

Référentiel régional

LYMPHOME DE HODGKIN



SOMMAIRE

- Lymphome de Hodgkin
 - Généralités
 - Lymphome De Hodgkin Classique : 1ère Ligne
 - Lymphome De Hodgkin Classique : 2ème Ligne
 - Lymphome de Hodgkin Classique : 3ème Ligne
 - Lymphome de Hodgkin Classique du Sujet Âgé/Unfit
 - Lymphome De Hodgkin Nodulaire à Prédominance Lymphocytaire

AUTEURS

Edmond CHICHE
Bachra CHOUFI
Pilar DUTARI
Andrea GALLAMINI,
Michael LOSCHI
Marie MINVIELLE
Catalina MONTES DE OCA
Robin NOEL
Frederic PEYRADE
Daniel RE
Safia SHEBREK

LYMPHOME DE HODGKIN

GÉNÉRALITÉS

Introduction

- Maladie à distribution bimodale
- Cause reste inconnue
- Radiothérapie/chimiothérapie/immunothérapie combinées ont augmenté le taux de guérison
- TEP - FDG : outil important dans la stadification et pronostic
- L'amplification 9p24.1 est associée à SSP plus courte
- PD-L1 et CMH de classe II prédicteurs d'une issue favorable sous anti PD-1

Anatomo-Pathologie

- La biopsie chirurgicale ou exérèse est obligatoire et incontournable
- Si la biopsie exérèse chirurgicale est inenvisageable, ou dans les situations urgentes, il faudra opter pour la biopsie à l'aiguille la plus large possible (14G minimum) : modalité cf lymphomes
- Il est recommandé de s'assurer d'une double lecture par le réseau national de référence en anatomopathologie des lymphomes LYMPHOPATH

Facteurs Pronostiques

Forme Localisées : EORTC

- IMT en T5 >0,35
- VS >50 si signes B >30
- > ou = 4 aires ganglionnaires atteintes
- Une atteinte extra ganglionnaire
- Age ≥50 ans
 - Groupe favorable: aucun facteur de risque
 - Groupe défavorable : au moins 1 facteur de risque

Formes Avancées HL : (International Prognostic Factor, Hasenclever) : IPS

- Age ≥45 years
- Stade IV
- Sexe Masculin
- Leucocytes ≥15 000 cells/μl
- Lymphopénie <600 cells/μl, ou 8%
- Albumine <40 g/l
- Hémoglobine <10.5 g/dl

NB : les résultats du FDG-PET pendant et en fin de traitement de première ligne ont un impact pronostique plus important que les scores pronostiques sus mentionnés.

Bilan d'Extension

Clinique

- Interrogatoire à la recherche de signes généraux, évaluation du (PS), examen physique complet

Biologie

- NFS Plaquettes, VS, CRP, Iono, Protidémie, Albuminémie, Électrophorèse des protéines sanguines, Créatinine + Clairance, SGOT, SGPT, Gamma-GT, PAL, Bilirubine, LDH
- Sérologies virales : VHB, VHC, HIV 1 et 2

TEP/FDG : Examen de Référence, UN PATIENT = UN CENTRE TEP

- Radiographie Thorax avec mesure rapport M/T (NB : mesure validée sur CT scanner aussi)
- (+/- Imagerie : scanner TAP associé au TEP ou séparément pour diriger une biopsie)

La BOM n'est pas recommandée

Bilan Pré Thérapeutique

- CECOS pour les formes avancées traitées par BEACOP-Dac esc
- 18-25 ans : RCP adolescents et jeunes adultes (AJA) obligatoire
- A partir de 70 ans ou si G8 <14 : évaluation oncogériatrique
- EFR
- ETT

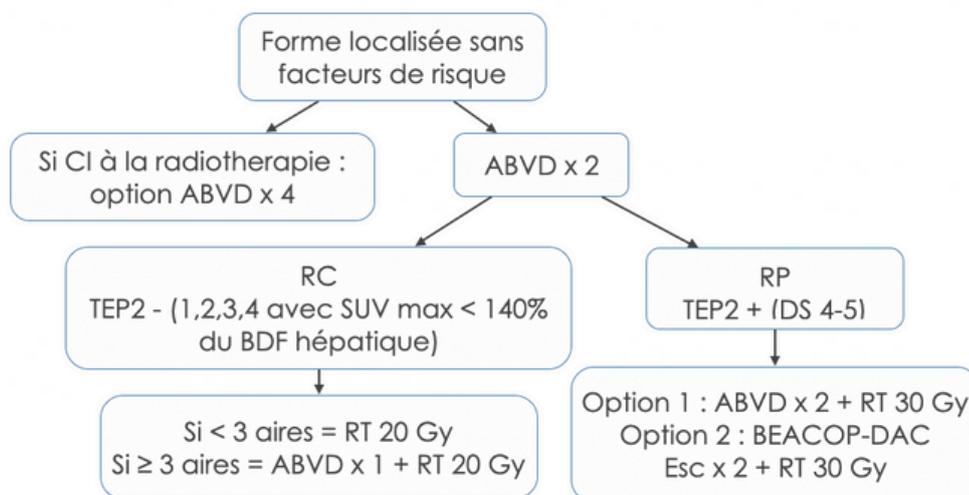
Classification Anatomique Révisée

Stades Localisés	Atteinte Ganglionnaire	Atteinte Extra Ganglionnaire
I	Atteinte d'un seul ganglion ou d'une seule aire ganglionnaire	Atteinte extra ganglionnaire unique sans atteinte ganglionnaire associée
II	Atteinte de deux ou plusieurs aires ganglionnaires du même côté du diaphragme	Stade I ou II avec atteinte extraganglionnaire de contiguïté
II X (Bulky)	Atteinte de deux ou plusieurs aires ganglionnaires du même côté du diaphragme avec masse Bulky	Idem
Stades disséminés		
III	Atteinte ganglionnaire des deux côtés du diaphragme, ou atteinte sous diaphragmatique avec atteinte splénique	N/A
IV	Stade III avec atteinte extraganglionnaire non de contiguïté	

LYMPHOME DE HODGKIN CLASSIQUE : 1ÈRE LIGNE

TRAITEMENT FORME LOCALISÉE : GROUPE FAVORABLE SANS FACTEUR PRONOSTIC

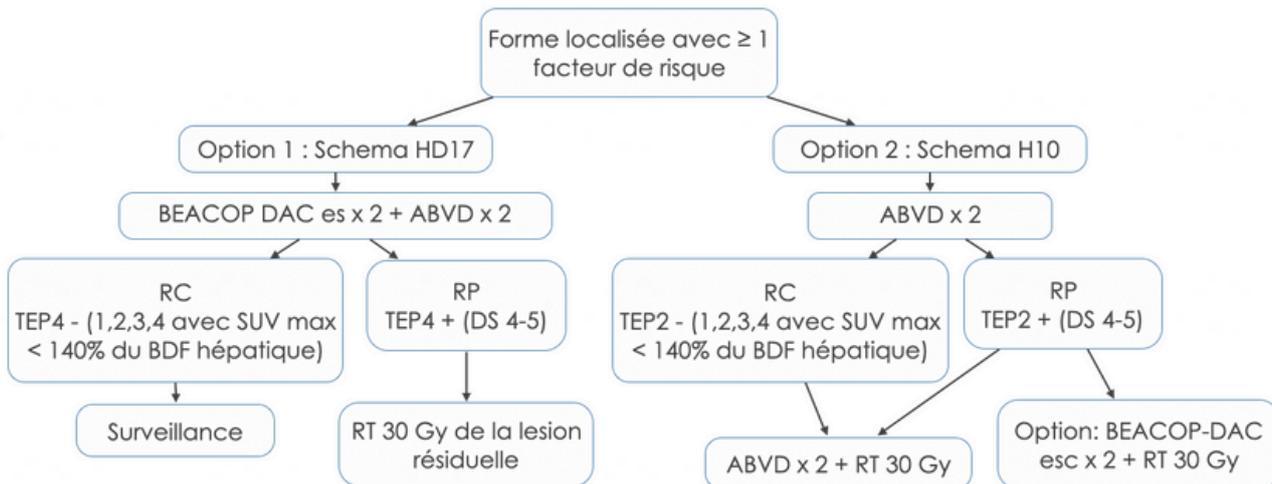
- Evaluation TEP selon critères AHL 2010 : RCM = Deauville 1, 2, 3 et 4 si SUVmax <140% du bruit de fond hépatique
- Option escalade BEACOP-DAC escaladé selon protocole H10 mais l'étude à 10 ans ne montre pas de supériorité de SSP du bras 2+2 vs 4 ABVD



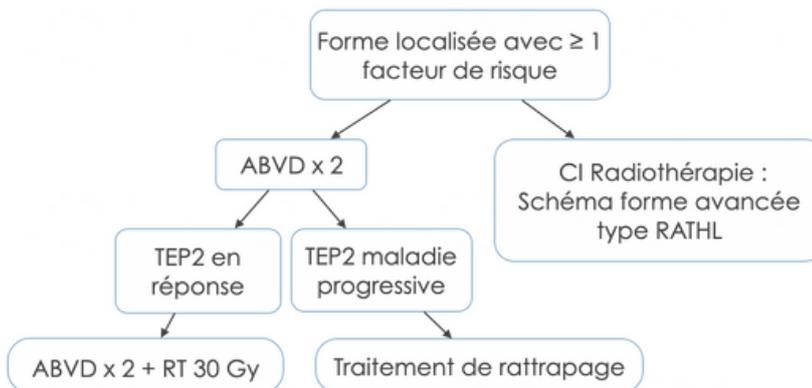
TRAITEMENT FORME LOCALISÉE : GROUPE DÉFAVORABLE et II B Non Bulky (TMTV <147cm³)

1. Patient éligible au BEACOP-DAC escaladé et radiothérapie (option 1 à favoriser après discussion avec le radiothérapeute si toxicité attendue importante de la radiothérapie)

Option escalade BEACOP-DAC escaladé selon protocole H10 mais l'étude à 10 ans ne montre pas de supériorité de SSP du bras 2+2 vs 4 ABVD.



2. Patient inéligible au BEACOP-DAC escaladé

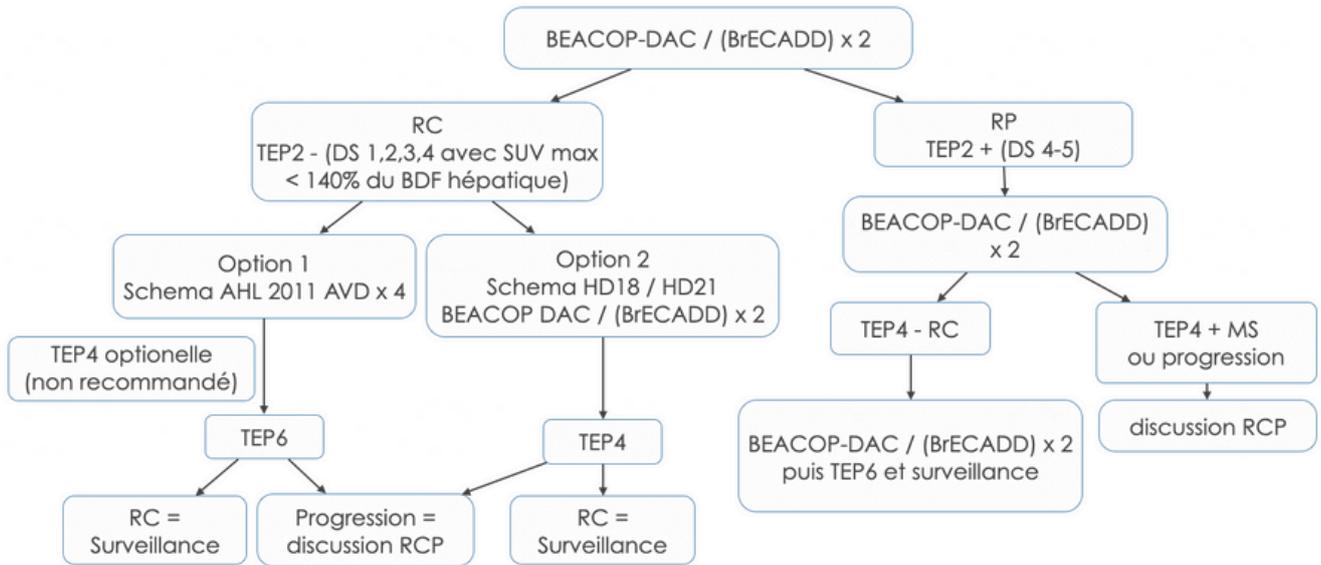


TRAITEMENT FORME AVANCÉE : HODGKIN STADE II B X (Bulky; TMTV >147cm³), III, IV

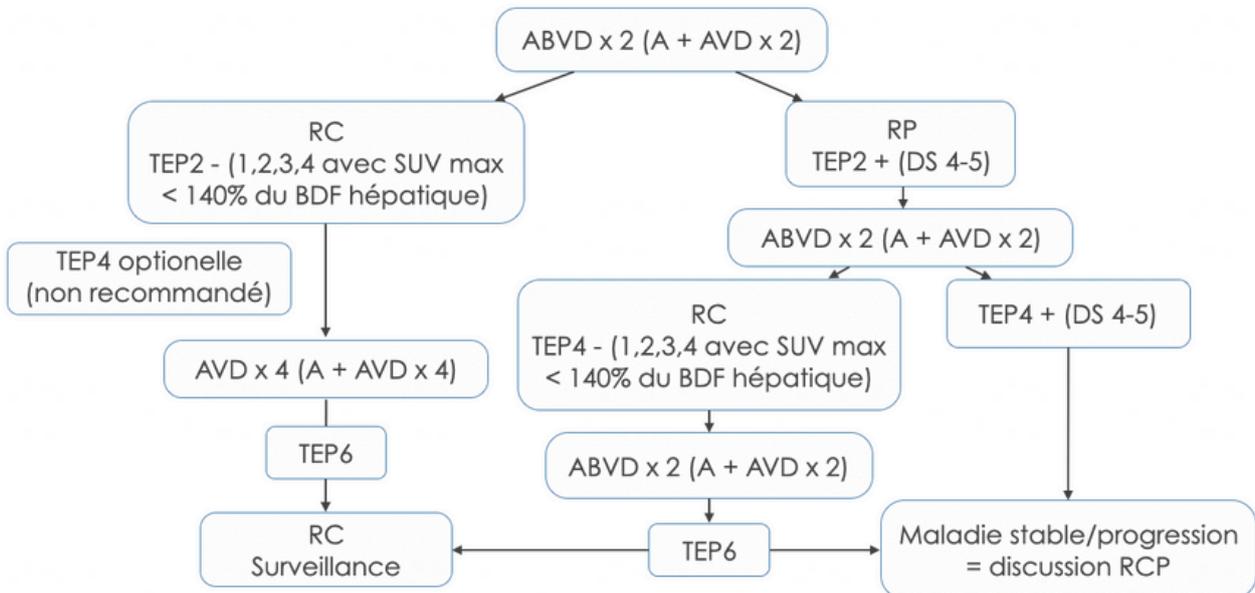
- Schéma Dose intensif non indispensable pour tous les patients surtout si score IPS 0-1
- Une comparaison de l'étude AHL 2011 et H10 a montré que les patients stades IIB avaient une survie comparable avec les 2 schémas mais que le volume tumoral était pronostique
- On note l'importance pronostique du TEP2 dans les études d'escalade comme de désescalade

RATHL(4) / AHL2011 (5) / HD18 (6) / Echelon 1(7) / BrECADD(8)
 PFS 5 ans : (81%) / (85%) / (91%) / 86% / 94%
 DOSE Anthracyclines : 270mg/m² / 140mg/m² / 300mg/m²

1. Patient éligible (<60 ans) au BEACOP-DAC esc / (BrECADD sans remboursement actuellement mais qui peut être administré jusqu'à 65-70ans avec les paliers inférieurs (Ferdinandus et al. ASH 2024))



2. Patients inéligibles au BEACOP-DAC esc (/BrECADD) (A + AVD sans remboursement)



- **Le Brentuximab-Vedotin n'a pas de remboursement en France dans cette indication. Le schéma A+AVD a montré un bénéfice surtout chez les patients de stade IV avec un score IPS>3 chez les patients <60 ans par rapport à ABVD**
- La TEP 4 chez des patients en RC n'apporte que rarement d'information et n'est donc pas recommandée. Par exemple, dans l'étude AHL 2011, seulement 6% des patients avec un TEP2- vont être progressif au TEP6. Il faut donc environ 15 TEP scanner négatifs pour détecter un patient réfractaire en cours de traitement.

RÉFÉRENCES

1. Hasenclever D, Diehl V. A prognostic score for advanced Hodgkin's disease. International prognostic factors project on advanced Hodgkin's disease. *N Engl J Med.* 1998; 339(21): 1506-1514
2. Cheson BD, *JCO* 2014
3. Engert A, Plutschow A, Eich HT, et al. Reduced treatment intensity in patients with early-stage Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med.* 2010; 363(7): 640-652
4. *Clin Oncol.* 2017 Jun
5. Borchmann, P · Plütschow, A · Kobe, C · et al. PET-guided omission of radiotherapy in early-stage unfavourable Hodgkin lymphoma (GHSG HD17): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2021; 22:223-234
6. Johnson P, Federico M, Kirkwood A, et al. Adapted treatment guided by interim PET-CT scan in advanced Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med.* 2016
7. Connors JM. Hodgkin's lymphoma—the great teacher. *N Engl J Med.* 2011; 365(3): 264-265
8. Casasnovas RO, Bouabdallah R, Brice P, et al. Positron emission tomography-driven strategy in advanced Hodgkin lymphoma: prolonged follow-up of the AHL2011 Phase III Lymphoma Study Association Study. *J Clin Oncol.* 2022; 40: 1091-1101
9. Johnson P, Federico M, Kirkwood A, et al. Adapted treatment guided by interim PET-CT scan in advanced Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med.* 2016
10. Ansell SM, Radford J, Connors JM, et al. Overall survival with brentuximab vedotin in stage III or IV Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med.* 2022
11. 6-PET-guided treatment in patients with advanced-stage Hodgkin's lymphoma (HD18): final results of an open-label, international, randomised phase 3 trial by the German Hodgkin Study Group Prof Dr Peter Borchmann, MD. *Lancet* December 23, 2017
12. 8- PET2-Guided BrECADD Is Safer and More Effective Than Escalated BEACOPP in Adults With Advanced Classical Hodgkin Lymphoma 2024 ASCO Annual Meeting June 1, 2024
13. Picardi, M. et al. (2024), Liposomal Doxorubicin, Vinblastine and Dacarbazine Plus Consolidation Radiotherapy of Residual Nodal Masses for Frontline Treatment in Older Adults With Advanced Stage Classic Hodgkin Lymphoma: Improved Outcome in a Multi-Center Real-Life Study. *Hematological Oncology*, 42: e70003
<https://doi.org/10.1002/hon.70003>
14. Guillaume Aussedat, et al. PVAG Regimen (Prednisone, Vinblastine, Doxorubicin, Gemcitabine) Used in Real-Life Setting in First Line Therapy for Elderly Classical Hodgkin Lymphoma Patients: A Retrospective Study of Lysa Centers. *Blood* 2020; 136 (Supplement 1): 11. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2020-138706>
15. Boris Böll, et al. Phase 2 study of PVAG (prednisone, vinblastine, doxorubicin, gemcitabine) in elderly patients with early unfavorable or advanced stage Hodgkin lymphoma. *Blood* 2011; 118 (24): 6292–6298. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2011-07-368167>
16. Ghesquieres, Herve, et al. "Prednisone, vinblastine, doxorubicin and bendamustine (PVAB) regimen in first line therapy for older patients with advanced-stage classical Hodgkin lymphoma: Results of a Prospective Multicenter Phase II Trial of the Lymphoma Study Association (LYSA)." *Blood* 134 (2019): 2832.
<https://doi.org/10.1182/blood-2019-129016>
17. Jean Marc Schiano de Colella et al., Brentuximab vedotin and bendamustine as first-line treatment of Hodgkin lymphoma in the elderly (HALO Trial).. *JCO* 38, 8029-8029(2020). DOI: [10.1200/JCO.2020.38.15_suppl.8029](https://doi.org/10.1200/JCO.2020.38.15_suppl.8029)
18. Rossi C, et al. High-risk stage IIB Hodgkin lymphoma treated in the H10 and AHL2011 trials: total metabolic tumor volume is a useful risk factor to stratify patients at baseline. *Haematologica.* 2022 Dec 1;107(12):2897-2904. doi: 10.3324/haematol.2021.280004. PMID: 35638548; PMCID: PMC9713544

LYMPHOME DE HODGKIN CLASSIQUE : 2ÈME LIGNE

GÉNÉRALITÉS

- 10-35% des LHc
 - Stade localisé : 10-15%
 - Stade avancé : 20-30%
- Biopsie indiquée pour prouver la rechute
 - Formes composites
 - Discutable si même territoire qu'au diagnostic et <12 mois
- Définitions
 - Réfractaire primaire : progression sous traitement ou <3 mois de la fin
 - Rechute précoce <1 an
 - Rechute localisée ou disséminée/rechute avec atteinte extranodale

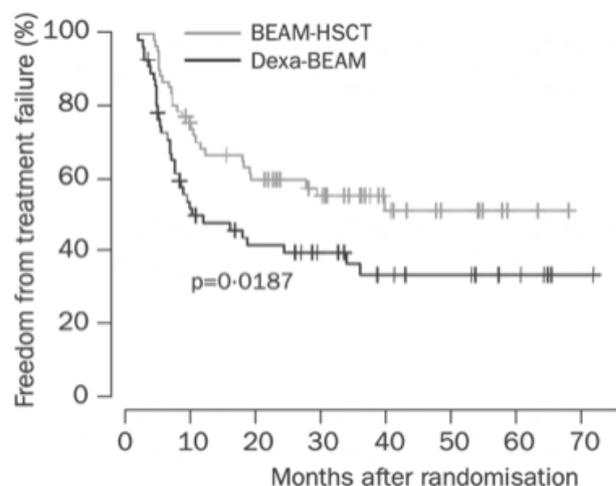
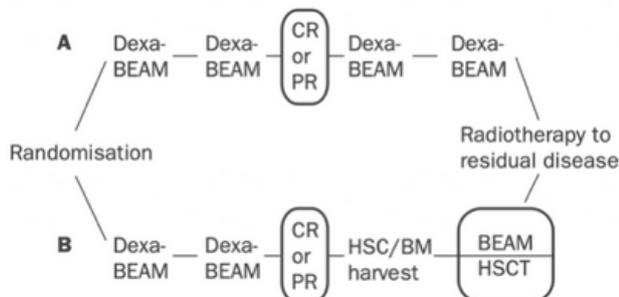
SUJETS ÉLIGIBLES À UNE INTENSIFICATION (<65-70 ANS) - NON EXPOSÉS AU BV

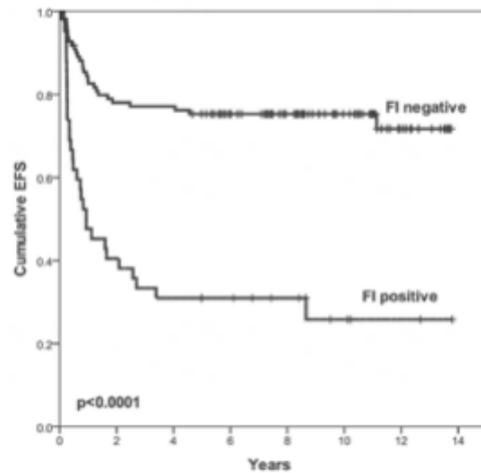
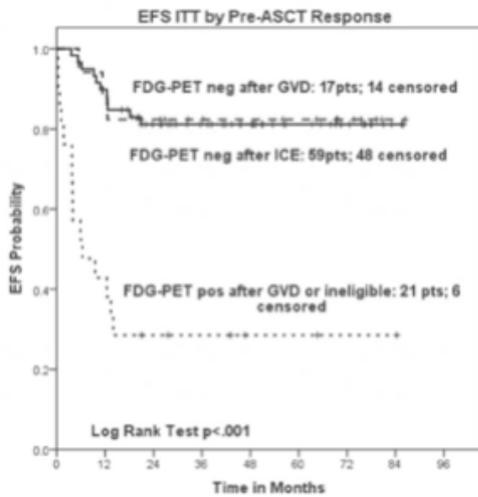
Quel Protocole de Rattrapage ?

Schema	Phase	N	Refractaire	Rechute	RC	SSP	SSP (auto)	
ICE	2	65	22	43	30 %	58% à 43m		Moskowitz CH et al. Blood 2001
GVD	2	91	-	-	19 %	52 %		Barlett Ni et al. Annals of Oncology 2007
DHAP	2	102	17	85	21 %	-		Josting A et al. Annals og Oncology 2002
BEGEV	2	59	32	27	75 %	59% à 5a		Santoro A et al. Blood Adv. 2020
BV-ICE	1/2	45	29	16	74 %	80% à 2a	Non atteint	Lynch RC et al. Lancet Haematol 3021
BV-DHAP	1/2	61	23	38	79 %	76% à 2a	Non atteint	Hagenbeek et al. Haematologica 2021
BV-Benda	1/2	55	28	27	74 %	62% à 2a	70% à 2a	LaCasce AS et al. Blood 2018

Place de l'Autogreffe

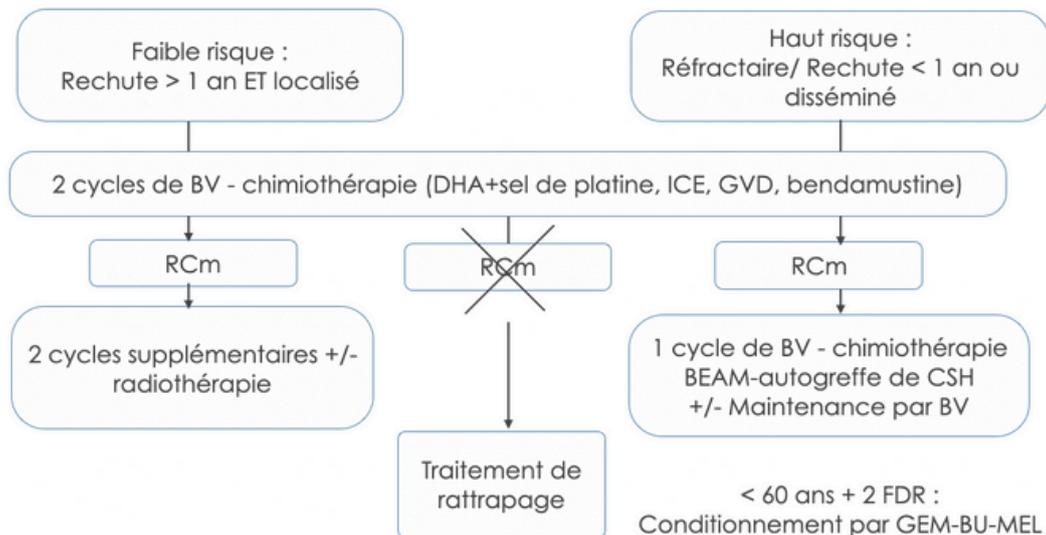
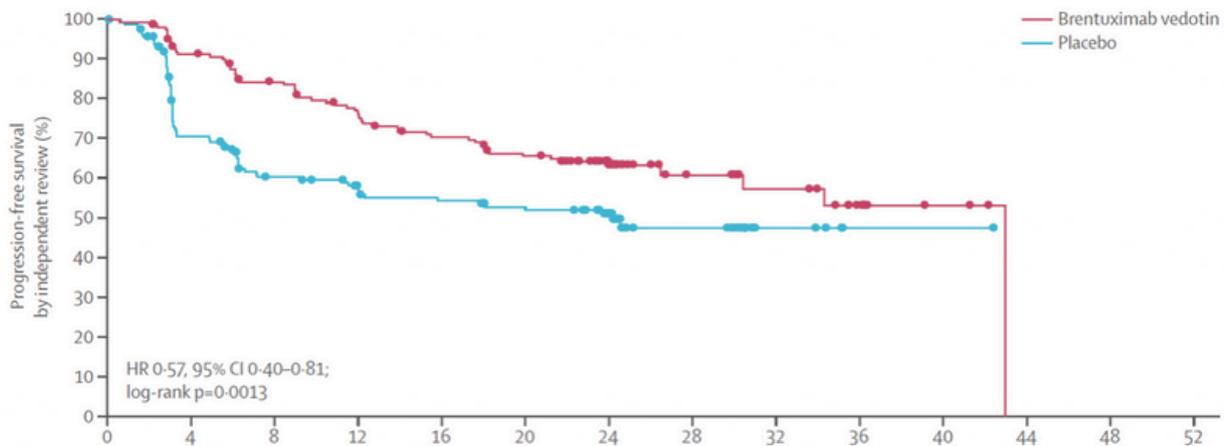
- Chimiosensibilité
- Conditionnement
 - BEAM = référence
 - GEMBUMEL à discuter chez les patients <60 ans, réfractaire ou nécessitant 2 lignes de rattrapage avant autogreffe
- Importance de la réponse en pré-greffe RC vs RP





Place du Traitement de Maintenance

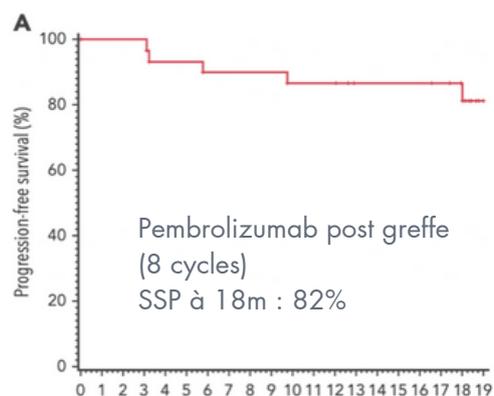
- Risque de rechute de 50% en post-autogreffe avant l'arrivée du BV en induction
- Probablement pas d'intérêt après GemBuMel
- Pour les patients à haut risque
 - Etude AETHERA avec plus de 1 facteurs de risque (pas de bénéfice certain pour 0-1 facteurs de risque) : réfractaire, rechute <12mois, stade avancé, réponse partielle avant autogreffe
 - Etude AMAHRELIS : **intérêt de la maintenance chez des patients qui ont reçu du BV en induction incertain**



SUJETS ÉLIGIBLES À UNE INTENSIFICATION (<65-70 ANS) - EXPOSÉS AU BVQuel Protocole de Rattrapage ?

Schema	Phase	N	Refractaire	Rechute	RC	SSP	SSP (auto)	
Nivo ± ICE	2	39	18	21	91 %	72% à 2a	94% à 2a	Mei MG et al. Blood 2022
Pembro-ICE	2	42	16	26	86,5 %	87,1% à 2a	Non atteint	Bryan LJ et al. JAMA Oncol.
Pembro-GVD	2	39	16	23	95 %	100% à 13m	100% à 13m	Moskowitz AJ et al. JCO 2022
BV-Nivo	1/2	91	38	53	67 %	78% à 2a	91% à 3a	Herrera AF et al. Blood 2022 Moskowitz AJ et al. Blood 2019 (suppl 1)

- Place de l'autogreffe faisant l'objet d'essais cliniques mais toujours recommandée (Moskowitz et al. ASH 2024)
- Place d'une maintenance ?
A priori non au vu du haut niveau de SSP avec les différents schéma pré autogreffe contenant des CPI.
Si oui, pour qui ? Probablement patients en RP pré autogreffe (Pembrolizumab 8 cycles).
- Privilégier l'inclusion dans un essai clinique si possible

**SUJETS NON ÉLIGIBLES À UNE INTENSIFICATION (> 65-70 ANS OU AVEC COMORBIDITÉS)**

- Pronostic mauvais (maladie différente; moins de formes SN ; moins d'options)
- Pas de recommandations internationales
- Évaluation oncogériatrique à partir de 70 ans ou si G8 < 14
- Privilégier l'inclusion dans un essai clinique
- Évaluations des possibilités selon tolérance et choix en 1ère ligne et âge/fragilité :
 - BV-Bendamustine +/- maintenance BV
 - BV en monothérapie
 - Gemcitabine, Vinblastine monothérapie. PEP-C
 - Radiothérapie : pour les formes localisées; pour les réponses partielles en fin de traitement; pour les fortes masses >7-10cm
 - Les inhibiteurs de check point (pembrolizumab, nivolumab (AMM non remboursée)) n'ont pas d'indications avant la 3ème ligne

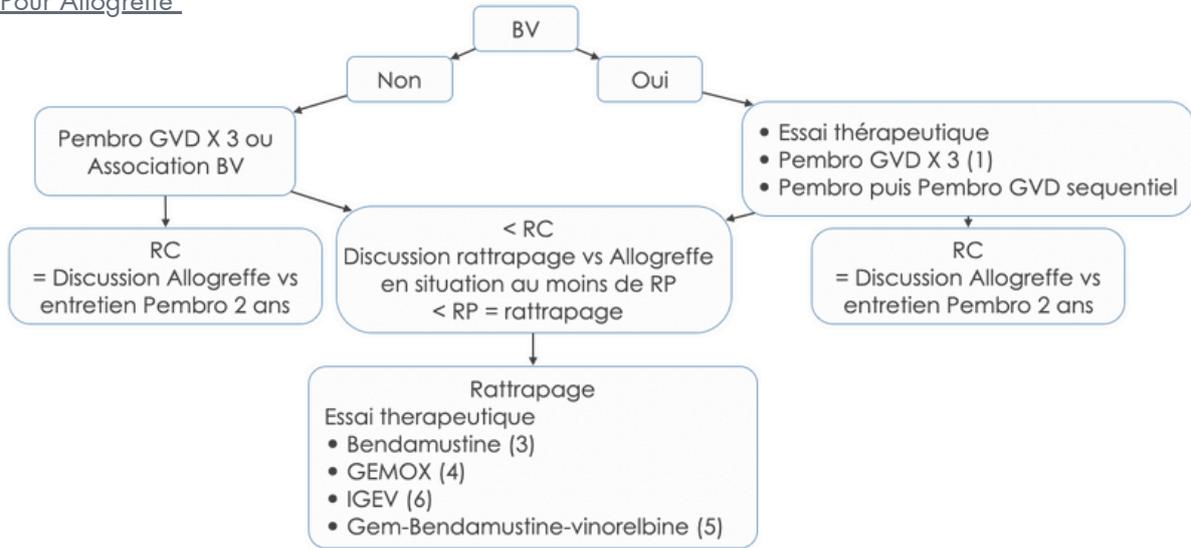
RÉFÉRENCES

1. Schmitz N. et al. The Lancet 2002
2. Moskowitz AJ et al. Blood 2010
3. Moskowitz CH et al. Blood 2012
4. Nieto Y et al. Haematologica 2022
5. Schmitz N et al. Lancet 2002
6. Moskowitz CH et al. Lancet 2015
7. Marouf A et al. Haematologica 2022
8. Wilke C. et al. Int J Radiation Oncol Biol Phys 2017
9. Armand P et al. Blood 2019

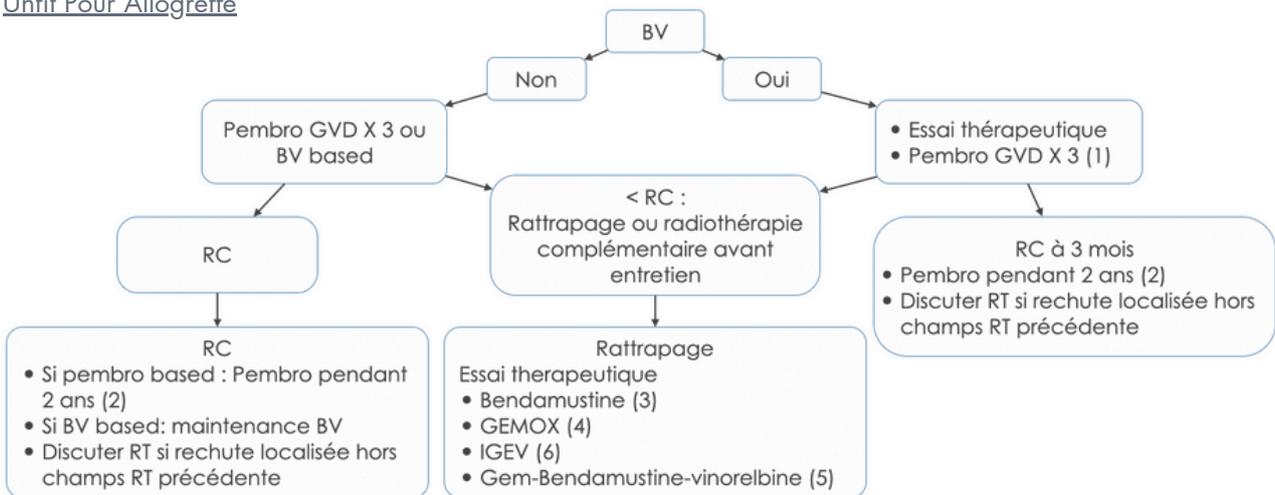
LYMPHOME DE HODGKIN CLASSIQUE : 3ÈME LIGNE

3ÈME LIGNE : APRÈS INTENSIFICATION ET AUTOGREFFE

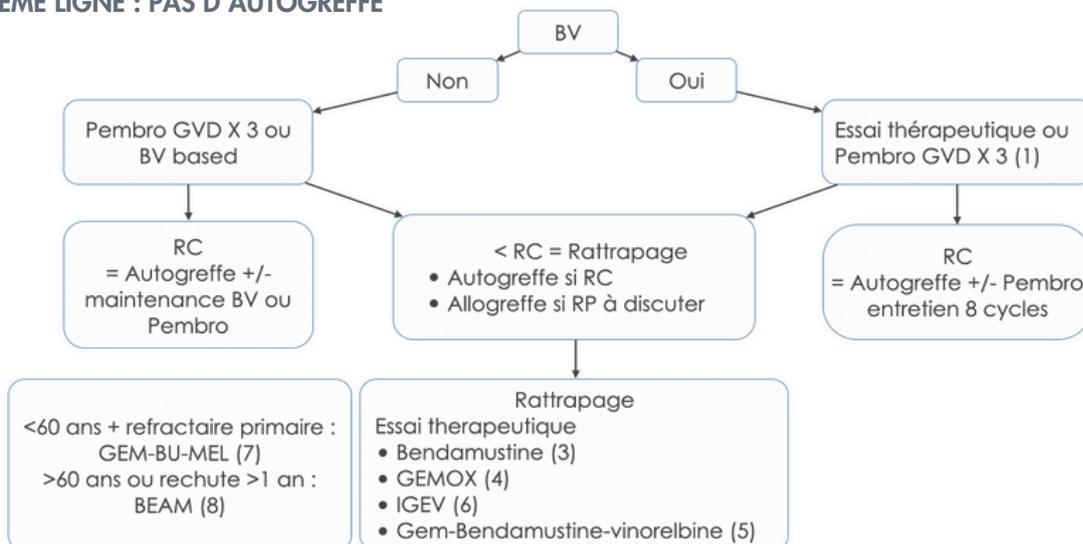
Fit Pour Allogreffe



Unfit Pour Allogreffe



3ÈME LIGNE : PAS D'AUTOGREFFE



LYMPHOME DE HODGKIN CLASSIQUE : SUJET ÂGÉ/UNFIT

SUJET ÂGÉ : TOUTES LIGNES

Traitement Sujet Âgé >75 Ans

Dans la population âgé, les patients ne tolèrent pas les régimes plus intenses. Le Brentuximab Vedotin et les anti PD-1 n'ont pas l'AMM en première ligne, leur utilisation seuls ou associés donnent un excellent SSP et de SG à moindre toxicité. Des essais supplémentaires sont nécessaires pour optimiser la dose et le calendrier du traitement.

Proposition 1ère Ligne (+/- radiothérapie pour formes localisées)

- Options Recommandées :
 - PVAG x 6-8 +/- RT (3yPFS 48.6-58%; 3yOS 66-73.7%; 19% d'infections Grade 3-4, EI G3-4 72%)
 - ABVD x 6 à doses adaptées selon schéma RATHL après avis gériatrique +/- RT si fit <80ans
- Options Moins Recommandées :
 - PVAB x 6 +/- RT (prednisone, vinblastine, adriamycine, bendamustine) 2yPFS 61.3%, 2yOS 84.1% SAE 31.5%
 - BV-Bendamustine x 6 (*pas de remboursement BV*) 2yPFS 54% 2yOS 83%

Propositions en Situation de Rechute : discussion RCP selon première ligne

- Schéma BV monothérapie +/- chimiothérapie en première rechute
- Penser à la radiothérapie pour les fortes masses ou rechutes localisées
- Schéma CPI monothérapie +/- chimiothérapie à partir de la 3ème ligne

NB : Il n'y a pas de bénéfice de survie à réaliser des examens d'imagerie de routine pour la surveillance une fois la RC obtenue (surveillance clinique et biologique).

RÉFÉRENCES

1. Moskowitz et al, JCO 2021
2. Armand et al (KEYNOTE 087) ASH 2021
3. Moskowitz JCO 2013
4. Guitierrez Onco Target 2014
5. Santoro JCO 2016
6. Santoro Hematologica 2011
7. Nieto Biol Blood Marrow transplant 2017

LYMPHOME DE HODGKIN NODULAIRE À PRÉDOMINANCE LYMPHOCYTAIRE

GÉNÉRALITÉS

Epidémiologie et Histologie

- 5% des lymphomes de Hodgkin
 - Evolution très indolente
 - Homme ++ (3:1)
 - Age médian 37 ans

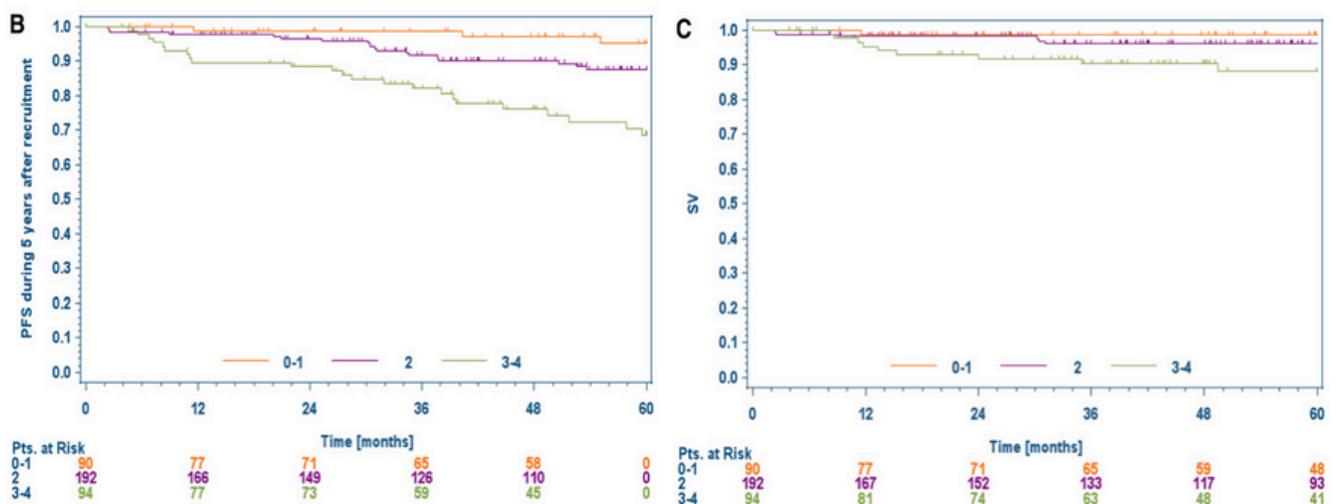
Histologie

- Cellules lymphocytaires avec aspect de Pop-Corn (très différent de cellules de Reed-Sterneberg)
- Issue du centre germinatif : CD20+ CD79a+ CD30- CD15-
- Signature GEP proche du LH et du LBDGC riche en T
- Différentes architectures: patterns A à F
 - Variant A et B les plus fréquents de meilleur pronostic
 - Variant C à F (variant diffus): associés à des formes disséminées ou survenant plus facilement à la rechute

Pronostic

Etude du GHSG de 2013 avant Rituximab (*Hartmann et al. Blood*)

413 patients dont 75% de variants A et B



Rechutes (Pronostic Excellent Malgré les Rechutes)

- Souvent tardives (curabilité ? Au moins fonctionnelle ?)
- Avec la plupart du temps des réponses répétées aux traitements de rattrapage
- De manière assez identique aux LNH B indolents
- Donc attention à la toxicité des traitements au long cours
- Causes de décès lourdement impactées par les effets secondaires des traitements (cardiaques, seconds cancers...)
- Survie proche de la population générale pour la majorité des patients (*Posthuma et al.*)

Score Pronostique Basé par Défaut sur GHSG (adapté ?)

- Ratio M/T >0,33 ; Atteinte EG, VS élevée, >2 aires atteintes
 - Favorable = 0-1 FR
 - Intermédiaire = 2 FR
 - Elevé = 3-4 FR

Présentation Clinique

- Stade localisé dans 66 à 75% des cas
- Signes B, atteintes extraganglionnaires ou fortes masses tumorales rares
- LDH rarement élevées (<10%)
- Patient peu voire asymptomatique la plupart du temps (découverte fortuite, adénopathie unique superficielle...)

DONNÉES SUR EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS DANS LA LITTÉRATURE SELON FACTEURS PRONOSTIQUES GHSG « HISTORIQUES »1. Traitements Stade I et II « Favorables »

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Exérèse de lésion unique isolée <ul style="list-style-type: none"> ◦ SSP 5 ans 77% dans une étude pédiatrique • Radiochimiothérapie <ul style="list-style-type: none"> ◦ SSP 8 ans 90% et SG 8 ans 100% stade I chez 227pts ◦ Dans les études HD7 et HD15 stade I et II SSP 10 ans 79.7% SG 10 ans 93.3% | <ul style="list-style-type: none"> • Rituximab monothérapie <ul style="list-style-type: none"> ◦ Taux de ORR 100%. SSP 3 ans 81% ◦ ORR 100% SSP 7 ans 100% • Radiothérapie <ul style="list-style-type: none"> ◦ SSP 10 ans 85 et 61% (stade I ou II) / SG 10 ans 94 et 97% chez 93 pts <ul style="list-style-type: none"> ▪ SSP 15 ans 82% / SG 15 ans 83% chez 202 pts |
|--|--|

2. Traitements Stade I et II « Intermédiaires »

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Survies sans progression excellentes <ul style="list-style-type: none"> ◦ CMT > RT >> chimiothérapie seule (schéma divers ABVD/BEACOPP/etc. sans Rituximab) ◦ SSP à 10 ans allant de 65 à 91% selon schémas et séries | <ul style="list-style-type: none"> • Survies globales excellentes : SG à 10 ans 90-96.6% • Apports du Rituximab (études faible effectif) <ul style="list-style-type: none"> ◦ SSP médianes à 5.6 ans (monothérapie) ◦ SSP 7 ans 100% (R-ABVD) |
|---|--|

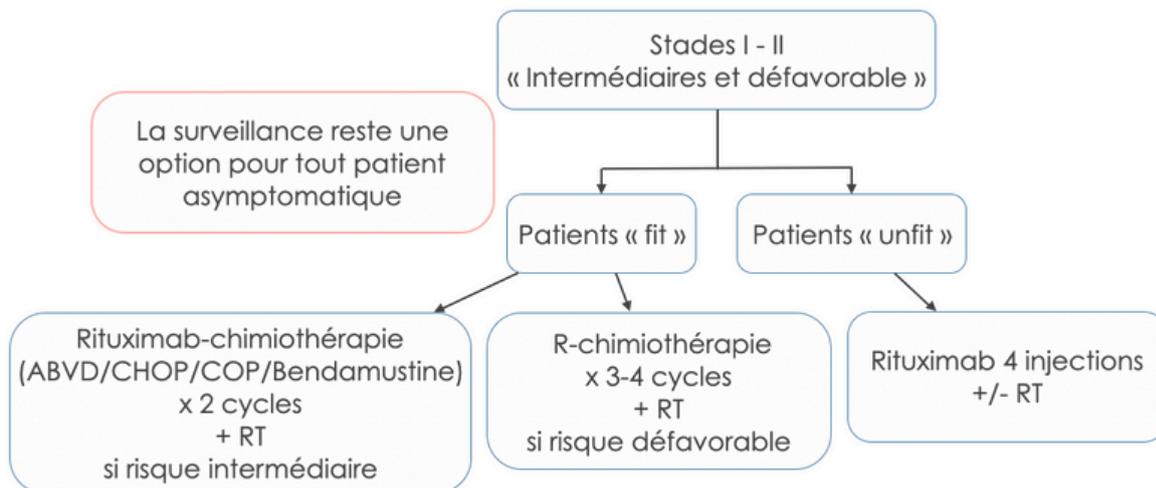
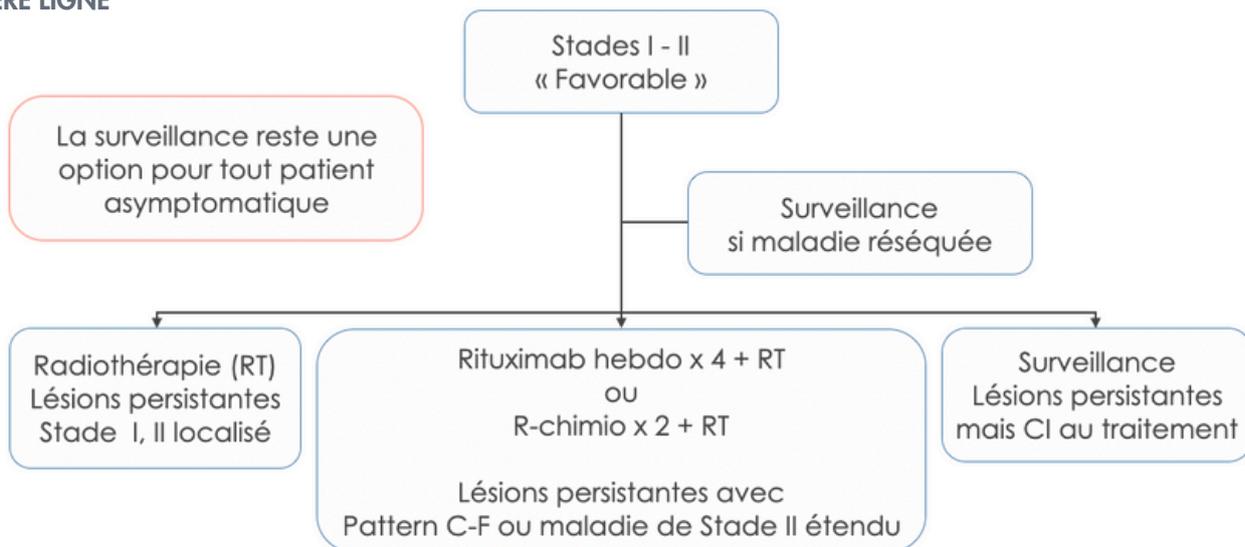
3. Traitements Stades Avancés

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • R-chimiothérapie > chimiothérapie • Rituximab monothérapie <ul style="list-style-type: none"> ◦ RG 100% (RC 67%) ◦ SSP médiane 1.8 ans (mais SG 5 ans = 100%) | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement patients symptomatiques ou de forte masse • Éviter la toxicité au long cours <ul style="list-style-type: none"> ◦ R-BENDAMUSTINE/CVP/CHOP/ABVD ◦ +/- IFRT de clôture |
|--|---|

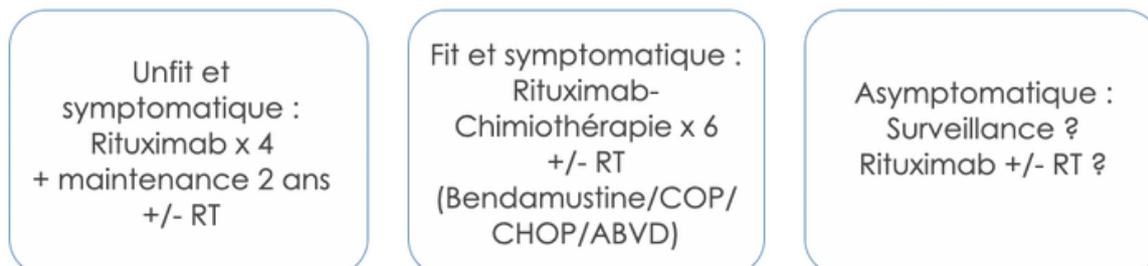
4. Traitements de Rechute

- R-ICE après R-CHOP (9pts)
 - SG à 4 ans 90%
- GHSG : 91 pts
 - Globalement à 5 ans : SSP 75,6% et SG 89.5%
 - 74.1% et 97.2% après Rituximab monothérapie ou RT seule
 - 68% et 77.8% après Chimiothérapie +/- Rituximab +/- RT
 - 84.6% et 89.8% après intensification et ACSH
- Rituximab monothérapie avec maintenance
 - ORR 100% et SSP 5 ans 71.4%, SG 90.9% chez 7 pts
 - ORR 94% et PFS médiane 33 mois et SG non atteinte. (FU 5 ans) chez 14pts
- Analyses plus délicates
- Données rares/Données mélangées
- Type de chimiothérapies
- Exposition au Rituximab ou pas?
- Intensification et autogreffe ou pas
- Maladies transformées ou pas

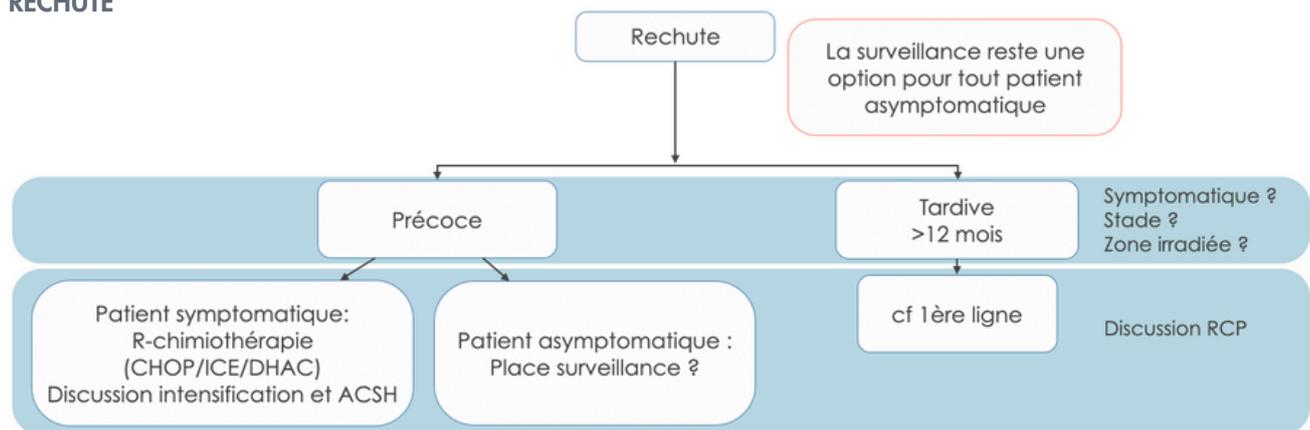
TÈRE LIGNE



Stade Avancé



RECHUTE



TRAITEMENTS DES TRANSFORMATIONS

Risque de transformation en LBDGC (riche en T plus souvent)

- 2 à 17% selon les séries avec temps médian après diagnostic allant de 3 à 20 ans
- Atteinte splénique au diagnostic FR de transformation ?
- Risque actuariel selon étude du BCCA : 7% à 10 ans et 30% à 20 ans
- Relation clonale établie sur étude du gène des Ig
- Au moment de la transformation : souvent stades avancés avec IPI élevés

Données registre ILROG et LYSA

- LYSA : 50% chimio et 50% intensification : SG 10 ans 60%
- ILROG : surtout traités par R-CHOP : SSP 62,2% et SG 88.4% à 5 ans
- Pas de bénéfice clair de l'intérêt de l'intensification et autogreffe

=> Discussion RCP régionale (selon traitements reçus au préalable) !

- Place de l'intensification + ACSH à discuter
- Selon stade, nombre de traitements reçus, comorbidités, etc.

NB : Il n'y a pas de bénéfice de survie à réaliser des examens d'imagerie de routine pour la surveillance une fois la RC obtenue (surveillance clinique et biologique)

RÉFÉRENCES

1. Biasoli et al. Cancer 2010
2. Binkley et al. Blood 2020/ Hematological Oncology 2019
3. Alonso et al. Cancer Medicine 2018
4. Prusila et al. Acta Hemato 2018/Vuolio et al. BJH 2023
5. Eichenauer et Engert Blood 2020/ Eichenauer JCO 2020/ ASH 2017/Blood 2018
6. Wirth et al. Cancer. 2005
7. Fanale et al. Blood 2010/Blood 2017
8. Gotti et al. HemaSphere 2023
9. Kenderian et al. Blood 2016
10. Advani et al. JCO 2013/ Schulz et al. Blood 2020
11. Appel et al. JCO 2016
12. Shankar et al. BJH 2012
13. Lazarocivi et al. Haematologica 2015
14. Cheng et al. Blood Adv 2021
15. Posthuma et al. BJH 2020
16. Pugliese et al. Cancers 2021
17. Hartmann et al. Blood. 2013
18. Al Mansour et al. JCO 2010

INSCRIVEZ-VOUS À NOS ÉDITIONS DE FLASH INFO :

Flash info Molécules innovantes
Flash info Recherche clinique et innovation
Flash info Onco-hématologue



SUIVEZ-NOUS SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX !



OncoPaca-Corse
270 boulevard de Sainte-Marguerite
13009 MARSEILLE
Tél : 04 91 74 49 56/58
Mail : secretariat@oncopacacorse.org