:

Sur une période de dix ans (entre janvier 2003 et décembre 2012), nous avons colligé 266 patients atteints d'un LH dont 18 (6, 7%) sont âgés de 65ans et plus. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet (y compris l'examen du cavum), d'un bilan biologique et radiologique (radio du thorax et TDM thoacoabdominopelvienne), une biopsie ostéoméduillaire ainsi qu'une échocardiographie. Les groupes pronostiques ont été déterminés suivant les critères de l'EORTC pour les stades localisés et le score international pour les stades avancés. Le traitement a reposé sur la chimiothérapie (ABVD) + radiothérapie. Il s'agit de 6 hommes et 12 femmes sex ratio : 0, 5, l'âge moyen est à 73 ans (65 ans à 84 ans). Le délai diagnostique moyen est de 6 mois (1 à 12mois) Le motif de consultation : adénopathies dans 66 % des cas et des signes généraux dans 23%. L'ECOG ≥ 1 chez 50% des patients avec une comorbidité associée dans 77% des cas.

Résultats :

Le type histologique prédominant est le scléronodulaire (83%), le type à cellularité mixte (11%), le type à prédominance lymphocytaire est retrouvé dans un cas seulement. La moitié des cas 50% sont des stades avancés III et IV, l'autre moitié sont des stades localisés I et II avec pronostique défavorable. Sur les 18 patients 17 ont reçu un traitement à base de polychimiothérapie de type ABVD, 6 patients (35%) ont reçu une radiothérapie complémentaire, 1 patient est décédé avant traitement. L'évolution est marquée par une rémission complète chez 11 patients (61%), une rémission partielle est obtenue chez 2 patients, 1 patient était en échec thérapeutique mis en rémission incomplète après un traitement de relais, 2 patients (11%) sont perdus de vue (1 après une cure ; 1 après 3cures) et 1 patient décédé après une cure. La rechute est survenue dans 2 cas. Après un suivi moyen de 18 mois (1mois à 49mois) 8 patients sont toujours vivants en rémission complète, 6patients sont perdus de vu, 4sontdécédés dont 2 après la rechute.

Conclusion :

Le lymphome de hodgkin du sujet âgé est rare, sa présentation est identique à celle du sujet jeune, néanmoins son traitement est limitée par les comorbidités associées; expliquant les décès précoces. Cependant chez les patients mis en rémission complète, la qualité de survie semble similaire à celle du sujet jeune.

74-LYMPHOME DE HODGKIN : ANALYSE DES CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES ET DES RESULTATS THERAPEUTIQUES

M.Aiche, A.Mahdi, H.Midoune, W.Tibermassin, S.Refis, A. Chebaani, M.Saidi

Service d'hematologie CHU Batna / Faculté de Médecine Batna.

Introduction :

ILe lymphome de Hodgkin(LH), hémopathie maligne lymphoïde B est caractérisée par un profil épidémiologique, une cellule tumorale, la cellule de Reed Sternberg, et un mode d'extension lymphatique. Sa chimio sensibilité et sa radiosensibilité permettent une guérison dans 75 à 80 % des cas, mais des échecs, rechutes et complications iatrogènes assombrissent l'avenir des patients. La détermination de facteurs pronostic, permet un meilleur choix thérapeutique avec désescalade des formes de bon pronostic et escalade des formes de mauvais pronostic.

But de l'étude:

Le but de cette présentation est d'analyser le profile épidémiologique les facteurs pronostic, et les résultats thérapeutiques des lymphomes de Hodgkin.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une analyse rétrospective, qui concerne 148 patients atteints de

LH, âge de plus de 18 ans, et pris en charge par le service d'hématologie du CHU de Batna, sur 6 ans de Janvier 2008 au 31 Décembre 2013.Le diagnostic est évoqué à l'étude cytologique du ganglion, la confirmation diagnostic est anatomopathologique après biopsie ganglionnaire, une laparotomie ou biopsie transparietale est pratiquée dans 8, 8% des cas(13) et l'immune histochimie pratiquée dans 23%(34). Le bilan d'extension et d'évolutivité comporte : - Un bilan clinique complet avec examen otorhino laryngé spécialisé. -Un bilan radiologique : telethorax, la TDM thoracique, l'échographie abdominale et la TDM abdominale. - Un bilan biologique et anatomopathologique. Sur le plan thérapeutique les patients on reçu une chimiothérapie type ABVD, Suivie ou non d'une radiothérapie.

Résultats :

L'âge moyen est de30 ans, avec un pic situé entre 20 et 40 ans, un sex ratio de 0, 87.Les patients résident pour 43% à Batna. Des antécédents d'hémopathie malignes sont retrouvés dans 3, 37% des cas(5) et un risque cardiovasculaire dans 4% des cas(6), le tabac est consommé dans 11% des cas(16).Il s'agit d'agriculteurs dans 4, 7%(7 cas). La moyenne du délai diagnostique est de 7 mois. La consultation est motivée dans 49%(73) des cas par les adénopathies. Le site initial est médiastinal dans 46% des cas(68). L'histologique révèle un type scléro nodulaire 65%(96) et cellularite mixte 21%(31).Le bilan d'extension retrouve : 45, 9% de stades étendus(68) ; 41, 2% de cas graves(61) ; 44, 6% de bulky(66) La réponse au traitement initial est une rémission dans 76, 5% des cas(111), un échec dans 9, 5% des cas(14).Une rechute survient chez 17, 6% des cas(26) ; le décès survient dans 13, 5% des cas(20) Dans cette série les caractéristiques épidémiologiques diffèrent de la littérature, prédominance féminine sans pic d'âge à 70 ans, les formes étendues y sont plus fréquentes. Les formes graves, et Bulky sont retrouvées entre 40 et 50 % des cas, la répartition histologique et Les résultats thérapeutiques initiaux correspondent à la littérature.

Conclusion :

Le LH est une hémopathie maligne curable mais qui présente des incidents non négligeables échecs rechutes et décès.

75-FORME LOCALISEE DU LYMPHOME DE HODGKIN : CLASSIFICATION PRONOSTIC ET RESULTATS THERAPEUTIQUES.

M.Aiche (Service d'Hématologie CHU Batna) ; F.Kacha (Service d'Hématologie CHU Batna) ; A.Benkaouha (Service d'Hématologie CHU Batna) ; RA.Ounissi (Service d'Hématologie CHU Batna ;F.Baichi (Service d'Epidemiologie CHU Batna ;D.Maamri (Service d'Epidemiologie CHU Batna) ; M.Saidi (Service d'Hématologie CHU Batna) Hématologie, CHU Batna / Faculté de Médecine Batna.

Introduction :

Les formes localisées du lymphome de Hodgkin(LH) représente 2/3 de tous les LH, elles sont de bon pronostic grâce aux traitements modernes, avec (85 90)% de guérison, mais avec un risque d'effets secondaires non négligeable. La stratégie thérapeutique nécessite une classification pronostic déterminante

But de l'étude:

Détermination des caractéristiques épidémiologiques de patients atteints d'une forme localisée de LH, évaluation des thérapeutiques administrées. Rechercher des différences individuelles, de prise en charge et de résultats thérapeutiques.

Matériel et Méthodes:

L'analyse porte sur 80 patients (54%) des LH tout stade confondu) sur 6ans du premier Janvier 2008 au 31 Décembre 2013.Le diagnostic est confirmé par l'étude histologique d'un ganglion. Le bilan d'extension et d'évolutivité comporte un examen clinique avec évaluation otorhino laryngée, un bilan radiologique avec telethorax, calcul de l'index mediastino thoracique, tomodensitométrie thoracique, échographie et tomodensitométrie abdominales, un bilan biologique avec hémogramme, vitesse de sédimentation, albuminémie et bilan hépatique et histologique de la ponction biopsie osseuse

Résultats :

L'âge moyen des patients est de 27 ans (extrêmes 18-54 ans) avec un sex ratio de 0, 6. Délai moyen diagnostique de 8 mois. La consultation est motivée dans 90%(70) des cas par des adénopathies, des signes respiratoires dans 11 %(9). Le type sclero nodulaire prédomine 69%(53) suivi par 21%(17) de type cellularite mixte. Une atteinte extra hématologique est retrouvée dans 11% des cas(9), le poumon est atteint chez 4 patients (5%) Le stade II prédomine 84%(67)les formes défavorables(EORTC) représentent 62,

5%(50), les Bulky 47, 5%(38). Le traitement comporte une chimiothérapie type ABVD avec une moyenne de 5 cures (2 à 8 cures) suivie d'une radiothérapie chez 48%(36) des patients. A l'issue de la chimiothérapie : une rémission est obtenue dans 80% des cas(64), complète chez 65, 8% des patients(52), un échec est constaté chez 8, 8%(7). A la fin de l'étude 10%(8) (des patients sont décédés, 3, 8% (3) sont en échec et 5%(4) en rechute (malgré un traitement de deuxième ligne), 70%(56) sont en réponse (Complète chez 63, 7%=51) Cette population est caractérisée par une prédominance féminine et, des formes défavorables (62, 5%) (1/3 dans la littérature) la chimiothérapie est exclusive dans 44% des cas(36).

Conclusion :

Les résultats thérapeutiques après chimiothérapie sont en deçà des résultats attendus, dans une forme localisée de la maladie qui présente plus de facteurs de mauvais pronostic individuels, et des moyens thérapeutiques insuffisants.

76-ASPECTS CLINIQUES ET RESULTATS THERAPEUTIQUES DES STADES LOCALISES DU LYMPHOME HODGKINIEN

Aftisse, Dr dali, D R Gherras, Allouda, Dr Ouanes, Ait-Seddik, Amirouche, Ait Ahmed, Zair Ait-Ali

Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le lymphome hodgkinien (LH) est une hémopathie maligne entrant dans le cadre des syndromes lymphoprolifératifs B, défini par la destruction de l'architecture ganglionnaire et la présence d'une cellule maligne dite de REED-STERNBERG au sein d'un granulome inflammatoire. La stratégie thérapeutique des stades localisés est basée sur la chimiothérapie suivie d'une radiothérapie complémentaire.

But de l'étude:

L'objectif de notre étude est de présenter les aspects cliniques, biologiques et l'évaluation thérapeutique des stades localisés

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective de patients atteints de LH localisé (stade I et II) colligés au service d'hématologie de TIZI- OUZOU en 10 ans (2003-2012). Le diagnostic est orienté par la cytologie, confirmé par l'histologie d'une biopsie ganglionnaire, +/- l'immunophénotypage ; le bilan d'extension (examen clinique, biologie et l'imagerie) a permis de classer les patients en stades localisés (I et II) et subdivisés en groupes favorables et défavorables selon l'EORTC. Le traitement appliqué à nos patients est une chimiothérapie type ABVD ou ABVD-cisplatine +radiothérapie.

Résultats :

Sur les 266 patients atteints de (LH) répertoriés en 10 ans, les formes localisées stades I et II sont retrouvés chez 129 patients (48.5%). La prédominance est féminine (74 F ; 55H) ; sex-ratio H/F=1.34 ; l'âge moyen est de 30ans (15-81). Les circonstances de découverte sont : un syndrome tumoral (ADP) chez 110 patients (85%) ; Une toux :08 (6%) ; un prurit : 02 (1.5%) ;(signes généraux) :03(2%) ; douleurs thoracique :01patient) ; dyspnée : 02(1.5%) ; douleurs abdominales : 01patient) ; douleurs sacro-iliaque :01 patient. Les localisations médiastinales (bulky IMT > 0.35) ont été retrouvées chez 29 patients (22%). La classification d'Ann Arbor nous a permis de classer nos patients en :stade IA :14(11%) ;stade IB :3(2%) ;stade IIA :50(39%) ; stadeIIAE :1(0.7%) ;stade IIB :57(44%) ;stade IIBE :3(2%) un patient non classé car décédé avant bilan d'extension. Le type histologique scléro-nodulaire est le plus fréquent : 104(81%) ; a cellularité mixte : 16(12%) ; à prédominance lymphocytaire : 8(6%) ; déplétion lymphocytaire : 1(1%). Dans cette étude on a subdivisé les patients en groupes selon les facteurs pronostic de l'EORTC des stades localisés en : groupe favorable : 44(34%) ; et groupe défavorable : 85(66%). L'immunohistochimie n'a été pratiquée que chez 65 patients. Sur les 129 patients, 126 sont traités et évaluable. 73 patients (56%) ont reçu l'ABVD-cisplatine. le nombre moyen de cures est de 4 (3-8).résultats : RC : 46(63%) ; réponse partielle > 75% :16(22%) ; RP (50-75%) :4(5%) ; échec : 5(7%) ; évaluation non faite : 2(3%) 55 patients (75%).ont bénéficié d'une radiothérapie.les autres patients ont reçu 2 à 4 cures supplémentaires. Devenir de ces patients : vivants : 59(81%) ; décès : 5(7%) ; PDV : 9 (12%).2 patients ont rechuté. 53 patients ont reçu l'ABVD. Le nombre de cures est de 4 (3-8).Les résultats : RC : 31(58%) ; RP>75% :8 (15%) ; RP (50- 75%) :5 (9%) ; échec : 6 (11%) ; évaluation non faite : 3 patients. Une radiothérapie a été faite pour 33 patients (62 %). Le devenir de ces patients : vivants : 43 (81%) ; décès : 6 (11%) ; PDV : 4(7%).rechutes.

Conclusion :

Les résultats thérapeutiques du lymphome hodgkinien dans sa forme localisée reste satisfaisante, les deux protocoles utilisés donnent les mêmes résultats, d'où l'intérêt de préférer le protocole ABVD. En raison de la toxicité du cisplatine, d'où l'intérêt d'une radiothérapie complémentaire

77-LES LYMPHOMES PEDIATRIQUES

Benhayoune, N. Hammas, K. Idrissi, I. Hafid, H. Ameurtesse

L. Chbani, A. Amarti

CHU Hassan II de Fès MAROC

Introduction :

Les pathologies cancéreuses sont rares chez l'enfant. Les lymphomes occupent la 3ème place, après les leucémies et les tumeurs cérébrales, représentant 10% à 15% des cas. La fréquence et la distribution des lymphomes chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans diffèrent de celles observées chez l'adulte. Les lymphomes non Hodgkinien (LNH) chez l'enfant montrent le plus souvent des caractéristiques agressives (haut grade) en comparaison des LNH de l'adulte avec souvent une extension médullaire et méningée. La maladie de Hodgkin représente 15 à 30% des lymphomes de l'enfant. Elle survient le plus souvent chez l'adolescent de plus de 15 ans cependant elle est rare voire exceptionnelle avant l'âge de 2ans.

But de l'étude:

Préciser les aspects épidémiologiques des lymphomes pédiatriques dans la région de Fès puis comparer nos résultats avec ceux de la littérature.

Matériel et Méthodes:

C'est une étude rétrospective de 120 cas de lymphomes survenant chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans, répertoriés au laboratoire d'anatomie pathologie du CHU Hassan II de Fès durant une période de 4 ans allant de l'année 2010 à l'année 2013.

Résultats :

Parmi les 120 cas examinés, 41.7% étaient diagnostiqués lymphomes de Hodgkin et 58.3% étaient diagnostiqués lymphome non Hodgkinien répartis de la manière suivante : L. Burkitt dans 40% des cas, L. lymphoblastique T dans 11.7% des cas, le L. anaplasique et le lymphome B diffus à grandes cellules dans 3.3% des cas. L'âge moyen était 9.4ans (18-2ans) avec un sex-ratio H/F de 1.2. La localisation nodale était la plus fréquente (55.5%). La localisation extraganglionnaire était dominée par les masses abdomino-pelviennes (19.3%), suivie de la sphère ORL (5.8%) puis le tube digestif (3.3%), les localisations cutanées (2.5%), hépatiques (1.7%) et enfin la rate et le rachis dans 0.8% des cas. Dans notre série, le LH était le plus fréquent. L'âge moyen des enfants pour ce lymphome était de 11.2ans. Sa prévalence était plus élevée chez les filles que les garçon avec un sex-ratio de 1.3. Dans 90%, il était de localisation ganglionnaire. Il était présent dans l'abdomen chez 4% des cas avec une extension médullaire dans 6% des cas. Le LH de type scléronodulaire était le plus prédominant (80.4%), suivi du LH à cellularité mixte(17.4%) puis le LH à prédominance lymphocytaire dans 6% des cas. Le lymphome de Burkitt était le LNH le plus fréquent dans notre série avec un âge moyen de 8.1ans (2-18ans). Ce lymphome était deux fois plus fréquent chez les garçons que les filles. La localisation abdomino-pelvienne était la plus fréquente (33.4%) suivie de la localisation ganglionnaire (29.2%), puis la localisation ORL (12.6%). L'atteinte de tube digestif était présente chez 8.4% des cas, suivi de la localisation médullaire dans 8.3% des cas et rachidienne dans 2.1% des cas. La L.lymphoblastique a constitué le 3ème lymphome le plus fréquent dans notre série. L'âge moyen de nos patients était 7.8ans avec une prédominance masculine (sex-ratio= 2.8). La localisation ganglionnaire était la plus fréquente (35.7%) suivie de la localisation ORL dans 7.1% des cas

Conclusion :

Les lymphomes sont parmi les cancers les plus fréquents chez l'enfant. La maladie de Hodgkin reste le lymphome le plus répandu dans notre série et même dans les séries mondiales. 90% des enfants atteints vont avoir une évolution favorable de leur maladie sous traitement.

78-LYMPHOME DE HODGKIN : ANALYSE ET DEVENIR DES ECHECS AU TRAITEMENT DE PREMIERE LIGNE

M. Aiche, S. Boussaha, A. Mahdi, S. Chichoune, M. Saidi

Service d'hématologie CHU Batna / Faculté de Médecine Batna.

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne curable dans 80% des cas, mais il demeure que 5 à 10 % sont réfractaires aux chimiothérapies standards de première intention.

But de l'étude:

Le but de ce travail est d'identifier ce groupe de patients, rechercher et analyser les facteurs prédictifs de l'échec dans l'objectif d'adapter une attitude thérapeutique afin d'améliorer la réponse et la survie

Matériel et Méthodes:

Les patients en échec ou réfractaires sont définis dans notre étude par une réponse inférieure à 50 % à l'évaluation ou une progression sous traitement. L'analyse concerne 15 patients soit 10% des 148 lymphomes de Hodgkin(LH) diagnostiqués sur 6 ans du premier Janvier 2008 au 31 Décembre 2013 Ils sont repartis dans les différentes classes pronostic : Ann Arbor, EORTC, GHSG, IPS et PSS après détermination des facteurs pronostic par un examen clinique complet, un bilan d'évolutivité biologique, d'extension, biologique, radiologique et anatomopathologique. Sur le plan thérapeutique les patients ont reçu une chimiothérapie, type ABVD, exclusive avec une moyenne de 5 cures (3-8 cures).

Résultats :

Quinze patients (10%) répondent à la définition, avec un âge moyen de 30 ans (18-51 ans), et un sex ratio de 0, 5 (5H/, 10F). Il s'agit de 7 (46, 7%) stades localisés(II), et 8(53, 3%) étendus : 1(III) et 7(IV) selon la classification d'Ann Arbor. L'analyse des facteurs pronostics défavorables révèle : -Les stades localisés sont pour la moitié défavorables (EORTC) -Les stades étendus sont à haut risque dans 60% (6) des cas(IPS). -La forme bulky est retrouvée dans 9(60%) des cas Sur le plan évolutif : à la fin de l'étude, après un traitement de deuxième ligne type ESAP -Sept (46, 7%) sont décédés. -Deux patients sont mis en rémission complète ou partielle. -Six (40%) patients sont toujours en échec. Les 15 échecs ont réuni, dès le diagnostic de la maladie, des facteurs pronostics défavorables : 46, 7% (7) sont graves, plus de la moitié sont étendus avec 60 % à haut risque, la moitié des localisés sont défavorables, la forme bulky existe dans 60% des cas. Plus du 1/3 des échecs sont décèdes.

Conclusion :

Plusieurs classifications ont conclu dans cette série à des patients de mauvais pronostic. IL serait utile de les identifier au départ et de les traiter de manière plus intensive.

79-LE LYMPHOME HODGKINIEN DE L'ADULTE REFRACTAIRE OU EN RECHUTE : A PROPOS DE 44 CAS

N. Dali, S. Gherras, O. Ouanes, H. Aftisse, K. Ait-Seddik, M. Allouda, A. Graine, A. Tebiche, N. Boulaziz, H. Ouamrane, K. Aimene, S. Brik, D. Amirouche, H. Ait-Ali

Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le pronostic des lymphomes de Hodgkin réfractaire ou en rechute précoce est très défavorable : plus de la moitié de ces patients meurent de leur maladie. Des facteurs prédictifs de la survie à long terme ont été décrits, principalement la chimiorésistance et la durée de la 1ère rémission complète. Après traitement initial et obtention d'une rémission complète, 10 à 30 % des patients rechutent (5 à 10% des stades localisés sans facteurs de risque, 10 à 20% dans les stades localisés défavorables et 20 à 30% dans les formes disséminés. Les formes résistantes représentent 2 à 5% des stades I - II et 5 à 10% des stades III - IV. Nous avons constaté un nombre élevé de rechutes et de résistances au traitement, ces quatre dernières années, de ce fait, nous avons jugé utile d'évaluer dans ce travail les formes réfractaires ou en rechutes.

Patients et Méthodes :

Cette étude rétrospective a concerné 266 patients atteints de LH, diagnostiqués sur une période de 10 ans, de janvier 2003 à décembre 2012, traités selon les protocoles ABVP Cisplatine ou ABVD et ayant présenté un échec primaire à la chimiothérapie de 1ère ligne ou une rechute de la maladie. L'échec primaire (forme réfractaire) est défini par l'absence de réponse à la chimiothérapie initiale (réponse < 50%) après 04 cycles ou une progression pendant le traitement initial ou dans un délai de 03 mois après la fin du traitement initial.

Résultats :

Parmi les 266 patients (pts), 44 (16.4%) ont présenté soit une rechute :19 pts(43%) soit un échec ou une progression de la maladie : 25 pts (56.8%). Caractéristiques des 25 échecs: 14 femmes et 11 hommes, âge moyen 28 ans. 10 pts au Sc II dont 9 défavorable, 6 au Sc III à haut risque, 9 au Sc IV dont 8 à haut risque. Le type histologique prédominant est le scléronodulaire, immunohistochimie réalisée chez 22 pts. Une forme médiastinale Bulky a été associée chez 12 pts. Le traitement de rattrapage (11 ESAP, 8 DHAP, 2 COPP, 1 BEACOP) a permis une RC chez 4 pts (16%), 7 RP (28%) et 14 échecs (56%), réfractaires à d'autres lignes thérapeutiques. les 4 pts en RC ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire. On déplore 9 décès par progression, un perdu de vue, 15 sont vivants (4 en RC + 7 en RIC et 4 en échec).

Caractéristiques des 19 rechutes: 11 rechutes précoces < 12 mois et 8 rechutes tardives avec un délai moyen de 31 mois. 10 femmes et 9 hommes, âge moyen 31 ans. 4 pts au Sc II (2 favorable, 2 défavorable), 7 au Sc III (4 haut risque, 3 risque standard), 8 au Sc IV à haut risque. Le type histologique prédominant est le scléro-nodulaire. Une forme médiastinale Bulky a été associée chez 5 pts. Le traitement de rattrapage a concerné 15 pts dont un a bénéficié d'une intensification. Une RC a été obtenue chez 2 pts (13.3%), 4 RP (26.6%) et 9 échecs (60%). On déplore 11 décès et 8 sont vivants.

Conclusion :

le taux de rechutes et formes réfractaires dans la maladie de Hodgkin a considérablement augmenté ces dernières années. les protocoles utilisés dans le traitement de rattrapage sont décevants en terme du taux réponse 40 % versus 60 à 80% dans la littérature d'ou l'interet d'intensifier les protocoles thérapeutiques.

80-ÉTUDE DE LA VIABILITÉ DES CELLULES SOUCHES HÉMATOPOIÉTIQUES (CSH) AU COURS DES INTENSIFICATIONS DE TYPE EAM OU BEAM AU COURS DES AUTOGREFFES POUR LYMPHOME DE HODGKIN.

M. Brahimi, S. Osmani, S. Talhi, N. Yafour, A. Arabi, MA. Bekadja. Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er

Introduction :

La conservation des CSH à +4°C est réalisable pour une durée de 04 jours avec une viabilité >80% au cours des autogreffes de CSH au cours des lymphomes avec une intensification de type CBV. Le standard actuel en termes d'intensification au cours des autogreffes pour lymphomes est le BEAM et ses dérivés et dont la durée d'administration et de 5 jours voire 6 jours.

But de l'étude ou Programme :

Le but de ce travail est de montrer la faisabilité de l'utilisation des protocoles d'intensification de type EAM ou BEAM avec des CSH non cryopréservées durant plus de 6 jours au cours du LH.

Matériel et Méthodes (Objectifs ou Observations) :

Il s'agit d'une étude rétrospective (Avril 2010-Juillet 2013) qui a porté sur 30 patients atteints de LH et qui ont reçu une intensification de type EAM (n= 15) ou BEAM (n= 15). La mobilisation des CSH a été faite par le GCSF seul à raison de 15µg/kg/j en s/c durant 5 jours. Un comptage des CSH périphériques est ensuite effectué et les cytophères sont débutées lorsque le chiffre de CSH est ≥ 10 cellules/µl. Les CSH sont conservées au réfrigérateur à +4°C jusqu'à la réinjection à la fin de la chimiothérapie de type EAM ou BEAM (6 à 7 jours). Les tests de viabilité des CSH sont ensuite réalisés par cytométrie en flux en utilisant le 7AAD, le jour de la réinjection du greffon. La prise de greffe est évaluée selon les critères de l'EBMT à partir de la remontée du taux de PNN et de plaquettes.

Résultats :

Les tests de viabilité des CSH effectués chez les patients à J6 ; J7 ; J8 et J9 montrent les moyennes de 86.5%, 84.4%, 77.1% et 78.3% respectivement. Les taux médians de CD34+ injectées sont de 3,60 x106 /kg(2,33-6,15) et de 4,42 x106 /kg (2,78- 21,05) pour les protocoles EAM et BEAM respectivement avec des durées médianes d'aplasie de 12 et 13 jours respectivement.

Conclusion :

La conservation des CSH à +4°C pendant une durée de 6 à 7 jours est faisable et en totale sécurité pour les patients.

LA REANIMATION EN CANCEROLOGIE HEMATOLOGIQUE

81-TRANSFUSION PROPHYLACTIQUE DE PLAQUETTES AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES

S.Bouteba, K.Benaissa, Z.Kaci, Y.Berkouk, M.Belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Le développement des transfusions plaquettaires a considérablement augmenté les possibilités de pratiquer des chimiothérapies lourdes chez les patients atteints de leucémie aigue qui nécessitent des transfusions de plaquettes pour éviter la survenue d'hémorragies mortelles.

But de l'étude:

l'objectif de la présentation est de montrer l'intérêt de la transfusion prophylactique de plaquettes au cours des LA après chimiothérapie.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 50 leucoses aigue, sur une période de 3 mois (Décembre 2011 et Février 2012). La transfusion prophylactique correspond à la transfusion de plaquettes en dehors des épisodes hémorragiques au cours des LA en présence de facteurs de risque (Fièvre, CIVD, Infection, mucite, antécédents hémorragiques majeurs, taux de plaquettes inférieur à 10000/mm³). l'objectif de la présentation est de montrer l'intérêt de la transfusion prophylactique de plaquettes au cours des LA après chimiothérapie. 50 LA ont été colligés, la leucémie aigue myéloïde prédomine (68 %).

Résultats :

La transfusion curative de plaquettes représente 52% des indications au cours d'une hémorragie déclarée, la prophylactique est de 48% des cas. Dans 71% des cas le taux de plaquettes est compris entre 5000 à 10.000/mm³. Dans 29% des cas le taux est soit inférieur à 5000/mm³, soit supérieur à 10000/mm³. les facteurs de risque associées motivant la transfusion de plaquettes sont : la fièvre(83%), la mucite(45, 83%), une CIVD(37, 5%) une infection(29, 16%), un geste invasif (21%), antécédents hémorragiques majeurs(8, 33%). Dans 8, 33% le taux plaquettes inférieur à 10000/mm³ sans facteurs de risque associées. la transfusion prophylactiques a été efficace dans 58% des cas. elle est inefficace dans 42% des cas : il s'agit de 8 cas de CIVD, 9 cas de fièvre, 4 cas de mucite.

Conclusion :

L'utilisation de transfusion plaquettaire dans la prise en charge d'épisodes hémorragiques thrombopéniques est clairement admise. La présence de facteurs de risque hémorragique motive une transfusion prophylactique de plaquettes afin de maintenir le taux de plaquettes supérieur à de 10000/mm³, et semble diminuer l'incidence des accidents hémorragiques.

82-REANIMATION HEMATOLOGIQUE DES LEUCEMIES AIGUES EN PHASE D'INDUCTION EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE CHU TLEMEN

AF Bendahmane, H Belhadef, L Aici, N Benkhira, Y Touileb, N Mesli
Service hématologie - CHU Tlemcen

Introduction :

La leucémie aigue (LA) est une hémopathie maligne, dont l'évolution spontanée est fatale. Au cours des 20 dernières années des progrès considérables ont été effectués dans la prise en charge, notamment dans la réanimation hématologique.

But de l'étude:

L'objectif de notre étude est d'évaluer rétrospectivement la réanimation hématologique pendant la phase d'induction.

Matériel et Méthodes:

Notre étude concerne 21 patients adultes, présentant une LA, suivis au service d'hématologie conventionnel de Tlemcen avant et pendant la phase

d'induction durant l'année 2013.

Résultats :

Notre série est composée de 67% de LAM avec une moyenne d'âge de 46, 3 dont 57% sont des hommes. Une comorbidité est retrouvée chez 43%. A l'admission tous nos patients présentaient un syndrome anémique, 57% un syndrome infectieux et 42% un syndrome hémorragique. L'hémoglobine moyenne était de 7, 42g/dl, thrombopénie sévère chez 57%, hyperleucocytose importante chez 33%. Une hypokaliémie était retrouvée chez 14% des cas, l'acide urique était augmenté chez 9%. Neuf des 21 patients avaient bénéficié d'un cathéter central. 67% des patients avaient reçus une induction type Arac-Rubido alors que. Nos patients ont reçus un support transfusionnel avant ou pendant la période d'induction (plus de 110 gestes transfusionnels) : en moyenne 04 CG(±1) et 03 CPA(±1) par patients. Tous nos patients avaient reçu un schéma de réhydratation 3l/m². Un traitement anti infectieux prophylactique était administré à l'admission, suivi d'une antibiothérapie de première ligne dans 33% des cas et ceci durant la première semaine. 4 décès étaient survenus dans la phase d'induction.

Conclusion :

La réanimation hématologique est une phase importante dont en dépend le traitement de fond. Malheureusement l'indisponibilité de certains examens (hémocultures, sérologies spécifiques, bilans radiologiques) ainsi que le manque de moyens (équipement de chambres d'isolement, transfusion par des dérivés délococytés) nous limite à effectuer une réanimation standard

83-LE SYNDROME DE LYSE TUMORALE DANS LES LEUCEMIES AIGUES OBSERVE AU SERVICE D'HEMATOLOGIE DU CHU -SETIF.

FZ. Benkhodja, A. Amoura, R. Bouarouri, A. Aouir, S. Hamdi.
Service d'hématologie -CHU de Sétif

Introduction :

Le syndrome de lyse tumorale (SLT) survient au cours des leucémies aigues à forte masse tumorale. La libération des métabolites intracellulaires dans le milieu extracellulaire peut être à l'origine d'une insuffisance rénale aigue mais aussi d'une acidose lactique avec état de choc mettant en jeu le pronostic vital si des mesures préventives précoces ne sont pas instaurées.

But de l'étude : évaluer la fréquence et les aspects clinico- biologiques du syndrome de lyse tumorale dans les leucémies aiguës.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 3ans (2010- 2012) concernant 168 patients atteints de leucémies aiguës (124 LAM et 44 LAL). La moyenne d'âge est de 45ans (extrêmes 15- 86ans). Nous avons relevé : -Les facteurs prédictifs du syndrome de lyse à savoir : le syndrome tumoral (ADP > 5cm et/ou SPM, HPM dépassant l'ombilic), le taux des GB > 50000 elts/mm³ et le taux des LDH > 2N. -Le syndrome de lyse tumorale clinique marqué par : une insuffisance rénale (créatinine>1, 5 N) et/ou une arythmie /mort subite et/ou des crises convulsives. -Le syndrome de lyse tumorale biologique basé sur : une élévation de plus de 25% du taux de base de l'acide urique, du phosphore et de la kaliémie ainsi qu'une calcémie inférieure à 64mg/l.

Résultats :

Les ADP+/- SPM +/- HPM sont retrouvées dans 22% des cas, les GB > 50000 elts/ mm³ dans 30% des cas et le taux des LDH > 900UI/l dans 29% (30 /101) des cas. Le syndrome de lyse tumorale clinique est marqué par une insuffisance rénale (créatinine > 20mg/ l) dans 4%(6/149) des cas, une arythmie et des crises convulsives dans 1% des cas. Le taux d'acide urique est > 90mg/l dans 13% (20/150) des cas, La phosphorémie est > 50mg/l dans 14% (20/140), la kaliémie > 6meq dans 2% (3/110) et la calcémie est < 64mg /l dans 2% (3/145). COMMENTAIRES: L'incidence du syndrome de lyse tumorale est variable selon les auteurs, le taux du SLT clinique (4%) et du SLT biologique (15%) est dans l'intervalle de certaines études. L'identification des facteurs de risque concoure à une prévention ou à une prise en charge précoce des conséquences du SLT.

Conclusion :

Le syndrome de lyse tumorale est un syndrome clinico- biologique grave, il est toujours d'actualité puisque d'autres stratégies thérapeutiques (rasburicase et modération de l'alcalinisation) nous interpellent sur le risque de la

néphrocalcinose aggravée par l'alcalinisation classique.

84-REANIMATION DES ENFANTS ATTEINTS DE LEUCEMIES AIGUES LYMPHOBLASTIQUES : EXPERIENCE DU SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU DE SETIF

A. Kentache, M. Messasset, M. Mebarki, W. Haddadi, N. Hamouda, B. Bioud

Service pédiatrie / CHU Sétif

Introduction :

La leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) est la forme la plus fréquente de cancer chez l'enfant, elle correspond à 1/3 des cancers infantiles. Le traitement des leucémies aiguës est une urgence oncologique en raison des complications potentiellement létales qui peuvent survenir les premières heures ou jours.

But de l'étude:

Etude des complications aiguës chez des enfants atteints de leucémies aiguës lymphoblastiques, et la réanimation nécessaire.

Matériel et Méthodes :

Etude rétrospective incluant 40 enfants atteints de LAL durant une période de trois ans (2011 – 2013), admis en service de pédiatrie du CHU de Sétif.

Résultats :

10 de ces enfants ont présenté des anémies sévères avec signes d'intolérance ayant nécessité des transfusions de culots globulaires. 9 enfants ont présenté un syndrome hémorragique chez qui on a eu recourt à des transfusions de culots plaquettaires. 1 patient a présenté un syndrome leucostase, et un autre une coagulation intra vasculaire disséminées (CIVD) transfusé par du plasma frais congelé. Ces deux patients sont décédés. 5 malades ont compliqué par un syndrome de lyse tumorale. Le reste des enfants n'ont présenté aucun problème.

Conclusion :

Les LAL peuvent présenter au diagnostic des complications mettant en jeu le pronostic vital immédiat. La brutalité et la rapidité de ces complications nécessitent une prise en charge adaptée associant traitement symptomatique et anti tumoral, tout en notant la pauvreté du tableau technique. Si possible anticiper la survenue des problèmes et pouvoir établir les meilleures modalités de prise en charge.

85-PANCREATITE AIGUE AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES LYMPHOBLASTIQUES TRAITÉES PAR ASPARAGINASE : A PROPOS DE 07 CAS.

K. Belateche, N. Ould Kablia, L. Bouteldja, F.Z. Ardjoun. Hôpital Mohamed Seghir Nakkache

Introduction :

L'Asparaginase (ASP) est une drogue essentielle et indispensable au traitement des Leucémies Aigues Lymphoblastiques (LAL) mais la survenue de complications liées à son utilisation peut être un facteur limitant. Parmi ces complications la pancréatite aiguë(PA). Elle représente 2 à 24% selon les séries (1), elle peut compromettre la prise en charge de ces LAL et même parfois mettre en jeu le pronostic vital.

But de l'étude:

L'objectif de notre étude est de rapporter les caractéristiques clinico-biologiques, radiologiques et évolutives de cette complication.

Matériel et Méthodes:

Sur nos 35 patients, 07 patients ont présenté une PA, 03 hommes, 04 femmes, un sexe ratio de 1.3, un âge moyen de 31ans(25-56). La PA est survenue en phase d'induction chez 04 patients, en post-induction chez 03 patients. tous les patients ont présenté des épigastralgies, associées à des nausées vomissements dans 02 cas. Lipasémie était ≥ 05 fois la normale dans tous les cas; CRP dosé chez 02 patients était ≥ 96 mg/l. 06/07 patients ont bénéficié d'une TDM, puis la PA a été classée selon les critères de Balthazar:StadeA:n= 03; StadeB:n= 02, StadeE:n= 0. Le Diagnostic de PA secondaire à l'ASP est retenu après exclusion: lithiase vésiculaire, éthyliisme, hypercalcémie, une localisation de la LAL. La PA est survenue en moyenne 6j(3-13)après l'injection d'ASP, 14 doses chez 01 patient, 13 doses chez 02patients, 08doses chez 04 patients. Le traitement était l'arrêt de l'ASP et restriction alimentaire stricte, 01 patient(stadeE) était transférée

en unité de soins intensifs. la PA a évolué vers la disparition des signes cliniques après un délai de 07j(4-10)et normalisation du bilan pancréatique en 27j(21-35). Pour les Stades A et B, contrôle échographique a retrouvé un pancréas homogène de taille normale, la TDM de réévaluation du patient classé stade E a retrouvé: Pseudo Kyste qui c'est résorbé spontanément.

L'Asparaginase a été définitivement arrêté chez 07 nos patients

Résultats :

Dans notre série, 20% des patients ont présenté une pancréatite aiguë secondaire à l'Asparaginase après un délai moyen de 6j(Vs 4j dans l'étude de Treepongkaruna S comortant 192patients dont 16 qui ont présenté une PA). 04/07 patents ont présenté cette complication après 08 doses (Vs 5dose dans l'étude de Raja RA comportant 786 patient dont 30 qui ont présenté une PA)(2). Tous nos patients ont été symptomatique (pas de forme frustré) avec une Lipasémie supérieure à 05 fois la normale et une majorité (70%) de stade A et B de Balthazar (Vs 55% dans l'étude de Raja RA) (2). Aucun décès suite à la PA n'a été déploré, 01/07 patients (14%) a présenté une complication à savoir la survenue de pseudo kyste(Vs 30% dans l'étude de Radja RA) qui n'a pas nécessité le recours à la chirurgie et l'évolution a été favorable dans tous les cas.

Conclusion :

L'Asparaginase reste une drogue essentielle dans le traitement des LAL, son utilisation n'est pas dépourvue de risques(PA) Le risque de récurrence d'une PA pose un problème quant à la réintroduction de cette molécule, connaissant l'impact considérable qu'elle peut avoir tant sur la rémission que sur la survie sans événements.

86-LE BILAN D'ACTIVITE DE PRELEVEMENTS DE PLAQUETTES PAR CYTAPHERESE SUR UNE PERIODE DE 96 MOIS (2006 A 2013)

R. Belhadj, R. Ahmed-nacer, M. Benakli, F. Mehdid, N. Rahmoune, M. Baazizi, D. Ait-Ouali, H. Bouarab, A. Talbi, S. Akhrouf, F. Mehenou, RM. Hamladji.

Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

la transfusion de plaquettes est un support thérapeutique substitutif permettant de fournir des plaquettes au patient pour compenser un déficit induit par une maladie ou un traitement antimitotique; elle fait partie intégrante et constante de la réanimation hématologique. Nous vous rapportant le bilan d'activité des prélèvements de plaquettes dans le service d'hématologie-greffe de moelle osseuse CPMC sur une période de 96 mois.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

sur une période de 96 mois (2006-2013) nous avons effectué au niveau du service d'hématologie-greffe de moelle osseuse CPMC, 8190 procédures (1023/an) de dons, gratuits et volontaires, de plaquettes par cytophèrese. Notre service est doté de 3 appareils de cytophèrese à flux continu (model TRIMA) ainsi que de 2 agitateurs de plaquettes avec enceintes thermostatées.

Résultats :

le bilan pré-don inclut un interrogatoire, un examen clinique, une formule numération sanguine, une sérologie virale (HIV ; Hbs ; HcV ; Syphilis) ainsi qu'un groupage sanguin. Dans 7312 procédures (89, 3 %) il s'agit d'un don intrafamilial, les donateurs bénévoles ne représentent que 878 dons (10, 3 %). on note une nette prédominance masculine, seuls 681 dons (8, 3%) sont de sexe féminin. Le taux moyen d'hémoglobine avant prélèvement est de 14, 2 g/dl (9, 8 - 18, 8), le taux moyen d'hématocrite avant et après prélèvement est de 40, 6 % (26 - 57, 6) et 39, 4 % (25 - 56) respectivement. Le taux moyen de plaquettes avant et après prélèvement est de 2, 57.109/l (1, 48 - 4, 99) et 1, 59.109/l (0, 79 - 4, 14) respectivement. Le volume sanguin moyen traité est de 3500 ml (890 - 5300). Le volume moyen d'anticoagulant infusé au donneur est de 340 ml (91 - 557). Le volume moyen de la poche de collecte est de 373 ml (50 - 650), avec un rendement plaquettaire par poche en moyenne de 5, 4.1011 (0, 8 - 8). La durée de la procédure est en moyenne de 65 min (19 - 120). Parmi les 8190 procédures, 127 (1, 5%) ont été infructueuses (mauvais capital veineux 73 (0, 9%), intolérance 54 (0, 6%); 8063 unités de plaquettes ont été utilisées avec la répartition suivante : 5353 (66, 4%) pour les patients en aplasie induite (Unité stérile, GMO, LA), 2620 (32, 5%) pour les patients du service hospitalisation et hôpital du jour hématologie, 90 (1, 1%) pour les services extra muros (maternité, réanimation, pédiatrie).

Conclusion :

La transfusion des plaquettes représente un pilier de la réanimation hématologique. Malgré le nombre important de dons, ils restent insuffisants par rapport aux besoins. L'information des donneurs par des campagnes de sensibilisation s'avère nécessaire en particulier en période estivale et au cours du mois de Ramadhan.

87-INCIDENTS ET ACCIDENTS IMMEDIATS DE TRANSFUSION SANGUINE A PROPOS DE 27 CAS

F. Boudjelida, F. Talbi, SE. Belakehal, FZ. Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

La transfusion sanguine est une thérapeutique substitutive largement pratiquée en hématologie, ce acte médical n'est pas dénué de risque. L'analyse des incidents et des effets indésirables ainsi que les analyses de pratiques professionnelles contribuent grandement à l'amélioration et à la maîtrise du risque transfusionnel

But de l'étude:

Le but de notre travail est de faire une analyse des incidents et des accidents immédiats de la transfusion.

Matériel et Méthodes:

Notre étude est rétrospectives, faite à partir du registre transfusionnel et des dossiers des malades, sur une période d'une année (Novembre 2012-Novembre 2013). -Nous avons colligé 51 patients hospitalisés pour hémopathie maligne ayant bénéficié d'une transfusion par PSL

Résultats :

1670 transfusions de PSL (400 culots globulaires, 1243 CSP et 27 CUP) ont été pratiquées, - Il s'agit de réaction de type immuno allergiques : 27 incidents ont été observées.. • Syndrome Frisson hyperthermie : 10 cas (37%). observées généralement dans les 20 a40 min après le début de la transfusion - 6 réactions après transfusion par culots globulaire -4 réactions après transfusion par CSP.. • Urticaire localisé (surtout au niveau de point d'injection et au niveau thorax) : 9 cas (33%) .. - 6 réactions après transfusion par CSP. - 2 réactions après transfusion par culot globulaire - 1 réaction après transfusion par CUP • Frissons : 8 cas soit (29%) observées dans les 10 a 20 min après le début de la transfusion.et même 30 min après la fin de transfusion. - 5 réactions après transfusion par culot globulaire - 2 réactions après transfusion par CUP. -1 réaction après transfusion par CSP. Ces complications ont été observées chez des patients ayant déjà reçue plusieurs transfusions : (8 cas de LAM, 1 cas de LAL. 1 cas de LMNH).

Conclusion :

Les incidents immédiats surviennent généralement dans les 15 premières minutes et jusqu'à 24 heures après la transfusion. -sur les 1670 transfusions 27 incidents ont été observées soit :0.016 incident par transfusion. La nature de PSL incriminée est le plus souvent représentée par les CSP, car elles apportent de nombreux antigènes différents. En 2011, selon les données du rapport d'hémovigilance de l'ANSM, les réactions immédiates, représentent La deuxième cause d'événement indésirable. L'incidence observée est de 35, 6/100 000 PSL cédés, mais elle est très variable selon le PSL (CGR : 12, 0/10000, plaquettes : 213, 2/100000, plasmas : 51, 1/100 000 PSL). Dans notre série l'incidence observée est (CGR 0.007 /1670 PSL et CSP (0.006/1670 PSL).Donc l'incidence observée est faible Conclusion : La thérapie transfusionnelle doit être précédée d'une analyse soigneuse des risques et bénéfiques. elle ne doit être prescrite que lorsque ses bénéfices sont plus grands que ses risques.

88-THERAPEUTIQUE TRANSFUSIONNELLE AU COURS DES HEMOPATHIES MALIGNES

S. Boudjelida, F. Talbi, SE. Belakehal, FZ. Ardjoun.
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

La transfusion sanguine est une thérapeutique substitutive essentielle, qui consiste à administrer le sang ou l'un de ses composants (globules rouges, plaquettes, granulocytes, plasma, protéines) provenant d'un ou plusieurs sujets appelés « donneurs », à un ou plusieurs sujets malades appelés « receveurs ». L'objectif de cette thérapeutique est essentiellement substitutif et vise à permettre la survie des patients ayant un déficit plus ou moins profond et durable d'un ou plusieurs constituants du sang. La transfusion sanguine a amélioré le pronostic et la prise en charge des hémopathies malignes

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Notre étude est rétrospectives, faite à partir du registre transfusionnel et des dossiers des malades, sur une période d'une année (Novembre 2012-Novembre 2013). -Nous avons colligé 51 patients hospitalisés pour hémopathie maligne -une évaluation de quantité de PSL utilisé durant cette période. - les indications transfusionnelles pour des culots globulaires se sont basées sur les l'état clinique (présence des signes d'intolérance) et les données de l'héogramme. -La transfusion des plaquettes à été réalisée : - d'une manière systématique devant la présence d'un Syndrome hémorragique avec des signes de gravité (bulle hémorragique endobuccale et/ ou présence d'hémorragies rétinienne au fond d'œil). Et dans certain cas quand le taux de plaquette <10.000 elts/mm.

Résultats :

Durant cette période : 51 patients dont 28 cas de leucémie aigue et 23 cas de LNH de haut grade de malignité ont bénéficié d'une transfusion de PSL. L'âge moyen de nos patients : 45.6 ans (20-79ans), qui se répartissent entre 25 hommes et 26 femmes avec sexe ratio H/F :1. -Culots globulaires : 400 unités, dont 294 culots globulaires phénotypes et filtrés (73%) et 106 culots globulaires phénotypes non filtrés (27%). Ce qui fait 08 unité par patient (2-40).

- 1216 concentré standard plaquettaire ce qui fait 24 unités par patient (6-180). - 27 concentrée unitaire plaquettaire se qui fait 0.5 uniè par patient (1-5). - Plasma frais congelé :38 unités utiliser pour un patient présentant une LAM3 compliquée d'une CIVD. pathologie Nombre de malade Culot globulaire CSP CUP GROUPE DES PATIENTS O B AB A LAM 22 247 (61%) 871(70%) 24(89%) 9 (40%) 7(31%) 1(4%) 5(22%) LAL 6 48(12%) 145(12%) 2 2(33%) 2(33%) 0 2(33%) LMNH 23 105(27%) 200(18%) 1 17(73%) 1(4%) 0 5(21%) total 51 400 1243 27 28(54%) 10(19.6%) 1(1.9%) 12(23.5%) -Le taux moyen de l'HB pré transfusionnelle est de 6.1 g/dl. Le taux moyen post transfusionnel est de 8g/dl (7-9g/dl).

Conclusion :

Commentaires : -la transfusion sanguine est une thérapie primordiale dans les hémopathies malignes, particulièrement au cours des aplasies sévères post chimiothérapie. -dans notre série la transfusion au cours des aplasies est dominée par les CSP suivis par les culots globulaires. Conclusion : La transfusion sanguine est avant tout une discipline médicale qui engage la responsabilité du médecin prescripteur. C est une thérapeutique substitutive impotente en hématologie. Elle améliore le pronostic et la prise en charge des hémopathies malignes.

89-UTILISATION DU SEVELAMER DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERPHOSPHATEMIE SECONDAIRE AU SYNDROME DE LYSE TUMORAL CHEZ L'ENFANT

H, Boudiaf, L. Fernane, M. Gherbi, F. Khelfat, H. Benmakhlouf
M. Achir (Pr pédiatrie, EPH Birtraria)

Introduction :

Les chélateurs de phosphate tels que le sevelamer échangeurs de chlorures et phosphates dans l'intestin, sont utilisés pour contrôler l'hyperphosphatémie des insuffisants rénaux. Leur utilisation dans le syndrome de lyse tumoral(SLT) peut être une aide principale, mais il n'existe pas de recommandations dans ce contexte, dans la population pédiatrique

But de l'étude:

Décrire l'efficacité et l'innocuité du sevelamer chez les enfants souffrant d'hyperphosphatémie secondaire au SLT

Matériel et Méthodes:

Etude de deux observations d'hyperphosphatémie secondaire à un syndrome de lyse tumoral

Résultats :

Deux garçons âgés de 4 et 5 ans atteints d'un lymphome malin non hodgkinien ont présenté un syndrome de lyse tumoral avec insuffisance rénale, hypocalcémie et hyperphosphorémie. Un traitement symptomatique a consisté en une hyperhydratation, allopurinol et sevelamer à la dose de 50 mg/Kg/j par voie orale en deux prises. La durée de traitement de sevelamer était de 5 à 7 jours Les taux de phosphore sérique ont diminué après l'administration de sevelamer, d'un taux moyen initial de 112 mg/l / à un taux normal. Aucun enfant n'a présenté d'effets secondaires

Conclusion :

Le sevelamer semble être efficace et bien toléré pour le traitement de l'hyperphosphatémie associée au SLT ; néanmoins le manque d'études de tolérance rend difficile la recommandation d'une posologie chez l'enfant. D'autres études sont nécessaires pour valider cette prescription dans le SLT

90-HYPERKALIEMIE AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES

L. Sahraoui, MC. Rahali, SE. Belakehal, FZ Ardjoun.
Service d'Hématologie, HCA, Alger, Algérie

Introduction :

Le syndrome de lyse tumorale est un ensemble de troubles métaboliques observé essentiellement mais non exclusivement dans les hémopathies à temps de doublement rapide. Résultant du largage massif et brutal de produits de dégradation cellulaire dans la circulation sanguine. Ses signes cardinaux sont l'hyper uricémie, l'hyperphosphatémie, l'hypocalcémie et l'hyperkaliémie qui conduit à des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire, voire l'arrêt cardiaque. Nous rapportons une étude portant sur les hyperkaliémies observées chez des patients atteints de leucémies aiguës

But de l'étude:

identification des patients à risque de développer un syndrome de lyse tumorale, pour prévenir et gérer cette complication

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective [Janvier 2010 à Décembre 2013], portant sur 98 patients. Age moyen : 45 ans [16 ans -85 ans], Sex-ratio = 0, 44 [30F/68H]. Nous pratiquons un hémogramme, étude cytologique, colorations cytochimiques ainsi qu'un immunophénotypage. Ionogramme avant le début du traitement, puis tous les deux jours jusqu'à sortie d'aplasie

Résultats :

Sur les 80 patients ; 65 LAM, 29 LAL, 4 LA biphénotypiques - Taux de globules blancs moyen = 118820/mm³ [300 - 237340] - 4 cas d'hyperkaliémie (4, 1 %) dont 2 symptomatiques (tachycardie) - l'hyperkaliémie est survenue entre J1 et J10 de la chimiothérapie d'induction. 1er cas : LAM4, taux de GB= 81610, à J10 Kaliémie à 6, 3mmol/L symptomatique (tachycardie) 1e cas : LAM2, Tx de GB= 9300, à J1 kaliémie à 9, 4 mmol/L avec Tachycardie. 3e cas: LAM1 Tx de GB=2700, à J3 Kaliémie à 6, 1mmol/L, Asymptomatique. 4e cas: LAL1 Tx de GB=67000 à J3 Kaliémie à 6, 1 Asymptomatique Une hyperhydratation a été indiquée associée au Kayexalate et gluconate de calcium dans les cas symptomatiques avec évolution favorable dans tous les cas.

Conclusion :

Les complications métaboliques sont associées a une morbidité voire à une mortalité non négligeable. La Prévention est le principe clé de la gestion de cette complication et repose sur l'identification des patients à risque de développer un syndrome de lyse tumorale.

ulcère de jambe d'où la décision de mettre le malade sous un traitement de deuxième ligne par : Vercyte?

Conclusion:

Le phosphore 32 est un myélosuppresseur le plus anciennement utilisé, il est indiqué chez le sujet âgé, en cas d'intolérance à l'hydréa et en cas de mauvaise observance du traitement. La dose recommandée varie de 2, 3 mCi/m² à 0, 1 mCi/kg, sans dépasser 7 mCi en dose totale. La rémission induite par le P 32 est progressive. Cette rémission hématologique dure de quelques mois à 3 ans, en moyenne 25 mois, le risque leucémique à long terme.

91-LEUCOSTASE PULMONAIRE AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES.

MC.Rahali, SE.Belakehal, L.Sahraoui, H.Mansour, FZ.Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger, Algérie

Introduction :

Les manifestations respiratoires des patients ayant une hémopathie maligne, sont fréquentes et constituent souvent, une urgence thérapeutique. Il faut d'abord considérer une cause infectieuse, avant d'envisager les causes spécifiques: hémorragie intra alvéolaire, OAP, maladie thrombo-embolique. La leucostase pulmonaire est une agrégations de cellules blastiques circulantes dans les capillaires pulmonaires ; à distinguer de l'infiltration pulmonaire blastique responsable d'une altération des échanges gazeux alvéolo-capillaires. Elle est rare et de pronostic péjoratif, par conséquent sa prise en charge doit être précoce et justifient dans plus de la moitié des cas un passage en réanimation médicale.

But de l'étude:

Connaitre les caractéristiques clinico-biologiques et radiologiques des manifestations pulmonaire spécifiques type leucostase pulmonaire qui peuvent

survenir au cours d'une leucémie aigüe.

Matériel et Méthodes:

Nous avons analysé de manière rétrospective les données cliniques et biologiques de 98 patients atteints de leucémie aigüe, durant les 5 dernières années. Nous décrivons dans cette étude les caractéristiques clinico biologiques et radiologiques des patients atteints de leucémie aigüe compliqués d'une leucostase pulmonaire.

Résultats :

19 (20%) patients présentait une atteinte respiratoire spécifique type leucostase pulmonaire au moment du diagnostic d'une LAM 14 cas (M2: 6, M3: 1, M4: 4, M3:), et 5 cas de LAL1. L'âge moyen est de 40 (18-65) ans avec une prédominance masculin : 15 hommes et 4 femmes et un sex-ratio=3, 8. L'hyperleucocytose est constamment retrouvée : GB moyen : 95000 (46000-237000)elts/mm³ et un pourcentage de blastes périphérique moyen : 62% (34-98%). La présence d'un syndrome de lyse tumorale, biologique étaient significativement associées au développement d'une atteinte pulmonaire spécifique : LDH (U/l) 1341 (1058-7343) Acide Urique (mg/l) 76 (69-162) Créatinine (mg/l) 9, 26 (5-24) Ca (mmol/l) 85, 3 (67-112) K (meq/l) 5 (2, 1-9, 4) Une détresse respiratoire avec une dyspnée stade 4 de la NYHA est retrouvée chez tous les patients, et des troubles de la conscience dans plus de la moitié des cas (60%). La radiographie du thorax montré des infiltrats alvéolo- interstitiels diffus aux deux champs pulmonaires dans 7 cas, et des épanchements pleuraux dans 4 cas. Une prise en charge immédiate avec une O2thérapie, une hyperhydratation, et un traitement spécifique type hydroxyurée, a été instauré chez tous les patients. Le recours à une ventilation mécanique a été nécessaire dans 9 cas.

Conclusion :

La propension à la survenue d'une manifestation pulmonaire non infectieuse dépend du type de LA, elles se voient chez les patients ayant une M5 et M4 surtout si inversion du chromosome 16. Dans plus de la moitié des cas concomitante à des leucémies aiguës formes hyperleucocytaires. Il s'agit d'une urgence thérapeutique, une hydratation adéquate, associée à l'hydroxyurée, au mieux une leucophérese permet d'améliorer le pronostic au cours de ces atteintes pulmonaires sévères.

92-HYPERCALCEMIE ET MYELOME MULTIPLE.

MC.Rahali, H.Mansour, K.Laouamene, SE.Belakehal, FZ.Ardjoun.
Service Hématologie / HCA

Introduction :

Le Myélome Multiple est une hémopathie maligne, caractérisé par une prolifération plasmocytaire médullaire associée à la présence d'un composant monoclonale sérique et/ou urinaire, et des lésions osseuses lytiques. L'hypercalcémie reste la complication métabolique la plus fréquente du myélome, et l'ostéolyse excessive joue un rôle contributif majeur dans la pathogenèse, médiée par des activateurs particuliers, tel que l'activateur du récepteur du facteur nucléaire-KB ligand (RANKL) qui est un médiateur clé de la résorption osseuse.

But de l'étude :

Connaitre les caractéristiques épidémiologiques, clinico- biologiques ainsi que la prise en charge thérapeutique d'urgence au cours des myélomes compliqués d'hypercalcémie.

Matériel et Méthodes :

De 2000 à 2012, 188 cas de myélome multiple ont été colligés, 166 hommes et 72 femme avec un sex-ratio=2, 3, l'âge moyen des patients est de 64 ans avec des extrêmes entre (22-98 ans). L'hypercalcémie est ainsi définie par un taux de Ca total corrigée par rapport à l'hémoconcentration et le taux d'albumine supérieur à 2, 6mmol/l (104mg/l), elle est dite majeure lorsqu'elle est supérieure à 3, 5 mmol/l (140mg/l).

Résultats :

25 cas de myélomes compliqués d'hypercalcémie soit 13%, répartis en 17 hommes (68 %) et 8 femme (32 %) avec un sex-ratio=2, l'âge moyen des patients est de 58 ans avec des extrêmes entre (38-78 ans). Les manifestations cliniques retrouvées chez nos patients compliqués d'une hypercalcémie : des troubles digestifs a type d'épigastralgie et vomissement : 15 cas (60%), troubles Cardio-vasculaires a type de tachycardie et des troubles de rythme a l'ECG : 6cas (24%), ainsi que des troubles neurologiques à type de confusion mentale, et un coma dans 4 cas (16%). L'hypercalcémie est

sévère dans 5 cas avec une Ca⁺⁺ moyenne : 148mg/l (140-156mg/l), modérée dans 20 cas avec une Ca⁺⁺ moyenne : 120, 5mg/l (105-136 mg/l), compliquée d'une insuffisance rénale aiguë dans 21 cas soit (84%), étiologie organique dans 2/3 des cas et fonctionnelle dans 1/3 des cas. Les patients ont été classés tous stade III B selon la classification de Salmon et Durie, dont 75% avec une B2 migroglobuline supérieure à 5, 5mg, il s'agit d'un myélome d'isotype IgG Kappa (11cas) :44%, IgG Lambda (4cas) : 16%, IgA Kappa (4cas) : 16%, IgA Lambda (3cas) : 12%, chaînes légères Kappa et lambda (2cas) : 8%, et non sécrétant (1cas). Le traitement d'urgence a été entamé avec une hyperhydratation saline associée à un bolus de corticothérapie 1g/m² et parfois aux diurétiques. Les biphosphonates ont été utilisés dans la majorité des cas, associé au traitement spécifique. L'évolution à court terme été favorable avec amélioration de la symptomatologie clinique et normalisation de la calcémie dans 24 cas. Un décès est survenu dans un cas dans un tableau IR terminale en réanimation.

Conclusion :

L'hypercalcémie est retrouvée dans 10 % des cas versus 13% chez nos patients. Elle est le plus souvent symptomatique, de gravité variable. Il s'agit des troubles digestifs : nausées, vomissement, épigastralgies, des troubles neurologiques : céphalées, confusion mentale, crises dépressifs, voir coma, troubles cardiovasculaires a type de tachycardie, HTA, et trouble électrique a ECG, et des signes généraux : déshydratation extracellulaire et fièvre. Le pronostic dépend de la prise en charge thérapeutique, et souvent aggravé par une atteinte rénale myélomateuse. Cette détérioration s'améliorera rapidement avec le traitement de l'hypercalcémie.

93-PRISE EN CHARGE DES HYPOKALIEMIES AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES

S. Benichou, A. Hadjeb, A. El mestari, K. Taye, N. Zemri, A. Meghraoui F. Ouadah, M. Cherti, H. Benzian, Pr Z.zouaoui
Service Hématologie, CHU Sidi Bel Abbes

Introduction :

Les dyskaliémies qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital sont nombreuses dont l'hypokaliémie qui est fréquemment retrouvée au cours des leucémies aiguës. L'hypokaliémie est définie comme une concentration plasmatique <3, 5 mmol/l, elle est retrouvée chez 10 à 40% des patients hospitalisés sous chimiothérapie.

But de l'étude:

Reconnaissance d'une hypokaliémie sévère et l'instauration d'une thérapeutique adaptée dès le diagnostic évoqué

Matériel et Méthodes:

- étude portant sur 23 patients entre 2010 et 2013 présentant tous une leucémie aiguë (17 LAM et 6 LAL). - Moyenne d'âge : 50 ans (18 – 80) - Sex ratio : 4.75 avec prédominance masculine - Protocole de chimiothérapie reçu : 3+7 et Arac LD pour les LAM et protocole Linker pour les LAL - Survenue d'une hypokaliémie au cours de l'hospitalisation après l'induction : • Hypokaliémie modérée dans 39.2 % (n=9) : kaliémie en moyenne 2.68 mmol/l [2.5 - 3] • Hypokaliémie sévère dans 17.3 % (n=4) ; kaliémie en moyenne à 2.02 mmol/l [1.04 - 3] • kaliémie normale dans 43.4 % (n=10) - manifestations cliniques : nausées (39%) ; vomissements (21.7%) ; crampes musculaires (26%) ; myalgies (21%) ; manifestations neurologiques (4%) et manifestations cardiaques avec arythmie et aplatissement de l'onde T à l'ECG (17.3%).

Résultats :

Hypokaliémie modérée prise en charge au niveau du service d'hématologie par apport de 2 à 4 grammes de potassium par jour en 3 doses per os ou dans perfusion sur 24 heures (concentration maximale 4 grammes par litre) Hypokaliémie sévère : Surveillance scopique en réanimation Potassium : 4 grammes en seringue électrique. Débit maximum : 1 gramme par heure. Si douleurs au point d'injection diminuer débit ou augmenter dilutions (1 gramme dans 60 cc par heure). Magnésium : Administration en 30 min IV dans 100 cc de sérum NaCl de 2 à 3 grammes de Mg Cl a 10 % (1 gramme / 10 ml//ampoule de 20 ml de Mg Cl 10%) puis relais par 3 a 6 grammes éventuellement sur 24 heures. On note une bonne évolution chez l'ensemble des patients. Conclusion

Conclusion :

La meilleure connaissance des mécanismes régulant le potassium permet une approche étiologique et thérapeutique de l'hypokaliémie

94-HYPER CALCEMIE ET MYELOME MULTIPLE

S. Abderrahmani, S. Hadji, N. Belkacemaoui, T. Yachkour, M. Aberkane, A. Bachiri
Service d'hématologie - Hôpital militaire régional universitaire d'Oran-

HMRUO

Introduction :

L'hypercalcémie est une circonstance de diagnostic de MM dans près de 20 % des cas.Plusieurs mécanismes en expliquent la survenue. Le principal est l'hyperostéoclastose induite localement par les cellules myélomateuses, via une production cytokinique telle que RANKL, TNF, MIP-1, DKK1. À moindre mesure, la baisse du débit de filtration glomérulaire et l'augmentation de la résorption tubulaire du calcium ainsi que la diminution de l'activité ostéoblastique participent aussi à la survenue d'une hypercalcémie

But de l'étude:

L'hypercalcémie du myélome multiple n'est pas un critère de mauvais pronostic en soit mais peut mettre le pronostic vital réellement mis en jeu

Matériel et Méthodes:

Notre étude est rétrospective, elle concerne 12 patients atteints de myélome multiple compliqué d'une hypercalcémie inaugurale parmi 34 cas de myélome multiple diagnostiqués et pris en charge au niveau du service d'hématologie de l'hôpital militaire universitaire d'Oran entre Janvier 2010 et Janvier 2014.

Résultats :

L'âge médian de nos patients est de 64, 6 ans (extrême : 54-74 ans). Une nette prédominance masculine est notée avec un sex ratio 1, 8. Tous les malades étaient au stade III selon Salmon et Durie et ¼ d'entre eux ISS 3. La calcémie corrigée était supérieure à 101 mg/l (2, 55 mmol/l) entre 101 et 175 mg/l. Les signes accompagnateurs étaient la déshydratation et syndrome polyuropolydipsique pour 41% des cas(N=5), Constipation 33% (N=4), une faiblesse musculaire 33% (N=4), confusion mentale et obnubilation 8% des Cas (N=1). L'insuffisance rénale était associée dans 41 % des cas. Une réhydratation intra veineuse et une ampoule de biphosphonate ont été administré a tous les patient avec une bonne résolution hormis un patient qui rester réfractaire malgré les séances de plasmaphèreses et la chimiothérapie.

Conclusion :

L'hyper calcémie du myélome multiple surtout associé autre facteur de mauvais pronostic de la maladie peut mettre en jeu le pronostic vital et de ce faite une prise en charge rapide est essentielle.

95-SURVENUE D'UN SYNDROME DE LYSE AU COURS D'UNE LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE : A PROPOS DE 2 CAS.

H. Moussaoui, F. Belhadri, S. Akrouf, F. Boukhemia, F. Tensaout, N. Ait Amer, N. Abdennebi, F. Harieche, RM. Hamladji
Service Hématologie-Grefe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

Le syndrome de lyse tumorale est plus fréquent dans la pathologie hématologique, il se manifeste spontanément ou après une chimiothérapie par : insuffisance rénale, hyperurécémie, hyperkaliémie, hyperphosphorémie, hypocalcémie

But de l'étude ou Programme :

Matériel et Méthodes (Objectifs ou Observations) :

Observation 1 :

Patients âge de 68ans, présentant une LLC découverte devant une hyperleucocytose: GB=74900/mm³, une semaine après, il fut hospitalisé en hématologie : ECOG :4, fébrile à 39 °C, toux avec crachats blanchâtres, pôleur cutaneo- muqueuse franche, une ADP cervicale gauche 2.5cm, pas de SPM, un abcès pariétal gauche. Sur le plan biologique GB :49300G/L (01-00-00-99-00), Hb: 6.2g/dl (retic:28840 ;TCD :négatif PLQ :171000G/L, immunomarquage : LLC type B stade C de Binet, score 4 de Matutes ;insuffisance rénale(urée :2.84/creat :43), hypocalcémie :61, hyperphosphorémie:110, hyperkaliémie :6.6, acide urique :178 téléthorax: pneumopathie bilatérale, à l'échographie ADPs, sans SPM, hypertrophie prostatique ;le patient à bénéficié de 02 séances d'hémodialyse avec des ATB adaptés et un drainage de l'abcès pariétale, une amélioration clinique et biologique obtenue par le traitement symptomatique, le patient est sorti avec GB :3500G/L, Hb :10 ;8g/dl (03CG), PLQ :420000G/L et normalisation des trouble métaboliques. Une abstention thérapeutiques avec surveillance a été décidée.

Observation 2 :

Patiente âgée de 67 ans, aux ATCDs d'HTA et hypothyroïdie. suivie pour LLC (multiples adénopathies cervicale et axillaire de 1 à2 cm splénomégalie :SD :7cm ; GB=39700/mm³ (04-00-00-71-08) avec 27% prolymphocytes ; Plq 85000/mm³, Hb: 12.6g/d. Téléthorax :normal, l'échographie abdominale :SPM, ADPs immunomarquage : LLC type B mature score 4 de Matutes, stade C de Binet ;traitée par Fludarabine+Endoxan (FC) au J12 la

patientée s'est présenté avec une asthénie et des vomissements avec GB :3600/mm3 et une insuffisance rénale (urée :2.73/créat :61), hypercalcémie :92, hyper phosphorémie:83, acide urique :116. potassium :4, 2 ; évolution favorable des troubles métaboliques après hémodialyse. Patiente revue à J30 :disparition des ADPs, disparition de la lymphocytose à FNS.

Conclusion :

Le Sd de lyse est une complication potentiellement fréquente en hématologie, à surveiller même en dehors des grosse masse tumorale ou hyperleucocytose importante et à surveiller prendre en charge précocement en réa- hématologie.

96-LE SYNDROME DE LYSE TUMORAL EN REANIMATION HEMATOLOGIQUE : EVALUATION ET FACTEURS DE RISQUES ASSOCIES.

A. Fettouhi, N. Yafour, W. Younes, L. Otmani, Farhi, C. Rahal, Bendouda, MA. Bekadja

Service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran.

Introduction :

Le syndrome de lyse tumoral (SLT) est l'une des plus graves complications pouvant survenir au cours des traitements d'induction des leucémies aiguës hyperleucocytaires et en particulier au cours des leucémies aiguës myéloïdes (LAM). Le SLT est caractérisé par une hyperuricémie, une hyperkaliémie, une hyperphosphorémie, une hypocalcémie et une insuffisance rénale aiguë (IRA). Ce désordre ionique est en rapport avec un hypercatabolisme des cellules leucémiques. L'accumulation de l'urate et la précipitation rénale des ions phosphocalciques sont les principales causes de l'IRA. L'hyperhydratation alcaline associée à l'allopurinol représente le traitement préventif standard.

But de l'étude ou Programme :

Le but de cette étude est d'évaluer l'incidence du syndrome de lyse tumoral après traitement d'induction par chimiothérapie chez les patients atteints d'une LAM, ainsi que de déterminer les facteurs de risques associés à cette complication métabolique.

Matériel et Méthodes (Objectifs ou Observations) :

Nous avons étudié de façon rétrospective 97 dossiers de patients atteints d'une LAM de novo durant une période de 5 ans (2009 – 2014) à la recherche d'un syndrome de lyse tumorale. Le syndrome de lyse tumoral biologique (SLTB) est défini par la présence d'un changement de 25% de la valeur normale d'au moins deux des paramètres biologiques suivants: la kaliémie, l'uricémie, la phosphorémie, la calcémie et la créatinémie. Le syndrome de lyse tumoral clinique (SLT clinique) est défini par l'association concomitante du SLTB et de l'une des complications suivantes : IRA (hémodialyse), crise de tétanie, convulsion, arythmie, décès.

Résultats :

Au total 7 patients (7%) dont 4 hommes et 3 femmes ont développés un SLTB. Le SLT clinique était associé chez 3 d'entre eux. L'âge médian au diagnostic est de 40 ans (33-60). Le taux médian de l'uricémie, de la créatinémie est respectivement de 106, 95 mg/L (64, 48 -137) et de 15, 19 mg/L (10, 95-21, 61). Le taux médian de globules blancs (GB) au diagnostic est de 93, 9x10⁹/L (31, 3 -210 x10⁹/L). Tous les patients présentaient une LAM5/LAM4 au diagnostic avec une composante monoblastique. L'analyse des facteurs de risque montre que hyperleucocytose > 100000/mm³, l'hyperuricémie >70mg/L, la créatinémie > 15mg/L, le groupe FAB : LAM5/LAM4 sont des facteurs de risque indépendants pour le développement du SLT.

Conclusion :

Dans notre étude, le syndrome de lyse tumoral est relativement fréquent au cours de l'induction des LAM (7%) en particulier au cours des LAM5/LAM4. L'hyperleucocytose > 100000/mm³, l'hyperuricémie >70mg/L et la créatinémie > 15mg/L sont des facteurs prédictifs de survenue du SLT clinique. Tous ces éléments biologiques doivent conduire à la mise en place de traitements préventifs précoces et efficaces.

97-CONSOMMATION DE PRODUITS SANGUINS LABILES CHEZ LES MALADES HODGKIN.

I.Guelib, F. Salaouatchi, N. Zidani, L. Louanchi, S. Nekkhal, M. Belhani.

Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

L'utilisation de produits sanguins labiles (PSL) est de plus en plus importante dans la maladie d'Hodgkin en raison d'indications de chimiothérapies lourdes notamment dans les stades étendus.

But de l'étude ou Programme :

Déterminer les différentes indications des PSL d'une part et d'évaluer leur consommation en la comparant aux autres hémopathies malignes.

Matériel et Méthodes (Objectifs ou Observations) :

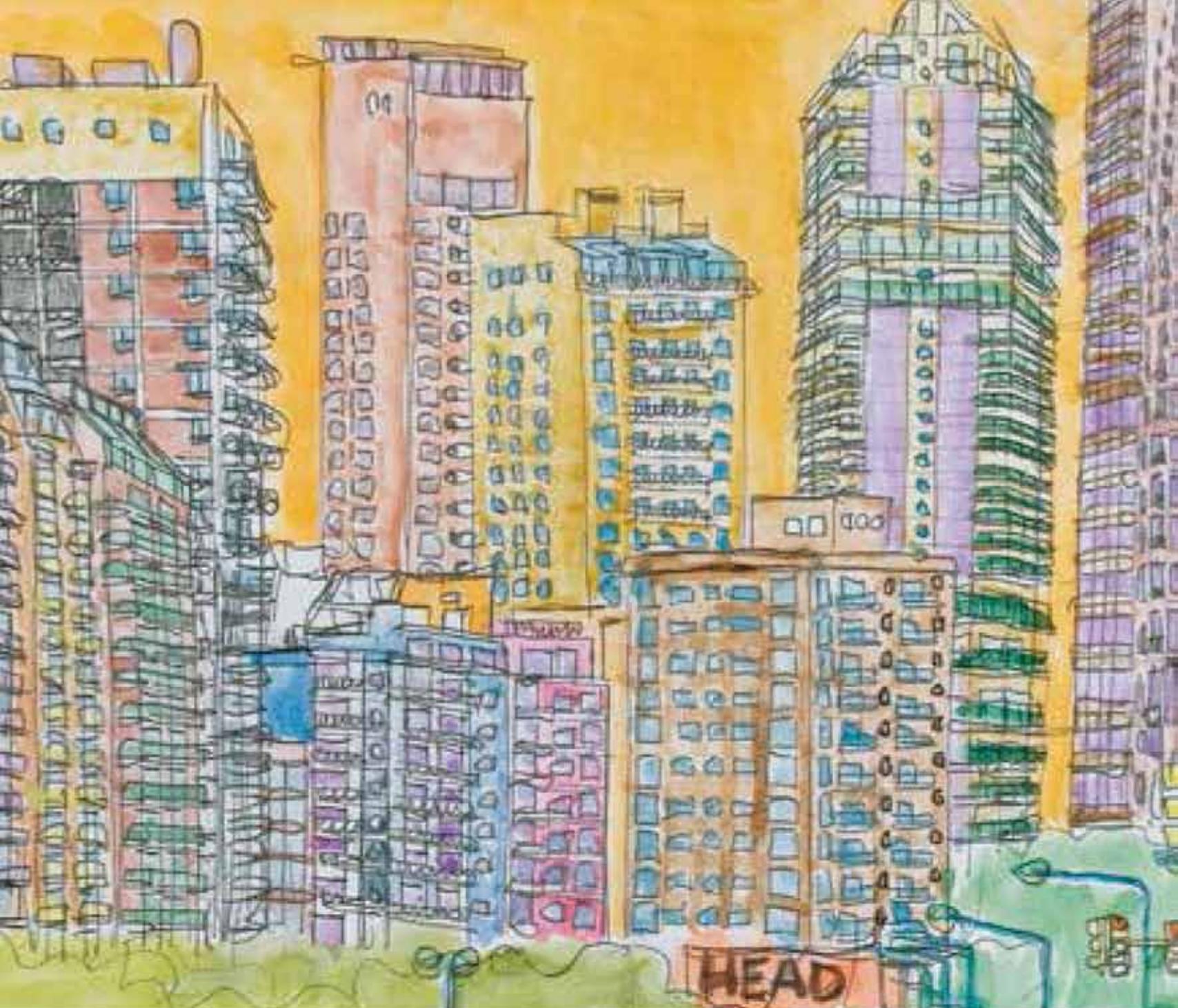
Etude rétrospective sur 5 ans (2009-2013). 35 malades parmi 280 suivis en consultation ont été transfusés. Ces 35 malades Hodgkin colligés et traités uniquement par chimiothérapie sans radiothérapie ont reçu des PSL Au niveau de l'hôpital de jour d'hématologie du C.H.U de Béni Messous.

Résultats :

Age moyen de 45 ans (Sexe ratio de 0, 6).80% (28 malade) présentaient un stade étendu (7 III/21 IV) et étaient transfusés par 142 CGR et 137 CPS surtout pour un syndrome anémique mal toléré et rarement pour un syndrome hémorragique et pour la plupart (20 malades) après chimiothérapie au delà de la 2ème ligne alors que 8 malades (IV médullaires) étaient uniquement transfusés avant la chimiothérapie. 20%(7malades) présentaient un stade localisé (11/6 II) étaient transfusés uniquement après la chimiothérapie au-delà de la 2ème ligne avec 34 CGR et 24 CPS consommés et pour la plupart pour un syndrome anémique mal toléré et cela comparablement aux autres hémopathies malignes où la consommation en CGR dans les LNH et les LANL est respectivement 3 et 4 fois plus importante dans la maladie d'Hodgkin.

Conclusion :

Dans la maladie d'Hodgkin la transfusion sanguine est indiquée surtout après une chimiothérapie agressive (au-delà de la 2ème lignée) quelque soit le stade de la maladie. Elle n'a était indiquée avant la chimiothérapie que dans les stades IV médullaires.



Nous mettons la science au **service des patients**

A titre de membre du groupe des entreprises pharmaceutiques Janssen de Johnson & Johnson, Janssen pharmaceutica s'emploie à répondre aux besoins non satisfaits les plus importants de notre temps.

Poussés par notre passion de mettre la science au service des patients, nous collaborons à de nouvelles solutions, produits et services pour le bien des patients dans le monde entier.

Janssen Pharmaceutica

janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

PUBLICATIONS

MALADIE DE HODGKIN

1-LES PROFILS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE LA MALADIE DE HODGKIN. A PROPOS DE 36 CAS. EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE / HMRUO

S.Baghdad

Service D'Hématologie - HMRUO

Introduction :

la maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed Sternberg dont l'origine lymphoïde est admise mais dont la cause est inconnue. L'incidence est estimée à 2/100 000 h, une prédominance masculine (sex-ratio= 1.4) et une moyenne de 03 nouveaux cas/an. L'incidence dans notre pays est de 0.7 cas/100 000 h (Étude multicentrique 2006).

But de l'étude:

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques cliniques et thérapeutiques de la maladie.

Matériel et Méthodes:

il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 06 ans : janvier 2008-décembre 2013, nous avons colligé 36cas de patients atteints de la maladie de Hodgkin.

Résultats :

Nombre total de patients : 36. Nombre moyen de nouveaux cas/an : 06 cas/an. Années 2008 2009 2010 2011 2012 2013 Nbre de patients 02 10 06 05 04 09 22H et 14 F Sex-ratio= 1.57. Age moyen : 32, 6 ans. [15 - 88]. Le délai diagnostique moyen est de 07 mois [1-24]. Présentation clinique : les adénopathies ont été le signe physique le plus rapporté : 88 % des cas étudiés (cervicales : 72 %, médiastinales : 70 %, axillaires : 22%, abdominales 42%, inguinales 22 %). Les symptômes B : 07 cas (20%). Les stades étendus sont plus fréquents dans notre série : stades III = 25% et IV= 42% Vs I= 08% et II= 25%. Les signes biologiques d'évolutivité sont présents dans 25 cas :(70%). Les atteintes viscérales observées sont : pulmonaires 06cas, hépatiques 05 cas, osseuses 05 cas, médullaires 03cas, musculaires 02 cas, pleurales 02 cas etcutanée 01. Le type 2 histologique est retrouvé dans près de 78% des cas, suivi du type 3 : 14% ; les autres types sont moins fréquents : le type 1 : 05% et le type 4 : 03%. Le traitement : stades localisés : 11 patients traités par ABVD et un par le BEACOPP.

stades disséminés : 16 patients traités par ABVD et 08 par BEACOPP.

Conclusion :

L'incidence de la maladie est variable, elle est répertoriée à 06 cas/an en moyenne dans notre étude, elle touche électivement le sujet jeune de sexe masculin avec un pic à 30 ans, le syndrome tumoral périphérique est retrouvé dans la majorité des cas et constitue le motif de consultation le plus fréquent ; malheureusement dans notre série les stades étendus sont plus fréquents (retard diagnostic), et tel que rapporté dans la littérature le type scléronodulaire est largement répandu. GHSG:nouveau standard pour les stades localisés sus diaphragmatiques sans FR, 02 ABVD + RT 20gy des TIA. Stades disséminés : ABVD ou BEACOPP? Un traitement adapté à la réponse à la chimiothérapie initiale, évaluée par la TEP-FDG précoce après 02 cycles, représente un point commun aux essais en cours et prochains. Les formes résistantes au traitement représentent 10% des stades III et IV après chimiothérapie à doses conventionnelles. Le taux d'échecs primaires est réduit à moins de 5% après traitement par BEACOPP renforcé.

2-ASPECTS CLINIQUES ET RESULTATS THERAPEUTIQUES DES STADES LOCALISES DE LA MALADIE DE HODGKIN.

S.Baghdad

Service D'Hématologie - HMRUO

Introduction :

la maladie deHodgkin est une hémopathiemaligne caractérisée par la présence de cellules de Reed Sternberg dont l'origine lymphoïde est admise. La chimiothérapie suivie de l'irradiation des territoires initialement atteints est le traitement de référence des stades localisés. Nous rapportons ici les résultats d'une étude rétrospective sur une période de 06 ans.

But de l'étude:

L'objectif de notre étude est de décrire les aspects cliniques et les résultats thérapeutiques des stades localisés de la maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 06 ans : janvier 2008-décembre 2013, nous avons colligé 36cas de patients atteints de la maladie de Hodgkin dont 12sont des stades localisés.

Résultats :

Il s'agit de 05 femmes et 07 hommes, sex-ratio= 1.4. L'âge moyen est de 27.1 ans [15-54]. Le délai diagnostique moyen est de 07 mois [2-12]. Les

signes d'appel sont répartis comme suit : *Signes généraux : 01 cas (09%) : fièvre vespérale et sueurs nocturnes. *Syndrome tumoral : 12 cas (100%) : cervical (10 cas), axillaire (02 cas) et médiastinal dans (09 cas) avec un bulky médiastin dans 04 cas. Le staging des patients retrouve : 03 patients (25%) stade I et 09 patients (75%) stade II. Les symptômes B sont retrouvés dans 06 cas (50%). Les signes d'évolutivité biologiques sont présents dans 07cas (58%). Le diagnostic est fait par l'étude histologique d'un ganglion périphérique dans 11 cas et par thoracotomie dans un cas seulement. Le type histologique : type 2 : 08 cas (67%), type 3 : 02 cas (17%), type 1 : 1cas et le type 4 dans un autre cas. L'immunohistochimie est réalisée chez 10 patients (83%). La classification pronostique : groupe favorable : 02 cas (17%) ; groupe défavorable : 10 cas (83 %). 11 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie type ABVD, associée à une radiothérapie sus diaphragmatique dans 07 cas (58 %) et prophylaxie lombo splénique dans un cas seulement. Une patiente classée stade IIB avec des FDR traitée par BEACOPP, 03 cures au total est décédée suite à un choc septique. La rémission complète est obtenue dans 07 cas (58%), l'échec dans 03 cas, un patient est orienté à l'HCA. Le suivi moyen est de 46 mois avec une survie globale de 91%, et la survie sans progression à 70%.

Conclusion :

Les résultats thérapeutiques sont satisfaisants dans la maladie de Hodgkin en particuliers dans sa forme localisée, à condition d'un diagnostic précoce, un bilan d'extension précis et un traitement bien conduit.

3- LOCALISATION POLYVISCERALE DANS LA MALADIE DE HODGKIN

F.Serradj

Service D'Hématologie - HMRUO

Introduction :

Les localisations extra-ganglionnaires de la maladie de Hodgkin sont relativement fréquentes, rendant le pronostic de ses patients réservé et les traitements préconisés plus lourds.

But de l'étude:

Evaluer l'atteinte viscérale dans la maladie de Hodgkin, sa prise en charge et son pronostic.

Matériel et Méthodes:

Etude rétrospective sur une période de 6 ans allant de 2008 à 2013, ayant colligé 35 patients atteints de la maladie de Hodgkin dont 5 patients présentant des localisations polyviscérales, pris en charge au niveau du service d'hématologie HMRUOran.

Résultats :

Sur une série de 35cas de maladie d'Hodgkin, l'atteinte viscérale a été objectivée dans 14cas (40%), et polyviscérale dans 5 cas (14.28%), l'âge moyen est de 34ans dont les extrêmes 15-88ans avec une prédominance masculine sex ratio 1, 9. Le délai au diagnostic est en moyenne de 6mois. Les signes B sont présents dans 63% des cas. Le type histologique le plus fréquent est le type 2 scléro-nodulaire dans 75% des cas. Les localisations viscérales: *Mono-viscère: foie(n=6, 24%), poumon(n=6, 24%), os(n=4, 16%), moelle osseuse(n=3, 12%), plèvre(n=2, 8%), muscle(n=2, 8%) un cas cutané et un cas rénal *Deux viscères: foie+poumon(1cas), MO+plèvre(1cas), pleuro-pulmonaire(1cas) *multi-viscérales: poumon+os+peau+muscle(1cas), muscle+rein+poumon+MO+foie(1cas). Le diagnostic de localisation viscérale a été confirmé par des examens d'imagerie, biopsie et étude histologique du viscère atteint, ainsi que des examens biologiques (PAL). Données thérapeutiques:8 patients traités par ABVD, 6 patients traités par BEACOPP Réponse au traitement: RC(35%), RP(7%), Echec(21%), non évaluable(35%).

Conclusion :

Les localisations viscérales dans la maladie de Hodgkin sont assez fréquentes, témoignant le plus souvent d'un retard diagnostique et aggravant le pronostic

4-PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA MALADIE D'HODGKIN AU CHUT

N.Houti

Service d'hématologie - CHU Tlemcen

Introduction :

La maladie d'Hodgkin est un syndrome lymphoprolifératif défini par un bouleversement de l'architecture ganglionnaire et la prolifération de cellules malignes de REED STERNBERG au sein d'un granulome inflammatoire. quasi constamment mortelle avant 1960 ;la meilleure connaissance des aspects clinicobiologiques, histologiques et pronostiques en a fait une

hémopathie guérissable dans la grande majorité des cas.

But de l'étude:

Établir une analyse descriptive du profil de la maladie d'hodgkin dans la wilaya de Tlemcen préciser les caractéristiques cliniques, biologiques, histologiques et pronostiques de la maladie d'hodgkin afin d'assurer une prise en charge précoce et optimiser les chances de guérison.

Matériel et Méthodes:

c'est une étude rétrospective s'étalant sur une période de 7ans allant (janvier 2007 à décembre 2013). les patients inclus avaient un âge > 14 ans présentant une maladie d'hodgkin, diagnostique orienté par cytoponction et confirmé par l'histologie, ayant bénéficié d'un examen clinique, d'un bilan radiologique imagerie thoracique et abdominale, d'une biopsie médullaire et un bilan biologique complet. la collecte des données s'est faite à partir des dossiers médicaux dont les renseignements ont été reportés sur une base de donnée informatisée et la saisie de ces données par un logiciel excel.

Résultats :

119 patients atteint de la maladie d'hodgkin pris en charge au CHUT. répartition selon le sexe: 69H/50F. un sexe ratio 1, 38 répartition selon l'âge: âge moyen 35ans avec des extrêmes(14 - 80). Le pic de fréquence entre 16 & 28 ans. nombre de cas /année en moyenne 19 cas. Délais moyen au diagnostique 6 mois. motif de consultation est le syndrome tumoral superficiel dans 53% des cas essentiellement sus diaphragmatique dans 37%. les signes généraux présent chez 66% des patients principalement l'amaigrissement chez 48% d'entre eux. 52% présentent une masse médiastinale dont 11% bulky; le type histologique:5, 8% type 1; 70, 5% type 2; 14% type 3;5% type 4 immunohistochimie faite chez 62% des patients localisation extra-ganglionnaire: 7, 5% d'atteinte médullaire, 5, 8% atteinte hépatique ou pulmonaire, 3, 3% d'atteinte osseuse et 2, 5% de localisation pleurale répartition selon le stade : 22% stade I, 37% stade II, 18, 5% stade III, 20, 5% stade IV; 40% des stades localisés sont défavorables.

Conclusion :

avec une moyenne de 19 nouveau cas / an a tlemcen la maladie d'hodgkin occupe la seconde place des hémopathies malignes. conformément a la littérature le profil épidémiologique reste classique cependant inversement aux études précédentes le taux des stades localisés avoisine les 60%mais ce profil peut être amélioré d'avantage par un diagnostique plus précoce.

5-PRISE EN CHARGE DU LYMPHOME DE HODGKIN A SIDI BEL ABBES

M.Benlazar, A.Hadjeb, A.Maghraoui, F.Ouadah, N.Zemri, E.Benzian, M.Chereti, Z.Zouaoui

Service d'hématologie, CHU de Sidi Bel Abbés

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne curable, et dont la prise en charge diagnostique et thérapeutique a connu plusieurs progrès.

But de l'étude:

Le but de notre étude est de rapporter les résultats de notre expérience dans la prise en charge de cette hémopathie.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur la totalité des patients âgés de plus de 15 ans, et suivis dans notre service d'hématologie entre janvier 1992 et décembre 2010 pour LH. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers de malades. La réponse aux différents traitements, puis l'analyse de la survie des patients a été analysée par la méthode de Kaplan et Meier.

Résultats :

155 patients atteints de LH ont été colligés, avec un âge médian de 27 ans [15-80], et un sex ratio de 1. Le type 2 histologique a été retrouvé chez 92 (59.4%) patients et le type 3 chez 48 (31%). La maladie était étendue chez 118 (76%) patients, avec des signes d'évolutivité clinique chez 111 (71.6%), une atteinte ganglionnaire bulky chez 49 (31.6%), et une masse médiastinale volumineuse chez 48 (30.9%). Une atteinte extra ganglionnaire était observée chez 52 (33.5%). Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont initialement reçu une polychimiothérapie, de type ABVD chez 118 (82.6%) patients, ou MOPP chez 22 (14.2%). la chimiothérapie était associée à une radiothérapie chez 95 (61.3%). la rémission complète était observée chez 129 (83.2%) patients : 100 (71, 6%) après une seule ligne thérapeutique, 11 (9%) après deux lignes, enfin 18 (19, 4%) après trois lignes. 22 (17%) patients ont rechuté après un délai médian de 38 mois. Les survies globales à 5 et 10 ans des patients, tous stades confondus,

sont respectivement de 70% et 62%. Pour les stades étendus, elles sont de l'ordre de 63% et 54 %.

Conclusion :

Le LH est une hémopathie maligne de bon pronostic. Les formes disséminées, avec des facteurs de risque, nécessitent un diagnostic précoce et un traitement adapté.

6-MALADIE DE HODGKIN DANS SA FORME MULTIFOCALE : A PROPOS D'UN CAS.

K. Zaouchi, K. Bernine, O. Moussenaïf, N. Benfenatki
Service de Médecine Interne EPH Rouiba

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg. Le bilan d'extension est un élément pronostique important. L'association de plusieurs localisations extra-ganglionnaires cutanée, hépatique, osseuse et cavaire sont rares et de mauvais pronostic.

But de l'étude:

Nous rapportons un cas de maladie de Hodgkin dans sa forme multifocale cutanée, hépatique osseuse et cavaire associés au syndrome tumoral chez une jeune de 22 ans.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans qui consulte pour une éruption papulo-nodulaire étendue ayant permis la découverte du syndrome tumoral périphérique. L'étude histologique et immunohistochimique des biopsies ganglionnaire, cutanée et du cavum sont en faveur de la maladie de Hodgkin. La TDM (TAP) retrouve des ADP profondes mais aussi une hépatomégalie et de multiples lésions osseuses lytiques. Les phosphatases alcalines sont élevées confirmant l'atteinte hépatique. Le diagnostic de maladie de Hodgkin stade IV B est retenu et notre patiente traitée par polychimiothérapie type ABVD (08 cures). La patiente est en rémission complète depuis 06 mois.

Résultats :

Les atteintes extra ganglionnaires au cours de la maladie de Hodgkin sont rares ; des cas de localisation cutanée ou cavaire ou osseuse ont été rapportés, mais des localisations multifocales chez le même patient reste très rare et surviennent à un stade très avancé.

Conclusion :

L'atteinte multifocale dans la maladie de Hodgkin est rare et notamment quand elle est cutanée. Elle traduit un stade avancé de la maladie et est associée à un mauvais pronostic imposant une thérapie agressive.

7-HODGKIN ET LOCALISATION CUTANEE.

K. Tayebi, N. Zemri, A. El Mestari, A. Maghraoui, M. Chereti, Z. Zouaoui.
Service d'hématologie - Sidi Bel Abbas

Introduction :

L'expression cutanée est fréquente au cours des hémopathies malignes Les localisations cutanées des lymphomes, également appelées lésions spécifiques sont définies par la présence de cellules hémato-poïétiques malignes dans la peau. Ces cellules sont issues de proliférations lymphoïdes [1] Les lésions spécifiques cutanées peuvent révéler une hémopathie inconnue ou traduire une transformation aigue ou une localisation : c'est le cas du lymphome hodgkinien

But de l'étude:

Evaluer l'impact de la localisation cutanée dans l'évolution et le pronostic de la maladie

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective portant sur une période de 09 ans (2004 – 2012), faite au niveau du service d'hématologie adulte de SBA.

Résultats :

Sur une période de 09 ans, 90 patients adultes présentant un lymphome d'hodgkin ont été suivis au niveau de notre service, 06 d'entre eux ont présenté une localisation cutanée. L'âge moyen au diagnostic (Dg) est de 37, 3 ans [17, 56]. le sexe ratio est de 2. -Cliniquement, la majorité des patients (83, 5%) avaient un stade disséminé (IIIB, IV) avant de développer

la localisation cutanée - Le tableau clinique présenté par tous les patients correspondait à des lésions spécifiques - La biopsie cutanée, confirmant le Dg de lymphome d'hodgkin à localisation cutanée a été réalisée chez tous les patients. - L'immunohistochimie objectivant une positivité du CD15 et CD30 a été réalisée chez 50% d'entre eux. - Le traitement instauré a été une polychimiothérapie : type ABVD associé ou non à une à radiothérapie. Résultats :- réponse complète : 02 patients (33, 5%), -04 patients (66, 5%) réfractaires à différents protocoles. - Une très bonne évolution clinique a été notée chez 02 patients (RC : disparition complète du syndrome tumoral superficiel et profond et des lésions cutanées) avec un recul de 47 et 16 mois. -L'évolution a été fatale chez 04 patients qui sont décédés des suites des complications de leur maladie

Conclusion :

Discussion : L'atteinte cutanée au cours du lymphome d'hodgkin survient dans 17%-35% des cas [2], les signes cutanés spécifiques sont très rares, estimés entre 0, 5et 7, 5% [3], l'atteinte cutanée survient généralement à un stade évolué de la maladie, et est associée à un mauvais pronostic. Conclusion : Le lymphome d'hodgkin peut être associée à des manifestations cutanées spécifiques ou non. L'examen histologique est nécessaire pour confirmer le diagnostic de ces localisations cutanées, leur survenue est de mauvais PC.

8-HODGKIN ET COMPRESSION MEDULLAIRE

K. Tayebi, N. Zemri, A. El Mestari, F. Ouaddah, Z. Zouaoui
Service d'hématologie - Sidi Bel Abbas

Introduction :

Une compression médullaire en rapport avec un lymphome Hodgkinien (HDK) est rare, la rapidité de sa prise en charge et la réponse au traitement (TRT) conditionne le pronostic fonctionnel du patient

But de l'étude:

Nous rapportons 02 observations de compression médullaire au cours d'HDK d'évolution différente selon leur réponse au TRT

Matériel et Méthodes:

1ère observation : femme de 41 ans, présentant en Mai 2010, une tétraplégie secondaire à une masse cervicale compressive. L'examen neurologique en post opératoire retrouve un déficit moteur partiel des 04 membres, un déficit sensitif, et des troubles sphinctériens. L'examen clinique retrouve des adénopathies cervicales bilatérales L'imagerie par résonance magnétique (IRM) médullaire : révèle un processus lésionnel latéro-cervical gauche s'étendant en intra canalair comprimant le cordon médullaire. L'étude anath-path de la masse cervicale conclut à un lymphome d'hodgkin, de même que la biopsie ganglionnaire et son étude histologique La patiente a été mise sous chimiothérapie : ABVD associée à une rééducation fonctionnelle L'évaluation après 03 cures objective une évolution favorable sur le plan clinique et radiologique. L'évaluation après 08 cures confirme cette très bonne évolution. Patiente en rémission complète avec un recul de 38 mois 2ème observation : homme de 23 ans suivi depuis avril 2009 pour un HDK stade IIIB, réfractaire à différents protocoles de chimiothérapie, présentant en juillet 2012 des troubles neurologiques à type de paparésies et troubles de la marche L'IRM objective : un tassement vertébral corporel de C7, extension lésionnelle foraminale, compression médullaire à la hauteur C 6 C7 Le tableau clinique s'est aggravé en tétraplégie durant la période de programmation Une chirurgie décompressive a été réalisée Résultats : Malade présentant une tétraplégie incomplète avec troubles vesico sphinctériens Patient mis sous chimiothérapie de rattrapage associée à une rééducation fonctionnelle. L'évaluation après 02 cures retrouve une stature neurologique stationnaire et une aggravation du bilan trophocutané. L'évaluation à 04 cures confirme le caractère réfractaire de l'HDK. Patient décédé

Résultats :

Les compressions médullaires dues à des tumeurs solides constituent 05% des cas [1], la responsabilité du lymphome hodgkinien est très rare. L'évolution de ces localisations est souvent favorable, avec une bonne récupération fonctionnelle dans 86%, et une rémission complète à la chimiothérapie et/ou radiothérapie dans 61% [2]

Conclusion :

une compression médullaire dans le HDK est rare, le TRT fait appel à la laminectomie décompressive, une chimiothérapie associée ou non à une

radiothérapie et à la rééducation. Le PC dépend de la précocité du Dg et de la réponse au TRT

9-SYNDROME NEPHROTIQUE ET LYMPHOME HODGKINIEN : A PROPOS DE 02 CAS

N. Zemri, K. Tayebi, A. Maghraoui, A. Elmestari, A. Hadjeb, M. Benlazar, F. Ouaddah, S. Benichou, H. Benzian, M. Cheriti, Z. Zouaoui
Service d'hématologie - Sidi Bel Abbas

Introduction :

La survenue d'un syndrome néphrotique (SN) chez un malade atteint de lymphome Hodgkinien est rare. Les deux affections surviennent souvent de façon concomitante.

But de l'étude:

Le but de cette observation est de répertorier les cas de syndrome néphrotique survenu au cours du lymphome hodgkinien, et d'étudier son impact dans l'évolution de la maladie

Matériel et Méthodes:

Cas 1 : Un jeune homme âgé de 18 ans admis en mai 2007 pour un tableau clinique et biologique d'un syndrome néphrotique associé à un syndrome tumoral fait d'adénopathies cervicales. Les explorations ont conclu à un lymphome Hodgkinien type 3, le bilan d'extension permet de classer le patient en IIIA. Il a reçu une polychimiothérapie type ABVD (06 cures) associée à une radiothérapie des territoires atteints. L'évolution a été marquée par une rémission complète du lymphome Hodgkinien et disparition du syndrome néphrotique, le patient est toujours en rémission sous surveillance régulière. Cas 2 : Un homme âgé de 23 ans traité en décembre 2002 pour un lymphome Hodgkinien stade IIB, le patient a reçu 03 cures ABVD, après la troisième cure, le patient se présente avec un syndrome oedémateux, une protéinurie massive, une fonction rénale perturbée. Sous chimiothérapie, une évolution clinique et biologique favorable a été notée cependant le patient décède suite à une infection fongique.

Résultats :

DISCUSSION: L'association SN- lymphome hodgkinien est rare, elle relève de mécanismes divers et encore mal connus. La disparition du SN dès la rémission complète confirme son origine paranéoplasique.

Conclusion :

Le syndrome néphrotique peut survenir au cours de la maladie de Hodgkin, il apparaît généralement tôt dans l'évolution de la maladie et est parfois le premier signe d'une rechute, son mécanisme de formation est encore mal connu.

10-MALADIE DE HODGKIN ET GROSSESSE: A PROPOS D'UN CAS.

Lamara Djaafer
hématologie HMRU de constantine

Introduction :

Le lymphome est la 4ème tumeur maligne la plus fréquemment rencontrée au cours de la grossesse. Le lymphome de Hodgkin (LH) est rarement diagnostiqué au cours de la grossesse et la littérature rapporte très peu de cas.

But de l'étude:

Discuter les effets secondaires de la chimio-radiothérapie sur la mère et son enfant et le pronostic la maladie en cas de grossesse. Discuter les attitudes thérapeutiques possibles devant une malade enceinte présentant un lymphome en fonction du stade de la maladie et du terme de grossesse.

Matériel et Méthodes:

Mme B.Z âgée de 30 ans, originaire et demeurant à Guelma, mariée avec un EVBP, sans antécédents pathologiques particuliers, G2P1, enceinte à la 16 SA. Hospitalisée en Aout 2010 au service d'hématologie pour prise en charge d'une maladie de Hodgkin. HDM: le DDT semble remonter à 4 mois auparavant marqué par l'apparition d'une adénopathie latérocervicale gauche augmentant progressivement de volume accompagnée d'une toux sèche. motivant une consultation à titre externe, une biopsie ganglionnaire est réalisée dont l'étude anatomopathologique revient en faveur d'un LH CD15+, CD30+ d'ou son orientation en hématologie.

Résultats :

Examen clinique : BEG, notion d'amaigrissement non chiffré, de fièvre de sueurs profuses et de toux sèche. Adénopathie sus claviculaire droite de 3 cm. grossesse évolutive de 16 SA. le reste de l'examen clinique est sans particularités. Examens complémentaires : FNS : GB=10000/mm3.

PNN=7000/mm3. HB=10g/l. VGM=80fl. PLQ=600000/mm3. VS=112mm H1. Fibrinogène=5 g/l. GGT/PA=normales. Radio thorax =élargissement médiastinal, IMT=0, 35. TDM TAP=adénopathies médiastinales dont la plus volumineuse mesure 4cm. Biopsie médullaire : sans anomalies. Classification et groupe pronostique et thérapeutique selon l'EORTC : stade II Bb défavorable. Traitement : Interruption médicale de la grossesse + 4 ABVD. Evolution : Devant la persistance des ADP médiastinales et l'apparition d'une hépatomégalie un protocole de rattrapage type ESHAP (3 cures) a été conduit entraînant une réponse incomplète médiastinale de bonne qualité complétée par une radiothérapie sus diaphragmatique soldée par une rémission complète persistante.

Conclusion :

La survenue pendant la grossesse d'un LH est une éventualité heureusement rare mais complique davantage l'attitude thérapeutique qui doit être bien réfléchi nécessitant une approche multidisciplinaire.

11-LOCALISATION HEPATIQUE PRIMITIVE DE LA MALADIE D'HODGKIN (A PROPOS D'1 CAS)

B. Berber N. Mesli
Hématologie clinique CHU Tlemcen

Introduction :

La localisation hépatique primitive de la maladie d'hodgkin est rare, elle représente 1, 4% des cas. Elle peut se manifester par un tableau de cholestase clinique et biologique isolé

But de l'étude:

Ne pas omettre d'évoquer le diagnostic de localisation primitive hodgkinienne hépatique devant un tableau de cholestase hépatique lorsqu'aucune autre étiologie n'a été retrouvé

Matériel et Méthodes:

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 54 ans hospitalisé en Aout 2010 en gastro-entérologie pour un tableau clinique et biologique d'insuffisance hépato- cellulaire.;

Résultats :

Sur le plan clinique : ictère cutanéomuqueux. Sur le plan biologique : syndrome de cholestase hépatique (phosphatases alcalines 5x normale, gamma GT 3x normale, bilirubine Totale à 12x et directe à 10x la normale, transaminases à 2x la normale. A la TDM hépatomégalie globale non dysmorphique d'échostructure homogène avec présence d' 1 adénopathie centimétrique péripédiculaire hépatique. A la PBH, aspect d'hépatite chronique (score Métavir A1F0) et à la BOM aspect d'une moelle subnormale. Sérologies virales, bilan immunologique et marqueurs tumoraux négatifs. Le diagnostic de cirrhose biliaire primitive séronégative fut retenu. 18 mois après le malade fut orienté en hématologie suite à la découverte d'un syndrome tumoral profond sur TDM adénopathies médiastinales (30/20mm), coelio-mésentériques et lombo- aortiques (47/37mm) avec Splénomégalie homogène et des nodules hépatiques infra-centimétriques. L'étude histologique après laparotomie pour biopsie d'ADP profonde revient en faveur d'une maladie d'hodgkin classique confirmée par l'immuno histochimie. Ainsi l'hépatite cholestatique a été rattaché à l'origine hodgkinienne devant la négativité du reste du bilan étiologique.

Conclusion :

La localisation hépatique initiale constitue une forme rare de maladie d'hodgkin. Elle doit être évoquée parmi les diagnostics étiologiques des hépatites cholestatiques aiguës ou chroniques lorsqu'aucune autre étiologie n'a été retrouvée. A noter l'intérêt de guetter l'apparition d'éventuelles adénopathies même si centimétrique afin de confirmer le diagnostic

12-LE PARAGRANULOME DE POPPEMA ET LENNERT : A PROPOS D'UN CAS.

Lamara Djaafer (Hopital militaire de constantine)

Introduction :

Depuis la première description de la maladie par Thomas Hodgkin en 1832, de nombreux progrès dans la connaissance des aspects cliniques, histopathologiques et biologiques de la maladie de Hodgkin ont été réalisés.

But de l'étude:

La classification actuelle de l'OMS reconnaît deux entités clinico-pathologiques: -Le lymphome hodgkinien classique. -le lymphome hodgkinien nodulaire à prédominance lymphocytaire (LHNPL) ou

paragranulome de Poppema et Lennert. Nous rapportons le cas d'un malade présentant un LHNPL. Objectif: Discuter le profil clinique, histopathologique, immuno- phénotypique et les modalités thérapeutiques du LHNPL.

Matériel et Méthodes:

Mr R.A. âgé de 78 ans, originaire de Constantine, père de 5 EVBP, ancien moudjahid hospitalisé au service d'hématologie en Décembre 2012 pour prise en charge d'un lymphome hodgkinien. ATCDS: -HTA sous traitement. -Adénome prostatique sous traitement. -Cholécystectomie en 2011. HDM: Le DDT semblait remonter à une année avant son hospitalisation marqué par l'apparition d'une adénopathie latéro-cervicale droite augmentant progressivement de volume jusqu'à 4 cm de diamètre motivant le patient à consulter en ORL, une biopsie ganglionnaire est faite dont l'étude histologique et immunohistochimique a conclué à un lymphome hodgkinien nodulaire à prédominance lymphocytaire, d'où son orientation en hématologie.

Résultats :

Examen clinique : Patient en BEG, Pas de notion de signes généraux. BCCM, Pas d'adénopathies périphériques, le reste de l'examen clinique est sans particularités. Examens complémentaires : FNS : normale. VS : 10 mm H1.fibrinogène : normal. GGT/PA : normales. Echographie cervicale : multiples adénopathies cervicales dont la plus volumineuse mesure 8, 4 mm. TDM TAP : sans anomalies. BOM : sans anomalies. Classification : LHNPL stade I Aa. Traitement : Radiothérapie cervicale. Evolution : malade toujours en rémission.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire (LHNPL) ou paragranulome de poppema et lennert est une entité anatomo-clinique distincte et rare du LH classique. Il est actuellement considéré comme une forme rare et indolente de lymphome B.

13- CANCER DU SEIN SECONDAIRE AU TRAITEMENT DE LA MALADIE D'HODGKIN

F. Ouaddah, M. Benlazar, A. Maghraoui, A. Hadjeb, M. Cherit
A. Ramdani, Z. Zouaoui,
Service d'hématologie / CHU de Sidi Bel Abbés.

Introduction :

Le traitement combiné par radio- chimiothérapie du lymphome de Hodgkin (HL) a permis une amélioration spectaculaire de son pronostic, cependant les néoplasies secondaires à ce type de traitement sont fréquentes et représentent un sérieux problème.

But de l'étude:

Répertorier les cas de cancer du sein survenus chez les patientes traitées dans notre service pour LH

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude 3 cas de cancer du sein survenus après traitement d'un LH : pour chaque cas nous avons déterminé l'âge de survenue du LH, le stade et le type histologique du LH, le traitement reçu, le délai de survenu du cancer du sein secondaire, son grade, son stade et son évolution sous traitement.

Résultats :

Observations Cas 1 : -Patiente âgée de 45 ans diagnostiquée en Mai 1994 pour stade IIA type 2 diagnostiqué en mai 1994. -Traitement du LH : 6 cures ABVD + radiothérapie (mantelet complet à 40 gy +barre lombosplénique) et une rémission complète est obtenue. -En Mars 2013, la patiente consulte pour un nodule mammaire gauche dont la biopsie conclut à un carcinome canalaire infiltrant. -Traitement du cancer du sein : chirurgie+chimiothérapie. La patiente est vivante. Cas 2: -Patiente âgée de 38 ans suivie depuis septembre 1996 pour LH stade IIA type 4, mis en rémission après 3cures ABVD et radiothérapie (mantelet complet à 40gy + barre lombosplénique). -En mai 2008, la malade développe un cancer du sein droit (carcinome canalaire infiltrant grade II, stade T3N0M0) -Traitement du cancer du sein : chirurgie +chimiothérapie +hormonothérapie. - la patiente décède 4 ans après le diagnostic du cancer du sein. cas 3: -Femme âgée de 38 ans connue pour LH stade IIIB type 3 diagnostiqué en janvier 2002. -Rémission après 6 cure ABVD + radiothérapie (mantelet complet +barre lombosplénique) -En Janvier 2004 (2 ans après) : elle consulte pour un nodule mammaire droit - Après mastectomie +biopsie : aspect histologique d'un carcinome canalaire infiltrant grade II stade TN_1 M_2 -Traitement du cancer du sein : chirurgie +chimiothérapie + hormonothérapie -La malade est vivante avec un recul de 144 mois

Conclusion :

Le cancer du sein représente 6, 3 à 9% des neoplasies secondaires survenant après traitement pour LH, rapportée essentiellement chez les patients traités par radiothérapie en mantelet. Il est important de réduire ce type de complications en limitant les doses et les Champs d'irradiation des LH.

14-RESULTATS THERAPEUTIQUES DANS LES STADES LOCALISES DU LYMPHOME HODGKINIEN

Lamara Djafer (Hôpital militaire de constantine)

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin aussi connu sous l'ancien nom de maladie de Hodgkin est un cancer hématologique d'origine lymphoïde B.Le taux de guérison a grandement augmenté ces dernières décennies surtout dans les stades localisés grâce à la combinaison chimio-radiothérapie complémentaire.

But de l'étude:

-Rapporter l'expérience du service d'hématologie de l'hôpital militaire de Constantine dans la prise en charge des stades localisés du lymphome hodgkinien. -Discuter les résultats thérapeutiques et les comparer à la littérature.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 5 ans (2009-2013) ayant colligé 33 cas de lymphome hodgkinien dont 12 de stades localisés (stade I et II). Le diagnostic chez nos malades était orienté par la clinique, confirmé par l'histologie et affiné par l'immunohistochimie. Un bilan d'extension comportant des analyses biologiques radiologiques et histologique était demandé. Une recherche de facteurs pronostiques selon l'EORTC était opérée. Un traitement associant chimio-radiothérapie a été administré dans la plupart des cas.

Résultats :

- 12 malades avaient un stade localisé (36%). Stade I=6 cas, stade II=6 cas. - Sexe ratio H/F=1, 4. - Age médian =36 ans. - Adénopathie superficielle = 9 cas (75 %), adénopathie profonde =3 cas (2 médiastinales, 1 abdominale). - Le type histologique:scéro-nodulaire=9 cas, à cellularité mixte=2 cas. LHNPL= 1 cas. - Le pronostic selon l'EORTC : 10 =favorable, 2=défavorable. - Le traitement :. 6 malades ont reçu le protocole ABVD + radiothérapie et ils sont en RC.. 2 malades ont reçu le protocole ABVD et sont en cours de radiothérapie.. 1 malade est en cours de chimiothérapie (ABVD).. 1 malade a reçu une radiothérapie exclusive (LHNPL) et il est toujours en RC.. 2 malades ont reçu un protocole de rattrapage après l'échec primaire à l'ABVD, le premier a reçu l'ESHAP complétée par une radiothérapie complémentaire et il est toujours en RC, le deuxième a reçu le DHAP mais malheureusement il est décédé en cours de traitement.

Conclusion :

La chimiothérapie suivie de l'irradiation des territoires initialement atteints reste le traitement de référence des stades localisés ; cependant le traitement des rechutes ou le traitement des formes résistantes demeure encore un défi pour les années à venir.

15-LYMPHOME DE HODGKIN COMPLIQUE D'UN MYELOME MULTIPLE : A PROPOS DE 2 CAS

A. El Mestari*, K. Tayebi, N. Zemri, A. Maghraoui, Z. Zouaoui
Service d'hématologie - CHU Sidi Bel Abbes

Introduction :

La survenue d'une hémopathie maligne après traitement d'un lymphome de Hodgkin est rare, celle d'un myélome multiple l'est encore plus. Nous rapportons 02 cas de patients traités pour un lymphome de Hodgkin qui ont développé comme complication iatrogène tardive un myélome multiple.

But de l'étude:

Le but de notre étude est de répertorier les cas d'hémopathies malignes survenant après traitement d'un lymphome de Hodgkin et surtout ne pas méconnaître la possibilité d'apparition d'un myélome multiple malgré la rareté de cette dernière.

Matériel et Méthodes:

OBSERVATION 1: Une femme de 51 ans aux antécédents d'un lymphome de Hodgkin stade I B diagnostiquée en janvier 2001 et traité par 4 cures

ABVD suivie d'une radiothérapie cervicale à 40 grays. En rémission complète depuis 2002, elle se présente en consultation d'hématologie en juillet 2011 pour des douleurs osseuses siégeant au niveau des membres inférieurs associées à des paresthésies. L'examen clinique retrouve une pâleur cutanéomuqueuse modérée, une pneumopathie associée à une fièvre et un amaigrissement. L'hémogramme révèle une anémie modérée à 9,5 g/dl normocytaire normochrome arégénérative, un taux et un taux de plaquettes normaux La VS est à 143mm. Le bilan protidique montre une hyperprotidémie à 128g/l faite d'un pic monoclonal en position β_2 à 78,6 g/l et une hypogammaglobulinémie à 2,18 g/l. L'immunoélectrophorèse des protéines sériques montre un isotype Ig G de type kappa Le médullogramme retrouve un envahissement par 19% de plasmocytes dystrophiques. Le bilan radiologique standard révèle la présence de micro lacunes multiples au niveau du crâne et des os longs. Un scanner thoracique révèle la présence d'une ostéolyse des 6^{ème} et 7^{ème} côtes gauches. Une hypercalcémie à 101 mg/l et une créatininémie normale à 11 mg/l sont notées. Le diagnostic de myélome multiple est posé et la patiente est classée en stade III A selon Salmon et Durie et stade III selon ISS. Le traitement symptomatique a reposé sur les antalgiques de pallier 2 associés aux biphosphonates type Aredia à raison de 90 mg/mois et de transfusions de culots globulaires. La patiente est traitée par une polychimiothérapie de type endoxan-dexaméthasone à raison de 4 cures : l'évaluation a conclu à un échec thérapeutique. La patiente est mise sous velcade-dexaméthasone sans résultats. La patiente est décédée en novembre 2012 suite à une insuffisance rénale aigüe. La survie globale est de 16 mois.

Résultats :

OBSERVATION 2 : Un homme de 61 ans aux antécédents d'un lymphome de Hodgkin en 2003 stade III B traité par 8 cures ABVD sans radiothérapie entré en rémission complète. Il se présente en janvier 2012 pour des douleurs osseuses diffuses surtout dorsolombaire Une pâleur cutanéomuqueuse modérée ainsi qu'une fièvre à 39° C et une toux productive sont notées. L'hémogramme montre une anémie modérée à 8,3 g/dl normocytaire normochrome arégénérative, une polynucléose neutrophile et un taux de plaquettes normal La VS est à 123mm 1ère heure L'électrophorèse et l'immunoélectrophorèse des protéines sériques révèlent une hyperprotidémie à 104g/l faite d'un pic monoclonal en position \square à 48,6g/l d'isotype Ig G kappa. La moelle est envahie par 12% de plasmocytes dystrophiques. Le bilan radiologique retrouve des images lacunaires siégeant au niveau du crâne et du grill costal et un tassement vertébral en L4-L5 Une hypercalcémie modérée à 94 mg/l ainsi qu'une créatinine normale sont notées. Le diagnostic de myélome multiple est posé et le patient est classé en stade III A selon Salmon et Durie et stade I selon ISS. Le patient est traité par 4 cures VMCP puis perdu de vue.

Conclusion :

Le risque de survenue d'une hémopathie maligne secondaire au traitement d'un lymphome de Hodgkin est faible par rapport aux autres complications tardives observées au cours de cette pathologie (cardiovasculaires, pulmonaires et endocriniennes...). Nos deux patients ont développé un myélome multiple dans un délai de 9 années après la fin du traitement. D'où l'intérêt d'instaurer une surveillance régulière et continue des patients traités pour un lymphome de Hodgkin au long cours afin de dépister une éventuelle complication tardive onco-hématologique ou autre pour un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

16- EVALUATION DE L'ASPECT CLINIQUE ET EVOLUTIF DES STADES LOCALISES DE LA MALADIE D'HODGKIN CHU TLEMEN

Y Touileb, H Belhadeb, H L Aici, N benkhira, N houti, N Mesli
Service hématologie, CHU Tlemcen

Introduction :

Le stade clinique est l'un des facteurs pronostiques majeurs dans la maladie d'Hodgkin ; les formes localisées sont généralement de meilleur pronostic si le bilan d'extension est fait correctement.

But de l'étude:

*Analyse descriptive du profil de la maladie d'Hodgkin dans la région de Tlemcen. *Promouvoir la précocité du diagnostic. *Evaluation de la prise en charge thérapeutique.

Matériel et Méthodes:

C'est une étude descriptive rétrospective d'une série de patients recrutés à Tlemcen sur 5 ans depuis Janvier-Décembre 2012 au sein du service d'hématologie clinique chu Tlemcen.

Résultats :

Durant cette période nous avons pris en charge 61 patients atteints d'Hodgkin dans sa forme localisée, représentant 62,24% parmi 98 cas comprenant 32 femmes et 29 hommes sexe ratio est de 1,10. L'Age moyen est de 35ans avec extrême d'âge 16 et 81ans. Les patient venaient de Tlemcen dans 90,16%des cas et 9,84% de Temouchent et Naama. 72,13% ont consulté dans un délai 1-6mois.L'envahissement de l'aire cervicale était le mode de révélation dans 77,04%. Un IMT Bulky était présent dans 14,75%des cas. 50,81%des patients présentaient des signes d'évolutivité clinique au diagnostic. Le type scléronodulaire représente 70,49% ; l'immunohistochimie a été faite dans 55,73%. 50,81%avait un mauvais pronostic au diagnostic classés stade défavorable. Les patients ont bénéficié d'une poly chimiothérapie de selon le protocole ABVD dans 96,72% complétée par une radiothérapie dans 60,65%.Une rémission complète était obtenue dans 90,16% des cas. Notant le décès de deux patients au cours de la 2eme cure de chimiothérapie par une cause extra hématologique.

Conclusion :

Les formes localisées de la maladie d'Hodgkin sont généralement de bon pronostic sauf qu'un retard diagnostic a été noté. Le diagnostic histologique est limité vu que l'immunohistochimie n'est pas toujours faites. Le recours à la radiothérapie n'est pas toujours évident après obtention d'une rémission complète.

17-MALADIE D'HODGKIN CHEZ LE SUJET AGE

A. Maghraoui, F. Ouaddah, K. Tayebi, A. El mestari, A. Hadjeb, H.Benziane, Z. Zouaoui
Service d'hématologie / CHU de Sidi Bel Abbés.

Introduction :

le lymphome hodgkinien est une hémopathie maligne lymphoïde touchant surtout l'adulte jeune, souvent curable. Paradoxalement la survie chez le sujet âgé reste nettement bien inférieure. Cette mauvaise survie semble liée à 2 facteurs : comorbidités associées et intolérance au traitement.

But de l'étude:

Lymphome Hodgkinien= LH

Matériel et Méthodes:

:IL s'agit d'une étude faite sur les dossiers médicaux de 8 patients âgés de plus 60 ans suivis et traités LH au service d'hématologie CHU de SBA entre 2003 et 2013. **RESULTATS :** • Age médian est de 69 ans (60 à 82 ans). • Sexe ratio est de 1,6. • Les sujets âgés représentent 7,2% de l'ensemble des malades suivis pour la même pathologie. • Délai médian du diagnostic est de 14 mois (2 à 30 mois). • Adénopathie initiale : cervicale dans 75% des cas (parfois axillaire ou inguinale)

Résultats :

Signes d'évolutivité clinique : présents chez 50% des patients. • Type histologique : scléro-nodulaire(type 2) 63%, cellularité mixte (type 3) 25%, type I 1 patient. • Classification de Ann Arbor : stade III et IV 63%, stade I et II 37%. • Comorbidité : cardiopathie hypertensive et HTA (3 malades) ;diabète (3 malades). • TRT : tous les patients ont reçu un traitement (chimiothérapie + ou - radiothérapie). ABVD/RT(2 patients), ABVD seul(4 patients), MOP/ABV (1 patient), COPP (1 patient) ;parfois dose réduite d'anthracyclines. • EVOLUTION : sur les 8 patients • 3 décès au cours du traitement (non évalués). • 1 échec à 2 lignées thérapeutiques, décédé. • 1 rechute tardive après RC, échec au trt puis décès. • 2 malades PDV après une très bonne réponse au trt. • 1 malade vivant en RC (stade localisé traité par chimio/ RT). • Délai médian de suivi est de 22 mois (2 à 51 mois).

Conclusion :

dans cette série, le nombre de malades confirme que le LH reste une pathologie rare chez le sujet âgé, les caractéristiques cliniques et histologiques ne diffèrent pas de celles du sujet jeune, Cependant les résultats thérapeutiques sont beaucoup moins satisfaisants. Des traitements plus ciblés pourraient permettre d'allier efficacité et tolérance.

18- MALADIE DE HODGKIN : EXPERIENCE DE L'EPH MAGHNAIA.

Y. M. Maliki (EPH Maghnia), R. Berrais (EPH Maghnia)
A. F. Bendahmane, (CHU Tlemcen), N. Mesli (CHU Tlemcen)

Introduction :

Le service de médecine de l'EPH Maghnia comporte un hôpital du jour où travaillent deux hématologues. nous disposons de drogues de

chimiothérapie pour la prise en charge des hémopathies malignes dont la maladie de hodgkin.

But de l'étude:

Objectif : C'est une étude rétrospective sur 2 ans de l'expérience de l'EPH Maghnia dans la prise en charge de la maladie de hodgkin. Le but est d'établir le profil épidémiologique, exposer les modalités, les résultats thérapeutiques et déterminer les moyens permettant une optimisation de la prise en charge.

Matériel et Méthodes:

Patients et méthodes : Il s'agit de 7 cas, diagnostiqués et traités au niveau de l'EPH Maghnia. Nous étudions le profil épidémiologique, clinique, diagnostic, pronostic et thérapeutique, nous soulevons aussi les difficultés dans la prise en charge.

Résultats :

Résultats : 7 cas, 4 hommes, 3 femmes, sex ratio=1, 33. L'âge moyen: 35 ans, un pic entre 20 et 30 ans, sont tous originaire de Maghnia. Clinique : tous les patients présentent un syndrome tumoral superficiel : cervical 85% des cas, axillaire chez 3 patients et localisation inguinale chez un malade. Après imagerie un syndrome tumoral profond était présent ; syndrome médiastinal chez 4 patients et adénopathies abdominales profondes chez 1 malade, une splénomégalie chez un patient. Les signes généraux étaient présents dans 42% des cas. Le diagnostic était histologique après biopsie ganglionnaire couplée à l'immunomarquage et montrait une maladie de hodgkin classique : scléronodulaire dans 5 cas et à prédominance lymphocytaire dans deux cas. La BOM était positive chez un patient. Biologie : LDH augmentés chez deux malades, phosphatases alcalines normaux, quelques perturbations de la NFS : anémie, hyperleucocytose. La classification de nos malades donna alors 71% de forme localisée et 29% soit 2 cas de forme étendue. Traitement : nous décidons de traiter selon le protocole ABVD. Pour les formes localisées : deux patients sont en RC après (3/4) ABVD et radiothérapie, trois autres malades sont en RC et ont reçu 6 cures (RC après 4 cures et impossibilité d'avoir des rendez vous proche de radiothérapie).pour les formes étendues : un patient est en cours de traitement, et le dernier est perdu de vu après 3 cures. Le pourcentage de RC est de 71%.

Conclusion :

Conclusion : Nos résultats restent satisfaisants, néanmoins nous signalons quelques difficultés dans la prise en charge optimale a savoir la difficulté d'obtenir des rendez vous de radiothérapie et l'absence au jour d'aujourd'hui d'une unité d'hématologie au sein de l'EPH Maghnia

19-HEMOPATHIES RARES SURVENANT APRES TRAITEMENT D'UN LYMPHOME HODGKINIEN

A. Maghraoui, N. Zemri, S. Benichou, M. Cheriti, M. Benlazar
Z. Zouaoui
Service d'hématologie / CHU de Sidi Bel Abbés.

Introduction :

la survenue d'hémopathies malignes secondaires chez les patients traités pour un lymphome hodgkinien est largement reportée dans la littérature, les leucémies aigues et les syndromes myélodysplasiques sont les premiers décrits, mais d'autres exp LMC ou MM sont beaucoup plus rares.

But de l'étude:

Répertoire des cas d'hémopathies malignes –autres que leucémie aigue et syndromes myélodysplasiques –survenant après traitement d'un lymphome hodgkinien(LH).

Matériel et Méthodes:

OBSERVATIONS : Cas N°1 :H. âgé de 75 ans 2005 : un LH diagnostiqué, stade IV médullaire, type 3, traité par 1 MOPP+7ABVD +Radiothérapie type mantelet à 40 gy. 2008 : le malade présente une splénomégalie +hyperleucocytose, le diagnostic d'une LMC est confirmé par génétique et biologie moléculaire. Traitement reçu : Imatib 400 mg / jr 2010 : le malade décède par insuffisance hépato cellulaire(le malade était en phase chronique, en réponse sous optimale).

Résultats :

Cas N°2 : F. âgée de 51 ans. 2001 : LH stade IB, traité par 4 ABVD+ Radiothérapie cervicale à 40 gy. 2011 : la malade consulte pour anémie+ douleurs osseuses. Le diagnostic de MM est posé(MM à Ig G Kappa, 19 % de PC à la MO, et lésions osseuses à la radiologie standard). 2012

: la malade décède par insuffisance rénale après échec de deux lignes thérapeutiques. • Cas N°3 : H. âgé de 21 ans. 2004 : LH stade 1B (adp cervicale).traité par 3 ABVD +Radiothérapie cervicale à 40 gy. 2010 : le malade présente une adp axillaire, l'étude anatomo pathologique et l'immunomarquage concluent à un lymphome diffus à grande cellules B de type « riche en lymphocytes T ». Le malade décède en février 2011 après échec du TRT.

Conclusion :

Malgré les progrès réalisés dans le traitement du LH, les hémopathies malignes demeurent parmi les complications tardives les plus redoutables. Des progrès restent à accomplir dans l'amélioration des stratégies thérapeutiques adaptées aux groupes pronostiques, la définition des facteurs de risque et la surveillance post thérapeutique.

20-ICHTYOSE ACQUISE ET MALADIE DE HODGKIN : A PROPOS D'UN CAS

N. Ait Amer, F. Tensaout, N. Abdennebi, F. Belhadri, H. Moussaoui, N. Idir, R. Ahmed Nacer, RM. Hamladji
Service hématologie - Greffe de moelle osseuse, CPMC, Alger

Introduction :

L'ichtyose acquise est l'apparition progressive chez l'adulte, le plus souvent chez l'homme, d'une peau sèche, craquelée, squameuse. Il peut exister une hyperkératose des paumes ou des plantes et une alopecie. Elle survient surtout au cours de la maladie

But de l'étude:

de Hodgkin (MDH), mais également d'autres lymphomes, plus exceptionnellement lors des cancers profonds. L'ichtyose acquise fait partie des dermatoses paranéoplasiques vraies qui ont une évolution parallèle à la tumeur en particulier lors des épisodes de rémission et de rechute (Réf : Brown-Maher T. Dermatologie conférences scientifiques 2006)

Matériel et Méthodes :

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 58 ans sans antécédents particuliers qui présente une maladie de Hodgkin stade IIB type 2 (Sous diaphragmatique) associée à une ichtyose généralisée apparue de façon concomitante au syndrome tumoral Sur le plan clinique : un aspect de peau cartonnée : sèche et desquamée sur tout le corps Une kératose palmo-plantaire Onychomycose des doigts et des orteils Traitement : 3 cycles d'ABVD-Platine suivis de radiothérapie

Résultats :

Evolution : rémission complète (RC) Disparition des lésions cutanées Devenir : patient vivant en RC à 30 mois de survie globale

Conclusion :

L'ichtyose généralisée observée chez notre patient peut être classée comme dermatose paranéoplasique vraie en raison de la disparition totale des lésions après traitement de fond de la maladie de Hodgkin

21-LOCALISATION PULMONAIRE DE LA MALADIE DE HODGKIN : ASPECTS CLINIQUES ET EVOLUTIFS A PROPOS DE 9 CAS.

Y. Ghassoul1- F. Talbi1- MR Abbadi1- K. Djouadi1 –N. Boubendir2
FZ. Ardjoun
1 Service d'Hématologie / 2 Service de radiologie HCA

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une prolifération maligne lymphoïde B ganglionnaire. Les atteintes viscérales (moelle osseuse, foie, poumon) résultent plus fréquemment d'une dissémination hématogène que d'une atteinte par contiguïté à partir d'un ganglion envahi. L'atteinte pulmonaire du LH est dans 20 % des cas (1).

But de l'étude :

9 cas de localisations pulmonaires sont recensés sur 80 patients (9%). Nous résumons les caractéristiques clinico- biologiques et évolutives sur le tableau ci-dessous

Matériel et Méthodes:

• Étude rétrospective comportant 80 nouveaux cas LH sur une période de 5 ans (Janvier 2008 à Décembre 2012). Le diagnostic histologique est apporté par une biopsie ganglionnaire complété par une analyse immuno-histochimique. • Tous nos patients ont eu un téléthorax et une TDM thoraco-

abdomino-pelvienne. • L'évaluation par EFR est pratiquée dans le but de définir la stratégie thérapeutique adaptée. • Trois protocoles thérapeutiques ont été appliqués : ABVD, BEACOPP, ESAP.

Résultats :

Patient Sexe Age Clinique Téléthorax TDM Thoracique EFR Stade Type
 P1 M 26 Toux sèche IMT=0, 22 ADP médiastinales- Micronodules contigus
 NI IIEAb favorable 3 P2 F 27 Toux sèche IMT=0, 31 ADP médiastinales-
 Nodules parenchymateux NI IVBb intermédiaire NP P3 M 27 / IMT=0,
 16 ADP médiastinales- Micronodules NI IVsBb défavorable 1 P4 M 20
 Toux sèche IMT=0, 31-opacité paracardiacque ADP médiastinales-Masse
 tissulaire paracardiacque- Micronodules diffuses NI IVBb défavorable 2 P5
 M 25 / IMT=0, 32 ADP médiastinales-Nodule tissulaire NI IVBb défavorable
 2 P6 M 23 Toux sèche IMT=0, 34 Multiples nodules disséminés bilatéraux
 NI IVAb défavorable 2 P7 M 25 Toux sèche IMT=0, 22 ADP médiastinales-
 Multiples nodules centrolobaires disséminés bilatéraux NI IVBb défavorable
 3 P8 M 32 Dyspnée d'effort IMT=0, 34 ADP médiastinales-Extension dans
 parenchyme pulmonaire- Epanchement péricardique NI IVBxb défavorable
 2 P9 F 22 Douleur thoracique IMT=0, 42-Epanchement pleural ADP
 médiastinales-Nodules parenchymateux- Epanchement pleurale= et
 péricardique NI IVBxb défavorable 2 Patient CHT EFR Résultat Devenir
 Evolution Survie globale Survie sans événements P1 4 ABVD+ RTE NL RP
 75% RP 53 mois 53 mois P2 8 ABVD NL RP 55-75% RP/VBP 19 mois 19
 mois P3 8 ABVD NL RC RC/VBP 57 mois 57 mois P4 8BEACOPP NL RP
 75% RP/VBP 14 mois 14 mois P5 3 ABVD Sd restrictif Échec Réfractaire
 primaire DCD 40 mois (-) P6 8 BEACOPP NL RP 75% Rechute après 12
 mois sous ABVD 21 mois 20 mois P7 8 ABVD / RC Adressé à Annaba en
 Fev 2012 12 mois 12 mois P8 6 BEACOPP NL RC RC/VBP 18 mois 18
 mois P9 1BEACOPP + ESAP+RTE NL RP 55-75% RP/VBP 8 mois 8 mois

Conclusion :

L'atteinte pulmonaire dans LH peut assombrir le pronostic fonctionnel et la prise en charge thérapeutique en particulier la radiothérapie.

22-LYMPHOME HODGKINIEN A PREDOMINANCE LYMPHOCYTAIRE OU PARAGRANULOME DE POPPEMA-LENNERT A PROPOS DE 7 CAS.

Y Ghassoul1-F Talbi1-M Benremouga2-M Kacimi2-FZ Ardjoun1
 Service d'Anatomie Pathologique 2- Service d'Hématologie 1 - HCA

Introduction :

La maladie de Hodgkin(LH) est une hémopathie maligne, caractérisée par la prolifération de grandes cellules (Reed- Sternberg) au sein d'un tissu lymphoïde réactionnel (1). Le LH nodulaire à prédominance lymphocytaire ou Paragranulome de Poppema-Lennert ganglionnaire représente 3-8 % des LH(2). Cette entité histologique est caractérisée par : o Les cellules tumorales expriment les antigènes des cellules lymphoïdes B, CD20 et CD79a, ce qui peut poser un problème de diagnostic différentiel avec LMNH. o CD45(+), EMA(+) et rarement CD30. CD15(-) (3)

But de l'étude:

Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature et confirment qu'il est une entité anatomoclinique distincte de LH classique. Il est maintenant admis que la cellule «pop corn» dérive d'une cellule B du centre germinatif folliculaire. L'attitude thérapeutique est controversée même si les tendances actuelles vont dans le sens d'un allègement voire une -abstention; les stades localisés sans atteinte médiastinale et sans facteur de risque peuvent être laissés en abstention initiale ou traités par une irradiation (30 Gy). Les rares formes localisées avec atteinte médiastinale peuvent être traitées par (ABVD) seule ou associée à une radiothérapie. Les stades III : une chimiothérapie seule (ABVD) ou associée au Rituximab (4). Chez les patients qui présentent un stade disséminé, la recherche d'une transformation en lymphome agressif est nécessaire (biopsie ganglionnaire, PBO, TEP-scanner qui révèle une fixation plus intense)

Matériel et Méthodes:

Une étude rétrospective faite sur 80 nouveaux cas de LH, diagnostiqués durant une période de 5 ans (Janvier 2008 à Décembre 2012), après examen histologique d'un prélèvement ganglionnaire, complétée par une analyse immuno-histochimique. Le bilan d'extension (Téléthorax, échographie-TDM TAP, PBO, PAL) permet de classer nos patient selon la classification d'Ann Arbor.

Résultats :

o Parmi les 80 cas, 7 cas de paragranulome de Poppema- Lennert sont diagnostiqués: soit 9% des LH. o Histologiquement, tous ces ganglions étaient le siège d'une prolifération tumorale, d'architecture nodulaire, constituée de cellules atypiques «pop corn», disposées sur un fond riche en lymphocytes. o Les caractéristiques clinico-biologique et pronostic de nos patients sont les suivantes : • Prédominance masculine : 5hommes/2 femmes avec un sex ratio 2, 5. • Moyenne d'âge = 32ans [22 à 46 ans]. • Délai moyen du diagnostic =7 mois [4 à 12mois]. o La classification d'Ann Arbor est appliquée, la répartition de nos patients se fait comme suit: • Une prédominance des stades localisés : I Aa (n=4), II Aa (n=2) ; une seule malade classée IVSBb. • Groupe favorable(n=6), groupe défavorable (n=1), . o Une abstention thérapeutique (n=2), ces 2 malades sont VBP (avec un recul de 50 et 19 mois). o Le traitement par 3 à 4 cycles ABVD dans les stades localisés (n=4), et par 8 cycles pour le stade IVB (n=1) avec obtention d'une RC. o Tous nos patients sont VBP quelque soit le stade et le groupe pronostic, avec une survie globale et sans événements de 37 mois [12 à 57mois].

Conclusion :

Le LH nodulaire à prédominance lymphocytaire est une entité rare. Son diagnostic est histologique et immuno-histochimique. Le traitement n'est pas bien codifié, l'évolution est très lente et le pronostic est favorable comparativement au type classique.

23-LA MALADIE D'HODGKIN SECONDAIRE A UN LNH GANGLIONNAIRE DE BURKITT, A PROPOS D'UN CAS

Zatout N, Hamouda H, Hamdi S
 Service d'hématologie, CHU sétif

Introduction :

Nous rapportons un cas d'un malade aux antécédents d'un LNH ganglionnaire de Burkitt guéri et qui a présenté comme complication au long cours une néoplasie secondaire type maladie d'hodgkin;le seul cas diagnostiqué au niveau de notre service depuis13ans (1999-2012).

But de l'étude:

l'objectif de cette observation est de présenter et analyser un cas exceptionnel, concernant une maladie d'hodgkin secondaire a un LNH de burkitt ganglionnaire

Matériel et Méthodes:

II-OBSERVATION : il s'agit d'un patient agé de 28ans aux antécédents d'un LNH de Burkitt ganglionnaire abdominal a l'âge de 5ans(1990)traité par polychimiothérapie intensive suivie d'autogreffe médullaire permettant la guérison, 22ans après (8/01/2012) l'exploration de polyadénopathies abdominales a confirmé le diagnostic de la maladie d'hodgkin suite a une laparotomie et biopsie d'une ADP abdominale profonde... Antécédents familiaux :père décédé par un néo digestif. -le patient a été classé selon la classification d'ann arbor après un bilan d'extension anatomo-clinique, radiologique et biologique(examen clinique complet, scanner thoraco -abdomino-pélvien, biopsie osseuse, bilan hépatique complet et d'évolutivité biologique).

Résultats :

suite de L'OBSERVATION : L'examen clinique:objective un patient en état général conservé, PS :1, signes généraux positifs, pas d'ADP périphériques, splénomégalie :stade I, hépatomégalie. L'étude histologique et IHC ::maladie d'hodgkin type 2 : CD15, CD20, CD 30 :positives et EMA :négatif. Bilan d'extension : -Télé thorax :normale, TDM thoraco-abdominale : ADP médiastinales infra centimétriques, nodules pulmonaires HPM nodulaire (19cm), SPM(15cm), coulées d'ADP abdominales(4 /5cm). -L'étude histologique :Biopsie osseuse : normale -Phosphatases alcalines :313 u/l. Bilan biologique : VS :40/70, fer sérique :0.30mg/l, fibrinogène :5.23g /l Le patient a été classé stade IV Bb à haut risque selon SPI. Le Traitement :BEACOPP renforcé permettant une RP(50-75%) après 4 cures et une RP> 75% après 8cures. -8 mois plus tard, : reprise de la maladie aux mêmes sites initialement atteints avec des ADP cervicales surajoutées. Le traitement de 2ème ligne : ESHAP :après 4 cures :la réévaluation clinique et radiologique (TDMet PET-Scan) et biologique confirmer la rémission complète. Devenir: février 2014 : Patient vivant, en rémission complète.

Conclusion :

le lymphome d'hodgkin secondaire a un autre syndrome lympho prolifératif B type LNH de Burkitt ganglionnaire est exceptionnel, la dépression immunitaire acquise induite par la chimiothérapie et l'autogreffe, l'effet oncogénique de la chimiothérapie au long cours sont incriminés, on évoque

aussi la possibilité d'une prédisposition génétique.

24-LYMPHOME DE HODGKIN ET NEOPLASIES SECONDAIRE : A PROPOS D'UN CAS

F. Arbaoui, H. Chalabi, N. Yakhou, N. Mehalhal Gaid
Service hématologie - Mascara

Introduction :

le développement d'une néoplasie secondaire au traitement du LH, est une complication redoutable. L'indication d'agents cytotoxiques et /ou radiothérapie a permis d'augmenter le taux de guérison et de survie au prix d'un risque élevé de néoplasie.

But de l'étude:

Prévenir les KCS SECONDAIRES.

Matériel et Méthodes:

Patient SF âgé de 29ans, hospitalisé en Avril 2007 pour la prise en charge d'un lymphome de Hodgkin stade I A scléronodulaire, diagnostiqué sur biopsie exérèse du seul ganglion cervical de 3 cm de diamètre. Le bilan d'extension étant normal (examen et TDM du cavum négatifs), le patient reçoit une chimiothérapie de type ABVD.

Résultats :

La RC est obtenue après 3curs, suivi d'une radiothérapie au CPMC Alger à la dose de 40Gry plus 30Gry en sus- clavulaire, en novembre 2008(après 11mois de RC), apparition d'une gêne avec sensation d'irritation du pharynx, sans aucun syndrome tumoral périphérique. l'examen et la TDM du cavum est un faveur d'un processus tumoral infiltrant et végétant de la paroi latérale droite, confirmé par l'étude histologique. Il s'agit d'un carcinome indifférencié infiltrant du nasopharynx ??? Le patient est actuellement suivi au service d'oncologie du CPMC.

Conclusion :

La fréquence de néoplasie observées au décours d'un traitement d'autres cancers est entrain d'augmenter, d'où la nécessité d'une surveillance rigoureuse afin de les dépister à temps.

25-ASSOCIATION D'UNE MALADIE DE HODGKIN ET UN LYMPHOME A GRANDE CELLULE B : A PROPOS D'UN CAS.

F. Belhadri, H. Moussaoui, A. Djeddi, K.Tarhi, M. Merrouche,
F. Harieche, RM. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

La coexistence de deux ou plusieurs types de lymphomes dans le même organe ou différents organes est appelée un lymphome composite, c'est une entité très rare. Nous présentons un cas de composite lymphome malin non Hodgkinien et maladie de Hodgkin

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Observation : Patient âgé de 57ans aux antécédents de tabagisme et de fracture de l'humérus droit en 2007. Devant l'augmentation d'une ADP cervicale gauche et apparition des épigastralgie, une FOGD avec biopsie faite le 27/06/13 montre une grosse ulcération antro-fundique dont l'étude immunohistochimique est en faveur d'un lymphome à grandes cellules B(LNHGCB), puis adressé en hématologie. A l'examen clinique (ECOG :1, épigastralgies permanentes, SG : amaigrissement non chiffré et des sueurs nocturnes, prurit avec lésions de grattage diffuses, magma d'ADP cervicale gauche de 10/09cm et une masse périombilicale de 13/10cm, examen ORL normal. Le reste de l'examen somatique est normal. A la biologie ; l'hémogramme : GB : 8700/mm3, Hb :11.2g/dl, Plq :31000/mm3, VS :54, albumine : 37g/l ; bilan hépatique, rénal, et une glycémie normaux. LDH : 305 (normal). A la radiologie. TLT : normal, une TDM thoraco-abdomino-pelviennne : un épaississement circonférentiel de la paroi gastrique. Une ponction ganglionnaire : présence de nombreuses cellules de Reed Sternberg. Biopsie osseuse normale. Une FOGD avec biopsie refaite confirme le diagnostic de LMNH à GCB et une biopsie d'un ganglion cervical faite confirme la MH type 2 avec les antigènes CD15 et CD30 positifs. Sur le plan thérapeutique, un traitement par RCHOP a été instauré, le patient a reçu la 4eme cure le 27/1/04 avec disparition du syndrome tumoral périphérique.

Conclusion :

La pratique de la GP chez ce patient a permis de visualiser la deuxième maladie donc la GP a une place primordiale pour orienter les diagnostic. L'association de deux hémopathies malignes rend le pronostic réservé chez ce patient, seule la réponse au traitement et la possibilité de faire une intensification suivie d'autogreffe permet de prolonger la survie

26-UN PSORIASIS PUSTULEUX APRES CISPLATINE : A PROPOS D'UN CAS

F. Belhadri, H. Moussaoui, S. Akhrouf, I. Abderrahim, C. Benchouk. RM. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

L'association psoriasis-lymphome est bien décrite dans la littérature. Le Psoriasis pustuleux il peut apparaître d'emblée ou sur un psoriasis déjà connu et il peut être déclenché par divers médicaments. Nous rapportons un cas de maladie de Hodgkin présentant un psoriasis pustuleux apres prise de cisplatine.

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Observation : Patiente âgée de 16ans, sans antécédents suivie en hématologie pour maladie de Hodgkin stade II B type 2 (ECOG : 1, adénopathies cervicales bilatérales, axillaires bilatérales, médiastinales massives latérotrachéales avec IMT à 0.47et interbronchiques bilatérales, absence d'anomalie à l'étage abdominopelvien au TDM). A l'hémogramme : GB :17000/mm3, Hb :8.5g/dl, Plq :842000/mm3, VS :100, bilan hépatique, rénal, et une glycémie normaux. Une ponction biopsique osseuse normale. Sur le plan thérapeutique après un J1 de la première cure ABVD-Platine(Adriamycine, Bleomycine Vinblastine, Détécene, Solumedrol)le 15/9/09, une réponse tumorale mais apparition des lésions labiales diagnostiquées comme un herpes surinfecté labial mis sous des antibiotiques et un antiviral, la disparition complète des lésions a été obtenu q'au bout de 4mois avec une reprise tumorale médiastinale. Une autre injection d'ABVD-P faite le 20/01/09, une reprise des lésions labiales avec d'autres localisations (mains, pli interfessier et organes généraux externes).Un diagnostic d'un diagnostic psoriasis pustuleux est posé par la dermatologie. Une évaluation faite à 1 mois avec une reponse supérieure à 50%, une radiothérapie faite et a l'issue rémission complète. Une premiere rechute tardive le30/11/11(tardive) mediastinale isolé mise sous 3 cures ABVD à l'issu RIC suivie d'une intensification avec autogreffe des souches périphériques. Patiente vivante en décembre 2013 avec une SG de 63mois

Résultats :

Conclusion :

Le cisplatine peut induire des effets secondaires ; digestifs, rénale, auditive, des fourmillements des extrémités, une toxicité hématologiques. Il peut être responsable d'une toxicité pour les glandes sexuelles(amenorrhée chez la femme et diminution de la fertilité chez l'homme). Rares réactions allergiques et possibilité de crampes. Le psoriasis pustuleux peut être une complication post médicamenteuse, mais non décrite pour le cisplatine.

27-EPIDURITE REVELATRICE D'UNE MALADIE DE HODGKIN :A PROPOS DE 05 CAS

F. Belhadri, H. Moussaoui, S. Akhrouf, N. Ait Amer, F. Tensaout
F. Boukhemia, N. Abdennebi, K. Tarhi, H. Belli, S. Takka, N. Idir
RM. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

L'épidurite est un syndrome neurologique causé par la compression lente de la moelle épinière ou de ses racines, résulte de l'envahissement massif de l'espace épidual par des coulées lympho-granulomateuses qui pénètrent par les trous de conjugaison à partir des ganglions paravertébraux, ou par des extensions d'une localisation abdominale ou thoracique. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Les localisations médullaires révélatrices de la maladie de hodgkin sont exceptionnelles. Nous rapportons une compression médullaire révélatrice d'une maladie de Hodgkin chez 5 patients.

But de l'étude

Matériel et Méthodes:

Observation : Il s'agit de 04 hommes et 01 femme ; l'âge médian : 22ans (16- 50), le délai diagnostique médian est de 5mois (1- 12). Une paraparésie d'installation progressive à été précédé par des douleurs dorsales chez 02 pts, lombaires chez 02 pts et douleurs du membre supérieur droit avec un pt. une laminectomie à été faite chez 02 pts. A l'examen clinique, un ECOG \geq 3 : 03pts (60%), les signes généraux sont présents chez tous les patients ; une paraparesie spastique : chez 03pts et une paralysie flasque : un pt, des troubles sphinctériens chez 02pts et un examen neurologique normal après laminectomie chez un pt. L'IRM médullaire a objectivé une extension tumorale épidurale chez 04pts et la TDM chez un pt. Le diagnostic de MH est posé sur une pièce de laminectomie : 01pt ; une biopsie ganglionnaire :03pts et une biopsie vertébrale :01pt. Une étude histologique et immunohistochimique a conclu à une maladie de Hodgkin type 2 :03pts, type4 :1pt et non classable chez un pt. Après un bilan d'extension et selon la classification Ann d'Arbor : stade IIB : 02pts dont un stade sous diaphragmatique, stade IIIB :02pts et 01stade IVB médullaire. Sur le plan thérapeutique tous les pts ont reçus de l'ABVD-P avec deux pts décédés a domicile par un choc septique au cours du traitement dont un pt a reçu une radiothérapie en flash ; 03pts évaluables, une rémission complète et 02 rémissions incomplètes suivies de radiothérapie pour les trois pts. Sur le plan évolutif, un pt est perdu de vue en rémission complète après radiothérapie avec une SG :70et SSE :64 mois, 2pts ont rechuté avec un délai de 2 et 4mois, après un traitement de rattrapage dont un pt été réfractaire, décédé avec SG :23mois ; une RIC a été obtenue chez un pt suivie d' une intensification thérapeutique avec autogreffe de cellules souches hématopoïétique, une rechute précoce après 3 mois de l'autogreffe, pt décédé avec une SG 18 mois.

Conclusion :

Les atteintes neuro-méningées dans les lymphomes sont rarement présentes au moment de la découverte de la maladie, elles sont le signe d'un stade évolué de la maladie et sont un signe péjoratif.

28-ASSOCIATION D'UNE MALADIE DE HODGKIN ET UNE THROMBOCYTEMIE ESSENTIELLE : A PROPOS D'UN CAS.

F. Belhadri, H. Moussaoui, H. Bouarab, F. Tensaout, N. Ait Amer, N. Abdennebi, F. Boukhemia, RM. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

La coexistence de deux hémopathies chez le même patient est rare et l'association d'un syndrome lymphoprolifératif et d'un syndrome myéloprolifératif est encore plus rare. Nous présentons un cas de maladie de Hodgkin (MH) associé à une thrombocytemie essentielle (TE)

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Observation : Patient âgée de 37ans suivie en gastro-entérologie pour hépatite choléstatique de cause indéterminée. Février 2006 découverte fortuite d'une hyperleucocytose:20800/mm³ et une thrombocytose:1020000 /mm³ dans le cadre de suivi de son hépatite, une PBO faite revenue en faveur d'une TE, mise sous Hydrea. Septembre 2007, apparition d'une toux sèche, puis un épanchement pleural de grande abondance et des adénopathies (ADP)cervicales dont l'étude histologique en faveur de MH type 3, puis adresser en hématologie. A l'examen clinique :ECOG :2, SG: amaigrissement non chiffré et des sueurs nocturnes, prurit avec lésions de grattage, ictère cutaneo-muqueux, polyadénopathie cervicales basses gauche de 1à 3cm, axillaires gauches de 2.5 à 3.5cm, splénomégalie avec DS à 6cm, un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche, une hypertrophie mammaire gauche, une atteinte du cavum à l'examen ORL. A la biologie :l'hémogramme : GB :11500/mm³, Hb :7.4g/dl, Plq :1400000/ mm³, TCD :négatif VS :130, albumine : 26.7 g/l ; bilan hépatique : SGOT : 185, SGPT :84, GT:275, PAL:3997, BT:86, BD :46, bilan rénal et une glycémie normaux. A la radiologie. TLT : épanchement pleural gauche de grande abondance, ADP médiastinales latéro-trachéales (IMT :0.53) et inter bronchiques bilatérales, une TDM thoraco-abdomino- pelvienne :coulée d'ADP médiastinales et hilaires, ostéolyse par contiguïté du manubrium sternale, épanchement pleural gauche, augmentation du volume du sein gauche avec infiltration tissulaires diffuses, rate hétérogène, absence d'adénopathies abdominopelviennes. Une PBO : thrombocytémie essentielle, pas d'infiltration tumorale, PBF :cholestase chronique évoluant vers une cirrhose biliaire. La patiente est classée stade IIIBE (E : sein, sternum et cavum) type3, haut risque (IPS) ;Sur le plan thérapeutique, la

patiente à reçue 04 cures ABVD (adapté en fonction du bilan hépatique), à l'évaluation rémission incomplète suivie de radiothérapie avec normalisation du taux de plaquettes. La patiente est vivante en rémission complète en décembre 2013 avec une survie globale de 77 mois et SSE:68.

Conclusion :

La survenue d'une MH au cours d'une TE est exceptionnelle. La réponse au traitement de la MH ne semble pas avoir été influencée par la coexistence de la TE. L'évolution de la TE été favorable avec normalisation du taux de plaquettes.

29-RECHUTE APRES 20 ANS D'UNE MALADIE DE HODGKIN : A PROPOS D'UN CAS.

F. Belhadri, H. Moussaoui, N. Abdennebi, F. Tensaout, N. Ait Amer, S. Akhrouf, A. Bouchellouche, S. Zerkout, RM. Hamladji.
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

La guérison dans la maladie de Hodgkin est définie après 5 ans de rémission complète, Le risque de récurrence diminue progressivement au cours du temps pour être quasiment nul après 10 ans. Nous rapportons un cas de maladie de Hodgkin qui rechute 20 ans après une rémission complète.

But de l'étude

Matériel et Méthodes :

Observation Patient âgé de 40 ans, aux antécédents de tabac, suivi en hématologie depuis l'âge de 20 ans pour maladie de Hodgkin stade IIA sous diaphragmatique type 2, diagnostic fait le 07/04/92 (ECOG :1, adénopathie inguinale gauche 4/4cm, adénopathie crurale gauche 8/7cm, échographie abdominale normale, lymphographie pédieuse : absence de passage du lipiodol à gauche ; normale à droite). A la biologie : GB : 8400/mm³, HT :42%, Plq :+++ , VS :35, albumine 38.2g/l, bilan hépatique, rénal, et une glycémie normaux. Une ponction biopsique osseuse normale. Sur le plan thérapeutique, traité par 3 cures de CV3P(Chloraminophène : 6mg/m²J1 à J14, Vinblastine 6mg/m²J1 et J8, Natulan 100mg/m²J1 à J14, Cisplatine 30mg/m²J1-J2 et J8-J9, SLM : 120mg/m²J1-J2 et J8-J9) du 18/04/92 au 27/06/92, à l'évaluation : une adénopathie (ADP)de 1cm(triangle du Scarpa). Une radiothérapie complémentaire du 19/09/92 au 26/10/92 :Y inversé et chaîne inguinale gauche à 40 Gy, loge splénique à 18 Gy à l'issue une rémission complète et surveillance régulière. Une première rechute tardive le 26/11/12 en stade IIIA (IPS : risque standard). Sur le plan clinique : pas de signes généraux, ADP cervicales bilatérales de 5cm, axillaires bilatérales de 5cm et inguinales bilatérales de 2cm, un examen ORL normal. Sur le plan radiologique : téléthorax : normal, uneTDM thoraco-abdomino- pelvienne : microkystes rénaux. Une PBO normale. A la biologie :GB : 6800/mm³, HB : 12.6g/dl, Plq : 305000/mm³, VS :11, albumine 40g/l, bilan hépatique, rénal, et une glycémie normaux..Patient traité par 2cures ABVD du 23/12/12 au 23/02/13 à l'issu une rémission complète est obtenue. Une mobilisation des cellules souches périphériques faite le 05/03/13 : CD34 : 10, 23x106/kg, une reprise tumorale en cervicales bilatérales de 5cm le 24/03/13. Le reste de l'examen normal ainsi que les examens complémentaires. Un traitement par 2 cures d'ESAP (Etoposide, Solumedrol, Aracytine, Cisplatine) à l'évaluation rémission complète. Intensification thérapeutique suivie d'autogreffe des cellules souches périphérique faite le 17/06/13. Première rechute post autogreffe 30/10/13 (04mois). Patient vivant en rechute réfractaire en décembre 2013 avec SG : 260 mois et SSE : 247mois.

Conclusion :

Les rechutes de la maladie de Hodgkin surviennent dans les 3/4 des cas dans les trois premières années qui suivent la fin du traitement ; 90 % d'entre elles surviennent chez les patients à grosse masse tumorale. le pronostic des rechutes dépend exclusivement de l'extension de la maladie, de l'âge et de l'intensité de la chimiothérapie au traitement de la rechute, chez notre patient malgré un traitement intensif, rechute précocement et le pronostic de cette rechute tardive rejoint celui d'un néo secondaire.

30-MAL DE POTT POST AUTOGREFFE POUR MALADIE DE HODGKIN : A PROPOS D'UN CAS

H. Moussaoui, F.Belhadri, F.Tensaout, N. N.Abdennebi , F.Boukhemia, S.Akhrouf , H.Bouarab, D.Ait ouali , RM-Hamladji
Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

La survenue d'une tuberculose, quel que soit son site, lors du traitement d'une Hémopathie, n'est pas rare, nous rapportons la survenue d'une localisation vertébrale d'une tuberculose chez un patient traité pour maladie de Hodgkin

But de l'étude:

Matériel et Méthodes:

Observation : Patient âgé de 25 ans, Suivi en hématologie depuis l'âge de 20 ans pour maladie de Hodgkin stade IV B, type 3 (amaigrissement et sueurs profuses ; adénopathies cervicales de 4 cm, masse sous Clavière de 7/7 cm, splénomégalie DS : 10 cm ; examen cavum : normal. Téléthorax : IMT : 0,44, TDM thoraco-abdomino-pelvienne : multiples adénopathies sus et sous diaphragmatiques avec une atteinte parenchymateuse de 43 mm du segment ventral du LSD ; atteinte interstitielle bilatérale diffuse. Au bilan biologique; GB: 27600/mm³, Hb: 11,1 g/dl, Plq: 433000/mm³, VS : 87, infiltration médullaire à la ponction biopsie osseuse.). Traité par 4 cures ABVD avec rémission incomplète à l'issue (une bonne réponse radiologique, disparition des signes généraux, et du syndrome tumoral avec une PBO normale). une rémission complète est obtenue après intensification thérapeutique suivie d'autogreffe des CSP. Une année après le patient a présenté des douleurs lombaires remontant à 02 mois avant l'installation des paresthésies sensitivo motrices ; L'examen clinique objective un tableau de compression médullaire avec un déficit moteur des 02 membres inférieurs, réflexe ostéo-tendineux vifs avec un signe de Babinski ; imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis : tassement vertébral de D10-D11 avec un envahissement épidual qui évoque la présence de collection purulente et compression médullaire. IDR : 25mm, alors que le patient était en rémission persistante de son Hodgkin (pas de SG, pas de Sd tumoral, téléthorax : RAS, échographie abdomino pelvienne : normale, VS : 20/40) . devant ces éléments radio-cliniques et biologique de tuberculose vertébrale le patient a été mis sous traitement antituberculeux le 02/10/11 et a été opéré avec une laminectomie de principe avec une bonne évolution . Patient vivant en rémission persistante .

Conclusion :

la tuberculose osseuse est une localisation trompeuse de rechute chez ce patient, le recours aux examens radiologiques spécialisés (IRM) et l'exploration chirurgicale ont permis d'établir un diagnostic précis et un traitement adapté

31-LYMPHOME HODGKINIEN ET MANIFESTATIONS DYSIMMUNITAIRES

A. Cherif hosni, S. Kehal, S. Zouani, R. M'rabet, H. Touhami
Service hématologie - CHU Oran

Introduction :

Une altération de l'immunité cellulaire liée à la maladie est observée, les différentes thérapeutiques aggravent cette immunodépression, ainsi plusieurs états dysimmunitaires sont décrits au cours du LH.

But de l'étude:

Etude descriptive des associations des manifestations dysimmunitaires et lymphome hodgkien

Matériel et Méthodes:

Nous rapportons l'observation de 06 cas de maladie d'hodgkin associés à des manifestations dysimmunitaires suivis au service d'hématologie de CHU Oran. Age médian 44 ans [24-64], tous de sexe féminin.

Résultats :

Les pathologies dysimmunitaires associées au lymphome hodgkienien : 02 cas de lupus érythémateux disséminés, 01 cas de syndrome sec et sclérodermie, 01 cas de syndrome sec et maladie de Crohn et 01 cas de psoriasis, et un cas de thyroïdite d'hashimoto. Parmi ces patients atteints de LH: 3 cas stade III B, 01 cas IV médullaire et 02 cas stade localisé IB et IIB Sur le plan thérapeutique, 04 patients traités par chimiothérapie (ABVD) uniquement et 02 traités par chimiothérapie (ABVD) + radiothérapie. Pour les manifestations dysimmunitaires, tous les patients ont été suivies en médecine interne.

Conclusion :

le nombre de cas d'association maladies dysimmunitaires et LH est plus élevé, ces manifestations peuvent précéder, accompagner ou apparaissent tardivement au cours de l'évolution du LH

32-LYMPHOMES DE HODGKIN ET LOCALISATIONS CUTANÉES

A. Cherif hosni, S. Kehal, Y. Rahal, K. Taibi, H. Touhami
Service hématologie - CHU Oran

Introduction :

Les manifestations cutanées non spécifiques telles que le prurit, l'urticaire, l'hyperpigmentation et l'érythème noueux sont fréquents au cours du lymphome de Hodgkin (LH), l'infiltration cutanée par le LH est rare, survient souvent à un stade avancé, au cours d'une rechute et est de mauvais pronostic

But de l'étude:

Etude des manifestations rares dans le lymphome hodgkien

Matériel et Méthodes:

08 cas de LH ont été répertoriés de 2003 à 2013 dont 5 Hommes et 3 Femmes, âge médian 34 ans [19-77]

Résultats :

L'aspect clinique dans les 08 cas était polymorphe. Le diagnostic de l'atteinte cutanée a été confirmé par étude histologique dans 06 cas, le LH était étendu avec atteinte viscérale dans 05 cas, 03 cas de LH avec localisation cutanée sans atteinte viscérale. Les lésions cutanées sont étendues dans 03 cas et localisée dans 01 cas. L'atteinte cutanée primitive d'emblée dans 05 cas. Dans 3 cas cette atteinte survient au cours de la rechute du LH. Sur le plan thérapeutique, 05 patients traités par ABVD seul, 01 par ABVD et radiothérapie, 01 par ABVD et COPP et 01 par CHOP. L'évaluation thérapeutique 01 RC, 05 échecs et décès et 02 perdus de vue.

Conclusion :

Les manifestations cutanées associées au LH tel que le prurit qui peut être le symptôme révélateur sont fréquentes, les atteintes cutanées du LH sont rares et de mauvais pronostic. La plus part des études rapportées sur les LH cutané ne concernent que de très rares cas

33-LYMPHOMES HODGKINIENS ET LOCALISATIONS MAMMAIRES

A. Cherif hosni, S. Kehal, Y R. Messaoudi, W. Sfaoui, H. Touhami
Service hématologie - CHU Oran

Introduction :

Les localisations mammaires au cours de la maladie d'hodgkin sont exceptionnelles, généralement observées dans les stades étendus et en cas de rechute.

But de l'étude:

Etude des localisations rares dans le lymphome hodgkien

Matériel et Méthodes:

Nous décrivons 03 cas de lymphome hodgkien avec atteinte mammaire

Résultats :

Observation n°1 : patiente âgée de 28 ans connue depuis 2001 pour lymphome hodgkienien (LH) stade II A type 3, rémission complète après 10 cures ABVD 02 cures COPP et radiothérapie mantelet complet, rechute tardive en 2006, traitée par 04 cures ABVD, 2ème rechute précoce en 2007 LH stade IV mammaire, diagnostic posé sur biopsie ganglionnaire et mammaire traitée par plusieurs lignes thérapeutiques, décédée en 2009. Observation n°2 : patiente âgée de 26 ans, connue depuis 2003 pour LH stade IV hépatique, rémission complète après 08 cures ABVD et radiothérapie mantelet complet à 36 grays, en 2007 rechute tardive, la patiente a présenté une localisation mammaire traitée par chimiothérapie (BEACOPP), nette régression de la masse mammaire après traitement, perdue de vue en 2007. Observation n°3 : patiente âgée de 24 ans, connue depuis 2009 pour LH stade IV hépatique, RCU après 08 cures CHOP, rechute précoce après 08 mois avec localisation mammaire, traitement par chimiothérapie.

Conclusion :

Des localisations viscérales et médullaires définissent la majorité des stades IV, de ce fait, elles méritent d'être recherchées systématiquement, les localisations mammaires sont exceptionnelles

34-LES RESULTATS THERAPEUTIQUES DES STADES ETENDUS DE LA MALADIE DE HODGKIN

H. Hamouda, M. Medani, N. Zatout, S. Chebah, S. Hamdi
Service d'hématologie CHU de Sétif

Introduction :

Les stades étendus de la maladie de Hodgkin sont considérés comme comportant le plus de facteurs de mauvais pronostic, le recours au score pronostique international (SPI) permet d'adopter et d'évaluer les options thérapeutiques sur des bases cliniques homogènes. C'est ainsi que ces patients sont soumis à des protocoles de chimiothérapie +/- intensive, parfois suivis d'une radiothérapie adjuvante.

But de l'étude:

Analyser les résultats thérapeutiques des stades étendus selon le score pronostique international (SPI).

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 ans (2008- 2012) de 100 patients composée de 45 hommes et 55 femmes avec un sex ratio 0,81 et un âge moyen de 30 ans (15- 75ans). Le diagnostic est orienté par la cytologie et confirmé par l'étude anatomopathologique. L'immunohistochimie n'a été pratiquée que chez 32(32%) des patients. Le bilan d'extension (examen clinique, imagerie et biologie) a permis de subdiviser les patients des stades localisés (I- IIB-IMT >1/3 et/ou Tm > 10 cm) en formes à risque standard et à haut risque selon le SPI. Les principales stratégies thérapeutiques employées consistent en 6- 10 cures de polychimiothérapie (ABVD : 3cas , ABVD Cis platine :81 cas, BEACOPP : 8 cas) associées à la radiothérapie dans 6% des cas.

Résultats :

La répartition selon le type histologique montre : type1 : 3%, type2 : 80%, type3 :14%, non précisé : 3% La répartition selon la classification Ann Arbor objective : IIB: 24%, IIIA : 6%, IIIB: 32%, IV : 38%. Selon Le SPI : Le risque standard (n: 45 ; 45%) et le haut risque (n:55 ; 55%). Seuls 92 patients sont évaluable (8 patients exclus) Résultats thérapeutiques : Le suivi moyen des patients est de 27 mois (Extrêmes 2- 59 mois). Risque Standard (n: 39): RC: 23(59%), RP : 6(15%), échec: 1 cas, Rechute : 4 cas/23(17%), Décès :5 cas(13% , PDV: 4(10%). A 5 ans la survie globale est de 74,6%. Haut risque (n : 53) : RC : 30(58%), RP: 4 (8%), échec: 5(10%), rechute : 1/30 (2%), Décès : 6(12%). PDV : 7(13%). A 5 ans la survie globale est de 68,8%.

Conclusion :

Les réponses thérapeutiques demeurent encore insuffisantes par rapport aux séries publiées, elles restent à améliorer par des chimiothérapies plus intensives avec autogreffe de cellules souches mais au prix d'une toxicité hématologique importante et de néoplasies secondaires.

35-ASSOCIATION LYMPHOME HODGKINIEN ET SYNDROME NEPHROTIQUE : A PROPOS D'UN CAS

N. Sari Hassoun, N. Siali, N.Mesli

Service Hématologie - CHU Tlemcen

Introduction :

L'association entre un lymphome hodgkinien et un syndrome néphrotique est la plus connue des associations. Elle relève de mécanismes divers, en particulier para néoplasique dont l'origine cytokinique est rarement documentée.

But de l'étude:

Nous rapportons un cas associant de façon concomitante une maladie de Hodgkin classique et un syndrome néphrotique pur.

Matériel et Méthodes:

Patient âgé de 61 ans aux antécédents d'un diabète type2 et d'ulcère gastrique était hospitalisé au service de néphrologie pour l'exploration d'une insuffisance rénale chronique. L'examen clinique retrouvait des adénopathies cervicales bilatérales et une sus claviculaire droite non douloureuses, il n'y a pas de splénomégalie ni d'hépatomégalie. On note des œdèmes mou et blanc des membres inférieurs. Biologiquement, une anémie isolée à 10 g/dL s'associe à un syndrome néphrotique pur avec hypo-albuminémie à 29 g/L protéinurie >3 g/24 h, hypo protidémie à 52g/L, une insuffisance rénale modérée avec une urée à 0.81g/L et une créatinémie à 38mg/L, une cholestase anictérique sans cytolysse, LDH normales, bilan d'hémostase normal, sérologie virale négative. L'imagerie (échographie et scanner) confirmait la présence d'adénopathie cervicales bilatérales. Foie et rate étaient normaux, les reins étaient de taille normale, sans dilatation pyélocalicielle ni thrombose des veines rénales. la biopsie ganglionnaire sus claviculaire droite affirmait qu'il s'agissait d'une maladie de Hodgkin scléronodulaire, confirmée par CD15+ CD30+. La biopsie rénale était en faveur d'une amylose rénale et vasculaire. Le bilan d'extension concluait à

un stade I B. une poly chimiothérapie a été instauré type ABVD associé au traitement du syndrome néphrotique. Le patient est décédé après une cure. Résultats :

La survenue d'un syndrome néphrotique au cours d'une maladie de Hodgkin reste un événement rare puisque, dans les deux grandes séries publiées regroupant 1 700 patients atteints de cette affection, seulement 0,4 % d'entre eux présentent une glomérulopathie à lésions glomérulaires minimes et 0,1 % une amylose. Cependant d'autres formes histologiques ont été également décrites : glomérulonéphrite segmentaire et focale, glomérulonéphrite extra membraneuse, glomérulopathie membrano-proliférative ou inclassable, ou évolutive. La physiopathologie est complexe : dont nous détaillerons plus loin.

Conclusion :

la rareté du cas nous a conduits à en parler. La sévérité de l'association et les difficultés thérapeutiques ont conduit au décès du patient. Dans des situations moins bruyantes et non concomitantes, la constatation chez l'adulte jeune d'un syndrome néphrotique doit faire rechercher activement, outre une prise toxique, un lymphome hodgkinien.

36-RECHUTE GASTRIQUE D'UN LYMPHOME HODGKINIEN APRES UNE REMISSION COMPLETE DE 3 ANS

N. Sari Hassoun, N. Siali, N.Mesli

Service Hématologie - CHU Tlemcen

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne qui touche très rarement de façon primitive le tractus gastro-intestinal mais peut se voir lors d'une rechute dans les formes disséminées.

But de l'étude:

penser à l'existence d'une localisation gastrique de la maladie de Hodgkin devant une symptomatologie digestive en dépit de sa rareté.

Matériel et Méthodes:

Nous décrivons le cas d'un homme de 32 ans aux antécédents de diabète insulino-dépendant et de maladie de Hodgkin stade IIIB en rémission complète depuis 2011 après 8 cures ABVD, hospitalisé pour investigation d'une hémorragie digestive associée à des épigastralgies. L'examen clinique retrouve des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales bilatérales sans splénomégalie ni d'hépatomégalie. On note des épigastralgies et des hématémèses. Biologiquement, une anémie à 10.1g/dl et une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, un syndrome inflammatoire net et une cholestase. L'imagerie retrouve des adénopathies médiastinales avec atteinte parenchymateuse pulmonaire, un foie multi nodulaire et des adénopathies coelio-mésentérique et lombo-aortiques. La FOGD retrouvait un ulcère gastrique à la jonction antéro-fundique stade IIc (SSR) dont la biopsie est revenue en faveur d'un lymphome Hodgkinien. La biopsie ganglionnaire est en faveur d'un lymphome Hodgkinien classique CD15+ CD30+. Au terme de ces bilans, le patient est classé stade IV A. Un protocole de chimiothérapie type BEACOPP a été entamé.

Résultats :

L'atteinte gastrique dans la maladie de Hodgkin est le plus souvent observée au cours des formes disséminées. Cependant l'atteinte primitive gastrique est extrêmement rare. Les difficultés diagnostiques de la maladie de Hodgkin au niveau de l'estomac ont été rencontrées car une confirmation immunohistochimique n'a pu être faite. L'endoscopie digestive révèle généralement des lésions de gastrite ou d'ulcères gastro-duodénaux non spécifiques comme c'était le cas chez notre patient.

Conclusion :

Nous soulevons par cette observation: la rareté de la présentation clinique (la rechute gastrique). les lésions non spécifiques vues au FOGD mais qui n'ont pas empêché de faire des biopsies. les difficultés de pratiquer l'immunohistochimie sur de telles lésions gastriques. s'agit-il de problème technique ou d'expérience ou de la localisation en elle même?

37-LYMPHOME DE HODGKIN ET LOCALISATION THYROÏDIENNE : A PROPOS DE DEUX CAS.

M. Djilali, F. Talbi, SE. Belakhal, H. Otsmane, FZ. Ardjoun

Service d'Hématologie, HCA, Alger, Algérie

Introduction :

la maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne lymphoïde

essentiellement ganglionnaire. Les localisations extra ganglionnaires, par ordre de fréquence, sont : pulmonaires : 73%, médullaires : 20%, hépatiques : 20%, osseuses : 18%. La localisation thyroïdienne au cours de la maladie de Hodgkin est rare : elle s'observe dans seulement 1% des cas [1]. Cette localisation pose un problème de diagnostic différentiel avec une thyroïdite ou un cancer primitif de la thyroïde, dans ce contexte, nous rapportons deux observations.

But de l'étude:

La localisation thyroïdienne au cours de la maladie de Hodgkin est rare.

Matériel et Méthodes:

Observation 1: patient O.M-K, âgé de 19 ans, orienté chez nous pour prise en charge d'un syndrome tumoral fait d'adénopathies généralisées, superficielles et profondes, associées à des signes généraux évoluant depuis trois mois. A l'examen clinique: des ADP cervicales basses augmentant progressivement de volume. Une échographie cervicale est pratiquée à titre externe, objective une thyroïde augmentée de volume, de structure nodulaire avec des ADP cervicales étendues (de 52 mm de diamètre). Une cytoponction est alors réalisée retrouvant de nombreux immunoblastes. Complétée par une biopsie ganglionnaire qui conclue à une maladie de Hodgkin type 2 histologique avec à l'immuno-histochimie CD15(+) et CD30(+), delà, il nous est adressé pour prise en charge thérapeutique. Le patient est classé stade IIBbE (atteinte thyroïdienne) selon la classification d'Ann Arbor, type 3 histologique et traité par 6 cures d'ABVD. Malade est en rémission complète avec un recul de 24 mois.

Résultats :

Observation 2 : patient M.T, âgé de 22 ans, sans antécédents particuliers, est admis à notre service pour prise en charge d'un syndrome tumoral évoluant depuis 04 mois. L'examen clinique retrouve un patient en état général conservé sans signes généraux, présentant : une masse cervicale gauche de 11 cm de diamètre, dure, adhérente au plan profond, sans signes de péri adénite, accompagnée de dysphonie et de dysphagie, sans signes d'insuffisance médullaire. L'échographie cervicale retrouve : une masse latéro cervicale gauche d'échostructure hétérogène de (42x86x57mm), dont le point de départ est le lobe gauche de la thyroïde, associée à de multiples adénopathies jugulo carotidiennes, une scintigraphie thyroïdienne en faveur d'un goitre nodulaire , un bilan thyroïdien revenu normal. La lobectomie gauche avec étude anatomopathologique permet de poser le diagnostic de maladie de Hodgkin type 2 histologique. Le patient est classée stade IIA E (atteinte thyroïdienne) et traité par une poly chimiothérapie type ABVD (6cures) avec une radiothérapie complémentaire. Il est en rémission complète avec un recul de 64 mois.

Conclusion :

La localisation thyroïdienne au cours de la maladie de Hodgkin est rare: très peu de cas sont rapportés dans la littérature. La plupart des lymphomes de la thyroïde sont des lymphomes non hodgkiniens. Ils représentant 2,5 % de tous les lymphomes et moins de 5 % des tumeurs malignes de la thyroïde.

38-MALADIE DE HODGKIN DE STADES AVANCES

W. Chehili, D. Lamara, Y. Attari, B. Bendjaballah
HMRUC

Introduction :

La maladie de Hodgkin représente 30% des lymphomes. Les stades avancés constituent environ 50% des cas dans les pays développés avec une rémission obtenue chez 60-70% des patients

But de l'étude:

nous présentons les caractéristiques cliniques et les résultats thérapeutiques d'une série de malades atteints de LH étendus, afin d'adapter le traitement.

Matériel et Méthodes:

2008-2013: 19 malades atteints de stades avancés de LH sont nouvellement diagnostiqués dans notre service. Les patients sont stratifiés selon les facteurs pronostics de Hasenclever-index. Les protocoles utilisés en 1 ligne: ABVD, BEACOPP en 2 ligne: DHAP, ICE, GEMOX.

Résultats :

-nombre de cas colligés: 19 malades de stades avancés (III et IV) -Age median: 34 ans (20-81ans) -sexe ratio: 0,9 -délais moyen de dc: 6 mois (1-12 mois) -motif de consultation: signes généraux +ADP: 8 cas ADP: 8 cas dyspnée: 2 cas douleurs osseuses: 1 cas -dc est porté sur une biopsie

ggl dans la majorité des cas, et sur une biopsie osseuse ds un cas -type histologique: scléro-nodulaire ds tous les cas -les stades: III chez 4 malades (2 favorables et défavorables). IV chez 15 malades tuos a haut risque. -atteinte viscérale: 7 pulmonaires, 7 médullaire, 4 osseuse, 3 hépatique. -traitement: chimiothérapie de 1 ligne: ABVD 6-8 cures chez 15 pts BEACOPP 4 cures escaladées et 4 cures standards chez 4 pts . -rémission complète chez 10 pts , rémission partielle chez 8 pts, échec chez 1 pt. -rechute est précoce chez tous les malades de stde IV (1 mois-6 mois). -traitement de 2 ligne: -DHAP: 11 malades -ICE : 3 malades. -G2MOX: 1 mde. avec rémission partielle chez 8 malades, échec chez 2 malades , décès chez 1 pt, rémission complète sous réserve d'un PET-scan chez 4 pts. -aucun des mdes mis en rémission n'a bénéficié d'une intensification avec autogreffe , exceptée une pte transférée en Belgique chez laquelle une dble autogreffe est réalisée avec succès malgré qu'elle présentait une forme très réfractaire.

Conclusion :

Dans les stades avancés de LH la rechute est inéluctable. -Faut-il proposer d'emblé une intensification thérapeutique dès l'obtention d'une rémission complète. -quel serait le choix thérapeutique concernant la chimiothérapie de 1 ligne: ABVD ou BEACOPP. et concernant également la chimiothérapie de 2 ligne. -place de la thérapie ciblée.

39-INTERET D'UN TRAITEMENT PAR BRENTUXIMAB SUIVI D'UNE AUTOGREFFE EN CAS DE LH REFRACTAIRE A PROPOS D'UN CAS.

W. Chehili, B. Bendjaballah / HMRUC

Antoine Pière Institut Bordet Bruxelles Belgique.

Introduction :

le Brentuximab anticors humanisé anti-CD30 induit des réponses significatives chez des patients atteints de LH en rechute et /réfractaire.

But de l'étude:

démontrer l'intérêt de ce nouveau traitement suivi d'une autogreffe en cas de LH réfractaire.

Matériel et Méthodes:

-patiente MA âgée de 22 ans suivie dans notre service HMRUC depuis mai 2011 pour une maladie de Hodgkin sde IVBb avec localisation pulmonaire osseuse vertébrale et médullaire de type scléro-nodulaire aux facteurs pronostics défavorables. -patiente réfractaire à 08 cures BEACOPP (4 escaladées et 4 cures standards), DHAP (5 cures), GéMOX (4 cures), traitement de 4 ligne par ICE (3 cures) avec réponse mitigée. -transfert à l'INSTITUT BORDET BELGIQUE pour éventuelle intensification avec autogreffe. -flash de radiothérapie sur la localisation osseuse vertébrale. -administration de 2 cures de BRENTUXIMAB suivi d'une double autogreffe. -

Résultats :

la réponse était excellente après administration des deux cures de Brentuximab: disparition du sd tumoral périphérique et profond avec contrôle radiologique réalisé par le PET-SCAN. -le réponse s'est soldée d'une dble autogreffe. -la patiente est en excellent état nécessitant des contrôles tous les 6 mois.

Conclusion :

le Brentuximab constitue un traitement efficace et peu toxique chez des patients atteints de LH en rechute ou réfractaires, permettant de proposer une consolidation par auto ou allogreffe en situation de réponse. -n'est-il pas nécessaire d'introduire cette nouvelle molécule dans le traitement de nos malades atteints de LH réfractaires.

40-LA MALADIE DE HODGKIN SECONDAIRE A UN LNH GANGLIONNAIRE DE BURKITT : A PROPOS D'UN CAS

N. Zatout, H. Hamouda, S. Hamdi

Service d'hématologie CHU de sétif

Introduction :

Les pathologies favorisant le développement de la maladie de Hodgkin (MH) sont connues et restent exceptionnelles ; il s'agit principalement des déficits immunitaires constitutionnels, acquis après la leucémie aiguë, transplantations médullaires ou d'organes et après traitement prolongé par chimiothérapie ou immunosuppresseurs.

But de l'étude:

Nous rapportons un cas d'un patient aux antécédents d'un LNH ganglionnaire de Burkitt guéri et qui a présenté comme complication au long cours une néoplasie secondaire type maladie de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

OBSERVATION : il s'agit d'un patient âgé de 28 ans ,aux antécédents de LNH de Burkitt ganglionnaire à localisation abdominale à l'âge de 5 ans(1990), traité par polychimiothérapie intensive suivie d'autogreffe médullaire permettant la guérison. 22 ans plus tard (8/01/2012) : Il est revu pour l'exploration de polyadénopathies abdominales dont l'étude histologique après laparotomie revient en faveur de la maladie de Hodgkin. Antécédents familiaux : Père décédé par une néoplasie digestive. L'examen clinique met en évidence un état général conservé, PS à 1, des signes généraux, SPM : stade I, HPM (FH :17 cm) sans ADPs périphériques. Bilan diagnostic: L'étude histologique + IHC: MH type 2 (scléro-nodulaire) , CD15,CD20,CD30 :positives et EMA :négatif. Bilan d'extension : -Télé thorax : Normale:IMT à 0.27 -TDM thoraco-abdominale :ADP médiastinales infra centimétriques, nodules pulmonaires HPM nodulaire (FH :19cm) ,SPM(FS :15cm) avec multiples ADPs du hile hépatique et coélio- mésentériques (4 /5cm). - La Biopsie moelle osseuse : Normale - La biologie :Tx Ph alc:313 u/l, VS 40 mm 1h ,fer sérique :0.30mg/l, fibrinogène :5.23g /l La maladie est classée en stade IV Bb à haut risque selon SPI. Le Traitement : chimiothérapie exclusive : BEACOPP renforcé permettant l'obtention d'une RP (50-75%) après 4 cures et une RP> 75% après 8 cures. -8 mois plus tard (16/04/2013) : reprise de la maladie aux mêmes sites initialement atteints avec des ADP cervicales surajoutées. Le traitement de 2ème ligne : ESHAP (4 cures) : La réévaluation clinique, radiologique (TDM et PET-Scan) et biologique confirment la rémission complète. Devenir: février 2014 : Patient vivant en rémission complète.

Conclusion :

Le lymphome Hodgkinien secondaire a un autre syndrome lympho-prolifératif B type LNH de Burkitt ganglionnaire est exceptionnel. La dépression immunitaire acquise induite par la chimiothérapie, l'autogreffe de cellules souches, l'effet oncogénique de la chimiothérapie au long cours et la prédisposition génétique sont les plus incriminés.

41-ASSOCIATION LYMPHOME DE HODGKIN-LYMPHOME. NON HODGKINIEN: A PROPOS DE QUATRE CAS

Benalioua. M, Mehennaoui. H, Bentorki. S, Bouchloukh. N, Bouras. M, Elkouti. N, Guemriche. A, kolli. H, Souames. FZ, Ziout. M, Zouiten. A, Rached. B, Grifi. F.
Service hématologie - CHU Annaba

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est considéré aujourd'hui comme un lymphome B dont les caractéristiques histologiques, évolutives et thérapeutiques sont particulières. En dehors des formes cliniques associant le VIH, les autres formes sont rares. Néanmoins des formes associant le Lymphome malin non Hodgkinien (LNH) ont été rapportés.

But de l'étude:

Le but de notre étude est de recenser ces cas rencontrés, et de préciser leurs caractéristiques cliniques, histologiques et évolutives.

Matériel et Méthodes:

Nous avons procédé à une étude rétrospective, réalisé sur des dossiers de patients suivies pour LH au niveau du service d'hématologie d'Annaba sur une période allant de janvier 2008 à décembre 2012. Sur 161 cas étudiés, nous avons recensé 04 cas associant un LNH.

Résultats :

Cas 01 : R.F, 22 ans, sexe masculin, a présenté un LH type 1 stade IIIBb, traité par 06 cures ABVD, qui a évolué après 12 mois de rémission complète (RC) vers un LNH ganglionnaire a grande cellules phénotype B en échec thérapeutique, décédé après un recul de survie de 17 mois. Cas 02 : B.B, 80 ans, sexe masculin, a présenté un LH type 2 stade IBb, traité par 04 cures ABVD, qui a évolué après 09 mois de RC vers LNH ganglionnaire à grande cellules phénotype B. Patient perdu de vue. Cas 03 : G.N, 26 ans, sexe féminin, a présenté un LNH ganglionnaire a grande cellules phénotype B traité par 08 cures RCHOP, qui a évolué après 60 mois de RC ver un LH type 2 stade IIBb, traité par 04 cures ABVD, avec un recul de survie de 19 mois. Cas 04 : L.A, 53 ans, sexe féminin, a présenté un LNH ganglionnaires diffus de petites a moyennes cellules phénotype B, traité par 08 cures RCHOP, qui a évolué après 04 mois de RC vers un LH type 2 stade IIBb, traité par 04 cures ABVD avec un recul de survie de 16 mois.

Conclusion :

Les associations entre le LH et le LNH ne sont pas rare. Il s'agit d'une situation qui affecte la qualité et la durée de vie des patients. L'instauration d'un comté de lecture des lames, ainsi que la généralisation de l'immunohistochimie, permettent d'identifier des frontières diagnostiques et d'affiner les résultats anatomopathologiques.

42-MALADIE DE HODGKIN SUR GROSSESSE A PROPOS DE 03 CAS

A. Kezzou, F. Talbi, H. Mansour, K. Belateche, Y. Ghassoule, F/Z. Ardjoun.

Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

L'association de maladie de Hodgkin et grossesse est rare, représente 3% selon les données de la littérature. Cette association met en jeu le pronostic vital de la mère et de l'enfant en raison des problèmes obstétricaux et cancérologiques, auxquels s'ajoutent des facteurs humains et émotionnels qui rendent la prise en charge thérapeutique difficile à standardiser. Dans ce contexte nous rapportons trois observations.

But de l'étude:fréquence de l'association de maladie de Hodgkin et grossesse ainsi que son impacte sur la prise en charge thérapeutique .

Matériel et Méthodes:

Observation 1 : Mme KH.A, âgée de 30 ans, G2P1,suivie pour maladie de Hodgkin diagnostiquée en Juin 2012 sur une grossesse évolutive de 08 SA. Classée stade IIA avec atteinte médiastinale, La patiente souhaite poursuivre sa grossesse. Une décision collégiale (entre hématologues et gynécologues) de poursuivre la grossesse en mettant en route un traitement spécifique. Elle bénéficie de 4 cures d'ABVD (1er cycle était entamé à 17 SA), un accouchement est programmé à 38 SA d'un enfant vivant,bien portant sans complications.Elle bénéficie d'une radiothérapie complémentaire avec obtention de RC à l'issue. Actuellement la patiente est à 13mois de rémission complète. Par ailleurs l'enfant est vivant et bien portant.Observation 2 : Mme B .N âgée de 30 ans ,mariée et mère d'1enfant vivant et bien portant ,suivie pour maladie de Hodgkin diagnostiquée en Septembre 2012, de type 3 histologique, classée stade IIIB , sur une grossesse évolutive de 28SA. Vu l'âge avancé de la grossesse, décision d'instaurer une polychimiothérapie de type ABVD. L'accouchement s'est déroulé sans incidents en NOV 2012. Le traitement est complété par 5 cures d'ABVD + RT médiastinale: obtention d'une RP à l'issue. (75%). Actuellement la patiente est à 5 mois de RP.l'enfant est vivant et bien portant

Résultats :

Observation 3 : Mme C. M, âgée de 32 ans,mère de 2 EVBP,suivi pour maladie de Hodgkin diagnostique en Mars 2009,de type 2 histologique classée stade IIA. Par ailleurs elle signale une aménorrhée de quatre semaines : un dosage des BHCG est pratiqué révélant une grossesse évolutive de six semaines. Une interruption médicale de la grossesse est pratiquée le: 11/04/09. La malade reçoit une poly chimiothérapie de type ABVD (3cycles), suivie d'une RT (mantelet adapté + barre lombosplénique) avec obtention d'une RC à l'issue. Actuellement la patiente est à son 54ème mois de RC.Commentaire et discussion :L'association de maladie de Hodgkin et grossesse est rare, représente 1% dans notre série .Il existe un pic d'incidence de MDH coïncidant avec la période de fertilité et de reproductibilité chez les femmes, 3% d'entre elles présentent en même temps une maladie de Hodgkin et une grossesse; cette association nécessite une approche multidisciplinaire. L'objectif est d'optimiser les chances de guérison de la mère en 1ère intention tout en permettant la naissance d'un enfant en bonne santé si possible. A noter que l'âge avancé de la grossesse facilite l'approche thérapeutique car au premier trimestre, le risque tératogène de la chimiothérapie est élevé

Conclusion :

D'où nécessite de recourir à l'interruption médicale de la grossesse comme dans le 3eme cas, une mono chimiothérapie par Vinblastine ou Antracycline est aussi possible durant cette période, (surtout si la mère refuse l'ITG); et sera ensuite relayée au 2ème trimestre par une poly chimiothérapie. Au 2ème et 3ème trimestre, l'administration de l'ABVD est la plus recommandée (2), ce qui a été pratiqué au 1er car les résultats sont optimaux et très satisfaisants, même dans certains cas de maladie de Hodgkin à un stade avancé. Chez nos trois patientes, on note une issue favorable pour la mère et l'enfant

43-PARA GRANULOME DE POPPEMA ET LENNERT. A PROPOS DE 4 CAS

S. Bougherira, F. Grifi
Service hématologie - CHU Annaba

Introduction :
Lymphome hodgkinien nodulaire à prédominance lymphocytaire (LHNPL) historiquement appelé paragranoïde nodulaire de Poppema et Lennert, est une entité distincte sur le plan clinique, évolutif, morphologique et immuno-phénotypique. Il est rare, représente 3-8 % des lymphomes hodgkiniens.

But de l'étude:
Décrire les caractéristiques cliniques, immunohistochimiques ainsi que les modalités thérapeutiques. - Une revue de la littérature concerne ce type histologique particulier sera faite.

Matériel et Méthodes:
Il s'agit d'une revue de dossiers de 4 patients atteints de maladie d'Hodgkin dont la variété est le lymphome de Poppema Lennert.

Résultats :
La médiane d'âge est de 25,75 ans [22-29], tous du sexe masculin, pris en charge dans le service d'Hématologie depuis 2004. Le tableau clinique est caractérisé par un syndrome tumoral fait dans la majorité des cas d'adénopathies (axillaire, inguinale et profondes). Le diagnostic histologique était en faveur du lymphome nodulaire à prédominance lymphocytaire ; concernant le profil immunohistochimique, les cellules tumorales exprimaient le CD45, le CD20, les CD30 et CD15 étaient négatifs dans tous les cas. Le staging des patients selon la stratification d'Ann Arbor est comme suit : 2 patients étaient au stade IA, les 2 autres au stade IIIB. Les patients ont reçu une polychimiothérapie type ABVD chez un patient, CHOP (3 patients), le Rituximab, en association avec la chimiothérapie, a été indiqué chez un patient. La radiothérapie a été effectuée dans un cas. Sur le plan devenir, on déplore un décès ; les autres patients sont vivants avec un recul de 72 mois.

Conclusion :
LHNPL est une étape intermédiaire de la transformation maligne, représente une sous variété de maladie d'Hodgkin, lymphome B indolent. - Attitude thérapeutique non codifiée : RT localisée, chimiothérapie adaptée au risque et le choix d'un protocole adéquat, anti CD20. - Nécessité des études prospectives +++

44-LOCALISATION INTESTINALE DE LA MALADIE D'HODGKIN. A PROPOS D'UNE OBSERVATION EXCEPTIONNELLE

S. Bougherira, F. Grifi
Service hématologie - CHU Annaba

Introduction :
L'atteinte habituelle de la maladie d'Hodgkin est ganglionnaire. Nous rapportons l'observation exceptionnelle d'un patient atteint d'un lymphome de Hodgkin à localisation intestinale primitive.

But de l'étude :
Savoir évoquer le diagnostic de maladie de Hodgkin devant une atteinte digestive.

Matériel et Méthodes:
Patient de sexe masculin, âgé de 47 ans, sans antécédents pathologiques, présentant à l'admission une masse abdominale de siège hypogastrique isolée. L'ictonographie objective de nombreuses masses appartenant à l'intestin grêle. L'endoscopie digestive est sans particularités. Une résection intestinale emportant les masses à visée diagnostique a été faite avec étude histologique et immuno- histo chimique dont le diagnostic était en faveur du lymphome d'Hodgkin. Un bilan d'extension est alors réalisé, revenant négatif, classant le malade au stade IE d'Ann Arbor.

Résultats :
Le patient avait reçu un total de 4 cycles de chimiothérapie selon le protocole ABVD, ayant induit une réponse objective. Après un recul de 12 mois en rémission complète, le patient a rechuté et est décédé dans un tableau d'hémorragie digestive.

Conclusion :
Les localisations extra nodales au cours de la maladie d'Hodgkin peuvent exister. L'atteinte exceptionnelle de l'intestin en fait partie, et pose un

problème diagnostique, nécessitant parfois le recours à des examens invasifs.

45-INTEREST OF THE FACTORS FORECAST IN THE TREATMENT OF THE DISEASE OF HODGKIN SERVICE OF HEMATOLOGY HMRUC

Y. Attari, Dj. Lamara, W. Chehili, B. Bendjaballah
Service hématologie - HMRU Constantine

Introduction :
The disease of Hodgkin is one of the two types of the most frequent cancers of the lymphatic system. The other type, the lymphoma not hodgkinien, is also very frequent. The progress made in the diagnosis and the treatment of the disease of Hodgkin allowed a complete remission. The vital prognosis continues to improve after addition of the factors forecast which allowed guided various protocols of chemotherapies at the people reached of the lymphoma of Hodgkin

But de l'étude:
importance of the factors prognostics in the disease of Hodgkin

Matériel et Méthodes:
Between January 2013 and December 2013, we colligé 16 case of disease of Hodgkin in the service of hematology of the HMRUC from which these patients profited: Interrogation, complete clinical examination, an assessment of extension, assessment of evolutionarity and establishment of the factors forecast according to the stage anatomo-private clinic established. A specific treatment was established at all the patient with at some a radiotherapy

Résultats :
One distributed this study according to: the time diagnosis, the histological type, according to the stage starting from the classification of Year Arbor, and according to the factors forecasts established for each group The average time with the diagnosis is estimated at 6.7 months The scléro-nodular type majority is found among 14 patients either 87,5% and type I among 02 patients or 12,5% 04 patient have a stage localized either 25%, and 12 patient have a diffuse stage or 75% In the localized stages 03 patients were classified in the unfavourable groups and 01 patient classified in the favorable groups In the diffuse stages, 09 patients were classified in the unfavourable groups and 03 patients in the intermediate groups The answer to the treatment was marked among patients who presented a stage localized and diffuse in the favorable and intermediate groups; among patients who presented a diffuse stage in the unfavourable groups the rate of answer be of 63%

Conclusion :
The treatment of the disease of Hodgkin improved during the last decades thanks to the recent tests the use of new protocols of chemotherapy. The factors forecasts allowed best classified the patients in three groups: favorable, intermediate and unfavourable and to predict with precision the traditional rate of success of treatment among patients reached of lymphoma hodgkinien

46-LES CAUSES D'HOSPITALISATION DANS LA MALADIE D'HODGKIN

Hammani. L, Kaci. Z, Boutarane. .S, Boumaida. I, Arour. A, Berkouk. Y, Louanchi. L, Belhani. M, Neka. S
Service hématologie - CHU Beni Messous

Introduction :
La maladie d'hodgkin est une hémopathie maligne du tissu lymphoïde traitée en général en ambulatoire mais parfois elle nécessite une hospitalisation

But de l'étude:
déterminer les causes d'hospitalisation des patients atteints de lymphome hodgkinien dans notre service

Matériel et Méthodes:
Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 5 ans (de janvier 2008 au décembre 2013) 44 patients ont été hospitalisés durant cette période, une fiche a été établies pour le recueil à partir des dossiers d'hospitalisation : sexe, âge, stade de la maladie, cause et durée d'hospitalisation, ainsi que l'évolution.

Résultats :
Sexe ratio = 1,09 (23 femmes pour 21 hommes) Age moyen : 30 ans (entre 16 et 65) Stade selon ANN ARBOR : 25/44 cas (56.8%) au stade IV, 7/44

cas (15.9%) au stade III, 10/44 cas (22.7%) au stade II, 2/44 cas (4.5%) au stade I Pour les causes d'hospitalisation : 8/44 cas s'étaient des aplasies post chimiothérapie 34/44 cas pour chimiothérapie 7/44 cas, hospitalisés pour syndrome infectieux survenu sur une neutropénie sévère, il s'agit le plus souvent d'une pneumopathie, dont un patient a présenté une septicémie à pseudomonas aeruginosa. L'évolution était favorable chez 25/44 (57%) des patients, 12/44 (44%) décédé dans un délai moyen de 4 jours (de j1 à j10), dont 42% sont décédé par syndrome infectieux. La durée moyenne d'hospitalisation est de 07 jours (01 jour- 01 mois)

Conclusion :

Les patients qui présentent la maladie d'hodgkin nécessite parfois une hospitalisation, pour la mise en route d'une chimiothérapie intense devant la réponse incomplète ou la résistance au traitement fait en ambulatoire et les conséquences de cette chimiothérapie qui est l'aplasie.

47-AHAI PEUT REVELER UNE MALADIE D'HODGKIN

Chereti, Wadah

Service d'hématologie CHU SBA

Introduction :

Le lymphome de hodgkin est une hémopathie maligne clonale du tllss lymphoïde caractérisé par une prolifération maligne faite de cellules dystrophiques au sein d'un granulome inflammatoire. Cette cellule a la particularité de libérer des interleukines :IL3 ,IL5,IL6,et IL11 ,qui jouent un role pathogene par un mécanisme de dépression de l'immunité cellulaire T et surtout celles des T suprsseur,s en nombre et en fonction.Ceci explique l'activation du système d'hémolyse par stimulation polyclonale des lymphocytes B entrainant la libération des immunoglobulines de type IgG ou IgM à concentration plus élevé et plus affinée contre la structure membranaire des globules rouges .

But de l'étude:

Les cytopénie autoimmune sont des complications fréquentes au cour de la maladie d'hodgkin qui sont expliqués par une dysrégulation de système Immunitaire dont le pronostique est lié à l'évolution de la maladie.l'association AHAI et lymphome hodgkinien est exeptionnelle estimée entre 1à3% qui peut précéderou révé,ler la maladie d' hodgkin.

Matériel et Méthodes:

Patient de sexe mzsclulin âgé de 23 ans c'est présenté en consultation spécialisée dans un tableau de triade hémolytique complète fait d, un syndrome anémique sévère,un ictère conjonctivale et une splénomégalie associant une adénopathie cervicale de1 cm et autre axillaire de 1,5cm le tous d'évolution chronique dans un état générale altéré .Bilan biologique FNS::Hb:2,6g/dl(109fl,29%) réticulocytes:192000e/m 3,GB:7800e/mm3 ,plaquettes:250000e/mm3 FSP: macrocytose-erythroblastose périphérique,bilirubine nom comjugué élevé à 40mg/dl LDH élevé à 740UI/dl ces résultats comfirme l'AHAI pour laquelle le malade mis sous corticoïdes à raison de 1 mg/kg/j il s'ensuit une remonté de l'Hémoglobine à15 g/dl au bout de 3 semaine's de traitement. Le bilan étiologique revenant en faveur de la présence d'un syndrome tumorale médiastinale une IMT à0,38 et une splnénomégalie stade II de 16cm homogène à l'imagerie ,labiopsie gonglionnaire :lymphome hodgkinien scleronodulaire.le bilan d'extention regroupe 2ADP superficielle cervicale,axillaire de 1 et 1,5cm ,polyADP médiastinales parahillaire et inter bronchiques de 12 cm une SPM de 16cm ,moelle nom envahie,phosphatase alcaline normale. Le bilan d'évolutivité objective la présence d'une fièvre,sueurs nocturne et amaigrissement de 15 kg en 6 mois avec un bilan inflammatoire positif vs à 50mm/h fibrinogène à5 g/ dl ferritinémie à 80Mg/l au total notre malade présente un lymphome hodgkinien stade IIIB

Résultats :

Notre patient présente une maladie d'hodgkin stade IIIB type2 de lukes Ray de pronostic defavorable mis sous protocole ABVD.08 cures ont permis d'obtenir une rémlssion complete

Conclusion :

Anémie hémolytique auto-Immune peut précéder ou accompagner le debut de la maladie d 'hodgkin. Elle peut révéler également la rechute.Le pronostic de AHAI depend de l'évolution de la maladie.

48-HYPEREOSINOPHILIE MAJEURE REVELANT UNE MALADIE DE HODGKIN A PROPOS DE 2 CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE

Boudjelida, F. Talbi, SE. Belakehal, FZ. Ardjoun.

Service d'Hématologie HCA

Introduction :

Les hyper éosinophiles (HE) majeures sont définies par un chiffre de polynucléaires éosinophiles (PNE) > 1500 mm3. L'orientation diagnostique devant une HE majeure dépend principalement des éléments cliniques suivants ; prise médicamenteuse, notion de voyage en zone d'endémie parasitaire ou d'exposition à une parasitose, et. les antécédents personnels allergiques Elle peut accompagner, voire précéder la survenue de nombreuses néoplasies solides, ou hématologiques lymphomateuses en particulier le lymphome de Hodgkin .Nous rapportons 2 observations

But de l'étude:

Observation N°1 : patient M.A âgé de 34 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, adressé chez nous pour exploration d'une hyper éosinophilie de découverte fortuite. . à L'examen clinique : Il rapporte la notion d'amaigrissement progressif non chiffré. Absence de signes d'insuffisance médullaire, ni de syndrome tumoral périphérique. l'hémogramme retrouve une hyperleucocytose modérée à 25.000 elts/mm3,un taux de Hb : 13 g/dl, un taux de PLQ : 200.000 elts/mm3, hyper éosinophilie à 30% (7500 elts/mm3). Un bilan étiologique est réalisé : dosage d'IgE normal, parasitologie des selles négative. .un TLT et une échographie abdominopelvienne : sans anomalies. La PBO retrouve une hyperplasie de la lignée granuleuse avec hyper éosinophilie avec absence des cellules extra hématologique. En 15 jours, apparition d'adénopathies cervicales déformant le cou, sensibles et compressives. la biopsie ganglionnaire complété par l'immunohistochimie confirme le diagnostic de maladie de Hodgkin ., malheureusement le malade décède en cours d'induction suite a un choc septique.

Matériel et Méthodes:

Observation N°2 : patient B.I âgé de 46 ans, sans antécédents pathologique présentant une hyper leucocytose de découverte fortuite à 25.900 elts/mm3 avec hyperéosinophilie à 12.500 elts/mm3 . . L'examen clinique est normal, bilan étiologique est pratiqué ne révèle pas d'anomalie, PBO : mise en évidence d' une hyperplasie de la lignée granuleuse, avec des signes de dysgranulopoïese et une hyper éosinophile importante faisant évoquer une leucémie à éosinophile. Après 6 mois d'évolution on note l'apparition d'une adénopathie inguinale dont la biopsie a permis de poser le diagnostic de maladie de Hodgkin .Le patient classé stade IVBb et traité par 4 cycles de poly chimiothérapies type BEACOPPesc avec obtention d'une rémission complète a l'issue.

Résultats :

Commentaire : la physiopathologie de l'HE peut s'expliquée par une expansions lymphocytaires T avec phénotype aberrant(1) (le plus souvent CD3-CD4+ ou CD3+CD4-CD8-), dont le caractère clonal semble être présent dans la moitié des cas . L'étude du profil de sécrétion cytokinique a permis de caractériser la polarité Th2 de ces proliférations lymphoïdes, l'HE étant alors la conséquence de l'hypersécrétion d'IL-3 et surtout d'IL-5. L'HE majeure peut poser un problème de diagnostic différentiel avec la leucémie a éosinophile particulièrement si ya pas de syndrome tumorale

Conclusion :Le diagnostic étiologique de l'HE peut être par fois complexe : les étiologies sont diverses et nombreuses. Couvrant l'ensemble des spécialités médicales. Une hémopathie maligne notamment lymphoïde doit être éliminée. La rechercher un syndrome tumoral périphérique et profond doit être envisagé devant toute hyper éosinophilie persistante.

49-THYROIDECTOMIE AVEC CURAGE GANGLIONNAIRE REVELANT UN LYMPHOME DE HODGKIN A PROPOS D'UN CAS

Ait-Ahmed. F, Dali. N, Mefti. M, Makhloufi. H et Ait Ali. H

Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin atteint le plus souvent le sujet jeune. L'expression clinique comporte, dans 80% des cas, un syndrome tumoral ganglionnaire, le plus souvent cervical ou sus claviculaire, dans 10% des cas, elle est découverte par des adénopathies médiastinales mise en évidence sur une radiographie thoracique réalisée de manière fortuite ou à l'occasion d'une compression (toux- dyspnée ou douleur). Enfin, dans 10% des cas par des signes généraux.

But de l'étude:

Nous rapportons un cas où la circonstance de découverte était particulière. Il s'agit d'une Thyroïdectomie avec curage ganglionnaire où le diagnostic cytologique initial était en faveur d'une néoplasie primitive de la Thyroïde avec métastase locorégionale, et par surprise, l'étude anatomo-

pathologique du ganglion révèle un lymphome de Hodgkin.

Matériel et Méthodes :

Mme K.B, âgée de 47 ans, est suivie pour un Goitre. Elle a bénéficié une Thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire dont l'étude anatomo-pathologique a révélé un lymphome de Hodgkin scléro nodulaire CD30+ CD15+ sans infiltration thyroïdienne d'où son admission dans notre service. L'examen clinique ne retrouve pas de syndrome tumoral périphérique. Le bilan d'extension du lymphome de Hodgkin objective des adénopathies médiastinales avec un ITM à 0,30, confirmées par la tomodensitométrie thoracique qui montre de multiples adénopathies paratrachéales et des loges médiastinales de taille variable réalisant des magmas. La patiente est classée selon la classification d'ANN ARBOR et les facteurs pronostic EROTC : stade IIB défavorable. Elle est mise en rémission complète par une chimiothérapie (04 cures ABVD) suivie d'une radiothérapie complémentaire type (Mantelet complet + médiastin avec barre lombo splénique à dose 40 gry).

Résultats :

La patiente est vivante en rémission complète avec un délai de suivi de 33 mois.

Conclusion :

La découverte d'un lymphome de Hodgkin suite à une thyroïdectomie est rare d'où l'intérêt de l'étude histologique des pièces biopsiques.

50-LOCALISATIONS OSSEUSES REVELATRICES DE LA MALADIE DE HODGKIN

I. Boumelha, F.Talbi, SE. Belakehal ,FZ. Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Les localisations osseuses de la maladie de Hodgkin se voit dans 10 à 20% des cas et elles sont révélatrices de la maladie dans 2%des cas.

But de l'étude :

Parmi les 80 cas de maladie de Hodgkin diagnostiqué entre 2008 et 2013 ,2 cas révélé par des atteintes osseuses que nous rapportant :

Matériel et Méthodes (Objectifs ou Observations) :

Observation N°1 :

Mr BT âgé de 31ans, connu du service d'hématologie pour maladie de Hodgkin diagnostiquée en Mai 2012 sur PBO. Le patient présente des signes généraux, des douleurs osseuses dorsolombaires intenses, d'allure inflammatoire évoluant depuis 3 mois sans syndrome tumoral périphérique. A l'hémogramme une anémie modérée à 9g/dl normocytaire normochrome avec un taux de globules blancs et de plaquettes normal, le TLT : une opacité basale droite , IMT à 0,25,La TDM TAP : des adénopathies médiastinales, abdominales, splénomégalie hétérogène et des lésions lytiques de L3-L4,la TDM vertébrale : des lésions vertébrales étagées L3, L4 et absence d'envahissement canalaire. Une polychimiothérapie type BEACOPP est instaurée avec échec à l'issue, un traitement de 2ème ligne soldé aussi par un échec, le patient est actuellement sous traitement de 3ème ligne.

Observation N°2 :

Mr GH, âgé de 25 ans est hospitalisé en mai 2009 au service de rhumatologie pour exploration de rachialgies chroniques avec poly arthralgies évoluant depuis 13 mois . Le patient présente des signes généraux, L'examen physique de l'appareil ostéo-articulaire retrouve une raideur rachidienne avec contracture des muscles para-vertébraux ,l'examen neurologique est sans particularité,la palpation des aires ganglionnaires révèle des adénopathies latéro-cervicales bilatérales centimétriques, dont la biopsie conclu à une MDH .Au TLT : élargissement latéro-trachéal supérieur droit, la Radiographie du rachis D-L : un tassement vertébral cunéiforme en D 11,la TDM TAP : adénopathies médiastinales et abdominales,une rate nodulaire. la Scintigraphie osseuse au gallium : foyers d'hyper fixation au niveau du crâne, manubrium sternal, rachis (D11) et au niveau de l'extrémité inférieure du fémur droit. A J8 de son hospitalisation, apparition d'une monoparésie du membre inférieur gauche, des reflexes achilléens, rotuliens et cutané-abdominaux abolis. L'IRM du rachis objective une coulée tumorale épidurale s'étendant de L2 à S1 engainant le fourreau dural à extension foraminale vers les parties molles. Le patient reçoit un bolus de corticoïdes à 1 g/m², une radiothérapie centrée sur le rachis à 40 gy, ainsi qu'une polychimiothérapie de type ABVD avec bonne évolution clinique. À la TDM TAP : persistance de la coulée tumorale épidurale et disparition des adénopathies sus et sous diaphragmatiques. Après 27

mois de RC, le malade présente une rechute hépatique, un traitement de deuxième ligne est instauré, mais sans résultats.

Résultats :

Commentaire et conclusion :

L'atteinte osseuse révélatrice d'une maladie de Hodgkin est rare (1,2 -5%),[ref :1], dans notre étude (2,5%), le délai de diagnostic est tardif de 6 mois[ref :2]. Les atteintes neurologiques sont associées aux atteintes osseuses,[ref ; 3] .Cliniquement l'atteinte osseuse se manifeste par des douleurs localisées intenses d'allure inflammatoire touche le rachis dans 75% des cas expliquant les sciatalgies[ref :2] ; les os atteints par ordre de fréquence sont : le rachis dorsolombaire ,le bassin ,les cotes ,le fémur et sternum

Conclusion :

Le diagnostic de la maladie de Hodgkin avec atteinte osseuses isolée est difficile et tardif avec un délai plus long, l'ensemble des éléments cliniques et para clinique évocateurs doivent amener à la réalisation des explorations nécessaires. En effet, même si l'IRM peut être contributive pour suspecter le diagnostic pratiquer le bilan lésionnel et suivre l'évolution sans et après traitement .Le diagnostic reste histologique et si la 1ere biopsie ostéomédullaire est normale il faut la refaire en changeant de siège et de coté.

51-LES LOCALISATIONS EXTRAGANGLIONNAIRE REVELATRICE DU LYMPHOME HODGKINIEN.

F. Ouaddah, A. Hadjeb, A. Maghraoui, Z. Zemri, A. Ramdani
Z. Zouaoui

Service Hématologie, CHU Sidi Bel Abbas

Introduction :

La maladie d'hodgkin est essentiellement ganglionnaire. -les localisations extraganglionnaire révélatrice de la maladie d'hodgkin sont rare voir exceptionnelle.

But de l'étude:

Répertorier les cas de lymphome hodgkinien de révélation inhabituelle.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit de 2 cas de maladie d'hodgkin avec un mode de révélation exceptionnelle, pour chaque cas nous avons déterminé les circonstances de découverte du lymphome hodgkinien, le stade et le type de la maladie ,le traitement reçu et évolution de MDH.

Résultats :

1 cas : -il s'agissait d'une femme âgée de 41 ans suivie pour cervicalgies chronique rebelle au traitement médical , compliquée de tétraplégie avec altération progressive de l'état général. -hospitalisation au service de neurochirurgie : -une IRM cervical :un processus lésionnel intracanalair avec infiltration osseuse. - une laminectomie plus une biopsie de cette masse : maladie d'hodgkin type 2. -TRT : chimiothérapie (8 cures) complété par radio thérapie. -Evolution : favorable sur le plan clinique et radiologique. 2 cas -Patient âgé de 62 ans sans ATCD particulier, consulte en ophtalmologie pour une exophtalmie de l'œil gauche évoluant depuis 3ans. -TDM craniofacial : processus tissulaire dense hétérogène développé aux dépens de structures neuromusculaire retrooculaire de l'orbite gauche. -Evolution : apparition de 2 adénopathies cervical droite et gauche -biopsie : maladie d'hodgkin type 2 -bilan d'extension : est revenu normal . - malade classé stade 4 oculaire. -TRT : 8cures ABVD. - évolution: régression total du syndrome tumoral et de l'exophtalmie.

Conclusion :

La maladie d'hodgkin dans sa localisation inhabituelle reste préoccupante à cause du retard diagnostique. -une meilleur connaissance clinique permet le diagnostique précoce qui pourrait améliorer le pronostique

52-NEOPLASIE SECONDAIRE AU TRAITEMENT DU LYMPHOME DE HODGKIN

H. Mansour, F. Talbi, N. Ould Kablia, A. Kezzou, Y. Ghassoul
S .Oussalah, F/Z. Ardjoun

Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

La maladie de Hodgkin survient le plus souvent chez les enfants, adolescents et jeunes adultes. Le traitement combiné par radio-

chimiothérapie a amélioré son pronostic mais a également augmenté le risque de complications tardives, dont l'apparition de cancers secondaires.

But de l'étude:

Nous rapportons 3 cas de lymphome de Hodgkin compliqués de néoplasie secondaire.

Matériel et Méthodes:

Observation 1 : Patiente B .H âgée de 45 ans qui présente un lymphome de HDK, stade IIA, traité par 3 cures d'ABVD , complétées par radiothérapie, avec obtention d'une rémission complète, 11 ans plus tard, elle développe un cancer du sein droit, une mastectomie a été réalisée, complétée par chimiothérapie. Actuellement, elle est toujours vivante a 18 ans de RC .
Observation 2 : Patiente M.N, âgée de 46ans, présente un lymphome de HDK stade IIIAa, elle est traitée par 3 cures d'ABVD, avec obtention d'une RC, complété par une radiothérapie. 3 ans plus tard, elle développe un cancer du sein, traité par mastectomie et complétée par chimiothérapie. Actuellement, elle est vivante, a 5 ans de RC
Observation 3: Patient B.T âgé de 48 ans, présente un lymphome de HDK, stade IIA type 3 histologique, traité par 3 cures d'ABVD , complétées par une radiothérapie, avec obtention d'une RC. 4 ans plus tard, le patient présente un LMNH de type folliculaire avec atteinte colique. Il est traité par CHOP. Par ailleurs le patient présente un carcinome de la vessie, traité chirurgicalement. Un an plus tard, le patient a développé un glioblastome, mais malheureusement, le patient est décédé 4 mois plus tard.

Résultats :

Les tumeurs solides secondaires sont observées principalement après la cinquième année ; leur incidence atteint 10 à 15 % la quinzième année, et continue d'augmenter même après 20-25 ans de recul. (1),(2) -Les cancers du sein représentent 6,3 à 9% des néoplasies secondaires après traitement pour maladie de Hodgkin, motivant une surveillance sérologique précoce et régulière. Si la mastectomie est réalisée, la radiothérapie et la chimiothérapie sont modulées, selon le traitement reçu pour la maladie de Hodgkin. (1) -Les lymphomes non hodgkiniens secondaires surviennent 5 à 15 ans après le traitement initial ; le taux d'incidence cumulé à 15 ans varie entre 1 et 4-5 % (3) Les facteurs susceptibles de favoriser son développement sont : un âge avancé, le sexe masculin, le type histologique à prédominance lymphocytaire, l'association radio-chimiothérapie. (4)

Conclusion :

Les patients traités par chimiothérapie et en particulier par radiothérapie, sont à haut risque de développer des cancers secondaires, afin de les minimiser, des mesures de prévention : par la désescalade thérapeutique, en particulier dans les stades localisés, et par le dépistage chez les jeunes patients potentiellement à risque.

53-POPPEMA OR NHL B : ABOUT AN OBSERVATION

Z. Brahimi, L. Touati, N. Lakhdari
Service d'hématologie / Chu Béjaia

Introduction :

We report the case of patient Djelloul C. , aged 36 , followed in March 2013 for a left 4 cm in diameter lasting for seven months axillary lymphadenopathy. Lymph node FNA for a granulomatous lymphadenitis .

But de l'étude:

Our objectif is to show that it is difficult to make the diagnosis between Poppema and NHL B

Matériel et Méthodes:

A biopsy of the lymph node cells described popcorn in an inflammatory granuloma but evokes a diagnosis as Hodgkin's disease mixed cellularity . A second biopsy in May 2013 found NHL B CD 20 + and CD 3 +. Before the pauci symptomatic clinical , pathologic description evokes a paraganuloma of nodular - Lennert we opted for abstention and surveillance. After 09 months , there has been an increase in volume of lymphadenopathy (07/04cm), a 3 rd excisional biopsy confirms the NHL still large B-cell -rich CD 20 + cells and CD3 + . CD 30 - and CD15 - . We put the patient in the R -CHOP . 10.02.2014 the .

Résultats :

discussion Hodgkin's disease nodular lymphocyte predominance called para nodular granulomas and Lennert , is a rare (3-5 % of cases of Hodgkin's disease) , currently recognized as distinct from classical Hodgkin 's disease (MHC) . It corresponds to a B-cell lymphoma) and indolent

may resemble morphologically and phenotypically in classical Hodgkin 's disease lymphocytes or rich large B-cell lymphoma rich in T lymphocytes, or NHL Angioimmunoblastic or anaplastic . The distinction between these three rare diseases is difficult but necessary for their treatment and prognosis are different.

Conclusion :

The MHNPL is characterized by a proliferation of tumor cells such as « popcorn » - CD20 + CD30 + CD15 -EMA + BCL6 dispersed on a cell bottom composed mainly of small cells arranged in B nodules.

54-LOCALISATION CUTANEE AU COURS DE LA MALADIE DE HODGKIN A PROPOS DE 04 CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE

A. kezzou, F. Talbi, H. Mansour, Y. Ghassoule, K. Djouadi
F/Z. Ardjoun.

Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

L'atteinte cutanée dans la maladie de Hodgkin est rare elle représente 0,5à7, 5% selon les données de la littérature .Elle peut se voir dans les stades avancés de la maladie et indique un mauvais pronostic. Dans notre série, sur un total de 286 cas de MDH diagnostiqués entre (Janvier 88 et Décembre 2012), une localisation cutanée a été observée dans 4 cas.

But de l'étude:

Matériels et méthodes : sur une série de 286 cas de maladie de Hodgkin une localisation cutanée est retrouvée dans 04 cas. Le diagnostic histologique de MDH est posé sur la biopsie ganglionnaire ou prélèvement tissulaire . Le diagnostic de localisation cutanée est posé sur une biopsie des nodules cutanés dans 2cas et une ponction avec aspect cytologique fortement évocateur dans les 2 cas restant. Nous rapportons 04 cas

Matériel et Méthodes:

Observation n°1: Patient Z .M, âgé de 38 ans, admis en Hématologie pour maladie de HDK, classé stade IIIBb.Traité par polychimiothérapie de type MOPP /ABV (3 cycles). Après 6 mois d'évolution, apparition de nodules cutanés mesurant entre 0,5 et 1 cm de diamètre, sensibles, de couleur violacée, en regard de l'omoplate. La biopsie de ces nodules conclue à une localisation secondaire de sa maladie, le patient bénéficie d'un traitement de rattrapage mais sans résultat, mis sous traitement palliatif, il décède dans un tableau de détresse respiratoire.Observation n°2 : Patient S .A âgé de 22 ans, adressé dans notre service pour maladie de HDK type 2 histologique stade IIIBb, traité par polychimiothérapie (protocole hybride: MOPP-ABV) soldée par un échec. Un protocole de rattrapage de type ESHAP est alors instauré ; mais sans réponse, d'où sa mise, dans ce cas aussi, sous traitement palliatif. Après une année d'évolution, apparition de nodules cutanés violacés, siégeant au niveau de la région sternale et axillaire. L'étude cytologique a retrouvé un aspect fortement évocateur d'une maladie de Hodgkin . L'issue a été rapidement défavorable avec le décès du patient dans un tableau de défaillance multi viscérale.

Résultats :

Observation n°3 : Mr A.H, âgé de 29 ans, suivi pour maladie de Hodgkin, type 2 histologique, stade IIB. Traité par poly chimiothérapie type ABVD 04 cycles : réponse >50%; 02 cycles rajoutés + RT Médiastinale : une réponse > 75% est obtenue, d'où abstention thérapeutique avec surveillance régulière. Une reprise évolutive est observée 4 mois après la fin du traitement avec atteinte disséminée, apparition de micronodules sous cutanés de couleurs violacés siégeant au niveau mammaire et axillaire antérieure gauche. La biopsie avec étude immunohistochimique conclue à une localisation cutanée de HDK. Un traitement de deuxième ligne est mis en route : protocole BEACOPP renforcé (6 cycles) avec échec à l'issue, un résultat similaire est obtenu par le protocole DHAP. Le patient est alors mis sous traitement palliatif et suivi régulièrement en HDJ .Observation n°4 : Mr C.A âgé de 21ans, suivi pour HDK en Janvier 2007 type 2 histologique, classé stade IIAb. Ce patient suivi en oncologie depuis Juin 2003 pour thymome et traité par plusieurs protocoles de chimiothérapie avec échec à l'issue.Devant l'apparition d'un syndrome tumoral périphérique, une biopsie est pratiquée l'examen histologique :HDK, Il présente des nodules violacés intéressant la base du cou: la ponction de ces lésions : aspect compatible avec une localisation IIaire de sa maladie (HDK). Cas nodules sont apparus après 4 ans d'évolution. Le patient décède en échec thérapeutique ,Discussion : La localisation cutanée de la maladie de Hodgkin est rare, voir(4), représente 1,3% dans notre série (ce qui rejoint les données de la littérature),se présente sous forme de nodules cutanés violacés ou de

papules ou encore de tumeurs ulcérées(1), qui isolés ou associés. Chez nos patients l'atteinte cutanée est représentée par des nodules violacés, de localisations différente. Chez nos patients il s'agit probablement d'une atteinte par voie lymphatique rétrograde distale de ganglions envahis. Quel que soit le mécanisme d'invasion cutanée, l'atteinte cutanée accompagne souvent les stades avancés ou les rechutes leur conférant un mauvais pronostic (3). Dans notre série, 3 patients sont décédés, un seul malade est vivant en échec thérapeutique.

Conclusion :

Dans notre série, 3 patients sont décédés, un seul malade est vivant en échec thérapeutique. Conclusion : L'atteinte cutanée au cours de la maladie de Hodgkin reste rare, elle se voit dans 0,5 à 7,5% des cas. Les lésions cutanées peuvent être de différents aspects ; elles sont l'apanage des stades avancés et corrélées à un mauvais pronostic.

55-ASSOCIATION CONCOMITANTE D'UNE MALADIE DE HODGKIN ET D'UN CANCER DU COL (A PROPOS D'UN CAS)

S. Menai, L. Louanchi , M. Ramaoun , C. Kerar, S. Nekkhal, M. Belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Les progrès thérapeutiques ont permis d'améliorer la survie à long terme des patients atteints de maladie de Hodgkin , mais les complications malignes les plus redoutables sont le risque accru du développement des néoplasies secondaires . Mais l'association d'une néoplasie primitive à une maladie d'Hodgkin n'a pas été décrite.

But de l'étude:

Rapporter et décrire un cas de deux néoplasies associées.

Matériel et Méthodes:

Patiente âgée de 68 ans, mère de 6 enfants, aux antécédents familiaux de mère traitée et décédée par une néoplasie du col utérin. Le début des troubles remonte à décembre 2010 par un saignement gynécologique, frottis et biopsie du col avec étude anatomopathologique faites conclue à un carcinome épidermoïde à petites cellules parallèlement apparition d'adénopathie latérocervicale haute gauche. L'exploration radiologique cavaire retrouve un magma d'adénopathies latérocervicale gauche dont la plus volumineuse mesure 3cm de diamètre avec comblement inflammatoire des sinus maxillaire, éthmoïdal et médio frontal, la malade a reçu une curithérapie. Une biopsie ganglionnaire faite deux mois plus tard concluant à une maladie d'Hodgkin (CD30 +, CD15+ et CD20+ sur les zones B) . L'examen clinique a révélé une patiente avec un état général moyen, sueurs nocturnes et magma d'adénopathies cervicales hautes gauches de 6 cm de diamètre. Le bilan d'extension a permis de classer notre patiente en IIBb selon Ann Arbor Traitement : -Chimiothérapie 4 ABVD+ radiothérapie ganglions cervicaux (HMB) + sus-claviculaire+ médiastin 40 Gray associée à une barre lombo-splénique 30 Gray -Evolution : rémission hématologique incomplète est obtenue, malade décédée un an plus tard suite aux complications infectieuses pulmonaires (pneumopathie) .

Résultats :

Commentaire : -L'incidence des tumeurs solides secondaires après traitement de la maladie d'Hodgkin peut atteindre 10 à 15% à la quinzième année. -La radiothérapie semble avoir un rôle majeur dans la survenue des néoplasies secondaire. -L'association concomitante d'un néo du col et d'une maladie d'Hodgkin n'a pas été décrite s'agit-il d'un terrain familial de néoplasie gynécologique ou d'une association fortuite ?

Conclusion :

L'association de deux cancers chez la même patiente peut se voir ainsi qu'un terrain familial de survenue de cancers sont décrites posant un problème de priorité de prise en charge et de protocoles à adapter au malade.

56-LES FORMES SOUS-DIAPHRAGMATIQUES ISOLEES DANS LA MALADIE DE HODGKIN

C. Aboura, L. Louanchi, M. Ramaoun, L. Hammani, M. Ammari
S. Nekkhal, M. Belhani
Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Dans le lymphome de Hodgkin (LH) les formes à début sus diaphragmatique sont les plus fréquentes. L'atteinte sous-diaphragmatique isolée est rare

3.3%, elle est plus fréquente chez les sujets entre 30 et 40 ans, Avec une nette prédominance masculine; le traitement associe chimio et radiothérapie

But de l'étude:

les particularités de l'atteinte sous diaphragmatique isolée du lymphome de Hodgkin

Matériel et Méthodes:

De janvier 2003 à décembre 2013, nous avons exploité 377 cas de maladies de Hodgkin suivis dans le service d'Hématologie du CHU Beni Messous, notre étude a porté sur 09 cas de Hodgkin avec localisation sous diaphragmatique

Résultats :

Nous avons colligé 9 cas uniquement (2.4%) de LH avec atteinte sous diaphragmatique isolée, L'âge moyen est de 49 ans (17 - 78 ans), le sexe féminin prédomine (sex-ratio = 0,8). Il s'agit presque quasiment de maladie de Hodgkin de type scléronodulaire. L'immunohistochimie a été réalisée pour affirmer le diagnostic dans 03 cas uniquement. Les stades cliniques II B sont prédominants (07 cas) ainsi que les signes d'évolutivité cliniques et biologiques (08 cas sur 9). Le délai diagnostic est long (supérieur à 6 mois chez 6 patients : 66% des cas) Sur 9 patients la RC a été obtenue chez 06 malades, 04 traités par chimio et radiothérapie les 2 autres avec chimiothérapie seule. Un seul échec thérapeutique, et deux perdus de vue avant toute évaluation thérapeutique

Conclusion :

La localisation sous diaphragmatique isolée reste une forme rare. Savoir y penser devant un syndrome tumoral intra abdominal non compressif, des signes généraux.... La précocité du diagnostic positif évite les formes disséminées et permet l'obtention de bons résultats thérapeutiques.

57-HYPEREOSINOPHILIE ET MALADIE D HODGKIN

M. Messasset, A. Kentache, A. Amara Korba, W. Hadadi, I. Behar, Gabis, Beloucif, B. Bioud.
Service pédiatrie / CHU Sétif

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une maladie maligne du système lymphatique observée surtout chez l'adulte jeune, l'adolescent et le grand enfant. L'incidence de la maladie Hodgkin chez l'enfant est de 12,1 par million. Traitement repose sur l'association radiothérapie et chimiothérapie

But de l'étude:

Evaluer l'intérêt du dosage initial de l'hyperéosinophilie dans le diagnostic biologique de la maladie d'hodgkin

Matériel et Méthodes:

Notre étude est retrospective et analytique portant sur 47 dossiers d'enfants atteints de la maladie d'Hodgkin sur une période de deux ans (2012-2013) hospitalisés au service de pédiatrie CHU SETIF Démontrer l'utilité du dosage de l'éosinophilie dans l'évolution de la maladie et sa surveillance.

Résultats :

age moyen:8ans sexe:predominance masculine 100% d'hyperéosinophilie au diagnostic initial avec un taux plus élevé pour les stades GMHII GMHIII

Conclusion :

Etroite relation et intérêt du dosage initial de l'éosinophilie dans la maladie d'hodgkin

58-LYMPHOME DE HODGKIN REVELE PAR UNE COMPRESSION MEDULLAIRE : A PROPOS DE DEUX CAS

F. Ait-Ahmed, O. Ouanes, N. Dali, H. Attise et H. Ait-Ali
Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une affection tumorale du tissu lymphoïde caractérisée par la présence de cellules de Sternberg-Reed, révélé dans 80% des cas par une adénopathie périphérique (surtout cervicale), dans 20 % des cas par des adénopathies médiastinales ou des signes généraux. Les atteintes neurologiques en dehors de l'épidurite parfois révélatrice et de complications iatrogènes sont de type périphérique par compression.

But de l'étude:

Nous rapportons ici deux cas de maladie de Hodgkin révélées par une compression médullaire.

Matériel et Méthodes:

Observation 1 : Il s'agit d'un patient âgé de 27 ans, sans antécédents pathologiques, dont les symptômes remontent à 5 mois par l'apparition de dorsalgies et paresthésies des membres évoluant vers une paraplégie. Ce qui a motivé la pratique d'une IRM médullaire révélant une compression médullaire. Une laminectomie a été pratiquée en urgence avec biopsie exérèse d'une tumeur infiltrant l'os et engainant la moelle épinière. L'étude anatomopathologique montre un lymphome de Hodgkin avec CD30+, CD15+ et CD20-. A l'admission le patient est en bon état général se plaignant de para parésie, l'examen met en évidence un signe de Babinski bilatéral et des ROT vifs, sans syndrome tumoral périphérique avec des signes généraux (fièvre + sueurs). Le bilan d'extension a révélé des adénopathies médiastinales (IMT = 0,52) et abdominales de 11 à 18mm. Donc il s'agit d'un LH stade IIIE B risque standard. Le patient a reçu 4 cures ABVD mais sans résultat, d'où la décision de mettre le traitement de relais DHAP, il est décédé après le 1er DHAP par une hémorragie digestive.

Résultats :

Observation 2 : Il s'agit d'un patient âgé de 19 ans, sans antécédents pathologiques, admis en pour prise en charge d'un lymphome de Hodgkin. Le début de la symptomatologie remonte à 1 mois, marqué par des paresthésies des membres inférieurs, puis une paraplégie. Une IRM est demandée montre un processus tumoral médiastinopulmonaire avec extension au corps vertébral du C7. Le patient a bénéficié une Laminectomie dont l'étude anatomopathologique et immunohistochimique révèle un lymphome de Hodgkin type scléronodulaire CD15+ et CD30+. L'examen clinique retrouve une paraplégie sans syndrome tumoral périphérique. Le bilan d'extension n'a retrouvé qu'une localisation médiastinale (IMT=0,29). Donc il s'agit d'un lymphome de Hodgkin stade IIEA. Il a été traité par 4 cures ABVD ayant permis une rémission complète mais sans récupération de sa paraplégie, malheureusement il est décédé avant la radiothérapie par syndrome infectieux sévère.

Conclusion :

La compression médullaire constitue une urgence diagnostique et thérapeutique car tout retard peut conduire à l'installation d'une paraplégie/tétraplégie complète et définitive. Tout patient suspect d'avoir une compression médullaire doit être transféré en urgence en milieu neurochirurgical pour définir les meilleures modalités thérapeutiques.

59-LOCALISATION HEPATIQUE DANS LE LYMPHOME DE HODGKIN

H. Mansour, F. Talbi, N. Ould Kablia, A. Kezzou, Y. Ghassoul
S. Oussalah, F/Z. Ardjoun
Service hématologie, HCA, Alger

Introduction :

La maladie de Hodgkin est une maladie maligne du système lymphatique observée surtout chez l'adulte jeune ; l'atteinte hépatique est évoquée devant la présence d'une hépatomégalie, un syndrome de cholestase et/ou des lésions hépatique radiologique. Il est rare que l'atteinte hépatique révèle l'hétopathie.

But de l'étude:

Notre étude analyse, leurs caractéristiques, cliniques, biologiques, et évolutives

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur une période de 25 ans (1988-2013), nous avons considéré une atteinte hépatique, sur le plan clinique : une hépatomégalie, sur le plan biologique un syndrome de cholestase avec un taux de PAL > 2X la normale, et ou présence sur le plan radiologique de lésions focales. la biopsie hépatique n'est pas pratiquée de manière systématique. En raison d'une atteinte hépatique, tous les patients sont classés stade IV selon la classification d'ANN ARBOR.

Résultats :

Parmi 286 patients, nous avons noté 30 cas (10 %), 8 dossiers non exploitables, donc 22 cas ; 18 H et 4 F, sex- ratio= 4,5; avec un âge moyen de 37 ans, 2 patients (9%) sont classés type 1 histologique, 5 patients (22%) type 2, 11 patients (50%) type 3, 2 patients (9%) type 4, et chez 2 patients, non précisé. 3 patients présentent un ictère (13%), une hépatomégalie est retrouvée chez 7 patients (31%), une hépato-splénomégalie chez 6 patients (27%), une splénomégalie chez 8 patients (36%). Chez tous les patients,

le taux des PA est élevé, en moyenne 672 U/L. L'échostructure hépatique est normale chez 11 patients (50%), une hépatomégalie, chez 7 patients (31%), un foie nodulaire chez 5 patients (22%), une splénomégalie ou présence d'une rate nodulaire sont chez 14 patients (63%). La PBF est réalisée chez 3 patients, 2 non concluantes et dans 1 cas, une infiltration par un lymphome de HDK qui a été le mode de révélation de la maladie. Une infiltration médullaire chez 6 patients (27%). 16 patients sont traités par IABVD, et 6 patients par IMOPP/ABV, une RC est obtenue chez 10 patients (45%), une RP chez 8 patients (36%), un échec chez 1 patient (4%), et 3 patients (13%) sont décédés en cours de traitement.

Conclusion :

Dans le lymphome de HDK, la PBF étant invasive et peu concluante dans la majorité des cas, sa réalisation reste exceptionnellement effectuée. Une atteinte hépatique initiale est facilement évoquée, devant les perturbations cliniques, biologiques et/ou radiologiques, par contre en cours d'évolution, elles peuvent prêter à confusion, car elles peuvent être en rapport avec la chimiothérapie qui est hépatotoxique.

60-THROMBOSE ET MALADIE DE HODGKIN

Sahraoui, Talbi, Belakehal
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Il est clairement admis que les cancers représentent un facteur de risque de thrombose. La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est la seconde cause de mortalité en onco-hématologie. Elle est rare au cours du Lymphome Hodgkinien (LH), nous rapportons 04 cas de thrombose compliquant cette pathologie.

But de l'étude:

Définir les populations de lymphome Hodgkinien à risque thrombotique élevé, à qui des approches prophylactiques pourraient être préférentiellement appliquées.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive de 2008 et 2013 portant sur 80 patients suivis pour maladie de Hodgkin. Nous avons pratiqué systématiquement un examen clinique complet, un hémogramme avec une étude cytologique du frottis ganglionnaire ainsi qu'une étude histologique avec immunohistochimie. Le bilan d'extension radiologique comprend tléthorax, scanner thoracoabdomino pelvien, et analyse histologique de la biopsie ostéoméduleaire, bilan d'évolutivité puis classification Ann Arbor, score pronostic selon IPS et EORTC. Un bilan d'hémostase standard est systématiquement réalisé.

Résultats :

° Sur les 80 patients, nous avons colligé 4 événements thrombotiques (ET) ° 4 hommes, âge médian = 28 ans [22-36]. Groupe défavorable. ont présenté des thromboses en cours de chimiothérapie. 1er cas : stade I X, Bulky médiastin, taux Hb à 14g/dl, bilan d'hémostase standard sans anomalies. A présenté une thrombose de la Veine cave supérieure découverte fortuitement lors du bilan d'évaluation du traitement. 2e cas : Stade III BbE, taux Hb à 14g/dl, bilan d'hémostase standard sans anomalies. Thrombose de la veine cave inférieure découverte fortuitement lors du bilan d'évaluation du traitement. 3e cas : stade IV BbX, Bulky médiastin, taux Hb à 10,5g/dl, bilan d'hémostase standard sans anomalies. thrombose fémorale symptomatique puis intracardiaque découverte fortuitement lors du bilan d'extension. 4e cas : Stade IV BbX, taux Hb à 6 g/dl, bilan d'hémostase standard sans anomalies, thrombose de la Veine cave supérieure lors du bilan d'extension. ° Traitement = Lovenox puis Sintrom avec Reperméabilisation dans tous les cas ° Evolution = 3 patients en rémission complète incertaine, un patient décédé suite à une néoplasie vésicale secondaire.

Conclusion :

Le risque de thromboses au cours de la maladie de Hodgkin est clairement reconnu. Il serait utile de définir les populations de lymphome Hodgkinien à risque thrombotique élevé, à qui des approches prophylactiques pourraient être préférentiellement appliquées, bien que cette attitude reste sujet à discussion à ce jour.

61-LE LYMPHOME DE HODGKIN ET LES MALADIES AUTO-IMMUNES

R. Benhabiles, F. Talbi, SE. Belakehal, F/Z. Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne du tissu lymphoïde caractérisée par la présence de cellules de Reed- Sternberg. Cette affection peut être à l'origine de manifestations dysimmunitaires le plus souvent para-néoplasiques par production d'auto-anticorps, dont le spectre clinique et biologique est extrêmement large et concerne la plupart des organes. Ce sont des affections auto-immunes polymorphes qui peuvent révéler, accompagner ou compliquer cette maladie.

But de l'étude:

Nous rapportons 3 observations de patients présentant une maladie auto-immune associées à un lymphome de Hodgkin, connus et suivis dans le service d'Hématologie de l'HCA.

Matériel et Méthodes:

Observation1: M.N âgée de 46 ans, suivie pour goitre sous Lévothyrox depuis 3ans, connue pour maladie de Hodgkin stade IIa, traitée par protocole ABVD. Une semaine après le début des séances de radiothérapie, elle présente une douleur au niveau de la loge rénale gauche. La TDM thoraco- abdominal révèle un aspect d'infarctus surrénalien bilatéral ainsi qu'une thrombose de la veine rénale gauche. Le bilan d'auto-immunité: FAN=1/1280 Immunoblot :SSA, anti histones fortement positif, ANCA 1/1280, anticoagulant lupique positif, anticardiolipine>28, concluant à un syndrome des anti-phospholipides, traité par anticoagulants+Fludocortisone avec bonne évolution à l'issue. Observation2:A.K âgée de 25 ans, suivie pour maladie de Hodgkin stade IAa type 2 histologique, groupe favorable, traitée par protocole ABVD suivi d'une radiothérapie cervicale à 36 Gray avec obtention d'une rémission complète. Elle présente des précordialgies avec des palpitations 7 mois après la fin du traitement. Les explorations cardio-vasculaires sont normales. Le bilan thyroïdien retrouve: TSH effondrée, présence d'AC anti-thyroperoxydase, anticorps anti-thyroglobuline fortement évocateurs d'une thyroïdite auto-immune. La patiente est mise sous Lévothyrox avec disparition des symptômes par la suite. Observation3:H.B âgé de 23 ans, aux antécédents de maladie cœliaque depuis l'âge de 6 ans sous régime sans gluten. Présente une diarrhée chronique avec amaigrissement et ADP médiastinales. Une biopsie par thoracotomie est pratiquée, l'étude histologique conclue à une maladie HDK, stade IIIBb. Le patient est traité par 6cures d'ABVD+radiothérapie complémentaire.

Résultats :

On ne sait si la maladie de Hodgkin ; par l'induction d'une altération de l'immunité, favorise le développement d'une auto-immunité comme phénomène para-néoplasique avec activation du système immunitaire, ou s'il s'agit au contraire d'un terrain d'inflammation et de stimulation, chronique, des lymphocytes présents dans les pathologies auto-immunes qui déclenchent une lymphoprolifération maligne. Les cas publiés sont rares: Varoczy et al ont décrit l'existence d'une maladie auto-immune associée à un lymphome de Hodgkin chez 45 patients sur 519 soit 8,6%, avec par ordre de fréquence : thyroïdite auto-immune (89%), glomérulonéphrite, purpura thrombopénique immunologique, diabète insulino-dépendant et lupus érythémateux disséminé. Selon Ola Landgren et al : l'association des deux pathologies est de 4,6%. En outre, des antécédents familiaux de maladie auto-immune notamment la sarcoïdose, ou la colite ulcéreuse sont également corrélés à un risque élevé de lymphome de Hodgkin. Selon Sigurdur Y. et al : il existe une différence entre les sous-types de la maladie de Hodgkin et l'auto-immunité est plus prononcée en cas de type 3 à cellularité mixte.

Conclusion :

L'association de la maladie de Hodgkin et MAI est possible mais rare. La présence d'antécédents personnels ou familiaux de certaines MAI sont fortement corrélés à un risque accru de lymphome de Hodgkin. C'est une liaison bidirectionnelle qui mérite beaucoup d'attention de la part des cliniciens, car elle aggrave le pronostic de l'hémopathie maligne.

62-LEUCEMIE AIGUE SECONDAIRE AU TRAITEMENT DU LYMPHOME DE HODGKIN A PROPOS DE TROIS CAS.

A. Mebtouche, O. Ouane, N. Dali M. Allouda et H. Ait Ali
Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Les leucémies aigues secondaires (LAS) au traitement du lymphome de Hodgkin sont liées le plus souvent à l'utilisation de chimiothérapie contenant des agents alkylants ou au traitement combinés (chimiothérapie

et radiothérapie). Elles surviennent dans un délai de 02 à 10 dix ans (médiane de 5 ans) de la fin du traitement et leur incidence augmente au-delà de 10 ans.

But de l'étude:

Nous rapportons les observations de 03 patients présentant des leucémies aiguës secondaires au traitement de la maladie de Hodgkin.

Matériel et Méthodes:

Observation 1 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 16ans, traitée pour maladie de Hodgkin stade IIIA chez qui on a obtenue une rémission complète(RC) après polychimiothérapie (4 cures ABVD-cisplatine) et radiothérapie (40 GY au niveau des chaînes cervicales, sus claviculaires, axillaires, médiastin, Y inversé et la rate). Dix mois après elle présente une LAM5, et la patiente décède au cours d'un traitement d'induction par Rubidomycine+Aracytine.

Observation 2 :

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 21 ans traité pour maladie de Hodgkin stade IVB par 4 cures (ABVD- cisplatine) + radiothérapie (40GY au niveau des chaînes cervicales, sus claviculaires, médiastin, axillaire gauche et 30GY au niveau de la barre lombaire et rate). Une RC été obtenue chez lui, mais 20 mois après il développé une LAM2 (LAS) traité par Rubidomycine+Aracytine en traitement d'induction puis consolidation avec l'Aracytine à haute dose. Le patient est toujours en RC et vivant à ce jour.

Résultats :

Observation 3 :

Il s'agit d'un patient de 47 ans, traité pour Lymphome de Hodgkin de stade IVB, ayant reçu quatre cycles d'ABVD- cisplatine associé à une irradiation diffuse. Il a présenté des complications postradiques à type de fibrose médiastinale, lymphoedème du membre supérieur gauche et une cardiomyopathie. Onze ans après, il développa une LAS myéloïde, et décède d'un état de choc cardiogénique, après un traitement d'induction type aracytine à haute dose.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin reste une hémopathie maligne curable par la chimiothérapie type et radiothérapie, mais le risque de second cancer (dont les LAS) doit être pris en compte dans la stratégie thérapeutique initiale. La survenue de deux cas de LAS dans un délai relativement précoce serait-il dû à l'adjonction de cisplatine ?

63-RECHUTE INTRACEREBRALE ISOLEE DANS LA MALADIE DE HODGKIN (A PROPOS D'UN CAS)

Abbad M.R, Talbi. F, Djouadi. K, Ardjoun F.Z
Service Hématologie HCA

Introduction :

Introduction : La MDH est révélée dans près de 4cas sur5 par une adénopathie périphérique. Dans environ10% des cas, elle est découverte devant des adénopathies médiastinales. Enfin dans 10à20% des cas, elle est révélée par la présence de signes généraux. La participation intracrânienne de la maladie de Hodgkin est rare. Elle se voit dans 0,2%à0,5% de tous les cas de la MDH2

But de l'étude:

Dans ce contexte nous rapportons une observation.

Matériel et Méthodes:

Observation : Patient M T, âgé de 23ans, suivi en Hématologie pour MDH, classée stade IVB (atteinte hépatique), type3 histologique. L'examen neurologique initial est normal. Un traitement par polychimiothérapie de type ABVD est instauré. Après trois 3cures d'ABVD, on note, une disparition du syndrome tumoral périphérique et normalisation du bilan hépatique, d'où poursuite jusqu'à 6cures d'ABVD. 5jours après la 6ème cure, le patient présente des signes neurologiques à type de : vertiges, tremblement des extrémités avec troubles de la marche, l'examen neurologique objective un syndrome cérébelleux et vestibulaire. La TDM cérébrale objective des plages d'hypodensité en sus vermineux, l'IRM visualise une lésion de morphologie et signal atypique : la biopsie a été récusée en raison de l'inaccessibilité de la lésion. Devant ce tableau clinique et en dépit de l'absence de preuve histologique : une localisation intracérébrale de la MDH, quoiqu'exceptionnelle, est fortement évoquée. Une radiothérapie centrée sur les lésions vermineuses à 40grays, associée à une polychimiothérapie, une rémission complète est obtenue à l'issue, avec une survie sans rechute de 10 ans.

Résultats :

Commentaires et conclusion : L'atteinte du SNC dans la MDH se voit dans 0,2 à 0,5% des cas, elle s'observe à un stade avancé de la maladie et peut se voir chez les patients apparemment en rémission. Elle représente une complication grave et potentiellement mortelle. Les lésions sont plus souvent intrarachidiennes qu'intracrâniennes 4 Dans le cas de notre patient l'atteinte du SNC est intracrânienne et survenue après 6 cures de polychimiothérapie. Le diagnostic de la localisation intracérébrale est posé sur un faisceau d'argument : des ATCD de MDH systémique, les manifestations cliniques et les résultats radiologiques. Malheureusement, l'étude histologique n'a pas pu être pratiquée chez notre patient en raison de l'inaccessibilité des lésions

Conclusion :

Le traitement, associe une irradiation du cerveau avec ou sans chimiothérapie 3 : c'est le schéma que nous avons appliqué chez notre patient. Le traitement chirurgical représente une arme thérapeutique intéressante et efficace dans les localisations épidermale de la maladie de Hodgkin, par contre le rôle de la chirurgie dans les localisations intracrâniennes de la MDH n'est pas bien défini 5

64-LES LOCALISATIONS EXTRAGANGLIONNAIRES REVELATRICES DU LYMPHOME HODGKINIEN.

F. Ouaddah , A Hadjeb , M.Benlazar,, A .Maghraoui ,M Cherreti
Service Hématologie, CHU Sidi Bel Abbes

Introduction :

La maladie d'hodgkin est essentiellement ganglionnaire. Les localisations extraganglionnaire révélatrice du lymphome hodgkinien sont rares voir exceptionnelles.

But de l'étude:

Répertorier les cas de lymphome hodgkinien de révélation inhabituelle.

Matériel et Méthodes:

Observations 1 cas : Il s'agissait d'une femme âgée de 41 ans suivie pour cervicalgies chronique rebelle au traitement médical compliquée de tétraplégie avec altération progressive de l'état général. -hospitalisation au service de neurochirurgie : -une IRM cervical :un processus lésionnel intracanalair avec infiltration osseuse. - une laminectomie plus une biopsie de cette masse : maladie d'hodgkin type 2. -TRT : chimiothérapie (8 cures) complété par radio thérapie. -Evolution : favorable sur le plan clinique et radiologique. 2 cas -Patient âgé de 62 ans sans ATCD particulier, consulte en ophtalmologie pour une exophtalmie de l'œil gauche évoluant depuis 3ans. -TDM craniofacial : processus tissulaire dense hétérogène développé aux dépens de structures neuromusculaire retrooculaire de l'orbite gauche. -Evolution : apparition de 2 adénopathies cervical droite et gauche -biopsie : maladie d'hodgkin type 2 -bilan d'extension : est revenu normal . - malade classé stade 4 oculaire. -TRT : 8cures ABVD. - une rémission complète est obtenue après la 4 cure ABVD avec régression total du syndrome tumoral et disparition complète de l'exophtalmie.

Résultats :

Discussion: les fomes extraganlionnaires de LH sont rares , de diagnostic clinique difficile, cependant dans les deux cas la maladie est reste sensible au traitement.

Conclusion :

La maladie d'hodgkin dans sa localisation inhabituelle reste préoccupante à cause du retard diagnostique. -une meilleur connaissance clinique permet le diagnostique précoce qui pourrait améliorer le pronostique.

65-PARAGRANULOME DE POPPEMA ET LENNERT (A PROPOS D'UN CAS)

S. Abderrahmani, S. Hadji, N. Belkacemaoui, T. Yachkour, M. Aberkane, A. Bachiri.
Service d'hématologie / HMRUO

Introduction :

La maladie de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire ou « paraganulome de Poppema et Lennert » est rare, puisque ne représentant que 3 à 5 % des cas de maladie de Hodgkin, elle possède des profils cliniques, histopathologiques et phénotypiques distincts la rapprochant des syndromes lymphoprolifératifs B indolents. Initialement incluse dans les classifications de la maladie de Hodgkin, dans le type à prédominance lymphocytaire, nodulaire, elle doit être clairement distinguée de la maladie

de Hodgkin « classique ».

But de l'étude:

Démontrer les différentes particularités diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques du paraganulome de Poppema et Lennert.

Matériel et Méthodes:

Patiente âgée de 58ans, sans antécédents particuliers, adressé en Hématologie pour une adénopathie (ADP) basi-cervicale droite de 03 cm unique évoluant depuis 3ans, le bilan d'extension retrouve à la TDM thoraco-abdomino-pelviennne une ADP médiastinale laterotrachéale droite de 17mm, l'IDR à la tuberculine positive à 16mm, L'Epstein Barr Virus revenu négatif et le reste du bilan était normal. L'étude anatomopathologique de la biopsie exérèse de l'ADP cervicale retrouvait un tissu ganglionnaire d'architecture remaniée par des lésions nodulaires et diffuses évoquant des cellules pop corn et de rares cellules de Sternberg sont présentes. L'immunohistochie confirmait le diagnostic de paraganulome de Poppema et Lennert avec CD20 +, CD79a +, CD15 - et CD 30 - .

Résultats :

Pour le traitement des stades localisés avec atteinte médiastinale, sans facteur de risque, la chimiothérapie brève (ABVD 2 à 3 cycles) associée au Rituximab (4 cures) sans radiothérapie obligatoire de clôture est une option thérapeutique. Néanmoins l'abstention et la surveillance est préconisée chez notre malade vu qu'elle était réticente pour tout traitement par chimio ou radiothérapie, avec une survie sans progression de 33 mois

Conclusion :

Depuis sa description en 1979, la maladie de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire, encore appelée « paraganulome de Poppema et Lennert », il est actuellement admis que la cellule pop-corn a une origine lymphoïde B en raison de son phénotype B et dont les comportements cliniques diffèrent de la maladie d'Hodgkin classique.

66-NEPHROPATHIE GLOMERULAIRE ET MALADIE DE HODGKIN: A PROPOS DE 04 OBSERVATIONS AVEC REVUE DE LA LITTÉRATURE

MC. Rahali, K. Djouadi, F. Talbi, FZ. Ardjoun
Service d'hématologie / HCA

Introduction :

L'association néphropathies glomérulaires et maladie de Hodgkin relève de mécanismes physiopathologiques multiples et complexes: dysfonction cellulaire T, production de lymphokines. Il est révélateur de la maladie dans 50% des cas, peut se voir à distance du diagnostic ou annoncer la récurrence et répond au traitement de l'hémopathie, ce qui confirme sa nature paranéoplasique. Nous rapportons 4 observations de syndromes néphrotiques et maladie de Hodgkin.

But de l'étude:

La recherche systématique d'une protéinurie au cours des hémopathies malignes, permet le dépistage précoce des néphropathies glomérulaires associées. Leur caractère paranéoplasique est établi dans un grand nombre de cas. Intérêt diagnostique (GN révélatrice) et thérapeutique (efficacité du traitement de l'hémopathie sur l'évolution de la néphropathie).

Matériel et Méthodes:

Observations : Observation 1 : patient de 26 ans consulte pour altération de l'état générale, fièvre, et l'examen clinique objective des adénopathies cervicales et axillaires et des œdèmes des membres inférieurs blanc mou et gardant le godet, le diagnostic de maladie de Hodgkin type scléro nodulaire a été confirmé sur biopsie ganglionnaire, associée biologiquement à un syndrome néphrotique. Un traitement associant une polychimiothérapie de type ABVD (3cycles + radiothérapie) a permis l'obtention d'une rémission complète de la maladie de hodgkin et une guérison du syndrome néphrotique. Observation 2 : homme de 38 ans, connu et suivi en hématologie pour une maladie de hodgkin stade IIIB diagnostiquée en 2004, traité par une polychimiothérapie de type ABVD (8 cycles). Une rémission complète est obtenue à l'issue. En mars 2007, un syndrome néphrotique est découvert, alors qu'il est toujours en rémission de sa maladie de Hodgkin. Une corticothérapie a raison 1mg / kg / jour a entraîné une bonne évolution du syndrome néphrotique. Une surveillance étroite de sa maladie est préconisée en raison du risque de rechute. Ce patient est toujours en RC.

Résultats :

Observation 3 : patient âgé de 40 ans, suivi pour syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimales corticodépendant, sous corticothérapie au long cours. Deux ans plus tard le patient a consulté pour une altération de l'état général, et l'examen clinique a révélé une adénopathie cervicale dont la biopsie ganglionnaire a objectivé un lymphome hodgkinien classique de type scléronodulaire. Le bilan d'extension a permis de le classer stade IVBb selon la classification d'Ann Arbor. Sous chimiothérapie, l'évolution a été favorable avec obtention d'une rémission complète et disparition du syndrome néphrotique confirmant son origine paranéoplasique.

Observation 4 : Femme âgée de 24 ans suivie depuis mai 2006 pour maladie d'hodgkin type 4 stade IVB avec atteinte hépatique et osseuse compliquée d'une compression médullaire inaugurale. L'exploration radiologique retrouve des adénopathies rétro péritonéales avec hépato-splénomégalie et une infiltration rénale bilatérale associée à une protéinurie à 0,28g/24h et une albuminurie à 0,25g/l. Un bolus de corticothérapie 1g/m² a été entamé avec un traitement spécifique type ABVD et une radiothérapie à visé décompressive, ont permis l'obtention d'une rémission partielle avec disparition de la protéinurie à l'issue.

Conclusion :

L'association syndrome néphrotique-maladie de hodgkin est rare. Elle relève de mécanismes divers, en particulier paranéoplasique, dont l'origine cytokinique est rarement documentée. Cette complication est manifestement sous-estimée puisque pour notre part, nous avons observé 4 Syndromes néphrotiques parmi 80 maladies de Hodgkin, dont leurs survenue est brutale : l'une à distance du diagnostic, et les 3 autres de façon concomitante, avec une évolution rapidement favorable sous chimiothérapie et une corticothérapie.

67-COMPLICATIONS VASCULAIRES DU TRAITEMENT DE LA MALADIE DE HODGKIN (A PROPOS DE DEUX CAS)

S. Brik, N. Dali, H. Ait-Ali

Service d'Hématologie, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Les progrès thérapeutiques ont permis d'améliorer la survie à long terme, voir guérir 70 à 90% des patients atteints de maladie de Hodgkin en fonction du stade d'extension initial et des divers facteurs pronostiques. Le but du traitement est d'obtenir chez chaque patient le maximum de chances de guérison, sans complications. Les complications non malignes cardio-vasculaires sont devenues les plus importantes après les cancers secondaires et moins bien connues, notamment les anomalies valvulaires acquises et les sténoses artérielles et veineuses sur les volumes irradiés.

- Nous rapportons, ici deux observations de sténose artérielle et veineuse post-radique.

But de l'étude :

Cette étude est portée sur deux patients suivis et traités par chimio et radiothérapie pour maladie d'hodgkin, mis en rémission complète. Nous essayons de rapporter les effets secondaires à long cours dus à la radiothérapie, et de revoir les indications de cette dernière dans des stades avancés de la maladie.

Matériel et Méthodes :

1ere observation : Patient âgé de 27 ans, présentant en 1997 une maladie de hodgkin stade IV B. traité par 04 cures de MOPP-ABV, suivies de la radiothérapie type mantelet complet et barre lambosplénique à la dose de 40 Gy, met en rémission complète. En 2004, l'échographie abdominale retrouve une hypoplasie rénale gauche qui a évolué vers un rein muet. En 2007, 10 ans après, le malade souffrait d'une dyspnée d'effort, et l'examen clinique note une circulation collatérale thoracique, l'examen cardiaque est normal. L'angio-IRM met en évidence une dilatation importante du réseau veineux superficiel en rapport avec un obstacle au flux de la veine cave supérieure due à une sténose post-radique de cette dernière. Le patient reste vivant avec une dyspnée permanente.

2ème observation : Patient âgé de 49 ans, suivi depuis 2001 pour maladie d'hodgkin stade IV B, traité par 04 cures d'ABVDPP, suivies de radiothérapie type mantelet complet et Y inversé à la dose de 40 Gy, met en rémission complète. En 2005, le scanner thoracique retrouve de multiples images de bulles d'emphysème et une fibrose pulmonaire. En 2007, l'échographie cervicale et le doppler artério-veineux complétés par l'angio-IRM confirment la sténose pré-occlusive de la carotide primitive droite.

Résultats :

Les complications tardives ont un impact sur la survie des patients guéris de leurs maladies le risque de complications cardiaque est lié à l'irradiation

du médiastin et à la dose délivrée la tendance actuelle est à la réduction des volumes irradiés et à l'abandon de l'irradiation dans les formes étendues.

Conclusion :

Les risques de complications à long terme justifient une surveillance régulière des patients traités, et peut remettre en cause la radiothérapie dans les formes étendues. Ces deux complications n'ont pas trouvé de traitement radical. Actuellement, la radiothérapie n'est plus indiquée dans les stades IV de la maladie.

LA REANIMATION EN CANCEROLOGIE HÉMATOLOGIQUE

68-EVALUATION DES BESOINS TRANSFUSIONNELS EN ONCOHEMATOLOGIE

N.Zeribi, Houadef, M. Boulkadid, Frigaa, Brouk, H.Ouelaa
Centre de transfusion sanguine CHU Ibn roch annaba

Introduction :

Les transfusions représentent une part importante des soins médicaux en phase palliative dont l'indications en oncohématologie sont liées à l'avantage prolifératif du clone pathologique, d'autre part à la toxicité médullaire des chimiothérapies qui empêchent les cellules de se renouveler.

But de l'étude :

L'objectif de cette étude est l'évaluation des besoins transfusionnels chez les malades cancéreux spécialement ceux hospitalisés en oncohématologie soit pour saignement important nécessitant une transfusion de plaquettes ou pour une anémie importante pour transfusion de culot globulaire

Matériel et Méthodes :

Ce travail est une étude transversale rétrospective réalisée dans le service d'hémobiologie et de transfusion sanguine du CHU Ibn Rochd Annaba (CTS Annaba) pour une période de 4 mois ; devant le nombre conséquent de transfusion et la difficulté pour la banque à couvrir les besoins .Les commandes de la majorité des patients recevant une chimiothérapie et traités en oncohématologie pendant une période de 4mois (juillet 2013 à l'octobre de la même année) ont été analysés avec au total de 137 patients

Résultats :

Dans cette étude nous avons étudié les besoins en produits sanguins labiles (PSL) de ces patients ainsi que la quantité distribuée; Du juillet 2013 au octobre 2013. la classification des résultats a permis le calcul du nombre des commandes en PSL ainsi que la quantité distribuée pour ces mêmes malades, le nombre des patients concernés est de 137 dont 58.8% sont de sexe masculin et 41.2% sont de sexe féminin et sont majoritairement des adultes Pour ces patients ,352 commandes en PSL a été enregistrées dont 38,06% été pour les plaquettes (concentré plaquettaire d'aphérèse ou concentré plaquettaire standard) et 61,93% pour les concentrés globulaire ; On remarque qu'il y a une grande prédominance pour les commandes en CGR par rapport au plaquette ce qui reflète que la majorité des malades sont anémiques et ils ont besoin d'autant de quantité de sang avec 262 culot globulaires distribués dont chaque malade reçoit au moyenne 1 ,91 poche de culot globulaire.

Conclusion :

La consommation de produits sanguins en hématologie est en constante augmentation du fait de l'évolution des patients grâce aux progrès thérapeutiques. Les recommandations concernant la prise en charge transfusionnelle évoluent parallèlement avec les progrès techniques et thérapeutiques.

69-SURVENUE D'UN SYNDROME DE LYSÉ TUMORALE AU COURS DE LA LEUCEMIE MYELOÏDE CHRONIQUE : A PROPOS D'UN CAS.

N. Abdennebi, F. Boukhemia, F. Harièche, F. Zerhouni, RM. Hamladij.

Service Hématologie-Greffe de Moelle Osseuse, CPMC Alger

Introduction :

la leucémie myéloïde chronique (LMC) est un syndrome myéloprolifératif chromosome Philadelphie positif caractérisé sur le plan biologique par une hyperleucocytose qui peut être majeure (supérieure à 500 giga/l) avec possibilité de syndrome de lyse tumorale (SLT) qui reste une complication métabolique sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Il survient après instauration des traitements (TRT) antinéoplasiques et est la conséquence du relarguage massif des produits de dégradation cellulaire dans la circulation sanguine dépassant les capacités d'excrétion des reins et se traduit biologiquement par : hyperphosphorémie, hypocalcémie, hyperkaliémie, hyper uricémie et insuffisance rénale. Nous rapportons un cas de LMC ayant présenté un SLT au début du TRT.

Matériel et Méthodes :

Cas clinique : patient (pt) âgé de 54 ans, peintre de profession, aux antécédents de diabète non insulino-dépendant depuis 3 ans et de

cardiomyopathie débutante, l'aîné d'une fratrie de 7 qui présente une LMC en phase accélérée classée haut risque selon Sokal. Le transcrit est de type b3a2. Les caractéristiques cliniques et biologiques au diagnostic : splénomégalie (débord splénique à 15 cm), globules blancs (GB) : 757 giga/l, hémocrit : 33%, plaquettes : 433 giga/l, myélémie : 91%, basophilie : 2% et myéloblastes sanguins à 12%. Médulogramme : hyperplasie granuleuse (blastes : 10%), bilan biochimique normal. TRT débuté en ambulatoire associant l'hydroxy-urée (50 mg/kg), allopurinol (10 mg/kg) et boissons abondantes per os.

Résultats :

Quarante huit heures après le début du TRT, altération de l'état général, apparition d'une surdité bilatérale, syndrome de choléstase grade 3, hyperphosphorémie : 128, hypocalcémie : 77, hyper kaliémie : 6,8, hyperuricémie : 311 et insuffisance rénale : créatinine à 60. Le pt a été hospitalisé, hyperhydratation parentérale, 3 séances d'hémodialyse, allopurinol et réduction des doses d'hydroxy-urée de 50 %. Résolution du SLT en 10 jours, nette amélioration de la surdité et normalisation du bilan hépatique. Obtention de la réponse hématologique complète après reprise du TRT spécifique à dose totale à 4 mois, pt décédé à 52 mois après échec au TRT (Imatinib 600 à 800 mg, dasatinib 100 mg, greffe non faite car pas de donneur intra familial).

Conclusion :

l'existence d'une hyperleucocytose majeure au diagnostic dans les hémopathies hématologiques justifie un TRT en hospitalisation et une réanimation adaptée.

70-REANIMATION HEMATOLOGIQUE DANS L'APLASIE MEDULLAIRE ACQUISE

L. Aici, N. Benkhira

Service d'hématologie clinique, CHU-Tlemcen

Introduction :

L'aplasie médullaire, décrite en 1888 par Paul Ehrlich, est une insuffisance quantitative de l'hématopoïèse à l'origine d'une pancytopenie d'où la gravité et les difficultés de la réanimation hématologique.

But de l'étude:

Évaluer la prise en charge des aplasies médullaires acquise au sein du service d'hématologie de Tlemcen et apprécier l'impact de la réanimation hématologique en matière de transfusion dans ce type de pathologie.

Matériel et Méthodes:

C'est une étude rétrospective descriptive étalée sur deux ans 2012 et 2013, incluant tous les malades admis pour une aplasie médullaire acquise.

Résultats :

Notre population comporte 10 malades avec prédominance masculine (70%), une moyenne d'âge 46,8 ans dont 60% d'âgés de plus de 40 ans, on a noté que 20% des cas n'avaient aucuns antécédents, 50% présentaient une comorbidité associée et 30% ont consommé des produits toxiques. 30% ont présenté une insuffisance sanguine complète, 50% partielle et 20% ont manifesté seulement un syndrome anémique, sachant que 80% des patients étaient pris en charge dans le mois de la déclaration de la symptomatologie avec un PS à 01 chez 60% et à 02 chez 40%. Le diagnostic été posé par le myélogramme et la BOM (100%). On les a classés selon le score de CAMITTA (80% sévère et 20% modérée). Nos patients ont bénéficié systématiquement d'un traitement anti infectieux et d'un support transfusionnel dont la moyenne de transfusion des culots globulaire est de 10 culots par patient ; pour les PRP elle est de 5 alors que pour les CUP elle est de 7 ; une ferritinémie de control faite chez 20% des cas. Ils ont reçu aussi de la ciclosporine a la dose de 7 mg/kg (90%) et 5 mg/kg (10%) avec une surveillance mensuelle du bilan hépatique et rénal (60%), dont 50% ont nécessité un ajustement de la dose, une patiente est décédée dans un état de mal épileptique après 2 jours de ciclosporine, un patient a bénéficié d'une allogreffe et 80% sont toujours sous traitement et support transfusionnel.

Conclusion :

malgré la gravité de la pathologie, le taux de mortalité n'a pas dépassé 10% dans notre étude avec une gestion et une efficacité transfusionnelle remarquable.

71-LEUCEMIE AIGUE LYMPHOBLASTIQUE REVELEE PAR UNE COMPRESSION MEDULLAIRE COMPLIQUEE PAR UN SYNDROME DE LYE A PROPOS D'UN CAS

S. Hadji, N. Belkacemaoui, S. Abderrahmani, M. Aberkane, T Yachekour, A. Bachiri.

Hopital Militaire Regional Universitaire Oran

Introduction :

les LAL sont des hémopathies malignes caractérisées par la prolifération monoclonale des cellules lymphoïdes bloquées à un stade précoce de leurs différenciation découverte cliniquement par un tableau d'insuffisance sanguine associé à un syndrome tumoral, nous rapportons un cas rare par son mode de révélation (compression médullaire).

But de l'étude:

présentation clinique et biologique atypique d'une leucémie aigue.

Matériel et Méthodes:

L âgé de 57 ans sans antécédents particuliers admis en service de neurochirurgie pour exploration d'une paraparésie des membres inferieurs d'installation aiguë dans un contexte d'altération de l'état générale et des douleurs osseuse évoluant depuis 08 mois L'examen clinique retrouve une masse au niveau sternale de 07/05cm de consistance molle. Le bilan biologique retrouve une anémie à 07 gr/dl avec un taux de GB et PLQ normaux, une insuffisance rénale, l'IRM rachidienne pratiqué trouve une compression médullaire dorsale infiltrant les parties molles prevertebrales. l'âge du patient, l'évolution chronique le tableau clinique, les complications neurologiques et les perturbations biologiques font suspecter le diagnostic d'un myélome multiple .un myélogramme a été pratique trouve des cellules jeunes d'allure lymphoblastique à 90%, la biopsie de la masse sternale revenant en faveur d'une leucémie lymphoblastique de phénotype B . Le bilan métabolique objective un syndrome de lyse biologique : acide urique à 109 mg/l, une insuffisance rénale (urée/creat : 1.68/36), (ca /ph : 127/54) (LDH : 366 u /l) Le patient a bénéficié d'une radiothérapie en urgence à visé décompressive puis une chimiothérapie protocolaire type linker a été entamé 20 jours après son hospitalisation

Résultats :

L'évolution est marquée par l'aggravation des troubles métaboliques et l'installation d'une pneumopathie basale avec un épanchement pleural, malgré les mesures de réanimation le malade est décédé suite à un état de choc septique

Conclusion :

le diagnostic d'une leucémie aigue doit être évoqué lors de la discussion étiologique d'une compression médullaire dont la prise en charge doit être rapide en raison de la gravite du pronostic.

72-HYPOKALIEMIE SEVERE SECONDAIRE A L'AMPHOTERICIN B AU COURS D'UNE LEUCEMIE AIGUE : A PROPOS D'UN CAS

Z. Kaci, M. Belhani, S. Nekkai

Service d'hématologie /CTS - CHU Béni Messous

Introduction :

L'amphotericine B (fungizone IV) est le traitement de référence des infections fongiques chez le patient immunodéprimé cependant, cette molécule entraîne des effets secondaires à type de troubles métaboliques dont l'hypokaliémie limitant ainsi son utilisation.

L'objectif de notre présentation est de montrer la gravité de cette hypokaliémie et la nécessité de la prise en charge en urgence.

Patients et méthodes : observation

Nous rapportons l'observation d'un jeune patient âgé de 21 ans, atteint d'une LAM2 compliquée d'une candidose hépatosplénique.

Au moment de l'aplasie post chimiothérapie de consolidation, le patient a présenté une douleur abdominale intense avec fièvre et vomissements, un bilan a été effectué et le patient est mis sous double antibiothérapie à large spectre.

le bilan montre : un syndrome inflammatoire, une cytolysé hépatique, l'hémoculture était négative. l'échographie et la tomodynamométrie abdominales ont montré de multiples nodules hépatospléniques.

Devant la symptomatologie clinique, le tableau biologique, les images radiologiques (aspect d'abcès) et la résistance aux antibiotiques à large spectre, le diagnostic de candidose hépatosplénique a été retenu. Le patient est mis sous antifongique : Amphotericine B

Au bout de quelques semaines de traitement, on note une amélioration du tableau clinique avec apparition d'une hypokaliémie d'abord modérée puis sévère (inf à 2 mmol/l). une supplémentation en potassium à la seringue électrique est faite mais l'hypokaliémie persiste avec apparition de signes électrocardiographiques motivant ainsi l'arrêt de l'ampho B et la mise en route d'un autre traitement antifongique.

discussion/conclusion:

Dans les candidoses hépatospléniques, la durée du traitement antifongique est de 06 mois. Chez notre patient, l'hypokaliémie sévère a imposé l'arrêt de l'Ampho B après quelques semaines de traitement malgré son efficacité.

73-LEUCEMIE AIGUE MYELOBLASTIQUE REVELEE PAR UNE ATTIEUNE RENALE

B. Guerd, M. Djlali, N. Ferhat, M. Chiad, Y. Boulahia, D. Iftene.

Service d'hématologie - Tlemcen

Introduction :

La leucémie myéloïde aiguë (LMA) est un groupe très hétérogène de maladies rares présentant la plus forte incidence à un âge avancé. L'âge moyen de contraction de la maladie est de 72 ans, Le diagnostic de leucémie aiguë, évoqué le plus souvent devant des cytopénies avec ou sans blastes circulants, est retenu lorsque l'infiltration médullaire blastique est supérieure ou égale à 20 %, selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les leucémies aiguës (LA) se manifestent essentiellement par une bicytopénie voire pancytopenie dans un contexte d'asthénie fébrile avec saignement spontané d'installation aigue.

But de l'étude:

Des atteintes extramédullaires peuvent se voir retardant ainsi la prise en charge des patients, tous les organes peuvent faire l'objet d'une infiltration leucémique les plus fréquents sont : Le système nerveux central, les testicules, la peau, les gencives, les os, L'œil, Les reins (atteinte inertielle, insuffisance rénale aigue, tubulopathie).

Matériel et Méthodes:

Nous rapportons l'observation d'un jeune patient âgé de 34 ans sans antécédents notables admis dans le cadre de l'urgence en néphrologie pour insuffisance rénale sévère nécessitant des séances d'hémodialyse, avec une symptomatologie remontant à 15 jours avant son hospitalisation marquée par une asthénie évoluant dans un contexte fébrile, biologiquement en dehors de l'insuffisance rénale une anémie arégénérative isolée avec un équilibre en faveur d'une lymphocytose motivant une exploration plus approfondie.

Résultats :

le diagnostic d'une leucémie aigue myéloïde sans maturation (LAM- M1) est retenu

Conclusion :

La LA est une urgence diagnostique et thérapeutique la première cause de mortalité étant dominée par les syndromes hémorragiques, le traitement repose sur la polychimiothérapie et la greffe de cellules souches hématopoïétiques avec une rémission complète à 70% , malheureusement fatale pour notre patient.

74-TRANSFUSION EN ONCO-HEMATOLOGIE: POUR QUI? POURQUOI? ET COMMENT?

N. Zmouli (EH Dr.BENZERDJEB AIN TEMOUCHENT), F. Seghier (service d'hémobiologie CHU d'ORAN).

Introduction :

La transfusion sanguine fait partie intégrante du traitement des hémopathies et à un moindre degré des tumeurs solides.C'est un secteur important d'utilisation des produits sanguins labiles (PSL) dont le coût constitue une lourde charge dans le budget des services concernés.

But de l'étude ou Programme :

Une utilisation optimale des PSL liée à la juste prescription est la seule réponse que l'on puisse apporter, tant au plan médical qu'au plan économique et donc toutes les prescriptions doivent être discutées sur chaque lieu de prescription avec les médecins prescripteurs seniors et les hématologistes.

Matériel et Méthodes (Objectifs ou Observations) :

• Deux situations essentielles se présentent en hémato- oncologie : – Au décours d'une cure de chimiothérapie aplasante. – Pour pallier l'aplasie médullaire définitive des patients en phase palliative. En phase palliative active : Il n'y a pas lieu de transfuser des concentrés plaquettaires, quel que soit le chiffre de plaquettes, sauf en cas de geste chirurgical et/ou d'épisode hémorragique sans oublier les alternatives à la transfusion plaquettaire (acide tranexamique et embolisation ...) en cas de syndrome hémorragique modéré. En ce qui concerne l'indication de transfusion de concentrés globulaires ; le seuil de tolérance clinique remplace le seuil biologique.

Résultats :

Cas clinique:Un patient admis dans le service d'hématologie d'un autre établissement de la même wilaya pour un myélome multiple à IgG, il a bénéficié d'une cure de VAD mais la réponse thérapeutique était incomplète malgré l'intensification du traitement, il y'a eu une rechute 6 mois après l'autogreffe. Par la suite un anti-CD20 lui a été administré mais en quelques mois le malade a présenté une diarrhée neuropathie, il a été transfusé par deux culots globulaires mais il n'a pas été transfusé par des concentrés plaquettaires car la thrombopénie à 20 G/L était asymptomatique. Le malade a été ré- hospitalisé quelques jours après pour épistaxis de grande abondance, cette fois-ci il a été transfusé par des concentrés plaquettaires quotidiennement, malheureusement le malade décède deux mois après.

Conclusion :

Quelle que soit la phase de la maladie, il faut toujours discuter le rapport bénéfice/ risque d'une transfusion sanguine ; Anticiper les effets indésirables qu'ils soient immunologiques ou infectieux et ne pas oublier les agents transmissibles non conventionnels encore inconnus et qui ne manqueront pas de survenir sans prévenir !

75-LES RESULTATS THERAPEUTIQUES DES STADES ETENDUS DE LA MALADIE DE HODGKIN.

H. Hamouda, M. Medani, N. Zatout, S. Chebah, S. Hamdi

Service d'hématologie CHU de Sétif

Introduction :

Les stades étendus de la maladie de Hodgkin sont considérés comme comportant le plus de facteurs de mauvais pronostic, le recours au score pronostique international (SPI) permet d'adopter et d'évaluer les options thérapeutiques sur des bases cliniques homogènes. C'est ainsi que ces patients sont soumis à des protocoles de chimiothérapie +/- intensive, parfois suivis d'une radiothérapie adjuvante.

But de l'étude:

Analyser les résultats thérapeutiques des stades étendus selon le score pronostique international (SPI).

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 ans (2008- 2012) de 100 patients composée de 45 hommes et 55 femmes avec un sex ratio 0, 81 et un âge moyen de 30 ans (15- 75ans). Le diagnostic est orienté par la cytologie et confirmé par l'étude anatomopathologique L'immunohistochimie n'a été pratiquée que chez 32(32%) des patients. Le bilan d'extension (examen clinique, imagerie et biologie) a permis de subdiviser les patients des stades étendus (III, IV et IIB-IMT >1/3 et/ou Tm>10 cm) en formes à risque standard et à haut risque selon le SPI. Les principales stratégies thérapeutiques employées consistent en 6-10 cures de polychimiothérapie (ABVD : 3cas, ABVD Cis platine: 81 cas, BEACOPP : 8 cas) associées à la radiothérapie dans 6% des cas.

Résultats :

La répartition selon le type histologique montre : type : 3%, type2: 80%, type3:14%, non précisé: 3% La répartition selon la classification Ann Arbor objective: IIB: 24%, IIIA: 6%, IIIB: 32%, IV : 38%.

Selon le SPI : risque standard (n: 45 ; 45%) et haut risque (n:55 ; 55%).

Résultats thérapeutiques sur 92 patients ayant un suivi moyen de 27 mois (2- 59 mois).

Risque Standard (n: 39): RC: 23(59%), RP : 6(15%), échec:1 cas, Rechute : 4 cas/23(17%), Décès :5 cas(13%), PDV: 4(10%). A 5 ans la survie globale est de 74, 6%. Haut risque (n :53) : RC : 30(58%), RP: 4 (8%), échec: 5(10%), rechute : 1/30 (2%), Décès : 6(12%). PDV : 7(13%). A 5 ans la survie globale est de 68, 8%.

Conclusion :

Les réponses thérapeutiques demeurent encore insuffisantes par rapport aux séries publiées, elles restent à améliorer par des chimiothérapies plus intensives avec autogreffe de cellules souches mais au prix d'une toxicité hématologique importante et de néoplasies secondaires.



Combattre les maladies graves

Chez **Bristol-Myers Squibb**, notre engagement à développer des médicaments innovants est aussi fort que la volonté des patients à combattre les maladies graves.

Nos chercheurs travaillent chaque jour à la découverte des traitements de demain dans des domaines thérapeutiques tels que :

- Le cancer
- Les maladies cardiovasculaires
- Le diabète
- Le VIH/SIDA
- Les hépatites
- Les maladies liées au système immunitaire
- Les troubles psychiatriques et neurologiques

Pour en savoir plus sur notre engagement, visitez **www.bms.com**



Bristol-Myers Squibb

Ensemble, nous pouvons vaincre.

JOURNEE DES INFIRMIERS COMMUNICATIONS ORALES

1-APPORTS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE LYMPHOME DE HODGKIN.

Djaafri M., Bensahli M, Messaoudi R., Chentouf D., Sehab A., Bendjellal F.Z., Touhami H.

Service hématologie, CHU Oran.

Introduction :

Vue le degré de réussite de notre équipe dans l'éducation thérapeutique (ETP) des patients hémophiles, nous avons initié un programme d'ETP pour un groupe de 15 patients atteints de LH. Alors que les moyens thérapeutiques les plus modernes comme les greffes, les thérapies ciblées sont disponibles et gratuites en Algérie, la pratique de l'ETP en oncologie est presque inexistante. L'OMS la définit comme « un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient... ». Nous rapportons ici les résultats préliminaires d'ETP chez 16 patients atteints de lymphome de Hodgkin.

But de l'étude:

Les mêmes protocoles utilisés ailleurs donnent de meilleurs résultats que chez nos patients LH aux stades étendus. En outre, il existe de nombreux perdus de vue. L'éducation thérapeutique des patients pourrait réduire le nombre de perdus de vue et aider à réduire le nombre de stades étendus.

Matériel et Méthodes:

Patients et méthodes : après une séance d'ETP en groupe de 20 patients atteints de LH, nous avons établi des programmes d'ETP pour 16 patients. Age moyen 27 ans (16-47 ans), Stades Ann Arbor suivants: IA 1 patient, IIA 1 patient, IIB 1 patient, IIIB 2 patients, stade IV : 11 patients. L'équipe est constituée d'infirmiers, de médecins généralistes, maîtres assistants, psychologues, préparateurs en pharmacie. Après des diagnostics éducatifs personnalisés, nous avons établi en collaboration avec chaque patient, des programmes spécifiques, et avec l'aide de certains outils pédagogiques nous sommes en train d'appliquer les programmes éducatifs en individuel lors des différentes consultations et lors des cures de chimiothérapie en hôpital de jour. Les formations et les résultats de cette ETP sont très hétérogènes, en fonction des diagnostics éducatifs.

Résultats :

Les 16 patients sont satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé. Tous les

patients reconnaissent avoir appris beaucoup de choses intéressantes concernant leur maladie. 9 patients des moins instruits ont un autre regard sur leur maladie. Parmi les 16 patients, 8 ont été très réguliers et très satisfaits de l'ETP et pensent que les notions enseignées ont été conformes à leurs attentes. 5/16 pensent que les séances d'ETP leur ont permis de préciser et de consolider des connaissances qu'ils possédaient déjà. Suite à l'ETP, ils se sentent capables de modifier certaines habitudes : 2 ont arrêté de fumer, 1 à arrêté de boire de l'alcool et de fumer. Une pharmacienne, un infirmier, un policier et un université souhaitent en savoir plus sur l'ETP et devenir partenaire dans l'ETP. Le recul ne permet pas d'autres conclusions, l'étude est à poursuivre.

Conclusion :

Discussion : AB Mohamed AL RAZI 865 Av.J.C écrivait que « L'association du malade lui-même à la démarche de soin ...conditionne la réussite du traitement ... ». Les protocoles étant les mêmes dans le monde, l'ETP est sans doute source de progrès dans le traitement du LH en Algérie.

2-EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS ATTEINTS D'HEMOPATHIES MALIGNES (PROGRAMME NUCARE : NURSING CANCER RESEARCH)

S. Sibachir, F. Benyahia, D. Zenad, FZ. Ardjoun
Service Hématologie HCA / ENP Bouzareah

L'éducation thérapeutique est une démarche encore émergente en oncologie, complémentaire de la démarche de soins, elle vise à renforcer l'implication du patient dans la gestion de sa maladie et de ses traitements. Elle part du principe que les comportements nécessaires pour vivre le mieux possible avec une maladie chronique peuvent être structurés avec les patients, par des processus d'apprentissage proposés parallèlement aux soins. L'augmentation de la durée de vie des patients atteints de cancer, qui contribue progressivement à donner à la maladie cancéreuse les caractéristiques d'une maladie chronique, ainsi que l'évolution de la relation soignant-soigné, sont en faveur du développement de l'éducation thérapeutique en oncologie.

Parmi les différents types de cancers, celui des hémopathies malignes est l'un des plus traumatiques. Outre le taux de survie extrêmement faible, les problèmes générés par la maladie et son traitement sont souvent très lourds. Les patients souffrent généralement de symptômes (douleur, asth-

nie, ou une fatigue durable inexplicable, une fièvre modérée persistante; l'existence de ganglions inhabituels ou encore une douleur résistante aux traitements courants. D'autres signes sont également évocateurs d'hémopathie : des sueurs nocturnes, un amaigrissement important sans régime, une gêne respiratoire). Dans un contexte sociale plus large, les patients atteints des hémopathies malignes se plaignent souvent de pertes d'emploi. Ces situations aboutissent souvent à une accentuation de la détresse psychosociale, de l'anxiété et de la dépression. La peur de la mort et de réapparition de la maladie est également assez constante, ce qui montre que l'adaptation à la maladie est le plus souvent un processus long et difficile. Peu d'études se penchent sur les interventions menées auprès des patients atteints des hémopathies malignes. C'est pourquoi, nous avons travaillé à tester une intervention psychopédagogique visant à aider les personnes à mieux vivre avec leur cancer.

Le programme NUCARE (Nursing Cancer Recherche, Recherche sur les soins infirmiers en matière de cancer) a démontré qu'il réduisait les symptômes d'anxiété et dépression, et améliorait la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. Le programme vise à apprendre aux individus comment vivre avec leur cancer et à leur apporter un soutien émotionnel à un moment où ils subissent un grand stress. NUCARE englobe deux aspects majeurs : favoriser un sentiment de maîtrise et apprendre des réponses émotionnelles et instrumentales pour faire face aux situations.

Cet élément du programme apprend aux patients à identifier et à acquérir des sources d'information et un soutien social. Nous encourageons la recherche d'une aide émotionnelle tangible en apprenant comment utiliser les affirmations à la première personne (c'est-à-dire « JE veux savoir.... ») Et en développant les comportements affirmatifs. Nous discutons également des manières d'améliorer le processus de communication médecin-patient.

Nous apprenons aux patients quels sont les bénéfices de l'espoir, de l'exercice du rire, de la spiritualité, de l'alimentation et du fait de combattre la fatigue. A l'aide de ces techniques, le programme NUCARE vise à apprendre aux patients comment résoudre des problèmes, se relaxer, déterminer des objectifs, faire face aux situations par le biais de la cognition, communiquer, bénéficier d'un soutien social et adopter des comportements et des modes de vie favorables à la santé.

3-LA GESTION DE LA CHIMIOThERAPIE PAR LE DOSSIER ELECTRONIQUE MEDICAL (DEM)

O.Z Benouis, MA. Bekadja

service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU 1er Novembre, Oran.

Introduction :

La chimiothérapie est l'un des moyens les plus efficaces dans le traitement des hémopathies malignes. À l'EHU 1er Novembre d'Oran, le dossier électronique médical (DEM) a été installé depuis janvier 2013 et est fonctionnel depuis juin de la même année.

But de l'étude:

Le but de ce travail est de présenter la première expérience en Algérie de la gestion de la chimiothérapie par le DEM.

Matériel et Méthodes:

Lors de l'installation du DEM tous les programmes de chimiothérapie ont été paramétrés par des ingénieurs informaticiens en collaboration avec les médecins praticiens du service. Un programme de formation et d'initiation à l'utilisation du DEM a été établi pour les personnels médical et paramédical durant 3 mois avec des exercices virtuels de prescriptions et de gestion de l'administration de la chimiothérapie.

Résultats :

Depuis juin 2013, toutes les chimiothérapies effectuées au niveau du service (HDJ, Hospitalisation) sont prescrites et validées par les médecins séniors du service et la gestion de l'administration de la chimiothérapie par le

personnel infirmier.

Conclusion :

Cette méthode de gestion de la chimiothérapie a permis de sécuriser la prescription (contrôle des erreurs de dosages), d'avoir une traçabilité des molécules utilisées et de rendre plus facile le travail du personnel paramédical.

4-PREPARATION DE LA CHIMIOThERAPIE PAR L'INFIRMIER : MANIPULATION ET ADMINISTRATION SIMPLES

S. Sibachir, F. Rezzouk, A. Aoufi, D. Mouloud, M. Ramaoun, H. Ahmidatou, C. Kerar, S. Nekkhal, M. Belhani

Service hématologie - CHU Béni Messous

Introduction :

Tout infirmier s'efforce, chaque jour de prendre davantage conscience avec le grand respect de la dignité de la personne humaine et dont les droits et les devoirs sont universels et surtout inviolables. La majorité des nouveaux infirmiers diplômés ont peur de manipuler la chimiothérapie et refusent d'être recrutés dans un service d'oncologie. La chimiothérapie est une méthode thérapeutique indiquée dans les cancers, elle vise à éliminer les cellules cancéreuses, soit en les détruisant directement, soit en les empêchant de se multiplier.

But de l'étude:

Notre travail a pour but de montrer que la chimiothérapie est simple, tout infirmier peut l'administrer en respectant les règles élémentaires de l'utilisation des drogues.

Matériel et Méthodes:

Dans l'hôpital de jour de la consultation adultes de Bouzaréah du service d'onco-hématologie CHU Béni Messous, nous préparons environ 320 cures de chimiothérapie par mois, en moyenne 15 cures par jour, pour les malades atteints de: maladie d'hodgkin, lymphomes non hodgkiniens, myélome et les leucémies. Chaque hémopathie a ses propres protocoles: ABVD, VACEM, ESAP, R-CHOP, ACVBP, VAD, Linker, VCD, BEACOPP, RDHAP, RFC Ces cures sont préparées avec les drogues suivantes : adriamycine, mabthéra, etoposide, cyclophosphamide, cisplatine, aracytine, velcade, vincristine, asparaginase

Résultats :

La préparation des drogues nécessite une aseptie rigoureuse (lavage des mains, port des gants et des bavettes), elle se fait sous la hotte, puis ces drogues sont administrées aux malades soit par voie intraveineuse, sous cutané, intramusculaire ou intrarachidienne. Ces cures doivent être précédées d'une hyperhydratation et d'un traitement adjuvant (pansement gastrique, antiémétique) et dans certains cas d'une prémédication (antihistaminique, corticoïde...). Certaines drogues peuvent parfois provoquer des effets secondaires : réactions allergiques, vomissements, état de choc.. d'où l'intérêt d'une surveillance du patient tout au long du déroulement des traitements (température, pouls, tension artérielle). Des effets secondaires peuvent apparaître chez l'infirmier : eczéma de contact, asthme, conjonctivite, ulcération cutanée qui sont dus le plus souvent au non respect des règles de la préparation de la chimiothérapie. La manipulation des drogues de chimiothérapie par l'infirmier est aussi simple que la manipulation de tout autre traitement (antibiothérapie, anesthésiants, antalgiques...)

Conclusion :

Servir l'humanité est la fonction essentielle de l'infirmier, et la raison d'être de sa profession. Pour cela on doit contribuer à satisfaire tous les besoins d'un malade cancéreux.

5-CHIMIOThERAPIE ANTICANCEREUSE: ROLE DE L'INFIRMIER

Lamara Djaafer

Service hématologie HMRU de constantine

Introduction :

La chimiothérapie est un traitement médicamenteux qui a pour but d'éliminer les cellules cancéreuses dans l'ensemble des tissus Elle peut être limitée à un seul produit appelée monochimiothérapie ou associant plusieurs produits appelée polychimiothérapie.

But de l'étude ou Programme :

standardiser et harmoniser les pratiques de soins infirmiers concernant la préparation et l'administration des drogues cytotoxiques. sensibiliser le personnel infirmier de leur rôle primordial dans la prise en charge d'un patient sous chimiothérapie. informer le patient sur les effets secondaires du traitement et les moyens d'y faire face.

Matériel et Méthodes (Objectifs ou Observations) :

MATERIEL:

L'IDE regroupe le matériel nécessaire sur un plateau : - Champ absorbant, - Compresses stériles, - Antiseptique (gamme polyvidone iodée), - Seringues, tubulures, - Sérum physiologique, - Bouchons obturateurs stériles, - La chimiothérapie nominative avec la prescription médicale.

METHODES:

La préparation des drogues est effectuée sous une hotte à flux laminaire pour la sécurité de l'infirmier et la qualité de la reconstitution des produits. L'infirmier se protège avec : Une sur blouse à manches longues, à poignets resserrés, une paire de gants à usage unique, un calot, une bavette, des lunettes de protection.

Résultats :

Réalisation de la cure: Avant l'administration de la chimio: -Vérifier l'état clinique et le bilan pré thérapeutique (FNS, bilan hépatique, bilan rénal). - Informer le malade des effets secondaires et lui demander de signaler toute réaction anormale. -Se laver les mains et enfiler des gants à usage unique. - prendre une VVP et mettre impérativement un robinet. -Vérifier la perméabilité de la voie veineuse avec vérification du retour veineux. Administration du traitement: -Observer scrupuleusement les mesures qui s'imposent pour chaque médicament : diluant spécifique, durée et vitesse de perfusion, hydratation, protection du flacon et des tubulures de la lumière. -Brancher la perfusion. -Eliminer les déchets dans le container destiné aux déchets contaminés. -Transcrire sur le dossier de soins infirmiers. Risques encourus: Pour l'IDE : atteinte cutanée, irritation, allergie. Pour le patient : -Les risques immédiats : extravasation, nausées, vomissements. -Les risques retardés : Atteinte médullaire (leucopénie, thrombopénie, anémie) Atteinte des muqueuses et phanères (mucite, alopecie) Perte d'appétit. Asthénie importante. Risque infectieux général.

Conclusion :

- L'infirmier joue un rôle crucial dans la prise en charge d'un malade cancéreux . - En plus de son rôle dans la préparation et l'administration des drogues cytotoxiques; il doit mener une action d'éducation d'accompagnement auprès du malade afin de l'aider à mieux lutter contre sa maladie.

6-PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIO-THERAPIE

A.Benarfa, K.Ougad, H. Nemeur, F.Benkamla, N. Tayeb chrif, Y. Oueld yerou, N. Hadad, W. Mestfaoui, W.Djir, N. Mehalhal, H. Chalabi, N. Yakhou, F. Arbaoui.

Service hématologie - Mascara

Introduction :

Les produits utilisés en chimiothérapie sont très actifs et de ce fait ont des effets secondaires parfois importants. Cependant, il existe des moyens pour rendre ces effets supportables et faire en sorte que la vie soit la plus normale .

But de l'étude:

Etude rétrospective étalée sur 12 mois de janvier 2013 à décembre 2013 durant laquelle nous avons hospitalisé 2000 patients pour prise en charge des effets secondaires de la chimiothérapie et/ ou radiothérapie

Matériel et Méthodes:

. 1er thrombopénie 671 patients (40 %) leucopénie 1000 patients (60%) anémies 329 patients (32,90%) HDK 168 patients (17%) LMNH 146 patients (14 ,6%) MM 37patients (3,7%) LAL 21 patients (2,10%) LAM 25patients

(2 ,50%) LMC 60 patients (6%) LLC 65 patients (6 ,5%) SMD 30patients (3%) PTI 30patients (3%) polyglobulies 194 patients (19,4%). Différents types de chimiothérapie cytotoxiques ont été prescrit entre autre la thérapie ciblée ce qui a induit des cytopénies sévères chez tous les patients, ils ont reçu des traitements de support adaptés à chaque cas. Culots globulaires 658(30,07%) concentrés plaquettaires 1500(68 ,56%) et PFC 30(1,37%).

Résultats :

Un antibiotique adapté pour chaque patient avec association d'antifongiques, la corticothérapie a été instaurée chez plus de 90% des patients .2eme lieu vient les nausées et les vomissements qui sont plus fréquents peuvent survenir au moment de la perfusion, les heures et les jours qui suivent la chimiothérapie ,et aussi avant l'hospitalisation. Un ondansetron administré à tous les patients il en existe plusieurs types, l'hyperhydratation est indiquée dans certains traitements de chimiothérapies . Les troubles du transit / la diarrhée et la constipation, qui sont en général modérées et prévenue par un traitement quotidien, quelques règles diététiques sont recommandés par le médecin traitant. La chute de cheveux est un effet secondaire provisoire ,ils repoussent dès qu'on termine le Protocole, ce problème de chute est difficile à supporté surtout chez la femme, des séances de psychothérapie sont recommandés. La fatigue est liée à la maladie elle-même, aux effets secondaires de chimiothérapie (diarrhée, vomissement, douleur, anorexie, anémie, trouble du sommeil et anxiété)

Conclusion :

La survenue de cytopénies post- chimiothérapie est fréquente et redoutable chez tous les patients traités pour cancers, il est donc primordial de les dépistées à temps et les traitées de façon précoce afin d'éviter les complications et les décès qui peuvent survenir.

7-MESURES DE PROTECTION DANS L'EMPLOI DES CYTOSTATIQUES

Bencheikh N, Chihat Z

Service hématologie - Greffe de moelle osseuse, CPMC, Alger

Introduction :

1-INTRODUCTION: les cytostatiques sont des médicaments qui inhibent ou empêchent la fonction cellulaire . cependant toute personne qui les manipule est un sujet à risque.

But de l'étude:

2-EFFETS BIOLOGIQUES DES CYTOSTATIQUES: on distingue 3 types d'effets : carcinogène , mutagène , et tératogène.

Matériel et Méthodes:

3-MOYENS DE PROTECTION: la préparation des cytostatiques nécessite des moyens de protection à savoir des mesures de protection techniques (isolateur , hotte , dispositifs pour la reconstitution des cytostatiques), et personnel (port de gants , d' habille , lunette , masque) .

Résultats :

4-RESULTAT: plusieurs études ont été réalisées , prouvant la contamination du personnel manipulant des produits toxiques.

Conclusion :

5- CONCLUSION: le personnel hospitalier est régulièrement confronté à la manipulation des produits potentiellement toxiques , afin de minimiser le risque , des mesures de sécurité appropriées doivent être mise en place

8-BILAN D'ACTIVITE DU DON DE PLAQUETTES PAR CYTAPHERESE, AU SERVICE D'HEMATOLOGIE DE BLIDA SUR UNE PERIODE D'UN AN.

L. Laribi, F. Kaaouane, S. Oukid, C. Boucherit, M.K. Benlabiod, Y. M. Bouchakor, M. T. Abad..

Service d'Hématologie, EHS ELCC, Blida, Faculté de Médecine, Université Blida I

Introduction :

La prise en charge des patients présentant une hémopathie maligne est basée sur une chimiothérapie de plus en plus aplasante et sur un traitement

symptomatique rigoureux et efficace basé sur les transfusions surtout de culots plaquettaires. Nous rapportons nos résultats sur la préparation des concentrés unitaires plaquettaires sur une période allant de novembre 2012 à novembre 2013.

But de l'étude:

Effectuer un bilan sur le rendement de la cytophérèse dans un service d'hématologie sur une période d'une année

Matériel et Méthodes:

Le don de plaquette est effectué au sein du service d'hématologie, après une sélection rigoureuse des donneurs, un bilan biologique complet avec une sérologie récente de l'hépatite B et C et une sérologie HIV. Le don est effectué soit sur un appareil de type TRIMA Accel.

Résultats :

Sur une période d'une année, nous avons effectué 580 prélèvements sur 1250 volontaires. Il s'agit de 575 hommes et de 05 femmes avec un âge moyen de 30 ans (19 – 58). La durée moyenne de prélèvement est de 52 minutes (22 – 86). Le rendement moyen des dons est de $3,5 \times 10^{11}$ (0.9 – 9). Dans 490 cas (84,5%) les dons se sont déroulés sans incidents et dans 90 cas (15,5%), nous avons arrêté la procédure de collecte à cause des effets secondaires à type de : un malaise : 43 cas (47,7%), un hématome ou éclatement de la veine de ponction au cours de la procédure : 27 cas (30%), un choc vagal : 07 cas (7,7%), une pression de prélèvement basse : 06 cas (6,7%), problème lié à l'appareil : 06 cas (6,7%) (comme le passage de l'air) et une éruption cutanée : 01 cas (1,2%).

Conclusion :

Le don de plaquettes par cytophérèse permet de recueillir une unité de plaquettes correspondant à 5 à 10 fois la quantité de plaquettes obtenues à partir d'une poche de sang total. Il dure en moyenne une heure selon le taux de plaquettes du donneur et selon la quantité de plaquettes à prélever. Le don de plaquettes est possible de 18 à 65 ans à raison de 12 dons par an maximum, en respectant normalement un délai minimum de 4 semaines avec un autre don de plaquettes ou de sang total.

9-UTILISATION DES CHAMBRES A CATHETER IMPLANTABLE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LYMPHOMES DE HODGKIN EN HEMATOLOGIE, CHUORAN.

Sehab. A, Zouani. S, Kebib. A, Djaafri. M, Touhami. H.
Service hématologie, CHU Oran

Introduction :

Les patients atteints de lymphomes Hodgkiniens aux stades avancés avec des facteurs de mauvais pronostics, restent prioritaires pour la pose d'une chambre à cathéter implantable (CCI) ou port-à-cath (PAC). En plus de toutes les complications dues aux différents traitements, la préservation du capital veineux est vitale pour ces patients.

But de l'étude:

A partir d'une modeste expérience chez des patients atteints de LH, nous faisons une mise au point sur les objectifs, indications, contre-indication, les risques et complications, les règles de manipulation de la chambre implantable. Tous ces éléments constituent le programme éducatif des patients candidats à une CCI.

Matériel et Méthodes:

Patients et méthodes : La CCI ou port-à-cath® ou PAC est une petite boîte ronde, fermée par une membrane, reliée à un cathéter qui fait communiquer la chambre avec une veine. La CCI est mise en place par un chirurgien au bloc opératoire sous anesthésie locale. Cette intervention dure environ 45 minutes. Au courant de l'année 2013, sur 18 indications de CCI ou port-à-cath® ou PAC, 10 ont été mise en place avec succès, 2 échecs lors de la

pose chirurgicale de la CCI. Les 10 CCI ont été placées chez 5 hommes et 5 femmes, d'âge moyen 27 ans (20-37 ans), 1 patient au stade IIIB de Ann Arbor et 9 au stade IV. Toutes ces indications ont été précédées d'éducation thérapeutique de chaque patient et du consentement du patient.

Résultats :

Sur les 10 CCI placées au courant de l'année 2013 chez des patients atteints de LH, nous avons observé 2 complications graves : 1 infection cutanée et une obstruction du cathéter qui ont nécessité l'ablation de la CCI. 8 CCI sont fonctionnelles sans aucun problèmes (4 depuis plus de 7 mois, 3 depuis plus de 5 mois, et 1 depuis 2 mois). Bien que la pose de CCI pour chimiothérapie se fait dans le service depuis plus de 12 ans, l'approvisionnement irrégulier et le manque de chirurgien spécialisé pour leur pose expliquent qu'on ai observé 2 échecs dès la pose de la CCI et probablement l'infection observé au 15 ème jour postopératoire. Tandis que l'obstruction du cathé est probablement le fait d'une mauvaise utilisation de la CCI en hématologie.

Conclusion :

Discussion La chambre implantable préserve l'autonomie et améliore la qualité de vie du patient. L'infirmier a un rôle capital dans les préparatifs pour la pose de la CCI, dans le suivi en postopératoire, dans l'utilisation de la CCI, son entretien, son ablation et l'éducation thérapeutique du patient.

10-L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC D'UNE LEUCEMIE AIGUE ET SON IMPACT PSYCHOLOGIQUE SUR LES MALADES

Ait Tayeb Fatima (psychologue au service d'hématologie CHU Beni Messous), Berkouk-Redjimi yasmina (Maitre assistant en hématologie au CHU Beni Messous)

Introduction :

L'annonce du diagnostic d'une leucémie aigue est la source de stress et de troubles psychologiques même si les progrès thérapeutiques modifient l'image de la maladie.

But de l'étude:

Dans notre service, les patients demandeurs d'informations ont des réponses à leurs questions. Les autres passifs, résignés ou refusant le diagnostic sont non interrogateurs. Leur désir d'ignorance est respecté. Notre objectif à travers cette étude est d'apprécier l'impact psychologique de l'annonce du diagnostic d'une leucémie aigue durant le 1er mois d'hospitalisation.

Matériel et Méthodes :

Tous les malades leucémiques entrants dans le service d'hématologie CHU Beni Messous ont été évalués psychologiquement sur une période de 3 mois (novembre 2013- janvier 2014) par une échelle auto évaluation « Beck pour dépression » classée en 3 degrés : légère, modérée et sévère. Cet examen est réalisé tous les 15 jours (J1-J15-J 30) durant la phase d'induction de la chimiothérapie.

Résultats :

Sur les 30 patients évalués, 14 patients ont été informés du diagnostic et 16 patients non informés. Sur les 14 patients informés, 6(42,85%) étaient en dépression légère à J1 du traitement, 8(57,14%) étaient en dépression modérée à J 15 et 09 (64,25%) à J30 toujours en dépression modérée. Sur les 16 patients non informés 7 (43,75%) étaient en dépression sévère à j1 de leur hospitalisation, 9(56,27%) en dépression sévère à J15 et 12(75%) en dépression sévère à J30. 50 % des patients ont été informés du diagnostic selon leur désir d'information. Toutefois cette étude nous a permis de constater que les patients informés sont moins déprimés à l'entrée, ils passent d'une dépression légère à une dépression modérée. Quant aux patients non informés ils sont en dépression sévère dès l'entrée et le restent durant leur 1er mois d'hospitalisation.

Conclusion :

Les patients informés, sur leur pathologie et son traitement, gèrent mieux leur angoisse et sont moins déprimés, contrairement aux patients qui n'en ont pas connaissance, qui angoissent et dépriment. L'annonce du diagnostic permet aux patients de comprendre la nature de leur maladie et donc de mieux contenir leur angoisse.

REMERCIEMENTS

Le comité d'organisation de la SAHTS
tient à remercier vivement les partenaires et sponsors
qui ont largement contribué à l'organisation du
XI^{ème} Congrès National d'Hématologie

