



Société Algérienne
d'Hématologie et de
Transfusion Sanguine

21^e CONGRÈS NATIONAL D'HÉMATOLOGIE

11^e JOURNÉE DES INFIRMIERS

THÈMES

- * Lymphome à Cellules du Manteau
- * Lymphome de Hodgkin
- * Syndromes Drepanocytaires

REVUE ALGÉRIENNE D'HÉMATOLOGIE

NUMÉRO SPÉCIAL CONGRÈS

Du 16 au 18 Octobre 2025 Hôtel Oran Bay – Oran, Algérie

www.sahtc.org

Sommaire

3

Informations Générales	3
Les membres du bureau de la Société Algérienne d'Hématologie et de la Transfusion Sanguin (SAHTS), les membres du conseil scientifique et de la revue Algérienne	4
Liste des Groupes de Travail de la SAHTS	5
Mot du Président	6

7

Études Épidémiologiques	7
--------------------------------------	---

9

Communications Orales	
Lymphome de Hodgkin	9
Lymphome à cellules du Manteau	18
Syndromes Drepanocytaires	24
Abstracts de la journée des Infirmiers	30

42

Communications Affichées	
Lymphome de Hodgkin	42
Lymphome à cellules du Manteau	146
Syndromes Drepanocytaires	169

Informations Générales

 Hôtel Oran Bay – Oran, Algérie

le 21^e Congrès National d'Hématologie

 Du 16 au 18 Octobre 2025

La 11^e Journée des Infirmiers

 Du 17 au 18 Octobre 2025



Inscriptions

Pendant le congrès : Hôtel Oran Bay - Oran, Algérie

- Jeudi 16 Octobre 2025 : à partir de 11h00
- Vendredi 17 Octobre 2025
- Samedi 18 Octobre 2025



Les communications orales

- Il est demandé aux orateurs de respecter le timing qui leur est imparti.
- Les attestations seront mises en Line après le congrès



L'inscription au congrès est obligatoire. Elle donne droit à l'accès aux conférences, aux résumés des travaux, aux portes documents, déjeuners, pause-café et dîners.



Des badges sont mis à la disposition de la presse au bureau des inscriptions.



Les communications affichées

- Les E-Posters seront affichés durant toute la durée du congrès
- Les attestations seront mises en ligne après présentation du poster



Un QR Code est disponible pour accéder au contenu du congrès

Le 21^e Congrès National d'Hématologie est organisé en hybride

21^e CONGRÈS NATIONAL
D'HÉMATOLOGIE
11^e JOURNÉE DES
INFIRMIERS

Membres du Bureau de la SAHTS

Président	Pr. Nekkal Salim
Vice Présidente	Pr. Salhi Naouel
Secrétaire Générale	Dr. Bensadok Meriem
Secrétaire Générale Adjointe	Dr. Benichou Soraya
Trésorière	Pr. Akhrouf Sabrina
Vice Trésorière	Pr. Bougherira Soraya

Conseil Scientifique de la SAHTS

Président

Pr. Benakli Malek

Membres

Pr. Nekkal Salim
Pr. Salhi Naouel
Dr. Bensadok Meriem
Dr. Benichou Soraya
Pr. Akhrouf Sabrina
Pr. Bougherira Soraya
Pr. Grifi Fatiha
Pr. Mehennaoui Habiba
Pr. Saidi Mahdia
Dr. Merrouche Manel
Pr. Ouchenane Zahra
Pr. Hamouda Hakim
Pr. Tensaout Farida

Pr. Lakhdari Nordine
Pr. Brahimi Zahia
Dr. Sidahmed Mohamed
Dr. Sid Amel
Pr. Yafour Nabil
Pr. Messaoudi Reda
Pr. Benlazar Mohamed
Pr. Mesli Naima
Pr. Bendahmane Fouad
Dr. Mehalhal Nemra
Dr. Baghdad Samir
Pr. Belakehal Salah Eddine
Pr. Bachiri Aissa

Pr. Mehdi Ferih
Pr. Kaci Zohra
Pr. Talbi Faiza
Pr. Bradai Mohamed
Pr. Ramaoun Mohamed
Pr. Oukid Salima
Pr. Taoussi Souad
Pr. Bouchakour Amina
Pr. Allouda Malika
Pr. Ait Ameur Nacira
Pr. Dali Nadia
Pr. Benkhira Nadjia
Dr. Bouaziz Radia

Revue Algérienne d'Hématologie

Sous l'égide de la SAHTS

Coordinatrice

Pr. Oukid Salima

Réponsable de la région Centre

Pr. Taoussi Souad

Réponsable de la région Est

Pr. Hadjeb Asma

Réponsable de la région Est

Pr. Djenouni Amel

Rédacteurs en chef

Pr. Hamladji Rose Marie, Pr. Belhani Meriem

Comité de rédaction

Pr. Abad Mohand Tayeb
Pr. Touhami Hadj
Pr. Bekadja Mohamed Amine
Pr. Ahmed Nacer Redhouane
Pr. Boudjerra Nadia

Pr. Saidi Mahdia
Pr. Grifi Fatiha
Pr. Mesli Naima
Pr. Nekkal Mohamed Salim
Pr. Bradai Mohamed

Pr. Kaci Zohra
Pr. Benakli Malek
Pr. Belakehal Salah Eddine
Pr. Benlazar Mohamed
Pr. Allouda Malika

Liste des Groupes de Travail de la SAHTS

Groupe Algérien d'Etude des Lymphomes Non Hodgkiniens ganglionnaires agressifs

Coordinatrice nationale : Pr. Malika Allouda

Groupe Algérien d'Etude des Lymphomes Non Hodgkiniens ganglionnaires indolents

Coordinatrice nationale : Pr. Habiba Mehnaoui

Groupe d'Etude et de Traitement du Myélome Multiple Algérien

Coordinatrice nationale : Pr. Mahdia Saidi

Groupe Algérien de Cytométrie en Flux

Coordinateur national : Pr. Salah Eddine Belakehal

Groupe de la Leucémie Myéloïde Chronique (LMC)

Coordinatrice nationale : Pr. Yamina Bouchakor

Groupe des Leucémies Aigues Myéloïdes/Myélodysplasies

Coordinateur national : Pr. Nabil Yafour

Groupe Maladie de Hodgkin

Coordinatrice nationale : Pr. Nacera Ait Amer

Groupe Hémoglobinopathies

Coordinatrice nationale : Pr. Fatiha Grifi

Groupe de la Leucémie Lymphoïde Chronique (LLC)

Coordinatrice nationale : Pr. Nadia Dali

Groupe Greffe de Cellules Souches Hématopoïtiques (CSH)

Coordinateur national : Pr. Malek Benakli

Groupe Algérien des LNH extra-ganglionnaires

Coordinateur national : Pr. Noureddine Lakhdari

Groupe Algérien de l'Hémophilie et des maladies hémorragiques

Coordinateur national : Pr. Salim Nekkai

Groupe Algérien des Leucémies Aigues Lymphoblastiques

Coordinateur national : Pr. Mohamed Benlazhar

Groupe de travail sur la Cytogénétique

Coordinatrice nationale : Pr. Souad Taoussi

Groupe d'étude des Néoplasies Myéloprolifératives Phi neg

Coordinateur national : Pr. Mohamed Ramaoun

Groupe d'étude de l'Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne

Coordinatrice nationale : Pr. Naima Mesli

Groupe Cytopénies Immunes

Coordinateur national : Pr. Mohamed Bradai

Groupe Aplasie Médullaïre

Coordinateur national : Pr. Farih Mehdid

Groupe Infections

Coordinatrice nationale : Pr. Zohra Kaci

Groupe Algérien sur les soins de support

Coordinatrice nationale : Pr. Faïza Talbi

Mot du Président

Chers Collègues, Cher(e)s ami(e)s,

C'est avec un immense plaisir que La Société Algérienne d'Hématologie et de Transfusion sanguine organise le 20^e Congrès National d'Hématologie ainsi que la 11^e Journée des Infirmiers à Oran grâce aux concours des membres du bureau et en collaboration avec son conseil scientifique et la participation de ses membres.

Plusieurs experts prestigieux nationaux et internationaux interviendront sur les thèmes retenus que sont le lymphome de Hodgkin, les syndromes drépanocytaires et les lymphomes à cellules du manteau ,

Devant la richesse des thèmes deux sessions ont été rajoutées à cette édition ce qui est une première.

Nos plus vifs remerciements à la direction générale de l'EHU d'Oran ainsi qu'au service d'hématologie et de thérapie cellulaire de l'EHU d'Oran pour leurs engagement et implication dans la réussite de ce congrès.

Je souhaite remercier l'ensemble des sponsors qui nous ont soutenus .

A titre personnel je voudrais réitérer à l'ensemble de mes collègues notre détermination à poursuivre sur le chemin durement tracé par nos maîtres qui est celui de l'esprit scientifique ,de la participation de l'ensemble des collègues avec une vision future ambitieuse ,

Notre spécialité à déjà fait ses preuves et au delà des générations il est essentiel, de maintenir le cap.

Pr. Salim NEKKAL
Président de la SAHTS

ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Profil épidémiologique du lymphome de hodgkin classique de l'adulte en algérie : période 2019-2024

N. Ait Amer¹, F. Lamraoui², M. Bradai², A. Ziane Khodja³, B. Dekhili³, A. Fahem³, M. Benakli³, M. Benchikh⁴, H. Mehnaoui⁴, M. Aiche⁵, M. Saidi⁵, C. Aboura⁶, H. Miloudi⁶, Z. Kaci⁶, S. Nekkal⁶, L. Cherif Louazani⁷, M. Ramaoun⁷, F. Aoudia⁸, N. Yafour⁸, S. Lafri⁹, Z. Ouchenane⁹, N. Zatout¹⁰, H. Hamouda¹⁰, R. Bouaziz¹¹, K. Hadj Mohand¹², M. Allouda¹², N. Houti¹³, L. Kazi Tani¹³, F. Bendahmane¹³, N. Mesli¹³, N. Lahmer¹⁴, R. Messaoudi¹⁴, S. Dechir¹, A. Radji¹, A. Rouabhi¹⁵, K. Saifi¹⁵, F. Tensaout¹⁵, F. Talbi¹⁶, A. Bachiri¹⁶, A. Hadjeb¹⁷, M. Benlazar¹⁷, B. Tabet¹⁸, N. Lakhdari¹⁸, M. Benkourdel¹⁹, Y. Ghassoul²⁰, S. Baghdad²⁰, N. Messadi²¹, N. Mehalhal²¹, S. Refis²², M. Merrouche²², S. Bouhadi²³, S.A. Mohamed²³, N. Benkhira²⁴, N. Seba²⁵, S. Kadi²⁶, D. Salhi²⁷, M. Bensadok²⁸, N. Salhi²⁸, S. Akhrout²⁸, S. Bougherira²⁸, S. Benichou²⁸.

(1) Services Hématologie : CLCC Draa Ben Khedda, (2) CLCC Blida, (3) EHS Centre Pierre et Marie Curie, (4) CHU Annaba, (5) CLCC Batna, (6) CHU Benimessous, (7) CHU Blida, (8) EHU Oran, (9) CHU Constantine, (10) CHU Sétif, (11) CLCC El Oued, (12) CHU Tizi Ouzou, (13) CHU/CLCC Tlemcen, (14) CHU Oran, (15) CLCC Sétif, (16) HCA, (17) CHU Sidi Belabes, (18) CHU Béjaïa, (19) EPH Mostaganem, (20) HMRUO, (21) EPH Mascara, (22) CHU Batna, (23) HMRUC, (24) CLCC Bechar, (25) CLCC Ouargla, (26) CLCC Adrar, (27) EPH Djelfa, (28) bureau de la SAHTS

Introduction :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne rare, représentant un modèle de cancer curable. Les données épidémiologiques disponibles en Algérie (trois études menées entre 2006-2008, 2008-2012 et 2008-2018) ont montré une incidence faible et stable, contrastant avec celle des pays occidentaux. L'objectif de cette étude est d'actualiser ces données et de décrire les caractéristiques du LH

classique de l'adulte en Algérie sur une période de 6 ans (2019-2024).

Méthodes:

Étude descriptive multicentrique incluant tous les cas de LH classique diagnostiqués chez l'adulte, en Algérie entre janvier 2019 et décembre 2024. Les données épidémiologiques ont été traitées à partir d'un fichier Excel, adressé à tous les services d'hématologie du pays. Les indicateurs analysés étaient : taux d'incidence brute (TI), taux d'incidence standardisé (ASR, Age Standardized Rate), distribution selon l'âge, le sexe, le stade clinique et le type histologique. Les données démographiques de référence ont été issues de l'Office National des Statistiques (ONS) et de la Banque mondiale.

Résultats:

Au total, 3642 cas de LH ont été recensés.
- Sexe: 1754 hommes (48.2%) et 1888 femmes (51.8 %) ; sex-ratio H/F = 0,92, traduisant une légère prédominance féminine.
- Âge moyen 34.98±15.04 diagnostic majoritaire chez l'adulte jeune, avec un pic d'incidence entre 15 et 35 ans.
- Incidences : l'incidence annuelle varie entre 1.22 et 1.55 pour 100 000 habitants et un ASR ≈ 1, 2/100 000 habitants/an, confirmant une tendance stable par rapport à la décennie 2008-2018.

- Stades cliniques: forte prédominance des stades avancés (III-IV), suggérant un retard diagnostique.

- Types histologiques : Type 1 = 1.4% ; type 2 = 49.7% ; type 3 = 40.6% ; type 4 = 6.3% ; non précisé 2%

Discussion / conclusion:

Cette actualisation confirme la stabilité de l'incidence du LH en Algérie (ASR ≈ 1,2/100 000) avec un profil épidémiologique spécifique : âge jeune, légère prédominance féminine, prédominance des sous-types scléronodulaire et mixte, et diagnostic souvent posé à un stade avancé. Ces particularités, contrastant avec les pays occidentaux (incidence plus élevée, second pic d'âge, prédominance masculine), reflètent probablement des différences démographiques et un retard diagnostique. Elles soulignent la nécessité de renforcer la sensibilisation médicale et d'améliorer le dépistage précoce afin

d'optimiser la prise en charge.

Evaluation en vie réelle du protocole Pembrolizumab Gemcitabine Vinorelbine et Doxorubicine dans le lymphome de hodgkin en rechute/réfractaire lourdement prétraité. Étude multicentrique de la Société Algérienne d'Hématologie et Thérapie Cellulaire

N. Yafour¹, Z. Sakhr¹, A. Bendimerad¹, M. Benakli², H. Bouarab², F. Silem², N. Mehalhal³, R. Bouaziz⁴, W. Faghoul⁴, H. Hamouda⁵, N. Zatout⁵, N. Mesli⁶, L. Kazi-Teni⁶, F. Bendahmane⁷, N. Guerd⁷, N. Benkhira⁸, M. Guenna⁸, Z. Kaci⁹, C. Aboura⁹, S. Kellouche⁹, H. Ahmidatou⁹, N. Ait Ameur¹⁰, A. Radji¹⁰, S. Zerbout¹⁰, F. Tansaout¹¹, S. Khaloula¹¹, A. Rouabhi¹¹, S. Nekkal¹², M. Bensadok¹³, N. Salhi¹³, S. Akhrout¹³, S. Bougherira¹³, S. Benichou¹³,

Membre du bureau de la SAHS : M. Bensadok, N. Salhi, S. Bougherira, S. Benichou, S. Akhrout

(1) Etablissement Hospitalier Universitaire 1er Novembre d'Oran. Service d'hématologie et de thérapie Cellulaire, (2) Centre Pierre Marie Curie, Alger. Service d'hématologie et de greffe de moelle osseuse, (3) Hôpital Yessad Khaled, Mascara. Service d'hématologie, (4) Centre de Lutte contre le cancer El Oued. Service d'hématologie, (5) Centre Hospitalier Universitaire de Sétif. Service d'hématologie, (6) Centre Hospitalier Universitaire de Tlemcen. Service d'hématologie, (7) Centre de Lutte contre le cancer de Tlemcen. Service d'hématologie, (8) Centre de Lutte contre le cancer de Bechar. Service d'hématologie, (9) Centre Hospitalier Universitaire de Béni Messous, Alger. Service d'hématologie, (10) Centre de Lutte contre le cancer de Draa Benkhada, Tizi Ouzou. Service d'hématologie, (11) Centre de Lutte contre le cancer de Sétif. Service d'hématologie, (12) Centre Hospitalier Universitaire de Béni

Messous, Alger. Service d'hématologie et de transfusion sanguine, bureau de la SAHS(13)

Introduction :

L'essai de phase II a démontré l'efficacité de l'association du Pembrolizumab à la gemcitabine, vinorelbine, et doxorubicine liposomale (Pembro-GVD) dans le traitement de deuxième intention du lymphome de Hodgkin classique en rechute ou réfractaire (LHc R/R)(A.J Moskowitz et al. JCP 2021). L'objectif de ce travail est de déterminer l'efficacité et la sécurité de ce protocole en vie réel, chez les patients (pts) atteints de LHc R/R lourdement prétraités.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude nationale rétrospective multicentrique, non interventionnelle, sous l'égide de la Société Algérienne d'Hématologie et Thérapie Cellulaire. Les pts atteints d'un LHc R/R, âgés de 10 ans ou plus ont été traités par l'association ; pembro200 mg/j, iv, chez l'adulte, et de 2mg/kg/j (sans dépasser les 200 mg) chez l'enfant (J1), associé à la : gemcitabine 1g/m², iv, j1 et j8, vinorelbine 20 mg/m², iv, j1 et j8, et à la doxorubicine hydrochloride 15 mg/m² j1 et j8. La molécule biologique de référence : pembro (KEYTRUDA®) a été initiée à partir de février 2023, tandis que le biosimilaire pembro (SAIDAL) a été introduit à partir de juillet 2024. Le protocole Pembro-GVD a été administré sur des cycles de 21 jours, suivi en cas de réponse d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (auto-CSH). L'évaluation portait sur les taux de réponse après 2 à 4 cures, et sur les effets indésirables survenant au cours du traitement. Un fichier Excel de recueil des données a été envoyé à tous les centres participants. La date limite d'inclusion était le 30/04/2025. La date d'évaluation était le 31/08/2025.

Résultats :

Au total, 11 centres d'hématologie dans différentes régions de l'Algérie ont participé à cette étude. Durant une période de 26 mois, allant du 01/02/2023 au 30/04/2025, 129 pts consécutifs ont été inclus, avec un âge médian de 31 ans (extrêmes 12-64 ans), et un sexe ratio de 0.98 (64 H/65F). Au moment du traitement, 85 pts (66%) étaient réfractaires primaires, et 44 pts

(34%) en rechute. Le stade Ann Arbor était étendu III/IV chez 96 pts (74%), dont 43pts (45%) $\geq$ 2 sites extra ganglionnaires. Le nombre médian de lignes thérapeutiques avant l'initiation du pembro-GVD était 3 lignes (extrêmes 1- 9 lignes). Le traitement a été initié par le médicament biologique de référence chez 112 pts (87%), le biosimilaire chez 12 pts (9%), et avec une interchangeabilité entre les deux médicaments chez 5 pts (4%). Le nombre de cures médian de Pembo-GVD était de 4 cures (extrêmes 1-8). Huit pts (6%) ont arrêté le protocole par toxicité précoce après la 1ère et/ou la 2ème cure : neutropénie grade 4 (3pts), dysthyroïdie grade 3 (2pts), pneumopathie d'hypersensibilité grade 2 (2pts), et une insuffisance cardiaque chez 1 pt.

A l'issue des 4 cures Pembro-GVD, 122 pts étaient évaluable. Une réponse globale (RG) a été obtenue chez 92 pts (75%) ; RC : 75pts (61%) (dont 46% en RCM), RCu 2pts (2%), RP : 15pts (12%), et un échec thérapeutique chez 30 pts (25%). Parmi les pts ayant obtenu une RG (n=92), l'auto-CSH a été réalisée chez 44 pts (48%), 7pts (8%) sont en cours de programmation, 10 pts (11%) ont présenté un échec à la mobilisation aux facteurs de croissance seul, 6 pts (7%) n'étaient pas éligibles à l'auto-CSH, et 2 pts (2%) ont subi une allogreffe de CSH. Concernant les effets indésirables : 79 pts (61%) ont présenté une neutropénie dont 18% de grade 3/4, 8pts (6%) une thrombopénie de grade 1/2, 9 pts (7%) une dysthyroïdie (1pt de grade 3), 8 pts (6%) toxicité hépatique de grade 1/2, 6pts (5%) un rash cutané, 5 pts (4%) des œdèmes, et 2 pts (2%) ont présenté une pneumopathie immunologique. Parmi les pts ayant obtenu une réponse globale (n=92), seulement 3 pts (3%) ont rechutés, avec un délai médian de rechuté, de 10 mois (8-22 mois). Au total, 12 pts (9%) sont décédés dont 9 pts par progression tumorale, 2 pts par toxicité du protocole (choc septique, dysthyroïdie), et 1 pt au cours de l'auto-CSH. Avec un délai médian de suivi de 14 mois (extrêmes 1-31 mois), la médiane de survie sans progression est de 14 mois, et la survie globale est de 91% (117pts).

Conclusion :

Cette large étude de vie réel a démontré que l'association Pembro-GVD chez les

pts atteints d'un LHc R/R lourdement prétraités a nettement amélioré le taux de RC, ce qui a permis d'élargir l'accès à l'auto-CSH. La neutropénie est le principal effet secondaire.

COMMUNICATIONS ORAL

LYMPHOME DE HODGKIN

C1- Traitement du lymphome de Hodgkin étendu par 2 cycles BEACOPP renforcé suivis de 4 cycles ABVD utilisant une TEP/ TDM précoce.

A. Hadjeb, N. Si Ali, K. Tayebi, M. Chereti, A. Ramdoun, N. Zemri, A. Mestari, H. Benzian, A. Benaissa, M. Benlazar

CHU de Sidi Bel Abbes

Introduction et Objectif :

Le protocole BEACOPP renforcé ou escaladé (BEACOPPesc) utilisé pour le traitement du lymphome de Hodgkin (LH) étendu permet un meilleur contrôle de la maladie lymphomateuse avec une meilleure survie sans progression par rapport à l'ABVD. Afin de réduire la toxicité du BEACOPPesc, une désescalade vers l'ABVD est actuellement proposée pour les malades atteints de LH étendu, avec une réponse précoce au protocole initial. L'objectif de cette étude est d'étudier l'efficacité et la toxicité de deux cycles BEACOPPesc suivis de 4 cycles ABVD pour les patients atteints de LH étendu et répondeurs, sur une évaluation précoce par TEP / TDM.

Matériels et Méthodes :

Nous avons analysé de manière rétrospective 42 patients présentant un LH avancé et traités dès le diagnostic. Les patients ont reçu deux cycles de BEACOPPesc, suivis d'une évaluation précoce de la réponse au traitement par TEP-TDM après deux cycles de chimiothérapie (TEP2). Les patients présentant une maladie active ont poursuivi leur traitement par BEACOPPesc. Les patients dont la TEP2 était négative ont été orientés vers une

désescalade thérapeutique par ABVD.

Résultats et Discussion :

Après deux cycles de BEACOPPesc, L'évaluation par PET2 a permis une désescalade chez 30 (71,4%) patients, avec un taux de réponse complète (RC) à 100% en fin de traitement. La survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) à 5 ans de ces patients sont de 100% et 95%, respectivement. La SG et la SSP à 5 ans de toute la cohorte sont de 91% et 82% respectivement. Les patients PET2+ ont reçu 4 cycles BEACOPPesc supplémentaires : leur SG et leur SSP à 5 ans sont de l'ordre de 72% ($P=0.007$), et 50% ($P=0.0001$). La toxicité hématologique était plus importante chez les patients ayant reçu 6 BEACOPPesc : neutropénie fébrile (6 patients, 50% vs 16%), anémie sévère (8 patients, 66% vs 13%), thrombopénie sévère (8 patients, 66% vs 16%), $P<0.01$.

Conclusion :

La désescalade thérapeutique du BEACOPPesc vers l'ABVD chez les patients atteints de LH étendu est une stratégie très efficace, essentiellement chez ceux avec une réponse précoce. L'évaluation par TEP2 est très décisive avec un impact majeur sur le pronostic de ces patients.

C2- Intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques chez 263 patients atteints de lymphome de Hodgkin sur une période de 27 ans (1998-2024)

S. Akhrouf; H. Bouarab ; F. Mehdi; N. Rahmoune ; M. Baazizi ; D. Ait Ouali; F. Louar ; A. Ziane Khodja ; A. Fahem, M. Bitam ;F. Silem ; S. Rahali ; A. Madani ; F. Harieche ; N. Abdennebi ; RM. Hamladji; R. Ahmed Nacer; M. Benakli

Service Hématologie, CPMC, Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin classique (LHC) est une maladie curable avec des taux de guérison élevés (> 80%) après un

traitement de 1ère ligne, mais dans les formes étendues, 10% des patients (pts) sont réfractaires et 15 à 20% rechutent. Les pts réfractaires primaires ou qui rechutent précocement (R/R) ainsi que les rechutes tardives sont éligibles à un traitement de rattrapage suivi d'une intensification thérapeutique et autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH)

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective sur une période de 27 ans (1998 – 2024), où 263 pts atteints d'un LHC ont bénéficié d'une intensification suivie d'autogreffe de CSH. L'âge médian est de 28 ans (13-64) et le sex-ratio 0,97 (130 H/133 F). Il s'agit d'un LHC de stade IV Ann Arbor (95 pts), R/R (114 pts) et en rechute tardive (54 pts). Le statut de la maladie au moment de l'autogreffe est le suivant : 135 pts en réponse partielle (RP), 111 pts en réponse complète (RC), dont 30 pts en RC non confirmée (RC_μ) et 17 pts en échec. Les CSH périphériques ont été prélevées par cytophérèse après mobilisation par G-CSF seul. Le taux médian de cellules CD34+ est de $2,89 \times 10^6/\text{kg}$ (0,94-16,8). Plusieurs protocoles d'intensification ont été utilisés : BEAM : 119 pts, BeEAM avec bendamustine : 127 pts, Busulfan-Cyclophosphamide : 10 pts et TEAM avec Thiotepa : 07 pts. Le suivi médian au 31/07/2025 est de 107 mois (07-311).

Résultats et Discussion :

L'aplasie est constatée chez tous les pts d'une durée médiane de 9 jours (4-25). Le temps médian de la sortie d'aplasie (PNN > $0,5.10^9/\text{l}$) est de 12 jours (08-25) et le taux de plaquettes > $20.10^9/\text{l}$ est de 11 jours (6-30). Huit décès précoces ont été observés dont 6 infections, 1 embolie pulmonaire et 1 insuffisance cardiaque (TRM : 3 %). L'évaluation effectuée en post-transplantation, retrouve une RC chez 210 pts (82,3 %), une RP chez 39 pts (15,3 %) et une maladie stable chez 6 pts (2,4 %). Une rechute a été observée chez 56 pts (22 %) après un délai moyen de 15 mois (2-72). Au 31 Juillet 2025, 195 pts (74 %) sont vivants dont 192 pts en RC et 3 pts en RP, 66 pts (25 %) sont décédés (dont 45 pts de progression) et 02 pts (1 %) ont été perdus de vue en RC. La survie globale actuarielle (SG) est de 56 % (91% à 3 ans) et la survie sans événement (SSE) de 52 % (87% à 3 ans).

Conclusion :

L'intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de CSH est le traitement standard de référence dans le LHc en R/R. L'avènement du TEP-scan et l'introduction de l'immunothérapie avant intensification, permettent d'améliorer les résultats de cette procédure.

C3- Le brentuximab vetodin dans le traitement du lymphome de hodgkin réfractaire et/ou en rechute experience du service d'hématologie Annaba

M. Benchikh, S. Bougherira, M. Bourefis, K. Selmani, H. Mehennaoui

CHU Annaba, Faculté De Médecine Annaba

Introduction et Objectif :

Le lymphome Hodgkinien classique (LHC) réfractaire et/ou en rechute représente un défi thérapeutique en hématologie, en raison de son pronostic souvent défavorable et de la résistance aux traitements standards. Le brentuximab vétodin, un anticorps monoclonal conjugué, a émergé comme une option thérapeutique prometteuse pour ces patients. Ce médicament cible spécifiquement le CD30, une protéine exprimée sur les cellules de Hodgkin, et délivre un agent cytotoxique directement dans les cellules tumorales. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance du brentuximab vétodin dans la prise en charge du lymphome de Hodgkin réfractaire et/ou en rechute.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude descriptive, rétrospective, menée dans le service d'hématologie du CHU d'Annaba sur une période s'étalant entre Décembre 2022 et Aout 2025 concernant 23 patients (11 réfractaires et 12 en rechutes) suivis pour lymphome de Hodgkin réfractaire et/ou en rechute (CD30+, CD15+), traités par le brentuximab vetodin. Tous les patients ont reçu un ou plusieurs protocoles de chimiothérapie antérieure. Ont été exclues de cette étude les patients nouvellement diagnostiqués pour le lymphome de Hodgkin. La rechute

et/ou la résistance a été confirmée par une nouvelle biopsie qui a confirmé le même type histologique et immunohistochimique initial. Un bilan pré thérapeutique dont un électroneuromyogramme a été demandé pour tous ces patients. Le brentuximab vetodin a été administré à la dose de 1,8 mg/kg/21jrs pour un total de 08 cycles, soit en monothérapie ou en association avec la chimiothérapie (dont la plus utilisée est la bendamustine). L'évaluation du traitement a été faite après 04 cycles par le pet-scanner pour tous les patients. La toxicité a été évaluée selon la cotation OMS.

Résultats et Discussion :

L'âge médian de nos patients était de 26 ans [15-40], sexe ratio 0,43. Le type histologique le plus fréquent était le type 2 (scléro nodulaire). 65% de nos patients avait un stade avancé de la maladie. Parmi les 23 patients, 20 évaluable : le taux de réponse globale (complète et partielle) était de 85%, dont 94% rémission complète après 04 cycles. L'échec a été noté chez 15% de nos patients, traités ultérieurement par anti-PD1. Le traitement a été arrêté chez 13% de nos patients pour toxicité (Réaction allergique grade 4 M : 03, neuropathie grade 4 M : 01). Une toxicité hématologique notamment une neutropénie a été notée chez certains de nos patients. La rechute précoce est survenue chez une patiente. Aucun décès n'a été noté dans notre population.

Conclusion :

Le brentuximab vétodin représente une avancée majeure dans la prise en charge du lymphome de Hodgkin réfractaire et/ou en rechute, offrant une alternative efficace aux traitements conventionnels. Néanmoins, une surveillance rigoureuse des effets secondaires et une évaluation continue de son efficacité à long terme sont essentielles pour optimiser son utilisation clinique.

C4- Évaluation des complications à long terme du protocole ABVD+/-radiothérapie et de leur impact sur la survie des patients atteints d'un Lymphome

Hodgkinien

N. Boulaziz, N. Dali, M. Zoulim, K. Hadj Mohand, S. Gherras, M. Allouda

CHU Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif :

Grâce au protocole ABVD+/-radiothérapie, la survie à long terme des patients(pts) atteints de lymphome hodgkinien(LH) s'est nettement améliorée. Toutefois, cet exploit thérapeutique s'accompagne d'un coût en termes de toxicité tardive, avec une morbidité croissante. À l'ère de la médecine personnalisée, l'identification précise de ces toxicités à long terme devient incontournable pour adapter les stratégies thérapeutiques et optimiser le suivi à long terme des pts. Notre objectif est d'évaluer la fréquence, l'incidence cumulée et la sévérité de ces toxicités tardives et leur impact sur la survie des pts.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 20 ans (2000-2019). Parmi les 620 pts atteints d'un LH colligés, 492 ont bénéficié d'un suivi régulier. Parmi ces derniers, 411 ont présenté une rémission prolongée après traitement par protocole ABVD+/- radiothérapie (les pts en échec thérapeutique n'ont pas été inclus dans l'analyse). Toutes les toxicités tardives ont été répertoriées et classées selon la classification Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), version 5.0 (2017). L'impact de ces toxicités sur la survie à long terme des pts a été évalué à travers la survie sans événements toxiques (TFS), définie comme l'intervalle entre la fin du traitement et la survenue de la première complication de grade $\geq$ G3 selon la classification CTCAE. La courbe d'incidence cumulée (CI) a été estimée à partir de la formule: $I(t) = 1 - S(t)$. Les facteurs pronostiques influençant la TFS ont été étudiés au moyen d'un modèle de régression de Cox, en analyse uni et multivariée. L'évaluation statistique a été réalisée en juillet 2025.

Résultats et Discussion :

Parmi les 411 pts évaluable pour les toxicités, on comptait 222 hommes (54%) et 189 femmes (46%) avec un sex ratio de 1.17. L'âge médian était de 27 ans [15-78].

Au diagnostic, 202 pts (49,1%) présentaient une forme localisée et 242 (57%) avaient bénéficié d'une radiothérapie. Toxicités observées: L'hypothyroïdie était la complication la plus fréquente, survenue chez 70 pts (17%), significativement associée à une irradiation cervicale ($p < 0.0001$). Des événements toxiques de G3-4 (EVTG3) concernaient 54 pts (13%), dont 45 (83%) exposés à la radiothérapie. Des complications néoplasiques ont été observées chez 23 pts (5,6%) et représentent 42,6% des EVTG3, comprenant 07 cancers du sein (30%), 03 de la sphère ORL (13%) et 04 hémopathies malignes (17,4%). Parmi les 07 cancers du sein, 05 concernaient des pts ≥ 30 ans ($p < 0.0001$). 11 cas de stérilités (2,67%) soit 20% des EVTG3, ont été observées, significativement associées à une radiothérapie abdomino-pelvienne en EFRT ($p < 0.0001$). 03 cas (0,73%) de fibrose de G3 et 5,5% des EVTG3, les formes de G1 ou 2, quant à elles, ont été observées seulement chez 33 pts. Après un suivi médian de 134 mois [52-293], la TFS à 24 ans est de 77%, l'incidence cumulée des Événements toxiques G3 (CI G3) à 24 ans est de 23%, celle des néoplasies secondaires est de 11%, celle des complications cardiaques G3 de 8% et celle de la stérilité de 4%. La TFS est significativement influencée, en analyse multivariée, par l'âge > 40 ans: OR=3,166 (IC:95%:1,688-5,936) ($p < 0.0001$) et le sexe féminin: OR=2,401 (IC:95%:1,226-4,703) ($p = 0,011$).

Conclusion :

Le protocole ABVD+/-radiothérapie assure une excellente survie à long terme dans le LH, mais au prix de toxicités tardives non négligeables, soulignant la nécessité d'un suivi personnalisé et prolongé.

C8- Lymphome de Hodgkin (LH) et grossesse : Enjeux et perspectives, série de 12 cas

M. Temlali, M. Aiche, F. Kacha, A. Balla, N. Sakhri, N. Tighza, M. Zekri, M. Mekentichi, W. Messaoudène, N. Hamlaoui, S. Chlihi

EHS-CLCC Batna

Introduction et Objectif :

Le cancer est la deuxième cause de décès chez les femmes en âge de procréer et

complique environ une grossesse sur 1 000 [1]. Parmi ces cancers, les lymphomes sont la quatrième néoplasie la plus fréquente, dominés par le lymphome de Hodgkin (LH) [2]. L'association LH et grossesse reste rare ($\approx 3,2$ % des cas [2], soit une grossesse/6 000 [2,3]). La prise en charge doit préserver le pronostic maternel tout en limitant les risques fœtaux. Ce travail rapporte l'expérience de 12 patientes prises en charge dans notre centre.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective (2010–2024) incluant 651 patients atteints de LH, dont 264 (40,5 %) femmes en âge de procréer. Douze patientes (3,8 %) étaient enceintes au diagnostic. Les données concernaient l'âge maternel et gestationnel, les antécédents, l'indice de performance ECOG [4], le stade Ann Arbor [5], les symptômes B, la masse tumorale, le sous-type histologique selon l'OMS 2008–2016 [6], et les scores pronostiques EORTC, IPS et GHSG [7–9]. Les modalités thérapeutiques, la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) ont été analysées et comparées à la littérature [10–12].

Résultats et Discussion :

La médiane d'âge était de 29,8 ans (24–39). Le diagnostic a eu lieu au 1^{er} trimestre chez 2 ptes (16,7 %), au 2^{ème} trimestre chez 3^{ème} (25 %) et au 3^e trimestre chez 7 (58,3 %). Six ptes (50 %) présentaient un stade IV et 6 (50 %) une forme localisée. Dix ptes (83,3 %) avaient des symptômes B, 8 (66,7 %) une masse volumineuse dont 6 médiastinales. Le sous-type scléro-nodulaire prédominait (8 ptes, 66,7 %). Concernant le traitement, 5 ptes (41,7 %) ont reçu une chimiothérapie pendant la grossesse (essentiellement ABVD), 7 (58,3 %) après l'accouchement ; 4 (33,3 %) ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire. La réponse globale était de 91,7 % (11/12) : 2 réponses complètes métaboliques, 5 RCu et 4 RC (TDM). Deux ptes (16,7 %) ont rechuté, une (8,3 %) a présenté un échec. Aucun décès fœtal, aucune interruption de grossesse ni malformation néonatale n'ont été observés. La SG à 5 ans était de 90 % (10/12 vivantes), la SSP à 3 ans de 91,7 % (11/12 sans progression) et la SSP à 5 ans de 91,7 %. Les médianes de SG et de SSP n'étaient pas atteintes. Commentaires: L'incidence du LH pendant la grossesse (12/651 ; 3,8 %) rejoint la littérature [2].

L'âge médian (29,8 ans) est légèrement supérieur aux séries antérieures [2]. La proportion élevée de stades avancés (50 % contre 31,3 % dans JAMA Oncol 2016 [10]) traduit probablement un retard diagnostique. Néanmoins, la SG à 5 ans (90 %) est comparable aux grandes cohortes (80 % [10], 90–100 % [12]) et la SSP à 5 ans (91,7 %) dépasse certaines séries (69,9 % [10], 71 % [12]). Ces données, obtenues sur un effectif limité, doivent être interprétées avec prudence.

Conclusion :

La prise en charge du LH pendant la grossesse doit être individualisée et multidisciplinaire. Nos résultats suggèrent que les protocoles adaptés permettent d'assurer un contrôle tumoral efficace sans compromettre le devenir obstétrical ni néonatal.

C9- Résultats de la prise en charge TEP guidée du Lymphome de Hodgkin classique avancé.

F. Lamraoui, N. Rekab, H. Brahimi, M.K. Benlabiod, Z. Ferdi, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Bouchakor Moussa, M. Mezroud, A. Rebouh, A.A. Ziani, C. Guezlane, M. Bradai.

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

Au cours des dernières décennies, la prise en charge du Lymphome de Hodgkin (LH) avancé a considérablement évolué. L'efficacité des deux schémas ABVD et BEACOPPesc est prouvée mais au dépend d'une toxicité aigue mais surtout à long terme importante : cardio-pulmonaire pour l'ABVD, gonadique et risque de seconds cancers pour le BEACOPPesc. Dans l'objectif de réduire cette toxicité sans compromettre l'efficacité, l'identification précoce (après deux cures) des bons et mauvais répondeurs, grâce à la TEP TDM, a ouvert la voie à des stratégies dites adaptées à la réponse : escalade en cas de TEP2 positive, désescalade en cas de TEP 2 négative.

Matériels et Méthodes :

Les pts présentant un LH avancé (I/II B Bulky/E, III, IV) pris en charge selon les stratégies TEP guidée :

- ABVD si TEP 2 négative reçoivent 4 AVD, si TEP 2 positive escalade vers le BEACOPP.
- BEACOPP si TEP2 négative désescalade vers l'ABVD ou 2 BEACOPP.

Résultats et Discussion :

De Janvier 2017 à Décembre 2024, 116 pts ont été colligés ; l'âge médian 29 ans (16-60), sex-ratio H/F 0.9 (55/61), 34 pts (29.3%) : stades I/II B Bulky/E, 33 pts (28.4%) stade III et 49 pts (42.2%) stade IV. Selon IPS: 2 pts IPS 0, 14 pts IPS 1, 23 pts IPS 2, 22 pts IPS 3, 9 pts IPS 4, 9 pts IPS 5 et 3 pts IPS 6. Le protocole ABVD a été institué en première ligne chez 45 pts (38.7%) alors que le BEACOPPesc l'a été chez 71 pts (61.2%) ; une TEP TDM 2 a été réalisée chez tous les pts.

	BEACOPP (71 pts)	ABVD (45 pts)	
PET 2 négatif	58 (81.7%)	37 (82.2%)	p 0.9
PET 2 positif	13 (18.3%)	8 (17.7%)	
SD4	8	3	
SD5	5	5	
RG	66 (92.9%)	42 (93.3%)	
Echec	5 (7%)	2 (8.8%)	P 0.5
Décès	0	1 (2.2%)	
Rechute	3	1	
SG	96%	97.8%	p 0.88
IPS ≤2	100%	100%	
IPS ≥3	89.8%	93.8%	p 0.94
PET2 négatif	95.2%	100%	p 0.29
PET2 positif	100%	87.5%	p 0.20
SEE	89.9%	95%	p 0.9
IPS ≤2	90%	100%	p 0.22
IPS ≥3	80.9%	85.2%	p 0.49
PET2 négatif	88.1%	100%	p 0.15
PET2 positif	100%	75%	p 0.08

Commentaires :

Les stratégies TEP guidées permettent

une individualisation du traitement avec une meilleure balance efficacité/tolérance. L'omission de la Bléomycine ou la réduction du nombre de cycles chez les patients PET2 négatif réduit la toxicité pulmonaire et la morbidité tardive sans compromettre le contrôle de la maladie. Chez les pts PET2 positif, l'escalade thérapeutique améliore le pronostic. Dans notre série, aucun décès toxique n'a été enregistré surtout lors de l'escalade du TRT ; le taux de RG est de 93%, une meilleure SG et SSE chez les pts avec IPS faible, le BEACOPP semble améliorer la SG et SSE des pts PET2 positifs.

Conclusion :

Les stratégies TEP guidées ont transformé la prise en charge du LH avancé en permettant d'adapter précocement l'intensité du traitement selon la réponse métabolique et donc une approche plus personnalisée. Elles offrent la possibilité de réduire la toxicité chez les bons répondeurs tout en optimisant le contrôle de la maladie chez les pts à haut risque. Néanmoins, certaines limites persistent, notamment le risque de rechute après désescalade.

C10- Lymphome de Hodgkin à stades étendus : quand le stade fait toute la différence Analyse comparative de la survie à 5 ans

C. Aboura, N. Khouni, L. Metidji, M. Benhamou, I. Chaouche, C. Kerar, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) à des stades avancés demeure un défi thérapeutique malgré les progrès récents. Le pronostic est fortement influencé par le score pronostique IPS, la réponse métabolique précoce évaluée par TEP- TDM intermédiaire et le choix du traitement d'induction. Cette étude rétrospective a pour objectif d'analyser la survie à 5 ans selon le stade clinique et les facteurs pronostiques.

Matériels et Méthodes :

L'étude a inclus 155 patients (72.6%)

adultes atteints de lymphome de Hodgkin classique à stades étendus (IIBX, III et IV) sur l'ensemble des 212 LH traités entre 2019 et 2024 à l'HDJ d'hématologie CHU Beni Messous. Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été analysées, et la survie globale a été estimée selon la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen au diagnostic est de 34,6 ans (16-78 ans), avec une majorité de patients jeunes (<40 ans dans 67,7 % des cas). 73 femmes (47,1 %) avec un sex-ratio à 1.12. Le délai diagnostique est supérieur à 6 mois dans 46,5 % des cas. Plus de 60% des patients sont au stade IV. 66,5 % des patients appartiennent au groupe à haut risque (HR) Selon le score pronostique IPS. Les résultats montrent que la survie à 5 ans est à 100 % pour les stades IIBX, 97,5 % pour les stades III et d'environ 78,5 % pour les stades IV. La survie est significativement meilleure chez les patients à risque standard (RS) selon IPS (SG à 96,2 %), et une réponse métabolique complète précoce (SG à 100%) : aucun décès n'a été observé chez les patients en rémission précoce après

deux cycles de l'induction, alors que la mortalité atteint 35 % chez les patients en échec précoce. Le statut réfractaire ou en rechute est également associé à une survie nettement réduite. Concernant les protocoles thérapeutiques, 124 patients (80 %) ont reçu l'ABVD, et 31 (20 %) le eBEACOPDac, utilisé principalement dans les formes à haut risque. L'ABVD a confirmé sa bonne tolérance et son efficacité chez les patients à risque faible ou intermédiaire, tandis que l'eBEACOPDac a permis d'obtenir 94 % de rémissions complètes et une survie équivalente malgré une toxicité hématologique accrue

Conclusion:

La survie à 5 ans des patients atteints de lymphome de Hodgkin est excellente aux stades IIBX et III et reste satisfaisante au stade IV. La réponse précoce au traitement, le score pronostique IPS et le statut réfractaire ou en rechute apparaissent comme des facteurs pronostiques indépendants majeurs. Ces résultats soulignent l'importance d'une stratification précoce et d'une personnalisation des stratégies thérapeutiques en fonction du

profil initial et de la réponse intermédiaire

C11- Lymphome Hodgkinien du sujet âgé expérience du service d'hématologie CHU Blida

N. Brahim, L. Cherif Louazani, R. Draï, O. Meliani, R. Smaini, I. Zaida, F. Ouadfeul, O. Esserhane, N. Hadjadj, S. Sid, M. Ramaoun

Service d'Hématologie CHU Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une maladie maligne du système lymphatique à 2 pics un chez l'adulte jeune et un chez les personnes âgées de plus de 60 ans Les caractéristiques cliniques, histologiques et pronostiques différentes suscitent un intérêt particulier aux patients âgés de plus de 60 le pronostic est moins favorable et La survie des sujets âgés atteints de Lymphome de Hodgkin reste inférieure de 40 à 50% à celle des sujets jeunes à cause des comorbidités avec une toxicité plus marquée des traitements. **Objectif de l'étude** : rapporter l'expérience de notre service dans la prise en charge du LH du sujet âgé (≥ 60 ans)

Matériels et Méthodes :

il s'agit d'une étude rétrospective de 05 ans allant de janvier 2019 à décembre 2024, sur dossiers de patients âgés de plus de 60ans atteints de LH pris en charge au service d'Hématologie CHU Blida

Résultats et Discussion :

23 patients (11,9%) âgés de plus de 60ans atteints de LH ont été suivis sur cette période L'âge médian est de 67,6 ans (61-80ans), avec un sexe ratio H/F de 1,3 (13 hommes et 10 femmes) les comorbidités sont dominées par l'HTA et le Diabète Le délai diagnostique est long, dans 47,8% des cas sup à 06 mois avec des extrêmes allant de 01 à 24 mois. Le premier symptôme est l'apparition d'une adénopathie dans 78,2 % et il s'agit de stade B dans 86,9 % des cas. Le type histologique : scléronodulaire est retrouvé dans 78,2 % des cas 16 patients (69,5%) sont à des stades étendus de la maladie, dont 09 cas au stade IV et 30,4% pour les stades localisés avec pronostic défavorable, 22 patients ont été traités par

l'ABVD, avec la dose totale, le nombre de cycles varie entre 1 et 8 cycles, un patient est décédé avant traitement. En fin de traitement : 15 cas (68,4%) RC, 02 patients (9%) RP et 1 patient perdu de vue avant toute évaluation, On a noté 04 décès après 2^{ème} ligne thérapeutique dont 03 cas suite à un syndrome infectieux sévère. La durée moyenne de suivi est de 30 mois.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin du sujet âgé représente 6% des hémopathies malignes, celui-ci est généralement de mauvais pronostic en raison des problèmes de comorbidités empêchant la bonne conduite du traitement. Cependant chez les patients mis en rémission complète, la qualité de survie semble similaire à celle du sujet jeune mais l'émergence de nouvelles thérapeutiques telles que les thérapies ciblées AC anti CD30 reste une alternative pour une meilleure efficacité à moindre toxicité.

C12- le Bulky médiastinal dans le lymphome hodgkinien

A. Nehab, A. Bachiri, F. Talbi, K. Belateche

HCA Hôpital Central De L'Armée

Introduction et Objectif :

Le lymphome hodgkinien HDK localisé s'accompagne fréquemment d'une atteinte médiastinale bulky BM, définie par un diamètre ≥ 7 cm ou supérieur au tiers du thorax. fréquent chez l'adulte jeune, il constitue un facteur pronostique défavorable, avec une survie globale rapportée à 65 % contre 87 % en l'absence de bulky. Le traitement repose sur une polychimiothérapie intensive adaptée selon les résultats du TEP-scan précoce. La radiothérapie conserve une place importante mais peut être omise en cas de réponse métabolique complète. L'évaluation du bulky médiastinal demeure ainsi essentielle pour affiner la stratification pronostique et guider la prise en charge.

Matériels et Méthodes :

Nous avons conduit une étude rétrospective monocentrique au sein du service d'hématologie HCA. La période d'inclusion s'étend de 2019 à 2024. Au total,

109 patients HDK ont été colligés, dont 44 stade localisé, 23 BM (13 femmes et 10 hommes), avec une moyenne d'âge de 30 ans. Tous de type scléronodulaire.

Résultats et Discussion :

Dans notre série, le BM a été retrouvé chez 52 % des formes localisées, soit une fréquence supérieure à celle rapportée dans la littérature (environ 40 %), avec une prédominance féminine (sex-ratio = 0,76) et un âge moyen de 30 ans. 10 patients ont reçu 2 cures de BEACOPP escaladé avec maintien ou désescalade, parfois associés à une radiothérapie, aboutissant à une rémission complète RC. Dix autres ont reçu 3 à 4 cycles d'ABVD suivis d'une radiothérapie, également avec obtention d'une RC. Trois patients se sont montrés réfractaires à plusieurs lignes thérapeutiques. Dans les formes localisées Bulky, le traitement débute souvent par l'ABVD en raison de son efficacité et de sa toxicité acceptable. L'évaluation précoce par TEP après 2 cycles (PET2) permet d'adapter la stratégie : un PET2 négatif (Deauville 1-3) poursuivre l'ABVD avec possibilité de désescalade (suppression de la bléomycine), PET2 positif (Deauville 4-5) escalader vers le BEACOPP escaladé, qui améliore la survie sans progression. La radiothérapie de consolidation reste souvent indiquée, même en cas de réponse complète, car elle réduit le risque de rechute. plusieurs essais récents explorent son omission en cas de PET négatif afin de limiter les toxicités tardives (cardiaques, pulmonaires et cancers secondaires). Enfin, chez certains patients à haut risque (bulky massif, symptômes B, indices pronostiques défavorables), un BEACOPP escaladé peut être proposé en première intention, mais son utilisation reste limitée en raison de sa toxicité hématologique et gonadique.

Conclusion :

Le pronostic des formes bulky localisées HDK reste globalement favorable, avec une survie dépassant 85-90 % grâce aux stratégies thérapeutiques PET-adaptées. Les perspectives reposent sur la désescalade thérapeutique, ainsi que sur l'intégration d'immunothérapies et de nouvelles molécules ciblées, afin d'allier efficacité et meilleure tolérance.

C13- Les résultats préliminaires

du Brentuximab Védotin en première ligne dans le Lymphome de Hodgkin avancé

F. Lamraoui, N. Rekab, H. Brahimi, M.K. Benlabiod, Z. Ferdi, S. Taoussi, S. Oukid, Y. Bouchakor Moussa, M. Mezroud, A. Rebouh, A.A. Ziani, C. Guezlane, M. Bradai.

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine Blida

Introduction et Objectif :

Au cours des dernières décennies, la prise en charge du Lymphome de Hodgkin (LH) avancé a connu des avancées majeures ; du schéma ABVD initial aux protocoles intensifs comme le BEACOPP escaladé, l'objectif a été un meilleur contrôle de la maladie mais au prix d'une toxicité à court et à long terme majorée. L'essor des stratégies TEP guidées a permis d'adapter précocement l'intensité du traitement selon la réponse, optimisant ainsi le rapport bénéfice/risque. Plus récemment, l'incorporation en première ligne d'agents ciblés, notamment l'anticorps conjugué anti CD30 : Brentuximab Védotin (BV) dans des schémas comme BV AVD et BrECADD marque une nouvelle étape vers des traitements ciblés plus efficaces et potentiellement moins toxiques.

Matériel et méthode :

Il s'agit de l'évaluation de la réponse précoce et l'analyse de la tolérance de l'association BV à la chimiothérapie AVD (BV 1.2 mg/Kg, Adriamycine 25 mg/m², Vinblastine 6 mg/m², Dacarbazine 375 mg/m² J1 J15) ou BrECADD (BV 1.8 mg/kg J0, Etoposide 150 mg/m² J1 à J3, Cyclophosphamide 1250/m² J1, Doxorubicine 40 mg/m² J1, Dacarbazine 250 mg/m² J2J3, Dexaméthasone 40 mg J1 à J4) chez les patients atteints d'un LH avancé ; prophylaxie primaire de la neutropénie fébrile par le G CSF. L'évaluation est réalisée par TEP TDM après 2 cures. Les patients sous BV AVD en réponse complète métabolique (score de Deauville 1 à 3) reçoivent un total de 6 cures, ceux sous BrECADD un total de 4 cures.

Résultats :

De Janvier 2025 au mois de Juin 2025, 15 patients LH avancé ont reçu du BV en 1^{ère} ligne : 13 BV AVD et 2 BrECADD. Il s'agit de 8 H/7 F, âge médian 30 ans (17 à 60 ans), stade clinique : IIB Bulky: 2 pts, IIIB : 1 pt, IV : 12 pts ; masse bulky : 8 pts, atteinte de plusieurs viscères: 5 pts, IPS ≥ 4 : 4 pts. Evaluation après 2 cures : 13 RCM, SD5 : 1 pt, en cours d'évaluation 1 pt. Profil de tolérance : toxicité hématologique : neutropénie grade 4, thrombopénie grade 4 chez 2 pts sous BrECADD compliquée d'une neutropénie fébrile ; BV AVD : neutropénie grade 2 : 1 pt, grade 4 : 3 pts (dont pts drépanocytose homozygote).

Discussion :

L'efficacité du BV AVD vs ABVD dans le LH avancé a été démontrée dans l'essai de phase III ECHELON 1 : une meilleure survie sans progression modifiée observée surtout dans LH IV IPS ≥ 4, à long terme le bénéfice est également observé chez LH stade III. Sur le plan profil de tolérance, la neuropathie périphérique est majorée mais régressive dans la plupart des cas, l'utilisation du G CSF a réduit considérablement la neutropénie et le risque de neutropénie fébrile; dans notre série, 11 pts/12 avaient PET2 négatif, une neutropénie grade 4 et anémie grade 4 observée chez la pte drépanocytaire, aucun cas de neutropénie fébrile grade 3/4 n'a été observé. Par contre, la toxicité hématologique du BrECADD est sévère avec une neutropénie fébrile grade 4 dans les 2 cas ayant nécessité une réduction de doses. En raison du coût et de la disponibilité irrégulière du BV, nous convenons de réserver le BV AVD en 1^{ère} ligne aux pts LH stade IV IPS ≥ 4 et le BrECADD comme stratégie d'escalade en cas de PET2 positif.

Conclusion :

Le BV AVD constitue le premier régime qui a permis d'améliorer la SG des pts LH avancé par rapport à l'ABVD en particulier chez les pts IPS haut risque ; de même le BrECADD guidé par la TEP est mieux toléré et plus efficace que le BEACOPPesc dans le traitement de première ligne du LH avancé. Ces deux régimes tendent à devenir le traitement de choix dans ce contexte.

C14- Résultats thérapeutiques

des stades localisés sus diaphragmatiques du lymphome Hodgkinien

R. Chirak, N. Zatout, Y. Amrane, Y. Chenane, H. Hamouda

Service d'hématologie CHU de Sétif. Laboratoire de recherche santé et environnement. Université Ferhat Abbas.

Introduction et Objectif :

Dans le lymphome de Hodgkin, les formes localisées représentent 50% des LH, souvent de bon pronostic avec une chance de guérison très élevée. Objectif : rapporter les aspects cliniques et résultats thérapeutiques selon les groupes pronostiques de l'EORTC sur une étude monocentrique au CHU de Sétif.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective sur 13 ans allant de 2012 à 2024, incluant 238 patients présentant une forme localisée soit 54% des lymphomes hodgkiniens, dont 218 (92%) sont des formes sus-diaphragmatiques âgés ≤ 60 ans. Le diagnostic est porté sur les études histologiques et immunohistochimique. Les patients sont classés selon Ann Arbor et les critères pronostiques EORTC. Sur les 210 (96%) patients évaluable, la polychimiothérapie appliquée en première ligne était l'ABVD chez 149 pts (71%), le BEACOPP chez 30 pts (14%) en stades II Bulky et ABVD cis plat chez 31pts (15%). La radiothérapie complémentaire a intéressé 183 pts (87%).

Résultats et Discussion :

Cette série est composée de 88 hommes et 130 femmes avec Sex- ratio H/F : 0.67, l'âge moyen : 29 ans (15- 60 ans). La présentation anatomoclinique, on retrouve des adénopathies cervicales chez 182pts (83%), l'atteinte médiastinale chez 125 pts (57 %) et les Adps axillaires chez 28 pts (13%). La répartition selon le type histologique révèle et par ordre de fréquence un type 2 à 76%, Type 3 à 14% et les types 1 et 4 sont rares respectivement (7% et 1%), L'IHC réalisé dans 86% des cas avec une co expression (CD30 et CD15) dans plus de 95%. Selon Ann Arbor on note : IA: 36pts(16%) , IB: 17cas(8%), IIA: 71cas(32%), IIB: 94cas(44%) dont 43cas sont des X bulky. Selon le pronostic EORTC

77 pts (35%) sont des formes favorables et 141pts (65%) sont des formes défavorables. L'évaluation thérapeutique des 210 pts selon les groupes Pc révèle : - Groupe des formes favorables (n:76):RC:67cas (88%) ,TBRP(RCu):8cas(11%)cas, Echec primaire :1cas,4cas de rechute après un délai moyen de13mois (7-22mois). -Groupe des formes défavorables (n:134): RC:104cas(78%), RCu:21cas(16%), échec:9cas (6%),7cas de rechute après un délai moyen de16 mois (3-64 mois). Devenir :Après un suivi moyen des patients est de 84mois(4-156 mois). Groupe favorable : 67 RC (2 PDV) dont 4 après Trt de 2ème ligne, 2cas PDV en échec,7cas en RCu, la survie globale à 10 ans est de 100% et SSE:96.1%. -Groupe défavorable : RC:111cas (3PDV) dont 11cas après Trt 2ème ligne,14cas:RCu (5casPDV), PDVen échec:3cas,1 cas sous nivolumab,5cas DCD. la survie globale à 10 ans est de 96.3%, SSE:91%. La survie globale des stades localisés est de 97.6% et une SSE à 92.8%.

Conclusion :

Les formes localisées du LH sont de bon pronostic, nos données rejoignent les données nationales. Cela n'empêche pas de faire mieux pour réduire les effets iatrogènes par le recours au pet scan pour l'évaluation et les thérapies innovantes dans les formes R/R.

LYMPHOME À CELLULES DE MANTEAU

C5- Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs du lymphome à cellules du manteau sur une période de 12 ans.

H. Moussaoui, N. Abdennebi, F. Boukhemia, S. Akhrouf, H. Bouarab, A. Yassaa, A. Fahem, B. Dekhili, F. Harieche, R.M. Hamladji, R.A. Nacer, M. Benakli

Service Hématologie, Centre Pierre et Marie Curie (EHS) Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est une hémopathie B particulière, représentant environ 10% des lymphomes

non hodgkiniens. Il est défini par la translocation t(11;14) et la surexpression de la cycline D1. Il a une évolution souvent agressive, justifiant une prise en charge adaptée et distincte des autres lymphomes B. Nous rapportons notre série de patients (pts) pris en charge sur une période de 12 ans.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective concernant 71 pts atteints de LCM durant la période de Janvier 2013 à Décembre 2024. L'âge médian est de 63 ans (32-87) dont 27 pts (38%) > 65 ans, et sex-ratio H/F : 2,1. Le diagnostic a été posé par l'étude immuno histo chimie avec un délai moyen de 8 mois (1-48). Selon la classification d'Ann Arbor, 62 pts (87%) sont au stade étendu, et 9 pts (13%) de stade I-II. La localisation extra-ganglionnaire est retrouvée chez 35 pts (49%), avec une atteinte ORL prédominante (30%). Selon les groupes pronostiques (MIPI), 22 pts (31%): risque élevé, 28 pts (39%) : risque intermédiaire et 21 pts (30%) à faible risque. Le traitement de première ligne : R-CHOP : 9 pts (12,6%) , alternance R-CHOP /R-DHAP :25 pts (35,2%), R-DHAP :18 pts (25,3%), VRCAP :12 pts (16,9%), VRCAP/R-DHAP : 2 pts (2,8%), R-COP :2 pts (2,8%), Hyper CVAD :1 pt, RVD :1 pt, R2 :1 pt.

Résultats et Discussion :

Sur un nombre total de 58 pts évaluable, une réponse thérapeutique a été obtenue chez 43 pts (74%) dont 32 pts (55%) en rémission complète (RC), 11 pts (19%) en rémission partielle (RP), et 15 pts (26%) sont en échec thérapeutique. Treize pts (18%) sont décédés au cours du traitement d'induction. La rechute est survenue chez 14 pts (24%) en moyenne à 23 mois (6-47) ayant entraîné le décès chez 13 pts, malgré le traitement de 2ème ou 3ème ligne. Aucun pt dans cette série n'a bénéficié d'un traitement ciblé. Une intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de CSH a été réalisée chez 13 pts et un total de 20 pts a bénéficié d'un traitement de maintenance par Rituximab. Au 30/06/2025, après un suivi médian de 45 mois (8-106), 23 pts (32%) sont vivants et 48 pts (67%) sont décédés après un délai médian de 14 mois (1-126) (échec : 22, infection sévère : 6, aplasie : 8, syndrome de lyse : 2, autres : 10). Les survies globale et sans évènement à 12 ans, sont à

35.7 % respectivement.

Conclusion :

La longue période d'étude et l'hétérogénéité de la série ne permettent pas de conclure objectivement sur les résultats thérapeutiques. A signaler la part importante des stades avancés et groupe à risque pronostique élevé dans cette série. Actuellement, le traitement des pts éligibles comporte une induction intensive incluant cytarabine suivie d'une autogreffe de CSH en consolidation et entretien par Rituximab. Les inhibiteurs de BTK sont devenus incontournables chez les pts en rechute.

C6- Profil phénotypique par cytométrie en flux des Lymphomes à Cellules de manteau : A propos de 187 cas

S. Oukid, S. Taoussi, Y.M. Bouchakor, F. Lamraoui, K.M. Benlabiod, N. Rekab, C. Guezlane, H. Brahimi, M. Mezroud, A.A. Ziani, Z. Ferdi, A. Rebouh, M. Bradai

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobino pathies, Faculté de Médecine Blida

Introduction et Objectif :

Le diagnostic du Lymphome à Cellules du Manteau (MCL) repose sur l'analyse cytologique, l'immunophénotypage par cytométrie en flux (CMF), l'immunohisto chimie, l'analyse cytogénétique et/ou la biologie moléculaire. But: Nous allons analyser le profil phénotypique par CMF de 187 cas de MCL.

Matériels et Méthodes :

De 2007 à Juin 2025, nous avons colligé 187 MCL: Il s'agit de 140 hommes et 47 femmes; Sex ratio = 2.9. Age moyen : 66 ans (29 - 95). Taux moyen de globules blancs = 67495 elts/ μ l (2650 - 998220) avec une lymphocytose sanguine > 4000 elts/ μ l : 163 cas (87.2%). La cytologie a évoqué : un SLPC : 128 cas (68.5%), une LLC : 47 cas (25.3%) et une LA : 12 cas (6.2%). L'immunophénotypage par CMF a été

effectué sur 192 prélèvements : sanguin : 171 cas (89%), médullaire : 16 cas (8.4%), suc ganglionnaire : 3 cas (1.5%), liquide pleurale (LP) : 1 cas et liquide céphalo-rachidienne (LCR) : 1 cas, en utilisant un large panel d'anticorps monoclonaux ciblant les populations lymphoïdes B, T et NK. Les résultats sont exprimés par le score de Matutes, le pourcentage et l'intensité de la positivité des marqueurs monoclonaux.

Résultats et Discussion :

Immunophénotypage par CMF:

1^{er} groupe (Sang et MO : 185 cas): Score de Matutes : 0/5: 1 cas, 1/5 : 43 cas (23.3%), 2/5 : 92 cas (49.8%), 3/5 : 43 cas (23.3%), 4/5 : 5 cas (2.7%) et 5/5 : 1 cas. Prédominance de l'expression de la chaîne légère Kappa : 47.5%, Lambda : 38.7% et non exprimée : 13.8%. Expression du CD5+ : 99.5%, CD23+ : 5.4%, CD79b+ : 95%, FMC7+ : 48% et CD20++ : 90%.

2^{ème} groupe Sucs ganglionnaires 3 cas : CMF confirme la localisation de MCL.

3^{ème} groupe : LCR et LP : localisation méningée (score de Matutes : 2/5 monoclonalité Kappa) et pleural (score de Matutes : 2/5 monoclonalité Lambda).

Immunohistochimie a confirmé MCL : 52/72 cas (72.3%) sachant que la Cycline D1 Non faite dans 20 cas (LNH-B) et par FISH : t(11,14) positive dans 39/54 cas (72.3%).

Commentaires :

Nos données épidémiologiques rejoignent l'étude de Biehler qui a colligé 124 MCL. (1). Cette étude retrouve une expression de CD5+: 87% vs 99.5% dans notre étude, CD23+: 38% vs 5.4% avec prédominance de la monoclonalité Kappa (1) à 60% vs 47.5%. Dans notre étude, l'analyse histologique a confirmé le MCL dans environ 72% ainsi que la FISH.

Conclusion :

L'immunophénotypage par CMF a permis par sa rapidité et sa sensibilité, une avancée dans le diagnostic du MCL. La CMF n'est pas une technique destinée à remplacer les autres outils mais elles doivent être complémentaires à l'immunohistochimie surtout la Cycline D1 et les autres Cyclines D, cytogénétique/FISH et/ou biologie moléculaire pour plus de précisions dans

le diagnostic.(2). Il faut élargir le panel de la CMF avec l'étude du niveau d'expression du CD148, CD180 et CD200 qui permettent de faire la différence entre MCL et LLC. (1).

C15- Validation de la POD 24 dans les lymphomes du manteau au service d'hématologie de Sidi Bel Abbes

N. Si Ali, K. Tayebi, A. Hadjeb, M. Cherreti, A. Ramdoun, A. Elmestari, N. Zemri, M. Benlazar

CHU Sidi Bel Abbes

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) représente 3 à 15 % des lymphomes, touche le plus souvent le sujet âgé, se présente de façon très hétérogène avec une atteinte digestive fréquente. Il reste dans la majorité des cas un lymphome agressif, plusieurs facteurs pronostiques ont été établis, bien que la progression de la maladie dans les 24 mois suivant le début du traitement de première ligne (POD 24) soit un facteur pronostique robuste dans les lymphomes folliculaires, elle n'a pas été étudiée dans le LCM. Nous essayons à travers cette étude de valider la POD 24 dans les LCM.

Matériels et Méthodes :

L'étude est rétrospective monocentrique des LCM au service d'hématologie, entre 2010 et 2024, avec étude des caractères épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques, et calcul de la survie globale (OS) comparative des patients avec ou sans POD24 avec recherche des facteurs influençant la survie globale (OS).

Résultats et Discussion :

Au total, on a colligé 26 patients (pts) LCM, dont 19 hommes et 7 femmes, Sex Ratio (H/F)= 2.7, l'âge médian est de 70 ans, les extrêmes (23-84) Le diagnostic a été posé sur une biopsie ganglionnaire chez 15/26 pts (58%), une cytométrie en flux (CMF) chez 9/26 pts (35%), et sur les deux chez 2/26 pts (7%). Selon Ann Arbor : Stade I chez 2/26 pts (8%), stade III chez 11/26 pts (42%), stade IV chez 13/26 pts (50%). Selon le score pronostic MIPI ; faible chez 8/26 pts (30%), intermédiaire chez 14/26 pts

(54%), et élevé chez 4/26 pts (16%). Les pts ont reçu de la chimiothérapie selon l'âge et les comorbidités : CVP : 9/26 pts (34%), RCHOP : 12/26 pts (46%), RBENDA : 4/26 pts (16%), RBAC : 1/26 pts (4%) La rémission complète (RC) a été obtenue chez 11/26 pts (42%), une rémission partielle (RP) chez 9/26 pts (34%) et un échec chez 6/26 pts (23%). La POD 24 a été observée chez 12 pts (46%) avec une médiane de survie de 12 mois, et elle n'a pas été observée chez 14 pts (54%) avec une médiane de survie non atteinte statistiquement significative ($P=0,0001$). Par ailleurs les pts (12) avec POD 24 ont tous (100%) un stade étendu, un MIPI défavorable chez 10/12 (84%), et 11/12 pts (92%) ont plus de 60 ans, 8 pts (67%) sont de sexe masculin.

Conclusion :

La POD 24 a été validée dans les LCM dans notre série même si elle est réduite, et mérite d'être étudiée dans des plus grandes séries, afin d'établir des facteurs de pronostic additionnels chez les pts et d'adapter la thérapeutique, pour obtenir de meilleurs résultats.

C16- Efficacité et Tolérance de l'Ibrutinib dans le Traitement du Lymphome à Cellules du Manteau en Rechute ou Réfractaire

S. Bougherira, F. Grifi, H. Mehennaoui

CHU Annaba

Introduction et Objectif :

Le LCM est un lymphome agressif présentant une chimiosensibilité modérée, mais il reste l'un des défis thérapeutiques les plus complexes. Les taux de réponse complète à la chimiothérapie varient de 20% à 40%, avec une survie médiane de 2,5 à 3 ans. Après le traitement de première ligne, la rechute reste tôt ou tard inévitable. Le traitement de seconde ligne comporte des agents de chimiothérapie non encore utilisés lors du traitement de première ligne. La dernière décennie a vu l'introduction de nouveaux agents dans le paysage du traitement du R/R MCL. En 2013, l'Ibrutinib a reçu une approbation accélérée de la FDA, pour traiter les

patients atteints de LCM ayant reçu au moins un traitement antérieur. L'Ibrutinib est le premier médicament conçu pour cibler la tyrosine kinase de Bruton (BTK), une protéine nécessaire à la croissance et la survie des cellules B. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'Ibrutinib dans le traitement du LCM R/R. Le critère d'évaluation principal était le taux de réponse globale (TRG).

Matériels et Méthodes :

Étude prospective ayant inclus les patients atteints de LCM réfractaire ou en rechute et traités par Ibrutinib. La rechute ou la progression a été évaluée par une nouvelle biopsie qui confirmait le diagnostic du LCM. Les patients devaient recevoir au moins un traitement antérieur, dont une immunochimiothérapie avec Rituximab. Le traitement est délivré gratuitement par la pharmacie des hôpitaux, la dose recommandée est de 560 mg/j en continu et en monothérapie.

Résultats et Discussion :

Notre série comporte six (6) patients d'âge médian 68 ans et 83% des patients étaient des hommes. Tous les patients présentaient soit une maladie réfractaire ou en rechute et un stade avancé (III-IV). Le nombre médian de traitements systémiques antérieurs était de 2. Selon le score MIPI, risque faible chez un patient, 3 avaient un risque intermédiaire, et 3 un risque élevé. Chez 5 patients évaluable, le taux de réponse globale était de 80%. La durée médiane d'obtention de cette réponse était de 1 mois après Ibrutinib. Un patient a progressé sous Ibrutinib, après un arrêt de 8 mois (non disponibilité du médicament), un autre patient est décédé 2 mois après le début de l'Ibrutinib. Les événements indésirables (EI) de tout grade sont survenus chez tous les patients: une asthénie, une anémie ($n=2$), des arthralgies chez un patient, une diarrhée ($n=2$ pts) et une pneumonie de grade 3 chez un patient. L'interruption du traitement et la réduction de dose en raison d'EI a concerné 2 patients. Une augmentation temporaire du nombre de lymphocytes a été signalée chez 2 patients. La numération lymphocytaire revient à la valeur initiale en 8 semaines en moyenne.

Conclusion :

L'ibrutinib en monothérapie a induit des réponses durables avec un profil bénéfice-risque favorable chez les patients atteints de LCM préalablement traités. Sur la base de ces résultats, il est évident que le traitement par ibrutinib constitue un traitement bien toléré, efficace et pratique pour les patients atteints de LCM en rechute. C'est un traitement qui a modifié les perspectives de guérison pour les patients.

C17- Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques dans le lymphome à cellules du manteau

H. Bouarab, S. Akhrouf, F. Silem, M. Bitam, S. Rahali, F. Mehdid, M. Baazizi, N. Rahmoune, D. Ait Ouali, F. Louar, H. Moussaoui, B. Dekhili, F. Harieche, R.M. Hamladji, R. Ahmed Nacer, M. Benakli

Service Hématologie, Centre Pierre Et Marie Curie, Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est un lymphome B agressif, rare, de pronostic longtemps défavorable. L'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) en consolidation après induction par immunochemiothérapie est un standard thérapeutique pour les patients (pts) éligibles, permettant de prolonger la durée de la rémission.

Matériels et Méthodes :

De Janvier 2008 à Décembre 2024, 14 pts suivis pour un LCM (stade III : 4 pts, stade IV : 9 pts, et 1 pt en conversion leucémique) ont bénéficié d'une intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de CSP. L'âge moyen 49 ans (31-65) et le sex ratio H/F : 3,6. Le statut de la maladie au moment de la greffe : 11 pts en rémission complète (RC), et 3 pts en rémission partielle (RP). Huit pts ont bénéficié d'une intensification BeEAM associant Bendamustine 300 mg/m², Aracytine 800 mg/m², Etoposide 800 mg/m² et Mephalan 140 mg/m²; et 6 pts ont reçu un protocole associant Busulfan, Etoposide 15 mg/Kg et Endoxan 60 mg/Kg. Tous les pts ont reçu un greffon de

CSP cryo-préservé avec un taux moyen de cellules CD34 : 2,83x10⁶/Kg (1,02-10,72). Sept pts ont reçu un traitement d'entretien par Rituximab en post-greffe. Au 30/07/25, Le recul minimum est de 7 mois et le recul maximum de 211 mois.

Résultats et Discussion :

La durée moyenne d'aplasie est de 12 jours (8-21). La sortie d'aplasie est en moyenne à J12 (10-21). L'évaluation effectuée 1 mois post-autogreffe retrouve 12 pts en RC, et 2 pts en RP. Quatre pts sont décédés de rechute survenue en moyenne à 35 mois (20-59). Au 30/07/25, 10 pts (71,42%) sont vivants après un suivi médian de 68 mois (22-204) dont 8 pts en RC (dont 6 pts ont reçu un traitement d'entretien par Rituximab), 2 pts en RP. La survie globale (SG) et la survie sans événement (SEE) à 5 ans sont respectivement de 83,3% et 68%.

Conclusion :

l'autogreffe de CSH constitue encore aujourd'hui le standard de consolidation en première ligne chez les pts atteints de LCM éligibles, bien qu'elle tende progressivement à être concurrencée par les nouvelles thérapies ciblées et l'immunothérapie cellulaire.

C18- Traitement du lymphome à cellules du manteau blastoïde (Etude multicentrique)

L. Sahraoui¹, N. Belakcemaoui², H. Otsman¹, M. Djilali¹, S. Baghdad², F. Talbi¹, S.E. Belakehal¹, A. Bachiri¹, S. Nekkal³, M. Bensadok³, N. Salhi³, S. Akhrouf³, S. Boughrira³, S. Benichou³

(1) Service d'Hématologie Hôpital Central de l'Armée Mohamed Seghir Nekkache, (2) Service d'Hématologie Hôpital Militaire Régional d'Oran Dr. Amir Mohamed Benaïssa, (3) Le bureau de la SAHTS

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) blastoïde est caractérisé par une évolution plus rapide, un pronostic sombre et une réponse limitée à la chimiothérapie. Il n'y a à ce jour pas de traitement optimal pour cette variante du LCM. L'objectif de cette étude est d'analyser nos tendances

thérapeutiques et les réponses au traitement.

Matériels et Méthodes :

Etude multicentrique HCA et HMRUO sur une période de 10 ans (Janvier 2015-janvier 2025) ayant porté sur 18 cas de MCL dont 9 variante blastoïde . Les traitements administrés sont : chimiothérapie conventionnelle (RCHOP, RCOP) et Protocoles à base d'Aracytine haute dose (AraC HD) : RDHAP ou RCHOP/RDHAP en alternance Analyse de la réponse au traitement : Réponse globale (RG), réponse partielle (RP), réponse complète (RC), la survie globale à 5 ans et les rechutes .

Résultats et Discussion :

Résultats : Sur une période de 10 ans, nous avons enregistré 18 cas de LCM, dont 9 (50%) variante blastoïde. Tous les cas ont été diagnostiqués de novo. Age median : 71 ans (87-56) , sex ratio : 3.5 (7 hommes, 2 femmes), Stade localisé (I et II) : 1 (11%), stade diffus (III et IV) : 17 (94%). Localisations: ganglionnaire : 2 (22%), extraganglionnaire : 1 (11%), atteinte médullaire : 7 (78 %), formes leucémisée : 7 (78%), infiltration neuroméningée 1 (11%). 1 localisation oculaire isolée diagnostiquée après enucléation , par Methotrexate haute dose (MTx HD) (traitement type atteinte système n nerveux central) Résultats thérapeutiques : - RCHOP : 3 patients RG : 2 (22%), RC 2 (22%), échec : 1 (11%), Décès 1 (11%) SG : 22 % , rechute 1 (11%) - Protocoles à base d'Aracytine haute dose (AraC HD) : 4 patients : RG : 1 (11%), RC 1 (11%), échec : 3 (33%), Décès 2 (22%) SG : 22 % . - MTx HD : RC à ce jour

Discussion : Les résultats thérapeutiques ne peuvent être comparés à ceux de la littérature vu la taille réduite de l'échantillon mais nous rapportons néanmoins les résultats de quelques études. Dans cette cohorte la RG avec chimiothérapie conventionnelle est de 22% avec une OS à 22% Vs 68 % et 58% dans l'étude de Bhatt et al. Avec les chimiothérapies intensives à base d'AraC HD la RG est de 22% et la SG est de 22 % , dans l'étude de Geisler et al. La SG est de 54 % . Parmi les 4 cas de RC nous avons enregistré 1 cas de rechute tardive à 2 ans ; dans l'enquête européenne , les rechutes enregistrées étaient à 1 an

Conclusion :

Le MCL est une maladie agressive dont le pronostic reste sombre. L'évolution n'a pas été significativement améliorée avec des stratégies d'intensification de dose. Le seul traitement ayant montré une supériorité étant les thérapies ciblées .

C19- Analyse rétrospective de l'efficacité de l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques dans le traitement du lymphome à cellules du manteau (2010 2025)

I. Caïd Ali

EHU d'Oran 1 novembre

Introduction et Objectif :

L'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (auto-CSH) représente une option thérapeutique majeure dans le traitement des patients (pts) atteints d'un lymphome à cellules du manteau (LCM) L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la sécurité de l'auto-CSH dans le LCM au niveau du service d'hématologie de l'EHU 1er Novembre d'Oran

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective monocentrique (2010–2024) incluant des patients atteints de LCM ayant reçu une auto-CSH en première ligne ou après rechute. Mobilisation par G-CSF ± plerixafor. Greffons Cryo préservés (EHU 2022–2024) ou frais. Conditionnement BEAM (2011–2016) puis EAM (après 2017). Depuis 2018, entretien par rituximab pendant 3 ans. Évaluation de la sécurité (TRM à J100) et de l'efficacité (réponse à J100, survie globale et sans progression).

Résultats et Discussion :

Au total, 18 pts atteints d'un LCM ont été colligés, avec un âge médian de 50 ans (extrêmes 17-61 ans), et un sex- ratio de 5/1 (15 hommes et 3 femmes). Le stade Ann Arbor était ; localisé (I/II) pour 2 pts (11 %), et avancé (III/IV) pour 16 pts (89%). Le score pronostique MIPI était de faible risque : 9 pts (50%), risque intermédiaire : 4 pts (22 %), haut risque ; 2 pts (11 %), le score n'était pas précisé chez 3 pts (16%). Le protocole

d'induction était à base de R-DHA avec platine ; 12 pts (67%), et à base de R-CHOP chez 6 pts (33%). Le traitement de rattrapage était à base de R-DHA avec platine chez 3 pts (17%) après échec à l'induction par R-CHOP. Le statut pré-greffe était rémission complète (RC) ; 13 pts (72%), RCu : 5 pts (28%). La mobilisation des CSH CD34+ a été réalisée par G-CSF seul chez 17 pts (94%), et G-CSF+ plerixafor chez 1 pt (6%). Le nombre de cytophères était de 2 (extrêmes 1-3). L'intensification thérapeutique a été réalisée par le protocole EAM chez 14 pts (78%), et BEAM chez 4 pts (22 %). Cinq pts (30%) ont reçu un greffon de CSH congelé, et 13 pts (72%) des CSH fraîches. La durée médiane de récupération granulocytaire PNN > 0.5 G/L était de 11 jours (extrêmes : 4-28 jours), et la récupération plaquettaire (Plq > 20 G/L sans transfusion) était de 5 jours (extrêmes : 3-14 jours). Le nombre médian de concentrés de globules rouges (CGR) transfusés était de 2 (extrêmes : 0-8 CGR), et de concentrés de plaquettes (CPA) était de 3 (extrêmes : 1-10 CPA). À J100 post-greffe, la TRM était de 0%, et en termes de réponse ; 16 pts (89%) pts étaient en RC. Avec une médiane de suivi de 46 mois (extrêmes 11-166 mois), le taux de rechute était de 11% (2pts), la SG et la SSP étaient de 100 %, et 89 % respectivement.

Conclusion :

Notre expérience a démontré que l'auto-CSH non Cryo préservées, ou avec un greffon congelé, et un conditionnement de type « BEAM » ou « EAM » est une option thérapeutique sécurisée et efficace pour les pts atteints d'un LCM, en particulier dans les pays émergents ou à ressources limitées.

SYNDROMES DRÉPANOCYTAIRES

C7- le spectre des syndromes drepanocytaires majeurs suivis au service d'hématologie du CHU Annaba

A. Djenouni, K.Smaili, W. Benyoucef, R. Yahia, F. Grifi, H. Mehennaoui

CHU Annaba

Introduction et Objectif :

Pathologie au carrefour de plusieurs disciplines, la drépanocytose pose un problème de santé publique, diverses études nationales ont démontré que le Nord-Est Algérien en est une zone endémique. Recenser les syndromes drépanocytaires majeurs suivis au niveau du service d'hématologie du CHU Annaba. Déterminer leurs caractéristiques épidémiologiques, socio-démographiques et évolutives.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et analytique, s'étalant de Janvier 2019 à Janvier 2025.

Résultats et Discussion :

Au 1er janvier 2025, un total de 1632 patients est colligé, la forme homozygote prédomine (51%-n:830), suivie de la S/? (38% n:614), la S/C(11%- n:183) et la S/alpha(n:05). La durée moyenne de suivi est de 17.5ans avec des extrêmes de [1-45ans]. L'âge moyen actuel de nos patients est de 37 ans [15-78 ans] et le sex-ratio est de 0,77. L'origine géographique des patients : 68%(n:1110) d'Annaba, 16%(n:261) d'El Tarf, 12%(n:197) de Skikda, 2%(n:33) de Guelma et 1%(n:16) de Souk-Ahras. La consanguinité est présente dans 29% des cas et 49% des patients ont au moins un cas similaire dans la fratrie. La prise en charge repose sur un suivi régulier, des séances d'éducation thérapeutique et le dépistage des complications dégénératives, qui seront prises en charge par le réseau multidisciplinaire. Durant le suivi diverses complications sont colligées, leur analyse a porté sur un échantillon de 500 patients : 300(60%) SS, 155(31%) S/? et 44(9%) SC. -Les complications aiguës : Seuls 10%(19/197 patients avec information) des SS, 6%(07/121) des S? et 5%(02/37) des SC ont fait plus de 03CVO/an, le syndrome thoracique aigu a une fréquence de 2% chez les SS, 0.7% chez S? et aucun cas chez les SC. Les atteintes neurologiques sont dominées par les AVC ischémiques, surtout dans les SS avec une fréquence de 19%(51/266). -Les complications dégénératives sont diversement associées, dominées par la néphropathie, dont la fréquence est de 49%(129/264) chez les SS, 23%(35/155) chez

les S ? et 11%(4/38) chez les SC. La lithiase vésiculaire reste fréquente dans tous les génotypes, l'ostéonécrose de la tête fémorale a une fréquence de 15%(44/299) chez les SS, de 20% (30/150) chez les S ? et de 15%(6/39) chez les SC. En comparant les résultats obtenus à ceux de notre dernière étude (2009-2018), on constate que la fréquence de certaines complications a diminué; ceci est expliqué par la bonne adhésion des patients au suivi ainsi que leur meilleure compréhension de la maladie, grâce aux séances d'éducation thérapeutique régulières et aussi par la large utilisation de l'Hydroxyurée (56% des SS et 30.33% des S ?).

Conclusion :

Les syndromes drépanocytaires majeurs sont fréquents dans notre région, posant un problème de santé publique. De nombreux efforts doivent être fournis à différents niveaux, afin de réduire leur fréquence et d'améliorer la prise en charge des patients par la création de centres de soins spécialisés

C20- Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques dans la drépanocytose homozygote S/S ; à propos de 3 cas

F.Louar, F. Mehdid, M. Bazizi, N. Rahmoune, D. Ait Ouali, S. Zerkout, S. Akhrout, H. Bouarab Y.K. Daouadji, F. Harieche, R.M. Hamladji, R. Ahmed Nacer, M. Benakli

Service Hématologie, Centre Pierre Et Marie Curie

Introduction et Objectif :

La drépanocytose homozygote SS (DH) est une hémoglobinopathie aux conséquences poly-systémiques à l'origine d'une morbi mortalité dès l'enfance. L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) à partir d'un donneur sain ou hétérozygote est actuellement le seul traitement curateur validé. Elle est réservée aux formes sévères compliquées : vasculopathie cérébrale, événements vaso-occlusifs récurrents, syndrome thoracique aigu récidivant, néphropathie évolutive, cholangiopathie chronique, anémie chronique ne répondant pas à l'Hydrée, allo-immunisation. Cette

étude rétrospective rapporte le devenir de trois patients (pts) ayant bénéficié de cette procédure.

Matériels et Méthodes :

De Février 2013 à Septembre 2014, trois pts atteints de DH avec antécédent d'accident vasculaire cérébral +/- récurrent, ont bénéficié d'une allogreffe de CSH géno-identique à partir de donneurs compatibles hétérozygotes AS. L'âge médian est de 12ans (11-14 ans) ; sex-ratio H/F de 0,5. Tous étaient soumis à un programme transfusionnel mensuel sans Hydroxyurée et la chélation de fer n'a concerné qu'un patient. La procédure a été effectuée avec un conditionnement myéloablatif par chimiothérapie seule, comportant Busulfan associé à l'Endoxan et Sérum anti lymphocytaire. La prophylaxie GVHD a comporté l'association Ciclosporine Méthotrexate. Un greffon de cellules souches périphériques a été utilisé chez 2 pts avec un taux moyen de cellules CD34 : $7,16 \times 10^6/\text{kg}$ (5,48-16), un greffon médullaire chez un pt avec un taux de cellules nucléées : $4,5 \times 10^7/\text{kg}$.

Résultats et Discussion :

L'aplasie a été constatée chez les 3 pts, de durée moyenne de 15 jours (11-24). Le délai médian de sortie d'aplasie est de 16 jours (13-23). Le support transfusionnel reçu : 4 CG en moyenne (2-5). Aucun cas de MVO, ni de rejet primaire, ni de cystite hémorragique n'a été signalé. Une réactivation CMV est survenue chez 2 pts à 25 et 42 jours post-greffe. Deux pts ont présenté une GVHD aigue de grade II-IV dans un délai médian de 28 jours (26-31) ayant entraîné le décès d'un patient à J60. Aucun cas de GVHD chronique n'a été observé. Deux pts ont nécessité un arrêt temporaire de prise de ciclosporine pour des manifestations neurologiques. Après un suivi médian de 12 ans (141-151 mois), 2 pts sont vivants, avec un profil d'une drépanocytose hétérozygote (Hb S : 23%-38%), asymptomatiques, sans besoin transfusionnel et chimérisme donneur complet.

Conclusion :

l'allogreffe de CSH, à partir d'un donneur sain ou hétérozygote, est le seul traitement curatif reconnu dans la DH quand elle est indiquée. Cependant, cette approche n'est pas dénuée de risques de morbi-mortalité,

liés notamment aux complications de la maladie, à la toxicité du conditionnement, au rejet et à la GVHD. En Algérie, malgré un besoin croissant, son accès reste néanmoins limité en raison d'une infrastructure insuffisante.

C21- Les complications dégénératives au cours des syndromes drépanocytaires majeurs

W. Benyoucef, R. Yahia, K. Smaili, Amrane, A. Djenouni, F. Grifi, H. Mehennaoui

CHU de Annaba

Introduction et Objectif :

Les syndromes drépanocytaires majeurs sont une pathologie lourde, invalidante et dont la symptomatologie est polymorphe. De nombreuses complications dégénératives diversement associées peuvent survenir avec des fréquences variables selon le génotype. Objectif : Déterminer la prévalence et les caractéristiques des complications dégénératives chez les patients atteints de syndromes drépanocytaires majeurs suivis au niveau du service d'hématologie du CHU Annaba.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive et longitudinale, se basant sur les données rétrospectives et sur un suivi prospectif, s'étalant de janvier 2019 à janvier 2025. La population étudiée est constituée de patients atteints de syndromes drépanocytaires majeurs et suivis au niveau du service d'hématologie du CHU Annaba.

Résultats et Discussion :

Notre étude inclut 500 syndromes drépanocytaires majeurs, dont l'âge moyen est de 37ans et des extrêmes de [15- 78ans], le sex ratio est de 0.77. Il s'agit de 300(60%) formes homozygotes, 155(31%) formes S/ ? thalassémie et 44(9%) doubles hétérozygoties SC. Les complications dégénératives sont systématiquement recherchées par un bilan de retentissement annuel pour une prise en charge précoce et multidisciplinaire. Durant leur suivi, de

nombreuses complications diversement associées sont colligées chez nos patients avec des fréquences variables en fonction du génotype : (n/n patients avec information(%)) 1/-Néphropathie: SS 129/264(49%), SB 35/155(23%), SC 4/38(11%). 2/-Insuffisance rénale: SS 21/264(8%), SB 4/155(3%), SC 1/41(2%). 3/-HTAP: SS 24/245(10%), SB 03/152(2%), SC 0/43(0%). 4/-Osteonécrose tête fémorale ONTF: SS 44/299(15%), SB 30/150(20%), SC 6/39(15%). 5/-Atteinte ophtalmologique: SS 32/251(13%), SB 7/137(5%), SC 0/33(0%). 6/-Ulcère de jambe: SS 17/228(7%), SB 0/129(0%), SC 0/39(0%). 7/-Lithiase vésiculaire: SS 109/229(48%), SB 51/115(44%), SC 17/44(39%). Discussion : Au terme de notre travail et en comparant les résultats obtenus à ceux de l'étude antérieure portant sur la drépanocytose (2009-2018), on constate que les fréquences de certaines complications ont diminué (ONTF, ONTH, la lithiase vésiculaire), mais les atteintes rénales et ophtalmologiques restent fréquentes. A notre niveau, le réseau multidisciplinaire assure la prise en charge de ces atteintes organiques.

Conclusion :

La drépanocytose a une forte prévalence dans notre région, son évolution est émaillée de nombreuses complications, pouvant mettre en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel par leurs localisations. D'où la nécessité d'un dépistage précoce et une prise en charge multidisciplinaire de ces complications.

C22- Drépanocytose et grossesse : analyse des complications materno-fœtales

S. Doufene, C. Aboura, L. Mettidji, L. Soufellou, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU de Beni Messous

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est l'hémoglobinopathie héréditaire la plus fréquente dans le monde. Chez la femme enceinte, cette pathologie est associée à une augmentation significative des risques maternels et fœtaux. L'état gravidique exacerbe les complications liées à la drépanocytose,

notamment les crises vaso-occlusives douloureuses, les thromboses, les syndromes thoraciques aigus et diverses complications hématologiques. Objectif : Évaluer l'impact de la drépanocytose sur l'évolution de la grossesse et souligner l'importance d'une prise en charge précoce.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service d'hématologie du CHU Béni Messous. Elle a porté sur les patientes drépanocytaires ayant mené une grossesse entre janvier 2020 et décembre 2024 (5 ans). Les données ont été recueillies à partir des dossiers de consultation et analysées selon une fiche préétablie.

Résultats et Discussion :

28 patientes drépanocytaires ont mené 72 grossesses. Quinze patientes (53,6%) étaient homozygotes S/S, huit (28,6%) double hétérozygotes S/?, et cinq (17,8%) S/C. L'âge moyen était de 36 ans [26–48], et l'âge moyen au moment de la grossesse de 27 ans [21–35]. Vingt-deux patientes (78,6%) étaient multipares et six (21,4%) primipares; trois d'entre elles (10,7%) ont présenté une infertilité primaire d'une durée moyenne de 4 ans [4–5]. Les antécédents médicaux rapportés incluaient: ostéonécrose de la tête fémorale (17,8%), lithiases vésiculaires (14,3%), AVC (14,3%), TVP (10,7%), hémochromatose (7,1%) et allo-immunisation (10,7%). Au cours de la grossesse, 18 patientes (64,3%) ont présenté des complications graves nécessitant une hospitalisation : crises vaso-occlusives (50%), déglobulisation (11,1%), allo-immunisations (11,1%) et infections sévères (27,8%) dont 4 cas de COVID-19. Des complications obstétricales ont été observées chez 20 patientes (71,4 %) : avortements spontanés précoces (65 %), morts in utero (10 %), retards de croissance intra-utérins (10 %), ruptures prématurées des membranes (10 %) et un cas de pré-éclampsie (5 %). Le taux moyen d'hémoglobine de base était de 8,1 g/dl [6–10] et de 8,4 g/dl [6,5–9] au cours de la grossesse. Un traitement symptomatique (anticoagulation, antibiothérapie, antalgiques) a été administré à 24 patientes (85,7 %). Un programme transfusionnel a concerné 22 patientes (78,6 %) : transfusion simple (40,9 %) ou échanges

transfusionnels à partir de 24 SA (59,1 %). Le terme moyen de l'accouchement était de 37 SA [35–41]. La voie basse a été retenue chez 6 patientes (21,4 %), tandis que 19 (67,9 %) ont accouché par césarienne, dont 3 en urgence pour souffrance fœtale aigue. Cinquante nouveau-nés (69,4 %) sont nés en bonne santé, et 3 prématurés (4,2 %) ont été recensés. Vingt-six patientes (92,8 %) sont actuellement vivantes, deux (7,1 %) poursuivent une grossesse évolutive, et deux (7,1 %) sont décédées (une suite à un avortement compliqué de CIVD, et une autre avec son fœtus à 32 SA suite à une infection COVID-19).

Conclusion :

La grossesse chez la femme drépanocytaire demeure une situation à haut risque, avec un retentissement important sur la santé maternelle et fœtale. Une prise en charge anticipée, structurée et multidisciplinaire, débutant idéalement avant la conception, permet de réduire significativement la morbi-mortalité et d'améliorer le pronostic obstétrical et néonatal.

C23- Evaluation du programme d'échanges transfusionnels dans la drépanocytose.

R. Chied, N. Salhi, S. Lafri, Z. Ouchenane

CHU Constantine

Introduction et Objectif :

L'échange transfusionnel (ET) a pour objectif de réduire le pourcentage d'HB S, pour augmenter la proportion des hématies avec une déformabilité normale. Le but de notre étude est de préciser les motifs et d'évaluer les résultats de notre PET

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective des patients drépanocytaires suivis, la technique d'ET est exclusivement manuelle. Les CVO sont exclus dans cette étude, on a inclus les patients qui ont présentés: AVC, priapisme, ulcère de la jambe et préparation préopératoire. Les données recueillies: Sexe, Age, Taux d'HB, Taux d'HB S avant et après ET ainsi que les réactions immuno-allergiques et les complications

post transfusionnelles

Résultats et Discussion :

On a colligé 10 patients qui ont subi PET, avec un âge médian de 28.3 (16-54). Sex ratio: 0.5. Les indications sont: priapisme (1/10), ulcère de la jambe (1/10), CVO à répétition (2/10), préparation préopératoire (2/10), AVC (4/10). Les échanges étaient ponctuels dans 3/10, à long cours 7/10. Le taux moyen d'HB de base 9g/dl (8-10), le tx d'HB S est passé de 81% avant à 40% après. Les séances ont été bien tolérées dans 70% des cas (7/10) et 30% réactions immuno-allergiques (3/10). Les complications post transfusionnelles: hyperferritinémie 4/10, allo-immunisation 3/10, aucune complication infectieuse. Résultats: CVO est exclus puisque l'ET est faite dans le cadre de l'urgence sans évaluation du taux HbS avant et après. L'AVC est l'indication la plus fréquente 40% puis CVO à répétition et la préparation préopératoire. L'ET a permis une réduction moyenne d'HB S à 40%. Les complications les plus fréquentes d'ET dans notre travail est l'hyperferritinémie.

Conclusion :

L'ET malgré ses effets indésirables reste un élément incontournable dans la prise en charge, on préfère l'ET sur érythrophérèse qui est mieux tolérée, plus efficace et pour éviter l'hémochromatose.

C24- Évaluation à long terme de l'Hydroxyurée dans les syndromes drépanocytaires sévères : étude rétrospective monocentrique : à propos de 45 patients suivis au CAC de Blida

A.A. Ziani, A. Rebouh, S. Taoussi, H. Brahimi, M. Benlabiod, F. Lamraoui, S. Oukid, Y. Bouchakor, N. Rekab, M.T. Abad, M. Bradai
Service Hématologie, EHS ELCC Blida.
Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

Les syndromes drépanocytaires majeurs constituent des hémoglobinoopathies

graves avec morbidité et une mortalité élevée, en rapport avec les complications vaso-occlusives aiguës et les complications dégénératives chroniques. Il est actuellement admis que l'Hydroxyurée (HU) représente le traitement de référence, véritable alternative aux transfusions sanguines, ayant permis de réduire la fréquence des crises, et améliorer la survie et la qualité de vie, avec un profil de sécurité très favorable.

Objectif :

Évaluer à long terme l'efficacité clinique, biologique et la tolérance de l'HU chez les patients drépanocytaires majeurs suivis en hématologie au CAC de Blida.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, conduite entre 2001 et 2025 au CAC Blida ayant inclus 46 patients : 24 SS (53,3 %) et 21 SBtha (46,7 %) et 1 SC. L'âge médian à l'introduction de l'HU était de 11 ans (2-33 ans). La dose 15 mg/kg/j, ajustée progressivement jusqu'à une dose maximale de 20 mg/kg/j. Les critères d'inclusion comprenaient : (CVO) sévères récurrentes > 3/an (62 %), antécédent STA (24 %), ou anémie sévère (Hb < 6g/dL) transfusion-dépendante (14 %). L'évaluation est clinique (survenue de CVO/STA et autres complications aiguës) et le gain en hémoglobine, et à plus long terme évaluer la croissance staturopondérale et pubertaire ; la fertilité et la survenue de second cancer et la survenue de complications chroniques (rénales, cardiaques, ostéonécrose, Ulcère de jambes).

Résultats :

L'âge médian à l'initiation de l'HU était de 11 ans (02 - 33 ans); l'âge médian actuel des patients est de 27 ans (18 - 41 ans). Une amélioration très significative des paramètres cliniques et biologiques a été observée : augmentation médiane de l'Hb de +1,8 g/dL (+0.8-3.2 g/dL). Régression des CVO et des épisodes de STA de plus de 84 % par rapport à la période pré-HU. Les besoins transfusionnels ont été réduits de 72 %. Toutefois survenue de priapisme chez 2 patients sous HU. La croissance SP et pubertaires sont très satisfaisantes. Concernant les complications chroniques : les complications viscérales sont minimales ;

y compris l'incidence des ostéonécroses (7 cas avant HU vs 2 nouveaux cas après instauration), ainsi une réduction des ulcères de jambes. Le recours à la splénectomie est devenu exceptionnel (8 % avant HU, aucun nouveau cas après HU). En termes de fertilité 2 cas de grossesse menées à terme sous surveillance stricte ont été recensés, avec nécessité d'arrêt temporaire de l'HU. Quatre grossesses menées sous HU à partir de 20 SA chez 2 parturientes avec difficultés transfusionnelles majeures. Deux cas d'azoospermie réversibles ont été observés. La Tolérance est globalement satisfaisante, seul 2 cas d'effets indésirables digestifs et cutanés. Échec thérapeutique secondaire : 9 patients (20 %), principalement lié à une mauvaise observance (7 cas) et absence de réponse biologique (2 cas). On déplore 5 décès au cours du suivi, tous en lien avec des complications sévères (STA).

Conclusion :

L'hydroxyurée s'avère efficace dans la prise en charge des formes sévères des syndromes drépanocytaires. Ces résultats confirment la place centrale de l'HU dans la stratégie thérapeutique. Toutefois, la surveillance à long terme, demeure indispensable afin d'optimiser les bénéfices et la survie globale.

C25- Allogreffe génoidentique chez les patients atteints de drépanocytose , expérience de L'EHU 1er Novembre d'Oran

N. Bounoua, S. Benichou, A. Bendimerad, I. Caid Ali, Z. Sekhri, A. Bouakkaz, M. Belmiloud, B. Naimi, I. Boukhatem, M. Marouf, M. Serradj, N. Hassam, H. Gheffari, F. Benziadi, A. Bensaid, N. Abdelouahab, B. Ouafi, A. Mihoubi, N. Benaoum, M. Chekkal, B. Enta Soltan, M. Brahimi, N. Yafour

EHU Oran

Introduction et Objectif :

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (allo-CSH) s'est imposée comme un traitement curatif potentiel de la drépanocytose majeure avec complications, offrant la possibilité de normaliser l'hématopoïèse, et d'atténuer

les symptômes de la maladie, tels que les crises vaso-occlusives, les lésions organiques et les d'infections. L'objectif de ce travail est d'évaluer les résultats des enfants et des jeunes adultes atteints de drépanocytose majeure ayant bénéficié d'une greffe allogénique de CSH au niveau de l'EHU 1er Novembre d'Oran.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, chez des pts atteints de drépanocytose majeure, avec des antécédents de complications (accidents ischémiques cérébrales, priapisme, crises vaso-occlusives à répétition) ayant subi une allo-CSH génoidentique entre 2023 et 2025. Le conditionnement myéloablatif a inclus le (Busulfan (Bu) 12.8 mg/m², iv (DT), cyclophosphamide, iv(Cy)100 mg/kg (DT), sérum anti-lymphocytaire, iv (SAL) 6mg/kg (DT)) pour 3 pts (75%), et l'association Bu 540 mg/m² iv(DT), fludarabine 150mg/m² (DT), SAL 6mg/kg, iv (DT)) pour 1pt (25%). Tous les pts ont reçu une prophylaxie de GVHD par ciclosporine/méthotrexate, et un greffon de cellules souches périphériques, provenant d'un donneur apparenté (frère/sœur) compatible 10/10. L'évaluation est portée sur la prise de greffe, la mortalité liée à la procédure (TRM), et la maladie du greffon contre l'hôte (GVHD). La date de point était le 31/08/2025.

Résultats et Discussion :

Au total 4 pts ont subi une allo-CSH provenant de donneurs ; drépanocytose hétérozygote n=3 (75 %), et un donneur sain (25%). Les 4 pts (100 %) étaient de sexe masculin, avec un âge médian de 20 ans (extrêmes 12 et 29 ans). Le taux de l'HBS moyen était entre 69 % et 78 % avant et entre 25,2 % et 28 % après les ET, avec une médiane de 2 ET (extrêmes 2-6 ET). Le taux médian de CSH CD34+ injecté était de 5,9 x10⁶/kg de poids du receveur (extrêmes 1.8 - 7). Tous les pts ont présenté une prise de greffe, avec un délai médian de neutrophiles > 0.5 G/L de 17 jours (extrêmes 15-21), et un taux de plaquettes > 20 G/L après 16 jours (extrêmes 14-19 jours). Un seul pt (25%) a développé une GVHD aigue grade II gastro-intestinale. Deux pts (50 %) ont développé une GVHD chronique ophtalmique légère, tandis que 2 pts (50%) ont développé une réactivation du CMV à deux reprises. Un pt a développé

un rejet secondaire de la greffe avec un chimérisme 100% receveur après 16 mois de la greffe (actuellement hospitalisé pour une 2ème allo-CSH). Avec un délai médian de suivi de 8 mois (extrêmes 3-21 mois), la TRM = 0%, la SG est de 100%, et la survie sans drépanocytose est de 75%.

Conclusion :

Ces résultats préliminaires encourageants, démontrent la faisabilité et l'efficacité de l'allo-CSH génoidentique chez les pts adolescents et jeunes adultes atteints de syndrome drépanocytaire majeure.

COMMUNICATIONS

JOURNÉE

DES INFIRMIERS

CI1- Extravasation de la chimiothérapie=conséquences et rôle de l'infirmière

A. Mehaya, M. Nehaoua, N. Salhi, FT. Touil, H. Hamouda

Service d'hématologie, CHU de Sétif

Introduction et Objectif :

Dans le département d'onco hématologie l'infirmière est un acteur principal dans la prise en charge des hémopathies malignes. son rôle est à la fois psychologique par le soutien moral qu'elle peut apporter au patient et à ses proches et la garantie des soins selon les recommandations des médecins basées sur la vigilance et le respect des directives en particulier la préparation des drogues de chimiothérapie lors de la reconstitution des solutés et la prescription. Cette démarche doit obéir au respect et la maîtrise des mesures strictes de la sécurité. Ma présentation consiste à rapporter un des incidents qui peut survenir chez des patients cancéreux. C'est l'extravasation d'un produit de chimiothérapie. Comment la reconnaître et définir le degré de gravité et qu'elles sont les mesures préventives et aussi à actionner en collaboration avec le médecin en cas de survenue d'un accident pareil.

CI2- Relation soignant soignée en hematologie

R. Latreche

Centre de lutte contre cancer (CLCC) – Béchar

Introduction et Objectif :

La relation soignant-soigné est au cœur de la pratique des professions de santé. •Elle ne se limite pas à un simple acte médical ou technique, mais englobe un échange humain fondé sur l'écoute, la confiance et le respect. •Objectif : présenter les fondements, enjeux et impacts de cette relation.

Matériels et Méthodes :

Définition - Soignant : toute personne qui prend en charge la santé d'autrui. - Soigné : le patient qui reçoit les soins. - Relation soignant-soigné : lien humain, thérapeutique et professionnel qui vise le bien-être du patient.

Résultats et Discussion :

Bases d'une bonne relation : .. Confiance : indispensable pour l'adhésion au traitement. .. Respect : dignité et choix du patient. .. Communication : écoute active et explications claires. .. Empathie : compréhension et soutien. .. Confidentialité : respect du secret médical. Rôles de chaque acteur .. Le soignant : diagnostiquer, traiter, informer, soutenir. .. Le soigné : exprimer ses besoins, suivre les recommandations, collaborer. Obstacles à une relation de qualité .. Barrière de langage ou de culture. .. Manque de temps ou surcharge du soignant. .. Méfiance envers le système de santé. .. Mauvaise communication ou autorité excessive. Effets de la relation •Positifs : meilleure adhésion au traitement, réduction de l'anxiété, amélioration de la santé. •Négatifs : refus du traitement, conflits, perte de confiance, aggravation psychologique. Les spécificités de la relation en hématologie : 1. La durée du suivi : les patients sont suivis sur le long terme, ce qui crée une proximité avec l'équipe médicale. 2. La lourdeur des traitements : transfusions, chimiothérapies, effets secondaires (fatigue, douleurs, perte de cheveux, isolement). 3. La dimension émotionnelle : la peur de la rechute, l'angoisse liée au pronostic vital

et la nécessité d'un accompagnement psychologique.

Conclusion :

La relation soignant-soigné est essentielle et dépasse l'aspect médical. Elle repose sur la confiance, le respect et la communication. Investir dans cette relation, c'est investir dans la qualité des soins et la dignité humaine.

CI3- Palliative care nursing in hematology

K. Bousahla, N. Si Ali, A. Hadjeb, A. Mestari, K. Tayebi, M. Benlazar

CHU de Sidi Bel Abbès

Introduction et Objectif :

Palliative care and nursing in hematology are two crucial areas of healthcare that often intersect, especially given the complex and sometimes life-limiting nature of many hematological conditions.

Matériels et Méthodes :

In our presentation, we will explore and describe the role of the nurse in hematology palliative care.

Résultats et Discussion :

Clinical case : Mr. MA, a 38-year-old male, was initially diagnosed with B-cell Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL). He underwent intensive chemotherapy, achieved remission, but experienced a relapse with widespread bone marrow involvement and extramedullary disease affecting his central nervous system (CNS). After multiple lines of salvage chemotherapy his disease was deemed refractory to further curative treatment options. His treating hematologist recommended a shift to palliative care. As nurses in hematology unit, dealing with Mr. MA unfortunate prognosis, we had to focus on the palliative aspect of the disease since the curative aspect was unattainable and for that matter our primary goal was to manage the most unpleasant sides of the disease which is pain and emotional despair, and working toward more sophisticated, pain free end of life so and in that regard we managed to : - Initiate a pain and symptom management protocol

related to advance phases of the disease and administer analgesic medications and monitor the complications essentially as a life-prolonging procedure (neurological and ophthalmic complication, anorexia, refusing treatment, agitation and multiple infections) - Provide psychosocial and spiritual support which is one the most difficult task that has ever delegated to a nurse, since the uniqueness of the circumstance. - Optimize end-of-life care by advocating for early palliative care integration and addressing barriers to palliative care - Facilitate effective communication and collaborate with hematologists and psychologists to optimize patient and family-centered care
Discussion : This case highlights the critical role of the hematology palliative care nurse in managing complex symptoms, providing crucial emotional and spiritual support, and advocating for patient and family-centered care in the face of a life-limiting hematological malignancy.

Conclusion :

Understanding the "Palliative Care Nursing in Hematology" is crucial for nurses to provide comprehensive and compassionate care to a particularly vulnerable patient population

CI4- La Cytométrie en Flux au laboratoire d'Hématologie: quand, comment, pourquoi ?

S. Ourabah, F. Harieche, M. Benakli

CPMC (EHS) Alger

Introduction et Objectif :

La Cytométrie en Flux (CMF) est une technique diagnostique qui permet de déterminer le profil antigénique cellulaire (phénotype) en utilisant des anticorps monoclonaux qui identifient l'ensemble des protéines présentes sur chaque cellule, caractéristique de chaque lignée cellulaire et variant selon le stade de maturation.

Matériels et Méthodes :

Elle s'effectue sur des cellules en suspension (min 10 000 cellules), avant toute intervention thérapeutique qui pourrait endommager les cellules rendant

les échantillons non exploitables sur le plan diagnostique.

Résultats et Discussion :

L'avantage de la CMF réside dans la nature des prélèvements : sang périphérique, suc médullaire, liquides biologiques... accessibles et moins invasifs que les biopsies chirurgicales, et de pouvoir analyser un plus grand nombre de cellules et de marqueurs sur les mêmes cellules simultanément, permettant d'obtenir un typage cellulaire dans des délais très courts (moins de 48h).

Conclusion :

Cependant, la CMF ne permet pas d'évaluer la morphologie des cellules : elle doit donc être précédée (ou accompagnée) d'une étude cytologique afin d'établir un diagnostic précis et de définir une approche thérapeutique adéquate

CI5- Diagnostic cytogénétique de l'anémie de Fanconi: exemples concrets du laboratoire.

F. Bouda, F. Harieche, M. Benakli

CPMC (EHS) Alger

Introduction et Objectif :

L'Anémie de Fanconi (AF) est une maladie rare à transmission autosomique récessive, elle associe classiquement une petite taille, un syndrome malformatif variable et une insuffisance médullaire d'apparition secondaire.

Matériels et Méthodes :

La méthode diagnostique de référence est l'étude cytogénétique, qui permet d'observer une augmentation du nombre de cassures spontanées, mais surtout une augmentation significative du nombre de cassures chromosomiques en présence de diépoxybutane (DEB) ou de mitomycine C (MMC), 2 agents cassants.

Résultats et Discussion :

Ce test est réalisé dans notre laboratoire dans le cadre du bilan pré-greffe (BPG) chez les enfants présentant une aplasie médullaire (avec ou sans syndrome malformatif), candidats à l'allogreffe de

Cellules Souches Hématopoïétiques (CSH). Les résultats de ce test conditionnent le choix du conditionnement à utiliser dans la procédure de greffe. En effet, les conditionnements myélo-ablatifs contenant des doses élevées d'agents cassants et oxydatifs sont très toxiques, induisant des dégâts tissulaires responsables d'une incidence de décès inacceptable.

Conclusion :

Nous présentons des illustrations des différentes anomalies chromosomiques observées chez des patients AF diagnostiqués au laboratoire lors du BPG.

CI6- Immunotypage des protéines sériques : intérêt dans le diagnostic et le suivi du Myélome Multiple: exemples de cas

N. Djaballah, F. Harieche, M. Benakli

CPMC (EHS) Alger

Introduction et Objectif :

L'Immuno-Typage (IT) des protéines sériques est une technique qualitative qui permet la révélation et l'identification des Immunoglobulines (Ig) monoclonales dans le sérum, les urines et éventuellement le LCR, produites en quantité anormale par un clone unique de lymphocytes B : le Plasmocyte.

Matériels et Méthodes :

L'identification de l'Ig Monoclonale (de la chaîne lourde et de la chaîne légère) est essentielle car elle conditionne la recherche de sa cause et des modalités de suivi.

Résultats et Discussion :

Nous allons présenter l'intérêt de l'IT dans le diagnostic et la surveillance de patients atteints de Myélome Multiple à travers des cas réels, issus de notre pratique quotidienne au laboratoire

Conclusion :

l'exploration d'une immunoglobuline

monoclonale doit être réalisée par au moins deux techniques, l'électrophorèse des protéines sériques associée à l'immunofixation ou à l'immunosoustraction afin de typer l'Ig monoclonale et de suivre l'efficacité du traitement

CI7- Centralisation de la préparation des médicaments cytotoxique : optimisation et informatisation du circuit.

I. Ameur

CLCC El Oued

Introduction et Objectif :

La préparation des chimiothérapies injectables représente un acte complexe et à haut risque. La centralisation au sein des pharmacies hospitalières s'impose comme un modèle garantissant qualité, sécurité et optimisation des ressources. Évaluer les bénéfices et limites de la centralisation des préparations cytotoxiques dans le contexte hospitalier, ainsi que l'impact de l'informatisation du circuit sur la sécurité, la traçabilité et l'efficacité.

Matériels et Méthodes :

Analyse descriptive basée sur l'expérience de terrain en unités de préparation cytotoxique et sur les recommandations internationales (BPF, USP, normes européennes).

Résultats et Discussion :

La centralisation des préparations cytotoxiques améliore significativement la sécurité des soins en réduisant les erreurs médicamenteuses et en assurant le respect des normes. Elle protège le personnel grâce à l'utilisation d'enceintes de sécurité et de procédures standardisées, tout en renforçant la traçabilité par l'informatisation. Cette dernière constitue un atout majeur, permettant d'optimiser la prescription, le suivi des préparations et la gestion des stocks. Sur le plan économique, la centralisation et l'informatisation favorisent la réduction des pertes et une meilleure utilisation des médicaments onéreux. Toutefois, plusieurs défis subsistent : le coût élevé

des équipements, le manque de formation spécialisée et l'hétérogénéité des pratiques entre établissements. En Algérie, malgré ces contraintes, les perspectives restent prometteuses grâce à la modernisation progressive des unités, au développement de solutions numériques et à la formation continue des pharmaciens hospitaliers.

Conclusion :

La centralisation des préparations cytotoxiques, associée à l'informatisation du circuit et à un matériel adapté, s'affirme comme un pilier de la pharmacie hospitalière moderne. Sa généralisation en Algérie constitue un investissement stratégique pour concilier sécurité des patients, protection du personnel et efficacité économique.

CI8- Place de l'infirmier dans la gestion du blinatumomab : retour d'expérience

S. Kebaili, Z. Ouchenane

CHU Constantine

Introduction et Objectif :

Le traitement conventionnel des LAL -B repose sur plusieurs agents chimiothérapeutiques, 30 à 60 % des patients atteints de LLA rechutent. LAL-B en rechute sont de pronostic péjoratif, avec un taux de survie à un an de seulement 26 % après la première chimiothérapie de rattrapage. Les options thérapeutiques pour LAL B récidivante ou réfractaire ont évolué l'immunothérapie est devenue la nouvelle pierre angulaire du traitement du cancer le blinatumomab est un anticorps bispécifique ciblant CD19et CD3, utilisé dans LAL -B, sa particularité repose sur son administration en perfusion continue intraveineuse de 28j consécutifs , nécessitant une surveillance infirmière spécifique. Les principales toxicités reportées sont le syndrome de relargage cytokinique (SRC) et la neurotoxicité, pouvant engager le pronostic vital si elles ne sont pas détectées précocement l'infirmier est acteur clé dans la gestion du blinatumomab , il assure non seulement l'administration sécurisée , la surveillance rapprochée des effets secondaires , mais aussi l'éducation thérapeutique du

patient et la coordination du parcours de soins. Objectif : Partager l'expérience de notre équipe dans la gestion pratique et la surveillance des patients traités par blinatumomab.

Matériels et Méthodes :

il s'agit d'une cohorte de 8 patients, LAL B (7 Ph- et 1 Ph+) de NOVEMBRE 2023 – MAI 2025.

Résultats et Discussion :

-Modalités du traitement : - Perfusion IV continue à débit constant (pompe) : -Voie veineuse : -100% des patients ont bénéficié d'un abord central : Picc-line : 7 patients, chambre : 1 patiente, midline : 2 patients -Education patients/personnels : Brochures (Patient, infirmier, pharmacien, médecin) + Classeur blinatumomab -Prévention du risque infectieux : hypogammaglobulinémie : Supplémentation Ig: 0.4g/Kg /mois (100% des patients) -Prophylaxie Anti pneumocystose : aérosol mensuel Pentacarinat 300mg 1X/mois 7 patients et Bactrim 1 patient -Anti viral : aciclovir 200X2/j -Evaluation quotidienne (feuille de surveillance) : classeur patient Effets secondaires : CRS (6/8), complications neurologiques : (Grade 1 les céphalées chez 4 patients, tremblements chez 1 patient, insomnie 1 patient), syndrome de lyse : 3 patients, perturbation du bilan hépatique : (3 cas, 1 patient Grade 3 (interruption du traitement)) -Efficacité du traitement : RC : 5 patients, Echec : 1 patient, Décès : 2 patients Discussion : Le blinatumomab a révolutionné la prise en charge des LAL B, son efficacité est démontrée par le taux de RC et une amélioration de la survie globale. Toutefois : • Sa gestion clinique nécessite une surveillance rigoureuse (CRS et toxicité neurologique) • Une approche multidisciplinaire, une formation adéquate des équipes et une prise en charge personnalisée permettent d'optimiser son utilisation tout en minimisant les effets.

Conclusion :

Le blinatumomab s'impose comme un traitement innovant, prometteur à condition d'être utilisé dans un cadre bien maîtrisé. Le rôle de l'infirmier dépasse l'administration technique, il s'agit d'un véritable rôle pivot dans la sécurisation du traitement, la continuité des soins et

l'amélioration de la qualité de vie.

CI9- Cytométrie en flux: Introduction à cette technique d'analyse cellulaire

N.S. Oucif, K. Laredj, S. Oukid, M. Bradai

Service d'Hématologie et Thérapie Cellulaires, EHS ELCC CAC Blida

Introduction et Objectif :

La cytométrie en flux (CMF) est une technique analytique automatique, rapide et puissante qui permet une analyse quantitative et qualitative avec une caractérisation individuelle de chaque cellule défilante l'une derrière l'autre dans un flux de liquide par le biais de trois systèmes: fluide, optique et informatique. Elle a un intérêt dans la routine (Immunophénotypage en hématologie) et dans la recherche (Caryotypes). Nous rapportons notre expérience dans l'application de la CMF en hématologie.

Matériels et méthodes :

Le Cytomètre en flux est un appareil qui comporte un logiciel d'analyse adapté au nombre de fluorochrome utilisé, dans notre service, nous avons un cytomètre à 4 et 8 couleurs. Cette analyse est précédée d'une étape de marquage avec des molécules spécifiques d'une structure ou d'une fonction cellulaire, ces molécules étant susceptibles d'émettre une fluorescence après leur excitation par un faisceau laser. Les signaux de diffusion et de fluorescence sont captés par des détecteurs qui les transforment en signaux électriques qui seront traités par un système informatique. Cette technique permet de mesurer plusieurs propriétés physiques et biologiques des cellules telles que la taille, la complexité interne de la cellule, ainsi que l'expression de molécules de surface et intracellulaires (souvent nommées CD pour cluster of differentiation). Cette technique est largement répandue en hématologie, ses champs d'applications sont multiples: l'immunophénotypage des hémopathies, la détection de la maladie résiduelle, le diagnostic de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN), la numération des cellules souches CD34+ dans le cadre d'une greffe. Elle

est réalisée sur différent prélèvement : sang périphérique pour le Syndrome Lymphoprolifératif Chronique (SLPC) et HPN, la moelle osseuse pour la Leucémie Aigue (LA), le suc ganglionnaire, liquide pleural, liquide d'ascite ou liquide céphalo-rachidien (LCR) et le greffon....Pour des résultats fiables, il faut que les prélèvements soient fait avant tout traitement et doivent être frais, respecté les procédures d'allumage, d'arrêt et de maintenance, faire une calibration et compensation de l'appareil, préparation de l'échantillon.

Résultats :

De 2023 à Juin 2025, nous avons manipulé 549 prélèvements, dont 221 (40.3%) sur sang périphérique, 198 (36%) sur moelle, 127 (23.2%) numération des CSH et dans moins de 1% sur LCR. L'immunophénotypage a concerné LA : 216 cas (39.3%), SLPC : 150 cas (27.3%), HPN : 56 cas (10.2%) et numération du greffon : 127 (23.2%).

Conclusion :

La CMF à une large application en Hématologie soit pour un but diagnostic, pronostic, thérapeutique ou surtout la recherche de la maladie résiduelle. Pour des résultats fiables il faut respecter toutes les conditions de manipulation. Les inconvénients de la CMF est le coût, la manipulation qui doit se faire obligatoirement sur des cellulaires vivantes, non fixés et on doit être très rigoureux pour ne pas faussé les résultats.

CI10- Rôle de l'infirmier dans la gestion de la transfusion sanguine

A. Mahmoudi, F. Kaouane, S. Oukid, M. Bradai

Service d'Hématologie et Thérapie Cellulaires, EHS ELCC CAC Blida

Introduction et Objectif :

La transfusion sanguine est un acte médical qui consiste à transfuser du sang ou l'un des ces constituants d'un individu sain (donneur) à un individu malade (receveur).

L'infirmier joue un rôle important et essentiel pour garantir la sécurité, la traçabilité de la transfusion en collaboration avec le

médecin prescripteur. En hématologie la transfusion sanguine est un acte médical fréquent et largement maîtrisé par les équipes soignantes sachant que chaque infirmier peut gérer plusieurs transfusions à la fois d'où le risque élevé d'accidents et d'incidents qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital du malade d'où l'obligation de respecter les procédures et les recommandations de la transfusion sanguine. **Objectif:** Déterminer le rôle de l'infirmier dans les différentes étapes de gestion de l'acte transfusionnel.

En hématologie, les patients les plus fréquemment transfusés sont les leucémies aigues et les hémoglobinopathies. Le rôle de l'infirmier est primordial en pré-transfusionnel, per et en post transfusionnel.

Rôle de l'infirmier :

1. Avant la transfusion: vérifications de la prescription, groupe sanguin (02 déterminations ABO-Rh et phénotype) et la recherche d'Agglutinines Irrégulières.

2. Préparation: Vérification du produit reçu : Type (CGR, PFC, plaquettes...), Identité du patient, groupe ABO/Rh, date de péremption et aspect visuel (pas d'hémolyse, ni caillot...).

3. Pendant la transfusion: 3.a. Installation et début de la transfusion: Double identification stricte avec un collègue: (patient+produit), utilisation de dispositifs spécifiques et respecter de la chaîne de froid: transfusion commence dans les 30 minutes après sortie du frigo. 3.b. Surveillance avant le début la transfusion: constantes (TA, FC, T°, conscience...), pendant: surveillance continue les 15 premières minutes (période à risque maximal de réaction) et ensuite toutes les 30 min puis à la fin. Les signes à surveiller: frissons, fièvre, dyspnée, urticaire, douleur lombaire, hypotension.. 3.c. Traçabilité: Remplir la feuille de surveillance transfusionnelle, coller les étiquettes du produit dans le dossier patient et noter date/heure de début et fin de transfusion et les noms du médecin et infirmier.

4. En cas d'incident transfusionnel: Arrêt immédiat de la transfusion, prévenir le médecin en urgence, surveillance rapprochée du patient, retour du matériel (poche+tubulure) au laboratoire pour

enquête, et remplir une fiche de déclaration d'effet indésirable (hémovigilance) avec le médecin traitant.

5. Après la transfusion: le surveiller encore 1 à 2 heures, noter les constantes, vérifier la tolérance: absence de signes retardés et finaliser la traçabilité (registre, logiciel de soins, etc.).

Conclusion :

La transfusion sanguine est un acte médical qui engage la responsabilité du médecin qui la prescrit et de l'infirmier qui l'effectue afin d'éviter les accidents graves pouvant être mortels.

Il faut respecter les étapes transfusionnelles et savoir surtout prévenir les complications.

CI11- Importance de la phase pré analytique lors de la réalisation des examens de biologie médicale.

Y. Kinane-Daouadji

Centre Pierre et Marie Curie Alger

Introduction et Objectif :

La phase pré-analytique pour la réalisation de tout examen en biologie médicale est une étape très importante dont le respect des règles de bonnes pratiques permet d'assurer, avec la phase analytique et la bonne interprétation du résultat, l'exactitude et la fiabilité du résultat de l'analyse biologique médicale.

Matériels et Méthodes :

Cette phase est composée de plusieurs étapes qui va de l'indication de l'examen biologique, en passant par l'identification du patient, l'acheminement des prélèvements, jusqu'au passage du prélèvement dans l'automate pour l'analyse à proprement dit.

Résultats et Discussion :

Intérêts : Le respect de la phase pré analytique permet : Une meilleure surveillance et une vigilance accrue, depuis l'indication de l'examen et jusqu'à l'analyse de l'échantillon. La vérification de la traçabilité durant tout le processus

de la préanalyse est indispensable pour éviter toute confusion entre deux patients par exemple, évitant de ce fait une erreur de résultats qui peut avoir de sérieuses conséquences sur la santé de ces patients. Le respect des bonnes pratiques de prélèvement, d'acheminement des échantillons et de la centrifugation des tubes de prélèvement, permet de s'assurer de la bonne qualité du prélèvement avant l'entame de la phase analytique.

Conclusion :

Il existe un coût important en temps, en efforts du personnel, en confort du patient et la rapidité de sa prise en charge thérapeutique et en matière de l'économie de santé. Ces différents coûts peuvent être influencé péjorativement et à la hausse si la phase pré analytique est négligée. Les conséquences négatives sur la bonne prise en charge du patient et le bon déroulement du fonctionnement du service de soin et du laboratoire d'analyses biologiques médicales, ainsi que le budget de la structure hospitalière, ne sont pas négligeables.

CI12- Le traitement par immunothérapie en onco-hématologie : Rôle de l'infirmier

M. Benhalilou

CHU Benbadis Constantine

Introduction et Objectif :

L'immunothérapie, en mobilisant le système immunitaire pour combattre les cellules cancéreuses, représente une avancée majeure dans la prise en charge des hémopathies malignes telles que les lymphomes, les myélomes multiples et les leucémies. Ces traitements innovants, bien que prometteurs, présentent des toxicités spécifiques qui nécessitent une surveillance étroite et une prise en charge adaptée. L'objectif de ce travail est de mettre en lumière le rôle essentiel de l'infirmier dans les bonnes pratiques liées à l'administration de l'immunothérapie, ainsi que dans la surveillance et la détection précoce de ses effets indésirables, afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Matériels et Méthodes :

Ce travail repose sur une analyse descriptive fondée sur une revue de la littérature portant sur les mécanismes d'action de l'immunothérapie, ainsi que sur les recommandations internationales relatives à la gestion de ses toxicités

Résultats et Discussion :

L'infirmier joue un rôle central dans le parcours de soins des patients atteints d'hémopathies malignes traités par immunothérapie. Son intervention s'articule autour de plusieurs axes clés : Le respect rigoureux des protocoles et modalités d'administration du traitement ; La détection précoce des effets indésirables, souvent subtils au début ; La surveillance et la gestion des toxicités spécifiques, en coordination avec l'équipe médicale ; L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, favorisant leur compréhension et leur implication dans le traitement.

Conclusion :

L'immunothérapie a profondément transformé le traitement des hémopathies malignes, grâce à une meilleure compréhension des mécanismes immunitaires impliqués. Toutefois, cette innovation s'accompagne de risques spécifiques qui exigent une vigilance constante. Dans ce contexte, l'infirmier en onco-hématologie occupe une place stratégique, en contribuant activement à la sécurité, à la qualité et à la continuité des soins, tout au long du parcours thérapeutique

C113- Évaluation des connaissances et des pratiques du personnel de santé face aux accidents d'exposition au sang

I. Khelaifi¹, M. Benmehidi¹, A. Sid², S. Boukhalifa¹

(1) CHU Batna / Université Batna 2, (2) EPH Ali Boushaba, Khenchela

Introduction et Objectif :

Les accidents d'exposition au sang (AES) constituent un risque majeur pour le personnel de santé. Ce travail a pour objectif d'évaluer les connaissances et les

pratiques du personnel de santé face aux AES, et leurs conduites post-accident, d'identifier les lacunes et de proposer des recommandations visant à améliorer la sécurité au travail.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale, monocentrique et descriptive, faite en 2024 en utilisant un questionnaire anonyme distribué au personnel des différents services de l'EPH Ali Boushaba, Khenchela.

Résultats et Discussion :

Sur 140 questionnaires distribués, 107 ont été entièrement remplis. Les participants comprenaient 74,77% de femmes avec une moyenne d'âge de 34,87 ans. Les répondants étaient répartis comme suit : laboratoire central (20,56%), poste de transfusion sanguine (14,95%), pneumologie (7,48%), ophtalmologie (11,21%), hémodialyse (14,95%), urgences médicales (19,63%) et infectiologie (11,21%). En termes de grade, il y avait 7,48% de médecins spécialistes, 11,21% de médecins généralistes, 40,19% de laborantins et 41,12% d'infirmiers. En termes d'expérience, 9,35% avaient moins de deux ans, 14,95% entre deux et cinq ans, 44,86% entre cinq et dix ans et 30,84% plus de dix ans. Concernant les pratiques, 40,19% portaient toujours des gants, 37,38% souvent, 14,95% parfois et 7,48% jamais. Près de 44,86% des répondants avaient déjà eu un AES, mais seulement 18,69% ont fait une déclaration. Les raisons de non-déclaration incluaient l'absence de risque perçu (21,74%), l'ignorance des procédures (26,09%) et la perception d'inutilité (13,04%). Seulement 19,63% ont effectué un suivi sérologique. Environ 74,77% des répondants étaient vaccinés contre l'hépatite B. Quant à la conscience des risques, 74,77% étaient très conscients, 9,35% conscients, et 6,54 % peu conscients. L'accès aux équipements de protection était jugé toujours adéquat par 15,89%, parfois par 77,57 % et rarement par 6,54 %.

Conclusion :

L'étude met en évidence des insuffisances notables en matière de formation et de sensibilisation. Il est essentiel d'optimiser les protocoles de gestion des AES tout en renforçant la formation continue

du personnel. De plus, il est crucial de garantir la disponibilité d'équipements de protection adéquats, ainsi que d'améliorer la connaissance des procédures à suivre en cas d'exposition. Ces éléments sont fondamentaux pour assurer la sécurité des professionnels de santé.

CI14- La place du frottis sanguin dans l'exploration des hyperleucocytoses en pédiatrie

A. Gacem

EHS Mère Et Enfant Tiaret

Introduction et Objectif :

Le frottis sanguin périphérique (FSP) est un examen clé en cytologie qui permet une étude quantitative et qualitative des éléments figurés du sang. L'objectif de cette étude était d'explorer les hyperleucocytoses détectées sur la formule numération sanguine (NFS) chez la population pédiatrique.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude analytique monocentrique réalisée en 16 mois, était inclus toutes les hyperleucocytoses (les normes en fonction des tranches d'âge) du service de pédiatrie sauf celles des week-ends avec et sans alarme sur l'automate, le FSP est réalisé par étalement d'une goutte de sang prélevé sur tube EDTA et coloration MGG puis observation sur microscope.

Résultats et Discussion :

Les résultats après analyse de 186 frottis ont confirmés une neutrophilie à 60% des cas, la présence de cellules blastiques a été retrouvée chez 4 patients ainsi que la présence d'une érythroblastose sanguine chez 5% des cas.

Conclusion :

En conclusion, le contrôle des hyperleucocytoses par frottis sanguin permet une bonne démarche diagnostique aux cliniciens pour une meilleure prise en charge.

CI15- Les conditions d'un bon prélèvement d'hémostase

M. Drissi, I. Maamouri, B. Rahim, M. Bensadok, N. Ferroudj, S. Nekkal

Service Hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Le prélèvement d'hémostase est une prise de sang qui a pour but d'analyser la capacité du sang à se coaguler ainsi que la durée du processus de coagulation afin d'évaluer les risques de thrombose ou de saignement trop importants. Objectif : montrer les bonnes techniques et les conditions pré analytiques d'un prélèvement d'hémostase.

Matériels et Méthodes :

comparaison des échantillons

Résultats et Discussion :

Les conditions générales de prélèvement sont primordiales et constituent un volet majeur pour la fiabilité des résultats. Parmi ces conditions : il ne faut pas triturer la veine, le tube d'hémostase doit être bien rempli, aucun bilan sanguin ne doit être prélevé du côté de la perfusion de solutés et surtout de l'héparine, l'acheminement des tubes se fera le plus rapidement possible au laboratoire.

Conclusion :

Les examens d'hémostase sont sensibles, il est fondamental et nécessaire d'assurer un bon prélèvement de respecter le protocole pour une exploitation correcte.

CI16- L'éducation thérapeutique de l'hémophile lors de l'administration d'un nouveau facteur de substitution

I. Maamouri, M. Drissi, B. Rahim, M. Bensadok, N. Ferroudj, N. Zidani, S. Nekkal

Service Hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

L'hémophilie est un trouble de la coagulation lié à un déficit en FVIII pour l'hémophilie A ou en FXI pour l'hémophilie B, le traitement consiste à substituer l'hémophile par le

facteur manquant selon la disponibilité du facteur. L'éducation thérapeutique du patient lors de l'administration d'un nouveau facteur vise à éduquer le patient et lui montrer le nouveau traitement comment le préparer et comment l'injecter et le former à l'auto-traitement. montrer l'importance de l'éducation thérapeutique lors de l'administration d'un nouveau facteur pour assurer une autonomie et une compréhension optimale du traitement.

Matériels et Méthodes :

des séances d'éducation thérapeutique

Résultats et Discussion :

nous avons organisé plusieurs sessions d'éducation thérapeutique en groupe et en individuel. Tous nos patients ont bénéficié d'une éducation thérapeutique lors de leur visite soit pour la prophylaxie ou bien lors d'un traitement à la demande. Les séances d'éducation ont eu pour but de former le malade ainsi que sa famille, d'expliquer les risques et les bénéfices du nouveau traitement, comment le préparer et l'injecter, proposer des ouvrages et des dépliants sur le traitement et en dernier l'initiation à l'auto traitement ainsi qu'un soutien psychologique pour un suivi global de la maladie.

Conclusion :

l'éducation thérapeutique permet d'améliorer la qualité de vie des hémophiles, elle est indispensable pour une meilleure prise en charge, un soutien continu et des conseils tout le long de la vie de nos patients

CI17- Sécurisation du circuit du Brentuximab vedotin (ADCETRIS®) : Place du préparateur en pharmacie de santé publique dans la chaîne de soins.

N. Mellah, S. Drid

EHS CLCC Batna

Introduction et Objectif :

Introduction : Le Brentuximab est un

anticorps monoclonal conjugué anti-CD30, conjugué à un agent cytotoxique (MMAE). Il est indiqué dans le traitement des lymphomes CD30+ tels que le lymphome de Hodgkin et lymphomes anaplasiques à grandes cellules. Dans ce cadre, la préparation sécurisée de ce médicament complexe constitue un enjeu majeur. Objectif : Mettre en évidence le rôle central du préparateur en pharmacie de santé publique dans la sécurisation du circuit du Brentuximab, le travail souligne l'importance du respect des bonnes pratiques de préparation pour garantir la sécurité et l'efficacité du traitement chez les patients atteints de lymphomes CD30+.

Matériels et Méthodes :

Le préparateur en pharmacie est un acteur clé dans le circuit sécurisé du médicament, il intervient à différentes étapes clés : - La vérification des conditions de conservation. - Le contrôle de la conformité des lots et des dates de péremption. - La validation des protocoles thérapeutiques. - La reconstitution du flacon en zone protégée (hotte à flux laminaire vertical, classe A), avec respect strict des règles d'asepsie et utilisation d'équipements adaptés à la reconstitution des cytotoxiques (gants stériles, tenue complète, mini-spike, seringues, aiguilles et contenants homologués). - Enregistrement des données dans le logiciel de gestion pharmaceutique. - Transmission à l'équipe soignante des consignes de conservation et d'administration.

Résultats et Discussion :

Entre janvier et août 2025, 62 patients atteints de lymphome de Hodgkin ont été pris en charge dans le service d'hématologie Batna, correspondant à un total de 343 cures administrées, cela a représenté environ 1 420 préparations de traitements en pharmacie. Les protocoles les plus utilisés ont été BEACOPP (725 préparations), ABVD (250) et Brentuximab (225), suivis du Pembrolizumab (150), Nivolumab (50) et ESAC (20). Ces données illustrent l'importance croissante des traitements complexes, nécessitant une préparation sécurisée assurée par les préparateurs en pharmacie. La reconstitution du Brentuximab vedotin, qui relève du rôle essentiel du préparateur en pharmacie, se fait en ajoutant 10,5 mL

d'eau pour préparations injectables dans le flacon, en mélangeant doucement par rotation, sans agitation vigoureuse. La solution obtenue doit être limpide à légèrement opalescente et incolore, avec une concentration de 5 mg/mL. La dilution est effectuée exclusivement dans du chlorure de sodium 0,9 % (le glucose 5 % étant contre-indiqué), afin d'obtenir une concentration finale comprise entre 0,4 et 1,8 mg/mL, selon la dose prescrite. Après reconstitution, la solution peut être conservée au réfrigérateur (2–8 °C) pendant 24 heures maximum dans le strict respect des règles d'asepsie et de traçabilité. Une fois diluée, elle doit être utilisée immédiatement.

Conclusion :

La sécurisation du circuit du Brentuximab vedotin illustre le rôle incontournable du préparateur en pharmacie dans la chaîne de soins. Sa double mission – gestion et préparation – garantit une administration conforme, efficace et sécurisée. Une coordination étroite avec l'équipe soignante optimise la qualité de la prise en charge des patients atteints de lymphomes CD30+.

CL18- Le rôle de l'ISP dans l'administration du brentuximab

S. Mazouzi

CLCC Hamdiken Belkacem Batna

Introduction et Objectif :

Brentuximab est un anticorps monoclonal utilisé en immunothérapie et en thérapie cible, pour traiter les lymphomes CD30 positif, comme les lymphomes Hodgkinet certains lymphomes T; Pour administrer le brentuximab au patient, il faut un travail multidisciplinaire du médecin au préparatrice en pharmacie à l'infirmière; L'ISP joue un rôle crucial avant, durant et après l'administration du brentuximab Objectifs: -évaluer l'état de santé du patient. -administrer le médicament d'une manière sécurisée. Gérer tout effets secondaires. -éduquer le patient et sa famille. - améliorer la qualité de vie des patients.

Matériels et Méthodes :

Matériel : Brentuximab Préméditation Seringues Perfuseur Les gants Protocole médicale Méthode: perfusion intra veineuse lente contient de la préméditation et le traitement du brentuximab

Résultats et Discussion :

Malade satisfait Efficacité du traitement Réduction des effets secondaires Discussion : Importance de la surveillance Gestion des effets secondaires Éducation du patient Collaboration interdisciplinaire

Conclusion :

En résumé, le rôle de l'ISP pendant et après l'administration du brentuximab consiste à administrer le médicament, surveiller le patient, gérer les effets indésirables, éduquer le patient pour évaluer l'efficacité du traitement

CL19- Informatisation du Circuit du la préparation cytotoxique du médecin au patient, expérience CLCC ELOUED

I. Ameur

CLCC El Oued

Introduction et Objectif :

La préparation des chimiothérapies représente un acte complexe et à haut risque. La centralisation au sein des pharmacies hospitalières s'impose comme un modèle garantissant qualité, sécurité et optimisation des ressources. L'objectif est e d'évaluer les bénéfices et limites de la centralisation des préparations cytotoxiques dans le contexte hospitalier algérien.

Matériels et Méthodes :

Analyse descriptive basée sur l'expérience de terrain en unités de préparation cytotoxique et sur les recommandations internationales

Résultats et Discussion :

La centralisation améliore la sécurité des soins ,protège le personnel et renforce la traçabilité grâce aux logiciels dédiés. Sur le plan économique, elle permet de réduire les pertes et d'optimiser l'utilisation des

médicaments coûteux. Toutefois, des limites persistent : manque de formation spécialisée, coût élevé des équipements et disparités organisationnelles.

Conclusion :

La centralisation des préparations cytotoxiques s'affirme comme un pilier de la pharmacie hospitalière moderne. Sa généralisation en Algérie représente un investissement nécessaire pour concilier sécurité des patients, protection du personnel et efficience économique. À travers un engagement institutionnel et la mise en place de moyens adaptés, elle peut devenir un véritable moteur d'amélioration de la qualité des soins en oncologie.

CI20- Prise en charge infirmière de la drépanocytose

A . Fellous¹, N. Benkhira²

(1) Centre de lutte contre le cancer Béchar / CLCC Béchar, (2) Faculté de médecine : université Tahri Mohamed Bechar

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une hémoglobinopathie congénitale caractérisée par des anomalies de l'hémoglobine responsables de crises vaso-occlusives, d'anémies chroniques et d'infections récurrentes. La prise en charge infirmière occupe une place centrale, car elle repose non seulement sur le soulagement de la douleur et la prévention des complications, mais également sur l'éducation thérapeutique et l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs familles. L'infirmier joue ainsi un rôle clé dans la surveillance, l'accompagnement, l'application des traitements et la coordination avec l'équipe médicale.

Matériels et Méthodes :

L'objectif de ce travail est de décrire les interventions infirmières mises en œuvre pour prévenir et gérer les complications liées à la drépanocytose à savoir les crises douloureuses, l'anémie, les infections, et de proposer des conseils pratiques visant à optimiser la qualité de vie des patients.

Résultats et Discussion :

a. Les soins infirmiers En consultation

: repérage des facteurs de risque de complications, réalisation des prélèvements sanguins de contrôle, évaluation des connaissances du patient et de son entourage sur la maladie, En hospitalisation : -En cas de crise vaso occlusive, l'infirmier participe à l'évaluation de la douleur et adapte le traitement antalgique selon le protocole. -En cas de déglobulisation, il assure la transfusion sanguine avec surveillance. -En cas de complication infectieuse, il administre le traitement prescrit et réévalue régulièrement les signes d'amélioration ou de décompensation. En milieu scolaire ou professionnel : l'infirmière joue un rôle d'éducation, de relais et de vigilance, notamment pour prévenir le décrochage scolaire chez les enfants fréquemment hospitalisés, avec orienter vers une prise en charge psychologique si nécessaire. b. L'éducation thérapeutique Règles hygiéno diététiques : hydratation abondante, éviction des variations de température, des efforts intenses, des séjours en altitude ou les voyages en avion non pressurisé, suivi annuel dès l'âge d'un an et suivi dentaire régulier. Complications spécifiques : apprentissage de la reconnaissance des signes d'anémie sévère (séquestration splénique), du priapisme, du syndrome thoracique aigu et des symptômes infectieux. Conseil génétique : rappeler aux différentes étapes de vie la transmission héréditaire de la maladie.

Conclusion :

L'infirmier constitue l'un des piliers de la prise en charge pluridisciplinaire des patients drépanocytaires, aussi bien sur le plan technique que relationnel. Compte tenu du caractère chronique, lourd et prolongé de la maladie, son rôle est essentiel pour assurer la continuité des soins, soutenir le patient et sa famille, et contribuer à une meilleure qualité de vie.

CI21- Contribution infirmière à l'approche interdisciplinaire des patients lymphomateux

I. Fellous¹, N. Benkhira²

(1) Centre de lutte contre le cancer Béchar / CLCC Béchar, (2) Faculté de médecine : université Tahri Mohamed Bechar)

Introduction et Objectif :

Les lymphomes sont des hémopathies malignes caractérisées par une prolifération anarchique de lymphocytes, le plus souvent au niveau des ganglions lymphatiques. Ils se divisent en deux entités principales : le lymphome hodgkinien (LH) et le lymphome non hodgkinien (LNH), qui se distinguent essentiellement sur le plan histopathologique. Le rôle infirmier dans leur prise en charge est central, combinant compétences techniques, accompagnement psychologique et coordination des soins afin d'assurer une approche globale et adaptée aux besoins des patients.

Matériels et Méthodes :

Ce travail décrit les principales interventions infirmières dans la prise en charge des patients atteints de LH et de LNH. Il s'appuie sur l'expérience clinique au sein du service d'hématologie, en se focalisant sur : l'administration et la surveillance des traitements (chimiothérapie, radiothérapie), la prévention et la gestion des complications, le soulagement de la douleur et l'éducation thérapeutique visant à améliorer la qualité de vie.

Résultats et Discussion :

1-Accompagnement et information
 • Soutien à l'annonce du diagnostic : Aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et à faire face à ce choc émotionnel
 • Éducation thérapeutique : Expliquer les modalités de traitement, leurs effets indésirables et les mesures de prévention, en rendant le patient acteur de sa prise en charge.
 • Soutien au long cours: Soutenir le patient durant les périodes de rémission, de rechute ou lors des soins palliatifs.
 2-Soins et suivi médical
 • Administration des traitements : Assurer l'administration des chimiothérapies et autres traitements prescrits
 • Surveillance clinique : Détecter précocement les effets secondaires et documenter l'évolution.
 • Prévention des complications : Prendre des mesures pour prévenir les risques infectieux et préserver le capital veineux
 • Soins de support : Proposer et réaliser des soins visant à améliorer le confort physique et moral du patient
 3-Compétences et qualités requises
 Qualités humaines : Empathie, écoute, stabilité émotionnelle

et bienveillance. Expertise professionnelle : Formation spécialisée en onc-hématologie indispensable pour une prise en charge de qualité.
 4-Coordination et collaboration Rôle pivot : Organiser le parcours de soins et assurer la continuité thérapeutique. Lien avec la famille : Fournir un soutien psychologique et pratique.

Conclusion :

L'infirmier occupe une place essentielle dans la prise en charge des lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens. Son rôle dépasse l'administration des traitements pour inclure l'éducation thérapeutique, la prévention des complications, l'accompagnement psychologique et la coordination des soins. Cette implication contribue non seulement à optimiser les résultats cliniques, mais aussi à améliorer significativement la qualité de vie et l'autonomie des patients.

COMMUNICATIONS AFFICHÉES

LYMPHOME DE HODGKIN

P1- Lymphome de Hodgkin du sujet âgé : étude clinique et évolutive

L. Kazi Tani¹, Y. Boukli², H. Belhade¹, F. Bendahman², N. Houti², L. Aici², M. Fliti², H. Benmansour¹, N. Mesli¹

(1) CHU Tlemcen, (2) CLCC Tlemcen

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne rare chez le sujet âgé, représentant moins de 20 % des cas. Dans cette tranche d'âge, le pronostic reste moins favorable, en raison de la fréquence élevée des comorbidités d'une présentation souvent avancée et d'une tolérance réduite aux traitements. L'optimisation de la prise en charge nécessite une meilleure connaissance des spécificités cliniques et évolutives de cette population. L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques, les

modalités thérapeutiques et l'évolution du LH chez les patients âgés pris en charge au service d'hématologie du CLCC de Tlemcen.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective menée au CLCC de Tlemcen entre décembre 2018 et décembre 2024, incluant 17 patients âgés de 60 ans et plus parmi 139 cas de lymphome de Hodgkin. Le diagnostic a été confirmé par biopsie ganglionnaire avec étude immunohistochimique. Les paramètres analysés comprenaient la présentation clinique, le stade Ann Arbor, les comorbidités, les traitements administrés, la réponse thérapeutique et Le devenir des patients.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen était de 66 ans (60–91 ans), avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,8). Les circonstances de découverte étaient dominées par un syndrome tumoral périphérique (88 %), avec un délai diagnostique moyen de 5 mois (2–12 mois). Des comorbidités, principalement l'hypertension artérielle et le diabète, étaient présentes chez 70 % des patients. Plus de la moitié (53 %) présentaient une forme avancée (stades III–IV), dont 7 à haut risque et 2 à risque standard selon l'IPS. Parmi les formes localisées (47 %), toutes étaient classées de pronostic défavorable selon les critères EORTC. Les schémas thérapeutiques administrés étaient l'ABVD (n = 9), l'AVD (n = 3), le PVAG (n = 4) et le BEACOPP (n = 1). L'évaluation par TEP-scan a été réalisée chez 7 patients. Une réponse complète a été obtenue dans 65 % des cas, une réponse partielle dans 29 % et un échec thérapeutique dans 6 %. Des rechutes ont été observées dans 18 % des cas. Au dernier suivi, 65 % des patients étaient vivants avec une bonne réponse (complète ou partielle), tandis que 35 % étaient perdus de vue.

Conclusion :

Chez le sujet âgé, le LH présente un défi diagnostique et thérapeutique. Une évaluation gériatrique adaptée, une individualisation du traitement et une surveillance rapprochée sont essentielles pour améliorer les résultats thérapeutiques dans cette population.

P2- Complications malignes secondaires au traitement du lymphome de Hodgkin

K. Tayebi, N. Siali, A. Hadjeb, M. Cheriti, N. Zemri, A. El Mestari, A. Ramdoun, A. Benaïssa, M. Benlazar

Service d'hématologie, CHU de Sidi Bel Abbes

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne dont la survie a été nettement améliorée. Son traitement classique associe chimio-radiothérapie. Ce traitement peut être responsable de complications malignes à long terme : tumeurs solides et hémopathies malignes.

Le but de l'étude est de rapporter les cas de patients traités pour un LH ayant présenté des complications malignes.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude observationnelle monocentrique rétrospective s'étalant sur 20 ans (2005-2024). Les données recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation et fiches de consultation.

Résultats :

Nous avons colligé 20 patients : 13 (65%) tumeurs solides et 07 (35 %) hémopathies malignes. Il s'agit de 11 femmes, 09 hommes. L'âge moyen au moment du diagnostic du LH est de 40 ans [16 - 70]. Le stade évolutif est étendu (III, IV) chez 12 (60%) patients. Le traitement est une association chimio-radiothérapie chez 15 (75%) patients. Le protocole de chimiothérapie utilisé est ABVD chez tous les patients. Pour la radiothérapie: champs élargis à 40 grays et champs adaptés à 30 grays. Le délai moyen d'apparition des complications malignes est de 30 mois [03- 252] après la fin du traitement du LH. Les cancers ont concerné le sein dans 04 cas, poumon et sphère ORL dans 03 cas. Cerveau, estomac, rein, dans un cas chacun. Les hémopathies malignes sont : lymphome malin non hodgkinien et myélome multiple dans 02 cas, leucémie aigue myéloïde et myélodysplasie (MDS), 01 cas chacune. Et une leucémie myéloïde chronique (LMC). Le traitement des tumeurs solides a été une association

chirurgie- chimiothérapie chez 08 (62%) patients, chimiothérapie seule chez 05 (38%) patients. Les hémopathies ont été traitées par chimiothérapie, la LMC par ITK, facteurs de croissance pour la MDS. La durée médiane de survie de la cohorte est de 27 mois [02 - 162]. 17 (85%) patients décédés et 03 (15%) patients vivants à ce jour.

Discussion :

La survenue de néoplasies secondaires après traitement des LH est une notion reconnue depuis 1970 [1]. Une étude du LH de stade localisé traité par combinaison chimio- radiothérapie sur une période de 10 ans [1993 – 2003] retrouve une incidence cumulative de cancers secondaires à dix et vingt ans de 5 % et 27 % [2]. L'incidence des leucémies est en plateau après 10 ans de traitement [1]. Les cancers bronchiques représentaient 22 % des tumeurs secondaires dans une étude[3], les cancers du sein représentaient 6,3 à 9 % selon une deuxième étude [4]. Le cancer du sein et du poumon ont représenté 30% et 23% de l'ensemble de notre cohorte. Ces constatations ont conduit à de nouvelles approches dans le traitement du LH : stratégies thérapeutiques guidées par la réponse précoce au TEP/TDM, introduction de l'immunothérapie (inhibiteurs de PD-1, anticorps conjugué anti CD30), et allègement de la radiothérapie (dose, siège et exclusion).

Conclusion :

Les complications malignes du LH doivent être connues pour définir des stratégies thérapeutiques adaptées, et justifient une surveillance prolongée pour les diagnostiquer précocement et améliorer leur prise en charge

P3- Maladie de Hodgkin et lymphomes familiaux : observations croisées

N. Benkhira

EHS CLCC Béchar

Introduction et Objectif :

La survenue de lymphomes chez plusieurs membres d'une même famille est rare,

mais bien documentée dans certaines études. Le risque semble accru lorsqu'un parent au premier degré est atteint, qu'il s'agisse d'un lymphome de Hodgkin (LH) ou d'un lymphome non hodgkinien (LNH). L'objectif de ce travail est d'illustrer, à travers deux observations, l'agrégation familiale de lymphomes associant un LH et un LNH chez des apparentés au premier degré.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons deux observations dans lesquelles un lymphome a été diagnostiqué chez un parent au premier degré d'un patient atteint ou traité pour LH.

Résultats et Discussion :

Observation 1 Patient de 28 ans, pris en charge en 2022 pour un lymphome de Hodgkin scléronodulaire, stade III SB. Il a été traité par six cures de BEACOPD, avec obtention d'une rémission complète et abstention thérapeutique depuis 25 mois. Sa mère, âgée de 58 ans, a été récemment diagnostiquée avec un lymphome B diffus à grandes cellules, stade IIA. Observation 2 Patient de 32 ans, traité en 2015 pour un lymphome de Hodgkin, stade II A. Il a obtenu une rémission complète après chimiothérapie ABVD, suivie d'une radiothérapie. Quelques mois après le début de sa prise en charge, son frère a été diagnostiqué avec un lymphome non hodgkinien B à grandes cellules, présentant une atteinte ganglionnaire et une fièvre persistante. Discussion Ces deux cas illustrent une agrégation familiale de lymphomes, associant LH et LNH. Plusieurs études de cohorte ont mis en évidence un risque accru de lymphome chez les apparentés au premier degré, sans distinction stricte entre les sous-types histologiques. Des facteurs génétiques (HLA, polymorphismes, gènes impliqués dans la réparation de l'ADN) pourraient jouer un rôle, en interaction avec des facteurs environnementaux partagés ou une susceptibilité infectieuse commune (par exemple : virus Epstein-Barr). Bien que les cas familiaux restent exceptionnels, ces situations doivent inciter à : • Mieux documenter les antécédents familiaux chez les patients atteints de lymphome ; • Faire preuve d'une vigilance accrue en présence de signes évocateurs chez les apparentés ; • Envisager, une stratification

génétique du risque.

Conclusion :

Ces observations rappellent l'importance d'intégrer le contexte familial dans l'évaluation des lymphomes. La survenue d'un lymphome chez un apparenté du premier degré ne doit pas être considérée comme fortuite et justifie une approche clinique attentive, en particulier chez les patients jeunes.

P4- Prise en charge complexe du lymphome de Hodgkin associé à grossesse

N. Benkhira¹, M. Guenna², S. Atillah²

(1) Faculté de Médecine : Université Tahri Mohamed Béchar, (2) EHS CLCC Béchar

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne touchant souvent les jeunes adultes, dont de nombreuses femmes en âge de procréer. Bien que rare, sa survenue ou sa rechute en contexte de grossesse pose un défi thérapeutique majeur, mêlant urgences oncologiques et considérations obstétricales. L'objectif de ce travail est d'illustrer, à travers deux observations cliniques, les enjeux liés à la prise en charge du lymphome de Hodgkin en contexte de grossesse.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons deux cas cliniques de patientes atteintes de lymphome de Hodgkin ayant présenté une grossesse concomitante à la maladie, prises en charge dans notre service d'hématologie.

Résultats et Discussion :

Observation 1: BI âgée de 29 ans a été diagnostiquée avec un lymphome de Hodgkin médiastinal en 2022, traité par 3 cycles d'ABVD suivis d'une radiothérapie. Malgré les consignes de contraception, elle est tombée enceinte trois mois après la fin du traitement. La grossesse s'est déroulée normalement et s'est soldée par un accouchement sans complication. Peu après, une rechute médiastinale a été diagnostiquée. Un traitement de rattrapage par DHAC est resté sans réponse, justifiant

l'initiation d'une immunochimiothérapie par Pembro-GVD, avec une réponse complète confirmée au TEP scanner. Lors du bilan post-traitement, une deuxième grossesse a été découverte de façon fortuite. Elle a été suivie avec prudence, sans complications materno-fœtales. Après l'accouchement, la patiente reste en bon état général, sans signes de rechute, et un traitement d'entretien par Pembrolizumab a été instauré compte tenu de son refus de l'autogreffe. Observation 2 Patient de 31 ans, mère de deux enfants, suivie pour LH en rémission complète depuis 2016. En 2023, elle présente une rechute au stade IIIB, traitée par protocole DHAC. Après 4 cures, le TEP scanner objective une réponse complète. Cependant, devant des signes évocateurs, une grossesse est confirmée à 12 semaines, impliquant une exposition fœtale à la chimiothérapie et à l'irradiation du TEP scan. Une interruption médicale de grossesse a été proposée mais refusée, tout comme la poursuite du traitement. La patiente s'est ensuite perdue de vue.

Conclusion :

Ces deux cas mettent en évidence la complexité du lymphome de Hodgkin chez la femme enceinte ou en âge de procréer. Le diagnostic précoce, le dépistage systématique de grossesse, et une prise en charge multidisciplinaire sont essentiels. Les grossesses peuvent évoluer favorablement dans certains cas malgré les traitements, mais les risques pour le fœtus (médicaments, imagerie) doivent être clairement expliqués. Ces situations exigent une approche personnalisée, intégrant les souhaits de la patiente, les contraintes thérapeutiques et les recommandations médicales.

P5- Impact des facteurs pronostiques sur la survie des patients LH

N. Houti, H. Belhade, N. Benhazil, L. Aici, M. Fliti, Y. Boukli, W. Haba, F. Bendahmane, L. Kazi, N. Mesli

CAC-TLEMEN. Faculté de Médecine Tlemcen

Introduction et Objectif :

Les scores pronostiques constituent des

outils validés pour évaluer le risque évolutif chez les patients atteints de lymphome de Hodgkin. Ils reposent sur l'intégration de paramètres cliniques et biologiques afin d'estimer la survie globale et la survie sans progression. L'analyse de l'impact réel de ces facteurs pronostiques sur la survie des patients demeure essentielle pour affiner la stratification du risque et guider les décisions thérapeutiques

Matériels et Méthodes :

Étude observationnelle rétrospective incluant 342 patients atteints de LH, pris en charge au CHU/CAC Tlemcen (janvier 2008 décembre 2023). Les données cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques ont été recueillies et analysées. Les stades ont été déterminés selon la classification d'Ann Arbor, stratification pronostique par l'EORTC (stades localisés) et score de Hasenclever (SPI)(stades étendus). L'analyse de la survie estimée par la méthode de Kaplan-Meier avec un temps de suivi de la cohorte (recul minimum à partir de l'inclusion du dernier patient et la DDP de 18mois, et un recul maximum à partir de l'inclusion du premier patient et la DDP de dix-sept ans).

Résultats et Discussion :

L'âge moyen au diagnostic était de 33,4 ans (médiane 30), avec une prédominance masculine (sex-ratio 1,1). Le type histologique scléronodulaire représentait 78 %. Plus de la moitié des patients (54 %) étaient diagnostiqués à un stade étendu, et près de 68 % étaient classés défavorables selon l'EORTC ou SPI. À 5 ans, la survie globale (SG) et survie sans progression (SSP)SG étaient respectivement de 82 % et 73,1 %. Plusieurs paramètres ont montré un impact significatif sur le pronostic. L'analyse des facteurs pronostiques a montré une meilleure SG et SSP chez les femmes par rapport aux hommes (SG 84,8 % vs 76,2 % ; SSP 76,7 % vs 67,4 % ; p 0,007 et 0,02 ; HR :1,59 et 1,38). L'âge < 35 ans n'influait pas significativement la survie (SG 80,9 % vs 78,9 % ; SSP 75 % vs 73,4 % ; p > 0,05). L'absence de signes B était associée à un meilleur pronostic (SG 88 % vs 76,3 % ; SSP 79,1 % vs 68,8 % ; p < 0,001 et 0,007 ; HR 1,99 et 1,57). Les patients présentant < 0,001). Une VS < 50 mm/H, une albumine normale et un stade précoce (I-II) étaient également associés à de meilleurs taux de survie (p

? 0,001). Enfin, les scores pronostiques EORTC défavorable et SPI haut risque étaient corrélés à une réduction de la SG et de la SSP, avec des HR compris entre 1,58 et 2,37.

Conclusion :

Notre étude met en évidence l'impact majeur des facteurs pronostiques cliniques et biologiques sur la survie des patients atteints de lymphome de Hodgkin. Le sexe masculin, les signes B, l'atteinte ganglionnaire ? 4, la VS élevée et l'hypoalbuminémie sont associés à une survie significativement réduite. La classification d'Ann Arbor et les scores EORTC/SPI conservent toute leur pertinence pour affiner la stratification du risque et orienter la prise en charge thérapeutique.

P6- Quand l'immunothérapie déraile : toxicité auto-immune du Nivolumab

N. Houti, H. Belhadeff, N. Benhazil, Z. Houbad, N. Bendahmane, L. Aici, Y. Boukli, W. Haba, M. Fliti, L. Kazi, F. Bendahmane, N. Mesli

CAC-TLEMEN. Faculté de Médecine Tlemcen

Introduction et Objectif :

Le Nivolumab, inhibiteur de point de contrôle immunitaire anti-PD-1, a démontré une efficacité majeure dans les lymphomes de Hodgkin (LH) réfractaires ou en rechute. Néanmoins, il est associé à un risque non négligeable de toxicités immuno-induites potentiellement sévères

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons une observation clinique réalisée au service d'hématologie du CAC-Tlemcen concernant une patiente suivie pour LH; L'évaluation clinique, biologique et radiologique a permis de documenter une toxicité multiviscérale sévère survenue après traitement par Nivolumab.

Résultats et Discussion :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 29 ans suivie pour un lymphome de Hodgkin scléronodulaire stade IV avec atteinte

pulmonaire, diagnostiqué en 2022. Elle a reçu deux cycles de BEACOPP suivis d'AVD, obtenant une réponse complète. Une rechute osseuse diffuse survient en février 2025, 18 mois après la fin du traitement. Elle est alors mise sous immunochimiothérapie associant nivolumab et ICE. À J13, malgré un bilan de lyse normal, elle développe une pancytopenie sévère associée à une défaillance multiviscérale : hypotension, insuffisance rénale (clairance 30 ml/min), cytolyse hépatique (ASAT 371, ALAT 172), cholestase (bilirubine totale 90 mg/L, directe 64 mg/L), hypoalbuminémie, hypocalcémie, thrombose veineuse sous-clavière droite, syndrome de Stevens-Johnson génital (ulcérations avec perte de substance labiale) et désaturation avec hypertension pulmonaire (HTAP 46 mmHg). L'angioscanner élimine une embolie pulmonaire. Le bilan endocrinien montre une hypothyroïdie périphérique (TSH effondrée, FT4 abaissée) et une insuffisance corticotrope (cortisol 136, ACTH 1,9 pg/mL), compatible avec une atteinte hypophysaire. Le diagnostic de toxicité auto-immune multiviscérale sévère induite par nivolumab est retenu, intéressant les axes hépatique, rénal, endocrinien, cutané et pulmonaire. La prise en charge a consisté en l'arrêt définitif du nivolumab, une corticothérapie (solumédrol puis hydrocortisone substitutive), une hormonothérapie thyroïdienne (lévothyroxine), une anticoagulation curative (énoxaparine), un traitement antiviral (aciclovir) et un support hématologique. L'évolution est favorable : normalisation des fonctions hépatique et rénale en un mois, amélioration progressive des fonctions endocriniennes en six mois. La patiente est actuellement sous brentuximab-bendamustine avec réponse métabolique complète.

Conclusion :

Ce cas illustre la sévérité des toxicités immuno-induites associées au nivolumab, nécessitant une surveillance rigoureuse et une prise en charge multidisciplinaire rapide, incluant une corticothérapie précoce pour maîtriser l'inflammation. La récupération fonctionnelle est possible, cependant, la décision d'interrompre définitivement l'immunothérapie demeure incertaine, faute de recommandations claires. Certains patients ont été réexposés au traitement après résolution des

symptômes, bien que le risque de récurrence des toxicités demeure non négligeable.

P7- Impact des délais diagnostiques sur la survie globale des patients atteints lymphome de hodgkin à l'HMRUO

Y. Ghassoul, S. Abderrahmani, S. Saidani, N. Belkacemaoui, M. Aberkane, S. Baghdad, S.E. Belakehal

Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran

Introduction et Objectif :

Le délai diagnostique est un facteur potentiellement modifiable dans l'évolution des cancers. Cette étude vise à évaluer l'impact des délais diagnostiques sur la survie globale des patients atteints de lymphome hodgkinien (LH) pris en charge à l'HMRUO.

Matériels et Méthodes :

Une étude rétrospective a inclus 63 nouveaux cas de LH colligés sur une période de 6 ans (janvier 2019 à décembre 2024). Le diagnostic histologique a été confirmé par une biopsie ganglionnaire avec étude immunohistochimique. Le bilan d'extension a été réalisé selon la classification d'Ann Arbor et les scores pronostiques (EORTC ou IPS) ont été appliqués. Le traitement était basé sur les protocoles ABVD ou BEACOPP, associés ou non à une radiothérapie. Les patients ont été stratifiés en trois groupes selon le délai diagnostique : <3 mois, 3-6 mois et 6 mois. La survie globale (SG) était le critère de jugement principal.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen des 63 patients était de 36,54 ans [16-69], avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,62). Le délai diagnostique moyen était de 5,37 mois [1-12], avec une médiane à 4,5 mois. La répartition selon le stade d'Ann Arbor était : stade I (n=3, 4,8%), stade II (n=21, 33,3%), stade III (n=9, 14,3%), stade IV (n=28, 44,4%). La réponse globale au traitement était de 82,5%. La survie globale moyenne était de 68,28 ± 2,60 mois (IC 95% [63,19-73,37]). Les taux de survie globale à 60

mois étaient de 100%, 81,2% et 88,3% pour les groupes de délai <3 mois, 3-6 mois et ≥6 mois, respectivement. L'analyse par test du log-rank n'a montré aucune différence statistiquement significative de survie entre ces groupes ($p = 0,388$).

Conclusion :

Malgré un délai diagnostique médian cliniquement significatif de 4,5 mois, notre analyse n'a pas révélé de lien statistique entre la durée du délai et la survie globale à 60 mois. Ceci suggère que la biologie agressive du LH et l'efficacité élevée des chimiothérapies (ABVD/BEACOPP) pourraient compenser l'impact pronostique potentiel d'un diagnostic tardif dans cette cohorte. La forte proportion de maladies avancées (Stades III-IV : 58,7%) souligne le caractère agressif du LH dans notre population, mais aussi le succès des protocoles thérapeutiques actuels. La principale limite de l'étude est son design rétrospectif et son effectif. Les recherches futures devraient se concentrer sur l'impact des délais sur la qualité de vie des patients et la morbidité liée au traitement.

P8- Le spectre de Hodgkin : Deux cas de néoplasies secondaires tardives, 10 ans après la remission

Y. Ghassoul, S. Abderrahmani, C. Kerrouche, Z. Midoun, M. Aberkane, N.E. Belkacemaoui, S. Baghdad, S.E. Belakehal

Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) connaît un taux de guérison élevé grâce aux protocoles de chimiothérapie et de radiothérapie. Cependant, les survivants font face à un risque accru de développer des néoplasies secondaires, complication tardive redoutable qui représente une cause majeure de morbidité et de mortalité à long terme.

Matériels et Méthodes :

Présentation des cas : Nous rapportons les cas de deux patientes ayant développé des néoplasies secondaires plus de dix ans

après une rémission complète pour un LH.

Résultats et Discussion :

Cas 1 : Une femme de 40 ans, traitée à l'âge de 30 ans par chimiothérapie type ABVD (4 cures) et radiothérapie thoracique pour un LH type 2 histologique, a été diagnostiquée avec un sarcome bronchique, dans le champ d'irradiation. Cas 2 : Une femme de 38 ans, traitée à l'âge de 28 ans par un protocole intensif (BEACOPP escaladé) pour un LH avancé, a développé une leucémie lymphoïde aiguë (LLA) ph négatif, sans antécédent de syndrome myélodysplasique. Discussion : Ces deux cas illustrent parfaitement le double risque de néoplasies secondaires après un LH : les tumeurs solides (notamment cancers du sein, poumon, thyroïde) souvent liées à la radiothérapie, et les hémopathies malignes secondaires (leucémies aiguës lymphoïdes ou myéloïdes, syndromes myélodysplasiques), principalement attribuées aux agents alkylants de la chimiothérapie. La latence prolongée (plus de 10 ans) est typique des tumeurs solides, tandis que les leucémies surviennent généralement plus tôt, rendant le second cas particulièrement intéressant par son délai tardif.

Conclusion :

Ces observations soulignent l'impérieuse nécessité d'un suivi à vie pour les survivants du lymphome de Hodgkin. Elle alerte sur le risque de tumeurs rares comme les sarcomes, au pronostic souvent sombre, et plaide pour l'optimisation des techniques d'irradiation (radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité) et le développement de protocoles de chimiothérapie moins carcinogènes, afin d'améliorer la survie globale à long terme.

P9- Les facteurs favorisant le lymphome de hodgkin (LH)

N. Zatout, H. Hamouda, N. Zatout, Z. Bouhadda, Y. Amrane, Y. Chenane

Service d'Hématologie CHU de Sétif. Laboratoire de recherche. Université Ferhat Abbas1

Introduction et Objectif :

Les causes du lymphome hodgkinien (LH) demeurent inconnues. Différents facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue de cette maladie ont été identifiés, parmi lesquels on note les infections (EBV, VIH, Hépatites), les déficits immunitaires, les maladies auto-immunes et les expositions à certaines substances chimiques. Par ailleurs et à titre exceptionnel, le facteur génétique est aussi impliqué. Objectifs : Identifier les facteurs de risque pouvant favoriser ou augmenter le risque de survenue de la maladie de hodgkin chez nos patients ainsi que les aspects clinico-biologiques et évolutifs.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective sur 13 ans (2012- 2024) incluant 442 patients (pts) présentant un lymphome hodgkinien. Un ou plusieurs facteurs favorisant la survenue du LH ont été objectivés chez 78pts (18%) dont 39 hommes et 39 femmes avec un sex ratio H/F :1 et un âge moyen de 35ans (16-73 ans). L'étude anamnétique policière a permis de révéler la présence de plusieurs facteurs à risque.

Résultats et Discussion :

Parmi les facteurs de risque rapportés dans cette série de 78 patients, l'interrogatoire révèle : -La notion de tabagisme chronique chez 10 pts (13%). - L'impact des facteurs environnementaux en particulier les expositions professionnelles à des substances toxiques (Pesticides, produits chimiques divers comme l'aluminium, nitrates et autres...) chez 6 patients - La notion de cancers non hématologiques antérieurs traités par chimiothérapie chez 4 pts et hémopathie maligne (LNH de Burkitt chez un pt). -17pts (22%) Patients avaient des antécédents de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire. - 6 pts étaient porteurs de virus dont 5 cas d'hépatite virale et un cas le virus Epstein Barr (EBV). Par ailleurs, 10 pts étaient exposés depuis l'an 2020 à l'infection Covid 19. Outre l'exposition aux traitements immunosuppresseurs chez 6 pts, on note la notion de maladies dysimmunitaires et auto-immunes chez 6 pts représentés par : AHAI (2 cas), psoriasis (2 cas), SAPL (un cas), Pyoderma gangréneux (un cas). - Les antécédents familiaux, l'interrogatoire révèle chez 20pts (26%) des cas de cancers familiaux dont

treize sont extra hématologiques et 7 cas des hémopathies représentées par 3 cas de LNH, 2 cas de leucémie aigüe, un cas d'aplasie médullaire et un cas de LMC.

Conclusion :

Dans les travaux sur les hémopathies malignes en Algérie, la recherche de facteurs prédictifs (connus et non connus) est d'une importance réduite voire inexistante. Une mise au point demeure importante pour d'une part réduire l'incidence on donnant de l'importance à la prévention et d'autre part définir les produits à haut risque de cancer pour un suivi et une déclaration comme maladie professionnelle pour les ayants droit.

P10- Impact du Brentuximab dans lymphome hodgkinien en rechute et réfractaire

H. Hamouda, N. Zatout, A. Kechichi, F. Kherbache, S. Nebais

Service d'hématologie- CHU de Sétif, Laboratoire de recherche, santé et environnement. UFA de Sétif 1

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne curable, le retard diagnostic expose nos patients d'avoir des stades localisés avec une masse Bulky et des stades avancés. 25 à 30% des patients traités par la chimiothérapie rechutent ou seront réfractaires indiquant le recours à d'autres thérapeutiques dont la thérapie ciblée (l'anti CD30) et l'immunothérapie. Moyens qui ont permis d'améliorer la survie d'une partie de ses patients. Objectif : Notre étude consiste à évaluer l'impact de la thérapie ciblée chez des patients traités par l'anti CD30.

Matériels et Méthodes :

Une étude rétrospective de 5 ans (Janvier 2020- Décembre 2024) a permis de colliger 170 cas de LH. Parmi les 34 pts (20%) en R/R, seuls 20 pts (59%) ont pu recevoir la thérapie ciblée anti CD30 après une moyenne de 4 lignes thérapeutiques de chimiothérapie (allant de 2- 6 lignes). Le traitement consiste à l'association de Bendamustine et le Brentuximab vedotin à

1,8 mg/Kg à J1 avec une évaluation clinique et radiologique (scanner et le Pet Scan).

Résultats et Discussion :

Ce groupe est composé de 11 H et 9 F sex ratio : 1,22, âge moyen de 26 ans (18- 40 ans), le résultat histologique révèle un type 2 chez 16pts (80%), le CD30 exprimé chez tous les pts. Dans ce groupe, 5 pts (25%) sont de stade localisés bulky défavorable et 15pts (75%) des formes étendues dont 7 pts en stades IV. 10 patients (50%) étaient des réfractaires et les 10 autres pts des rechutes dont 7 précoces. Après 4 cycles de Brentuximab et Bendamustine, l'évaluation objective : 16 (80%) réponses globales (RG) dont 15 pts (75%) des réponses métaboliques complète (RCM), l'échec a intéressé 4 pts (20%). Tolérance et devenir : Les effets indésirables étaient légers chez la majorité des patients de G1-2 sauf pour 1 pt ou la neuropathie sensitivo-motrice était de G3. Parmi les 15 pts en RCM, 12 toujours vivants en RC dont 7pts autogreffés alors que 3 pts ont rechuté précocement et rattrapé par l'immunothérapie. Pour les 5 patients (1pt en RP et 4pt en échec) deux sont décédés par progression de la maladie et 3 vivants dont deux remis en RCM par immunothérapie puis allogreffés. La SG à 5 ans est de 81,5% et la SSP à 5ans : 64%.

Conclusion :

Les résultats de la thérapie ciblée sont encourageants pour patients atteints de LH en R/R. cependant la consolidation par la greffe de CSP et /ou la maintenance restent envisageables pour les patients à haut risque de rechute. Par ailleurs, Faciliter l'accès à la TEP et élargir les indications des thérapies innovantes aident énormément à améliorer le pronostic de nos patients.

P11- Maladie de hodgkin pulmonaire primitif : à propos de 2 cas et revue de la littérature

I. Bouras, F.Z. Touil, A. Kechichi, F. Kherbache, S. Nebais, H. Hamouda

Service d'hématologie- CHU de Sétif, Laboratoire de recherche, santé et environnement. UFA de Sétif 1

Introduction et Objectif :

INTRODUCTION Les lymphomes pulmonaires primitifs (LPP) sont rares, ils représentent moins de 0,5 % des tumeurs pulmonaires primitives. Le lymphome hodgkinien (LH) primitif pulmonaire est aussi exceptionnellement vu (< 1 % des lymphomes), avec moins de 100 cas décrits dans le monde. Nous rapportons dans ce travail les aspects diagnostiques et les résultats thérapeutiques de deux patients pris en charge dans notre service.

Matériels et Méthodes :

Observation 1 Patiente âgée de 34 ans, sans antécédents, a consulté en juillet 2017 pour une toux productive avec signes généraux à type de fièvre, sueurs nocturnes et amaigrissement important. Le scanner thoracique révélait une masse pulmonaire gauche systématisée de 112 × 80 × 109 mm sans adénopathies profondes ni périphériques et sans SMP. La biopsie transpariétale scanno-guidée avec une immunohistochimie confirmait un LH de type 3 avec CD15+/ CD30+ /Pax5+ faible, CD20 ?/CD3?). La maladie est classée selon l'Ann Arbor pulmonary lymphoma staging system en LH primitif pulmonaire I EBx, forme défavorable selon EORTC. Après 4 cycles de chimiothérapie intensive par le BEACOPPesc. L'évaluation par PET SCAN confirme la réponse métabolique complète avec un score Deauville à 2. Une radiothérapie complémentaire à 30 Grays est réalisée au prix d'effets indésirables immédiats réversibles. Patiente toujours suivie et en rémission complète à 8 ans (2025) et sans complications objectives.

Résultats et Discussion :

Observation 2 Patiente âgée de 34 ans, sans antécédents notables, vue à la consultation d'hématologie en 2018 pour douleurs thoraciques associées à des signes généraux à type de fièvre et sueurs nocturnes. Le Téléthorax suivi d'un scanner objectivaient une masse lobaire supérieure droite de 111 × 94 × 65 mm avec deux adénopathies médiastinales adjacentes de taille réduite, la plus volumineuse de 20/16 mm. Le diagnostic n'a été porté qu'après deux biopsies dont la première n'était pas contributive alors que la seconde revenant en faveur d'un LH pulmonaire primitif de type scléronodulaire exprimant CD15+/ CD30+/CD45 /CD20). La maladie est classée en stade II 2 Bx, groupe défavorable

selon EORTC. Le traitement était intensif par 4 cycles BEACOPP esc avec G CSF sans effets toxique majeurs. Le résultat était une réponse métabolique complète sur masse résiduelle inactive de 34/9/14mm (Deauville à 2), une radiothérapie à 30 Gys est effectuée avec un déroulement sans effets majeur. La mise au point actuelle (2025) : patiente est suivie régulièrement depuis 7 ans, elle est toujours en rémission et sans complications notables hormis une hypothyroïdie post radique pour laquelle elle est sous Levothyrox.

Conclusion :

Conclusion Le lymphome de Hodgkin pulmonaire primitif est une entité rare, elle ne se manifeste que lorsque le processus tumoral est important, les avancés sur le plan diagnostique, les moyens thérapeutiques et d'évaluation étaient contributifs avec des résultats encourageants. Une étude nationale sur une série plus large donnera plus de clarté sur les réponses thérapeutiques et les survies de ce groupe de patients.

P12- Formes familiales de lymphome hodgkinien : étude descriptive et une revue de la littérature

H. Otsmane¹, M. Djilali¹, M. Sidahmed², R. Abbadi², F. Talbi¹, A. Bachiri¹

(1) HCA, (2) HMRUC

Introduction et Objectif :

Le lymphome hodgkinien (LH) est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg dans un contexte inflammatoire. Si la majorité des cas sont sporadiques, des formes familiales ont été décrites, suggérant une prédisposition génétique et/ou des facteurs environnementaux partagés. Ces formes restent rares, représentant moins de 5 % des cas, mais soulèvent des enjeux diagnostiques, pronostiques et de dépistage familial.

Matériels et Méthodes :

- Type d'étude multicentrique : rétrospective descriptive, population : patients diagnostiqués avec un LH et

présentant au moins un apparenté du premier ou deuxième degré atteint dans deux centres (HCA, HMRUC). Données recueillies : âge au diagnostic, sexe, lien de parenté, type histologique, stade Ann Arbor, traitement reçu, réponse, suivi et survie globale. Période d'étude de 5 ans de 2019 à 2024.

Résultats et Discussion :

Période d'étude de 5 ans de 2019 à 2024
Résultats : Nombre total de cas : 163 (61,3 % hommes ; 38,7 % femmes), nombre de cas familial : 3,68 % ; Âge médian au diagnostic : 30 ans, formes histologiques prédominantes : (type 2 : 83,8 %, type 3 : 13,1 % ; Autres (riche en lymphocytes : 2,5 % à déplétion lymphocytaire : 0,6 %, stade au diagnostic : (Stade IV : 43,6 % ; Stade II : 32,1 % ; Stade III : 10,3 % ; Stade I : 14,1 %), la survie globale à 5 ans : 92,5 %
Discussion Les formes familiales de LH présentent souvent :
• Un âge de survenue plus jeune
• Une prépondérance de certains sous-types histologiques
• Un possible rôle de la susceptibilité génétique (HLA, polymorphismes) et d'expositions environnementales communes. La reconnaissance de ces formes justifie une vigilance clinique accrue et, éventuellement, des études de dépistage ciblé dans les familles à risque.

Conclusion :

Les formes familiales de LH, bien que rares, constituent un modèle intéressant pour l'étude des interactions gènes-environnement. Leur identification peut améliorer la compréhension des mécanismes pathogéniques et optimiser la prise en charge précoce.

P13- Lymphomes hodgkiniens juvéniles : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques

H. Otsmane, K. Belateche, F. Talbi, A.M. Djillali, M. Sid Ahmed, SE. Belakehal, Bachri

HCA

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) de l'enfant et de l'adolescent représente un sous-groupe clinique à bon pronostic. Les

protocoles pédiatriques contemporains ont permis d'atteindre des survies globales élevées (>90 %) tout en réduisant les toxicités tardives

Matériels et Méthodes :

Nous avons extrait et analysé les cas ? 18 ans à partir de notre cohorte multicentrique (HCA + HMRUC) de patients porteurs de LH (période 2019- 2025).

Résultats et Discussion :

Parmi 163 cas de notre cohorte , 6 étaient âgés ? 18 ans (age médian 18,0 ans) . Toutes les patientes présentaient une forme histologique «type 2 » . les stade étaient I (66,7 %) et II (33,3 %). Après exclusion des perdus de vue (n = 1) , la survie globale à 5 ans corrigée était de 100 % .

Conclusion :

Ces résultats confirment le pronostic excellent des formes juvénile , en accord avec la littérature internationale. Toutefois , en pratique clinique locale , l'attention doit porter sur la standardisation diagnostique , la complétude du suivi et la prévention des séquelles à long terme .

P14- Résultats de la prise en charge des patients atteints de Lymphome de Hodgkin dans sa forme localisée non Bulky.

F. Lamraoui¹, M.K. Benlabiod¹, N. Rekab¹, H. Brahimi¹, Z. Ferdi², S. Oukid¹, S. Taoussi¹, Y. Bouchakor Moussa¹, M. Mezroud², A. Rebouh¹, A.A. Ziani¹, M. Brada¹

(1) EHS ELCC Blida, Faculté de Médecine, Université SAAD DAHLEB 1, (2) EHS ELCC Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) dans sa forme localisée est une hémopathie maligne ayant un excellent pronostic, le taux de guérison atteint 90%. Le défi majeur est de définir de nouvelles stratégies permettant de maintenir l'efficacité tout en réduisant l'incidence des effets secondaires iatrogènes. La combinaison chimio-radiothérapie est toujours indispensable, cependant la

réduction du nombre de cures de CT, des champs d'irradiation et de la dose de RT en cas de RC semble devenir un standard.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique de patients atteints d'un LH localisé non Bulky nouvellement diagnostiqués entre Janvier 2019 et Décembre 2024, traités par le protocole ABVD à raison de 3 à 4 cures (réduites à 2 en cas de RCM) suivi d'une irradiation des sites initialement atteints.

Résultats :

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 382 pts dont 118 (30.8%) présentent une forme localisée non Bulky, 103 pts sont âgés entre 16-60 ans, âge médian 30 ans, sex ratio 0.76 (44H/59F), une TEP TDM initiale est réalisée par 30 pts (29%), 32 pts (31%) avaient des SG, une localisation sous diaphragmatique : 4 pts, selon le SGHG : 44 pts de forme précoce et 55 pts de pronostic intermédiaire. Tous les pts sont traités par le protocole ABVD.

Evaluation : une TEP TDM d'évaluation de fin de traitement est réalisée chez 49 pts (47.5%), RC : 70 pts (68%), RP ; 28 pts (27.1%), SD4 : 4 pts, échec : 1 pt. Une radiothérapie complémentaire : 96 pts (non faite : 3 formes sous diaphragmatiques, une grossesse, 3 non accessibilité). Une rechute est observée chez 3 pts, tous en rémission complète après traitement de rattrapage. Les SG, SSE et SSR sont respectivement 100%, 95.4% et 96.5%.

Commentaires :

Grâce à la combinaison chimio-radiothérapie, la guérison est obtenue dans plus de 90% des formes localisées du LH. Au cours de la dernière décennie, la TEP TDM est intégrée dans l'évaluation afin de tenter de réduire le nombre de cycles de CT (2 cycles), de la dose (20 à 30 Gy) et des champs d'irradiation (involved node). Dans notre contexte, les résultats peuvent être qualifiés d'excellents, la réduction du nombre de cycle de CT et la dose de RT à 20 Gy n'a pu être réalisée que chez 3 pts, nécessitant la généralisation de l'évaluation intermédiaire par TEP à tous les pts et la collaboration de nos confrères radiothérapeutes.

Conclusion :

Le pronostic du LH localisé sans facteurs de risque est excellent grâce à la combinaison CT/RT qui reste jusqu'à le traitement de choix. Afin de réduire la toxicité liée à la RT, des essais à base de CT exclusive ont été menés, se sont associés à un taux de rechute plus important.

P15- Les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques des lymphomes de Hodgkin avec masse Bulky à propos d'une cohorte multicentrique

M.R. Abbadi¹, M. Sid Ahmed¹, S. Bouhadi¹, R. Arada¹, M. Bentamoune¹, A. Boudib¹, S. Aounallah¹, H. Otsmane², M. Djilali², A. Nehab², A. Laib², F. Talbi², A. Bachiri², S.E. Belakehal²

(1) Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine, (2) Hôpital Central de l'Armée

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne représentant 15 à 20 % des lymphomes (1). La présence d'une masse volumineuse à la présentation a longtemps été considérée comme un facteur de mauvais pronostic dans le LH (2). Le Bulky est défini dans la classification de Lugano soit par un IMT > 1/3 ou masse unique > 10cm, alors que pour stades localisés, bulky > 7cm (2). Le volume reste difficile à définir et il varie entre 5 à 10 cm selon les études (3,4). Le but de notre étude est d'analyser les caractéristiques clinicobiologiques et évolutives des patients atteints de LH avec Bulky.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur 5 ans (2019–2024), incluant deux centres nationaux d'Hématologie (HCA et HMRUC), portant sur 166 dossiers de patients présentant un LH, 72(43,4%) avaient un Bulky > 7cm. L'analyse statistique est faite par le logiciel SPSS version 25.

Résultats et Discussion :

N=72 patients avec Bulky (48% des patients atteints de LH) ont été répertoriés. L'âge moyen est de 32,07±11,84 ans(16-71). Le sex-ratio=1,48. Les cas familiaux de lymphomes sont retrouvés dans 10% des cas. Le délai diagnostique est de 5,6±5mois(1-24). Le signe révélateur est une ADP cervical ou axillaire dans 49% des cas et la toux dans 24% des cas. Le type histologique scléro nodulaire prédomine (90,3% des cas), le type mixte dans 8,3% des cas. Pour l'IHC le profil CD15+/CD30+ est retrouvé dans 94%. Le syndrome tumoral est présent chez tous les patients et 73,6% des patients présentent des signes généraux. Au bilan d'extension, 65,3% des pts sont classés stades diffus (III ou IV d'Ann-Arbor), une atteinte extra-nodale est mise en évidence dans 57%, les atteintes osseuse et pulmonaire prédominent (34,8% et 33,4% des cas). Les tailles de Bulky moyen est de 104±24mm(70-170) sur Pet-Scan. Cinquante pourcents des pts sont classés à haut risque selon l'IPS. Sur le plan thérapeutique, le BEACOPPesc est utilisé chez 42 patients(58,3%), l'ABVD chez 26 patients(36,1%), PVAG chez 2 patients(2,8%), 1pdlv et 1décès avant d'initier traitement ont été répertoriés. Une RT complémentaire chez 16 pts (23%). Les réponses thérapeutiques étaient: RMC(72,2%), RC(4,2%), RP(1,4%), MS/échec 15,8% et une progression chez 4,3%. La rechute est notée chez 30% des pts dont 95% de rechutes précoces. La SSP et SG à 4 ans sont à (62% et 89%). Nos données se rapprochent de celles de la littérature, les formes bulky sont l'apanage du jeune âge avec une présentation clinico-biologiques et radiologique agressive (5). Dix pourcents de nos pts ont des ATCDs familiaux de lymphome. Malgré que la RT n'a été utilisée que chez 23% les réponses étaient satisfaisantes à la 1e ligne néanmoins y'avait 30% de rechute dont 95% précoce. L'analyse des survies n'a pas trouvé de différence entre les patients ayant reçu ou non la radiothérapie ni sur la SSP (p=0,66) ou la SG (p = 0,45).

Conclusion :

le LH est guérissable dans 80% avec les traitements actuels (1). Les formes bulky présentent un mauvais pronostic avec PFS nettement inférieure, l'utilisation de protocoles intensifs en première ligne et/ou thérapies ciblées améliore considérablement les réponses thérapeutiques et le devenir des patients.

P16- Complications thromboemboliques au cours du lymphome de Hodgkin

M. Chereti, A. Hadjeb, K. Tayebi, N. Si Ali, N. Zemri, A. Benaissa, E. Benzian, A. Ramdane

CHU Dr Abdelkader Hassani Sidi Bel Abbès

Introduction et Objectif :

Introduction : Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne dont le pronostic est excellent, grâce à des combinaisons de chimiothérapie, de radiothérapie et d'anticorps monoclonaux. Cependant, des complications thromboemboliques peuvent survenir, aggravant la morbidité et impactant la stratégie thérapeutique. Les mécanismes physiopathologiques sont complexes, représentés essentiellement par l'hypercoagulabilité liée aux facteurs pro coagulants sécrétés par les cellules tumorales, l'altération endothéliale induite par la chimiothérapie, l'infiltration tumorale ou à la pose du cathéter, enfin l'inflammation et la stase veineuse par compression tumorale. Objectif : Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques, histologiques et thérapeutiques de patients (pts) atteints de LH ayant présenté un événement thrombotique.

Matériels et Méthodes :

Patients et méthodes : c'est une étude rétrospective sur une période de 07 ans de janvier 2018 à juin 2025. Nous avons recensé 12 pts suivis pour LH compliqué de thrombose. Les données collectées sont : le sexe, l'âge, les antécédents, les facteurs de risque, le type histologique, le stade de la maladie, le score pronostique, le type de chimiothérapie et le traitement anticoagulant reçu .

Résultats et Discussion :

Résultats Nous avons colligé 12 pts, 8 hommes (66,7 %) et 4 femmes (33,3 %). L'âge moyen est de 39 ans [19 - 62] . Les antécédents médicaux sont un sarcome de Kaposi (1cas) , une bêta thalassémie mineure (1 cas) , obésité (4 cas) , tabagisme (2 cas), et alcoolisme (2 cas). les types histologiques sont : scléro-nodulaire chez 8 malades, déplétion lymphocytaire dans

1cas, prédominance lymphocytaire chez 1, et 2 cas avec cellularité mixte. 8 malades avaient un stade avancé (III-IV) et 4 pts avaient un stade localisé (I-II). La forme Bulky est retrouvée chez 2 malades. Sur le plan thérapeutique, les pts ont été mis sous polychimiothérapie de type: ABVD et BEACOPP pour la première ligne, DHAC, Nivolumab et Brentuximab Védotin pour les pts en rechute. Les types de thromboses présentées par les pts sont : une thrombose veineuse profonde (TVP) chez 7 pts, une thrombose veineuse superficielle (TVS) chez 3, une embolie pulmonaire dans 1 cas, et un cas de thrombose cérébrale. Ces complications thrombotiques sont survenues au diagnostic chez 5 pts, au cours du traitement chez 3 malades, et à la rechute chez 4 pts. L'évolution sous anticoagulants type (lovénox dose curative ou Innohep) a été favorable chez 9 pts alors qu'une réponse partielle a été obtenue chez 3 pts.

Conclusion :

La thrombose au cours LH n'est pas rare, elle peut survenir dès le diagnostic comme elle peut survenir à tout moments de leur prise en charge . Dans notre série elle représente 11% . La stratégie thérapeutique devrait intégrer une vigilance thrombotique accrue, surtout chez les patients présentant des facteurs de risque ou un stade avancé. Une prophylaxie adaptée pourrait être discutée au cas par cas

P17- Prise en charge du lymphome de Hodgkin chez une patiente drépanocytaire

K.M. Benlabiod, F. Lamraoui, H. Brahimi, N. Rekab, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Bouchakor, A.A. Ziani, A. Rebouh, M. Mezroud, C. Guezlane, M. Bradai.

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

Grâce aux progrès réalisés dans la prise en charge de la drépanocytose, l'espérance de vie des patients a considérablement augmenté, exposant plus fréquemment

ces derniers à des pathologies liées au vieillissement, notamment les néoplasies. Le cas que nous présentons est celui d'un lymphome de Hodgkin chez une patiente drépanocytaire.

Présentation du cas clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 34 ans, aux antécédents de drépanocytose homozygote, rarement hospitalisée pour des crises vaso-occlusives, ayant mené une grossesse à terme à l'âge de 30 ans sans complications majeures, consulte pour des signes généraux, un ballonnement et une douleur abdominale, une échographie a révélé de multiples adénopathies rétropéritonéales, hilaires hépatiques, et lombo-aortiques dont le diamètre varie entre 50 et 99 mm, avec une hépatomégalie, flèche hépatique à 19 cm. Une TDM thoracique retrouve un épanchement pleural droit de petite abondance. L'examen histologique et immunohistochimique de la biopsie d'exérèse d'une adénopathie rétropéritonéale a révélé un lymphome hodgkinien classique de type scléro-nodulaire. La maladie est classée au stade IV B médullaire (biopsie ostéomédullaire infiltrée), et en IPS 3 selon la classification pronostique des stades étendus.

L'option thérapeutique adoptée est celle du protocole BV+AVD : BV (Brentuximab Vedotin) 1,2mg/kg J1, J15/ Doxorubicine 25mg/m² J1, J15, Vinblastine 6mg/ m² J1, J15/ Dacarbazine 375 mg/ m² J1, J15.

La patiente est suivie en hôpital de jour ayant reçu jusqu'à ce jour 5 cures, nécessitant des perfusions de solutés pour hydratation ainsi que des transfusions de concentrés de globules rouges (11 CGR) pour maintenir un taux d'hémoglobine de base supérieur à 7g/dl. Le facteur de croissance hématopoïétique était utilisé avec prudence chez cette patiente (pour une neutropénie grade 4) du fait de risque de déclenchement de crises douloureuses. Une TEP faite après 2 cures a objectivé une régression nette de la masse tumorale avec une réponse métabolique complète (Deauville 2). La patiente n'a pas été hospitalisée pendant toute la durée du traitement.

Discussion :

L'allongement de la survie des patients drépanocytaires augmente le risque de

développement des néoplasies. Dans une méta-analyse menée sur les cancers de la drépanocytose étudiant 142 cas, les hémopathies malignes étaient la tendance la plus élevée, le lymphome Hodgkinien représentait 5,6 % des cas (1).

Dans une étude menée en Californie entre 1988 et 2014, les hémopathies malignes chez les drépanocytaires représentaient 26 % du total (2).

Les traitements recommandés pour les patients non drépanocytaires peuvent être appliqués aux cas de drépanocytose, en accordant une attention particulière au terrain et aux interactions médicamenteuses, comme nous l'avons présenté dans notre schéma thérapeutique utilisé. (Sans corticothérapie).

Le choix du protocole BV AVD était basé sur le fait que ce dernier a démontré sa supériorité par rapport au protocole ABVD dans les stades avancés du LH, en évitant ainsi la toxicité pulmonaire de la Bléomycine en particulier chez le patient drépanocytaire.

Conclusion :

Le risque de survenue d'une hémopathie maligne chez les patients drépanocytaires nécessite une surveillance étroite de ces derniers. Leur prise en charge demande une attention particulière.

P18- Traitement des lymphomes Hodgkiniens réfractaires ou en rechute par Brentuximab vedotin

A. Hadjeb, N. Si Ali, K. Tayebi, M. Chereti, A. Ramdoun, N. Zemri, A. Mestari, H. Benzian, A. Benaissa, M. Benlazar

Chu De Sidi Bel Abbes

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est devenu une maladie curable pour la plupart des patients. Une rechute ou une maladie réfractaire peut être observée dans approximativement 10- 20 % des cas, tous stades confondus. Cette étude a pour but d'étudier le devenir des patients suivis pour LH en rechute et/ou réfractaire (R/R) ayant

bénéficié d'un traitement de rattrapage par immunothérapie de type Brentuximab vedotin (BV).

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective d'octobre 2023 à juin 2025. Nous avons recensé tous les patients suivis pour LH R/R et ayant bénéficié d'un traitement par BV. Nous avons évalué leur réponse au traitement, ainsi que la toxicité du BV.

Résultats et Discussion :

Nous avons colligé 11 patients dont 8 femmes et 3 hommes, avec un âge médian de 27ans [20- 43]. 08 patients étaient en rechute avec un délai de 11 mois à 7 ans, 03 patients étaient réfractaires primaires. Initialement, 2 patients avaient un stade localisé favorable, 02 patients un stade IIB, et 07 patients avaient une maladie étendue stade IV défavorable. Sur le plan thérapeutique, 06 patients ont été mis sous protocole BV/ Bendamustine, 02 patients sous BV/ Nivolumab et 3 patients ont reçu du BV seul. A l'évaluation, 8 (72%) patients avaient une réponse objective : 5 en RC avec une réponse métabolique complète, et 3 en réponse partielle. 2 malades en RC ont bénéficié d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques suivie de BV en maintenance. Le traitement par BV a été bien toléré, avec une neuropathie de grade 2 chez 4 malades, et une neutropénie grade 1-2 chez 6.

Conclusion :

Les thérapies ciblées à base d'anticorps monoclonaux (BV) en monothérapie ou associées à la chimiothérapie, permettent de rattraper de nombreux malades suivis pour LH en rechute ou réfractaire.

P19- Aspects cliniques, biologiques et évolutifs des stades avancés du lymphome de Hodgkin au service Hematologie CLCC DBK

K. Ait-Seddik, S. Zerbout, K. Daci, S. Dechir, Z. Batoul, T. Bourema, A. Radji, A. Belhocine, N. Ait Amer

CLCC DBK Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif :

le Lymphome de Hodgkin(LH) est une hémopathie lymphoïde rare, Globalement, le pronostic est bon avec une SG à cinq ans de 81%. Cependant 20 à 30% des LH avancés. L'identification au diagnostic du pronostic de la maladie reste cependant un challenge pour améliorer l'évaluation du risque de rechute et prédire les chances de réponse aux nouvelles thérapeutiques. (1)

Matériels et Méthodes :

de Janvier 2020 à Décembre 2024(60 mois), 120 cas de LH ont été diagnostiqués dont 58 cas (48 %) au stade avancé (incluant les stades IIB de haut risque) L'évaluation a été faite le 30/06/2025. Sur un suivi médian de 25 mois.

Résultats et Discussion :

Pour les 58 patients (pts) au stade avancé: l'âge médian est de 41 ans (17 - 81), le sex ratio H/F est de 1.07. on a retrouvé, les SG chez 7pts (12%), les ADP superficielles chez 36 pts (62 %) et ADP > 10cm chez 4 pts (7%), le prurit chez 5pts (8.5. %), les localisations extra ganglionnaires chez 37pts (63%). Des ADP médiastinales(IMT> 0.33) ont été retrouvées chez 07pts (12%) 37 pts (64%) sont au stade IV, 16 pts (27%) au stade III et 5 pts (9%) au stade IIB haut risque. 26pts (45%) avec un taux d'hémoglobine < 10.5 g/dl, 17pts (29%) avec un taux de GB ? 15G/L, un taux d'albumine 50mm chez 41 pts (70%) Selon l'IPS sur les 53 pts au stade III et IV, 38 pts (72 %) sont à haut risque et 15 pts (28%) . 40.pts (69%) ont reçu exclusivement l' ABVD avec un nombre moyen de cures de 6.2 (1-.8), 04 pts (07%) ont reçu le BEACOPP. 11pts (19%) : BEACOPP/ABVD et 3 pts (05%) l' AVD. Une radiothérapie (RT) chez 9 pts (16%) . une RG a été obtenue chez 45 pts (77%) dont une RC chez 38 pts (65%), une RP chez 07 (12%). Un échec : 08 pts (14%) et 05 pts (09 %) sont décédés au cours du traitement. Au 30/06/2025 date d'évaluation :sur les 45 pts en RG, 39pts (87 %) sont en réponse persistante(RP), 03 pts (07%) ont rechuté sur un délai moyen de 21 mois et 03 patients sont décédés en RP. les 8pts en échec :4 sont en réponse après un traitement de rattrapage et 04 patients en cours de traitement avec un nombre moyen de lignes thérapeutiques de 4 (2 -6) 08 pts (14 %) décédés : toxique 5pts, en

réponse 3 pts.

Conclusion :

Dans notre série de 58 pts, 40pts (69%) ont reçu exclusivement le protocole ABVD. Sur une médiane de suivi de 25 mois, 39pts (87%) sont en réponse persistante. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature : Les taux de SSP à 5 ans rapportés après 6 à 8 cycles d'ABVD dans les formes avancées de LH sont seulement de 68 % à 75 %. L'introduction de l'immunothérapie en première ligne dans ces formes défavorables permet d'obtenir de meilleures réponses avec un profil de toxicité favorable (1)

P20- Traitement du lymphome de Hodgkin étendu par ABVD

M. Chereti, A. Hadjeb, N. Si Ali, K. Tayebi, N. Zemri, A. Benaïssa, E. Benzian, A. Ramdoune, A. Mestari, M. Benlazar

CHU : Dr Abdelkader Hassani Sidi Bel Abbès

Introduction et Objectif :

Introduction Le protocole ABVD a été pendant plusieurs années un régime de traitement du lymphome de Hodgkin (LH) étendu efficace et peu toxique. Il permet d'obtenir un taux de rémission complète (RC) de l'ordre de 70% à 80%, avec une survie sans progression (SSP) à 5 ans de l'ordre de 60-70%. Objectif Evaluer l'efficacité du protocole ABVD chez les patients suivis dans notre service pour LH stade étendus.

Matériels et Méthodes :

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective de 2013 à 2021 de patients présentant un LH avancé et traité par ABVD. Les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques ont été étudiées à partir de dossiers de malades. Nous avons déterminé la réponse des malades à cette thérapeutique : taux de rémission, survie globale (SG) et survie sans progression (SSP). La survie des patients a été déterminée par la méthode de Kaplan-Meier, et l'analyse statistique des données par les logiciels Medcalc 13 et SPSS 25.

Résultats et Discussion :

Résultats 32 patients présentant un LH

étendu ont reçu le protocole ABVD : 17 femmes et 15 hommes. L'âge médian de la cohorte est de 29 ans, avec des extrêmes de 16 à 67 ans. Les types histologiques du LH présenté par les patients sont les suivant : type 1 chez un patient (3%), type 2 chez 25 (75%), et type 3 chez 7 (25%). Les stades d'extension de leur maladie selon la classification topographique d'ANN ARBOR sont : 8 (25%) malades avec un stade IIBX, 2 (6%) IIIA, 11 (34,5%) IIIB, et 11 (34,5%) IV. 16 (53%) patients avaient un index pronostique international (IPS) défavorable. Après chimiothérapie, une réponse objective était obtenue chez 21 (66%) malades, avec une rémission complète (RC) chez 17 (53%), et une réponse partielle (RP) chez 4 (13%). La survie globale (SG) à 5 ans est de 90% et la SSP à 82%. Les patients avec index pronostic international (IPS) défavorable (>2) ont une SSP réduite à 63% vs 94% chez les pts avec IPS favorable (P=0.02). 5 (24%) patients ont rechuté, après un délai médian de 8 mois.

Conclusion :

Conclusion Le protocole ABVD offre une survie réduite sans progression pour les patients présentant un lymphome de Hodgkin étendu, essentiellement ceux avec un score défavorable. L'association de ce protocole avec des anticorps monoclonaux anti CD30 ou anti PD1/PDL1 permettra d'améliorer ses résultats

P21- Impact des masses bulky dans les stades localisés lymphome hodgkinien

N. Zatout, H. Hamouda, A. Kechichi, Y. Chenane, Y. Amrane, R. Cherak

Service d'hématologie. Laboratoire de recherche santé et environnement. Université Ferhat Abbas UFAS1 Sétif.

Introduction et Objectif :

Les stades localisés du lymphome hodgkinien sont retenus comme de bon pronostic, cependant les formes localisées avec une masse bulky étaient une problématique et sur le plan pronostic et le choix thérapeutique. . Objectif : Rapporter les aspects diagnostics des stades localisés avec masse bulky et étudier les résultats thérapeutiques de ce groupe par rapport à

un groupe de stades localisés défavorables sans Bulky afin d'apprécier l'impact pronostic de ce facteur dans ce groupe.

Matériels et Méthodes :

Sur une période de 13 ans (2012–2024), nous avons colligés 238 patients présentant un lymphome hodgkinien forme localisée, dont 218 (92%) sont des formes sus-diaphragmatiques parmi lesquels, 134 pts (61%) sont des stades localisés de forme défavorable dont 76 pts (57%) sont des stades avec masse bulky (IMT >0,33 ou diamètre > 10 cm) et 58 pts (43%) sont des stades localisés défavorables mais sans masse bulky. Le diagnostic est porté sur les études histologiques et immunohistochimique. Les patients sont classés selon Ann Arbor et les critères pronostics EORTC. Le traitement des 134 patients était une association de chimio radiothérapie. Chimiothérapie : 50% des pts ont reçus l'ABVD, 25% ABVD cis plat et 25% le BEACOPP. 97% des pts ont reçus une radiothérapie complémentaire

Résultats et Discussion :

Le groupe de 76 pts avec masse Bulky est représenté 25hommes et 51femmes, Sex-ratio H/F:0.49. L'âge moyen est de 26ans (15-46ans). le type 2 histologique représente 88% des pts de ce groupe. Ils sont répartis comme suit : IA: 4pts(11%), IB: 9 pts (12%), IIA: 20 pts (26%), IIB:43 pts (56%). L'atteinte Bulky était en majorité médiastinale chez 73pts (96 %) et périphérique dans 3cas. Résultats thérapeutiques des deux groupes : 1- Groupe avec une masse Bulky : RC: 54cas(71%),TBRP:16cas(21%), Echec primaire:6cas (8 %),4cas de rechute précoce. Devenir : Après un suivi moyen de 84mois (4-156mois): RC:59cas (2PDV) dont 7pts rattrapés après un traitement de 2ème ligne, 9 pts en TBRP, 3pts PDV en échec et 5pts DCD par progression de la maladie. la survie globale à 10 ans est de 93.4% et la SSE : 89.5%. 2-Groupe des formes défavorables sans masse Bulky :58pts (43%): Une RC : 50pts (86%), TBRP : 5pts (9%), Echec primaire : 3 pts (5%) avec 3 cas de rechute. Devenir : Après un suivi moyen de 84mois (4-156 mois) : RC : 55 pts (95%) dont 5 rattrapés après un traitement de 2ème ligne, 2 pts en TBRP dont 1 PDV et 1pt sous Nivolumab. à 10 ans la survie globale est de 100% et la SSE de 94.8%.

Conclusion :

La masse Bulky dans les stades localisés est un sujet de débat dans les stades localisés, la SSE est inférieur par rapport à l'autre groupe, le choix thérapeutique mérite une étude nationale afin de définir le protocole le plus approprié.

P22- Lymphome de Hodgkin du sujet âgé : un challenge

F. Lamraoui, H. Brahimi, N. Rekab, M.K. Benlabiod, Z. Ferdi, S. Taoussi, S. Oukid, Y. Bouchakor Moussa, M. Mezroud, A. Rebouh, A.A. Ziani, C. Guezlane, M. Bradai.

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, BP 270, Route de Soumaa, Blida, Algérie

(1) EHS ELCC Blida, Faculté de Médecine, Université SAAD DAHLEB 1, (2) EHS ELCC Blida

Introduction et Objectif :

Les patients âgés de plus de 60 ans atteints d'un Lymphome de Hodgkin classique (LHc) représentent une proportion non négligeable de nouveaux cas diagnostiqués ; toutefois leur prise en charge demeure particulièrement complexe avec des résultats inférieurs à ceux des sujets jeunes : comorbidités, toxicité accrue des schémas conventionnels de chimiothérapie (CT) notamment l'ABVD. L'introduction des thérapies innovantes (Brentuximab Védotin, inhibiteurs du Check Point) ouvre des perspectives prometteuses potentiellement efficaces et moins toxiques réduisant ainsi le recours à la chimiothérapie.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective des patients âgés de plus de 60 ans atteints d'un LHc pris en charge entre Janvier 2019 et Décembre 2024. Le choix du protocole est guidé par la performance statut du pt et des comorbidités.

Résultats :

Durant cette période d'étude, nous avons colligé 35 pts, âge médian : 71 ans (61-89),

sex ratio : 1.33 (20H/15F), ECOG $\geq$ 2 : 5 pts, une comorbidité est notée chez 15 pts, selon la classification Ann Arbor : stades I/II : 12 pts (34.1%) dont 3 sous diaphragmatiques, stade III/IV: 23 pts (65.7%), les signes B chez 22 pts (62.8%), IPS $\geq$ 3 chez 20 pts (86.9%). Les protocoles de chimiothérapie institués : ABVD chez 15 pts, AVD chez 10 pts, COPP chez 4 pts, Gemcitabine monothérapie : 2 pts, Procarbazine/CTC : 2 pts, Vinblastine : 1 pt, Adriamycine/Dacarbazine : 1 pt ; une radiothérapie complémentaire : 4 pts. Evaluation : 31 pts, un PET intérimaire : 7 pts (6 RCM : 4 ABVD et 2 AVD, SD5: 1 pt sous ABVD), RC : 18 pts (58%), RP : 9 pts (29%), échec : 4 pts (12.9%). Une rechute est survenue chez 3 pts (11% : 1 pt sous ABVD, 1 pt sous AVD et 1 pt sous COPP). SG et SSE à 5 ans: 56.8% et 51.6%. En raison d'une toxicité hématologique de l'ABVD de grade 3 et 4, une réduction des doses et un retard de cures a été indispensable chez certains pts ; aucun décès lié au traitement n'a été noté.

Commentaires :

Peu d'essais cliniques sont conduits chez les pts âgés de plus de 60 ans ce qui rend leur prise en charge complexe. L'ABVD a une tolérance limitée ; afin de réduire la toxicité pulmonaire de la Bléomycine, le protocole AVD a été adopté mais avec un risque accru de rechute. Dans notre cohorte, 71.4% ont reçu ABVD/AVD mais avec une toxicité ayant nécessité une adaptation des doses. Les survies globale et sans événement de nos pts se rapprochent de celle de la littérature (55 à 65%). Toutefois, l'effectif de notre cohorte reste faible, ce qui influe sur nos résultats en plus de l'absence d'une évaluation gériatrique avant traitement.

Conclusion :

La prise en charge du LH du sujet âgé reste un défi majeur. Les essais récemment menés avec le BV et les ICP en association avec la chimiothérapie ont inclus un nombre limité de pts âgés démontrant une amélioration significative des résultats avec une meilleure tolérance.

P23- Quand l'hémophilie rencontre un cancer : le défi diagnostic et thérapeutique

A. Djouadi, B. Tabet, Z. Brahim, N. Lakhdari
CHU Bejaia

Introduction et Objectif :

L'hémophilie est une coagulopathie congénitale émaillée de complications hémorragiques et articulaires. L'association avec une hémopathie maligne est rare et peu documentée. Notre travail rapporte un cas de lymphome hodgkinien survenue chez un patient hémophile pour souligner la rareté de cette situation et le défi thérapeutique.

Matériels et Méthodes :

C'est un patient âgé de 51 ans suivi dans notre service pour hémophilie A mineure sous traitement substitutif à la demande fumeur depuis 40 ans (8 paquets/an). Le patient a constaté une adénopathie inguinale gauche de 5 cm ce qui a motivé l'exploration. Le patient a bénéficié d'une biopsie exérèse sous traitement substitutif son incidents hémorragiques et dont l'étude anatomopathologique revient en faveur d'un lymphome hodgkinien classique à cellularité mixte CD15(+) CD30(+). Le patient avait un stade localisé sous diaphragmatique après bilan d'extension par TEP-scan.

Résultats et Discussion :

Le patient est traité par protocole ABVD avec obtention d'une réponse métabolique complète après deux cycles et adressé en radiothérapie après le 4ème cycle d'ABVD.

Conclusion :

Le lymphome hodgkinien chez un patient hémophile représente une situation exceptionnelle. Grâce à une prise en charge substitutive adaptée, un diagnostic et un traitement oncologique standard peuvent être conduits en toute sécurité, avec un bon contrôle de la maladie.

P24- Apport des biomarqueurs inflammatoires dans la prédiction du risque de rechute du lymphome hodgkinien : étude multicentrique à propos de 42

CQS

M. Sid Ahmed¹, M.R. Abbadi¹, S.D. Bouhadi¹, R. Arrad¹, A. Boudib¹, M. Bentamoune¹, M. Sadoun¹, H. Otsmane², M. Djilali², A. Nehab², S. Kirli², C. Bedrine², A. Laib², H. Hamdoud², A. Ferkh², F. Talbi², A. Bachiri², Z. Midou³, C. Kerrouche³, Y. Ghassoul³, S. Baghdad³, M. Sameur⁴, S.E. Belakehal⁵

(1) Service d'Hématologie – Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine, (2) Service d'Hématologie – Hôpital Central de l'Armée d'Alger, (3) Service d'Hématologie – Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran, (4) Service d'Epidémiologie et Médecine Préventive – EPSP Saïda, (5) Hôpital Central de l'Armée d'Alger

Introduction et Objectif:

Le lymphome hodgkinien réfractaire ou en rechute (LH R/R) demeure un véritable défi thérapeutique malgré les avancées récentes. Dans les pays émergents, l'identification de biomarqueurs simples et accessibles est essentielle afin d'anticiper le pronostic et d'optimiser la prise en charge. Parmi ces biomarqueurs, les ratios hématimétriques tels que le NLR (Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio) et le PLR (Platelet-to-Lymphocyte Ratio) reflètent l'inflammation systémique et la réponse immunitaire en lien avec l'évolution de la maladie. Notre étude a pour objectif d'évaluer leur valeur prédictive dans le risque de rechute du LH.

Matériels et Méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique (HMRUC, HCA, HMRUO), incluant les patients atteints de LH classique en rechute ou réfractaire pris en charge entre 2019 et 2024. Parmi 178 patients, 42 cas de LH R/R ont été colligés. Les dossiers médicaux ont été analysés, incluant les caractéristiques cliniques et thérapeutiques, ainsi que l'évaluation de la réponse au traitement selon les critères de Lugano. À partir des données de l'hémogramme initial, Les valeurs seuils du NLR et du PLR ont été déterminées par analyse ROC (Receiver Operating Characteristic). Les survies ont été calculées par Kaplan-Meier et comparées par test du log-rank. Les associations avec le LH R/R ont été analysées par régression logistique (SPSS v.26).

Résultats et Discussion:

N= 42 LH R/R (23,6 %). Le sexe ratio était de 2,5 avec un âge moyen au diagnostic de 37,7 ans (18–79). Le délai moyen de diagnostic était de 5,4 mois (1–24). Le type histologique prédominant était le type 2 avec 27 cas (81%). Le stade avancé (III–IV) concernait 30 patients (71,4%), le bulky > 7 cm dans 45,2% et l'atteinte extra-nodale dans 54,8% des cas. Les seuils retenus pour les ratios hématologiques étaient :NLR bas <3,24 et élevé ≥3,24 (81,1%), PLR bas <211 et élevé ≥211 (70,3%). Les traitements administrés étaient : ABVD: 57,1% des cas, BEACOPP: 33,3% des cas associés à une radiothérapie: 23,8%. La RC a été obtenue chez 35,7% des patients dont 80% de RMC. La RP concernait 14,3% des cas et l'échec thérapeutique 50%. Les rechutes précoces étaient observées dans 64,3% des cas. Les associations entre rechutes et ratios hématologiques étaient significatives :

NLR : p = 0,007, test de Khi² =7,28, OR = 3,25 [IC 95% : 1,33–7,91]. PLR: p = 0,001, test de Khi² =10,55, OR = 3,50 [IC 95 % : 1,60–7,65] Concernant les lignes de traitement post-rechute : 2 lignes : 40,5 % des patients, 3 à 5 lignes : 50,1%. Une autogreffe a été réalisée chez 13 patients (30,9%). À 60 mois, la SG était de 72,5% avec une SSP moyenne de 14,8 mois (4–70 mois).

Conclusion:

Notre étude a démontré que le NLR et le PLR sont utiles pour affiner l'évaluation du risque de rechute chez les patients atteints de LH. Leur caractère simple, accessible et peu coûteux en fait des outils intéressants à intégrer dans la stratification initiale afin d'identifier les patients à haut risque de rechute et de sélectionner ceux pouvant bénéficier d'une intensification thérapeutique ou d'une immunothérapie.

P25- Impact pronostique des caractéristiques cliniques dans le lymphome hodgkinien : analyse multicentrique de la survie globale et sans progression

M. Sid Ahmed¹, M.R. Abbadi¹, S.D. Bouhadi¹,

R. Arrada¹, A. Boudib¹, M. Bentamoune¹, S. Aounallah¹, M. Sadoun¹, H. Otsmane², M. Djilali², A. Nehab², S. Kirli², C. Bedrine², A. Laib², H. Hamdoud², A. Ferkhi², F. Talbi², A. Bachiri², Z. Midou³, C. Kerrouche³, Y. Ghassoul³, S. Baghdad³, M. Sameur⁴, S.E. Belakehal⁵

(1) Service d'Hématologie – Hôpital militaire Régional Universitaire de Constantine, (2) Service d'Hématologie – Hôpital Central de l'Armée d'Alger, (3) Service d'Hématologie – Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran, (4) Service d'Epidémiologie et Médecine Préventive – EPSP Saida, (5) Hôpital Central de l'Armée d'Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome hodgkinien (LH) est une hémopathie maligne caractérisée par une grande hétérogénéité clinique et pronostique. Son profil évolutif dépend de plusieurs facteurs cliniques et biologiques. Dans ce contexte, notre étude vise à évaluer l'impact pronostique des principales caractéristiques cliniques notamment l'âge, le sexe, le stade avancé, l'atteinte extra-nodale et le bulky sur la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP).

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique analytique (HMRUC, HCA, HMRUO), menée entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2024, incluant 178 patients atteints de LH classique. Les caractéristiques démographiques et cliniques notamment l'âge,

Sexe, stade avancé, masse bulky, atteinte extra-nodale ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Les réponses thérapeutiques ont été évaluées selon les critères standards de Lugano. La SSP et la SG ont été analysées selon la méthode de Kaplan-Meier et comparées par test du log-rank (SPSS v.26).

Résultats et Discussion :

N = 178 : HCA 86 pts (48,3 %), HMRUO 48 pts (27%) et HMRUO 44 pts (24,7 %). Le sexe ratio était de 1,5. L'âge moyen était de 35,8 ans (16–79 ans). Le délai diagnostique moyen était de 5,4 mois. Le stade avancé (III–IV) était dans 107 cas (60,1%), une masse bulky (>7 cm) dans 77 cas (43,3 %) et une atteinte extra-nodale dans 86 cas (48,3 %). Les traitements administrés étaient l'ABVD

dans 56,7 % des cas et le BEACOPP dans 39,3 % associés à une radiothérapie dans 32 % des cas. La RC a été obtenue chez 79,2 % des patients dont 80,1 % de RMC. La RP concernait 5,1 % des cas. Le taux de rechute était de 23,6 % avec une mortalité globale de 6,2 % et 1,6 % de PDV. À 60 mois, la SSP était de 68,9 % et la SG de 88,4 %. L'analyse des survies a montré un impact significatif sur la SG du sexe ($p=0,02$), de l'âge >45 ans ($p<0,0001$) et du stade diffus ($p=0,008$) tandis que la SSP était influencée uniquement par le sexe ($p=0,05$).

Conclusion :

Notre étude souligne l'importance pronostique de certains facteurs cliniques dans le lymphome hodgkinien. Le sexe masculin, l'âge supérieur à 45 ans ainsi que le stade diffus sont significativement associés à une diminution de la GS traduisant leur valeur en tant que marqueurs de sévérité de la maladie. En revanche, la survie sans progression est influencée uniquement par le sexe, ce qui suggère un rôle distinct de ce paramètre dans l'évolution de la maladie.

P26- Impact pronostique du Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio dans la prédiction des lymphomes hodgkiniens réfractaires primaires : étude multicentrique analytique

M. Sid Ahmed¹, M.R. Abbadi¹, S.D. Bouhadi¹, R. Arrada¹, A. Boudib¹, M. Bentamoune¹, S. Aounallah¹, M. Sadoun¹, H. Otsmane², M. Djilali², A. Nehab², S. Kirli², C. Bedrine², A. Laib², H. Hamdoud², A. Ferkhi², F. Talbi², A. Bachiri², Z. Midou³, C. Kerrouche³, Y. Ghassoul³, S. Baghdad³, M. Sameur⁴, S.E. Belakehal⁵

(1) Service d'Hématologie – Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine, (2) Service d'Hématologie – Hôpital Central de l'Armée d'Alger, (3) Service d'Hématologie – Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran, (4) Service d'Epidémiologie et Médecine Préventive – EPSP Saida, (5) Hôpital Central de l'Armée d'Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome hodgkinien (LH) est une hémopathie maligne dont le pronostic s'est nettement amélioré grâce aux schémas modernes de chimiothérapie. Cependant, un sous-groupe de patients demeure réfractaire malgré une prise en charge optimale. L'identification de biomarqueurs simples, accessibles et reproductibles permettant de prédire la résistance primaire au traitement est donc essentielle. Le Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) a émergé comme facteur pronostique potentiel dans plusieurs cancers. Son rôle dans la prédiction des LH réfractaires primaires reste cependant peu étudié notamment dans les pays émergents. Notre étude multicentrique évalue la valeur pronostique du NLR dans ce contexte.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique analytique (HMRUC, HCA, HMRUO), menée entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2024, incluant 178 patients atteints de LH classique traités en première ligne. L'évaluation des réponses thérapeutiques étaient selon les critères de Lugano. Le NLR a été calculé à partir de l'hémogramme initial ; le seuil optimal a été déterminé par courbe ROC (Receiver Operating Characteristic). Les associations avec le LH réfractaire primaire ont été analysées par régression logistique (SPSS v.26).

Résultats et Discussion :

N = 178 : HCA 86 pts (48,3 %), HMRUO 48 pts (27%) et HMRUO 44 pts (24,7 %). Le sexe ratio était de 1,5. L'âge moyen était de 35,8 ans (16-79 ans). Le délai diagnostique moyen était de 5,4 mois (1-24 mois). Le type 2 histologique prédominait avec 151 cas (84,4 %). Le stade avancé (III-IV) était dans 107 pts (60,1 %). Le seuil retenu du NLR : bas < 3,24 et élevé ≥ 3,24, Les traitements administrés étaient l'ABVD dans 56,7 % des cas et le BEACOPP dans 39,3 % associés à une radiothérapie dans 32 %. La RC a été obtenue chez 79,2 % des patients dont 80,1 % de RMC. La RP concernait 5,1 % des cas. Le taux des réfractaires primaires était de 20,8 % (37 pts). L'analyse univariée a montré que le NLR initial était significativement associé au risque de lymphome hodgkinien réfractaire primaire. Un NLR ≥ 3,24 augmentait fortement la probabilité

avec un odds ratio de 8,0 [IC 95 % : 1,46-43,67, p = 0,016].

Conclusion :

Ces résultats suggèrent que le NLR, un marqueur simple et facilement accessible à partir d'un hémogramme, pourrait servir de facteur pronostique précoce pour identifier les patients à risque de résistance au traitement standard et orienter précocement les décisions thérapeutiques notamment pour bénéficier d'une intensification ou d'une immunothérapie adaptée.

P27- Le Lymphome de Hodgkin chez les adolescents

A.Ramdoum, A. Hadjeb, N. Si Ali, K.Tayebi, M.Chereti, A.Mestari, N.Zemri, M.Benlazar

Service d'hématologie, CHU de Sidi Bel Abbes

Introduction et Objectif :

Le traitement standard des patients adolescents atteints de lymphome de Hodgkin (LH) n'est pas bien défini, en particulier dans le choix entre protocoles pédiatriques et ceux réservés aux adultes. Ainsi, nous avons comparé les facteurs de risque et les résultats thérapeutiques des adolescents et des jeunes adultes atteints de LH traités par ABVD.

Patients et méthodes

98 patients patients traités dans notre service entre 2000 et 2016 ont été analysés : 33 adolescents âgés entre 15 et 21 ans, et 65 jeunes adultes âgés entre 22 et 39 ans. Tous les malades ont reçu comme chimiothérapie initiale le protocole ABVD, suivi chez 65 (66,3%) d'une radiothérapie.

Nous avons comparé les caractéristiques des patients des deux populations en utilisant le test exact de Fisher. Les survies ont été estimées en utilisant la méthode de Kaplan et Meier, et comparées par le test de log rank. Une régression avec modèle à risques proportionnels de Cox a été utilisée pour évaluer les facteurs pronostiques chez les malades adolescents.

Résultats

Le type 2 histologique ainsi qu'une

hypoalbuminémie étaient plus fréquentes chez les patients adolescents ($P=0.05$, $P=0.02$ respectivement). L'incidence des autres facteurs de risque sont sans différence significative entre les deux populations. Avec un suivi médian de 67 mois, la survie globale (SG) et la survie sans événement (SSE) à 5 ans sont de l'ordre de 79% et 72% pour tous les malades. Le taux de rémission complète (RC) global est de 87.8 %, 84.8% chez les adolescents et 89% chez les adultes jeunes ($P = 0.53$). Le test log rank n'a montré aucune différence significative entre les deux groupes d'âge, en ce qui la survie globale ($P=0.31$) ou la SSE ($P=0.51$). A 5 ans, l'estimation de la SG et la SSE sont de l'ordre de 77% et 74% pour les jeunes adultes, 73% et 68% pour les adolescents, respectivement. Après analyse par régression de cox, deux facteurs étaient déterminants pour la survie des patients adolescents : une atteinte tumorale massive ($P=0.008$) ou extraganglionnaire ($P=0.04$).

Conclusion

Le pronostic et les facteurs de risque des patients adolescents et des jeunes adultes atteints de LH, et traités par ABVD sont comparables. Ces données suggèrent que les protocoles de traitement chez l'adulte présentent une option de traitement sûre et efficace pour les patients adolescents.

P28- Résultat de la prise en charge du Lymphome de Hodgkin classique avancé chez l'adulte jeune

F. Lamraoui, H. Brahimi, N. Rekab, M.K. Benlabiod, Z. Ferdi, S. Taoussi, S. Oukid, Y. Bouchakor Moussa, M. Mezroud, A. Rebouh, A.A. Ziani, C. Guezlane, M. Bradai

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

Le traitement optimal de première ligne du LHc avancé repose sur une chimiothérapie exclusive ; les deux régimes de choix sont ABVD et BEACOPP esc : le premier permet

un meilleur rapport efficacité/tolérance, le second permet un meilleur contrôle de la maladie mais sans impact sur la survie globale (SG) en raison de sa toxicité à court et à long terme.

Au début des années 2000, une avancée majeure a été réalisée avec l'introduction de la TEP TDM dans l'évaluation intermédiaire (après 2 cures) de la réponse thérapeutique permettant une désescalade de l'intensité du traitement chez les patients bons répondeurs

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective de patients atteints d'un LH avancé (I/II B Bulky, III et IV) nouvellement diagnostiqués traités entre janvier 2019 à décembre 2024. Le choix du protocole est basé sur le pronostic (IPS) et la présence d'une masse Bulky mais parfois également guidé par les conditions du pt (gestion de la toxicité). L'évaluation après 2 cures est réalisée soit par la TEP si les moyens des pts le permettent ou par une TDM, indiquant une escalade ou désescalade en fonction des réponses (les pts ayant une masse Bulky sous ABVD avec régression de moins de 50% à la TDM après 2 cures : escalade vers BEACOPP). Notons qu'au cours des dernières années, la Procarbazine a été remplacée par la Dacarbazine.

Résultats :

Nous avons colligé 382 pts atteints d'un LH dont 264 présentent une forme avancée (69.1%) ; 239 pts sont âgés de 16–60 ans, l'âge médian 31 ans, sex ratio : 0.9 (115H/124F); une TEP TDM est réalisée au diagnostic chez 63 pts (26.3%) ; 55 pts (23%) sont classés stades I/II Bulky, 79 pts (33%) stade III, 105 pts (43.9%) stade IV. Atteintes viscérales : poumon : 48 pts (45.7%), foie : 34 pts (32.3%), os : 38 pts (36.1%), MO : 13 pts (12.3%), atteinte de plus d'un viscère : 30 pts (28.5%). Classification IPS : < 3 : 84 pts, ≥ 3 : 100 pts. 232 pts sont évaluable : 122 pts sous ABVD : 110 pts sous BEACOPP/Dac ; une RT complémentaire : 53 pts, TEP 2 : 115 pts (49.5%) : RCM 93 pts (80.8%), SD4 : 10 pts, SD5 : 12 pts. Evaluation de fin de TRT (TEP TDM : 102 pts : 43.9%) :

	ABVD (122 pts)	BEACOPP (110 pts)	Total (232 pts)

IPS < 3	53 (65.4%)	28 (34.5%)	81
Masse Bulky	7 (35%)	13 (65%)	20
IPS ≥ 3	47 (48.9%)	49 (51%)	96
Masse Bulky	20 (39%)	31 (60.7%)	51
Escalade	50 (40.9%)		
Désescalade		67 (60.9%)	
RC	85	86	171 (73.7%)
RP	18	8	26 (11.2%)
Echec	18	12	30 (12.9%)
Décès	1	4	5 (2.1%)
Rechute	4	6	10 (5%)
SG 88.3%	86.5%	90.6%	p 0.7
SSE 83.2%	83.5%	82.6%	p 0.9

Commentaires :

La prise en charge du LH avancé connaît des progrès incessants afin d'améliorer les résultats et de réduire la toxicité ; les stratégies TEP guidées sont indiquées dans cet objectif. Dans notre contexte, nous sommes limités dans la réalisation de la TEP2 (près de 50%) d'une part et la gestion de la toxicité du BEACOPP/Dac d'autre part. Cependant, nos résultats restent encourageants (avec les 2 régimes) avec un taux de RG 84.8%, une SG et SSE respectivement de 88.3% et 83/2% et surtout très peu de décès par toxicité.

Conclusion :

L'horizon thérapeutique du LH avancé est en perpétuelle amélioration avec l'introduction des nouvelles classes thérapeutiques en première ligne qui vont remplacer progressivement les attitudes actuelles de prise en charge.

P29- Intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques après traitement par immunothérapie dans le lymphome de Hodgkin récidivant ou réfractaire

H. Bouarab, S. Akhrouf, A. Fahem, M. Bitam, A. Madani, F. Mehdid, M. Baazizi, N. Rahmoune, D. Ait Ouali, B. Dekhili, F. Louar, H. Moussaoui, F. Harieche, R.M. Hamladji, R.A. Nacer, M. Benakli

Service Hématologie et greffe de moelle osseuse, Centre Pierre et Marie Curie, Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) réfractaire ou en rechute (R/R) après traitement de première ligne reste un défi thérapeutique. L'émergence de l'immunothérapie par anticorps anti-PD-1 (Pembrolizumab et Nivolumab) et anti-CD30 (Brentuximab-Vedotin) a profondément transformé la stratégie thérapeutique, permettant une meilleure cytoréduction pré-greffe ouvrant la voie à une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (ACSH) chez des patients (pts) pour laquelle la procédure était inaccessible.

Matériels et Méthodes :

De Janvier 2022 à Décembre 2024, 21 pts atteints de LH en R/R, ont reçu une immunothérapie suivie d'ACSH. L'âge moyen est de 34 ans (17-51), le sex ratio (H/F) : 0,4. L'immunothérapie a comporté l'association Pembrolizumab-GVD : 16 pts, BV-Bendamustine : 3 pts, Pembrolizumab-BV : 2 pts. Ces associations ont été introduites au minimum après 2 lignes thérapeutiques (2-5) chez des pts en rechute (5 pts) ou réfractaires (16 pts). Le statut de la maladie au moment de la greffe, rémission complète métabolique (RCM) chez 10 pts, bonne rémission partielle chez 11 pts (évaluation métabolique chez 6 pts). Tous les pts ont bénéficié d'une intensification BeEAM associant Bendamustine 300 mg/m², Aracytine 800 mg/m², Etoposide 800 mg/m² et Mephalan 140 mg/m², un greffon de CSP cryo-présumé avec un taux moyen de cellules CD34 : 3,09x10⁶/Kg (1,15-7,84). Au 31/07/25, le recul minimum est de 7 mois et le recul maximum de 43 mois.

Résultats et Discussion :

La durée moyenne d'aplasie est de 7,5 jours (6-9). La sortie d'aplasie est en moyenne à J14 (9-13). Une patiente est décédée suite à une aspergilliose pulmonaire à J26. L'évaluation effectuée 3 mois post-autogreffe retrouve 14 pts en RC (dont 11 pts en RCM), et 6 pts en RP (3 sur TEP). La rechute est survenue

chez 4 pts en moyenne à 7 mois (1-19) dont 2 sont remis en RMC, 1 pt en RP et 1 pt en cours d'évaluation. Après un suivi médian de 15 mois (7-43), 20 pts (95,2%) sont vivants dont 14 pts en RC (13 en RCM), 5 pts en RP (dont 3 pts évalués par TEP-scan) et 1 pt en cours d'évaluation. La survie globale (SG) et la survie sans événement (SEE) à 43 mois sont respectivement de 94,5% et 67,6%.

Conclusion :

L'intégration de l'immunothérapie avant ASCT améliore significativement la réponse pré-greffe et les résultats post-ASCT dans le LH réfractaire ou en rechute. Cette approche représente désormais une stratégie privilégiée et ouvre la voie à des schémas thérapeutiques personnalisés, incluant éventuellement des consolidations post-ASCT.

P30- Prise en charge des patients atteints d'un Lymphome de Hodgkin réfractaire/rechute à l'ère des thérapies innovantes : Brentuximab Védotin, Inhibiteurs du Check Point

F. Lamraoui, M.K. Benlabiod, H. Brahimi, N. Rekab, Z. Ferdi, S. Taoussi, S. Oukid, Y. Bouchakor Moussa, M. Mezroud, A. Rebouh, A.A. Ziani, C. Guezlane, M. Bradai.

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

La prise en charge du LH R/R, en particulier en cas d'échec de plusieurs lignes de chimiothérapie (CT), constitue un challenge thérapeutique. Au cours de cette dernière décennie, l'utilisation d'une thérapie ciblée et de l'immunothérapie représente une avancée majeure.

Le BV et les ICP (Nivolumab, Pembrolizumab) en monothérapie ont permis d'améliorer significativement le devenir des pts dans ce contexte. Des combinaisons BV/ICP, BV/CT ont

également été étudiées avec des résultats prometteurs.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une analyse rétrospective monocentrique incluant des pts LH R/R répartis en 4 groupes thérapeutiques (GT): **GT1** : BV monothérapie 1.8 mg/kg/3 semaines ; **GT2** : Pembrolizumab monothérapie 200 mg/3 semaines jusqu'à progression, arrêt à 16 cycles si RCM précoce; **GT3** : association BV 1.8 mg/kg/ICP + Pembrolizumab 200 mg ou Nivolumab 3 mg/kg/3 semaines/4 cycles ; **GT4** : BV Chimiothérapie (ICE : Ifosfamide, Carboplatine, Etoposide)/ 3 semaines/ 4 cycles. Les pts en RC reçoivent du BV en monothérapie.

Résultats :

Nous avons colligé 45 pts répartis en 4 GT :

	GT1 BV mono- thérapie	GT2 Pembro- lizumab	GT3 BV+ICP	GT4 BV+CT
Nombre de pts	5	5	28 (2 échec GT1, 1 GT4)	7
Age médian	43 ans (19-71)	25 ans (17-43)	31.5 ans (17-78)	24 ans (17-58)
Nombre médian de lignes CT	5 (1-9)	6 (3-8)	3 (1-8)	1
Evaluation RC	2	4	15	6
RP			4	
SD4			3	
Progre-ssion /SD5	3 (2 pts : GT3)	1	6	1 (GT3)
Auto-greffe CSH	0	1	1	1
Délai médian suivi	17 mois (3-19)	20 mois (12-621)	11 mois (3-19)	14 mois (9-20)
Devenir VVT RG (RC/RP)	1	4	24	5

Décès	2 (1 en RC)	1 (progression)	4 (3 prog, 1 RP)	0
Rechute	0	0	1	1

Après un suivi médian de 15.5 mois, la SG des pts à 21 mois de 83.9%. Concernant le profil de tolérance, une neuropathie grade 1,2, colite, réaction liée à la perfusion constituent les effets secondaires rencontrés.

Commentaires :

L'introduction du BV et les ICP dans la prise en charge des pts LHR/R a révolutionné leur pris en charge avec des taux de RG non négligeables notamment chez des pts lourdement prétraités. Depuis leur disponibilité dans notre service, nous avons préconisé le BV/CT chez les pts réfractaires primaires ou à leur première rechute et BV mono, Pembrolizumab mono, BV/ICP pour les pts ayant reçu plusieurs lignes de CT préalables, nous avons pris en considération le choix de quelques pts refusant la CT. Nos résultats (RG 68.8%, 2 rechutes, SG 83.9%) restent encourageants surtout que 3 pts seulement ont été intensifiés. Nous avons noté une amélioration nette de la qualité de vie surtout que le TRT est institué en ambulatoire.

Conclusion :

Le Brentuximab Védotin et les inhibiteurs du Check point ont profondément modifié la prise en charge des LH R/R devenant désormais un pilier thérapeutique et une option prometteuse en raison d'une forte efficacité et une bonne tolérance..

P31- Immunothérapie salvatrice chez une patiente fragile

M. Guenna, N. Benkhira

CAC Bechar

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin (MH) est une hémopathie maligne rare mais hautement curable grâce aux protocoles modernes et à l'autogreffe de cellules souches. Toutefois, 10 à 20 % des patients présentent une maladie réfractaire ou récidivante, ou la stratégie thérapeutique repose habituellement sur une chimiothérapie

de rattrapage suivie d'une intensification et d'une autogreffe. Cependant, certains patients, en raison de comorbidités ou d'un état général altéré, ne peuvent bénéficier de ces protocoles lourds. Dans ce contexte, les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire, notamment les anti-PD1, constituent une option thérapeutique efficace et mieux tolérée.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons le cas d'une patiente fragile atteinte d'une MH étendue, réfractaire à deux lignes thérapeutiques, ayant très bien répondu au pembrolizumab seul, avec un bon profil de tolérance.

Résultats et Discussion :

BFZ, 29ans, suivie pour une infirmité motrice cérébrale (IMC), a été diagnostiquée avec une MH de stade IVSB selon Ann Arbor avec atteintes ganglionnaire, splénique et hépatique. Sur le plan thérapeutique elle a reçu le protocole ABVD auquel elle n'a pas répondu avec progression rapide de la maladie. En deuxième ligne elle a reçu le DHAC sans réponse clinique. Compte tenu de son état général fragile et de l'impossibilité d'induire une intensification, elle a été mise sous pembrolizumab en monothérapie. La réponse a été spectaculaire dès la 4^e cure. Le traitement a globalement été bien toléré, hormis une thrombopénie modérée après quelques cycles, et une hypothyroïdie auto-immune bien contrôlée par lévothyroxine 25 µg/jour. Vu l'efficacité et la tolérance, le traitement a été poursuivi jusqu'à 18 cures. La patiente est actuellement en abstention thérapeutique, en rémission complète avec une nette amélioration de la qualité de vie.

Conclusion :

Le pembrolizumab représente une option efficace et bien tolérée chez les patients atteints de lymphome de Hodgkin réfractaire, particulièrement lorsque les comorbidités limitent l'utilisation des protocoles classiques. Ce cas met en évidence le rôle crucial de l'immunothérapie dans les stratégies thérapeutiques modernes et l'importance d'améliorer l'accessibilité à ces molécules pour optimiser la survie et la qualité de vie des patients dans notre région.

P32- Impact des Comorbidités sur la Prise en Charge et le Pronostic de la Maladie de Hodgkin

M. Djilali¹, H. Otsmane¹, K. Belateche¹, L. Sahraoui¹, A. Laib¹, S. Kirli¹, C. Bedrine¹, H. Hamdoud¹, A. Ferki¹, K. Goufi¹, F. Talbi¹, S.E. Belakehal¹, A. Bachiri¹, R. Arrada², M. Bentamoune², A. Boudib², S. Aounallah², S.D. Bouhadi², M.R. Abbadi², M. Sid Ahmed²

HCA Hôpital Mohamed Seghir el Nekache Alger, (2) Service Hématologie HMRU Commandant Abdelali Benbaatouche Constantine

Introduction et Objectif :

Le lymphome hodgkinien (LH) est un lymphome malins caractérisé par une évolution généralement favorable grâce aux avancées thérapeutiques. Cependant, chez les patients âgés (>60 ans) est caractérisé par un pronostic souvent moins favorable, principalement en raison de la prévalence élevée de comorbidités qui peuvent compliquer l'administration des traitements standards. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'influence de ces comorbidités, quantifiées par l'indice de Charlson, sur les stratégies thérapeutiques et les réponses au traitement.

Matériels et Méthodes :

Une étude rétrospective a été conduite entre janvier 2019 et décembre 2024, incluant 166 patients consécutifs avec un diagnostic de LH confirmé histologiquement dans deux structures (un hôpital central et un hôpital régional). Parmi cette population, 14 patients (8.4%) étaient âgés de plus de 60 ans (âge moyen : 70 ans ; sex-ratio H/F : 10/4). Les patients ont été classifiés selon l'indice de comorbidité de Charlson en trois catégories : faible (score 1-2), modéré (3-4) et élevé (≥5). Les données relatives aux traitements administrés et aux réponses thérapeutiques ont été corrélées avec ces groupes de comorbidité.

Résultats et Discussion :

L'importance des comorbidités était notable : 57.1% (n=8) des patients présentaient un score de Charlson modéré et 21.4% (n=3) un score élevé. Une

proportion significative de patients (57.1%, n=8) manifestait des symptômes B et 50% (n=7) étaient au stade IV au moment du diagnostic. Une adaptation du protocole thérapeutique a été nécessaire pour 43% des patients (n=6), qui ont reçu des protocoles tels que PVAG ou AVD au lieu de l'ABVD standard. Une réponse complète (RC) a été observée chez 50% des patients (n=7). Une analyse préliminaire suggère une association entre un score de Charlson élevé et une fréquence réduite de RC.

Conclusion :

Notre étude confirme que les patients âgés atteints d'un LH présentent une charge comorbide importante, objectivée par l'indice de Charlson. Cette vulnérabilité se manifeste par une proportion notable de maladies à un stade avancé et, de manière cruciale, par la nécessité fréquente d'adapter les traitements, ce qui pourrait impacter les taux de réponse. La stratification par l'indice de Charlson se révèle être un instrument pertinent pour l'identification des patients à risque accru de toxicité et d'échec thérapeutique, et devrait orienter une évaluation gériatrique approfondie ainsi qu'une personnalisation des approches thérapeutiques.

P33- Lymphome hodgkinien nodulaire à prédominance lymphocytaire ou Paragranulome de Poppema-Lennert ganglionnaire

M. Djilali¹, H. Otsmane¹, K. Belateche¹, L. Sahraoui¹, F. Talbi¹, A. Bachiri¹

Service Hématologie HCA Hôpital Mohamed Seghir el Nekache Alger

Introduction et Objectif :

Le Lymphome Hodgkinien à Prédominance Lymphocytaire Nodulaire (LHPLN), ou paragranulome de Poppema-Lennert, est une entité rare et distincte de la maladie de Hodgkin classique, caractérisée par une prolifération de cellules B « popcorn » et un microenvironnement lymphocytaire. Cette étude vise à décrire les caractéristiques et la prise en charge de ce sous-type particulier.

Matériels et Méthodes :

Une étude rétrospective a été menée sur 5 ans (2019-2024) incluant 109 patients nouvellement diagnostiqués avec un lymphome hodgkinien. Parmi eux, 9 cas (8.25%) de LHPLN confirmés par biopsie ganglionnaire et immuno-histochimie (positivité pour CD20, CD79a ; négativité pour CD15 et EBV) ont été analysés.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen des patients était de 27 ans avec un sex-ratio de 1,25 (H/F). Le délai moyen au diagnostic était de 8 mois. Tous les cas présentaient une architecture nodulaire et les cellules tumorales caractéristiques de type « popcorn ». La majorité des patients (n=8) étaient à un stade précoce (I-IIA) selon la classification d'Ann Arbor et sans facteurs de risque défavorables. Un seul patient présentait un stade avancé (IVS B). Le traitement a consisté en une chimiothérapie ABVD (3-4 cycles pour les stades localisés, 8 cycles pour le stade avancé), aboutissant à une réponse complète (RC) dans tous les cas traités. Deux patients en stade précoce ont été placés sous surveillance active (abstention thérapeutique). Après un suivi médian, tous les patients étaient vivants et en rémission.

Conclusion :

Cette étude confirme que le lymphome hodgkinien à prédominance lymphocytaire nodulaire (LHPLN) constitue une entité nosologique distincte, survenant préférentiellement chez l'adulte jeune et associée à un pronostic favorable, souvent diagnostiquée à un stade précoce. Une prise en charge conservative, incluant une surveillance active après exérèse complète pour les stades localisés ou une chimiothérapie légère de type ABVD, est associée à d'excellents résultats cliniques. La caractérisation histologique et phénotypique précise de ce sous-type est essentielle afin d'éviter des traitements inutilement agressifs.

P34- Localisation thyroïdienne d'un lymphome hodgkinien à propos d'un cas

Y. Sari¹, L. Kazi², N. Houti¹, M. Flitti¹, L. Aici¹, W. Haba¹, N. Benhazil¹, N. Mesli², F.

Bendahmane¹

(1) EHS-CAC Ahmed ben bella Tlemcen, (2) CHU Tlemcen

Introduction et Objectif :

Introduction : Les lymphomes thyroïdiens primitifs sont des entités cliniques rare, dont l'incidence ne dépassent pas les 5% des lymphomes diagnostiqués, se produisent plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, avec un pic de fréquence à la sixième décennie de la vie. La relation avec une thyroïdite chronique est bien connue. Le sous type Hodgkinien est encore plus rare, peu décrit dans la littérature. Objectif : rapporter un cas de lymphome Hodgkinien thyroïdien primitif et décrire sa réponse sous traitement classique.

Matériels et Méthodes :

Observation : Patiente âgée de 32 ans, sans notion de thyroïdite chronique, consulte en mai 2017 pour une masse cervicale antérieure évoluant depuis 04 mois. L'examen clinique initial retrouvait une patiente en bon état général avec Performance Status selon ECOG (PS) 01; une masse basi-cervicale antérieure médian, ferme, indolore, de 04 cm de grand axe. Il n'y avait pas de signes d'évolutivités clinique ni un syndrome tumoral périphérique. L'échographie mettait en évidence un processus lésionnel cervical médian de 54/46/36mm. Une thyroïdectomie a été réalisé dont l'étude histologique et immunohistochimique avaient confirmé le diagnostic d'un lymphome de Hodgkin. La patiente était classée lymphome hodgkinien primitif stade IA. La patiente avait reçu une poly-chimiothérapie de type ABVD (Adriablastine-Bléomycine-Vinblastine-Dacarbazine) à raison de 04 cures.

Résultats et Discussion :

L'évaluation a conclu à une réponse complète, une radiothérapie complémentaire a été faite chez la patiente. Actuellement la patiente est toujours en rémission complète en abstention thérapeutique sous surveillance clinique biologique et radiologique semestrielle.

Conclusion :

Conclusion : Malgré sa rareté et sa

localisation inhabituelle, le lymphome hodgkinien de la glande thyroïde, doit être connu et pris en compte dans le diagnostic différentiel des tumeurs thyroïdiennes. Un diagnostic et prise en charge précoces permettent d'obtenir des résultats thérapeutiques favorables, avec des taux de guérison de plus 80%.

P35- Prise en charge d'un lymphome de Hodgkin réfractaire : du traitement conventionnel à l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, à propos d'un cas

F. Silem, H. Bouarab, S. Akhrouf, M. Bittam, F. Mahdid, M. Baazizi, N. Rahmoune, D. Ait ouali, B. Dekhili, Y.K. Douadji, F. Herieche, R.M Hamladji, R.A. Nacer, M. Benakli

Service Hématologie et greffe de moelle osseuse, Centre Pierre et Marie Murie Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est l'un des lymphomes les plus curables grâce aux stratégies thérapeutiques modernes basées sur l'évaluation métabolique et l'immuno-chimiothérapie. Néanmoins, une faible proportion de patients (pts) développe une maladie réfractaire après un traitement conventionnel. L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) reste une option de sauvetage chez les pts éligibles, réfractaires après autogreffe et immuno-thérapie, avec un donneur compatible.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 45 ans, sans antécédents particuliers, atteinte de LH réfractaire, en échec après autogreffe de CSH,

Résultats et Discussion :

Le diagnostic de LH stade IVB pulmonaire est posé en décembre 2021, avec IPS : haut risque. La patiente a reçu 4 lignes thérapeutiques de chimiothérapie (ABVD, ESAC, BeGEV) puis association Pembrolizumab-GVD, 4 cures à l'issue desquelles est obtenue une réponse

partielle. Une intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de CSH est réalisée le 20/02/2024, au bout de 3 mois. Une rechute est survenue 8 mois après autogreffe (décembre 2024), pour laquelle un traitement par Nivolumab-ICE, 1 cure, puis Nivolumab en monothérapie au terme duquel une rémission métabolique complète (RMC) est obtenue. L'allogreffe de CSH géno-identique (sœur âgée de 59 ans) est réalisée 2 mois après le 08/07/2025, avec un conditionnement associant Fludarabine 150 mg/m², Melphalan 140 mg/m² et SAL 5 mg/kg. La prophylaxie de la GVHD a comporté l'association ciclosporine-methotrexate. Après 2 mois de suivi, la patiente n'a présenté aucune complication majeure, toujours en RMC et chimérisme donneur complet

Conclusion :

Dans le LH réfractaire ou en rechute après autogreffe, l'immuno-thérapie associée ou non à la chimiothérapie est actuellement utilisée comme pont (bridge) pour réduire la maladie avant allogreffe de CSH. Celle-ci offre une chance de guérison en raison de son effet immunologique allogénique mais avec un risque non négligeable de la maladie du greffon contre l'hôte (GVHD) et mortalité liée à la procédure. Il est recommandé d'utiliser les inhibiteurs des points de contrôle à distance de l'allogreffe en raison du risque accru de survenue de GVHD.

P36- Lymphome de hodgkin au cours de la grossesse

N. Ait Kaci, H. Bouarab, S. Akhrouf, F. Silem, A.Z. Khodja, H. Moussaoui, A. Yassaa, A. Fahem, N. Abdennebi, F. Mehdi, M. Baazizi, N. Rahmoune, D. Ait Ouali, B. Dekhili, R.M. Hamladji, R.A. Nacer, M. Benakli

Service Hématologie et greffe de moelle osseuse, CPMC : Pierre et Marie Curie Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne touchant préférentiellement l'adulte jeune, dont l'association avec la grossesse reste rare. Cette situation particulière soulève des enjeux diagnostiques et thérapeutiques

majeurs, nécessitant un équilibre entre la préservation du pronostic maternel et la protection du fœtus.

Matériels et Méthodes :

De Janvier 2022 à Décembre 2024, 3 patientes (pts), d'âge moyen 34 ans (32-37) sont prises en charge dans notre service pour un LH diagnostiqués sur une grossesse évolutive.

Résultats et Discussion :

Patient 1 : le LH stade IIA sus diaphragmatique (localisations cervicale et médiastinale) est diagnostiqué sur une grossesse évolutive de 6 semaines d'aménorrhée. Une interruption thérapeutique de la grossesse est rapidement réalisée. La patiente reçoit une chimiothérapie, un mois après, de type ABVD suivie d'une radiothérapie complémentaire. Elle est en rémission complète (RC) depuis plusieurs mois. Patient 2 : le LH est diagnostiqué sur une grossesse évolutive de 5 mois. Décision de maintenir la grossesse, avec accouchement à terme d'un enfant vivant bien portant. Le bilan d'extension complet conclut à un stade IIB avec médiastin massif. La patiente a reçu un traitement par 2 lignes de chimiothérapie suivies de Pembrolizumab-GVD et autogreffe de CSH à l'issue desquelles une rémission métabolique partielle est obtenue. Patient 3 : le LH est diagnostiqué sur une grossesse évolutive de 17 semaines. . Décision de maintenir la grossesse, avec accouchement à terme d'un enfant vivant bien portant. Le bilan d'extension complet conclut à un stade IV (os, moelle). La patiente a reçu un traitement par chimiothérapie type ABVD, suivie d'une autogreffe de CSH à l'issue desquelles une rémission métabolique complète est obtenue, maintenue depuis 17 mois.

Conclusion :

Le LH au cours de la grossesse nécessite une approche individualisée, multidisciplinaire et centrée sur le couple mère-enfant. Selon l'âge gestationnel et de l'agressivité de la maladie (symptomatique, masse compressive, progression rapide), la stratégie est variable, peut aller d'un traitement précoce à une attitude d'attente. Nos trois observations soulignent que la préservation du pronostic maternel

est possible sans compromettre l'issue obstétricale.

P37- Impact pronostique de la masse bulky dans le lymphome de Hodgkin en stades localisés: aspect clinique et évolutif

N. Sakhri, M. Aiche, F. Kacha, A. Balla, R. Nacib, M. Temlali, M. Mekantichi, M. Zekri, H. Benahia, N. Hamlaoui, S. Chelihi, S. Bennacer

Etablissement Hospitalier de Lutte Contre le Cancer - Université de Batna 2 (EH LCC - U B2)

Introduction et Objectif :

Le lymphome de hodgkin classique (LHC) touche les sujet jeunes; et la première ligne combinant chimiothérapie et éventuellement radiothérapie permet de guérir plus de 80% des patients(pts); les fortes masses tumorales au cours du LH sont fréquentes et constituent à elles seules un facteur pronostic péjoratif. Objectif: Analyser les caractéristiques clinique et évolutives des patients présentant un LH de stade localisé avec masse «Bulky»

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective monocentrique portant sur une période de 6 ans (de janvier 2019 à décembre 2024), 283 pts ont été diagnostiqués LHC tous stades confondus dont 114 (40.2%) stades localisés, le diagnostic histologique est apporté par une biopsie ganglionnaire complétée par une analyse immunohistochimique; tous nos pts ont eu une radiographie thoracique et une scanner thoraco-abdomino-pelvienne dans le cadre d'extension et pour pouvoir les classés selon Ann Arbor/ costwold; une forte masse tumoral dite Bulky (X): {une masse ganglionnaire?10 cm ou un index de la masse thoracique (IMT)?0.33 cm} était révélée chez 40 (35%) pts. Nous avons adopté la classification pronostique de l'EORTC. Nos pts ont reçu comme chimiothérapie initial déférentes protocoles en fonction de l'âge (GMH, EURONET, ABVD et PVAB) avec ou sans radiothérapie complémentaire.

Résultats et Discussion :

Permet les 114 pts atteints de LHc stades localisés; 40 (35%) pts présentent une masse bulky. L'âge médian au diagnostic est de 30 ans avec des (de 14 à 77 ans) et un sex ratio: H/F= 0.86 (53/61). Le type histologique dominant est le type scléronodulaire dans 76% des cas. Selon la classification Ann-Arbor: 15 (13%) pts sont des stades I [IA:13 pts et IB: 02 pts] ; et 99(86.8%) pts sont des stades II : [IIA: 44 pts et IIB: 55 pts]. Le caractère X est retrouvée chez 40 (35%) pts et sont répartis comme suit: 02 (5.88%) pts pour les stades I [1 pt IA et 1 pt IB] et 38(95%) pts pour les stades II [17 pts IIA et 21 pts IIB]. Pour le groupe LHc localisé avec masse bulky: 21 (52.5%) des pts ont un IMT(0.33-0.45) ; 13(32.5%) un IMT > à 0.45cm; 5 (12.5%) ont une masse tumorale > à 10 cm et un (2.5%) patient qui présente les deux. Selon le score EORTC: 100% pts ont une maladie défavorable. Les résultats thérapeutiques sont les suivant: réponse global (RG)): (RC+RCu) chez 29 (72.5%) pts; RP chez 4 (10%) pts; échec chez 6 (15%) pts et un patient est perdu de vue. La SG à deux ans et à 5 ans est 90%. Pour le groupe LH localisé sans masse bulky 74 (64.9%) patients: 36 (48.6%) pts sont classés défavorable selon le score EORTC contre 38 (50.6%) patients classés favorable et pour la réponse aux traitement, on note une RG chez 89% (71 pts), échec chez 9% (7pts); 1 pt PDV et 1 DCD. La SG à 2 ans et à 5 ans est 95% . P=0.56

Conclusion :

Les stades localisés du lymphome de hodgkin sont reconnus par leurs bon pronostic d'où l'intérêt d'avoir un diagnostic précoce. La présence d'une masse bulky impact négativement la réponse au traitement

P38- Valeurs pronostiques des atteintes extra-ganglionnaire dans le lymphome de Hodgkin À propos d'une cohorte multicentrique

M.R. Abbadi¹, M. Sid Ahmed¹, S. Bouhadi¹, M. Bentamoune¹, A. Boudib¹, R.Arada¹, S. Aounallah¹, H. Otsmane², M. Djilali², A. Nehab², A. Laib², F. Talbi², S. Belakehal¹, A. Bachiri², S. Nekkal³, M. Bensadok³, N.Salhi³,

S.Akhrouf³, S. Bougherira³, S. Benichou³

(1)Hôpital Régional Militaire Universitaire de Constantine, (2)Hôpital Central de l'Armée, (3)Membres SAHTS

Introduction et Objectif :

Les lésions extra ganglionnaire (LEG) dans le lymphome de Hodgkin (LH) représente 15à30% de tous les cas, Ils peuvent se développer et s'étendre à n'importe quel système organique, simulant d'autres maladies néoplasiques ou infectieuses (1). Un bilan d'extension approfondi est impératif afin de déterminer si cette atteinte LEG est liée ou non au LH car le pronostic est beaucoup moins favorable dans les formes systémiques (1). Nous allons étudier les survies de nos patients atteints de LH en fonction de la présence ou non et du nombre des LEG.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 5 ans (2019 – 2024), incluant (HCA et HMRUC), portant sur 166 dossiers de patients présentant un LH, 78(47%) avaient une ou plusieurs LEG. L'analyse statistique est faite par le logiciel SPSS version 25.

Résultats et Discussion :

N=78 patients avec LEG, soit 47% de l'ensemble des patients atteints de LH durant la période d'étude. L'âge moyen est de 36 ans. Le signe révélateur le plus fréquent est l'apparition d'une adénopathie cervicale chez 30 patients (38,5%). Le délai diagnostic moyen est de 5,6 mois. Le type-2 histologique était prédominant chez 64 patients (82,1%). La double positivité CD15/CD30 était constatée dans 66 cas (84,6%) et le CD20 positif dans 3 cas. Pour la classification d'Ann-Arbor: 8 patients (10%) étaient classés stades localisés (I et II) et 70 patients stades diffus (IV). La présence de Bulky était chez 41 patients (53%). Pour LEG, par contiguïté (E) chez 16 patients dont 8 classés stades localisés (IE ou IIE), l'atteinte à distance chez 70 patients. Une seule LEG chez 41 patients (52,6%) et multiviscérale chez 37 patients (2 lésions dans 30 cas ; 3 lésions chez 6 patients et >3 lésions chez 1 patient). Les types de LEG sont : osseuse dans 40 cas (51%), pleuro-pulmonaire 39 cas (50%); hépatique 20 cas (26%);

péricardique 6cas(8%); médullaire 4cas(5%); cutanée et du cuir chevelu 3cas et thyroïdienne dans 1cas. Pour la stratification pronostique : EORTC et IPS défavorables ont été constatés chez 56patients(72%). Les protocoles utilisés sont : ABVD chez 35patients, BEACOPPesc(39patients); PVAG (2patients). Les réponses sont les suivantes : RC à 74% (RMC: 54 pts(69,2%), RC 3pts(3,8%), RCu 1pts) et MS/échec 12pts(15%), progression chez 4pts(5%), 2 patients sont en cours d'évaluation. On déplore 1décès avant traitement et un PDV. La rechute a été notée chez 7patients(12%) dont 6précoces. La SSP est estimée à 50% à 5 ans et la SG est estimée à 93% à 5ans. Les analyses statistiques retrouvent qu'il y a une corrélation entre le nombre de LEG et la SSP (P=0,002).

Conclusion :

Les options thérapeutiques sont nombreuses et les chances de guérison sont les plus élevées dès le début de la maladie, ce qui impose une rigueur dans la stratification initiale du LH notamment la recherche d'une LEG car elle constitue un facteur de mauvais pronostic et la prise en charge nécessite de protocoles plus intensifs pour améliorer la survie sans progression et la guérison.

P39- Aspects cliniques et évolutifs des formes avancées chez les patients atteints du lymphome Hodgkinien.

Y. Amrane, N. Zatout, Y. Chenane, R. Cherak, F.Z. Touil, F. Kherbache, S. Nebais, H. Hamouda

Service d'hématologie. Laboratoire de recherche santé et environnement. Université Ferhat Abbas UFAS1 Sétif

Introduction et Objectif :

Les stades avancés de lymphome de Hodgkin classique (LH) représentent environ 40% au diagnostic. Malgré le taux de curabilité de cette maladie est très élevé, les survies des formes étendues sont moins bons avec u risque de rechute plus élevé. Objectif : Présenter les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs d'un groupe de patients de moins de 60 ans

atteints du lymphome de Hodgkin (LH).

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective sur 13 ans allant de 2012 à 2024, incluant 200 patients présentant un LH stades avancés dont 187pts (94%) sont âgés ? 60 ans. Le diagnostic est porté sur les études histologiques et immunohistochimique. Les patients sont classés selon Ann Arbor et les critères pronostics SPI. 181pts (97%) sont évaluable, Le traitement de première ligne était le BEACOPP chez 86 pts (48%), l'ABVD chez 59 pts (33%), ABVD cis plat chez 36pts (20%). La radiothérapie complémentaire a intéressé 10 pts (5%).

Résultats et Discussion :

Ce groupe est réparti en 86 H et 101 F, Sex-ratio H/F: 0.85, l'âge moyen est de 31 ans (16- 60ans). Le diagnostic histologique révèle un type2 et type3 respectivement à 76 % et 17%. L'expression des CD30 et CD15 à l'IHC présente à 99% et 95% des cas. La classification de ce groupe : IIIA: 24cas(13%), IIIB:66cas(35%), IV: 97cas(52%) . La masse bulky notée dans 56 cas (30%), Les viscères atteints: Foie : 51cas(52%) ,Poumon:35cas (36%), Os:25cas (26%), moelle osseuse:7cas (3%), Rein :1cas et Pancréas:1cas. L'atteinte multi viscérale chez 24 pts. Selon SPI, les formes à Risque standard dans 96cas (51%) et les formes à haut risque: 91cas (49%). Résultats thérapeutiques des 181 évaluable après un suivi moyen de 84mois (4-156mois). - Groupe 1 à risque standard :(n=94): RC:57cas (61%) ,TBRP: 27cas (29%), échec primaire : 10 cas(10%), 18 Rechutes après un délai moyen de 27 mois(4- 66mois). - Groupe 2 à haut risque (n=87): RC:50cas(57%), TBRP:19cas(23%), échec:18cas(21%), 16 Rechutes après un délai moyen de 28mois (9-84 mois) Devenir : -Groupe 1 :69 RC dont 12 remis en RC après une 2ème ligne, 13 pts en TBRP, 3pts PDV en échec, 2cas en RP ,6cas DCD par progression. A 10 ans la SG à 93.6% et SSE à 76.6%. -Groupe 2 :RC: 57cas dont 7cas remis en RC après 2ème ligne, 9cas en TBRP, PDV en échec:10 pts. 9pts DCD. A 10 ans la SG à 89.7 % et SSE à 77 %. La SG des stades étendus est de 91.6% et une SSE à 76.7%.

Conclusion :

Par rapport aux des stades localisés, les stades étendus ont une SG et une SSE moins bonnes. La thérapie innovante et

le nombre de centres de greffe de CSP disponibles en Algérie est une opportunité pour améliorer les résultats thérapeutiques de ce groupe.

P40- Prise en charge du lymphome de Hodgkin en stade localisé

L. Kazi Tanî¹, Y. Boukli², H. Belhade¹, N. Houti², F. Bendahmane², L. Aici², M. Fliti², H. Benmansour¹, N. Benhazil², W. Haba², N. Mesli²

(1) CHU Tlemcen, (2) CAC Tlemcen

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg. Les formes localisées, correspondant aux stades I et II de la classification d'Ann Arbor, représentent environ un tiers des cas. Elles se distinguent par un pronostic particulièrement favorable, avec des taux de survie dépassant 90 % dans la plupart des séries internationales. L'objectif de notre étude est de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients atteints de lymphome de Hodgkin en stade localisé, pris en charge au service d'hématologie du CAC de Tlemcen.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre décembre 2018 et décembre 2024. Parmi 139 patients suivis pour lymphome de Hodgkin au CAC de Tlemcen, 62 ont été diagnostiqués à un stade localisé (I-II). Les données collectées concernaient les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques, les modalités thérapeutiques ainsi que l'évolution des patients.

Résultats et Discussion :

Cette étude a inclus 62 patients, avec un âge moyen au moment du diagnostic de 36 ans (extrêmes : 16 à 89 ans). Une prédominance féminine a été observée, avec un sex-ratio de 0,58. Dans 80 % des cas, la découverte de la maladie était liée à un syndrome tumoral périphérique, tandis que 20 % des patients présentaient une toux ou des signes d'évolutivité. Le délai moyen

entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic était de 4 mois, avec des variations de 15 jours à 48 mois. Les stades I représentaient 25 % des cas, contre 75 % pour les stades II. Des signes généraux (B) étaient présents chez 45 % des patients. Le diagnostic a été confirmé dans tous les cas par une biopsie ganglionnaire avec étude immuno-histochimique. Un PET-scan a été réalisé comme bilan d'extension chez 10 patients (16 %). Selon le score pronostique de l'EORTC, 40 % des malades présentaient un profil favorable et 60 % un profil défavorable. Le traitement reposait principalement sur une chimiothérapie de type ABVD, administrée chez 58 patients, tandis que trois patients ont été traités par BEACOPP et un patient par PVAG. Une radiothérapie complémentaire a été réalisée chez 82 % des malades. La réponse complète a été obtenue chez 52 patients (83 %), confirmée par l'imagerie métabolique dans 67 % des cas. Sept patients ont présenté une rechute, dont trois ont bénéficié d'une autogreffe après traitement de deuxième ligne. Au dernier suivi, 44 patients (70 %) étaient vivants en rémission complète, 16 patients (25 %) étaient perdus de vue et deux patients (5 %) étaient décédés.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin en stade localisé demeure une pathologie hautement curable. L'expérience du CAC de Tlemcen souligne l'efficacité du schéma thérapeutique standard et l'importance d'un suivi prolongé afin de détecter précocement les rechutes et de prévenir les complications liées aux traitements.

P41- Profil épidémiologique, clinique et pronostique de la maladie de Hodgkin : expérience du service d'hématologie du CHU de Blida

L. Cherif Louazani¹, O. Meliani, R. Draï, F. Ouedfel, O. Esserhan, N. Hadjaj, S. Sid, M. Ramaoun

CHU Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (HDK)

est une hémopathie maligne rare mais potentiellement curable, avec une incidence estimée à environ 3 cas pour 100 000 habitants. Il affecte préférentiellement les jeunes adultes et constitue le premier syndrome lymphoprolifératif historiquement bien individualisé, en raison de ses caractéristiques cliniques et histologiques spécifiques. Il représente 15 à 20 % de l'ensemble des lymphomes. L'objectif est de décrire le profil épidémiologique, les caractéristiques cliniques au diagnostic, les facteurs pronostiques et les modalités thérapeutiques chez les patients atteints de HDK pris en charge dans notre service

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective descriptive incluant l'ensemble des patients diagnostiqués HDK et pris en charge dans notre service entre janvier 2019 et décembre 2024. Les données analysées comprenaient les caractéristiques cliniques, la stadification, les scores pronostiques, les traitements reçus, ainsi que l'étude de la survie globale à 5 ans. DDP mars 2025.

Résultats et Discussion :

Durant cette période de 63 mois, 192 patients ont été inclus, avec un sex-ratio H/F de 1,01 et un âge moyen de 37 ans [16–80 ans]. Des antécédents familiaux de néoplasie ont été retrouvés dans 26 % des cas. Le principal motif de consultation était un syndrome tumoral périphérique de 70 %. Sur le plan clinique, on retrouvait des adénopathies superficielles dans 80 % des cas et profondes dans 88 %, des signes B dans 77 %, un prurit dans 30 %, et un PS = 1 dans la majorité des cas. Les formes classiques représentaient 84 % des HDK. Le stade avancé (III–IV) était observé chez 58 % des patients, avec un bulky dans 20 %. Une atteinte viscérale était présente dans 54 % des cas, et un score IPS ≥ 3 chez 43 % des patients. Le délai moyen entre les premiers signes et le diagnostic était de 7 mois [1–36], traduisant un retard diagnostique fréquent. Sur le plan thérapeutique, l'ABVD seule a été utilisée chez 20 % des patients, l'escalade vers BEACOPP a concerné 40 %, une troisième ligne a été nécessaire dans 30 % des cas, dont 10 % ont reçu plus de trois lignes, une thérapie ciblée a été instaurée chez 8 patients seulement, le TEP-scan d'évaluation n'a été réalisé

que chez 12 % des patients. Une réponse globale a été obtenue dans 71 % des cas. La survie moyenne est estimée à 64 mois, la médiane n'étant pas atteinte à la DDP.

Conclusion :

Notre série illustre la fréquence élevée des formes avancées et un diagnostic souvent tardif. L'introduction plus large de la thérapie ciblée, l'intensification thérapeutique par autogreffe, et l'amélioration du dépistage précoce sont des axes prioritaires pour optimiser la prise en charge et améliorer le pronostic de nos patients atteints de maladie de Hodgkin

P42- Atteinte poly-viscérale au cours de la maladie de Hodgkin : impact pronostique et implications thérapeutiques

L. Cherif Louazani, R. Draï, O. Meliani, R. Smaini, I. Zaida, O. Esserhane, F. Ouedfel, M. Ramaoun

Service Hématologie, CHU Blida

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin (HDK) est une hémopathie maligne lymphoïde dont le pronostic s'est considérablement amélioré au cours des dernières décennies, avec des taux de survie dépassant 80 % à 5 ans dans les formes localisées. Cependant, l'atteinte poly viscérale constitue une forme de présentation agressive, souvent associée à un stade avancé, un score IPS élevé et une réponse plus faible au traitement conventionnel. Mieux caractériser ce sous-groupe permettrait d'optimiser la stratégie thérapeutique. L'objectif est de décrire les caractéristiques cliniques, la fréquence et le profil pronostique des patients présentant une atteinte poly viscérale au diagnostic d'un lymphome de Hodgkin dans notre série, ainsi que leur réponse thérapeutique.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée entre janvier 2019 et décembre 2024 au service d'hématologie CHU Blida. Tous les patients diagnostiqués HDK ont été inclus. Les données démographiques, cliniques, biologiques,

radiologiques et thérapeutiques ont été collectées. L'atteinte poly-viscérale a été définie par l'atteinte concomitante d'au moins deux organes extra ganglionnaires (foie, rate, poumon, osseuse, cavum).

Résultats et Discussion :

Parmi les 192 patients inclus, 54 % présentaient une atteinte poly-viscérale au diagnostic. L'atteinte hépatique et pulmonaire étaient les plus fréquentes (46%) chacune, suivie par l'atteinte splénique (40%), osseuse (30 %) et cavum (5%). Ces patients étaient tous des stades III-IV (100 %), avec un score IPS ≥ 3 dans 71 % des cas. Seuls dix patients ont reçu que de l'ABVD, l'escalade vers le BEACOPP chez tous les autres. La réponse globale au traitement était de 68 %.

Conclusion :

L'atteinte poly-viscérale au diagnostic constitue un facteur pronostique défavorable dans la maladie de Hodgkin. Elle est associée à une réponse thérapeutique plus faible. Une intensification thérapeutique précoce et l'introduction de traitements innovants comme les anticorps conjugués ou les inhibiteurs de checkpoint pourraient améliorer le pronostic de ces patients.

P43- PRISE EN CHARGE DES STADES ETENDUS DU LYMPHOME DE HODGKIN AU SERVICE D'HEMATOLOGIE CHU BLIDA

F. Oued-Feul, L. Cherif Louazani, O. Esserhane, N. Hadjad, S. Sid, O. Meliani, R. Draï, M. Ramaoun

Service Hématologie, CHU Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg, généralement de bon pronostic pour les stades localisés. Les formes étendues représentent environ 51 % des cas en Algérie et constituent un groupe hétérogène, posant un véritable problème de prise en charge. L'objectif de notre étude est d'évaluer les aspects cliniques, pronostiques et les résultats

thérapeutiques des HDK stades étendus colligés au service d'hématologie du CHU Blida durant la période entre janvier 2019 et décembre 2024.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude, rétrospective observationnelle, sur une période de 5 ans. Date de point Décembre 2024. sur dossiers médicaux

Résultats et Discussion :

Durant cette période nous avons colligé une série de 192 patients atteints de LH, dont 121 sont de stade étendu de la maladie, soit 63%. L'âge médian est de 37.5ans [16-74], sex-ratio=1.21(67H/54F), délai de diagnostic est de 08 mois [01-36], les circonstances de découverte étaient le syndrome tumoral dans 61%, signes généraux 11%, douleurs osseuses 4%, douleurs abdominales et signes digestifs 10%, signes de compression 8%, prurit 6%. 17% aux ATCDs de DNID/HTA. Le type scléronodulaire dans 81%, à cellularité mixte 11%. Seulement 2% ont un TEP-TDM initiale. 84% des P ont les symptômes B, le prurit à l'admission est retrouvé chez 27%. Le staging des patients retrouve 33% de stade III, 67% stade IV, La forme Bulky est retrouvée chez 29P. 58% ont un IPS défavorable, 15% intermédiaire et 27% favorable. Sur le plan thérapeutique seul un patient a reçu du BEACOPP en 1ère intention, les 99% ont reçu de l'ABVD, dont 13% exclusif, L'escalade vers du BEACOPP dans 87% des cas. L'évaluation de fin de traitement est faite par TEP-TDM chez 59%, on a obtenu une RC dans 65%, 19% RP, 11% échec. A la date de point 79% restent vivants, 15% de décès, 6% perdu de vu.

Conclusion :

Le LH représente 15-20% des lymphomes, les formes étendues représentent environ 50 % des cas dans les pays développés, 51% en Algérie. Dans notre série elle représente 63% des stades étendus avec 18% de forme Bulky, expliqué par le délai diagnostique tardif de 08 mois [1-36] en moyenne. La médiane d'âge dans notre série est de 37.5 ans, légèrement supérieure à celle de la population européenne (33ans), et algérienne (31.7 ans). Il existe une prédominance masculine ce qui rejoint les études internationales. On a pu obtenir une RG dans 74% des cas. La réponse thérapeutique de nos patients

reste insuffisante, mais relativement satisfaisante dans notre contexte locale (diagnostic tardif, irrégularité de disponibilité des drogues classiques et thérapie innovante). Le LH est l'un des meilleurs exemples de néoplasie curable au prix d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge rigoureuse.

P44- Évaluation de la réponse aux inhibiteurs de checkpoint dans le lymphome hodgkinien

A. Djouadi, B. Tabet, Z. Brahimi, N. Lakhdari

CHU Bejaia

Introduction et Objectif :

Le lymphome d'hodgkin classique est une néoplasie lymphoïde curable dans la majorité des cas avec une chimiothérapie standard, mais que dans 20 à 30% pour les formes réfractaires (R/R). Les inhibiteurs anti-PD1 (Nivolumab, pembrolizumab) sont devenus un pilier dans le traitement de ces formes grâce à leurs capacités à bloquer la voie PD1/PD L1 surexprimés en raison d'altération génétique comme amplification de 9p24.1. Ce travail présente l'expérience de notre service dans l'utilisation de ces agents dans la prise en charge de lymphome R/R, en se focalisant sur l'efficacité, gestion de la toxicité et l'intégration dans les différents protocoles thérapeutiques.

Matériels et Méthodes :

Entre janvier 2024 et juillet 2025, 06 patients (4 hommes et 02 femmes) avec un LH R/R évolutif depuis > 3 ans, ayant reçu plus de 3 lignes thérapeutiques incluant BV, ont été traités par les anti PD1 (Nivolumab 240mg ou Pembrolizumab 200mg toutes les 3 semaines).

Résultats et Discussion :

- 04 patients ont obtenu une Réponse : Un patient réfractaire évolutif depuis 8 ans, a atteint RC après 6 cycles de pembrolizumab gemcitabine) après échec à 4 lignes thérapeutiques dont 9 cycles de BV en monothérapie et il est sous entretien par les anti-PD1. Un patient après un échec à 3 lignes (BEACOPP,

ICE, BV-Benda), a répondu à 3 cycles de Pembrolizumab gemcitabine, avec un entretien par les anti-PD1 dans l'attente d'une autogreffe. Un patient en rechute tardive ayant reçu 4 cycles Pembro-benda avec obtention d'une réponse partielle et candidat pour radiothérapie. Une patiente en rechute précoce après une chimioradiothérapie ayant reçu 6 cycles de Nivolumab-BV en réponse complète. • 02 échecs thérapeutiques Un patient LH réfractaire évolutif depuis 8 ans en échec à 6 lignes thérapeutiques (y compris BV et 8 cycles Pembrolizumab-gemcitabine. Une patiente réfractaire primaire après 6 cycles BEACOPP et 3 cycles de Nivolumab-Benda. Aucun décès lié aux toxicités n'a été observé.

Conclusion :

Dans notre expérience, les anti PD1 ont permis de récupérer des patients avec LHR/R évolutifs et multitraités. La stratégie de consolidation par autogreffe renforce le bénéfice et l'entretien par les Anti-PD1 est une option quand l'autogreffe n'est pas envisageable en raison d'échec de mobilisation. Les résultats de cette petite expérience, plaident pour leur intégration précoce dans les différents protocoles en combinaisons thérapeutiques.

P45- HDK en rechute et réfractaire série du service d'hématologie du CHU BLIDA

N. Hadjadj, L. Cherif Louazani, R. Smaini, I. Zaida, S. Sid, F. Oued Feul, O. Esserhan, M. Ramaou

CHU Blida

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne, généralement de bon pronostic pour les stades localisés, considérée comme une maladie guérissable. Cependant, des cas de maladie réfractaire primaire et de rechutes peuvent être à l'origine de décès. Le but de notre travail est d'évaluer les aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques ainsi que l'évolution des patients HDK en RR colligés durant la période de 5 ans.

Matériels et Méthodes :

il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle de janvier 2019 à décembre 2024, sur dossiers médicaux. DDP décembre 2024.

Résultats et Discussion :

Durant cette période, nous rapportons une série de 38 patients atteints de maladie de hodgkin RR soit 20% des patients pris en charge. La moyenne d'âge de 34 ans [16-77], Sexe/ratio= 0.7. Un ATCDs de néoplasie familial chez 8%. Le délai diagnostic moyenne de 9 mois [01-36]. La maladie est révélée par des ADPS périphériques chez 58%, cervicales dans 53% des cas. Les signes généraux dans 21% des cas, la symptomatologie respiratoire dans 15%. L'atteinte médiastinale et ou pleuropulmonaire dans 58 % des cas. La forme Bulky est retrouvée chez 34 %. Sur le plan biologique 45% avaient un bilan hépatique (PAL) perturbé. On retrouve, le type scléronodulaire dans 95%, à cellularité mixte dans 5% des cas. Le stade étendu et un groupe pronostic défavorable retrouvé dans 92% des cas. Sur le plan thérapeutique seul un patient a reçu du BEACCOOP en 1^{ère} intention, les 98% ont reçu de l'ABVD, 5% ont été évalué par TEP en intermédiaire. L'escalade vers du BEACCOOP chez 95%. Nous avons comptabilisé 68% de malade réfractaire primaire et 32% rechute dans un délai moyen de 15 mois [01-24]. 50% des patients ont reçu 3 lignes thérapeutiques, 34% 2 lignes, et 16% plus de 4 lignes. La radiothérapie faite que chez 8%. L'évaluation par TEP-TDM en fin de traitement faite que chez 47% des patients. A la DDP 53% sont vivants, dont 21% sous chimiothérapie et 21% sous immunothérapie, la RC obtenu dans 11% des cas, 34% de décès et 13% de perdu de vu.

Conclusion :

Le LH représente 15-20% des lymphomes, les formes RR représente 20 % de notre série. Dans celle-ci 92% P avaient un stade étendu, un groupe pronostic défavorable et une forme Bulky dans 34%. La médiane d'âge de 34 ans avec prédominance féminine. La réponse thérapeutique reste très insuffisante. On a pu maintenir 53% P en vie seul 24 % en RG, les conditions de prise en charge (diagnostic tardif, irrégularité de disponibilité des drogues) peuvent en partie l'expliquer. Les formes

résistantes au traitement restent difficiles à maîtriser, elles incitent à un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée avec intensification thérapeutique initiale, détection précoce des échecs primaires et des rechutes à l'aide du TEP-TDM, afin d'améliorer la survie de ces patients

P46- Thérapies innovantes par le Nivolumab dans les formes rechutes/ Réfractaires de la maladie d'hodgkin

O. Esserhan, L. Cherif Louazani, F. Oued-Feul, N. Hadjadj, S. Sid, O. Meliani, R. Draï, M. Ramaoun

CHU Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne dont le traitement par chimiothérapie plus au moins radiothérapie donne des taux de guérison important (>80%), cependant environ 20 à 30% des LH avancés et 10% des LH localisés sont réfractaires ou rechutent précocement et nécessitent de CT intensive aux effets secondaires significatifs. Récemment les anticorps anti-PD-1, tel que le Nivolumab a montré des résultats promoteurs dans le traitement de LH stades avancés notamment en termes de survie sans progression. Il s'agit d'un AC monoclonal humain type IgG4 agissant en bloquant une protéine appelée PD1 (Programmed Cell Death 1), ce qui permet aux cellules immunitaires de reconnaître et de détruire les cellules cancéreuses. But de l'étude : analyser et évaluer l'efficacité de Nivolumab en monothérapie dans la PEC des LH R/R.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective, observationnelle de 6 cas de LH R/R traités par Nivolumab depuis février 2025.

Résultats et Discussion :

Nous rapportons une série de 6 P, l'âge moyen 37 ans [27-48], 5F/1H, 5/6 HDK stade étendu (IIIBX – IVBSE), de type scléronodulaire et à cellularité mixte et 1 cas de Lymphome B borderline stade IVB. Le nombre médian de ligne de chimiothérapie

reçu est de 4 [3- 6]. Les 6 P étaient en échec après la dernière ligne de CT. Sur le plan clinique avant l'introduction de nivolumab, l'état général avec PS à 2 chez 5P et à 4 chez un patient, le prurit généralisé avec lésions de grattage chez 2P, sueurs chez 2P, toux sèche chez 3, la dyspnée présente chez 2 P, un syndrome tumoral fait d'ADPs cervicales (4/6), axillaires (3/6). Douleurs osseuses (1/6). Sur le plan biologique, la bicytopenie sévère était retrouvée chez 2P. L'évaluation après 4 cycles de nivolumab, retrouve une réponse clinique complète à 100%, l'évaluation par Pet Scan : score de Deauville à 4 chez une P, à 3 chez 4 P, et à 1 chez une P.

Conclusion :

L'immunothérapie tel que le Nivolumab en monothérapie a modifié la PEC des LH rechute/réfractaire. Il montre des résultats spectaculaires sur le plan clinique avec de bonne réponse parfois même complète chez des patients qui étaient en échec à toutes les chimiothérapies antérieures, avec une excellente tolérance, moins d'effets secondaires et surtout une amélioration de la qualité de vie et de la survie de ses patients. Intérêt de la consolidation des réponses par autogreffe.

P47- LYMPHOME DE HODGKIN AVEC ATTEINTES MEDIASTINALES BULKY

Y. Hadjalla, L. Cherif Louazani, R. Draï, O. Meliani, R. Smaini, I. Zaida, F. Oued-Feul, O. Essarhan, M. Ramaoun

CHU Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne intéressant le tissu lymphoïde caractérisée par la présence de cellules de Reed Sternberg à l'histologie. L'atteinte médiastinale avec BULKY est un facteur de mauvais pronostic qui détermine le choix thérapeutique. Le but de l'étude est l'évaluation clinique, diagnostique, et thérapeutique des formes Médiastinales BULKY colligées dans notre service.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective sur une période de 5

ans (2019-2024) a permis de colliger 50 cas de lymphome de Hodgkin médiastinal dont 13 malades soit 26 % ont présenté une atteinte médiastinale avec forme BULKY.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen de nos patients est 32 ans (extrêmes : 16_ 62) avec sex-ratio 0,85. Le principal motif de consultation est l'apparition d'une adénopathie périphérique dans 69 % des cas soit 9 malades. Le diagnostic histologique a été posé après biopsie exérèse d'une adénopathie périphérique chez 69% des malades et par biopsie Trans pariétale chez 31 % des cas. Le type histologique scléronodulaire était retrouvé chez tous les malades, Les stades localisés sus diaphragmatiques étaient retrouvés dans 23 % des cas contre 77% avec stades étendus, Les facteurs de mauvais pronostic ont été retrouvés chez tous les malades (Haut risque et défavorable) selon OERTC, IPS et GHSG. Tous les malades ont été traité par ABVD comme traitement de 1ère ligne. On a obtenu un taux de RP chez 77% des cas, RC chez 8 % et un échec chez 15% des cas, une escalade par BEACOPP renforcé chez tous les malades : ayant obtenue comme résultats : La RC a été obtenue pour 7 P soit 54% des cas, 3 P en cours d'évaluation et 3 Echec d'où le recours au traitement de rattrapage chez 23 % des cas. Une seule malade a reçu la radiothérapie.

Conclusion :

Les résultats épidémiologiques rejoignent les résultats des études nationales. L'augmentation des formes médiastinales BULKY avec stade étendu dans notre étude comparée aux études nationales 77% contre 47%, par ailleurs le taux de RC après chimiothérapie intensive est le même, tandis que le recours à un traitement de rattrapage était moindre comparé aux études nationales 23% contre 40%. La forme BULKY dans le lymphome de Hodgkin avec localisation médiastinale présente un facteur de mauvais pronostic ce qui explique le taux d'échec et la difficulté d'obtenir une RC malgré la polychimiothérapie intensive et l'escalade thérapeutique.

P48- Prise en charge des patients atteints de lymphome

de Hodgkin dans sa forme localisée au CHU BLIDA

A. Benbournane, L. Cherif Louazani, F. Oued-Feul, O. Esserhan, S. Sid, N. Hadjadj, O. Meliani, R. Draï, M. Ramaoun

CHU Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin est une prolifération maligne localisée ou disséminée de cellules du système lymphoréticulaire touchant principalement les ganglions, la rate, le foie et la moelle osseuse. Le traitement est curatif et consiste en une chimiothérapie avec ou sans une immunothérapie et une radiothérapie. Le but de notre étude est d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, pronostiques et évaluation de la prise en charge des patients présentant des stades localisés.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective sur dossiers médicaux de patients HDK stade localisés colligés au service d'hématologie CHU Blida entre janvier 2019 et le 31 décembre 2024.

Résultats et Discussion :

Sur 192 patients diagnostiqués, 68 patients sont à un stade localisé. L'âge moyen est de 36 ans (17-77 ans). La sex-ratio est de 0,7 (29H/39F). Délai de diagnostic entre 1 à 36 mois. Le type histologique scléronodulaire est le plus fréquent à 87%. Cliniquement, les ADP cervicales sont retrouvés dans 76%. La maladie est au stade II d'ANN ARBOR dans 90%. Les signes généraux sont retrouvés dans 62% des cas et un Bulky est retrouvé chez 18% des patients. 69% des patients sont de pronostic défavorable selon l'EORTC. Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont reçu de l'ABVD suivi par du BEACOPP chez 64%. L'évaluation intermédiaire faite dans 85% des cas par TDM. 28% des patients ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire. La rémission complète est obtenue chez 67% des patients et 10% sont en échec thérapeutique nécessitant un traitement de deuxième ligne. 2 patients sont décédés et 5 (7,35%) sont perdus de vue.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin dans sa forme localisée est souvent curable chez plus de 90% des patients sans facteurs de risque. L'évaluation par le TEP-TDM avec allègement des protocoles en réduisant le nombre de cycles et en diminuant les doses et les volumes d'irradiation est une stratégie thérapeutique pour les formes localisées surtout celles de pronostic favorable afin de minimiser les toxicités. Avec cette stratégie, à 5 ans, plus de 80% des patients sont sans rechute de la maladie.

P49- Particularités de la forme sous diaphragmatique des patients HDK pris en charge au service d'hématologie CHU Blida

K. Beradja, L. Cherif Louazani, R. Smaini, I. Zaida, F. Oued-Feul, O. Esserhane, N. Hadjadj O. Meliani, R. Draï, M. Ramaoun

CHU Blida

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin (MH) se caractérise par une atteinte sous-diaphragmatique. Les formes sous-diaphragmatiques sont rares, représentant moins de 10 % des cas, et posent souvent un défi diagnostique et thérapeutique. Le but de notre travail est de décrire les caractéristiques cliniques, pronostiques et thérapeutiques des patients pris en charge au CHU de Blida présentant cette forme particulière.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective descriptive portant sur 10 patients diagnostiqués avec une forme sous-diaphragmatique de MH entre 2019 et 2024. Les données analysées incluaient les caractéristiques cliniques, biologiques, pronostiques (scores EORTC, GHSG, IPS), protocoles thérapeutiques, réponse au traitement et devenir. Date de point 31 décembre 2024

Résultats et Discussion :

Durant cette période de 5 ans nous avons colligé 10 patients sur 192 soit 5%, l'âge moyen au diagnostic de 47 ans [26–62], un Sex ratio H/F de 4. Les symptômes initiaux retrouvés sont les adénopathies profondes ou inguinales (70 %), douleurs

abdominales/dorsales (20 %), signes généraux ou perte d'autonomie (10 %). Les stades localisées (I-II) = 40 % et avancées (III-IV) = 60 %. La majorité des patients étaient classés défavorables ou haut risque selon EORTC, GHSG et IPS. Tous les patients ont reçu une chimiothérapie type ABVD en première ligne, suivie d'une escalade vers BEACOPP. La radiothérapie n'a été indiquée que dans 30 % des cas. Nous avons obtenu une réponse complète dans 70 %, réponse partielle 20 %, échec primaire 10 %. A la DDP, 8 patients étaient vivants en rémission, un patient était décédé (COVID-19), et un patient en cours de traitement.

Conclusion :

Les formes sous-diaphragmatiques de la MH constituent une entité rare, souvent diagnostiquée à un âge avancé, un stade avancé et un profil pronostique défavorable. Dans notre série, une escalade thérapeutique (BEACOPP) après ABVD a permis d'obtenir une rémission complète dans la majorité des cas. Un suivi prolongé est nécessaire afin d'évaluer la survie globale et sans progression dans cette localisation particulière.

P50- Inhibition de PD-1 par Pembrolizumab dans le lymphome de hodgkin : une nouvelle ère thérapeutique

S. Kebaili, S. Benelhaj, S. Lafri, F. Mezhoud, M. Benhalilou, N. Salhi, O. Zahra

CHU Constantine

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin classique (LHc) représente environ 10% des lymphomes dont 10-20% présentent une rechute ou une maladie réfractaire. Les cellules de Reed-Sternberg expriment fortement PD-L1/PD-L2 suite à une anomalie du locus 9p24.1, cela permet à la tumeur d'échapper au système immunitaire. Le Pembrolizumab, anticorps monoclonal anti PD-1, qui bloque cette interaction et restaure l'immunité antitumorale, il constitue une option innovante dans les formes réfractaires /rechutes. Objectif : Présenter notre expérience rétrospective

de l'utilisation du pembrolizumab dans le LHc réfractaire/ rechute. Evaluer l'efficacité et la tolérance du pembrolizumab chez les patients atteints de hodgkin en rechute / réfractaire. Comparer nos résultats aux données de la littérature.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique (Juin 2024- Août 2025), 09 patients atteints de LHc réfractaire ou en rechute, traités par pembrolizumab après échec d'au moins 3 lignes thérapeutiques (3-6) ont été inclus, l'évaluation de la réponse par TEP TDM ou TAP scanner.

Résultats et Discussion :

Population : 9 patients ont été inclus, l'âge médian est de 30 ans avec des extrêmes (19-50) ans, le sexe ratio H/F= 1.25 (5 hommes et 4 femmes). Nombre de cures administrées : médiane de 9 cures (3 - 16). Réponse globale 66.66 % (réponse complète 2 cas, RP 4 patients), échec 2 cas, arrêt du traitement 1 cas. Tolérance : toxicités immuno-allergiques observées chez 3 patients (thyroïdite). Aucun décès lié au traitement.

Conclusion :

Cette étude rétrospective, bien que portant sur un effectif limité, confirme l'efficacité et la tolérance acceptable du pembrolizumab dans LHc réfractaire/rechute. Ces résultats concordent avec les essais cliniques et renforcent la place de l'immunothérapie anti PD 1 comme une nouvelle stratégie thérapeutique majeure.

P51- Formes familiales de Lymphome de Hodgkin : A propos de sept cas survenant dans trois familles

K. Aïmene, O. Ouannes, A. Graine, M. Allouda

CHU Tizi Ouzou

Introduction et Objectif :

L'incidence des hémopathies lymphoïdes familiales est souvent sous-estimée. Pourtant, presque toutes les hémopathies lymphoïdes ont été décrites comme

pouvant être familiales. Plusieurs études épidémiologiques retrouvent un risque familial accru, pour les apparentés de 1er degré et la fratrie. Selon une étude suédoise le risque relatif de développer un lymphome de Hodgkin (LH) est de 8,83 si un membre de la fratrie est atteint, et de 7,19 si un parent a eu un LH. En Algérie selon une étude nationale, publiée en 2014, par le Pr Abad, des antécédents de cancers familiaux sont retrouvés chez 10,4% des patients atteints de LH.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons ici le cas de 3 familles, une de 3 sœurs, une de 2 sœurs et une autre de 2 frères atteints de LH.

Résultats et Discussion :

1 ERE FAMILLE (TROIS cas): 1er cas: patiente âgée de 17ans,, aux antécédents d'un frère décédé d'une leucémie aigue, traitée à notre niveau en aout 2003, pour un LH stade IVA (psoas). Elle a bénéficié de 6 cures ABVD Platine puis radiothérapie en lombo aortique et splénique (30 GY). Elle est toujours en RC. 2ème cas : En Septembre 2012, 9ans après, sa sœur âgée de 37ans, a présenté un LH stade IA. Elle a bénéficié de 4 cures ABVD puis radiothérapie en cervicale et sus claviculaire (30 GY), elle est toujours en RC. 3ème cas : En Janvier 2013, 4mois après, une autre sœur âgée de 31ans, a présenté un LH stade IIA qui a bénéficié de 4 cures ABVD puis radiothérapie en mantelet adapté (30 GY). Elle est toujours en RC. 2 EME FAMILLE (DEUX cas): 1er cas: Patiente âgée de 24ans, traitée en janvier 2018 pour un LH stade IB par 4 cures ABVD et radiothérapie médiastinale et sus claviculaire bilatérale (30 GY). Elle est toujours en RC. 2ème cas : En Octobre 2019, 22mois après, sa sœur âgée de 37 ans, a présenté un LH stade IVB (pulmonaire). Elle a reçu 8 cures ABVD. Elle est toujours en RC. 3EME FAMILLE (DEUX CAS): 1er cas: Patient âgé de 22ans,, traité en juillet 2004 pour un LH stade II, il a reçu 3 cures ABVD- Cisplatine puis radiothérapie en mantelet complet et barre lombaire + rate (30Gy). 2ème cas: En Mai 2006, 22 mois après, son frère, âgé de 21 ans, a présenté un LH stade II. Il a bénéficié de 4 ABVD- Cisplatine et radiothérapie en cervicales, sus-claviculaires, axillaires bilatérales et médiastinal (40 Gy). Ils étaient en RC jusqu'en 2009.

Conclusion :

La présence de cas familiaux dans le lymphome de Hodgkin évoque l'existence de facteurs génétiques favorisant comme le soulignent de nombreux auteurs. Ce caractère familial est souvent sous-estimé, la recherche à l'interrogatoire, d'autres LH dans la famille devrait être systématique.

P52- Lymphome de Hodgkin chez les sujets âgés : une présentation tardive mais une survie conservée

C. Aboura, C. Kerrar, S. Kellouche, N. Khouni, L. Metidji, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est rare après 60 ans, représentant 10 à 20 % des cas. Sa présentation chez les sujets âgés est souvent atypique, marquée par un retard diagnostique, un stade avancé d'emblée et des comorbidités fréquentes. Ces éléments impactent les décisions thérapeutiques et le pronostic. Le score gériatrique G8 permet une évaluation simple et rapide de la fragilité, utile pour adapter les stratégies de prise en charge. Objectif: Décrire les particularités cliniques, évolutives et pronostiques de patients âgés atteints de LH, à partir d'une cohorte monocentrique, et souligner l'intérêt de l'évaluation gériatrique.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective monocentrique incluant 16 patients 60 ans (7.5%), diagnostiqués entre 2019 et 2024 à l'HDJ d'hématologie CHU Beni Messous. Les données recueillies comprenaient les antécédents, le délai au diagnostic, le stade clinique, le score GHSG, les traitements, le statut et la réponse. Un score G8 (apport alimentaire, perte de poids, autonomie, neuropsychologie, polymédication, état de santé subjectif et âge) a été calculé. Un score 14 définissait la fragilité.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen au diagnostic était de 68,1 ans (60–83). On notait une prédominance

féminine (62,5 %), un retard diagnostique > 6 mois dans 37,5 % des cas, et 81,3 % de stades IV au diagnostic. Le score GHSG était élevé chez 87,5 % des patients. Tous les patients (100 %) étaient considérés comme fragiles (score G8 14). Malgré ce profil défavorable, 75 % des patients étaient en rémission complète, avec seulement 2 décès. La survie globale à 5 ans était estimée à 87,5 %, sans rechute documentée à ce jour

Conclusion :

Chez les sujets âgés, le LH se caractérise par une présentation tardive, une forte fréquence de stades avancés, et une fragilité gériatrique universelle. Toutefois, les résultats évolutifs et la survie restent très satisfaisants, témoignant d'une tolérance et d'une efficacité des traitements conservées. L'utilisation du score G8 permettrait d'adapter les prises en charge sans compromettre les résultats thérapeutiques

P53- Lymphome de Hodgkin : caractéristiques épidémiologique, cliniques, thérapeutique et pronostics.

F. Soukna

EPH Tamanrasset

Introduction et Objectif :

Lymphome de hodgkin (LH) est une hémopathie maligne dérive de cellule B caractérisée par la présence de cellules de Reed-Stenberg dont la cause reste inconnue. LH est une pathologie lymphoïde assez fréquent, représente 5 à 10% d'hémopathie malignes, 01% de cancers. LH est la 1ère hémopathie maligne curable, grâce à des progrès actuels qui ont permis de mieux cerner et prise en charge. La classification de OMS distingue deux type de LH : LH nodulaire à prédominance lymphocytaire et LH classique avec ses 04 sous types. Objectif : décrire les caractéristiques épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostic de lymphome de Hodgkin,

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective sur 05 ans du (01/2020) au (12/2024), monocentrique,

douze (12) LH colligés. Le diagnostic a été posé sur un examen anatomopathologique avec immunohistochimie (IHC), la source d'informations est basée sur le dossiers médicaux et fiches de consultation, plusieurs paramètres ont été étudiées.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen des patients est de 37 ans (15-91), la classe d'âge le plus atteint est celle de (20-40). Un sex ratio de 3 une prédominance masculin a été constaté, dont la plupart des cas (11 soit 91%) de LH sont diagnostiqués à des stade étendus selon Ann Arbor : IIB (16%), IV (75%) et un seul cas localisé, ils se manifestent par des adénopathies périphériques (10 soit 84%) unique ou multiples, l'atteinte extra ganglionnaire est variable : pulmonaire, hépatique, thyroïde, osseuse. Selon classification de OMS : 10 patients soit 83,33% sont de type classique scléro-nodulaire et 02 cas (16,66%) à cellularité mixte, IHC : CD30 est positive dans le quasi-totalité des cas et CD15 est positive chez 66,66% des cas. Parmi les 12 patients, 10 sont mis sous chimiothérapie, un est décédé avant traitement et un perdu de vue, tous nos patients ont bénéficié ABVD en 01ère ligne sauf un est mis sous COP DAC. Au terme de la 1ère ligne de traitement : RC (02 cas), RIC (04 cas), échec (03 cas) et 01 décès précoce. Les patient en échec et les rechute ont reçu chimiothérapie de 02me ligne à base de DHAOX (C) ou ESAC. A la date de point nous avons enregistré : 60% réponse objective (RO) : RC et RP, ainsi que 20% de formes réfractaire et 20% de décès.

Conclusion :

Notre étude nous a permis d'avoir une idée globale sur l'ensemble de LH diagnostiqués au niveau de notre service, et confronter nos résultats à ceux de littérature, ou une prédominance masculine a été constaté, une moyenne d'âge de 37 ans (vs 35 ans), une nette prédominance du type histologique scléro-nodulaire. Les réponses objectives (60%) sont proche au ceux décrire dans la littérature, malgré l'importance du formes étendus et retard de diagnostic constater vus les conditions locales.

P54- Immunothérapie : un nouvel espoir pour les patients atteints

de lymphome de Hodgkin réfractaires ou en rechute

C. Aboura, N. Khouni, S. Kellouche, L. Metidji, H. Ahmidatou, S. Doufene, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin réfractaire ou en rechute (LH/RR) reste un défi thérapeutique, en particulier sans accès initial au brentuximab vedotin (BV). Dans notre expérience, les inhibiteurs de checkpoint immunitaire (anti-PD1 : nivolumab, pembrolizumab) ont été utilisés en rattrapage, seuls ou avec le protocole GVD. Ce travail rapporte les caractéristiques cliniques, la réponse aux traitements, la place de l'autogreffe et l'apport du BV

Matériels et Méthodes :

Quinze patients atteints de LH/RR suivis à l'hôpital de jour d'hématologie du CHU de Beni Messous ont reçu une immunothérapie. Le score LYSA a permis de les classer en risque standard (RS), intermédiaire (RI) ou haut risque (HR) de rechute. Les traitements administrés étaient : nivolumab seul (n=7), pembrolizumab seul (n=2), pembrolizumab + GVD (n=5). Le BV a été introduit secondairement chez 5 patients après échec ou réponse partielle aux anti-PD1. Les patients en rémission complète ont été adressés à l'autogreffe. Les réponses ont été évaluées selon les critères classiques (RC, RP, RCi, échec)

Résultats et Discussion :

L'âge médian était de 31 ans, avec un sex-ratio H/F de 0,78. La majorité était au stade IV, et 90 % appartenaient au groupe GHSG avancé. Les patients avaient reçu en moyenne 4 lignes de traitement (2 à 8). Avant l'immunothérapie, 72 % étaient HR et 28 % RI. Les taux de rémission complète étaient : 40 % avec PGVD, 50 % avec pembrolizumab seul, 57 % avec nivolumab. Le BV, administré secondairement, a converti 4 échecs et 1 RP post-anti-PD1 en RC (100 %). Sept patients ont bénéficié d'une autogreffe, dont six étaient initialement HR. Cinq sont restés en RC. Un patient a rechuté, remis en RC avec PGVD. Un autre n'a pas pu être mobilisé. Deux toxicités sévères ont été notées

: insuffisance cardiaque et syndrome d'activation macrophagique sous anti-PD1. Aucun décès toxique.

Conclusion :

Chez ces patients jeunes, souvent à haut risque, les anti-PD1 ont montré une efficacité notable en rattrapage. L'association pembrolizumab + GVD apparaît prometteuse. L'autogreffe a confirmé son rôle de consolidation. Le BV, bien que tardif, a permis la conversion de réponses incomplètes en RC. Ces résultats soulignent l'importance des immunothérapies dans le LH/RR et la nécessité d'en améliorer l'accessibilité

P55- Evaluation du protocole ABVD dans le traitement de la maladie de Hodgkin : expérience de l'hôpital militaire d'Oran

N. Belkacemaoui, M. Aberkane, S. Abderrahmani, Y. Ghassoul, S. Baghdad

Hôpital Militaire d'Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne potentiellement curable caractérisée par la présence de cellule de Reed Sternberg à l'étude histologique. Le protocole de chimiothérapie type ABVD couramment utilisé pour le traitement du lymphome de Hodgkin demeure toujours un standard de traitement pour cette affection. L'objectif de notre étude est d'évaluer les résultats du protocole ABVD dans le traitement des lymphomes de Hodgkin diagnostiqués à l'hôpital militaire d'Oran.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier 2019 à décembre 2024 de 63 patients atteints de lymphome de Hodgkin diagnostiqués et pris en charge à l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran. Tous les patients ont été traités par protocole ABVD avec ou sans radiothérapie

Résultats et Discussion :

Sur une période de 05ans (2019 – 2024), 63 patients suivis pour un lymphome

de Hodgkin ont été colligés à l'hôpital militaire d'Oran, dont 39 patients (61,9%) ont reçu le protocole ABVD comme une chimiothérapie de première ligne. L'âge moyen des patients est de 40,1 ans et la sex-ratio est 1,43 (prédominance masculine). 17 patients (43,5%) ont été classés stades II d'Ann Arbor et 15 patients (38,4%) stades IV. Une masse médiastinale Bulky a été retrouvé chez 05 patients (12,8%). La radiothérapie a été indiquée chez 17 patients (43,5%). Le nombre de cures de chimiothérapie est de 04 cures chez 15 patients (38,4%) et 06 cures chez 09 patients (23%). La survie globale à 72 mois (05 ans) est de 86,8%.

Conclusion :

Le protocole de chimiothérapie type ABVD demeure le traitement standard dans la maladie de Hodgkin. Néanmoins son indication est discutée surtout pour les stades étendus avec des facteurs pronostiques de hauts risques

P56- Remission complete d'un Lymphome de Hodgkin refractaire avec l'association du Brentuximab Vedotin et Pembroluzimab

K. Aimene, O. Ouanes, A. Graine, M. Allouda

CHU Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne à fort taux de guérison, cependant 10 à 20% des cas présentent une maladie réfractaire ou en rechute avec un pronostic défavorable. Ces formes représentent un défi thérapeutique, malgré les progrès des traitements de première ligne. L'association Brentuximab Vedotin (BV) et Pembroluzimab a montré un bénéfice synergique dans les cas réfractaires.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une observation clinique rapportant le cas d'une patiente prise en charge pour un LH classique (LHc) multi réfractaire. Le diagnostic étant confirmé

par biopsie ganglionnaire, le bilan d'extension ayant conclu à un stade IVB.

Résultats et Discussion :

Il s'agit de la patiente Y. T âgée de 39 ans suivie depuis décembre 2016 (31ans) pour un LHc stade IVB, type scléro-nodulaire, CD30+, CD15+ et CD20+. Traitement de 1ère ligne: ABVD, c'était un échec après 4 cures Traitement de 2ème ligne?(Juin 2017) ?: ICE, c' était un échec après 4 cures Traitement de 3ème ligne (Novembre 2017): COPP, l'évaluation après 4 cures c'était une rémission incomplète (RIC), elle a été proposé à l'autogreffe, mais c' était un échec de mobilisation, donc on a décidé de rajouter 2 cures et de réévaluer, mais c'était une progression. Traitement de 4ème ligne (Octobre 2018) ?: BEGEV?, une RIC a été obtenue après 4 cures Elle a été surveillée en consultation, une rechute a été constatée après 28 mois (Septembre 2021) où un traitement de 5ème ligne a été instauré?: DHAP, mais c'était un échec après 2 cures. Traitement de 6ème ligne (décembre 2021) ?: Rituximab Gemcitabine, c'était également un échec. Elle a été mise sous cyclophosphamide - prédnisone en attendant la disponibilité des nouvelles thérapies. Mai 2024 elle est mise sous BV-GVD, c'était également un échec. En novembre 2024, elle est mise sous BV Pembrolizumab, une rémission métabolique a été observée après 4 cures, on l'a donc reproposé à l'autogreffe , mais en attendant elle est sous Pembrolizumab seul (entretien). Ce cas illustre la synergie thérapeutique potentielle entre le BV et le Pembrolizumab dans les LH réfractaires, décrites dans plusieurs études récentes. L'association repose sur des mécanismes complémentaires ?: le BV cible le CD30 et le Pembrolizumab, inhibiteur du PD1, restaure la réponse T cytotoxique contre les cellules tumorales.

Conclusion :

Dans les formes de LH réfractaires à multiples lignées, l'association BV-Pembrolizumab représente une option thérapeutique efficace bien, tolérée et potentiellement salvatrice, comme l'illustre ce cas et mérite d'être considérée dans les stratégies de sauvetage.

P57- Lymphome de Hodgkin avec

une masse médiastinale Bulky.

N. Belkacemaoui

Hôpital Militaire d'Oran

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie lymphoïde maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg dans la biopsie de la maladie en examen anatomopathologique. Le pronostic est favorable en cas d'absence de facteurs de mauvais pronostic et la maladie est diagnostiquée et traitée précocement. L'atteinte médiastinale BULKY qui est définie par la présence d'une masse tumorale supérieur à 7,5 cm 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, pronostique et résultats thérapeutiques.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à l'hôpital militaire d'Oran sur une période de 05ans (2019 – 2024). L'étude a permis de colliger 62 patients diagnostiqués pour un lymphome de Hodgkin dont 17 patients ont présenté une masse Bulky médiastinale. la masse est mesurée par un scanner thoracique ou un TEP-scanner.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen de nos patients qui ont présenté une masse médiastinale Bulky est 36,3 ans (22 – 58 ans), avec un sex-ratio à 1,42 (une prédominance masculine). Le motif principal de consultation est une symptomatologie respiratoire (toux, dyspnée et douleurs thoraciques) pour 07 patients (41,1%) et l'apparition des adénopathies périphériques pour 04 patients (23,5%). Le type histologique scléronodulaire était majoritaire avec un pourcentage de 94,1% (16 patients) et un seul patient a présenté une maladie de Hodgkin avec déplétion lymphocytaire. Les stades localisés sus diaphragmatiques (stade II) était retrouvé chez 05 patients (29,4%) et les stades étendus (III et IV) ont présenté 78,5% (12 patients). Pour le traitement, 12 patients (78,5%) ont été traités par le protocole BEACOPP et 05 patients (29,4%) ont reçu le protocole ABVD. La

rémission complète a été obtenue chez 12 patients (78,5%), la rémission partielle chez 02 patients (11,7%) et l'échec thérapeutique chez 03 patients (17,6%). La survie globale à 72 mois est de 85,1% versus 91,7% pour les patients qui n'ont pas présenté une masse médiastinale Bulky.

Conclusion :

La présentation radiologique type Bulky dans la maladie de Hodgkin présente un facteur de mauvais pronostic, ce qui explique parfois la nécessité au recours à d'autres traitement comme l'immunothérapie et l'autogreffe des cellules souches hématopoïétiques.

P58- Évaluation de la maladie thromboembolique veineuse dans le lymphome hodgkinien : apport des scores de Khorana et ThroLy

C. Aboura, C. Kerar, L. Soufellou, A. Bourdji, H. Assaus, M. Aribi, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) constitue une complication redoutée du lymphome hodgkinien (LH), pouvant altérer la réponse thérapeutique et le pronostic. Son incidence, rapportée entre 5 et 20 %, est plus élevée dans les formes avancées ou bulky, avec parfois une survenue précoce, avant tout traitement, traduisant l'état prothrombotique lié à la maladie. Toutefois, les épisodes observés sous chimiothérapie demeurent les plus fréquents. L'évaluation du risque repose sur des scores prédictifs, tels que Khorana et ThroLy, dont la pertinence dans le LH reste incertaine. Objectif: Mettre en évidence la fréquence, les facteurs de risque et les limites des outils actuels de prédiction de la MTEV chez les patients atteints de LH.

Matériels et Méthodes :

Une étude rétrospective a été menée sur 210 patients atteints de LH pris en charge entre janvier 2019 et décembre 2024. Parmi eux, 20 patients (9,5 %) ont présenté une thrombose. Les variables analysées incluaient les caractéristiques cliniques, le moment de survenue, le stade, la présence

de bulky, les scores de risque (Khorana, ThroLy), les schémas thérapeutiques, la réponse au traitement et le devenir

Résultats et Discussion :

L'âge moyen était de 34 ans (18–65), avec un sex-ratio à 1. Trois patients étaient tabagiques et un hypertendu. La thrombose est survenue chez 5 patients (25 %) avant tout traitement, 13 (65 %) sous chimiothérapie, 1 pendant radiothérapie et 1 après autogreffe. Les formes avancées concernaient 15 patients (75 %), dont 9 (45 %) bulky. Les analyses ont montré une association significative entre le stade avancé, la réponse thérapeutique, la rechute ou la réfractarité et le devenir final ($p < 0,01$). En revanche, aucune corrélation n'a été observée avec les scores Khorana ($p = 0,896$) ou ThroLy ($p = 0,690$). Selon Khorana, 65 % des patients

étaient classés risque intermédiaire et 35 % haut risque ; selon ThroLy, 55 % faible risque et 45 % intermédiaire. Concernant la prise en charge, 12 patients (60 %) ont reçu l'ABVD et 8 (40 %) le eBEACOPDac. Une réponse complète a été obtenue chez 13 patients (65 %), une partielle chez 1 (5 %) et un échec chez 6 (30 %). Au dernier suivi, 14 (70 %) étaient en rémission complète, 4 (20 %) sous traitement et 2 (10 %) perdus de vue. Aucun décès n'a été enregistré. Tous ont reçu une héparinothérapie curative, sans héparinoprophylaxie

Conclusion :

Dans cette cohorte, la MTEV a concerné près d'un patient sur dix, avec une survenue possible à tous les stades. Les formes avancées et bulky apparaissaient particulièrement exposées. Ni Khorana ni ThroLy n'ont montré de valeur discriminante. Ces résultats soulignent la nécessité de développer des modèles prédictifs spécifiques au LH afin de mieux cibler les patients à haut risque et d'optimiser les stratégies de thromboprophylaxie.

P59- Lymphome de Hodgkin localisé : réponse et survie selon les scores EORTC et GHSG

C. Aboura, L. Metidji, C. Kerar, A. Maghni, Z. Bensaadallah, H. Assaous

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

La prise en charge du lymphome de Hodgkin a considérablement progressé, permettant aujourd'hui d'obtenir des taux de survie globale supérieurs à 85–90 % dans les formes localisées. L'évaluation pronostique repose sur des scores internationaux, notamment l'EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) et le GHSG (German Hodgkin Study Group), qui stratifiaient les patients en groupes favorables ou défavorables. Cependant, leur valeur prédictive peut varier selon les contextes de prise en charge, notamment le délai diagnostique qui est souvent long dans. L'objectif de ce travail est d'évaluer la réponse thérapeutique et la survie des patients atteints de LH localisé selon les scores EORTC et GHSG.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective monocentrique incluant 76 pts (27.9%) atteints de LH localisé sur l'ensemble des 212 LH traités entre 2019 et 2024 à l'HDJ d'hématologie CHU Beni Messous. Les données épidémiologiques, délais diagnostiques, scores pronostiques (EORTC et GHSG), modalités thérapeutiques et résultats en termes de réponse et de survie ont été collectés. La survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) ont été estimées par la méthode de Kaplan–Meier et comparées entre les sous-groupes pronostiques.

Résultats et Discussion :

L'âge médian 26 ans (16–83) avec 98,7 % âgés de moins de 60 ans, avec une prédominance féminine (57,9 %). Le délai diagnostique dépassait 3 mois chez 64,5 % des patients. Selon la classification EORTC, 21,1 % des patients appartiennent au groupe favorable et 78,9 % au groupe défavorable ; les taux de rémission complète (VRC) étaient comparables entre les deux groupes (81,3 % versus 81,7 %), sans différence significative ($p = 0,542$). Concernant la stratification GHSG, 14,5 % étaient classés précoces, 50 % intermédiaires et 35,5 % avancés ; les taux de VRC étaient respectivement de 81,8 %, 84,2 % et 77,8 %, là encore sans différence significative ($p = 0,762$). Une radiothérapie a été administrée à 88,2 % La survie globale

à 5 ans était estimée à 94,7 % et la survie sans progression à environ 90 %. L'analyse de survie globale n'a montré aucune différence selon les scores pronostiques, avec un log-rank à $p = 0,358$ pour EORTC et $p = 0,401$ pour GHSG. Il est à noter qu'aucun décès n'a été observé dans les groupes EORTC favorable et GHSG précoce.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin localisé conserve un excellent pronostic avec une survie globale dépassant 90 %, même chez les patients classés défavorables selon les scores EORTC et GHSG. Ces résultats suggèrent que, dans notre cohorte, les scores pronostiques classiques n'étaient pas discriminants pour la survie. La réduction du délai diagnostique et l'harmonisation des stratégies thérapeutiques pourraient encore améliorer les résultats

P60- Formes réfractaires et en rechute du lymphome de Hodgkin : étude rétrospective et impact pronostique sur la survie

C. Aboura, N. Khouni, S. Kellouche, H. Ahmidatou, L. Metidji, H. Merzouga, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin bénéficie aujourd'hui de traitements standards hautement efficaces, permettant d'obtenir des taux de guérison élevés. Cependant, une proportion non négligeable de patients, estimée entre 10 et 30 %, présente une évolution défavorable, soit sous forme de rechute, soit sous forme réfractaire. Ces deux entités possèdent des implications pronostiques distinctes, rendant leur différenciation essentielle pour orienter la prise en charge et envisager des stratégies thérapeutiques alternatives. L'objectif de ce travail est de comparer les caractéristiques cliniques, les réponses thérapeutiques et les profils de survie des patients en situation réfractaire versus ceux en rechute.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 67 patients

atteints de lymphome de Hodgkin (31.6%) RR, sur l'ensemble des 212 LH traités entre 2019 et 2024 à l'HDJ d'hématologie CHU Beni Messous. Les patients ont été classés en deux groupes selon leur statut évolutif post-traitement : réfractaires, définis par une absence de réponse ou une progression sous traitement initial, et rechutes, définies par une progression secondaire après une réponse initiale complète ou partielle. Le risque de rechute a été stratifié selon la classification LYSA en trois groupes : haut risque (HR), risque intermédiaire (RI) et risque standard (RS). La survie globale a été analysée par la méthode de Kaplan-Meier, et les comparaisons entre groupes ont été réalisées par le test Log Rank.

Résultats et Discussion :

Parmi les 67 patients, 46 (68,7 %) étaient réfractaires et 21 (31,3 %) en rechute. Selon la stratification LYSA, 86 % des cas appartenaient au groupe à haut risque. 9 pts ont reçu une immunothérapie (IT) protocole PGVD 8pts et Pembrolizumab seul 1pt, après au moins 3 lignes de polychimiothérapie en moyenne, avec ce protocole 5pts évaluable : 1 RC et 3 échecs et 1 RP, les 04 pts ont été mis en RC avec l'Anti CD30 : BV. La survie moyenne des patients en rechute était significativement plus longue que celle des réfractaires, atteignant 66,5 mois contre 49,2 mois ($p = 0,035$). Aucun facteur classique tel que l'âge, le sexe, le stade clinique, la présence d'un bulky ou le score pronostique IPS n'a montré d'impact significatif sur la survie. L'analyse à cinq ans selon le statut évolutif précis montrait un taux de survie de 57.1 % dans le groupe à HR de rechute, 70.3 et de 78.1 % dans les groupes à risque intermédiaire et standard respectivement.

Conclusion :

Le statut réfractaire constitue un facteur pronostique défavorable majeur, avec une survie significativement réduite par rapport aux patients en rechute. L'appartenance majoritaire des formes réfractaires et rechutes au groupe haut risque selon la classification LYSA confirme le poids pronostique de ce profil évolutif. Ces observations soulignent l'importance d'identifier précocement ces formes afin d'adapter la stratégie thérapeutique, notamment via l'introduction rapide de biothérapies ciblées et l'intensification.

P61- Du lymphome de Hodgkin au carcinome mammaire a la leucemie aigue ? : Parcours d'une patiente sur 20 ans

K. Aïmene, O. Ouanes, A. Graine, M. Allouda

CHU Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne à excellent pronostic dont les traitements (chimiothérapie et radiothérapie) exposent à des risques de complications tardives, notamment des néoplasies secondaires. D'où l'importance du suivi à long terme surtout chez les jeunes patients.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une observation clinique rapportant le cas d'une patiente admise dans notre service pour prise en charge d'une leucémie aigue. Les données ont été recueillies à partir du dossier médical, des comptes rendus d'hospitalisation et des examens complémentaires (biologie, histologie et imagerie). Une analyse descriptive a été réalisée afin de mettre en relation les traitements antérieurs et la survenue de néoplasies secondaires.

Résultats et Discussion :

Il s'agit de la patiente M.F traitée en 2000 (à l'âge de 18 ans) au CHU Beni Messous pour LH type scléro-nodulaire, stade IIE B (poumon) par 3 cures ABVD avec radiothérapie en mantelet complet à 40 Gy. En 2017, à l'âge de 35 ans, elle a été traitée au CPMC pour carcinome canalaire infiltrant grade II du sein gauche, par une mastectomie plus chimiothérapie type FAC (Fluoro Uracile, Adriamycine, Cyclophosphamide) à raison de 6 cures suivi de 18 cures de thérapie ciblée type Trastuzumab. En 2020, alors âgée de 38 ans, elle est admise à notre niveau pour prise en charge d'une leucémie aigue myéloïde (LAM4). Ce cas illustre la succession des complications à long terme des traitements oncologiques à savoir la radiothérapie thoracique dans la survenue des néoplasies mammaires et les agents alkylants ainsi que les anthracyclines dans

la survenue des leucémies aigues.

Conclusion :

Cette observation souligne l'importance d'un suivi hématologique régulier et prolongé chez les patients guéris de cancers hématologiques et solides, en particulier chez les femmes jeunes exposées à la radiothérapie thoracique et aux agents myéloablatifs. Une vigilance accrue est nécessaire devant toute cytopénie ou anomalie biologique inexplicée, afin de dépister précocement les néoplasies secondaires.

P62- Le lymphome de hodgkin chez le sujet âgé

C. Harmali, S. Gherras, K. Hadj Mohand, N. Boulaaziz, N. Dali, A. Malika

CHU Nedir Mohamed Tizi Ouzou

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg dans un microenvironnement tumoral riche en cellules inflammatoires. Il représente environ 10 % des lymphomes et touche préférentiellement l'adulte jeune, avec un premier pic d'incidence entre 20 et 30 ans. Un second pic apparaît après 65 ans, représentant près d'un quart des cas. Chez ces patients âgés, la maladie se présente souvent à un stade avancé, associée à des comorbidités, et la tolérance aux protocoles standards tels que l'ABVD est réduite. Ces spécificités se traduisent par un pronostic globalement moins favorable, nécessitant l'adaptation des stratégies thérapeutiques pour maintenir un équilibre entre efficacité et tolérance. Le but de notre étude est de déterminer les différents aspects cliniques, radiologiques et pronostiques, ainsi que l'expérience de notre service dans la prise en charge du LH du sujet âgé.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique, réalisée sur des dossiers de patients âgés de plus de 65 ans atteints de LH pris en charge dans notre centre sur une période de 8 ans (Janvier 2017 à Décembre 2024).

Résultats et Discussion :

Dix-sept patients ont été colligés. L'âge moyen est de 76 ans (66 - 86 ans), on note une discrète prédominance masculine (sex ratio à 1,1). La présence de signes généraux est observée dans 94% des cas, les adénopathies comme 1er symptôme de la maladie sont retrouvées dans 41% des cas. L'existence d'une masse médiastinale bulky avec un IMT supérieur à 0.33 est observée chez 3 patients (17%). La présence d'une masse abdominale est observée chez 7 patients (41%). Le type histologique est scléro-nodulaire dans 70% des cas. Selon la classification d'Ann Arbor, les stades étendus représentent 58%. Le pronostic est défavorable dans 87% des cas dans les stades localisés et de 66% dans les stades étendus. Dans le bilan d'extension, un TEP-scan a été fait chez 9 pts (53%). Des comorbidités sont associées au LH chez 10 (58%) pts. Concernant le traitement, 70% des patients ont reçu 4 à 8 cycles d'ABVD et 30% ont reçu 4 à 8 cycles d'AVD. La rémission complète (RC) est obtenue chez 7 pts (41%) dont 6 ont reçu ABVD, la rémission partielle (RP) chez 3 pts (17%) dont 2 ont reçu ABVD, le taux d'échec est de 41% (3 ABVD et 4 AVD), 8 pts (47%) sont décédés. Les causes de décès sont liées principalement à un sepsis avec aplasies sévères secondaires à la chimiothérapie.

Conclusion :

La présentation clinique des pts de notre étude est représentée par des stades avancés et un pronostic défavorable plus fréquents. Le taux élevé de décès s'explique d'une part par la fréquence de comorbidités et d'autre part par la mauvaise tolérance du traitement chez cette population âgée.

P63- Intensification thérapeutique suivie d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques non cryopréservées dans le Lymphome de Hodgkin

S. Oukid, F. Lamraoui, N. Rekab, MK. Benlabiod, S. Taoussi, YM. Bouchakor, M. Mezroud, M. Bradai

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

Les données de la littérature rapportent que 20 à 30% de Lymphome de Hodgkin sont réfractaires/rechutent (LH R/R). Le traitement de ces formes est plus difficile: une chimiothérapie de rattrapage associée à une intensification suivie d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) permettant d'obtenir une guérison dans 50%.

Matériels et Méthodes :

Nous avons colligés 04 patientes atteintes de LHR/R pour intensification suivie d'une Autogreffe de CSH Non Cryopréservées. L'intensification est basée sur le protocole EAM (Etoposide, Aracytine, Melphalan). Deux groupes selon le résultat de la mobilisation.

Résultats :

Groupe N°1: Echec de mobilisation chez 02 patientes âgées de 17 et 21 ans suivies pour un LH scléro-nodulaire, stade IV réfractaire. Après obtention d'une Rémission complète (RC) dont l'une est métabolique (RCM) (BEGEV, BV-IEP), indication d'une autogreffe de CSH. Mobilisation par facteur de croissance. Deux collectes de CSH mais très pauvres donc échec de mobilisation. Les 02 patientes vivantes en RC, l'une sous Brentuximab (Bv) en monothérapie et l'autre sous surveillance.

Groupe N°2: Réussite de collecte de greffon : 02 patientes.

Patient BK âgée de 28 ans consulte en Décembre 2020 pour traitement d'un LH type II, stade IIA associé un carcinome infiltrant du sein droit après avis des oncologues, elle a été traitée par 04cures de Cyclophosphamide et Adriamycine suivie d'une mastectomie puis d'une radiothérapie soldé par une RCM.

A 20 mois de RC, elle présente une rechute traitée 2BEGEV avec obtention d'une RCM.

En Octobre 2023, 2^{ème} rechute d'où indication d'une biopsie ganglionnaire qui confirme le diagnostic d'où indication de 04Bv-ICE avec obtention

d'une RCM et indication d'une autogreffe avec poursuite de la maintenance Bv. En Mai 2024, mobilisation par le facteur de croissance seul qui a permis de faire 03 collectes de CSH suivie d'intensification par EAM puis transfusion d'un greffon riche: $5.88 \times 10^6 \text{CD}34^+/\text{kg}$.

Au cours de l'aplasie de 15 jours, elle a reçu 3CUP et 3Concentrées Globulaires(CG) et elle a présenté des troubles ioniques et une mucite grade II.

L'évaluation: Patiente vivante en RC sous traitement de maintenance par Bv.

Patiente MH âgé de 50 ans consulte en Janvier 2024 pour traitement d'un LH type II Stade IVA pulmonaire, IPS 3 traitée par 02 cures ABVD échec suivie de 04 cures BEACOPP soldé par une RCM. En Septembre 2024, elle présente une rechute stade I d'où indication 04 cures Bv-Nivolumab obtention d'une RCM et indication d'autogreffe.

En Avril 2025, mobilisation par G-CSF et Plerixafor qui ont permis de faire 03 collectes de CSH suivie d'intensification par EAM puis transfusion d'un greffon riche: $10.91 \times 10^6 \text{CD}34^+/\text{kg}$.

Au cours de l'aplasie de 15 jours, elle a reçu 06CUP et 03CG et a présenté des troubles ioniques, une mucite grade II et une bartholinite.

L'évaluation: patiente vivante en RC sous traitement de maintenance par BV.

Conclusion :

Le traitement de référence du LH R/R repose sur un traitement de rattrapage en vue d'obtenir une RCM suivi d'une intensification avec autogreffe de CSH. Pour les patients à haut risque de rechute post greffe, une maintenance par BV a amélioré significativement leur survie. Dans ces observations l'autogreffe des CSH Non cryopréservées était possible que dans 50%, la congélation est obligatoire pour améliorer le rendement.

P64- Apport de la tomographie par émission de positons dans le staging des lymphomes Hodgkiniens

F. Delci, S. Gherras, N. Dali, N. Boulaziz, A. Graine, O. Ouanes, H. Laga, K. Hadj Mohand, M. Allouda

CHU Nedir Mohamed Tizi Ouzou

Introduction et Objectif :

La stadification précise du lymphome hodgkinien (LH) est cruciale pour l'élaboration d'une stratégie thérapeutique adaptée. Traditionnellement, l'évaluation repose sur la tomodensitométrie (TDM) qui apporte une analyse morphologique. Cependant, l'intégration de la TEP scanner permet une évaluation métabolique complémentaire grâce au 18-fluoro-désoxy-glucose (18-FDG) qui a la propriété de se fixer sur les cellules malignes, augmentant la sensibilité diagnostique. Notre étude vise à comparer la performance diagnostique et l'influence sur la stadification clinique du LH entre l'imagerie par TDM et celle par TEP/TDM chez des patients atteints du LH pris en charge au service hématologie-CHUTO.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, elle a concerné des pts pris en charge pour LH durant une période de 7ans (Janvier 2018 à Décembre 2024). Les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Un bilan d'extension a été fait; tous nos pts ont bénéficié d'une TEP/TDM, et son impact sur la modification du stade initial ainsi que sur l'orientation thérapeutique a été analysé.

Résultats et Discussion :

Quatre vingt douze patients ont été colligés, L'âge médian est de 30 ans (17 - 55 ans), avec une prédominance masculine (sex ratio :1.3). Après une imagerie type TDM ; 39 (42%) pts sont classés au stade étendu et 53(58%) pts stades localisés selon la classification d'Ann Arbor, et après une TEP/TDM, 54(59%) pts stade étendu et 38 (41%) pts stades localisés. La TEP scanner a permis une révision du stade clinique chez 33 patients (35.9%), dont 21 patients chez qui le stade a été plus avancé selon la TEP (22.8%); tandis que chez 12 patients (13.1%), le stade était inférieur à celui estimé par la TDM. La TEP a mis en évidence des atteintes ganglionnaires supplémentaires ainsi que des localisations extra-nodales,

principalement au niveau médiastinal et abdominal, non détectées par la TDM seule. Ces réévaluations ont engendré une adaptation des protocoles thérapeutiques, incluant des intensifications ou réductions de traitement en fonction du nouveau stade. Ces résultats suggèrent une concordance majoritaire entre les stades TDM et TEP, toutefois, la TEP a permis le restaging de la maladie chez plus d'un tiers des pts, ce qui pourrait refléter une sensibilité accrue de la TEP scanner pour la détection des atteintes tumorales. L'intégration de la TEP/TDM dans le processus de stadification du LH s'avère être une avancée majeure en réduisant le risque de sous-estimation de l'étendue de la maladie. Cette approche permet une meilleure individualisation thérapeutique, optimisant ainsi le rapport bénéfice-risque en évitant des traitements inappropriés.

Conclusion :

Le recours systématique à la TEP/TDM doit être considéré comme un standard d'excellence dans le staging initial du LH, améliorant significativement la précision diagnostique et influençant favorablement le pronostic et la prise en charge thérapeutique.

P65- Les rechutes tardives (> 12 mois) du lymphome de Hodgkin

I. Mechakou, S. Gherras, K. Hadj Mohand, N. Boulaziz, H. Laga, N. Dali, M. Allouda

CHU Nedir Mohamed Tizi Ouzou

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne curable dans la majorité des cas, avec un taux de survie globale dépassant les 85%. Cependant, environ 10 à 30 % des patients peuvent présenter une rechute, le plus souvent au cours des deux premières années. Les rechutes tardives, définies par une reprise évolutive de la maladie au delà de 12 mois restent rares. L'objectif de ce travail est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques des rechutes tardives du lymphome de Hodgkin dans une cohorte de patients pris en charge dans notre service.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique portant sur une série de patients pris en charge durant la période allant de 2017 à 2024. Après confirmation du diagnostic, les pts sont stratifiés selon la classification d'Ann Arbor, puis un traitement de relais est proposé. En première ligne, 11 pts (91 %) avaient reçu le protocole ABVD, un patient (9 %) traité par DHAP. 6(50 %) pts ont reçu une radiothérapie.

Résultats et Discussion :

Sur 222 pts atteints de LH, 12 (5,4%) pts ont présenté une rechute tardive. L'âge médian est de 38 ans (21-63 ans). On note une nette prédominance masculine (sex ratio à 3). Le type histologique prédominant est le type scléro nodulaire (83 %). Initialement, 5 patients (42%) étaient au stade III et IV, 7 (58%) pts au stade I et II. Des signes généraux présents chez 50 % des patients. 83 % des stades localisés sont de pronostic défavorable (EORTC) et 91 % selon (score GHSG) , 58 % des stades étendus sont de haut risque (IPS). Le délai médian de rechute est de 33 mois (12- 54 mois), 7(57 %) pts ont rechuté en stade III et IV, 5(43 %) en stade I et II. Dix pts ont reçu un traitement de 2eme ligne (02 pts perdu de vue). Concernant le traitement, 2 pts ont reçu le protocole BV DHAP, 2pts BV-ICE, 2 pts ICE seul, 2 COPP, 1ABVD et 1 DHAP. Cinq pts ont nécessité d'autres lignes thérapeutiques (BEGEV, BV-DHAP, pembrolizumab-GVD et Nivolumab en monothérapie). Une autogreffe de CSH a été réalisée chez 3 (25%) pts. Une réponse complète (RC) a été obtenue chez 07 patients (70 %), et une progression notée chez 03 (30 %) pts. Après un suivi médian de 34 mois (6 - 63mois), 07 (59 %) pts sont en RC dont 03 pts ayant bénéficié d'une autogreffe, 02 (11 %) pts sont en progression, un pt est décédé.

Conclusion :

La rechute tardive du LH demeure un événement rare. Elle peut survenir sous des formes avancées, nécessitant des lignes thérapeutiques multiples, incluant chimiothérapies intensives, immunothérapies et autogreffe de CSH. Malgré ces situations complexes, une RC reste possible chez une majorité de patients. Ces données soulignent l'importance d'un

suivi prolongé et d'une prise en charge individualisée pour améliorer le pronostic de ces rechutes tardives.

P66- Lymphome de Hodgkin au cours de la grossesse

Y. Tadjer, K. Hadj Mohand, N. Boulaziz, M. Zoulim, H. Laga, S. Gherras, N. Dali, M. Allouda

CHU Tizi Ouzou

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne touchant surtout l'adulte jeune. Sa survenue pendant la grossesse est rare et pose un double défi : traiter efficacement la mère tout en préservant le fœtus. Le diagnostic est souvent retardé car les symptômes peuvent mimer ceux de la grossesse. La prise en charge repose sur une collaboration multidisciplinaire et doit être adaptée au stade de la maladie et l'âge gestationnel. But de l'étude L'objectif de notre étude est décrire les caractéristiques cliniques, et d'évaluer les résultats thérapeutiques ainsi que le pronostic maternel et fœtal des cas de LH survenant au cours de la grossesse (gsse).

Matériels et Méthodes :

Sur une période de 10 ans (2015 à 2024), 317 patients atteints de LH ont été diagnostiqués dont 169 femmes (53%). Parmi elles ; 8 cas (4,7%) sont survenus au cours d'une gsse. Dans 6 cas (75%) le diagnostic a été évoqué devant l'apparition d'adénopathies cervicales, et des signes généraux dans 2cas (25%). Confirmé par une étude anatomopathologique d'une biopsie ganglionnaire. L'évaluation a été réalisée en août 2025.

Résultats et Discussion :

L'âge médian est de 28 ans (22- 36) et l'âge gestationnel moyen est de 22 SA soit 5ème mois de gsse (13 - 30 SA). Le type scléro nodulaire a été retrouvé chez les 8 patientes (ptes). Le diagnostic est établi au 1er trimestre (T) chez 3ptes (37%) ayant conduit à une interruption de gsse sans aggravation du stade clinique de la maladie après l'avortement. Maintenu chez 5ptes (63%) (3 en 2ème

T, 2 en 3ème T) dont 1pte (12%) a reçu une chimiothérapie (CT) avant l'accouchement (Protocole VELBE), tandis que 4ptes (50 %) en abstention thérapeutique et sans incidence sur l'évolution de la maladie ni sur le déroulement de l'accouchement avec naissance de 05 EVBP. Le traitement (Trt) post -partum a comporté une CT-Radiothérapie (4 cures ABVD +RT) chez 5ptes (63%) de stade (S) localisés (1pte:S I ; 4ptes:S II), une CT seule (protocole BEACOPP/6 cures ABVD) pour 3ptes (37%) avec un stade étendue (3ptes:S IV). Une rémission complète a été obtenue en première ligne chez 6ptes (75%) et après un traitement de rattrapage pour un échec primaire chez 2ptes (25%). Après un suivi médian de 106 mois (16 à 120) ; les 8 patientes sont vivantes en RC.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin survenant pendant la grossesse reste une situation rare mais non exceptionnelle. Nos résultats montrent que, malgré les contraintes liées à la coexistence de la maladie et de la gestation, une prise en charge multidisciplinaire adaptée permet d'obtenir des issues favorables tant sur le plan maternel que fœtal. Ces données soulignent l'importance d'une approche personnalisée, tenant compte du stade de la maladie, de l'âge gestationnel et du souhait parental, afin d'optimiser la survie et la qualité de vie des patientes tout en préservant au mieux la santé de l'enfant à naître.

P67- Évaluation thérapeutique des patients atteints de lymphome de Hodgkin dans sa forme localisée

K. Hadj Mohand, N. Boulaziz, M. Zoulim, H. Laga, O. Ouane, A. Graine, N. Dali, S. Gherras, M. Allouda

CHU Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif:

Le Lymphome Hodgkinien (LH) localisé représente une entité à fort potentiel de guérison. Le traitement repose sur une approche combinée chimiothérapie-radiothérapie, avec une adaptation guidée

par la réponse métabolique précoce à la TEP-TDM, permettant de limiter la toxicité sans compromettre l'efficacité. L'objectif de notre étude est d'évaluer les résultats de l'ABVD en 1ère ligne en termes de réponse, de la SG et la PFS.

Matériels et Méthodes:

De janvier 2017 à décembre 2024, 93 (42%) pts/222 cas de LH dans sa forme localisée ont été colligés. Le diagnostic anatomopathologique a été réalisé sur une biopsie ganglionnaire chez 80pts (86%) et une biopsie transpariétale médiastinale chez 12pts (12,9%). Un bilan d'extension a été réalisé chez tous les pts permettant la classification selon Ann Arbor. Une TEP-TDM au diagnostic a été effectuée chez 56pts (60%), dont 27pts (29%) ont bénéficié d'un TEP précoce. En fin de traitement, une TEP-TDM a été réalisée chez 60 pts (64,5%). Une stratification pronostique selon EORTC a été adoptée pour nos pts. 89patients(pts) (95,7%) ont été traités par ABVD, associés à une radiothérapie chez 75pts (81%). 4pts ont reçus autres protocoles. L'évaluation a été réalisée en aout 2025.

Résultats et Discussion:

L'âge médian est de 29 ans (15-76). 60 pts sont des femmes et 33 sont des hommes avec un sex ratio F/H =1,8. 13pts (14%) sont classés au stade I et 80 pts (86%) au stade II, dont 18 pts (19%) au groupe favorable et 75pts (81%) au groupe défavorable. Le délai médian du diagnostic était de 4 mois(1- 48) ; le symptôme inaugural le plus fréquent était le syndrome tumoral (ST) chez 68 pts(73%) et la toux chez 15 pts (16 %). Sur le plan clinique, un score ECOG 0 a été observé chez 81pts(87%), les signes B étaient présents chez 43 pts(46%), un ST était présent chez 73pts(78%), dont le diamètre >7cm chez 17pts(18%) ; un bulky médiastinal (IMT > 0,33) chez 28pts (30 %) et profond >7cm chez 28 pts(30%) compliqué d'un syndrome compressif chez 24 pts(26%) et de thromboses veineuses chez 5pts. Le type scléronodulaire est prépondérant, retrouvé chez 78 pts (84%) suivi du type cellularité mixte chez 9pts(9,7%). 89ptssont évaluables pour la réponse. 65pts (73%) ont obtenu une RC dont 47pts (53%) étaient en réponse métabolique complète (RMC), 10pts (11%) en réponse partielle (RP)>75% soit une réponse globale chez 75pts(84%) et 14pts(16%) en échec thérapeutique. Une

rechute est survenue chez 7pts(8%) dans un délai médian 25mois(8-87). Après un délai médian de suivi de 63mois (5-102), 82pts (92%) sont vivants. La survie globale à 8 ans est de 93,5% et la PFS de 79,6%. En analyse multivariées, l'âge>40ans(P<0,0001) est un facteur prédictif impactant négativement la SG.

Conclusion:

Nos résultats demeurent encourageants malgré la forte proportion des formes bulky haut risque dans notre cohorte.

P68- Nouvelle approche de numération des cellules souches hématopoïétiques par cytométrie en flux: vers une meilleure évaluation du greffon. Expérience de l'EHU 1er Novembre d'Oran

A. Mihoubi, N. Yafour, W. Brahimi

EHU 1er Novembre d'Oran

Introduction et Objectif :

Dans le contexte de l'autogreffe de CSH chez les patients atteints d'un lymphome de hodgkin, la numération des CSH par cytométrie en flux (CMF) constitue une étape cruciale pour évaluer la qualité du greffon, et optimiser le succès du traitement. Cette technique permet d'identifier par précision les CSH mobilisées prélevées, en vue de leur réinjection autologue. Le dénombrement des CSH CD34+ peut être réalisé selon différentes méthodes. Actuellement les protocoles de CMF standardisés par ISHAGE utilisant la méthode double plateforme (DP) ou simple plateforme sont les plus adoptés. Alternativement des procédures en se basant sur le principe volumétrique peuvent être réalisées, permettant un comptage direct sans recours à des billes de références, ni à un compteur hématologique. L'objectif de cette étude est d'instaurer une technique de quantification volumétrique des CSH adaptable sur le cytomètre BD FACS LYRIC, et de la comparer à la méthode DP.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective réalisée au niveau du service d'hématologie à l'EHU 1er Novembre d'Oran. L'analyse des CSH CD34+ a été réalisée selon un protocole de marquage, lyse sans lavage, suivi d'une acquisition à faible débit permettant d'évaluer la concentration volumétrique. Le calcul repose sur le nombre d'événements CD34+ collectés sur 100ul, corrigé par le facteur de dilution de l'échantillon. La méthode DP utilise les données issues de la CMF combinées au nombre total de leucocytes mesurés par un automate d'hématologie. La stratégie de déclenchement CD34 ISHAGE est appliquée pour les deux techniques. La comparaison des deux méthodes a été réalisée à l'aide de l'analyse de Bland et Altman et des courbes de corrélations via le logiciel SPSS.

Résultats et Discussion :

Du 13/12/2022 au 31/7/2025, une analyse a été effectuée pour 110 échantillons provenant de produits d'aphérèse des malades atteints de lymphome d'Hodgkin. L'évaluation selon Bland et Altman a montré que la moyenne des différences était de 120,14 avec un intervalle de confiance de 95% compris entre (-156,24 et 396,51/uL). Nous avons constaté que 94 % des différences se situaient dans les limites de concordance (moyenne $\pm$ 2 écarts types). L'analyse de régression linéaire de la courbe d'égalité a révélé un coefficient de corrélation élevé ($r^2=0,954$) confirmant une forte corrélation entre les deux méthodes.

Conclusion :

Notre étude montre que la méthode volumétrique donne des résultats similaires à la double plateforme pour la numération des cellules souches CD34+. Elle permet une analyse directe, représentant une approche simple, rapide et économique, en évitant ainsi les erreurs liées à l'automate d'hématologie. De plus cette étude contribue à améliorer l'évaluation des greffons au cours des autogreffes de CSH dans les lymphomes de Hodgkin.

P69- Lymphome de Hodgkin réfractaire et en rechute (R/R)

: expérience du Centre Anti cancer de Tlemcen, Algérie (2019-2024)

N. Benhazil¹, N. Houti², D. Baba¹, H. Belhade³, L. Kazi Tani³, F. Bendahmane², N. Mesli³

(1) EHS Centre Anti Cancer Tlemcen, (2) CAC Tlemcen, (3) CHU Tlemcen

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne à fort potentiel de guérison, mais environ 10–20 % des patients présentent une forme réfractaire ou rechutante (R/R), posant un défi thérapeutique majeur. L'objectif est de décrire l'expérience du CAC Tlemcen dans la prise en charge des patients atteints de LH R/R.

Matériels et Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective au Centre Anti-Cancer (CAC) de Tlemcen entre 2019 et 2024, incluant 144 patients atteints de LH. Parmi eux, 28 cas (19,4 %) ont présenté une forme R/R. Les données cliniques, pronostiques et thérapeutiques ont été analysées afin d'évaluer les approches utilisées et leurs résultats.

Résultats et Discussion :

L'âge médian des patients R/R était de 32 ans (16–63), avec une prédominance masculine (20 hommes/8 femmes). La majorité présentait une maladie étendue (20 cas) et un score pronostique défavorable (21 cas selon IPS-EORTC). En deuxième ligne, la chimiothérapie conventionnelle, principalement le protocole DHAC ou ICE, mais le taux de rémission complète reste faible, traduisant la difficulté de prise en charge des LH R/R dans notre contexte. L'immunothérapie (brentuximab et inhibiteurs de checkpoint PD-1) a offert des résultats encourageants, notamment lorsqu'elle est associée à la greffe autologue ou utilisée en combinaison (BV+nivolumab, pembro-ICE, pembro-GVD).

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin R/R représente une entité de mauvais pronostic. Dans notre expérience, les traitements conventionnels ont montré des limites, et

bien que l'immunothérapie ait permis des réponses encourageantes, elle demeure d'accès restreint. Ces résultats soulignent la nécessité d'élargir l'accès aux thérapies innovantes (BV, anti-PD1, BrECADD) afin d'améliorer le pronostic des patients atteints de LH R/R en Algérie.

P70- Les atteintes thoraciques au cours du Lymphome de Hodgkin

K. Belateche, M. Djilali, F. Talbi, H. Otsman, A. Bachiri

HCA Alger

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne se développant au dépend des tissus ganglionnaire de localisation thoracique fréquente, les manifestations thoraciques sont variées et d'aspect radiologique variable pouvant être responsable d'un retard diagnostic. Objectif : évaluer le profil clinique, radiologique, histologique, thérapeutique et évolutif des patients ayant une localisation thoracique de la maladie d'Hodgkin.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective réalisée entre janvier 2019 à décembre 2024 incluant les patients atteints de LH révélés par une manifestation thoracique.

Résultats et Discussion :

Nous avons recensé 27 patients ayant une symptomatologie respiratoire ou thoracique révélant la maladie. L'âge moyen 36 ans [18-78ans]. Le sexe féminin était prédominant sex-ratio= 0.92. Le délai moyen de consultation était de 5.4 mois [1-24mois]. La symptomatologie clinique était dominée par la toux (66%), la dyspnée (20 %) et la douleur thoracique (14 %). À l'examen clinique, 1 patient avait un syndrome cave supérieur et 3 patients avaient des adénopathies (ADP) périphériques. Le bilan radiologique a révélé une atteinte médiastinale notée dans 74% suivi par l'atteinte parenchymateuse dans 23% des cas et l'atteinte pleuropéricardique dans 3 %. L'atteinte parenchymateuse était sous forme de nodules ou de masses

associées à des ADP médiastinales. L'atteinte pleurale sous forme de pleurésie. Le type histologique scléronodulaire était majoritaire, seul 11% des patients avaient un type histologique 3 à cellularité mixte, la classification anatomo-clinique après TEP/CT stade I selon Ann Arbor 7%, stade II 30% dont 75% avec bulky, stade III 15% et stade IV 55% majoritairement avec atteinte pulmonaire sauf dans 3 sans ou on a retrouvé une atteinte osseuse dans 2 cas et thyroïdienne dans 1 cas. Le traitement reposait essentiellement sur la poly chimiothérapie ABVD pour les stades localisés favorables et le BEACOPP pour les stades étendus. L'évaluation intermédiaire en faveur d'une rémission métabolique complète (DS 1,2, 3) chez 81% des patients. L'évolution était favorable dans 78 % des cas, avec 4 % de reprise en fin de traitement, 18 % qui ont bénéficié d'un traitement de rattrapage avec immunothérapie.

Conclusion :

Le LH de siège médiastinal sont fréquents, et sont l'apanage de l'adulte jeune, par cette étude nous rappelons les différentes localisations thoraciques de la maladie d'Hodgkin et leur symptomatologie clinique qui est en rapport avec la compression des organes du médiastin ; Les aspects radiologiques des atteintes thoraciques sont polymorphes et aucun aspect radiologique n'est spécifique. La TDM thoracique permet de suspecter fortement le diagnostic. Le pronostic dépend du stade de la maladie et de la réponse au traitement adapté selon les résultats de la TEP.

P71- La prise en charge du Lymphome de Hodgkin (LH) des adolescents et jeunes adultes

N. Lahmer, R. Messaoudi

CHU ORAN, Service Hématologie

Introduction et Objectif :

Les adolescents et les adultes jeunes (AYA) constituent le groupe d'âge le plus affecté par le lymphome hodgkinien (LH) ; le défi des schémas thérapeutiques dans cette tranche d'âge est de réduire la toxicité tardive induite par la chimiothérapie. Quel est le meilleur choix thérapeutique chez

les AYA : les protocoles pédiatriques ou Adultes ? Nous avons comparé les profils clinique et thérapeutique des AYA par rapport à ceux des non AYA Traités par chimiothérapie.

Matériels et Méthodes :

134 patients atteints de LH, recrutés du 01 janvier 2019 au 31 décembre 2024, sont évalués en fonction de 3 tranches d'âge adolescents et Jeunes adultes (15-25) 33%=44 pts ; adultes (26-65) 60%=80 pts et sujet âgés > 65 ans 07% =10 pts. Les comparaisons statistiques ont été effectuées par test du χ^2 pour les variables qualitatives et par test de log-rank pour les analyses de survie.

Résultats et Discussion :

Pour le sex-ratio : chez les AYA(0.83) versus (0.95) chez les adultes et(2.33) chez les sujets âgés. Le khi deux non significatif $p=0.371$. Clinique : les signes d'évolutivité sont similaires dans les groupes AYA et adulte avec 70.5% de signe B chez les AYA, 60% chez adultes et 85.7% chez les sujets âgés le $P=0.405$ non significatif. Les formes bulky semblent plus fréquentes chez les AYA que chez les Adultes(41%) Vs 36% et 28% chez les sujets âgés le $P= 0.462$ et le Khi deux 1.54. Le bulky est le plus souvent médiastinales 72% chez les aya 58% chez les adultes et 28% chez les sujets âgés. les formes étendues(stade IIBx III et IV) sont similaires dans les 3 tranches d'âge :76 % chez les adultes, 80% chez les aya et 100% chez les sujets âgés le $P= 0.219$ non significatif. Les types histologiques : scléronodulaire est le plus fréquente chez les AYA et les adultes(88%, 91%), le type à cellularité mixte est retrouvé chez 50% des sujets âgés. Le taux de rémission complète globale est de 64% : 64% chez les adultes et 30% chez les aya. Pour les AYA la SG est à 76% à 5 ans contre 74% à 5ans chez les adultes Le test de Log Rang n'a montré aucune différence significative entre les 2 groupes d'âge (AYA et adulte) ($P=0.631$), Selon les protocoles, la SG était comparable entre AYA et adultes sous ABVD($P=0.09$), et également sous BEACOPP-R($p=0,296$). Discussion : Nos résultats confirment que le LH chez les AYA partage des caractéristiques cliniques proches de celles observées chez les adultes, contrairement aux sujets âgés qui présentent des spécificités. La différence non significative de la survie médiane être

les 2 groupe d'âge AYA et adulte est due à la prédominance des formes étendues (IIBx III IV) dans les 2 groupes 76%(adultes) vs 80%(aya).

Conclusion :

Le LH présente un profil clinique comparable chez les AYA et les adultes, avec des survies globales similaires. Ces données justifient l'utilisation des protocoles thérapeutiques adultes pour les AYA. En revanche, le LH du sujet âgé reste un défi majeur, nécessitant des stratégies adaptées à leur tolérance et leur pronostic plus défavorable.

P72- Lymphome de Hodgkin avec manifestation auto-immune de type thyroïdite de Hashimoto : À propos d'un cas

S. Saadaoui, M. Medani, H. Herbadji, A. Rouabhi, K. Saifi, O. Tibermacine, H. Zekour, N. Bekkis, M. Dilmî, N. Mebarki, F. Tensaout

CLCC Setif

Introduction et Objectif :

Si l'association des syndromes lymphoprolifératifs et les manifestations auto-immunes est bien établie, les publications sur l'association spécifique d'un lymphome de Hodgkin (LH) et d'une pathologie auto-immune restent rares, avec seulement 160 cas rapportés au cours des 20 dernières années. Nous décrivons ici l'association concomitante d'un LH et d'une thyroïdite de Hashimoto chez une jeune patiente.

Matériels et Méthodes :

Mlle C.S, âgée de 37 ans, sans antécédents médicaux particuliers. La symptomatologie a débuté 6 mois avant le diagnostic, par l'apparition d'une adénopathie sus-claviculaire droite associée à une asthénie intense et des signes généraux. L'examen clinique a retrouvé l'ADP sus claviculaire et un nodule thyroïdien homolatéral. Une échographie cervicale a mis en évidence l'ADP sus claviculaire droite ainsi qu'une hypertrophie thyroïdienne diffuse et hypoéchogène, avec la présence d'un nodule de 14x13 mm au niveau du lobe droit. Une cytoponction du nodule thyroïdien a révélé une

hyperplasie lymphocytaire, tandis que la biopsie de l'ADP a révélé un LH de type scléronodulaire CD15 et CD30 positifs. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne a mis en évidence des adénopathies spinales gauches, médiastinales, sus-claviculaires droites et axillaires droites. Le bilan biologique a montré un hémogramme normal, VS accélérée (33/55 mm) et une légère augmentation des B2 globulines. Les anticorps anti thyroglobuline et anti-thyropéroxydase étaient élevés (quatre fois la normale), le taux de TSH était normal, ce qui est en faveur d'une thyroïdite de Hashimoto en phase précoce. La patiente a été classée en stade IIBb, défavorable selon l'EORTC.

Résultats et Discussion :

Traitement:Elle a reçu 4 cycles de chimiothérapie ABVD, permettant une rémission de 95 % avec persistance du nodule thyroïdien. Les anticorps anti-TG et anti-TPO sont restés élevés. La patiente a bénéficié de 15 séances de radiothérapie (30 Gy). Après une augmentation de la TSH (par déficit en hormones thyroïdiennes) un traitement par Lévothyrox a été initié chez elle. A l'évaluation de fin de traitement, faite par PET-scan de fin de traitement était en faveur d'une rémission métabolique complète, la malade est en euthyroïdie sous Lévothyrox depuis 7 ans avec persistance des signes échographiques de la thyroïdite. La thyroïdite de Hashimoto, caractérisée par une infiltration lymphocytaire chronique, représente la manifestation auto-immune d'une dérégulation immunitaire. Parallèlement, La sécrétion de cytokines (IL-5, IL3) par les cellules de Reed-Sternberg et leur microenvironnement, peut favoriser la production d'auto-anticorps antithyroïdiens a une activation B polyclonales. Néanmoins, même si le diagnostic de lymphome de Hodgkin a été confirmé sur la biopsie ganglionnaire, il est impossible d'éliminer formellement une localisation concomitante du LH dans la thyroïde sans la biopsie du nodule.

Conclusion :

Ce cas clinique illustre que l'association d'une thyroïdite de Hashimoto et un lymphome de Hodgkin n'est pas un hasard. La dérégulation de l'immunité cellulaires et humorale induite par le lymphome Hodgkinien peut conduire à l'émergence

d'auto anticorps antithyroïdiens. Cette association rare rappelle l'importance d'une vigilance clinique et biologique vis-à-vis des complications auto immunes chez ces patients.

P73- Évaluation du protocole Pembro-GVD dans la prise en charge de la maladie de Hodgkin en rechute/ réfractaire : expérience du service

H. Belhade¹, N. Guerd², A.F. Bendahmane², N. Mesli²

(1) CHU Tlemcen, (2) CICC Tlemcen

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin en rechute / réfractaire (R/R) représente un défi thérapeutique, notamment après l'échec d'un traitement de première ligne. Le protocole Pembro-GVD, associant le pembrolizumab à la gemcitabine, la vinorelbine et la doxorubicine, a récemment montré des résultats prometteurs en termes d'efficacité et de tolérance.

Matériels et Méthodes :

étude rétrospective descriptive sur une période de 2ans , allant du premier janvier 2023 au 31 décembre 2024 ,sept patients atteints de lymphome de Hodgkin classique R/R ont été traités par le protocole Pembro-GVD. Tous avaient reçu au moins une ligne de traitement antérieure .Cette étude a pour objectif d'évaluer les réponses cliniques et la tolérance de ce protocole chez sept patients traités dans le centre de lutte contre le cancer de tlemcen La réponse a été évaluée par TEP-TDM après 2 à 4 cycles selon les critères de Lugano 2014. Les effets indésirables ont été classés selon la version 5.0 des critères CTCAE (Critères terminologiques communs pour les événements indésirables).

Résultats et Discussion :

•sur une période de 2 ans , nous avons colligé sept patients atteints de lymphome de hodgkin en rechute réfractaire
Caractéristiques des patients : l'âge moyen est de 35 ans (16-64 ans) et une médiane de 26 ans , avec 6 hommes et 1 femme avec un

sexe ratio à 6. Tous les patients présentaient une maladie à un stade avancé au moment de la rechute, 4 patients classés stade IV et 2 stade III et 1 patient satde IIB bulky selon la classification de Ann arbor. • Traitements antérieurs : tous avaient reçu au moins un protocole thérapeutique, dont 3 patients avaient reçu une ligne thérapeutique(protocole ABVD), et trois patients avaient bénéficié de deux lignes thérapeutiques , un patient a reçu 5 lignes thérapeutiques avant ce protocole ,et deux patients ont reçu une autogreffe et aucun patient n'a été allogreffé. • Les patients ont reçu entre 2 à 6 cures • Réponse au traitement : L'évaluation intermédiaire a été faite chez 5 patients avec un échec chez 1 patient et une réponse métabolique complète chez 3 patients et une réponse partielle chez 1 patient et un échec chez un patient. L'évaluation finale échec chez deux patients et une réponse métabolique complète chez 5 patients (71%) • Tolérance : o Une réaction l'infusion a été faite chez 1 patient. o Les effets indésirables les plus fréquents étaient une fatigue grade 1-2 (4 patients), une neutropénie (4 patients), arthralgies chez 1 patiente o Un patient est décédé suite à une maladie progressive Survie globale à 02 ans à 85%

Conclusion :

Le protocole Pembro-GVD a montré une efficacité élevée et une tolérance acceptable dans cette petite série de patients atteints de maladie de Hodgkin en rechute ou réfractaire. Ces résultats soutiennent l'intégration de l'immunothérapie dans les traitements de rattrapage. Des études à plus grande échelle sont nécessaires pour confirmer ces données et préciser la place de cette stratégie dans l'algorithme thérapeutique.

P74- Lymphome de Hodgkin pulmonaire primitif : une localisation rarissime aux parcours évolutifs contrastés. -a propos de deux cas

M. Benkourdel¹, N. Lahmer², I.C. Romani¹

(1) CHU Mostaganem, (2) CHU d'Oran

Introduction et Objectif :

Les lymphomes pulmonaires primitifs sont des entités rares, dont seulement 1,5 à 2,4 % sont attribuables au lymphome de Hodgkin pulmonaire primitif (LHPP). Cependant, la présentation du LHPP est très rare, avec 70 cas recensés à l'échelle internationale entre 1927 et 2006. Le LHPP est défini selon l'OMS par une prolifération lymphoïde maligne limitée au poumon, avec ou sans adénopathies hilaires ou médiastinales contiguës, mais sans atteinte extrapulmonaire au moment du diagnostic ni dans les 3 mois suivants. objectifs: illustrer, à travers 02 observations de lymphome de Hodgkin pulmonaire primitif , les difficultés diagnostiques et pronostiques de cette entité exceptionnelle.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit 02 patientes prises en charge dans le service d'Hématologie du CHU de Mostaganem, explorées par imagerie thoracique, TEP-TDM, biopsie médiastino-pulmonaire avec étude histologique et immunohistochimique, complétées par un bilan d'extension et une évaluation thérapeutique standard.

Résultats et Discussion :

1er patiente, âgée de 21 ans et sans antécédents, présentait une dyspnée progressive avec sueurs nocturnes. L'examen clinique était sans particularités notables en dehors d'une pâleur. La TDM thoracique objectivait une masse médiastino-pulmonaire droite de 89 × 61 × 60 mm, hétérogène et nécrosée, associée à deux nodules pulmonaires. La TEP-TDM montrait une hyperfixation isolée au niveau pulmonaire. La biopsie confirmait un lymphome de Hodgkin classique scléronodulaire, CD30+, CD15+, CD45-. Classée stade I B X E (localisé défavorable selon EORTC), la patiente a reçu 2 cures d'ABVD avec réponse partielle, suivies de 4 cures de BEACOPP escaladé, compliquées d'une progression métabolique (SUV max 21). Elle a ensuite bénéficié de l'introduction d'un traitement par Brentuximab Vedotin. 2e patiente, âgée de 40 ans, consultait pour une toux sèche persistante et des sueurs nocturnes. L'examen clinique était normal. Le scanner révélait une masse du lobe supérieur gauche de 86 × 55 mm avec adénopathies médiastinales multiples et infiltrats micronodulaires. La TEP-TDM confirmait une fixation thoracique

isolée. La biopsie médiastino-pulmonaire montrait un lymphome de Hodgkin classique scléronodulaire avec cellules de Reed-Sternberg et lacunaires, CD30+++ et CD15+ focal. Le bilan médullaire et abdominal était négatif. Classée stade I B X E, elle a reçu 2 cures de BEACOPP standard obtenant une réponse métabolique complète (Deauville 3), suivies de 2 cures d'ABVD et d'une radiothérapie consolidative, avec évolution favorable. Ces deux observations confirment la rareté et la complexité diagnostique du LHPP, souvent confondu avec une tuberculose ou un carcinome bronchique. La définition retenue par Saltzstein, Cordier et l'OMS inclut une atteinte pulmonaire avec adénopathies hilaires ou médiastinales contiguës, mais exclut toute extension extrapulmonaire initiale. Le traitement repose sur les protocoles standards du LH (ABVD, BEACOPP), associés ou non à une radiothérapie. L'évolution reste variable : nos cas illustrent une forme réfractaire nécessitant un recours au Brentuximab Vedotin et une forme sensible ayant répondu au traitement combiné.

Conclusion :

En conclusion, le LHPP est une entité exceptionnelle dont la prise en charge doit être multidisciplinaire et personnalisée. Ces cas rappellent l'importance d'un suivi rapproché et ouvrent la perspective des thérapies innovantes dans les formes résistantes.

P75- Validation d'un protocole de cryoconservation des greffons des cellules souches hématopoïétiques dans l'azote liquide. Expérience de l'EHU d'Oran

A. Mihoubi, S. Benichou, N. Bounoua, A. Bendimred, K. Amani, I. Caid Ali, A. Temimi, N.A.H. Hassam, M. Serradj, I. Boukhatem, M. Maarouf, B. Naimi, M. Belmiloud, A. Bouakkaz, H. Ghaffari, F. Benziadi, A. Bensaid, N. Abdelwahab, H. Jeradi, Z. Sekhri, B. Waffi, B. Entasoltan, M. Brahimi, N. Yafour

EHU 1er Novembre d'Oran

Introduction et Objectif :

La greffe des cellules souches hématopoïétiques (CSH) constitue aujourd'hui une approche thérapeutique majeure dans la prise en charge des lymphomes d'Hodgkin. Un aspect essentiel de cette modalité thérapeutique est la cryoconservation des CSH, qui permet de préserver la viabilité et l'efficacité cellulaire en vue d'une greffe ultérieure. Cependant, il est crucial d'appliquer des protocoles efficaces permettant d'assurer une conservation optimale et minimiser les pertes cellulaires. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité du protocole de cryoconservation appliqué dans notre laboratoire, basé sur l'utilisation de diméthylsulfoxyde (DMSO) à 10%, à travers l'analyse de la viabilité cellulaire post-décongélation par cytométrie en flux.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, menée au laboratoire de thérapie cellulaire du service d'hématologie de l'EHU 1er Novembre d'Oran. La solution cryoprotectrice a été préparée à partir de DMSO à 10% et d'albumine humaine à 4%. Le DMSO était dilué à 10% avec de l'albumine humaine (20%), ce dernier était préalablement dilué au 1/5 dans une solution physiologique (NaCl) ce qui correspond à une concentration finale de 4% d'albumine. La préparation est refroidie à 4 °C avant d'être mélangée volumes à volume au greffon des CSH. Les cellules mélangées à la solution cryoprotectrice sont d'abord mises au congélateur à 80°C pour 24 heures minimum, puis transférées dans l'azote liquide (-196°C) Afin de respecter la descente en température. L'évaluation de la viabilité post-décongélation des CSH CD34+ et des cellules mononuclées (CMN) a été réalisée par cytométrie en flux, selon un protocole sans lavage utilisant le marquage CD45/CD34 /7-AAD. L'analyse a suivi la stratégie de gating ISHAGE, sur un cytomètre BD FACSLytic.

Résultats et Discussion :

Du 23/7/2023 au 20/5/2025, une analyse a été effectuée sur seize poches de CSH cryoconservées dans l'azote liquide, provenant de produits d'aphérèses des patients atteints de lymphome d'Hodgkin candidats à une autogreffe. La

viabilité moyenne de récupération post-décongélation était de 85,25 % pour le nombre total de CD34 +, avec des valeurs allant de 63% à 99%. Concernant les CMN la viabilité cellulaire moyenne de récupération post-décongélation était de 68% (de 40% à 98%).

Conclusion :

Le protocole de cryoconservation appliqué dans notre laboratoire a permis d'assurer une récupération post-décongélation élevée des cellules CD34+. Ces résultats confirment la fiabilité de l'utilisation du DMSO à 10%, garantissant ainsi une qualité cellulaire compatible avec les exigences cliniques de l'autogreffe, par conséquent cette technique constitue une stratégie efficace pour la conservation des CSH dans la Pratique hospitalière.

P76- Évaluation du protocole BEACOPP dans la prise en charge de la maladie de Hodgkin, expérience du service

H. Belhade¹, N. Guerd², A.F. Bendahmane², N. Mesli¹

(1) CHU Tlemcen, (2) CLCC Tlemcen

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne, touchant préférentiellement l'adulte jeune. Le protocole BEACOPP, en particulier dans ses formes intensifiées, est indiqué dans les formes avancées de la maladie. Cette étude a pour objectif d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et les résultats thérapeutiques des patients traités par le protocole BEACOPP.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 40 patients atteints de la maladie de Hodgkin, pris en charge entre janvier 2019 et décembre 2024. Les données démographiques, cliniques et évolutives ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Tous les patients ont reçu le protocole BEACOPP selon les recommandations en vigueur.

Résultats et Discussion :

La population étudiée comprenait 40 patients dont 26 hommes et 14 femmes, soit un sex-ratio de 1,85. L'âge moyen au diagnostic était de 32 ans, avec des extrêmes allant de 16 à 64 ans ; 70 % des patients avaient moins de 40 ans. La majorité des patients (80 %) étaient originaires de la wilaya de Tlemcen. Des antécédents familiaux de cancer ont été retrouvés chez 8 % des cas. Le principal motif de consultation était un syndrome tumoral, observé dans 75 % des cas. Sur le plan de l'extension, 45 % des patients étaient au stade III et 56 % au stade IV. Une masse bulky était présente dans 20 % des cas. La TEP initiale a été faite chez 22% des patients La TEP intermédiaire a été faite chez 70% des patients, revenant en faveur d'une RC métabolique chez 35 % des patients. La TEP finale a été faite chez 32 % des patients À 6 ans de suivi, la survie globale était estimée à 70 %, et la survie sans progression à 55 %.

Conclusion :

Le protocole BEACOPP a montré une efficacité satisfaisante dans le traitement des formes avancées de la maladie de Hodgkin, avec des taux de survie globales encourageants malgré la sévérité des stades initiaux. Ces résultats confirment la place du BEACOPP comme option thérapeutique de référence, nécessitant cependant une prise en charge multidisciplinaire et un suivi rigoureux en raison de sa toxicité potentielle.

P77- Résultats thérapeutiques dans les formes avancées du lymphome de Hodgkin selon la classification GHSG

A. Rouabhi, K.H. Saifi, S. Saadaoui, H. Herbadji, N.H. Zekour, N. Bekkis, O. Tibermacine, M. Medani, M. Dilmi, N. Mebarki, F. Tensaout

CLCC Sétif

Introduction et Objectif :

Les formes avancées du lymphome de Hodgkin (LH), définies par la classification GHSG (German Hodgkin Study Group), regroupent les stades Ann Arbor III-IV et les stades IIB bulky (IIBx) ou extra-

ganglionnaires. Leur prise en charge repose sur une chimiothérapie par les protocoles ABVD ou BEACOPP renforcé. L'avènement de la tomographie par émission de positons (TEP) précoce a permis d'adapter le traitement en cours de cycle pour optimiser l'efficacité et minimiser la toxicité.

Matériels et Méthodes :

Cette étude rétrospective a été menée au service d'hématologie du CLCC de Sétif. Elle a inclus 61 patients classés au stades avancés selon la classification GHSG, pris en charge entre janvier 2018 et décembre 2024. Les schémas thérapeutiques initiaux utilisés, les résultats thérapeutiques, l'adaptation du traitement selon le TEP précoce (escalade vers BEACOPP ou désescalade vers ABVD) pour certains patients et les réponses ont été analysés selon les critères de Cheson/Lugano.

Résultats et Discussion :

Sur les 61 patients inclus, 34 pts (56%) ont bénéficié d'une TEP intermédiaire, le protocole initial était l'ABVD chez 44 pts (72 %) dont 5 pts (11%) ont nécessité une escalade vers le BEACOPP et 17 pts (28 %) ont reçu le BEACOPP dont 7 pts (41%) ont bénéficié d'une désescalade vers l'ABVD. Le taux de réponse globale (48 rémission complète : RC et 2 réponse partielle/RP) des 61 pts inclus était de 82% dont 79% de RC, l'échec thérapeutique a été observé chez 7 pts (11%) et 4 pts (7%) sont décédés en cours du traitement. Dans le bras ABVD (44 pts) : 34 RC (77%) dont 3 obtenue après escalade, 2RP, 5 pts (11%) en échec thérapeutiques (dont 2 escalades) et 3 pts (7%) sont décédés. Dans le bras BEACOPP (17 pts) : 14 RC (82 %) (dont 7 pts avec désescalades), 2 pts (12%) en échec et un patient est décédé (6%). AU 31/7/25, le suivi médian est de 17 mois avec un recul minimum de 7 mois et maximum de 81 mois, 56 pts (92%) sont vivants en RC et 5 pts (8%) sont décédés. Les survies, globale (SG) et survie sans événement (SSE) de tous les pts sont de 90,3% et 61,5% respectivement à 5 ans. Aucune différence statistique significative n'a été retrouvée, entre les deux groupes ABVD seul versus BEACOPP associé ou non à l'ABVD concernant les SG et SSE ($p = 0,132$ et $0,66$) respectivement.

Conclusion :

Notre étude rétrospective confirme les excellents résultats obtenus avec les protocoles de chimiothérapie ABVD et BEACOPP. Les taux de réponse, avec 79 % RC et les taux de survie sont encourageants, avec une SG à 5 ans de 90,3 % et une SSE de 61,5 %. L'étude montre également que l'adaptation du traitement grâce à la TEP intermédiaire est une stratégie cliniquement pertinente (escalade ou désescalade), cette approche permet d'optimiser l'efficacité tout en ajustant la toxicité. Bien que notre cohorte soit de taille limitée, il n'a pas été observé de différence statistique significative entre les deux protocoles utilisés concernant la survie globale et la survie sans événement.

P78- De la thrombopénie immunitaire idiopathique au lymphome de Hodgkin : à propos d'un cas

M. Benkourdel¹, N. Lahmer², I. C. Romani¹

(1) CHU Mostaganem, (2) CHU d'Oran

Introduction et Objectif :

Le PTI est une cytopénie auto-immune acquise, médiée par des auto-anticorps dirigés contre les plaquettes et parfois associée aux hémopathies malignes. Son lien avec le lymphome de Hodgkin reste exceptionnel, rapporté dans moins de 2 % des cas. La physiopathologie demeure discutée, oscillant entre phénomène paranéoplasique et association fortuite. Nous rapportons l'observation d'un jeune adulte ayant présenté un PTI précédant le diagnostic d'un lymphome de Hodgkin scléronodulaire, afin d'illustrer cette association rare et de souligner l'importance d'une surveillance rapprochée chez tout patient suivi pour PTI.

Matériels et Méthodes :

Étude descriptive basée sur un cas clinique documenté par données cliniques, biologiques, histologiques, imagerie et suivi thérapeutique dans le service d'hématologie.

Résultats et Discussion :

Nous rapportons le cas d'un homme de 25 ans suivi initialement pour un purpura thrombopénique idiopathique

(PTI). En 2017, il s'est présenté avec un syndrome hémorragique cutanéomuqueux (purpura diffus, ecchymoses, épistaxis). L'hémogramme a montré une thrombopénie isolée sévère à 23 G/L, avec une moelle riche et mégacaryocytose augmentée. Le bilan infectieux et immunologique était négatif. Le diagnostic de PTI isolé a été retenu. La corticothérapie par prednisone (1 mg/kg/j) a permis une récupération rapide des plaquettes au-delà de 120 G/L, avec stabilisation durable. Un an plus tard, le patient a développé une volumineuse adénopathie cervicale gauche associée à des adénopathies controlatérales et médiastinales. La biopsie a confirmé un lymphome de Hodgkin classique scléronodulaire (CD15+, CD30+, EMA-). Le bilan d'extension a classé la maladie au stade IIBX supradiaphragmatique. Le traitement par six cures d'ABVD suivi d'une radiothérapie (30 Gy) a permis d'obtenir une rémission complète. Cependant, une rechute précoce est survenue trois mois plus tard dans le territoire axillaire gauche non irradié. La re-biopsie a confirmé le diagnostic de rechute de Hodgkin scléronodulaire. Le patient a été traité par BEACOPP renforcé, obtenant une réponse métabolique complète (Deauville 3) après trois cycles. Il a ensuite reçu une radiothérapie de rattrapage axillaire. Actuellement, il est en rémission complète depuis 2020, sous abstention thérapeutique. L'association entre PTI et lymphome de Hodgkin est exceptionnelle, décrite dans moins de 1 à 2 % des cas. Elle pose un problème physiopathologique : certains auteurs suggèrent une coïncidence, tandis que d'autres évoquent un désordre immunitaire sous-jacent favorisant la lymphomagenèse. Des études épidémiologiques récentes soutiennent un lien entre auto-immunité et risque accru de Hodgkin. Le PTI pourrait ainsi représenter une manifestation paranéoplasique ou un marqueur précoce d'instabilité immunitaire. Ce cas illustre également la complexité thérapeutique des formes bulky et le risque de rechute précoce malgré une réponse initiale complète. La prise en charge a nécessité des protocoles intensifs, une irradiation ciblée et un projet d'autogreffe, conformément aux recommandations actuelles.

Conclusion :

Cette observation illustre la rare association

entre PTI et lymphome de Hodgkin. Elle souligne l'importance d'une vigilance clinique et biologique prolongée, car un PTI nouvellement diagnostiqué peut révéler ou précéder une hémopathie maligne nécessitant une prise en charge adaptée.

P79- Valeurs pronostiques des atteintes extra-ganglionnaire dans le lymphome de Hodgkin À propos d'une cohorte multicentrique

M.R. Abbadi¹, M. Sid Ahmed¹, S. Bouhadi¹, M. Bentamoune¹, A. Boudib¹, R. Arada¹, S. Aounallah¹, H. Otsmane², M. Djilali², A. Nehab², A. Laib², F. Talbi², S.E. Belakehal², A. Bachiri²

(1) Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine, (2) Hôpital Central de l'Armée

Introduction et Objectif :

Les lésions extra ganglionnaire (LEG) dans le lymphome de Hodgkin (LH) représente 15 à 30% de tous les cas, Ils peuvent se développer et s'étendre à n'importe quel système organique, simulant d'autres maladies néoplasiques ou infectieuses (1). Un bilan d'extension approfondi est impératif afin de déterminer si cette atteinte LEG est liée ou non au LH car le pronostic est beaucoup moins favorable dans les formes systémiques (1). Nous allons étudier les survies de nos patients atteints de LH en fonction de la présence ou non et du nombre des LEG.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 5 ans (2019 – 2024), incluant (HCA et HMRUC), portant sur 166 dossiers de patients présentant un LH, 78(47%) avaient une ou plusieurs LEG. L'analyse statistique est faite par le logiciel SPSS version 25.

Résultats et Discussion :

N=78 patients avec LEG, soit 47% de l'ensemble des patients atteints de LH durant la période d'étude. L'âge moyen est de 36 ans. Le signe révélateur le plus fréquent est l'apparition d'une adénopathie

cervicale chez 30 patients (38,5%). Le délai diagnostic moyen est de 5,6 mois. Le type-2 histologique était prédominant chez 64 patients (82,1%). La double positivité CD15/CD30 était constatée dans 66 cas (84,6%) et le CD20 positif dans 3 cas. Pour la classification d'Ann-Arbor: 8 patients (10%) étaient classés stades localisés (I et II) et 70 patients stades diffus (IV). La présence de Bulky était chez 41 patients (53%). Pour LEG, par contiguïté (E) chez 16 patients dont 8 classés stades localisés (IE ou IIE), l'atteinte à distance chez 70 patients. Une seule LEG chez 41 patients (52,6%) et multiviscérale chez 37 patients (2 lésions dans 30 cas; 3 lésions chez 6 patients et >3 lésions chez 1 patient). Les types de LEG sont: osseuse dans 40 cas (51%), pleuro-pulmonaire 39 cas (50%); hépatique 20 cas (26%); péricardique 6 cas (8%); médullaire 4 cas (5%); cutanée et du cuir chevelu 3 cas et thyroïdienne dans 1 cas. Pour la stratification pronostique: EORTC et IPS défavorables ont été constatés chez 56 patients (72%). Les protocoles utilisés sont: ABVD chez 35 patients, BEACOPPesc (39 patients); PVAG (2 patients). Les réponses sont les suivantes: RG à 74% (RMC: 54 pts (69,2%), RC 3 pts (3,8%), RCu 1 pts) et MS/échec 12 pts (15%), progression chez 4 pts (5%), 2 patients sont en cours d'évaluation. On déplore 1 décès avant traitement et un PDV. La rechute a été notée chez 7 patients (12%) dont 6 précoces. La SSP est estimée à 50% à 5 ans et la SG est estimée à 93% à 5 ans. Les analyses statistiques retrouvent qu'il y a une corrélation entre le nombre de LEG et la SSP ($P=0,002$).

Conclusion :

Les options thérapeutiques sont nombreuses et les chances de guérison sont les plus élevées dès le début de la maladie, ce qui impose une rigueur dans la stratification initiale du LH notamment la recherche d'une LEG car elle constitue un facteur de mauvais pronostic et la prise en charge nécessite de protocoles plus intensifs pour améliorer la survie sans progression et la guérison.

P80- Pembrolizumab en monothérapie chez les patients atteints d'un lymphome de hodgkin en rechute ou

réfractaire lourdement prétraités. Expérience de l'EHU 1er Novembre d'Oran

Z. Sekhri

EHU 1er Novembre Oran

Introduction et Objectif :

Le pembrolizumab (pembro) est un anticorps anti PD1, indiqué en monothérapie chez les patients (pts) adultes, et les enfants âgés de 3 ans et plus atteints d'un lymphome hodgkinien classique (LHc) en rechute ou réfractaire (R/R) après échec d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques ou après au moins deux lignes de traitements antérieurs. L'objectif de ce travail est d'évaluer la réponse thérapeutique chez les pts atteints d'un LHc R/R lourdement prétraités.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique sur une durée de 12 mois. Tous les pts ont reçu 4 cycles de pembro en monothérapie à 21 jours d'intervalle, à une posologie de 200mg/j chez l'adulte, et de 2mg/kg/j chez l'enfant, perfusion de 30min). L'évaluation thérapeutique à l'issue des cures a été réalisée par TEP scanner. La date de point était le 31 juillet 2025.

Résultats et Discussion :

De Mai 2024 à Avril 2025, cinq pts (3 H - 2 F) atteints d'un LHc R/R, stade IVB ont été inclus (4 pts (80%) réfractaires primaires et 1 pt (20%) en rechute). L'âge médian était de 16 ans (extrêmes 11-71 ans). Le nombre moyen de lignes thérapeutiques avant l'introduction de pembro était de 4 lignes (extrêmes 3-7). À la fin du 4ème cycle, 1 pt (20%) a obtenu une réponse complète métabolique, 4 pts (80%) un échec thérapeutique. Aucun patient n'a présenté un effet indésirable, ou de toxicité nécessitant l'arrêt du traitement.

Conclusion :

Le pembro en monothérapie est une option thérapeutique efficace et durable pour certains pts atteints d'un LHc R/R lourdement prétraités.

P81- Lymphome hodgkinien réfractaire ou en rechute traité par Brentuximab Vedotin+ chimiothérapie en 2^{ème} ligne thérapeutique

F. Mezhoud, M. Benhalilou. S. Keebaili, S. Lafri, S. Benlhadj, S. Bouabdellah, N. Salhi, Z. Ouchenane

CHU Constantine

Introduction et Objectif :

Le lymphome hodgkinien (HDK) représente 10% des lymphomes diagnostiqués. Environ 10-20% des patients présentent une maladie réfractaire ou rechutent après traitement initial, représentant un sous-groupe de mauvais pronostic ; d'où le développement de nouvelles approches thérapeutiques ciblées tel que le Brentuximab Vedotin, son mécanisme d'action combine la spécificité d'un anticorps monoclonal à la cytotoxicité d'un agent microtubule permettant une activité anti tumorale ciblée

Matériels et Méthodes :

Observation 1 : Patient âgé de 27 ans, sans ATCD particuliers, adressé en hématologie le 07/06/2023 pour la prise en charge d'un lymphome hodgkinien scléronodulaire stade IIBbE pariétal Bulky médiastinal défavorable. Diagnostic positif : biopsie échoguidée, l'étude anatomopathologique et immunohistochimie : HDK scléronodulaire CD20- CD3- CD15+ CD30+ Clinique : ECOG=1, sueurs nocturnes mouillant le linge, toux sèche persistante. Biologie NFS : GB=17000 Hb=12,1 g/dl PLQ=445000, FS PNN 85%, Lymphocytes 15% PLQ+++, VS=60mm/h Bilan d'extension : Rx thorax : élargissement médiastinal IMT=0,45 TDM Cervico thoracoabdomino-pelvienne : masse médiastinal antérieur mesurant 157x87mm sur une hauteur de 90 mm, englobant la crosse aortique, la trachée et arrivant en contact avec la veine cave supérieur et l'artère pulmonaire et envahissant la graisse sous cutanée . BMO : absence d'infiltration Traitement : il a reçu le protocole BEACOPP renforcé Evaluation fin de TRT : : TDM CTAP : magma d'ADP médiastinal mesurant 75x53x53 mm Décision : faire un Pet scan

: maladie lymphomateuse persistante à hypermétabolisme intense, Score de Deauville=5 On a décidé de le mettre sous protocole 2^{ème} ligne : Brentuximab-Vedotin Bendamustine. Observation 2 : Patient âgé de 22 ans, sans ATCD particuliers, adressé en hématologie le 13/12/2023 pour la prise en charge d'un lymphome hodgkinien scléronodulaire stade IVB hépatique avec Bulky médiastinal défavorable. Diagnostic positif : biopsie d'une ADP cervicale, l'étude anatomopathologique et immunohistochimie : HDK scléronodulaire CD20+ CD15+ CD30+ PAX5+ Clinique : ECOG=1, ADP cervicales bilatérales, HPM. Biologie NFS:GB=16000 Hb=13,5 g/dl PLQ=294 000 ,FS PNN 79%,Lymphocytes 16% ,Mono=4%,PLQ+++ Bilan d'extension : Rx thorax : élargissement médiastinal IMT=0,40 TDM Cervico-thoracoabdomino-pelvienne : masse médiastinal antérieur mesurant 39,2x70,9mm sur une hauteur de 125 mm, multiples ADP cervicales,HPSM . Traitement : BEACOPP renforcé Evaluation fin de TRT : Pet scan : Réponse métabolique partielle, SD =4 7 mois après, il a rechuté Décision :BV-RDHAC

Résultats et Discussion :

Observation 1 : Pet Scan après 6 cures BV-Bendamustine : réponse métabolique complète SD=3 Le patient a refusé de partir faire l'autogreffe On a continué le Brentuximab seul comme maintenance Pet scan de fin de TRT par le Brentuximab C16 (05/05/2025) : maladie lymphomateuse en réponse métabolique complète Score de Deauville =2 Observation 2 : Pet scan après 6 cures BV RDHAC : Réponse métabolique complète Score de Deauville =2 Il a été proposé pour autogreffe de CSH.

Conclusion :

Chez nos deux patients atteints de lymphome hodgkinien bulky réfractaire et en rechute, l'introduction du brentuximab vedotin en association à la chimiothérapie a permis d'obtenir une réponse métabolique complète. Ces observations soulignent l'intérêt de ce traitement ciblé comme alternative efficace dans les formes agressives et difficiles à contrôler.

P82- Aspects clinique, thérapeutique et évolutif du

Lymphome de Hodgkin (étude monocentrique période [2017-2024])

A. Rouabhi, K.H. Saifi, O. Tibermacine, N. Bekkis, N. Zekkour, M. Medani, H. Herbadji, S. Saoussen, F. Tensaout

CLCC Sétif

Introduction et Objectif :

Le lymphome Hodgkinien (LH) représente 10 % des lymphomes et touche préférentiellement l'adulte jeune. En Algérie, le nombre de nouveaux cas par an est en augmentation, il s'est établi à 510 cas en 2015 et 567 cas en 2018. Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques et évolutives des patients atteints de LH pris en charge dans notre service

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective menée au service d'hématologie CLCC Sétif, incluant les patients diagnostiqués avec un LH entre janvier 2017 et décembre 2024. Les données recueillies concernaient : âge, sexe, délai diagnostique, sous-type histologique, stade Ann Arbor, symptômes B, traitement reçu et réponse thérapeutique

Résultats et Discussion :

Un total de 117 patients a été inclus dont 59 hommes et 58 femmes (sex ratio : 1,02), l'âge médian était de 30 ans (15-83ans), délai diagnostique moyen de 3,5 mois (1-24), le type scléronodulaire est majoritaire retrouvé 91 pts (78 %). Notre cohorte montre une prédominance du stade avancé, avec 62 pts (53 %) répartis entre le stade IIB Bulky (16), le stade III (19) et le stade IV (29). Un stade localisé chez 55 pts (47 %). Par ailleurs, 76 pts (65 %) avaient des symptômes B. Sur le plan thérapeutique, le protocole de première ligne le plus utilisé est l'ABVD, administré chez 88 patients (75 %) et le BEACOPP utilisé chez 27 patients (23 %). Par ailleurs, une patiente a reçu du Velbé hebdomadaire en raison d'une insuffisance cardiaque, tandis qu'un patient est décédé avant l'initiation du traitement. Le taux de réponse global est 84% dont 92 rémissions complètes (79%) et 6 rémissions partielles. Un échec thérapeutique chez 12 pts (10%) (2 décédés en échec, 6 RC après traitement

de rattrapage et 4 pts sont encours de TRT). Sept pts de la cohorte (6%) sont décédés en cours de traitement. Devenir : sur les 117 pts, 102 (87%) sont vivants en RC persistante, 10 pts (8%) sont décédés et 5 pts sont vivants sous traitement. Les causes de décès : 1 avant TRT, 2 en échec et 6 en cours de traitement (décès précoce). le suivi médian est de 20 mois avec un recul minimum de 8 mois et un recul maximum de 81 mois. Les survies globale (SG) et survie sans évènement (SSE) sont à 88,2% et 81,9% respectivement à 5 ans.

Conclusion :

Les résultats confirment un profil épidémiologique typique, avec une prédominance du LH chez l'adulte jeune (âge médian de 30 ans) et une légère prépondérance masculine, la fréquence du type 2, ce qui est cohérent avec la littérature internationale. Le profil clinique se distingue par une forte proportion de stades avancés (53 %), ce qui souligne l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces. Sur le plan thérapeutique, les protocoles de chimiothérapie standard, principalement ABVD, ont permis d'obtenir d'excellents résultats, avec un taux de rémission complète de 79 %. Ces performances se traduisent par une survie SG et SSE favorables à 5 ans, soit respectivement 88,2 % et 81,9 %, ce qui est comparable aux données des registres de grandes cohortes.

P83- Prise en charge de la maladie de Hodgkin au service d'hématologie de Béchar

N. Benkhira¹, M. Guenna², N. Kradra², F. Nessa², S. Atilah²

(1) Université Tahri Mohamed Béchar, (2) EHS CLCC Béchar

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin (MH) est une hémopathie maligne rare mais hautement curable grâce aux avancées thérapeutiques. Sa prise en charge repose sur une approche multimodale combinant chimiothérapie, radiothérapie et, dans certains cas, greffe de cellules souches. Dans notre contexte à Béchar, les principaux défis résident

dans le retard diagnostique, l'accessibilité limitée aux examens complémentaires et les contraintes liées au suivi thérapeutique. Objectif Présenter l'expérience du service d'hématologie de Béchar dans la prise en charge de la MH, en décrivant les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients suivis.

Matériels et Méthodes :

Ils'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur l'ensemble des patients pris en charge pour une maladie de Hodgkin au service d'hématologie du CLCC Béchar, entre mars 2021 et décembre 2024. Les variables recueillies incluaient les données sociodémographiques, la présentation clinique initiale, la stadification selon Ann Arbor ainsi que la prise en charge thérapeutique et l'évolution.

Résultats et Discussion :

Un total de 36 patients a été inclus, dont 26 nouveaux cas diagnostiqués et 10 orientés d'un autre centre pour poursuite thérapeutique. L'âge diagnostic médian était de 33 ans (extrêmes : 12-94 ans), avec une prédominance masculine (1.57%). Le syndrome tumoral représentait le motif de consultation le plus fréquent 89%, suivi des signes généraux 8%, et du prurit 3%. La stadification selon Ann Arbor, réalisée sur la base de la TDM, a permis de classer 13 patients en stades localisés (2 en stade I et 11 en stade II 11), et 23 patients en stades étendus (9 en stade III et 14 en stade IV). Tous les patients en stade localisé ont reçu le protocole ABVD en première ligne, complété par une radiothérapie chez 85% d'entre eux. Les formes avancées ont été traitées par BEACOPP chez 12 patients, par, et par ABVD chez 11 patients. 12 patients ont nécessité plus d'une ligne thérapeutique. Parmi eux, 2 patients réfractaires ont bénéficié d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques, et 3 autres sont en attente d'un RDV. Huit patients ont pu recevoir une immunothérapie, dont 2 en entretien. Nous déplorons le décès d'une jeune fille en 2023, réfractaire à cinq lignes de traitement, avant la mise à disposition de l'immunothérapie dans notre service.

Conclusion :

La maladie de Hodgkin demeure une affection curable, même dans les stades avancés, lorsque la prise en charge

est conforme et précoce. Au service d'hématologie de Béchar, les principales limites rencontrées sont le retard diagnostique, le manque d'accès aux techniques modernes de stadification et d'évaluation (notamment le TEP-scan), ainsi que la disponibilité irrégulière des thérapeutiques innovantes. Le renforcement du dépistage précoce, l'amélioration du plateau technique et la sécurisation de l'accès continu aux traitements innovants sont essentiels pour optimiser la survie et la qualité de vie des patients.

P84- Lymphome de Hodgkin sur grossesse à propos de 3 cas

A. Ferkhi, H. Otsmane, K. Belateche, F. Talbi, A. Bachiri

Hôpital Militaire Ain Naadja

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une affection maligne un pic de fréquence avant 30 ans, coïncidant avec la période de procréation: 0,5-1% de toutes les ptes présentent une grossesse concomitante ; la prise en charge de cette association représente un véritable « challenge » Objectifs ; caractéristiques cliniques et évolutives du LH sur grossesse

Matériels et Méthodes :

étude monocentrique, rétrospective, descriptive, portant sur les LH diagnostiqués au service d'Hématologie de l'HCA sur une période de 5 ans (2019-2024).

Résultats et Discussion :

sur 109 pts présentant un LH, 3 cas de grossesses concomitantes au lymphome ont été répertoriées, leurs caractéristiques sont les suivantes ; cas 1 : Mme Z.KH âgée de 37 ans, sans antécédents particuliers, présente une grossesse évolutive de 20 SA. Elle consulte pour exploration d'une masse para sternale droite ; échographie obstétricale est sans anomalies. l'examen clinique retrouve une volumineuse ADP droite de 10 cm de diamètre avec une masse para sternale de 41x26 mm . Une résection large par incision parasternale est réalisée ; avec bonne évolution post opératoire étude anatomopathologique est en faveur

d'un LH SN (CD30+, CD15+), absence de localisations sous diaphragmatique. Au TLT, un bulky médiastinal avec un IMT à 0.46. La patiente est classée stade IIXAb défavorable selon l'EORTC. La CT est débutée à la 23^{ème} semaine type 4ABVD. L'accouchement par voie basse est programmé à la 38^{ème} semaine sans incidents. Le nouveau-né était en bonne santé. Un TEP scanner: SD 2. La patiente a bénéficié de 2 ABVD. cas 2 : Mme Z.MS âgée de 25ans mariée et mère d'un EVBP. Elle est connue en Hématologie pour LH classique type SN classé stade IIB , défavorable (EORTC) diagnostiqué en Novembre 2023 sur grossesse évolutive de 32 SA, décision d'instaurer une CT de type ABVD. L'accouchement s'est déroulé sans complications après une cure, le traitement est complété par 3 cures supplémentaires + RT cervicale avec obtention d'une RCM avec un recul de 13 mois. cas 3: Mm T.N âgée de 32 ans, mère de 2 EVBP, suivie pour LH classique type SN sur grossesse évolutive de 18 SA. L'examen clinique retrouve une ADP cervicale gauche basse isolée de 4x5 cm, au scanner : une masse médiastino pulmonaire gauche 90x77 mm, le body IRM (-). La patiente est classée stade IIXB défavorable selon l'EORTC?TRT; 2 ABVD ?accouchement par césarienne (HRP) . L'évaluation échec thérapeutique (SD=5) : escalade vers le protocole BEACOPP esc avec une RCM après 4 cycles. Le pic d'incidence du LH coïncide avec la période de fertilité et de reproductibilité chez les femmes, 3% d'entre-elles (selon les séries) présentent, un LH et une grossesse, la gestion d'une patiente enceinte avec HL nécessite une approche multidisciplinaire combinant l'expertise en oncologie , obstétrique et néonatalogie. au 1^{er} trimestre, le risque tératogène de la CT est élevé, nécessitant parfois le recours à l'ITG. Au T2, T3, l'administration de l'ABVD est la plus recommandée.

Conclusion :

la prise en charge d'un LH sur grossesse présente de nombreuses difficultés, l'ABVD représente une option intéressante avec des résultats satisfaisants.

P85- Profils clinique, histologique, thérapeutique et évolutif du lymphome de Hodgkin

stade localisé : expérience du service d'hématologie du CCC de Sétif.

K. Saifi, A. Rouabhi, H. Zakour, N. Bekis, O. Tibermacine, S. Saadaoui, H. Harbadji, M. Madani, M. Dilmi, N. Mebarki, F. Tensaout

CLCC de Sétif

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne lymphoïde B, caractérisée par la présence de cellules de Reed Sternberg. Représente environ 1 % de l'ensemble des cancers. En Algérie, l'âge moyen du diagnostic est de 33 ans, avec une prédominance masculine .le LH est l'une des hémopathies les plus curables grâce aux progrès thérapeutiques.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective et descriptive sur les dossiers de patients (Pts) atteints de LH suivis et traités durant une période de 8 ans (de janvier 2017 à décembre 2024). Le diagnostic a été établi par l'étude histologique et immunohistochimique d'une biopsie ganglionnaire. Les patients ont été classés selon les classifications d'Ann Arbor et de l'EORTC. Le traitement de première ligne a majoritairement reposé sur le protocole ABVD associé à la radiothérapie.

Résultats et Discussion :

117 pts atteints de LH ont été diagnostiqués, dont 55 (47%) sont au stade localisé. Le sex-ratio (H/F) : 0,83 (25hommes / 30femmes), avec un âge médian de 35 ans (15-83 ans) et un délai moyen de diagnostic de 5 mois. Sur le plan histologique, le type 2 est majoritaire, chez 42 pts (76%), suivi par le type 3 : dix pts (18%) et le type 1 : trois pts (6%). Selon la classification Ann Arbor, le stade I : chez 8 pts (14,5%) et le stade II chez 47 pts (85,5%). La classification pronostique de l'EORTC, 19 pts (34,5%) classés favorable et 36 pts (65,5%) défavorable. Sur le plan thérapeutique, 53 pts (96%) ont reçu 3 à 4 cycles d'ABVD, 2 pts (4%) BEACOPP. La majorité , soit 41 patients (74,5%), ont bénéficié d'une radiothérapie. Après chimiothérapie ABVD, une RC chez 41 pts, 10 pts en RP dont 9 ont bénéficié d'une escalade vers le BEACOPP, chez

lesquels 7 RC et 2 échec ont été obtenu. 2 pts de notre cohorte sont décédés (décès à domicile après 1 cure ABVD). Les 2 pts sous BEACOPP en RC. Après chimio-radiothérapie: 50 RC (91%), 1 RP stable (2%) et 4 décès (7%) (2 échecs, 2 décès précoces). Selon les groupes pronostiques, les 19 pts du groupe favorable, sont tous en RC 100%, pour les 36 pts défavorable ; 31 RC (86%), 1 RP (3%), 4 décès (11%). Au 31 juillet 2025, le suivi médian était de 34 mois (1-75 mois), 50 pts (91 %) en RC persistante, une RP stable (2%) et 4 pts décédés (7%) La survie globale (SG) et la survie sans événement (SSE) sont respectivement : 91,3%, 81,9% à 5ans. Aucune différence statistique significative de la SG entre les deux groupes pronostiques favorable et défavorable (p : 0,159).

Conclusion :

Nos données confirment que le pronostic du LH à un stade localisé (I ou II) est excellent. Le taux de réponse au traitement de première ligne est supérieur à 90 %, grâce à la chimiothérapie, seule ou associée à une radiothérapie localisée. Le taux de SG et SSE atteignant 80-90%. Ces résultats sont comparables aux données de la littérature (Hodgkin lymphoma : ESMO 2025) et soulignent l'efficacité des protocoles standards dans ce contexte.

P86- Les caractéristiques cliniques, radiologiques et biologiques de lymphome de Hodgkin avec une masse bulky

M. Aberkane, N. Belkacemaoui, S. Abderrahmani, Y. Ghassoul, S. Baghdad

HMRU Oran

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin est une hémopathie lymphoïde de pronostic généralement favorable. Néanmoins, dans une minorité de cas, elle se présente sous une forme réfractaire. La présence d'une masse bulky est un facteur de mauvais pronostic au cours de la maladie de Hodgkin. Plusieurs moyens thérapeutiques sont mis à disposition pour améliorer le pronostic de celle-ci.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, de janvier 2009 au décembre 2024, de type descriptif, analytique incluant 134 patients. Parmi ces patients, 52 patients présentent une masse bulky. Nous avons étudié les caractéristiques cliniques, paracliniques de ces malades et les différentes lignes thérapeutiques dont ils ont bénéficié.

Résultats et Discussion :

Nous avons étudié 52 cas, ce qui représente 38,80 % de l'ensemble des patients atteints d'une maladie de Hodgkin. L'âge moyen de nos patients était de 34,33 ans (19-88). Le sexe-ratio H/F était de 1,73. Le syndrome tumoral était présent chez tous les patients et 71 % (37 pts) avaient des signes généraux. Au bilan d'extension, 53,8 % (28 pts) des cas étaient au stade avancé (III ou IV d'Ann Arbor), la localisation médiastinale de la masse bulky était présente chez 73,07 % (38 pts). Le type histologique le plus fréquent est le scléronodulaire retrouvé chez 88,46 % (46 pts) des cas, contre le type mixte retrouvé chez 5,77 % (3 patients) des cas, et 5,77 % (3 pts) des cas riches en lymphocyte T. Sur le plan biologique, une anémie a été objectivée chez 63% des cas. Pour les facteurs de risques selon L'index pronostique international dans les formes étendues était supérieur ou égal à 3 dans 68,75 % des cas et selon l'EORTC dans les formes localisées était défavorable dans 65%. Sur le plan thérapeutique, 31 patients ont été mis sous protocole BEACOPP (59,61 %) comme chimiothérapie de première ligne, contre 21 patients sous protocole ABVD (40,39 %). Une radiothérapie a été combinée à la chimiothérapie chez 23,07 % (12 pts) des cas. La réponse thérapeutique après la première ligne est la suivante : 50 % (26 pts) ont une rémission complète, une rémission partielle chez 15,38 % (8 pts) contre une progression chez 28,84 % (15 pts) des cas. Taux de rémission a été déclaré chez 65,38 % des patients ; nous déplorons 3,84 % (2 patients) des malades sont décédés. L'analyse multivariée nous a permis d'établir une association significative entre la présence de la masse bulky et la réponse au traitement (p = 0,004).

Conclusion :

Dans notre série, la masse bulky est

retrouvée chez 38,80 % des patients atteints de la maladie de Hodgkin, sa présence se caractérise par un âge plus jeune, des taux plus élevés de sous-type scléronodulaire, le stade avancé de la maladie. Des études futures sont justifiées pour explorer les caractéristiques génomiques et moléculaires de cette population.

P87- Lymphome de Hodgkin réfractaire ou en rechute

F. Talbi¹, H. Otsmane¹, M. Djillali¹, A. Nehab¹, L. Sahraoui¹, H. Mansour¹, K. Belateche¹, C. Bedrine¹, A. Goufi¹, H. Hamdoud¹, A. Ferghi¹, S. Kiri¹, R. Arrada², M. Bentamoune², A. Boudib², S. Aounallah², S.D. Bouhadi², M.R. Abbadi², M. Sid ahmed², A. Bachiri¹, S.E. Belakehal¹

(1) Service d'hématologie, Hôpital Central de l'Armée, (2) Service d'hématologie, Hôpital Militaire Régional, Universitaire de Constantine

Introduction et Objectif :

Les patients atteints d'un LH en échec de traitement de 1^{re} ligne (10 à 15 % des stades localisés et 20 à 30 % des stades avancés) peuvent être guéris par une chimiothérapie de rattrapage suivie d'une intensification thérapeutique et autogreffe de CSH, les patients non éligibles bénéficient de l'efficacité du BV et des anti-PD1, permettant une amélioration de leur pronostic. Les facteurs pronostiques identifiés chez ces patients sont : le caractère réfractaire primaire ou la rechute < 1 an, une atteinte extranodale, un stade disséminé à la rechute, un échec du traitement de rattrapage, et l'absence de RC sur la TEP prégreffe. Le bénéfice de la radiothérapie est démontré chez les patients avec une maladie Bulky, des symptômes B, une maladie réfractaire ou une réponse partielle (sur la TEP prégreffe).

Objectifs ; analyser les caractéristiques des patients présentant un LH réfractaire au traitement de 1^{ère} ligne ou en rechute

Matériel et méthodes :

Etude multicentrique impliquant 2 services d'hématologie portant sur les cas de LH diagnostiqués sur 6 ans (Janv 2019-Dec 2024). Les données sont recueillies sur un fichier Excel, l'analyse est faite par

le logiciel SPSS. Le diagnostic est posé sur la biopsie ganglionnaire +IHC (CD15/CD30/EMA/PAX5) : le bilan d'extension a été récemment affiné par l'utilisation du PETSCAN, 3 protocoles de CT ont été appliqués : ABVD, BEACOPP, PVAG ± RT. Les variables étudiées sont la répartition des patients selon l'âge, le sexe, le stade clinique (Ann Arbor), la présence d'une masse bulky ± atteinte extra nodale, le score pronostique (EORTC ou IPS), la stratégie thérapeutique 1^{ère}, la réponse au TRT (TDM/PET), le délai de survenue de la rechute. La survie (SG/SSP) sont évaluées par la méthode de Kaplan Meier

Résultats :

Etude descriptive multicentrique rétrospective portant sur les LH issus de 2 centres militaires nationaux d'Hématologie (HCA, HMRUC). **Cent-soixante-six** pts ont été colligés durant la période d'étude. **N=44** pts ont présenté une résistance primaire au traitement ou une rechute (26%) : l'âge moyen est de 36±17 ans [17-79], sex-ratio (H/F)= 27/15 (1,8), délai moyen du DC est de 5±4,43 mois [1-24] ; le type SN est retrouvé dans 83% des cas. Une positivité des 2 marqueurs CD15+/CD30+ est retrouvée dans 97,5%, les stades III et IV représentent 80% de notre effectif, une atteinte extra nodale est mise en évidence dans 52% des cas, une masse bulky dans 50% des cas. Vingt-neuf pts ont un score pronostique défavorable (66%). TRT de 1^{ère} ligne : ABVD dans 66% cas, BEACOPP esc dans 30% cas, PVAG dans 4,5% cas. UniPET est pratiqué dans 66% des cas, une escalade thérapeutique est réalisée dans 20% avec une RT complémentaire dans 9 cas. 73% des pts ont bénéficié d'une évaluation morpho métabolique en fin de TRT: RCM dans 30% des cas, RP dans 6 cas, SD=5 dans 12 cas, 36% des pts ont présenté une rechute après un délai moyen de 14 mois [2-48]. À 6 ans, la SG et la PFS étaient respectivement de 70% et 30 %.

Conclusion :

malgré l'amélioration de la prise du LH par l'application d'une stratégie thérapeutique guidée par le PETSCAN, le nombre de rechutes et de formes réfractaires primaires reste, dans notre étude, largement supérieur aux données de la littérature, ceci est probablement lié au retard diagnostique et à la prédominance

des fortes masses tumorales. L'utilisation d'un protocole intensif en 1^{ère} intention avec un nombre de cycles suffisant, ou mieux, le recours à l'immunothérapie première représente le seul espoir pour ces patients.

P88- Lymphome de Hodgkin classique en rechute précoce ou réfractaire : pronostic des patients traités par ABVD ou BEACOPP.

K. Achour, N. Boulaziz, K. Hadjmohand, N. Dali, O. Ouanes, A. Graine

CHU Nedir Mohamed Tizi Ouzou

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) classique touche les sujets jeunes, et la première ligne de traitement combinant chimiothérapie et éventuellement la radiothérapie permet de guérir plus de 80% de patients (pts). En revanche, le groupe restreint de pts ayant un lymphome réfractaire primaire ou une rechute précoce (< 12 mois) après la 1^{ère} ligne de traitement a un pronostic réservé. L'objectif de notre étude est d'évaluer les formes réfractaires ou en rechutes précoces dans le LH après la première ligne de traitement.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective, réalisée sur une période de 7 ans (2017-2024) , où 39 cas / 222 (17%) de LH réfractaires ou en rechutes précoces(R/R) ont été colligés . 32 pts (82%) ont été traités par le protocole ABVD, 1 pt par AVD et 6 pts (15%) par BEACOP. 11 pts (28%) ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire.

Résultats et Discussion :

Parmi les 39 pts (17.5%), le caractère réfractaire primaire concernait 33 pts /222 (14.8%) et une rechute précoce chez 6 pts (2,7 %) dans un délai médian de 7 mois (4 ,10) .Il s'agit de 22 hommes et 17 femmes avec un sexe-ratio à 1.27 , l'âge moyen est de 34 ans (16 -76) .Le type histologique le plus fréquent est le scléro-nodulaire pour 37 patients (95%) . Lors du diagnostic du LH , les patients du groupe ABVD étaient

stratifiés comme suit : stades localisés I -II = 16 pts (48%) dont 7 pts avec bulky médiastinal (bm) ; stades étendus III -IV = 17pts(52%) avec 3bm . Les patients du groupe BEACOPP : 1 pt au stade II (bm) et 5 pts (83%) au stade III-IV dont 2pts avec bm. La répartition en groupes pronostique thérapeutiques selon l'EORTC retrouve une forme favorable chez 1 pt (5%) , 16 pts formes défavorables (95%) et selon l'IPS: 3 formes à risque standard (14%) et 19 formes à haut risque (86%) . Le traitement de relais pour les échecs/réfractaires a comporté différents protocoles de poly-chimiothérapies chez 33 pts : BEACOPP 3Pts ,DHAP 18Pts ,ICE 8 Pts,ESAP 2pts, pembroGVD 2pts. Pour le groupe de pts en rechute précoce : une immunothérapie associée à une chimiothérapie(BvB) était reçue seulement chez 3 pts et qui sont en attente d'une autogreffe et 3pts ont bénéficié du protocole ICE. Les résultats thérapeutiques globaux : 37pts sont évaluables pour la réponse: 38% de réponse objective (14 pt /37)dont 24% de RC (9 pts) , 62% (23 pts) d'échecs/progression. Après un suivi médian de 38 mois(5,88) , 20 pts(51%) sont vivants dont 17 pts(44%) en réponse : 14 pts après le premier trt de relais et 03 pts après plusieurs lignes de trt. 17 pts (43%) sont décédés et 2 pts PDV. La SG des pts à 7 ans est de 45% avec une médiane de survie de 62 mois.

Conclusion :

Ces résultats témoignent du pronostic péjoratif des patients en R/R.Cependant ils peuvent être améliorés par l'immunothérapie et une autogreffe de cellules souches .

P89- Maladie de Hodgkin réfractaire : réalités cliniques et défis thérapeutiques

N. Benkhira

Université Tahri Mohamed Béchar

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin (MH) est une hémopathie maligne hautement curable. Cependant, les rechutes multiples et les formes réfractaires demeurent un défi thérapeutique. Les innovations récentes, notamment les inhibiteurs de points de

contrôle immunitaire, ouvrent de nouvelles perspectives dans ce contexte. À travers trois cas de patients jeunes atteints de maladie de Hodgkin avancée, réfractaire, ce travail met en évidence les difficultés thérapeutiques rencontrées et l'apport des nouvelles stratégies, notamment l'immunothérapie anti-PD1.

Matériels et Méthodes :

Trois patients jeunes atteints de maladie de Hodgkin étendue et multiréfractaire ont été étudiés de manière comparative. Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, permettant de confronter les différentes lignes de traitement administrées, les réponses obtenues, les complications observées ainsi que l'évolution au cours du suivi.

Résultats et Discussion :

Observation 1 LM, 29 ans, suivi depuis octobre 2020 pour une maladie de Hodgkin scléronodulaire, stade IV avec atteinte osseuse et musculaire. Après échec de 6 cures d'ABVD, il a obtenu une rémission complète après 4 cures de DHAC. En attente d'autogreffe, il a rechuté. Le protocole BeGeV a été tenté, sans réponse. Par la suite, il a reçu l'ICE, avec une réponse transitoire rapidement perdue, toujours en attente de greffe. Le protocole GemOx a ensuite été administré, sans efficacité. Il a finalement été mis sous Pembro-GVD, bien toléré, avec une réponse complète, ce qui a permis de réaliser une autogreffe. Actuellement, il est toujours en rémission, sous entretien par pembrolizumab. Observation 2 DC, 28 ans, maçon, diagnostiqué en 2012 d'une maladie de Hodgkin scléronodulaire stade IV hépatique et pleurale, sur biopsie d'une masse médiastinale. Après 6 cures d'ABVD, il a été perdu de vue. Il revient en 2018 pour une rechute, traité par 4 cures d'ESHAP, jugé en rémission partielle au scanner. Il est resté sans suivi jusqu'en 2022, où il présente une 2ème rechute. Il a reçu successivement BeGeV, puis ICE, sans réponse. Mis ensuite sous Pembro-GVD, il a obtenu une rémission complète après 4 cures. Le patient est proposé pour autogreffe, mais en attendant, un traitement par pembrolizumab est poursuivi. Observation 3 BN, 23 ans, étudiante originaire de Chlef, admise pour une maladie de

Hodgkin scléronodulaire stade IV avec atteinte pulmonaire, multiréfractaire aux protocoles BEACOPP, DHAC, BeGeV, ICE et GemOx. Elle a présenté de nombreuses complications liées aux traitements, allant de neutropénies fébriles et toxicité digestive, jusqu'à un syndrome de Stevens-Johnson et des épisodes de sepsis sévère, nécessitant des hospitalisations répétées. Malgré la prise en charge, l'évolution a été fatale avec un décès après 32 mois de suivi.

Conclusion :

La prise en charge des MH réfractaires reste un défi thérapeutique majeur. L'immunothérapie offre une option prometteuse pour les patients résistants aux protocoles conventionnels. La sensibilité remarquable de la MH multiréfractaire aux anti-PD1, permettant une RC même après échec de plusieurs lignes, Il est essentiel de renforcer l'accessibilité à ces traitements pour améliorer la survie et la qualité de vie.

P90- Résultats thérapeutiques du protocole BEACOD dans les stades étendus du lymphome de Hodgkin.

S. Lafri, S. Benelhadj, R. Chied, S. Kebaili, F. Mezhoud, M. Benhalilou, N. Salhi, Z. Ouchenane

Service Hématologie, CHU Constantine

Introduction et Objectif :

Le lymphome hodgkinien est une hémopathie maligne du tissu lymphoïde, dont la définition est purement histopathologique. Il se caractérise par : la destruction totale ou partielle de l'architecture ganglionnaire, la présence de grandes cellules tumorales caractéristiques appelées les cellules de Reed-Sternburg localisées au sein d'un tissu inflammatoire réactionnel, souvent accompagné d'un degré plus ou moins marqué de fibrose.

Matériels et Méthodes :

Évaluer le protocole BEACOD dans les stades étendus de la maladie de Hodgkin sur une série de 12 patients.

Résultats et Discussion :

De janvier 2021 à décembre 2022(02 ans) , sur 45 patients stade étendus, 12 patients ont reçu une poly-chimiothérapie de type BEACOD. Le diagnostic a été posé par l'analyse anatomopathologique . L'IHC est réalisée dans 100% des cas avec (CD15, CD30) positifs. Nos patients ont bénéficié d'un bilan d'extension avec examen clinique (un examen ORL en cas d'atteinte cervicale haute), une radiographie du thorax , une TDM TAP, un PET –SCAN initial a été fait chez 02 patients, PET SCAN intermédiaire chez 06 patients et un PET-scan fin traitement chez 8 patients, la PBO si pet scan initial non fait . Les patients sont classés selon la classification d'Ann Arbor et la classification pronostique selon l'IPS

Conclusion :

12 patients présentant une maladie de Hodgkin à un stade avancé ont reçu le BEACOD, il s'agit de 2 hommes et de 10 femmes avec un sex-ratio=0.2. L'âge moyen est de 30 ans (21-50) ans, le délai diagnostique est en moyenne de 6.2 mois (2-12). Les circonstances de découverte : une adénopathie périphérique dans 10 cas (83% des cas), des signes généraux dans 2 cas (17% des cas), Le type scléro nodulaire est retrouvé dans 11 cas, le type cellularité mixte 01 cas. La répartition selon la classification anatomo-clinique de Ann Arbor est comme suit: stade II B E ou Bulky dans 3 cas, stade III dans 3 cas (IIIA 2 cas, stade IIIB 1 cas) et stade IV dans 6 cas (IVA: 2 cas et IVB: 4 cas). La répartition selon les facteurs pronostiques de l'IPS permet de classer 2 de nos patients dans le groupe favorable (17%) contre 10 patients dans le groupe défavorable (83 %). Sur le plan thérapeutique : après 6 cures de BEACOD la RC métabolique est obtenue chez 10 patients (83 %), 01 patient a rechuté après 03 mois ,02 (17%) patients réfractaires : un patient est actuellement en rémission complète après 2 lignés thérapeutiques et un patient perdu de vu.la survie globale à 5 ans :11 patient vivants(91%) .

P91- La localisation médiastinale (bulky) du lymphome de Hodgkin Experience du service d'hématologie CHU Tizi-Ouzou

K. Kara, S. Gherras, N. Dali, M. Zoulm, K.

Hadj-Mohand

CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif :

L'atteinte médiastinale initiale au cours du lymphome de Hodgkin (LH) est fréquente, elle est décrite chez plus de 60% des patients. On parle de « Bulky médiastinal » lorsque la masse tumorale occupe plus du 1/3 du thorax. Elle constitue à elle seule un facteur péjoratif. Elle influence la stratégie thérapeutique. L'objectif de notre étude est de décrire le profil clinique, radiologique des pts et d'évaluer l'impact pronostic du bulky médiastinal en termes de réponses et de survie globale (SG).

Matériels et Méthodes :

L'étude est rétrospective, menée sur une période de 07ans (2017 à 2024), ayant concerné des pts de plus de 15ans atteints de LH pris en charge dans notre centre. Le diagnostic a été confirmé par l'histologie, affiné par une IHC. Ont été inclus tous pts ayant un IMT > 0 ,33. Tous nos pts ont reçu une chimiothérapie (CT) associée ou non à une radiothérapie (RT) selon les recommandations internationales. L'évaluation a été réalisée en Juillet 2025.

Résultats et Discussion :

Parmi les 222 pts atteints de LH, 63(28%) pts ont présenté un Bulky médiastinal, on note une prédominance féminine (sex-ratio : 0,6). L'âge médian est de 28 ans (16 à 72ans). Le délai diagnostique médian est de 4 mois. Les circonstances de découverte sont : ADPS périphériques : 32 (52%) pts, toux : 20(32%) pts. Le type histologique scléro nodulaire dans 80% des cas. Quarante (63,5%) pts ont un IMT (0,33-0,45) et 23 (36,5%) pts IMT ? 0,45. Trente-trois (52%) pts de stades localisés dont 19 (57%) stade IIB et 30 (47 %) pts stade étendu. Les atteintes viscérales les plus fréquentes : L'atteinte pulmonaire : 16 (25%) pts, l'atteinte osseuse :11 (17%) pts. Dans les stades localisés, selon la classification pronostique EORTC, 31(93,94%) pts sont défavorables. Dans les stades étendus, selon IPS, 7 (23,3%) pts de risque standard, 7 (23,3%) de risque intermédiaires et 16 (53,3%) de haut risque. Sur le plan thérapeutique, 55 (87,3%) pts ont reçu le protocole ABVD (4 à 8 cures) et 8(12,7%) pts ont reçu le BEACOPP (2 à 6 cures). La RT a été réalisée chez 23(36%)

pts. La réponse au traitement (tous stades confondus) : La RG : 71% soit , RC : 38 (60,3%) pts, RP : 7(11%) pts. Un échec est constaté chez 15 (23%) pts. Dans les stades localisés : RC :61%, RP : 8 %, échec : 21 %. Dans les stades étendus :RC : 60%, RP : 7%, échec : 26%. Une rechute a été observée chez 8(12 %) pts dans un délai médian de 36mois. 8 (12%) pts sont décédés, 2pts sont perdus de vue.

Conclusion :

Malgré le caractère péjoratif du Bulky médiastinal dans le LH, une rémission globale de 71% a pu être obtenue, toutefois la persistance de cas réfractaires souligne l'importance de l'évaluation précoce et la nécessité de stratégies thérapeutiques adaptées.

P92- Interet de l'immunotherapie brentuximab-vedotin et nivolumab dans la prise en charge du lymphome hodgkinrechute refractaire

N. Lahmer, R. Messaoudi, Y. Rahal, K. Taibi, R. Mrabet, S. Kehal, M. Bencordel

CHU Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) rechuté ou réfractaire (R/R) représente un défi thérapeutique majeur, en particulier après échec de l'autogreffe et des lignes standards. Les nouvelles stratégies d'immunothérapie, notamment l'anticorps conjugué brentuximab vedotin (BV) ciblant CD30 et les inhibiteurs de checkpoints immunitaires comme le nivolumab (anti-PD-1), ont profondément modifié le paysage thérapeutique de cette maladie. Leur efficacité et leur tolérance justifient leur exploration même dans de petites cohortes de patients lourdement prétraités.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons une cohorte rétrospective de 5 patients atteints de LH R/R suivis dans notre service entre 2020 et 2024. Tous les patients avaient reçu au moins deux lignes de chimiothérapie. Deux patientes

ont été traitées par brentuximab vedotin plus Bendamustine (4cycles de 1,8 mg/kg toutes les 3 semaines), 3 patients ont reçu l'association nivolumab (3 mg/kg)et brentuximab toutes les 4 semaines 4cycles. L'évaluation de la réponse reposait sur le TEP-scan selon les critères de Lugano.

Résultats et Discussion :

L'âge médian des patients était de 30 ans (22 à 61ans). Tous présentaient une maladie avancée réfractaire(IIBx,IIIB,IIIBx,IVB). Après une médiane de 4 cycles (4–8), nous avons observé 4 rémission métabolique complètes (2sous BV-Benda, 2sous BV nivolumab) et 1 progression sous BV-nivolumab). Le taux de réponse complète était de 80 %. Les toxicités les plus fréquentes sous BV étaient la neuropathie périphérique de grade 1–2 (n=2) et une neutropénie transitoire. Sous nivolumab, une fatigue modérée et un rash cutané de grade1 ont été notés, sans toxicité immuno-médiée sévère. Aucun arrêt précoce de traitement n'a été nécessaire. Avec un suivi médian de12 mois, 4 patients demeurent en rémission métabolique complète, tandis que un a progressé. Discussion : Malgré la petite taille de la cohorte, nos résultats confirment l'efficacité notable et la tolérance acceptable du brentuximab vedotin et du nivolumab dans le LH R/R, en ligne avec les données des essais internationaux (SG035-0003, CheckMate-205). Le taux élevé de réponses observé dans notre série illustre l'intérêt de ces molécules en situation de rechute, en particulier chez des patients non éligibles à une allogreffe ou en attente d'une consolidation. Néanmoins, les limites majeures restent le faible effectif, le recul limité et l'absence de comparaison directe. L'accès plus large à ces thérapeutiques et leur intégration dans des stratégies combinées ou séquentielles représentent une perspective prometteuse pour améliorer le pronostic des patients atteints de LH R/R.

Conclusion :

Dans notre expérience, le brentuximab vedotin et le nivolumab se sont révélés efficaces et bien tolérés chez des patients atteints de lymphome de Hodgkin rechuté ou réfractaire, offrant des options thérapeutiques précieuses après échec des lignes conventionnelles. Malgré

la limite de notre cohorte réduite, ces résultats soutiennent l'intégration de ces immunothérapies dans la prise en charge de routine et justifient des études élargies afin de mieux définir leur place en stratégie séquentielle ou combinée.

P93- Les thérapies innovantes dans le traitement de la maladie de Hodgkin en rechute ou réfractaire, état des lieux du service d'Hématologie du CLCC de Sétif : à propos de 9 cas.

K. Saïfi, A. Rouabhi, O. Tibermacine, S. Saadaoui, H. Zekour, N. Bekis, H. Harbadji, M. Madani, N. Mebarki, M. Dilmi, F. Tensaout

CLCC de Sétif

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est devenu une maladie curable dans la majorité des cas. Cependant, la rechutes est observées chez environ 10 % des patients aux stades localisés et 20-30 % aux stades avancés. L'avènement des thérapies innovantes, notamment les anticorps anti-CD30 (Brentuximab Védotine) et les inhibiteurs de PD-1 (Pembrolizumab), a révolutionné la prise en charge de ces formes récidivantes ou réfractaires, offrant des perspectives de rémission durable.

Matériels et Méthodes :

Cette étude rétrospective et descriptive a été menée sur une période d'une année (2024-2025). Elle a inclus 9 jeunes patients (Pts) atteints de LH en rechute ou réfractaire, ayant reçu du Brentuximab Védotine (BV) ou du Pembrolizumab (Pemb) en monothérapie ou en association avec une chimiothérapie.

Résultats et Discussion :

9 patient inclus, 7 hommes et 2 femmes (sex-ratio 3,5), l'âge médian est de 25 ans (15-44 ans). 4 pts (44%) en rechute et 5 refractaire (56%). - Série traitée par Brentuximab Védotin (BV) : 4 patients traités par BV: 1pt en monothérapie (refuse toute chimiothérapie) et 3 en association avec la Bendamustine (BV-Benda). Après 4

cures, 1 RC (25%), 2 RP (50%), 1 progression (25%). Le pt en RC autogreffé, actuellement enceinte à 9 SA . Les 2 pts RP l'un mis sous BV- Nivolumab (4 cures) :RC obtenue, il est en attente d'autogreffe, l'autre pt la RC obtenue après 9 cycles BV en monothérapie, actuellement 11ème cycles (refuse l'autogreffe). Le pt en progression a été mis sous Pemb-GVD en cours de traitement. Au total, 3 pts en RC (75%), une progression (25%). Les principaux effets secondaires observés étaient : fatigue (2 cas), diarrhée (2 cas), éruption cutanée (2 cas), et une neutropénie et anémie de grade 1 (1 cas). - Série traitée par Pembrolizumab: 5 pts (1 pt en monothérapie: en rechute après 3 protocoles pédiatriques, avec hépatite B guérit) , 4 pts en association avec le protocole GVD (Pemb-GVD). Trois patients ont été évalués après 4 cures, tous en RC, dont deux patients ont bénéficié d'une auto-GCSH. L'autre est en attente. Deux patients sont toujours sous traitement. Les effets secondaires observés sont : la fatigue (2 cas), céphalées (1 cas), cytolyse hépatique (ASAT/ALAT > 3N) (1 cas) (la perturbation du bilan hépatique est survenue 1 seule fois au cours du TRT, elle a nécessité une interruption temporaire de 15 jrs avec surveillance, après le bilan s'est normalisé) et 1 cas de neutropénie de grade 1. Le choix entre le Brentuximab Vedotin et le Pembrolizumab a été principalement guidé par la disponibilité de ces médicaments. Les effets secondaires étaient gérables, aucune nécessité d'arrêt définitif du traitement. Le taux de rémission complète a atteint 67 %, la RC est maintenue chez nos 6 pts, c'est un résultat très satisfaisant chez des patients en rechute ou réfractaires.

Conclusion :

Les thérapies innovantes ont transformé le TRT du LH réfractaire et récidivant , elles ont offert de nouvelles perspectives de guérison pour des patients qui étaient auparavant considérées comme difficiles à traiter. La thérapie innovante constitue un bridge vers l'autogreffe.

P94- TEP-FDG précoce dans le lymphome de Hodgkin localisé

M. Aberkane

HMRU Oran

Introduction et Objectif :

La survie à long terme des patients atteints d'un lymphome hodgkinien (LH) au stade précoce (I-II) est supérieure à 85 %. Cependant, certains patients présentent une maladie primaire réfractaire avec une évolution plus grave. Une TEP-FDG intermédiaire précoce, réalisée après deux cycles de chimiothérapie (TEP-2), permet une évaluation précoce et précise de la réponse, et une corrélation a été démontrée entre la normalisation de la TEP-2 et l'évolution du patient.

Matériels et Méthodes :

9 patients atteints d'un lymphome hodgkinien précoce ont reçu une chimiothérapie de première intention par ABVD ou BEACOPP. Une TEP-2 a été réalisée après la deuxième cure d'ABVD. La radiothérapie et les modifications de prise en charge étaient décidées en fonction du résultat de la TEP-FDG intermédiaire.

Résultats et Discussion :

L'âge médian était de 35 ans (extrêmes 24–57). Le sexe-ratio H/F était de 2. 7 patients (77.7%) étaient dans le groupe défavorable selon les critères de l'EORTC. Le stade initial selon le scanner ou la tomодensitométrie TEP-FDG était le suivant : Stade I : 1 patient, Stade II : 8 patients. 4 patients (44.4 %) avaient une TEP-2 négative tandis que 5 patients (55.6 %) avaient une TEP-2 clairement positive. Parmi les 4 patients avec une TEP-2 négative, 1 patient a subi une radiothérapie après avoir terminé quatre cycles d'ABVD. Parmi les 5 patients avec TEP-2 positive, 2 patients ont reçu une intensification du traitement (BEACOPP) avec une TEP-FDG négative après 4 cycles et 3 patients poursuivant un traitement ABVD : 2 patients avaient une TEP-FDG négative et 1 patient avait une TEP-FDGP positive après quatre cycles d'ABVD. Après un suivi médian de 27 mois, 2 patients ont rechuté précocement après la fin du traitement (les deux patients dans le groupe TEP-2 positive).

Conclusion :

Nous avons montré dans cette série que la TEP-2 négative est obtenue chez 44.4 % des patients atteints d'une maladie à un stade précoce. Cette étude rétrospective suggère qu'une TEP-2 positive est un

facteur pronostique péjoratif et que l'utilisation du traitement BEACOPP dans cette population reste à définir.

P95- Les résultats du protocole BEACOPP dans le traitement du lymphome hodgkinien à l'ère de la TEP-FDG

S. Abderrahmani, Y. Ghassoul, N. Belkacemaoui, M. Aberkane, S. Baghdad

HMRUO Oran

Introduction et Objectif :

Chez les patients atteints d'une maladie d'Hodgkin avancée (stades IIB à IV), le défi consiste à augmenter le nombre de patients présentant des rémissions durables tout en diminuant la probabilité d'effets secondaires à long terme. Le BEACOPP un régime de première ligne intensifié, qui a démontré un meilleur contrôle initial dans les stades avancés de la maladie de Hodgkin et un délai prolongé de rechute par rapport à l'ABVD. Cependant, cet avantage est associé à des taux plus élevés de toxicité hématologique, de décès liés au traitement, d'infertilité et de néoplasies secondaires.

Matériels et Méthodes :

Notre étude est retrospective portant sur 24 patients suivis durant la période allant de Janvier 2019 à Décembre 2024 pour la prise en charge d'un lymphome de Hodgkin de stade avancé (stades IIB à IV), le défi consistait à augmenter le nombre de patients présentant des rémissions complète et durables tout en diminuant la toxicité.

Résultats et Discussion :

Notre série comporte 24 patients (pts) présentant un lymphome de Hodgkin de stade étendu avec un âge médian de 32.5 ans (19 43) et un sex-ratio à 0.66. la masse bulky est retrouvait chez 11 pts ainsi qu'in score pronostic IPS standard. Le TEP initial fait chez 15 pts permettant une stadification précise. Le TEP intermédiaire fait chez 17 pts retrouvant un réponse métabolique ayant permis la désescalade chez 13 pts vers le protocole ABVD et la poursuite du protocole pour le 4 patients

TEP positif et les patients n'ayant pas fait de TEP intermédiaire. La remission complète est obtenue pour 21 pts, confirmé par TEP chez 15 pts avec un score de Deauville $\leq$ à 3. On note un décès toxique après 2 cures de BEACOPP et 2 échecs thérapeutiques ayant nécessité un traitement de rattrapage.

Conclusion :

Les objectifs du traitement englobent l'amélioration du résultat thérapeutique ; la réduction de la toxicité. Des approches thérapeutiques émergentes, telles que les anticorps bispécifiques et la thérapie cellulaire nous le permettra dans un avenir proche.

P96- Les complications tardives après le lymphome hodgkinien, une fatalité après une rémission de longue durée: A propos de 02 cas

S. Abderrahmani

HMRUO Oran

Introduction et Objectif :

La survie des patients ayant un lymphome de Hodgkin s'est nettement améliorée ces dernières années, avec cependant une augmentation des complications tardives, en particulier néoplasiques. Nous rapportons l'observation de deux patientes ayant présenté des néoplasies secondaires 10 ans après la prise en charge initiale du lymphome hodgkinien scléro-nodulaire.

Matériels et Méthodes :

Observation 1: patiente A.M diagnostiquée en 2014 à l'âge de 34 ans pour lymphome Hodgkinien stade IVs de haut risque selon IPS traitée par 06 cures BEACOPP puis 04 cures DHAC pour l'obtention d'une rémission complète. La patiente est régulièrement suivie pendant 10 années jusqu'en Janvier 2025, elle se présente en consultation pour des signes d'insuffisance sanguine. Le diagnostic de leucémie aigue biphénotypique est posé par CMF, l'évolution est foudroyante, la patiente décède à J1 du traitement d'induction par hémorragie cérébrale.

Observation 2: patiente B.H âgée de 24 ans, diagnostiquée lymphome hodgkinien stade II E pulmonaire de haut risque défavorable traité par protocole ABVD puis radiothérapie à 40 gray avec l'obtention d'une rémission pendant presque 10 ans, qui présentait en mai 2024 une symptomatologie pulmonaire révélant un adénocarcinome pulmonaire très évolutif, résistant aux traitements instaurés par les oncologues et emportant la patiente après 2 mois d'évolution.

Résultats et Discussion :

Les patients en rémission à long terme d'un lymphome hodgkinien font face à un certain nombre d'effets tardifs qui peuvent affecter considérablement la durée et la qualité de leur vie. Il s'agit d'un risque accru de deuxième cancer contribuant à la surmortalité observée chez ces patients. Le BEACOPP un régime de première ligne intensifié, qui a démontré un meilleur contrôle initial dans les stades avancés de la maladie de Hodgkin. Cependant, cet avantage est associé à des taux plus élevés de néoplasie secondaires. Le traitement par les radiations ionisantes de la maladie de Hodgkin a subi une importante évolution durant ces dernières années dû à une diminution des indications. Cette évolution est relativement paradoxale, car les associations de chimiothérapie et de radiothérapie permettent des taux de survie excellents dans les maladies de Hodgkin localisées (de l'ordre de 90-95 %). Cette nouvelle attitude est due à la mise en évidence de complications tardives liées, en partie, aux anciennes techniques de radiothérapie.

Conclusion :

La reconnaissance croissante des complications tardives a en partie conduit à des changements substantiels dans le traitement du lymphome hodgkinien au fil des ans. Il sera essentiel de poursuivre le suivi à long terme des patients traités par un traitement moderne et de documenter les effets tardifs associés à un traitement plus récent.

P97- Bilan lésionnel dans le lymphome de Hodgkin : TEP au 18 FDG versus TDM

M. Aberkane, N. Belkacemaoui, S. Abderrahmani, Y. Ghassoul, S. Baghdad

HMRU Oran

Introduction et Objectif :

La tomographie par émission de positons (TEP) au 18FDG joue un rôle principal dans la prise en charge de la maladie de Hodgkin. Elle est considérée comme l'examen de référence avec une excellente sensibilité et spécificité. L'objectif de notre travail était de montrer l'apport de la TEP par rapport au scanner dans l'étude de l'atteinte ganglionnaire et viscérale.

Matériels et Méthodes :

Nous avons inclus 25 patients. Nous avons étudié les aires ganglionnaires sus et sous-diaphragmatiques et l'atteinte viscérale et nous avons comparé les résultats de la TEP avec le scanner.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen de 34,16 ans (16-57 ans) et le sexe ratio H/F était de 1,08. Le type histologique le plus fréquent était le scléronodulaire retrouvé chez 20 patients (80 %). Le délai moyen entre la TEP et le scanner était de 7 semaines (1-24 semaines). 43 TEP ont été réalisés : 19 TEP initiales (44,18 %), 9 TEP intermédiaires (20,93 %) et 15 TEP de fin de traitement (34,88 %). Pour la région cervicale, la TEP a montré de nouvelles lésions hypermétaboliques dans 1 cas (2,32 %) et a éliminé le caractère malin dans 3 cas (6,97 %). Pour la région médiastinale, la TEP a objectivé de nouvelles lésions dans 7 cas (16,27 %) et a éliminé le caractère malin dans 5 cas (11,62 %). Dans la région abdominale, la TEP a montré de nouvelles lésions dans 1 cas (2,32 %). Pour le bilan initial, le stade était le même dans 13 cas (68,42 %), un upstaging chez 4 patients (21,05 %) dont 1 patient le stade a basculé d'un stade II à un stade IV hépatique et 3 patients le stade a basculé d'un stade II à un stade IIE et un downstaging dans deux cas (10,52 %). Pour l'évaluation de fin de traitement, le scanner a montré une réponse complète dans 10 cas correspondait à la TEP à 9 réponses métaboliques complètes et un échec thérapeutique. La réponse partielle sur le scanner a été observée chez 02 patients correspondait à la TEP à une réponse métabolique complète et une progression de la maladie, alors que les 3 patients

qui étaient en échec thérapeutique sur le scanner correspondait à la TEP à deux réponses métaboliques complètes et un échec thérapeutique.

Conclusion :

Nous pouvons conclure que la TEP permet une évaluation plus fine de l'atteinte ganglionnaire et viscérale dans la maladie de Hodgkin, ce qui mènera à une adaptation de la stratégie thérapeutique.

P98- Localisation cérébrale : présentation inhabituelle d'un Lymphome de Hodgkin Classique

R. Bouaziz¹, L. Izroug², A.E.B. Ferdia², W. Feghouli², S. Soltani², S. Guemari², A.E.K. Hazla², I. Aroui², H. Yousfi², B. Khallout², I. Mezouar²

(1) CLCC El Oued, (2) CAC El Oued

Introduction et Objectif :

L'atteinte cérébrale du lymphome de Hodgkin (LH) est très rare, et représente moins de 1 % des cas. La présentation clinique initiale des LH cérébraux mime celle des autres tumeurs cérébrales ce qui peut retarder le diagnostic et la mise en route du traitement approprié. Par conséquent, il n'existe pas de consensus pour orienter la prise de décision thérapeutique. Nous rapportons ici un cas original de LH classique à localisation cérébrale primitive.

Matériels et Méthodes :

Observation : Une patiente âgée de 59 ans, sans antécédents pathologiques, ayant consulté en neurologie pour des épisodes d'amnésie aiguë en mai 2023, avec apparition d'une masse frontale évoluant depuis 9 mois, sans signes généraux accompagnateurs. L'IRM cérébrale a objectivé une masse expansive extra-axiale fronto-temporale droite compressive (46x30x33 mm) avec une masse péri-osseuse en regard (12x73mm). Une exérèse chirurgicale de la tumeur a été réalisée le 03/07/2023 et l'étude immuno-histochimique (avec relecture au comité Lymphome) conclue à un LH classique : CD30(+), PAX5(+). Orientée à notre service le 07/09/2023, elle ne

présentait pas de signes généraux, ni de syndrome tumoral périphérique. La TEP-scan d'évaluation initiale classe la patiente au stade IV avec localisations osseuses (L4, aile iliaque droite et branche ischio-pubienne gauche). La patiente a reçu le protocole ABVD, 4 cures du 23/10/2023 au 12/02/2024), au terme desquelles une rémission métabolique complète est obtenue (score Deauville 2), et persistante à ce jour. En raison de l'absence de reliquat tumoral, la radiothérapie complémentaire a été récusée. La patiente est vivante, en RC

Résultats et Discussion :

Classiquement, l'atteinte initiale au cours du LH est essentiellement ganglionnaire, avec une extension lymphatique de proche en proche et une dissémination hématogène tardive de la maladie. L'atteinte du SNC dans le LH est exceptionnelle. Elle survient le plus souvent en cas de maladie récidivante, surtout chez des patients avec immunodéficience ou infection par le virus EBV. Elle doit être envisagée chez tout patient atteint d'un LH connu, qui développe des complications neurologiques, en particulier en cas de dissémination de la maladie ou de rechute. Trois mécanismes d'extension sont évoqués : extension directe à travers le crâne osseux ou la dure-mère, l'atteinte méningée et les métastases et la dissémination hématogène. Il a été suggéré que la grande taille des cellules de Reed-Sternberg pourrait empêcher leur passage vers l'espace périvasculaire du SNC. Le traitement n'est pas bien codifié mais l'irradiation cérébrale totale et la chimiothérapie combinée sont actuellement conseillées. Les données rapportées suggèrent qu'une localisation isolée du SNC est associée à une évolution favorable.

Conclusion :

La localisation cérébrale du LH est exceptionnelle, de diagnostic souvent difficile et tardif. Une exploration morphologique et métabolique est nécessaire pour confirmer le caractère pur de l'atteinte cérébrale et adapter le programme thérapeutique.

P99- Aspects cliniques ,

thérapeutiques et évolutifs du lymphome de Hodgkin

R. Bouaziz, L. Izroug, A.E.B. Ferdia, S. Guemari, A.E.K. Hazla, I. Aroui, H. Yousfi, B. Khellout, I. Mezouar, W. Feghoul, S. Soltani

CAC El Oued

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) : hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg, dont l'origine lymphoïde est démontrée, mais dont la cause reste inconnue. Il ne représente que 10 à 15 % des lymphomes, il fait partie des cancers curables et touche le sujet jeune. Le pronostic est excellent. L'objectif était d'étudier les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs du LH chez l'adulte.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective sur une période de 06 ans (2019-2024), l'étude est analytique portée sur les aspects cliniques, biologiques, le diagnostic anatomopathologique, radiologique, thérapeutiques et évolutif. Les informations ont été recueillies à partir des dossiers de consultation. Le diagnostic est retenu sur l'examen anatomopathologique et l'immunohistochimie.

Résultats et Discussion :

Dans cette étude rétrospective portant sur 151 cas de LH diagnostiqués entre 2019 et 2024. L'âge médian de 36 ans, sex-ratio à 1. La présentation clinique : une fréquence élevée des adénopathies cervicales (58%), ainsi que les signes généraux (53%), confirment les caractéristiques classiques de cette hémopathie. Sur le plan histologique, la forme scléronodulaire représente la grande majorité des cas (85%). L'expression immunohistochimique des marqueurs CD30 et CD15 dans la majorité des cas confirme le diagnostic. La répartition des stades selon Ann Arbor montre une proportion importante de formes avancées (stade III-IV (68%)), et les scores pronostics revelent une majorité des formes défavorable (IPS 40%, GHSG 70%, EORTC 17%), tandis que les formes favorables demeurent minoritaires et un groupe intermédiaire limité, ce qui pourrait expliquer la forte utilisation de protocoles

intensifs comme BEACOPP chez (35%) . Néanmoins, le protocole ABVD reste le gold standard (chez 62%), en raison de son efficacité et de sa tolérance. L'évaluation thérapeutique : un taux élevé de réponse complète (83% des patients évalués par TEP scan), ce qui confirme le bon pronostic global du LH. Toutefois, la survenue de rechutes (20%) et d'échecs thérapeutiques (16%) souligne l'importance d'une prise en charge adaptée au risque initial. Le recours à l'autogreffe chez certains patients en rechute reste une stratégie validée, mais qui pourrait être optimisée par une meilleure stratification initiale des patients (scores pronostiques et du TEP scan intermédiaire). La place de la désescalade thérapeutique, appliquée dans 17 %. Cette stratégie, vise à réduire la toxicité à long terme des traitements , tout en maintenant une efficacité thérapeutique élevée. Discussion: En comparaison aux données internationales, notre cohorte confirme que le LH reste une pathologie hautement curable, avec un pronostic global excellent , et rejoint les données de la littérature : atteinte prédominante chez l'adulte jeune, forte proportion de formes scléronodulaires, efficacité du protocole ABVD, et taux élevé de rémissions complètes. Nous avons enregistré 15% de décès.

Conclusion :

Le LH, bien que rare, demeure une hémopathie maligne à pronostic globalement excellent grâce aux progrès diagnostiques et thérapeutiques. Toutefois, la fréquence des formes avancées et la survenue de rechutes rappellent la nécessité d'une prise en charge individualisée, guidée par les scores pronostiques et l'imagerie fonctionnelle. L'avenir réside dans une meilleure stratification des patients et dans l'intégration progressive des nouvelles thérapies, afin d'améliorer le taux de guérison tout en réduisant la toxicité des traitements classiques.

P100- Le lymphome de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire: à propos de 4 cas.

M. Zekri, N. Sekhri, N. Tighezza, M. Temlali,

A. Bala, M. Aiche

CLCC Batna

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire (LHLNP) antérieurement appelé paraganulome de Poppema et Lennert, est un lymphome B indolent rare ,actuellement reconnu comme distinct de la maladie de Hodgkin (LH) classique ; il représente environ 5 % à 13% des cas de LH. Il est caractérisée par une prolifération de cellules tumorales de type « pop-corn » CD20+ CD30- CD15- EMA+ Bcl6+ dispersées sur un fond cellulaire constitué principalement de petits lymphocytes B agencés en nodules. La maladie touche le plus souvent les hommes d'âge moyen et en règle il s'agit de formes localisées. Le pronostic favorable (survie globale au-delà de 95% à 5ans) et le risque de complications liées aux traitements ont conduit à une désescalade thérapeutique.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 05 ans de janvier 2019 au décembre 2024, au cours de laquelle 285 patients ont été diagnostiqués et suivis pour un lymphome de Hodgkin dont 4 présentant un LHNPL. Le diagnostic est posé par l'étude anatomo-pathologique et immunohistochimique. Le traitement fait appel à l'anti CD20 (Rituximab) seul ou associé à une chimiothérapie suivi ou non de radiothérapie.

Résultats et Discussion :

Nous avons étudié une série de 04 patients représente 1.4% de l'ensemble des patients atteints d'un lymphome de Hodgkin . Cliniquement, il s'agit d'adultes jeunes (17ans-18ans-28ans-48 ans), la majorité sont de sexe masculin 3 hommes et 01 femme (sexe ration:4) Pour 3 patients (75%) l'atteinte était localisée (2 patients stade I A 1 patient stade II A) et 01 patient (25%) a un stade étendu (stade III B). Les symptômes B sont présents chez un seul patient . Le profil immunohistochimique était identique pour tous: CD 20 +; CD 45+; Bcl6+ ;EMA+ . Sur le plan thérapeutique: 2 patients ont reçu Rituximab suivi de RCHOP et parmi eux une seule patiente a reçu la radiothérapie ; 1 patient a reçu rituximab seul; 1 patient était traité par 2 cures OEPA (vue l'âge 17

ans) . A l'évaluation: 3 patients ont été en rémission métabolique complète(RCm) (2 avec un DS à 2 et 1 patient DS à 1); 1 patient a une réponse partielle(RP). La survie globale à 5 ans était 100% et la survie sans progression à 5 ans était 100%. Malgré le nombre limité des patients ,on a constaté que les résultats sont mieux pour les patients traité par le protocole RCHOP avec 100% de RCm . La monothérapie par Rituximab a donné une RP dans 33.3%. Notre résultats rejoint les données de la littérature. En raison de la rareté du LHNPL, il existe peu d'essais prospectifs pour guider le choix du traitement et la plupart des données sont rétrospectives. La SSP à 5 ans était 100% est comparable à celle retrouvée après analyse rétrospective du MD Anderson détaille 27 patients traités par R-CHOP, 11 à un stade précoce et 16 à un stade avancé dont la SSP à 5 ans était de 88,5 % (mais reste le nombre de notre population faible).

Conclusion :

Le traitement du LHNPL représente un défi, car les données sont limitées en raison de la faible incidence de la maladie. Compte tenu de l'évolution généralement indolente et de l'excellent pronostic global, l'objectif principal doit être d'atteindre un équilibre optimal entre efficacité et toxicité. Il est à espérer que de futurs essais évalueront de nouveaux agents tels que les inhibiteurs de points de contrôle, les anticorps engageant les lymphocytes T et la thérapie par lymphocytes T à récepteurs d'antigènes chimériques.

P101- Evaluation des stades étendus de la maladie de Hodgkin à l'hôpital militaire d'Oran.

N. Belkacemaoui, M. Aberkane. S. Abderrahmani, Y. Ghassoul, S. Baghdad

Hôpital militaire d'Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne du tissu lymphoïde, considéré comme guérissable dans la plupart des cas, en particulier dans les stades localisés. Cependant, les stades

étendus IIb Bulky, III et IV posent encore des problèmes de prise en charge thérapeutiques liés à l'existence des formes réfractaires ainsi qu'à la toxicité tardive de chimiothérapie administrée. But de l'étude : Evaluation clinique, pronostique et thérapeutique des stades étendus.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 05 ans (2019 – 2024) réalisée à l'hôpital militaire d'Oran sur des patients présentant un lymphome de Hodgkin avec des stades cliniques étendus.

Résultats et Discussion :

Au service d'hématologie de l'hôpital militaire d'Oran, 62 patients présentant un lymphome de Hodgkin ont été pris en charge entre Janvier 2019 et Décembre 2024, dont 43 patients soit 69,3% ont présenté un stade étendu d'Ann Arbor (IIBX, III et IV) avec une moyenne de 8,7 patients par année. L'âge moyen au diagnostic est de 38,1 ans et le sex-ratio est de 1,61 (prédominance masculine). La masse tumorale Bulky (? 7,5 cm) a été observée chez 20 patients (46,5%) et l'atteinte extra- ganglionnaire a été diagnostiquée chez 27 patients (62,8%). Le type histologique scléronodulaire était majoritaire (38 patients :88,3%). Pour le traitement, 22 patients (51,1%) ont été traité par le protocole ABVD et 21 patients (48,9%) ont reçu le protocole BEACOPP. La rémission complète après le traitement de première ligne a été obtenue chez 34 patients (79%) et l'échec thérapeutique ou la progression ont été enregistrés chez 09 patients (21%). La survie globale à 62 mois est de 69,6%.

Conclusion :

La fréquence des stades étendus de la maladie de Hodgkin, ainsi que la prédominance des facteurs de mauvais pronostic expliquent les résultats thérapeutiques. Un diagnostic précoce et la recherche d'une stratégie thérapeutique adaptée permettant un meilleur contrôle de la maladie

P102- Valeur pronostique du CD15 dans le lymphome hodgkinien Classique

L. Sahraoui, K. Belateche, H. Otsmane, M. Djilali, F. Talbi, S. Belakehal, A. Bachiri

Hôpital central de l'armée. Dr Mohamed Seghir Nekkache

Introduction et Objectif :

Lymphome de Hodgkin classique (LHc) est un lymphome dérivé des cellules B, caractérisé par un immunophénotype distinctif à savoir l'expression des marqueurs CD30 et CD15. L'expression du D30 est quasi systématique mais la fréquence de l'expression de CD15 est variable et sa signification pronostique est controversée. Certaines études suggèrent que la négativité du CD15 est un facteur pronostique négatif pour la survie sans progression (PFS) et la survie Globale (SG). L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence de l'expression de CD15 sur les cellules de Reed Sternberg (RS) chez les patients atteints de LHc et d'étudier la corrélation à la PFS et SG.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective monocentrique sur une période de 5 ans (2019-2024), ayant porté sur 109 cas de LH dont 98 cas de LHc. Tous les patients ont bénéficié d'une étude anatomopathologique et immunohistochimique comprenant CD15 et CD30. Nous avons analysé les caractéristiques des patients (Age, sexe, l'aspect immunohistochimique, l'extension (classification d'Ann Arbor), la classification pronostique, le type de protocole thérapeutique). Les patients ont été traités par protocole ABVD+/- radiothérapie et BEACOPP. Les traitements et les attribus clinicopathologiques ont été corrélés à la PFS et OS.

Résultats et Discussion :

98 patients diagnostiqués avec un LHc entre 2019 et 2024 dont 6 ont un profil immunohistochimique CD 30+ CD 15- (6%) et 87 ont un CD 15+(88%). L'âge médian était de 44 ans (entre 18 et 78 ans). La PFS est à 84% et 80 %, la SG 97% , 80 % pour les patients CD15+,CD15- respectivement. Discussion: la taille réduite de l'échantillon des patients CD15 - ne permet pas de déductions statistiques mais Nos données rétrospectives ne concordent pas avec celles d'autres publications concernant la fréquence des cas de LHc CD15 négatifs 20

% Vs 6% .Dans notre cohorte, l'expression de CD15 a eu aucun impact significatif sur la SSP ou la SG.

Conclusion :

À l'heure actuelle, la signification pronostique de l'expression de CD15 nécessite des études complémentaires et ne doit pas être utilisée pour la stratification du risque en dehors des essais cliniques. Aucune relation financière significative à déclarer.

P103- Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs du Lymphome de Hodgkin

Y. Sari¹, L. Kazi², N. Houti¹, M. Flitti¹, N. Mesli¹, F. Bendahmane¹

(1) EHS-CAC Ahmed Ben Bella Tlemcen, (2) CHU Tlemcen

Introduction et Objectif :

Introduction : Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne à fort potentiel de guérison, touchant principalement l'adulte jeune. Une prise en charge rapide et adaptée permet d'obtenir des taux élevés de rémission complète. Cette étude vise à décrire les caractéristiques cliniques, les modalités thérapeutiques et l'évolution des patients atteints de LH dans notre centre. Objectif: Analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs du lymphome de Hodgkin au sein du service d'hématologie du CAC Tlemcen.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 06 ans (décembre 2018-décembre 2024) incluant les patients atteints de LH, pris en charge au niveau du CAC TLEMEN. Les données recueillies comprenaient les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, et paracliniques, le protocole thérapeutique utilisé, la réponse au traitement ainsi que l'évolution des patients.

Résultats et Discussion :

Au total 139 patients ont été colligés, l'âge moyen des patients était de 53 ans (15-91 ans), une légère prédominance masculine

a été observé avec un sex- ratio à 1,01 Les circonstances de découverte étaient prédominées par un syndrome tumoral périphérique (80%), 20 % présentaient une toux, une dyspnée, des signes généraux, AHA1 (01 patient) Le délai moyen du diagnostic était de 06 mois (01 mois - 48 mois). Le diagnostic était posé par étude histologique d'une biopsie ganglionnaire plus immunomarquage .La majorité des patients avaient des signes généraux au diagnostic (60%), 62 patients (45%) étaient diagnostiqués à un stade localisé (I-II) / 77 patients (55%) stade avancé (III-IV). Tous les patients ont été traités selon les protocoles standards ABVD (90 patients), AVD (04 patients) BEACOPP/BEACOD (40 patients), PVAG (05 patients). La radiothérapie complémentaire a été réalisée chez 82% des patients stade localisé. L'évaluation a été faite par PET intermédiaire dans 57% des cas, le taux de réponse complète était de 84%, taux de RP 4% des cas, le taux d'échec thérapeutique était de 12%. La rechute a été observée chez 27 patients (19 %), dont 08 ont bénéficié d'une autogreffe après traitement de deuxième ligne. Au dernier suivi 93 patients (66%) étaient vivants en rémission complète, 37 patients (26%) étaient perdus de vue et 09 patients (6%) étaient décédés.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin demeure une pathologie de bon pronostic lorsque le diagnostic est précoce et le traitement bien conduit. L'évaluation précoce de la réponse thérapeutique et un suivi rigoureux sont essentiels pour améliorer le pronostic à long terme.

P104- Le brentuximab vedotin dans le traitement du lymphome de hodgkin réfractaire et/ou en rechute expérience du service d'hématologie annaba

M. Benchikh, S. Bougherira, M. Bourefis, K. Selmani, H. Mehennaoui

CHU Annaba, Faculté De Médecine Annaba

Introduction et Objectif :

Le traitement du lymphome de Hodgkin

(LH) de stade avancé a considérablement évolué grâce aux progrès des thérapies ciblées. Le brentuximab vedotin (BV), un anticorps monoclonal conjugué dirigé contre le CD30, a récemment montré un potentiel important en traitement de première ligne, offrant une alternative ou un complément aux traitements classiques tels que la chimiothérapie de type ABVD. Nous rapportant l'expérience du service d'hématologie dans la prise en charge du lymphome de hodgkin stade avancé traité par le BV en frontline (Efficacité et tolérance).

Matériels et Méthodes :

08 patients ont été recrutés dans cette étude durant la période allant du mois de Mai 2025 jusqu'au mois d'Aout 2025, parmi ces patients uniquement 03 étaient évaluable.

Résultats et Discussion :

L'Age médian de ces patients est de 40 ans [32,51], sexe ratio 0,5. Nos patients avaient le même type histologique du LH (Type 2), exprimant le CD30+ (Cible thérapeutique) et CD15+. Selon la classification Ann ARBOR, deux patients étaient classés en stade IV(le 1ier localisation hépatique et le 2ième localisation pulmonaire et osseuse), le 3ième patient était classé en stade III S. Deux patients avaient un pronostic de HAUT risque selon IPS et une patiente avec un risque standard. Le BV a été instauré en combinaison avec une chimiothérapie type AVD (ECHELON 1) à la dose de 1,2mg/kg/15jrs. L'évaluation a été faite après 2 cycles de traitement par le pet-scanner, retrouvant une réponse métabolique complète chez les trois patients avec un score de Deauville. La décision était de poursuivre le même protocole jusqu'à 06 cycles de BV-AVD. Aucun effet indésirable n'a été noté au cours du traitement et jusqu'à présent.

Conclusion :

Le brentuximab vedotin montre un potentiel prometteur en tant que traitement de première ligne pour le lymphome de Hodgkin de stade avancé, avec une efficacité notable et un profil de sécurité généralement bien toléré. Ces résultats suggèrent qu'il pourrait offrir une alternative à la chimiothérapie traditionnelle, mais des études

supplémentaires sont nécessaires pour confirmer son rôle dans le traitement de première ligne.

P105- Résultats du protocole pédiatrique EURONET chez des patients atteints de Lymphome de Hodgkin: A propos de 28 Cas.

N. Tighezza, A. Balla, M. Zekri, N. Sakheri, M. Timlali, F. Kacha, M. Aiche, M. Saidi

CLCC Batna

Introduction et Objectif :

le lymphome de Hodgkin est l'hémopathie maligne lymphoïde la plus fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune. Le protocole Euronet{4} est un schéma thérapeutique qui vise à optimiser l'efficacité thérapeutique tout en réduisant la toxicité à long terme en limitant les indications et les doses de radiothérapie ainsi que les doses cumulatives d'Antracyclines et des Alkylants en remplaçant la Procarbazine par la Dacarbazine (moins gonadotoxique). Cette étude vise à évaluer l'efficacité de ce protocole et comparer nos résultats aux données internationales.

Matériels et Méthodes :

il s'agit d'une étude rétrospective incluant 28 patients traités par le protocole Euronet entre janvier 2019 et décembre 2024. Les patients sont classés selon les groupes thérapeutiques: 4 patients du GT1(14%) concerne les stades IA, IB, IIA traités par 2 cures OEPA; 7 patients du GT2(25%): stade IEA, IEB, IIEA, IIB, IIIB traités par 2 OEPA+2 COPDAC; 15 patients du GT3(61%): stade IIEB, IIIAE, IIIB, IV traités par 2 OEPA+4 COPDAC. L'évaluation intermédiaire est faite par PET. la radiothérapie concerne uniquement les mauvais répondeurs.

Résultats et Discussion :

Résultats : L'âge médian de la population globale (n=28) est de 16 ans (14-18 ans) et le sexe ratio 1,15 (15H/ 13F). Sur le plan clinique la majorité des patients 75%(n=21) présentaient un syndrome tumoral superficiel et 54%(n=15) ont consulté avec des symptômes B. L'analyse histologique a montré une prédominance du sous

type scléro-nodulaire 82.1%(n=23) suivie de la cellularité mixte 14.3%(n=4). Selon la classification Ann Arbor les stades localisés (I-II) représentaient 32%(n=9); les stades avancés (III-IV) 68% (n=19). une masse bulky était présente chez 12 patients (42%). Vingt-quatre patients ont été évalués par PET tandis que 3 patients évalués par TDM (par manque de moyen). La radiothérapie a été administrée chez 8 patients 29.7% (mauvais répondeurs). La réponse métabolique complète a été obtenue chez 88.9%(n=24); 3 patients (12.5%) étaient réfractaire primaire. La neutropénie fébrile était la complication la plus fréquente observée chez 3 patients (10.7%) et une neuropathie périphérique induite par la vincristine a été observée chez 1 patient. Un patient du GT3 est décédé par choc septique après premier cycle d'OEPA. Sur le plan évolutif 4 patients (18.5%) ont rechuté parmi eux 2 patients ont été greffés. La survie globale à 5 ans était de 96.4% tous groupes confondus tandis que la survie sans progression à 5 ans était de 60%. Discussion : La SSP était plus favorable pour GT1(100%) comparé aux GT2(43%) et GT3(57.5%). en fonction du stade, la SSP était 100% pour stade I; 64.4% pour stade II; 51.4% pour stade III et 58% pour stade IV (log Rank p=0.784). La SG à 5 ans dans notre cohorte 96.4% est comparable aux données internationales, mais la SSP (60%) reste inférieure à celles rapportées dans la littérature, notamment par l'étude pakistanaise{4} (SG 91%, SSP 82%). Cette différence pourrait s'expliquer par la forte proportion de stades avancés dans notre série (68% vs 41%). Pour les formes localisées GT1 nos résultats sont concordants avec l'étude européenne{1} où la SG et SSP sont proches (98% vs 100%/86.5% vs 100%). Le recours à la radiothérapie a concerné 29.7% de la population, représentant une fréquence intermédiaire entre les données pakistanaise (17%) et européennes (38%).

Conclusion :

Nous avons obtenu des résultats satisfaisants en réduisant significativement l'exposition cumulative à la chimiothérapie et radiothérapie, ce protocole est bien supporté dans cette tranche d'âge en réduisant les toxicités à long terme.

P106- Etude Clinique et

identification des facteurs pronostiques de la maladie de Hodgkin

M. Aberkane, N. Belkacemaoui, S. Abderrahmani, Y. Ghassoul, S. Baghdad

HMRU Oran

Introduction et Objectif :

La maladie de Hodgkin résulte de la transformation clonale de cellules lymphoïdes appartenant à la lignée B, donnant naissance aux cellules binucléées de Reed-Sternberg, pathognomoniques de la maladie. Le but de notre travail est d'étudier, la symptomatologie clinique et l'identification des groupes pronostics selon EORTC et score pronostic international (IPS).

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive monocentrique menée sur une période de 6 ans (2019- 2024). Le bilan d'extension (examen clinique, imagerie) a permis de stratifier les patients en stades cliniques localisés (Stade I-II IMT < 10 cm) et les stades cliniques étendus (stade II IMT >1/3 et/ou Tm > 10cm – stade III et stade IV). Nous avons adopté la classification pronostique de l'EORTC dans les formes localisées et de l'IPS dans les stades avancés.

Résultats et Discussion :

Au total, 63 patients (pts) ont été inclus, avec un âge moyen de 36 (16-69 ans) et un sexe ratio de 1,62 (39 hommes/24 femmes). Selon la classification histologique : type 1 : 02 pts ; type 2 : 52 pts ; type 3 : 05 pts ; type 4 : 2pt. Les adénopathies superficielles sont retrouvées dans 71,42 % (45 cas), une localisation médiastinale dans 53,97 % (34 cas) et abdominale dans 33,33 % (21 cas). Les signes généraux B sont retrouvés dans 58,73 % (37 cas). Selon la classification d'Ann Arbor : Stade I : 3 cas (4,76 %), Stade II : 19 cas (30,15 %), Stade IIX : 4 cas (6,35 %), Stade III : 9 cas (14,28 %), Stade IV : 28 cas (44,44 %). Les viscères les plus touchés sont le poumon dans 13 cas (20,63 %), le foie 11 cas (17,46 %), L'os 8 cas (12,70 %), la moelle osseuse 3 cas (4,76 %), et autres (plèvre : 2 cas (3,17 %), parotide : 1 cas (1,58 %) et péricarde : 1 cas (1,88 %)). Parmi les stades localisés (n : 22),

les formes favorables sont retrouvées dans 27,27 % (6 cas) et les formes défavorables dans 72,72 % (16 cas), parmi les stades étendus (n : 41 pts), le risque standard est retrouvé dans 46,34 % (19 cas) et le haut risque dans 53,65 % (22 cas).

Conclusion :

Cette étude met en évidence une fréquence masculin élevé. 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.

P107- Brentuximab vedotin Bendamustine versus Pembrolizumab-GVD dans le traitement du lymphome de hodgkin en rechute/réfractaire : Expérience de l'EHU 1er Novembre d'ORAN

M. Marouf, A. Bendimred, Z. Sekhri, S. Benichou, I. Caid Ali, A. Tamimi, N. Bounoua, A. Bouakaz, B. Naimi, M. Belmiloud, I. Boukhatem, N.E.H. Hassam, M. Serradj, H. Gheffari, F. Benziadi, A. Bensaid, N.E.H. Abdelouhab, B. Ouafi, C. Amani, B. Entaslotane, M. Barimi, N. Yafour

EHU 1er novembre 1954 Oran

Introduction et Objectif :

Le pembrolizumab (Pembro) est un inhibiteur de PD-1, et le brentuximab vedotin (Bv) est un anticorps conjugué anti-CD30, sont deux options majeures dans le lymphome de Hodgkin classique réfractaire ou en rechute (LHc R/R). Dans notre pratique, certains patients (pts) ont reçu le Pembro puis Bv, et d'autres l'inverse, illustrant l'intérêt d'une stratégie séquentielle. Cette étude évalue l'efficacité et la tolérance de ces immunothérapies utilisées après échec à la chimiothérapie.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique, menée entre Août 2023 et Juillet 2025. Les pts atteints d'un LHC R/R ont reçu soit le protocole Pembro-GVD (Pembro 200 mg toutes les 3 semaines associé à la gemcitabine, vinorelbine et doxorubicine), soit le protocole Brentuximab-Bendamustine (BvB) (Bv ;1,8 mg/kg et bendamustine 90 mg/m², administrés toutes les 3 semaines). Les pts qui n'ont pas complétés les 4 cycles BvB ou Pembro-GVD, et les ceux ayant reçu les deux protocoles n'ont pas été inclus dans cette étude. L'évaluation de la réponse thérapeutique a été réalisée par PET-SCAN après 4 cycles, et la tolérance a été analysée selon les critères du NCI-CTCAE v5.0. La date de pointe était le 31/07/2025.

Résultats et Discussion :

Au total, 74 pts ont été inclus, dont 40 pts ont reçu le protocole (BvB), et 34 pts ont reçu l'association Pembro GVD, avec un âge médian de 31ans (extrêmes 11-73 ans), et un sexe ratio de 1.11(39 hommes/35femmes). Dans le groupe BvB, 6 pts (15 %) étaient au stade I/II et 34 pts (85%) au stade III/IV selon la classification d'Ann Arbor, avec un nombre médian de lignes thérapeutiques avant BvB de 2 lignes (extrêmes 1- 9 lignes). Dans le groupe Pembro-GVD, 6 pts (17.64 %) étaient au stade I/II et 28 patients (82.35%) au stade III/IV, avec un nombre médian de lignes thérapeutiques avant Pembro-GVD de 3 lignes (extrêmes 1-9 lignes). Le taux de réponse complètes métabolique (RCM) était de 62.5% (25pts) et 52.94% (18pts) dans les groupes BvB et Pembro-GVD respectivement. Huit pts dans chaque groupe ont ensuite subi une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. La tolérance était globalement acceptable : le protocole BvB était principalement associé à une neuropathie périphérique de grade 1-2 observée chez 02 pts (5%) et à une toxicité hématologique de grade 1-2 observée chez 3 pts (7.5%), tandis que le Pembro entraînait surtout des effets immuno-médiés tels qu'une thyroïdite survenue chez 1 pts (3%) ou une pneumopathie d'hypersensibilité chez 2 pts (6%), majoritairement de grade 1-2.

Conclusion :

BvB et Pembro-GVD permettent d'obtenir

des RCM satisfaisante chez des pts atteints d'un LHC lourdement prétraités. L'utilisation séquentielle des deux molécules après échec de la chimiothérapie montre une efficacité notable, confirmant le bénéfice de l'immunothérapie post-chimiothérapie en pratique clinique.

P108- Evaluation de l'impact du Plerixafor (Mozobil) dans la mobilisation de CSH en vue d'une AG chez les patients atteints de LH. Expérience de l'EHU 1er Novembre d'Oran.

A. Bendimerad, S. Benichou, N. Bounoua, I. Caid Ali, Z. Sekhri, A. Bouakkaz, M. Belmiloud, B. Naimi, I. Boukhatem, M. Marouf, M. Serradj, N. Hassam, H. Gheffari, F. Benziadi, A. Bensaid, N. Abdelouahab, B. Ouafi, A. Mihoubi, N. Benaoum, M. Chekkal, B. Enta Soltan, M. Brahimi, N. Yafour

EHU Oran

Introduction et Objectif :

Une rémission durable grâce à l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (auto-CSH) peut être obtenue chez les patients (pts) atteints de lymphome Hodgkinien classique (LHC) en rechute ou réfractaire (R/R), étant en rémission complète (RC) après un traitement de rattrapage. Cependant la mobilisation de cellules souches hématopoïétiques (CSH) peut être difficile chez les pts lourdement traités. L'objectif de ce travail est de déterminer l'efficacité du Plerixafor dans la collecte de CSH chez ces pts

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique sur une période de 3 ans et 6 mois, incluant les pts atteints de LHC RR, âgés de 18 ans ou plus, n'ayant pas mobilisé après l'utilisation seule de facteurs de croissance (G-CSF) Le Plerixafor a été utilisé à la dose de 0,24 mg/kg/j, 6 à 11 heures avant chaque cytophérèse, après 5 jours de traitement préalable par G-CSF à la dose de 15µg/kg/j. L'évaluation a porté sur le succès d'une mobilisation ayant atteint les 3 x10⁶ de CSH et les effets indésirables pouvant survenir au cours de l'utilisation

de cette molécule. La date de point était le 31 Juillet 2025.

Résultats et Discussion :

Du 01/01/2022 au 31/07/2025, 59 pts atteints de LHC ont bénéficié d'une auto-CSH, dont 6 d'entre eux grâce à une mobilisation par Plerixafor en association avec les G-CSF. Ces 6 pts étaient âgés de 18 à 36 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans, et un sex ratio de 0,2 (1H/5F). En ce qui concerne le nombre de cytophérèse : 3 pts ont bénéficié d'une seule cytophérèse (50%), 2 d'entre eux de 2 cytophérèses (33 %), et un seul de 3 cytophérèses (17%). Le nombre moyen de CSH obtenu était de $3,33 \times 10^6$ (extrêmes 2,15 - 4,17). Aucun effet indésirable n'a été relevé. Les 6 pts ont reçu un conditionnement par le protocole EAM (Etoposide, Aracytine et Melphalan), l'aplasie a duré en moyenne 17 jours (5-31 jours). Les 6 pts sont à ce jour toujours en rémission moléculaire complète.

Conclusion :

Le recours au Plerixafor a nettement amélioré l'accès à l'auto-CSH des pts atteints de LHC R/R lourdement traités, l'utilisation de cette molécule est facile et ne présente pas de réel effet indésirable.

P109- Autogreffe chez les patients âgés de moins de 18 ans atteints de lymphome Hodgkinien. Expérience de l'EHU 1er Novembre d'Oran

A. Bendimerad, S. Benichou, N. Bounoua, I. Caid Ali, Z. Sekhri, A. Bouakkaz, M. Belmiloud, B. Naimi, I. Boukhatem, M. Marouf, M. Serradj, N. Hassam, H. Gheffari, F. Benziadi, A. Bensaid, N. Abdelouahab, B. Ouafi, A. Mihoubi, N. Benaoum, M. Chekkal, B. Enta Soltan, M. Brahimi, N. Yafour

EHU Oran

Introduction et Objectif :

La fréquence et la difficulté de la prise en charge des patients âgés de moins de 18 ans atteints de lymphome Hodgkinien (LH) suscitent actuellement un intérêt particulier. Une guérison est obtenue dans 90% des cas grâce à l'association chimio-

radiothérapie. Cependant 10% d'entre eux rechutent ou sont réfractaires (R/R), et dans ce cas l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (auto-CSH) est une option thérapeutique majeure. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité et la sécurité de l'auto-CSH chez les pts atteints de LH R/R âgés de moins de 18 ans.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique sur une période de 15 ans et 5 mois, incluant les pts atteints de LH RR, âgés de moins de 18 ans. La mobilisation des CSH CD34+ a été réalisée par l'administration de G-CSF seul ($15 \mu\text{g/kg/j}$) ou en association avec le Plerixafor en cas d'échec. Le recueil des CSH CD34+ a été fait par cytophérèse. L'intensification thérapeutique a été faite par le protocole EAM (Etoposide 800 mg/m^2 (DT), Aracytine 8 g/m^2 (DT), Melphalan 140 mg/m^2), et BEAM (Carmustine 300 mg/m^2 , Etoposide 800 mg/m^2 (DT), Aracytine 1.6 g/m^2 (DT), Melphalan 140 mg/m^2). La sécurité de la procédure a été évaluée par le taux de mortalité liée à la procédure (TRM) à J100 de la greffe. L'évaluation de l'efficacité de l'auto-CSH est portée sur le taux de réponses thérapeutiques à J100, la survie globale (SG) et de la survie sans progression (SSP) à 6 ans de la greffe. La date de point était le 31 juillet 2025.

Résultats et Discussion :

Au total, 23 pts atteints d'un LH RR âgés de moins de 18 ans ont été colligés (extrêmes 14-18 ans), et un sex-ratio de 0,91 (11H/12F). La mobilisation des CSH CD34+ a été réalisée par G-CSF seul chez 22 pts (96%), et G-CSF + plerixafor chez un seul pt (4%). Le nombre de cytophérèses était de 2 (extrêmes 1-3). L'intensification thérapeutique a été faite par le protocole EAM chez 19 pts (82,6%), et BEAM chez 4 pts (17,4 %). La durée médiane de récupération granulocytaires PNN $> 0.5 \text{ G/L}$ était de 13 jours (extrêmes 5-24 jours). Le nombre médian de concentrés de globules rouges (CGR) transfusés était de 2,5 (extrêmes : 1-5 CGR), et de concentrés de plaquettes (CPA) était de 3 (extrêmes : 1-9 CPA). À J100 post-greffe, la TRM était de 0%, et en terme de réponse les 23 pts (100%) étaient en RC. Avec une médiane de suivi de 76 mois (extrêmes 3-191 mois), le taux de rechute était de 4,3% (1 pt), la SG et la SSP étaient de 95,6 % chacune.

Conclusion :

L'autogreffe de CSH reste une option thérapeutique sécurisée et efficace pour les pts atteints de LH RR âgés de moins de 18 ans.

P110- Impact pronostique du caractère bulky dans le lymphome de Hodgkin en stades localisés : aspects clinique et évolutif.

N. Sakhri, M. Aiche, F. Kacha, R. Nacib, M. Temlali, A. Balla, M. Mekantichi, W. Messouden, M. Zekri, N. Tighazza, H. Benahia

Hématologie et thérapie cellulaire- EH LCC. Université Batna2

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin classique (LHc) touche les sujets jeunes, la première ligne thérapeutique associe chimiothérapie et éventuellement radiothérapie permet de guérir plus de 90% des pts. Néanmoins, il est admis que les fortes masses tumorales (bulky) sont fréquentes et constituent à elles seules un facteur pronostique péjoratif. Objectifs: Analyser les caractéristiques cliniques et évolutives des pts présentant un LHc de stade localisé avec masse bulky et les comparer aux pts de même stade non bulky.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective monocentrique portant sur une période de 6 ans (de janvier 2019 à décembre 2024) au cours de laquelle 282 pts ont été diagnostiqués LHc tous stades confondus dont 111(39.3%) stades localisés. Le diagnostic histologique est posé après une biopsie ganglionnaire complétée par une analyse immunohistochimique. Tous nos pts ont eu une radiographie thoracique pour le calcul de l'IMT et une TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne dans le cadre du bilan d'extension et 65 pts(58.5%) ont bénéficié d'un Pet/TDM. Ce qui a permis de les classer selon la classification d'Ann-Arbor/Cotswolds, et de définir une forte masse tumoral dite Bulky (X): masse ganglionnaire mesurant

au moins 10cm ou un index de la masse thoracique (IMT) égal ou supérieur à 0.33. Sur le plan pronostic nous avons adopté la classification de l'EORTC. Nos pts ont reçu comme chimiothérapie initiale différents protocoles en fonction de l'âge (GMH puis EURONET pour les enfants adolescents et jeunes adultes; PVAB pour les sujets âgés de 60 ans et plus, le reste ont bénéficié du protocole ABVD et/ou BEACOPP) avec ou sans radiothérapie complémentaire.

Résultats et Discussion :

Parmi les 111 pts atteints de LHc stades localisés, l'âge médian au diagnostic est de 30ans (14 à 77ans) et un sex ratio: H/F= 0.88(52/59). Le type histologique dominant est le type scléro-nodulaire dans 76.5% des cas. Le délai moyen de diagnostic est 7.8mois (1 à 48mois). Selon la classification Ann-Arbor: 15(13.5%) pts sont des stades I [IA :13pts et IB: 02pts] ; et 96(86.4%) pts sont des stades II: [IIA: 44pts et IIB: 52pts], les localisations bulky sont médiastinale chez 35pts (89.7%) avec un IMT moyen de 0.45 (0.34-0.70), 03 pts (7.6%) ont une masse ganglionnaire de 10 cm ou plus et un pts présentait un IMT à 0.43 et une masse ganglionnaire de 12 cm. Selon la classification pronostic d'EORTC: 31 pts(27.9%) sont favorables et 80 pts(72%) sont défavorable dont 39 pts(48.7%) ont une masse Bulky. Chez 39 pts présentant le caractère bulky, l'évaluation thérapeutiques des 38 pts évaluables révèle: réponse globale (RG)=RC+RCu+RP chez 32(84.2%) pts, échec chez 6(15.7%)pts. La réponse aux traitements chez 70 patients évaluable sans caractère bulky: on note un RG chez 66 pts(94%), échec chez 4pts(5.7%). La survie sans rechute sur 72mois chez les patients avec le caractère X et les patients sans masse X sont respectivement=79% VS 94% avec un P=0.03.

Conclusion :

Les stades localisés du LHc sont reconnus par un bon pronostic d'où l'intérêt d'avoir un diagnostic précoce. La présence d'une masse bulky impact négativement la réponse au traitement. Enfin ce groupe de pts nécessite une prise en charge précoce et adaptée.

P111- Toxicité cardiaque aigue induite par la chimiothérapie

dans les lymphome de hodgkin

C. Goufi, H. Otsmane, K. Belateche, F. Talbi, A. Bachiri

Service Hématologie, HCA Alger

Introduction et Objectif :

LH est une hémopathie maligne, caractérisée par la prolifération clonale des cellules de système lymphoïde et présence des cellules de reed sternberg, représentant environ 10% des lymphomes associé souvent à un excellent pronostic sous chimiothérapie. le traitement de lh repose sur une polychimiothérapie à base d'anthracycline, associé ou non à une radiothérapie, avec des approches récentes (brentuximab) ca permet d'obtenir une rc chez plus de 95% selon stade. cependant, ces résultats sont obtenus au prix des complications parfois sévères engageant le pronostic vital; parmi ces complications: toxicité cardiaque (aiguë ou chronique) d'où la nécessité de surveiller les malade par des examens cardiaques annuels. complications chroniques: diminution de fevg, signes d'insuffisance cardiaque, valvulopathies aortiques, cardiomyopathie dilatée, arythmie. complications aiguës : elles sont rares (<1%), d'apparition immédiate (pendant la perfusion ou quelques heurs après) transitoire, elles se manifestent par troubles du rythme et de conduction (esa, bav,) anomalies ecg transitoires (inversion onde t, sus décalage st) atteinte myocardique ou péricardique insuffisance cardiaque aiguë fulminante.

Matériels et Méthodes :

Décrire les complications cardiaques aiguës de la CT dans les LH

Résultats et Discussion :

Matériel et méthodes: décrire les complications cardiaques aiguë de la CT dans les LH Observation: Patient S.H âgé de 26 ans, sans antécédents. connu à notre niveau depuis Septembre2023 pour un LH type SN stade IVXSb diagnostiqué sur une biopsie d'une adénopathie cervicale. Clinique : SG: sueurs+amaigrissement. STP: adénopathie jugulo-carotidienne gauche(04cm), magmas d'adénopathies cervicales basses gauches(8x5cm), multiples ADP cervicales basses droites(02cm) Biologie: HG: GB:11.970/

mm3 Hb:12g/dl (78/32) Plq:489.000/mm3 Bilan d'extension: TLT: EPL gauche de petite abondance, IMT 0,65 PET SCANNER: maladie lymphomateuse sus-/sous-diaphragmatique stadeIVXS (Bulky médiastinale, poumon, Os, Rate) Au bilan préthérapeutique: écho-cœur : FEVG66% La 1ère cure: BEACOPP reçu 07/11/2023, à J8: après la perfusion de Bleomycine et Vincristine, il signale des douleurs thoraciques infarctoides: SPO2: 86% à l'AA, 95% sous 15L/O2, crépitants aux mi-champs pulmonaires. ECG: rythme sinusal régulier, courant de lésion sous épocardiques, en latéro-basal et aspect en antérieur étendu. Le patient est hospitalisé en Cardiologie: mis sous Aspirine, Lasilix Une Coronarographie faite: IVA thrombosé dès son Ostium flux TIMI0: une thrombo-aspiration a été réalisée avec obtention d'un Flux TIMI3 sur l'IVA et Cx et persistance d'une lésion thrombotique sur IVAII Il est maintenu sous AGRASTAT + Héparine 7000 UI à la SAP EVOLUTION: patient sevré de l'O2, Echocœur: aspect d'une cardiopathie ischémique. FEVG40% Une abstention thérapeutique est décidée avec une réévaluation cardiaque après 03mois En Février2024: persistance de l'aspect de la cardiopathie ischémique; FEVG à40%. Devant la reprise de l'EPL; décision de reprendre le traitement DHAOX C1 13/03/2024 (évaluation: FE à35%) compliqué d'un OAP mis sous Lasilix avec réadaptation thérapeutique C2 04/04/2024 (évaluation cardiaque FE à38%): sans incidents C3 25/04/2024 (évaluation cardiaque FE à35%): sans incidents A l'évaluation: Sur le plan clinique: SG (-) STP: (-) PET SCANNER: SD05

Conclusion :

Les toxicités cardiaques induites par les anthracyclines sont rares, parfois réversibles, mais peuvent mettre en jeu le pronostic vital, dominées par les troubles du rythme ou les anomalies électrocardiographiques. Les formes sévères restent exceptionnelles contrairement aux complications chronique qui constituent un véritable enjeu clinique.

P112- Impact de la richesse du greffon sur la récupération de l'hématopoïèse post autogreffe dans le lymphome Hodgkinien

S. Benichou, A. Bendimerad, K. Amani, I. Caid Ali, Z. Sekhri, A. Bouakaz, B. Naimi, M. Belmiloud, I. Boukhatem, N.E.H. Hassam

EHU 1er Novembre, Oran

Introduction et Objectif :

L'optimisation de la mobilisation des cellules souches et l'obtention d'un greffon riche en CD34+ apparaissent comme des facteurs pronostiques indépendants de la qualité de la récupération hématopoïétique post-autogreffe dans le lymphome hodgkinien, d'où l'importance d'établir des stratégies de mobilisation et de recueil afin d'améliorer la tolérance et l'efficacité de l'autogreffe.

Matériels et Méthodes :

L'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (auto-CSH) demeure une approche de référence dans le traitement du lymphome hodgkinien classique réfractaire ou en rechute (LHC R/R). La richesse du greffon en cellules CD34+, constitue un facteur déterminant de la reconstitution hématopoïétique post-greffe. L'objectif de notre étude est d'analyser l'impact de la richesse du greffon sur la qualité et la rapidité de la récupération hématopoïétique après auto-CSH chez les patients (pts) atteints d'un LHC. Matériel et méthodes Étude rétrospective, descriptive et comparative incluant 155 pts atteints d'un LHC, éligibles à une auto-CSH au niveau du service hématologie et de thérapie cellulaire de l'EHU 1er Novembre du 1er Janvier 2009 au 31 Mai 2025 (date de point). L'analyse statistique a comparé les pts selon différents seuils de richesse du greffon : mobilisation optimale (MO : Greffon $\geq 5M$) vs sub optimale (MSO : Greffon $\geq 5M$ et $\geq 3M$) en excluant les échecs à la mobilisation et nous avons évalué le statut des 2 groupes à J100.

Résultats et Discussion :

Au total, 155 pts ont été évalué : moyenne d'âge de 28 ans (14 – 59), sex ratio 0.9 avec une légère prédominance féminine : F 80(51.6%), H 75(48.4%). La mobilisation par G-CSF seul +/- plerixafor en cas d'échec à la mobilisation. 42 pts (27%) ont présenté une MO tandis que 113 pts (73%) une MSO. La médiane des cellules CD34+ infusées dans le 1er groupe était de $8,26 \times 10^6$ /kg (extrêmes 5.2- 21.05) vs 3.4×10^6 /

kg (extrêmes 3 – 4.92). La récupération hématopoïétique était plus rapide dans le groupe MO : Neutrophiles $> 0,5$ G/L : 8 jours (extrêmes 7–21 jours) vs 14 jours (extrêmes 8–22 jours). La survie à J100 : 88.4% vs 87%.

Conclusion :

L'optimisation de la mobilisation des CSH, et l'obtention d'un greffon riche en CD34+ apparaissent comme des facteurs pronostiques indépendants de la qualité de la récupération hématopoïétique post-autogreffe dans le LH, d'où l'importance d'établir des stratégies de mobilisation et de recueil afin d'améliorer la tolérance et l'efficacité de cette thérapeutique.

P113- Evaluation de la réponse thérapeutique du protocole ABVD en première intention dans le lymphome de Hodgkin. Expérience de l'EHU 1er Novembre d'Oran

A. Temimi, A. Bendimerad, K. Amani, I. Caid Ali, Z. Sekhri, S. Benichou, A. Bouakkaz, B. Naimi, M. Belmiloud, I. Boukhatem, N.E.H. Hassam, M. Serradj, I. Belhadj, N. Bounoua, F. Benziadi, H. Ghaffari, A. Bensaid, N.E.H. Abdelouhab, B. Ouafi, N. Bennaoum, M. Chekkal, B. Enta Soltane, M. Brahimi, N. Yafour

EHU 1er Novembre d'Oran

Introduction et Objectif :

Le traitement de première ligne du lymphome de hodgkin classique (LHC) dépend de plusieurs facteurs tels que : l'âge, le stade de la maladie, le pronostic et l'existence ou non des comorbidités. L'objectif de ce travail est d'évaluer la réponse thérapeutique après un traitement de 1ere ligne par le protocole ABVD (doxorubicine, bleomycine, vinblastine, dacarbazine) chez les patients (pts) atteints d'un LHC nouvellement diagnostiqués.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique descriptive évaluant le traitement de première ligne de type ABVD (doxorubicine, bleomycine, vinblastine,

dacarbazine) chez les pts atteints d'un LHc. L'évaluation est portée sur les taux de réponse (rémission complet (RC), rémission partielle (RP), échec, progression). La date de point était le 31/12/2024.

Résultats et Discussion :

Durant la période du 01/09/2007 au 31/12/2024, 708 pts atteints d'un LHc dont 398 pts (56,2%) ont été traités en 1^{ère} intention avec le protocole ABVD. L'âge médian au diagnostic était de 33 (16-69 ans), avec un sex-ratio H/F est de 0.85 (183/215). Le siège de la biopsie était ganglionnaire dans 89,6% des cas, le type scléro-nodulaire était majoritairement retrouvé chez 294 pts (74%), et l'immunohistochimie a été réalisée pour 245 pts (61.5%). Le délai moyen de diagnostic était de 7 mois. Le stade Ann Arbor était localisé (IAB, IIAB) chez 203 pts (51%), et étendu (IIIBulky, III, IV) chez 195 pts (49 %). Le taux de réponse selon le stade localisé et étendu était de 84% (171 pts) et 77% (151 pts) respectivement.

Conclusion :

Malgré l'avènement de l'immunothérapie, l'ABVD reste le gold standard, donnant encore de bonnes réponses en particulier dans les stades localisés.

P114- Evaluation du protocole ABVD dans les lymphomes de hodgkin. Expérience du CHU Mostaganem

K. Bouhafs, M. Benkourdel, C. Serri, R. Bentrari, C. Romani, N. Attouche, S. Sahbatou

CHU Mostaganem

Introduction et Objectif :

Le lymphome d'hodgkin est caractérisé par la présence et la prolifération des cellules de reed sternberg, une immunohistochimie typique touchant principalement l'adulte jeune. La présente étude a pour but d'évaluer l'efficacité du protocole ABVD dans les lymphomes de hodgkin en 1^{ère} ligne thérapeutique.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude mono centrique,

rétrospective réalisé au niveau du CAC Mazaghran du CHU Mostaganem, nous avons recueilli les données cliniques des patients sur une période de 7 ans, allant du 01 janvier 2019 jusqu'au 01 septembre 2025. La date de point était le 01/09/2025. Les patients ont été traités avec adriamycine 25mg/m², bleomycine 10mg/m², velbé 6 mg/m², deticene 375mg/m².

Résultats et Discussion :

Caractéristiques de la population : âge moyen de diagnostic est de 30ans et 6 mois (de 16 ans a 77 ans), avec un sexe ratio F.H a 1.5 (35 femmes et 22 hommes), motif initial de diagnostic : ADP cervicale dans 57,89%, symptomatologie pulmonaire dans 21%, ADP inguinale, axillaire et SPM dans 5,26% chacune, ADP sus claviculaire dans 1/75%, symptomatologie osseuses dans 3.5%, exophtalmie dans 1.75%, 9 patients se présentent avec bulky, le type histologique prédominant est le scleronodulaire dans 85.95% des cas, cellularité mixte dans 8.7% et riche en lymphocyte dans 5,26%, CD 15 et CD30 réalisés dans 100% des cas, 13 patients traité par le protocole ABVD en 2024, 12 en 2023, 10 en 2019, 6 en 2021 et 2025 et 3 en 2020, 10 ; 5% des patients en stade I d'ann arbor, 54,38% en stade II, 15,38% en stade III et 19% en stade IV, 45 ; 61% stade A et 54,38 en stade B. PET intermédiaire réalisé dans 38,59% des cas et PET final dans 29, 82% des cas. Cela nous a permis d'obtenir 70.17% de rémission complète, une Rémission Partielle dans 22,8% et échec thérapeutique dans 7% des cas avec 5 cas de progression et rechute précoce. Tout en précisant que le protocole est bien toléré par les patients généralement mis a part un cas de zona en intercure.

Conclusion :

L'étude démontre que le protocole ABVD garde sa place en première ligne thérapeutique dans le traitement de la maladie d'hodgkin principalement dans les stades localisés, avec des résultats satisfaisant, cependant une évaluation par PET scanner est idéale pour un bon staging de la maladie.

P178- Prise en charge du lymphome de Hodgkin localisé favorable

A. Hadjeb, N. Si Ali, K. Tayebi, M. Chereti, A. Ramdoun, N. Zemri, A. Mestari, H. Benzian, A. Benaissa, M. Benlazar

CHU de Sidi Bel Abbès

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) localisé favorable regroupe tous les patients avec un stade Ann Arbor I et II sans localisation Bulky ou symptômes B. Le traitement optimal de cette catégorie de LH est encore en évolution. Plus récemment, la réduction du nombre de cycles de chimiothérapie, du champ et de la dose de radiation a donné d'excellents résultats. L'objectif de notre étude est d'évaluer la prise en charge des malades atteints de LH localisé et favorable (IA et IIA) dans le service d'hématologie du CHU de Sidi Bel Abbès.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant concerné tous les patients traités pour LH favorable localisé, entre 2013 et 2024. Les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques ont été étudiées à partir de dossiers de malades. Nous avons déterminé les modalités thérapeutiques reçues par les patients, ainsi que la réponse des patients à celles-ci : taux de rémission, survie globale (SG) et survie sans progression (SSP). La survie des patients a été déterminée par la méthode de Kaplan-Meier, et l'analyse statistique des données par les logiciels Medcalc 13 et SPSS 25.

Résultats et Discussion :

39 patients ont été traités pour LH localisé et favorable, 23 femmes et 16 hommes. L'âge médian des patients était 39 ans [16-67]. Le délai moyen de diagnostic était de 5 mois, avec des extrêmes allant de 3 à 9 mois. 12 (31%) patients avaient un stade IA, et 27 (69%) un stade IIA. Sur le plan thérapeutique, 25 (64%) patients ont reçu 3 cycles ABVD et 14 (36%) ont reçu 4 cycles du même protocole. Une rémission complète (RC) était obtenue chez 36 (90%) patients, partielle (RP) chez 2 (5%) et un échec chez 2 (5%). Les patients en RP ont reçu 3 cycles de BEACOPPesc, et ceux en échec 3 cycles de DHAP : Tous les patients étaient mis en RC en fin de traitement. Tous les malades en réponse au traitement ont reçu une radiothérapie des champs atteints à la dose de 30 Gy. A 5 ans, la survie

globale (SG) des patients était à 100%, et la SSP à 92%. 2 patients ont rechuté après des délais de 30 et 40 mois, mis en RC par DHAP suivi d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

Conclusion :

Le LH localisé favorable a un bon pronostic. Les modalités combinées de traitement reste le principal choix pour ces patients. Plusieurs essais cliniques récents et en cours tendent à alléger la chimiothérapie, ainsi que la radiothérapie, essentiellement pour les patients répondeurs précoces.

P179- Facteurs du pronostic dans les lymphomes de Hodgkin étendu

A. Ramdoun, A. Hadjeb, N. Si Ali, K. Tayebi, M. Chereti, N. Zemri, A. Mestari, H. Benzian, A. Benaissa, M. Benlazar

Service d'Hématologie, CHU de Sidi Bel Abbès

Introduction :

Le pronostic du lymphome de Hodgkin (LH) étendu dépend principalement du score IPS, de la réponse précoce au traitement (TEP intermédiaire), de la présence de symptômes B, de la masse tumorale et des caractéristiques biologiques comme la VS ou le taux de LDH. Les progrès dans les traitements (chimiothérapie, immunothérapie, greffe) ont significativement amélioré les résultats, avec des taux de survie à 5 ans dépassant 80 % pour les stades avancés favorables.

Objectif :

Déterminer les facteurs du pronostic des patients (pts) traités pour LH étendu dans notre service d'hématologie.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 2013 à 2020 ayant concerné tous les malades ayant été pris en charge pour LH à un stade avancé. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été étudiées à partir de dossiers de malades. Nous avons étudié l'impact de 5 facteurs pronostiques sur la

survie des patients : l'IPS, les localisations extraganglionnaires, le taux de LDH, le nombre de lignes thérapeutiques et le POD24 (progression de la maladie dans les 24 mois suivant le début du traitement).

Résultats :

53 patients ont été colligés, 30 (57%) hommes et 23 (43%) femmes. L'âge médian de la cohorte était de 32 ans [16-67]. Les stades du LH présenté par les malades étaient de la manière suivante : 8 (15%) pts avec une extension IIBX, 2(4%) au stade IIIA, 12 (23%) IIIB, et 31 (58%) pts avec un stade IV. Les protocoles de chimiothérapie reçus en première lignes étaient l'ABVD pour 29 (55%) pts et le BEACOPPesc pour 24 (45%). En fin de traitement, le taux de RC était de 91% (48 pts). 9 (19%) patients ont rechuté après un délai médian de 10 mois. La survie globale à 5 et 10 ans de toute la cohorte a été de 88% et 84%. En analyse univariée, 4 facteurs sont défavorables au pronostic des pts avec LH étendu : un IPS ≥ 2 ($P=0.03$), l'existence d'une localisation extraganglionnaire ($P=0.04$), le nombre de lignes thérapeutiques de plus de un ($P=0.006$), et une POD24 ($P<0.0001$). En analyse multivariée, seuls deux facteurs du pronostic sont retenus : le nombre de lignes de traitement ($P=0.01$) et l'IPS défavorable ($P=0.01$).

Conclusion :

Le score pronostic international demeure un facteur important déterminant la survie des patients présentant un LH étendu. Le nombre de lignes thérapeutiques représente la sensibilité initiale des patients à la chimiothérapie, et un nombre supérieur à un traduit le caractère réfractaire du LH à ce traitement.

Résultats :

N= 53, Age médian : 32 [16-67], 30 H (57%), 23 F (43%), Type 1 = 1 (2%), Type 2 = 38 (71%), Type 3 = 14 (27%), Stade IIBX= 8 (15%), Stade IIIA = 2 (4%), Stade IIIB = 12 (23%), Stade IV = 31 (58%), Première ligne : , ABVD = 29 (55%), BEACOPPesc = 24 (44%)

En fin de traitement , le taux de RC est de 91% (48 pt) - 9 (19%) patients ont rechuté après un délai médian de 10 mois.

La survie globale à 5 et 10 ans : 88% et 84%
4 facteurs Pc :

IPS favorable vs non favorable : $P= 0.03$

Localisation extra gg : $P= 0.05$

N de lignes : 1 ligne vs 2 et plus : 0.006

POD 24 : $p<0.0001$

LDH : $p=0.3$

En analyse multivariée : nombre de lignes ($p=0.01$), IPS : 0.01

P180- Lymphome de Hodgkin : actualités diagnostiques et thérapeutiques

M.A. Abdillillah

EHU Oran /Faculty of Medecine Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg dans un environnement inflammatoire. Bien que rare, il représente une entité clinique distincte par son évolution généralement favorable sous traitement. En Algérie, les défis diagnostiques et thérapeutiques sont liés à l'accès aux techniques modernes et à la standardisation des protocoles. Cette communication vise à explorer les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques du LH dans une cohorte algérienne, en mettant l'accent sur les avancées en hématologie et les perspectives de traitement.

Matériels et Méthodes :

Méthodes et matériel Une étude rétrospective a été menée entre janvier 2020 et juin 2025 au service d'hématologie du CHU d'Oran. • Population étudiée : 72 patients diagnostiqués avec un LH confirmé histologiquement. • Critères d'inclusion : âge >15 ans, diagnostic confirmé, suivi ≥ 12 mois. • Données collectées : âge, sexe, stade Ann Arbor, symptômes B, résultats biologiques (VS, LDH), imagerie (TDM, TEP scan), type histologique, traitement reçu (ABVD, BEACOPP), réponse thérapeutique, rechute, survie globale. • Analyse statistique : Kaplan-Meier pour la survie, test du χ^2 pour les corrélations cliniques.

Résultats et Discussion :

• Profil démographique : âge moyen 32 ans, prédominance masculine (60%). • Stades : 45% au stade II, 35% au stade III, 20% au stade IV. • Symptômes B présents chez 58% des patients. • Traitement : 85% ont reçu le protocole ABVD, 15% BEACOPP pour les formes avancées. • Réponse complète après 6 cycles chez 78% des patients. • Rechute observée chez 12% dans les 18 mois suivant la rémission. • Survie globale à 3 ans : 88%, avec une meilleure réponse chez les patients sans symptômes B et au stade précoce.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin, bien que curable dans la majorité des cas, nécessite une prise en charge multidisciplinaire et un accès aux outils diagnostiques modernes. En contexte algérien, les résultats sont encourageants malgré certaines limites infrastructurelles. L'optimisation des protocoles thérapeutiques, le suivi post-traitement et l'intégration des thérapies ciblées pourraient améliorer davantage le pronostic. Cette étude souligne l'importance de la collaboration nationale en hématologie pour harmoniser les pratiques et renforcer la recherche clinique.

P181- Résultats thérapeutiques du lymphome de Hodgkin au stade IIB avancé

A. Ziane-Khodja¹, N. Ait Amer², F. Tensaout³, B. Dekhili¹, M. Bitam¹, A. Fahem¹, N. Ait Kaci¹, A. Yassaa¹, H. Chaibi¹, F. Harieche¹, R.M. Hamladji¹, R.A. Nacer¹, M. Benakli¹

CPMC Alger, (2) CAC Draa Benkhedda, (3) CAC setif

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne représentant environ 10% des lymphomes. Grâce aux avancées thérapeutiques, la survie globale à 5 ans est supérieure à 90% dans les stades localisés et 80% pour les formes étendues. Le stade II B, a vu sa prise en charge profondément modifiée par la classification du German Hodgkin Study Group (GHSG), qui considère les stades IIB avancé s'il y a un médiastin massif et/ou atteinte extranodale. Nous rapportons

ici une étude portant spécifiquement sur les stades IIB étendue, dans le but de mieux définir leur prise en charge et leur pronostic.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective concernant 315 pts suivis et traités pour LH classique entre Janvier 2019 et Décembre 2024, dont 34 pts (10,8%) de stade IIB associé à une localisation extranodale et/ou médiastin massif (IMT > 0.33). L'âge médian est de 30 ans (18-57) et sex-ratio de 0,54 (13H/24F). Une atteinte médiastinale massive est retrouvée seule chez 24 pts (70,6%) avec IMT compris entre 0,33 et 0,68. L'atteinte extranodale par contiguïté (pulmonaire et osseuse) concerne 5 pts (14,7%); elle est simultanée d'un médiastin massif chez 5 pts (14,7%). Le diagnostic est posé dans un délai de 4 mois (1-12) avec une analyse immuno-histochimique qui a concerné tous les pts, 28 (82%) sont de type scléronodulaire. Le traitement institué a été : BEACOPP chez 27 pts (79,4%) avec Procarbazine (25 pts) et Dacarbazine (2 pts); ABVD chez 7 pts (20,5%). Une désescalade thérapeutique a été instituée chez 18 pts, après évaluation intermédiaire.

Résultats et Discussion :

L'évaluation en fin de traitement conclut à une rémission complète (RC) chez 08 pts (23,5%) dont 7 pts sous BEACOPP et 1 sous ABVD, rémission partielle (RP) chez 21 pts (61,7%) dont 18 pts sous BEACOPP et 3 sous ABVD et un échec chez 5 pts (14,7%) dont 2 pts sous BEACOPP et 3 sous ABVD. Le taux de réponse globale (ORR) en fonction du protocole est de 92,5% (BEACOPPPro ou Dac) et 57% (ABVD) avec une différence significative (p : 0,048). Vingt-neuf pts (85%) ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire. Six pts (17,6%) traités par BEACOPPPro ou Dac ont présenté une aplasie fébrile avec bonne évolution. Le traitement de 2ème ligne est à base de chimiothérapie (ESAP, BeGEV ou GDP) chez 10 pts (29,4%) et immuno chimiothérapie (Pembro-GVD ou BV-Benda) chez 5 pts (14,7%). Cinq pts (14,7%) ont bénéficié d'une autogreffe de CSH. Au 31 juillet 2025, 31 pts (91%) sont vivants (20 pts en RC, 11 pts en RP, 2 pts perdus de vue en échec thérapeutique). Le décès est survenu chez un pt en échec après 6 lignes thérapeutiques, après 16 mois d'évolution.

Conclusion :

Le lymphome hodgkinien de stade IIB avancé appartient au groupe des formes avancées selon la classification GHSG avec haut risque relatif, nécessitant un traitement optimal et personnalisé. Les meilleures réponses obtenues par le protocole BEACOPP dans notre série, comparativement à ABVD, renforce cette stratégie de traitement de ce groupe plus intensément, comme le recommande le GHSG.

P182- Lymphome de Hodgkin du sujet âgé : une entité hétérogène - à travers 46 observations

M. Temlali, M. Aiche, F. Kacha, A. Balla, N. Sakhrî, N. Tighza, W. Messaoudène, M. Mekentichi, R. Nacib, M. Zekri, N. Hamlaoui, S. Chlihi, M. Saidi

EHS-CLCC Batna

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) du sujet âgé (≥ 60 ans) se distingue par une présentation plus agressive, de fréquentes comorbidités et une moindre tolérance thérapeutique [1,2]. Ces particularités expliquent une survie globale (SG) et une survie sans progression (SSP) réduites par rapport aux sujets jeunes, comme confirmé par plusieurs études internationales (GHSG [9,10]). Nous présentons l'expérience de notre centre.

Matériels et Méthodes :

étude rétrospective monocentrique (janvier 2011-décembre 2024). Sur 644 patients (pts) diagnostiqués LH, 46 (7,1 %) étaient âgés ≥ 60 ans. Les variables analysées incluaient données cliniques, antécédents, indice de performance (ECOG) [3], stade Ann-Arbor [4], symptômes B, histologie (OMS 2008-2016) [5], scores pronostiques (EORTC, IPS, GHSG) [6-8] et modalités thérapeutiques. La SG et la SSP ont été estimées selon Kaplan-Meier, avec comparaisons log-rank.

Résultats et Discussion:

La cohorte comptait 46 pts (24 hommes,

22 femmes, sexe-ratio 1,09), âge médian 68 ans (60-91). Répartition : 60-69 ans (52 %), 70-79 ans (37 %), ≥ 80 ans (4 %). Le délai médian de diagnostic était de 6,8 mois. Des comorbidités cardiovasculaires concernaient 54 %, deux patients avaient un IDM et deux une maladie de Parkinson. Des antécédents familiaux d'hémopathie étaient notés dans 8,7 %. Cliniquement, 78 % étaient au stade avancé (III-IV), avec symptômes B dans 78 % et atteinte médiastinale dans 13 %. L'histologie montrait surtout le scléro-nodulaire (48 %) et la cellularité mixte (35 %). Les scores pronostiques étaient défavorables : IPS haut risque 58 %, GHSG avancé 76 %. En première ligne, les schémas utilisés étaient principalement PVAB (52 %) et ABVD (24 %). La SSP médiane était de 42,3 mois (39,5 % à 5 ans) et la SG de 85,5 mois (57,2 % à 5 ans). Aucune différence significative n'a été observée entre stades (SG $p=0,47$; SSP $p=0,57$) ni entre tranches d'âge (SG $p=0,64$; SSP $p=0,86$). Une tendance défavorable a été retrouvée chez les pts avec symptômes B, avec SSP plus courte ($p=0,07$). Discussion: Nos résultats confirment le pronostic péjoratif du LH chez les sujets âgés, avec des survies nettement inférieures à celles des patients <60 ans, dont la SG à 5 ans dépasse 85-90 %. La forte proportion de stades avancés et la prévalence des comorbidités limitent l'accès aux traitements intensifs. Les essais du GHSG (HD5-HD11) ont montré qu'au-delà de 60 ans, la toxicité, notamment de la bléomycine, entraîne davantage d'arrêts précoces. Dans ce contexte, des adaptations thérapeutiques, telles que la réduction ou l'omission de la bléomycine, ou des schémas alternatifs, apparaissent nécessaires pour améliorer la tolérance sans réduire l'efficacité [9,10]. L'absence de différences significatives dans nos sous-groupes s'explique probablement par la taille limitée de l'échantillon, mais la tendance défavorable des symptômes B suggère leur valeur pronostique.

Conclusion:

Le LH du sujet âgé demeure une pathologie hétérogène et de pronostic défavorable. Dans notre série, la SG à 5 ans est de 57 % et la SSP de 40 %. Une prise en charge personnalisée intégrant comorbidités, évaluation gériatrique et nouvelles approches thérapeutiques apparaît indispensable pour améliorer

survie et qualité de vie.

P183- PVAB en première ligne dans le lymphome de Hodgkin classique (LHc) : expérience de 24 patients âgés

M. Temlali, M. Aiche, F. Kacha, N. Sakhri, A. Balla, R. Nacib, N. Tighza, M. Mekentichi, W. Messaoudène, N. Hamlaoui, S. Chlihi, M. Saidi

EHS-CLCC Batna

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) du sujet âgé, défini comme ≥ 60 ans, représente près de 30 % des cas. Le pronostic y est moins favorable en raison de comorbidités, d'une moindre tolérance aux chimiothérapies standards et d'un risque accru de toxicités [1]. L'ABVD, traitement de référence, est souvent mal supporté au-delà de 60 ans. Le protocole PVAB (Prednisone, Vinblastine, Adriamycine, Bendamustine) a été proposé par le LYSA comme alternative, avec des résultats prometteurs [2,3]. L'objectif de notre étude est d'évaluer son efficacité et sa tolérance dans une série locale.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective monocentrique (janvier 2019-décembre 2024) incluant les patients (pts) ≥ 60 ans atteints de LHc, naïfs de traitement et éligibles au protocole PVAB (ECOG 0-2, stades II-IV, FEVG ≥ 50 %, clairance créatinine ≥ 40 ml/min) [4]. Le traitement comportait 4 à 6 cycles de PVAB toutes les 3 semaines, avec prophylaxie antivirale, antibactérienne et G-CSF. L'évaluation reposait sur TDM/TEP, les réponses étant classées : pts répondeurs (RCu/RCm) ou non-répondeurs (RP, échec ou progression) [5].

Résultats et Discussion :

Parmi 283 LH diagnostiqués, 28 (9,9 %) avaient ≥ 60 ans, dont 24 éligibles au PVAB. L'âge médian était de 69 ans (61-78), sexratio= 1 (12H/12F). Dix-neuf (79,2 %) présentaient des symptômes B, et tous étaient à un stade avancé : II (29,2 %), III (33,3 %), IV (37,5 %). Dix-huit (75 %) ont complété 6 cycles, 2 (8,3 %) interrompu à 4 cycles (toxicité cardiaque), 3 (12,5 %) à 2 cycles

(échec), et 1 (4,1 %) est décédé précocement. Concernant la tolérance, 22 pts (91,6 %) présentés une toxicité hématologique ? grade III, 2 (8,3 %) une réaction cutanée, et un décès précoce a été observé. La réponse globale était de 79,2 % (37,5 % RCm, 41,6 % RCu). La SG à 4 ans était de 62,2 % et la SSP médiane de 48,9 mois, avec une SSP à 4 ans de 59,4 %. Analyses statistiques : l'âge (< 70 vs ≥ 70 ans) et l'ECOG (0-1 vs 2) n'étaient pas significatifs pour la SG ($p=0,43$ et $0,82$) ni pour la SSP ($p=0,25$ et $0,36$). Une tendance à la significativité a été observée pour la SSP selon le stade (II vs III-IV, $p=0,050$), suggérant un impact potentiel du stade sur la progression.

Conclusion :

L'étude du LYSA rapporte une réponse globale de 77,5 %, une SSP médiane de 42 mois et une SG à 4 ans de 69 %. Nos résultats (réponse globale 79,2 %, SSP médiane 48,9 mois, SG à 4 ans 62,2 %, SSP 4 ans 59,4 %) apparaissent comparables [4], avec une SSP légèrement supérieure mais une SG un peu inférieure, probablement en lien avec la petite taille de notre cohorte. Le PVAB apparaît comme une option de première ligne efficace et bien tolérée chez les sujets âgés atteints de LH. La toxicité hématologique, fréquente, impose une surveillance étroite. La tendance observée pour la SSP selon le stade souligne l'importance du statut initial (scores gériatriques). Nos résultats confirment l'intérêt du PVAB comme alternative à l'ABVD dans cette population fragile, à valider dans des séries plus larges.

P184- Aspects cliniques et évolutifs du lymphome de Hodgkin stade IV, à propos de 94 patients

A. Ziane-Khodja¹, N. Ait Amer², F. Tensaout³, N. Abdennebi¹, B. Dekhili¹, M. Bitam¹, A. Fahem¹, N. Ait Kaci¹, A. Yassaa¹, H. Chaibi¹, F. Harieche¹, R.M. Hamladji¹, R.A. Nacer¹, M. Benakli¹

(1) EHS Centre Pierre et Marie Curie, Université d'Alger, (2) CAC Draa Ben Khedda, (3) CAC Setif

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin (LH) est une prolifération tumorale de cellules lymphoïdes spécifiques dans un ou plusieurs organes lymphoïdes, avec parfois extension dans des sites extra-ganglionnaires. Le stade IV représente la forme la plus avancée de cette maladie, caractérisée par une dissémination étendue des cellules cancéreuses, souvent impliquant les organes extralymphatiques (foie, poumons ou la moelle osseuse...) avec ou sans atteinte ganglionnaire associée. Le stade IV, est en soi, un facteur défavorable, nécessitant une attitude thérapeutique appropriée. Cette étude revoit les aspects cliniques et thérapeutiques sur une période de 5 ans.

Matériels et Méthodes :

L'évaluation en fin de traitement conclut à une rémission complète (RC) chez 40 pts (42,5%) dont 18 pts sous BEACOPPro, 4 pts sous BEACOPDac et 18 pts sous ABVD. Une rémission partielle (RP) est obtenue chez 10 pts (10,6%) dont 5 pts sous BEACOPP et 4 sous ABVD. Un échec est observé chez 42 pts (44,7%). Le taux de réponse globale (ORR) en fonction du protocole est de 48,5% (BEACOPPro), 57% (BEACOPDac), 61% (ABVD) et 57% (PEVAG) avec une différence non significative ($p : 0,74$). Le traitement de 2ème ligne est à base de chimiothérapie (ESAP, BeGEV, GDC ou ICE) chez 36 pts (38%) et immuno-chimiothérapie (Pembro-GVD ou BV-Benda) chez 19 pts (20%). Quarante-neuf pts (52%) ont bénéficié d'une autogreffe de CSH. Au 31 juillet 2025, 75 pts (80%) sont vivants (64 pts en RC, 7 pts en RP, 4 pts en échec) et 2 pts perdus de vue sans être évalués. Le décès est survenu chez 17 pts (18%) en échec après plusieurs lignes thérapeutiques.

Résultats et Discussion :

Sur un total de 315 patients (pts) diagnostiqués pour LH, durant la période allant de Janvier 2019 à Décembre 2024, 94 pts (30%) sont de stade IV dont 81 pts (86%) de stade IVB. L'âge médian est de 31 ans (14-74), et sex-ratio : 0,9 (45H/49F). Trente pts (32%) avaient un antécédent de néoplasie familiale et l'apparition d'une adénopathie chez 50 pts (53%) a été la 1ère circonstance de découverte. Une atteinte médiastinale est observée chez 43 pts (45%) avec IMT compris entre 0,35 et 0,72. L'atteinte

viscérale est isolée ou multifocale : foie : 23 pts, poumon : 42 pts, os : 42 pts, moelle : 17 pts et autres localisations : 11 pts. Le type scléro nodulaire est majoritaire chez 63 pts (67%). Le bilan d'extension comportant une TEP-scan initiale a été réalisé chez 36 pts (38%). Au total, 79 pts (84%) étaient de haut risque et 15 pts (16%) de risque standard. Le traitement institué a été : BEACOPP chez 54 pts (57,5%) avec Procarbazine (47 pts) et Dacarbazine (7 pts); ABVD chez 36 pts (38%), autres chez 4 pts (4,4%).

Conclusion :

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

P-185 Néoplasies secondaires après traitement du lymphome de Hodgkin : intérêt du suivi prolongé

M. BITAM, H. Khodja, A. Fahem, A. Ziane Khodja, N. Ait Kaci, F. Boukhemia, B. Dekhili, N. Ait Amer, F. Tansouet, N. Abdennebi, R.M. Hamladji, R.A. Nacer, M. Benakli

Service Hématologie et greffe de moelle osseuse, CPMC Alger

Introduction et Objectif :

La survenue de néoplasies secondaires constitue une complication tardive majeure chez les patients (pts) atteints de lymphome de Hodgkin (LH). Elles sont, en général précoces, liées aux agents alkylants (leucémie aigüe/myelodysplasie) ou tardives liés à la radiothérapie (cancers solides). La prévention passe par des traitements moins toxiques (chimiothérapie avec moins d'alkylants, réduction des doses et volumes de radiothérapie), et une surveillance prolongée.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une série de pts traités pour LH durant une période de 16 ans, comprise

entre Janvier 2010 et Décembre 2015. Le but est de recenser, après un suivi à long terme, l'incidence et le type de néoplasies secondaires survenus après un suivi à long terme, et d'identifier les facteurs de risque, chez 201 pts, d'âge médian 30 ans (16-83) et sex-ratio :0,9.

Résultats et Discussion :

Après un suivi médian de 132 mois (6-192), une néoplasie secondaire est survenue chez 10 pts (4,9%) des pts évaluables après un délai médian de 116 mois (31-185). Il s'agit d'un cas de myélome multiple, 1 cas de lymphome à grandes cellules B, et 8 cas de tumeurs solides (3 adénocarcinomes du sein, 1 de la thyroïde, 1 de la parotide, 2 du colon, et 1 leiomyosarcome utérin). Après un suivi médian de 31 mois (6-116), 7 pts sont vivants dont 4 sont en rémission complète et 2 en rémission partielle. L'analyse multivariée a mis en évidence des facteurs de risque significatifs de néoplasies secondaires : le tabagisme (p :0,001) et la dose de radiothérapie ≥ 40 Gy (p :0,043). En revanche, d'autres variables comme l'âge, le sexe, le protocole de chimiothérapie, les antécédents familiaux de néoplasie, le nombre de lignes thérapeutiques, n'étaient pas significativement associés au risque.

Conclusion :

Le LH est une des hémopathies les mieux traitées avec des taux de guérison très élevés. Cependant, le prix de ce succès réside dans l'émergence de complications tardives, en particulier les néoplasies secondaires, qui représentent une cause majeure de mortalité. Les nouvelles approches thérapeutiques, avec l'avènement de l'immunothérapie et évaluation par TEP-scan, ouvrent la voie à des stratégies moins toxiques, réduisant potentiellement l'incidence de cette complication grave.

P186- Mobilisation des cellules souches hématopoïétiques dans le lymphome de Hodgkin, expérience du CPMC

A. Fahem, F. Mehdi, M. Baazizi, N. Rahmoune, D. Ait Ouali, F. Louar, F. Harieche, R.M. Hamladji, R.A. Nacer, M.

Benakli

Service Hématologie et greffe de moelle osseuse, Centre Pierre et Marie Curie Alger

Introduction et Objectif :

L'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) est le traitement standard pour les patients (pts) atteints de lymphome de Hodgkin réfractaire ou en rechute sensible à la chimiothérapie. Elle repose sur la réinjection de CSH autologues après intensification thérapeutique. La mobilisation des CSH est une étape primordiale pour la réalisation de cette procédure. Néanmoins certains facteurs de risque d'échec ou d'insuffisance de mobilisation ont été identifiés : âge avancé, moelle osseuse infiltrée ou fibrosée, exposition préalable à certains médicaments, radiothérapie étendue, nombre élevé de lignes de chimiothérapie.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective qui évalue les résultats des mobilisations de CSH, sur une période allant de janvier 2019 à Juin 2025, incluant 98 pts atteints de lymphome de Hodgkin candidats à une autogreffe de CSH. Il s'agit de 44 hommes et de 54 femmes, avec un âge médian de 30 ans (16-55). Le stade clinique au diagnostic : stade II : 21 pts (21%), stade III : 19 pts (19%), stade IV : 58 pts (60%) avec atteinte médullaire chez 13 pts (13%). Avant la mobilisation, 66 pts (67%) ont été traités par 1 ligne thérapeutique, 26 pts (26%) par 2 lignes, 6 pts (7%) par 3 lignes et radiothérapie antérieure chez 6 pts. La mobilisation des CSH a été réalisée en steady state par G-CSF seul à la dose de 15 µg/kg/jour pendant 5 jours avec 1ère cytophérèse effectuée à J5. L'objectif de la récolte finale est fixé à un seuil minimal recommandé de 2×10^6 /kg cellules CD34+. Un taux circulant $< 10/\mu\text{L}$ à J4-J5 est fortement prédictif d'un échec d'aphérèse, mais non réalisé en pratique courante, dans notre service.

Résultats et Discussion :

L'objectif fixé initialement d'un taux de cellules CD34+ $\geq 2.10^6$ /kg est obtenu chez 64 pts (65%) à la 1ère tentative. La récolte a été insuffisante (taux de CD34+ compris entre 1 et 2.10^6 /kg) chez 23 pts (24%). L'échec défini par un taux $< 1 \times 10^6$ /kg, a concerné 11 pts (11%), parmi eux, 8 pts

étaient de stade IV et atteinte médullaire chez 1 pt. En absence de Plerixafor, qui réduit significativement les échecs, une remobilisation a été réalisée quelques semaines après la 1ère et a permis d'obtenir une récolte suffisante chez 7 pts.

Conclusion :

Le taux d'échec de mobilisation dans le LH dépasse généralement 10% selon les protocoles et population étudiées. Certains facteurs cliniques amplifient ce risque. Les schémas chimiomobilisateurs sont plus performants que G-CSF seul. L'adjonction de Plerixafor réduit considérablement ce risque. A défaut, une remobilisation quand elle est possible, permet d'obtenir un taux cumulé suffisant, comme le montre cette étude.

P187- Soins palliatifs et lymphome d'hodgkin : une étude sur 10 patients de lymphome d'hodgkin réfractaire

S.Sid, L. Cherif Louazani, R. Smaini, I. Zaida, F. Ouadfeul, O. Esserhane, N. Hadjadj, R. Draï, O. Meliani, M. Ramaoun

CLCC Sétif

Introduction et Objectif :

Malgré que le lymphome d'hodgkin soit une maladie guérissable dans 80% des cas, environ 10% de patients sont réfractaires à une chimiothérapie intensive, après épuisement des armes thérapeutiques, une chimiothérapie palliative de maintien est proposée en dernier recours pour contrôler les symptômes et améliorer la qualité de vie des patients, en attendant le recours aux thérapies ciblées pas toujours disponible. Le but de notre travail est d'analyser et d'évaluer la réponse au protocole EVVND dans le lymphome d'hodgkin réfractaire durant la période entre juin 2022 et décembre 2024

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle sur une période de 30 mois. Sur dossiers médicaux avec tous les renseignements, cliniques, biologiques et radiologiques des patients mis sous protocole EVVND au sein du service

d'hématologie du CHU Blida. Protocole EVVND: Endoxan; Bortizomib; vinorelbine ; Natulan ; Dexa

Résultats :

Durant cette période nous rapportons une série de 10 patients réfractaires mis sous ce protocole. L'âge médian est de 34ans (24-77 ans) ; 4H/5F ; tous en PS= 2 à 3. 9 HDK stade étendue (IIBX-IVBXES) et 1 HDK stade localisé IIA. 9 HDK classiques scléro-nodulaire et 1 lymphome B borderline. 3 IPS intermédiaire et 7 IPS défavorable. Le nombre médian de ligne de chimiothérapie est 4 (3-6). 5 P avait un syndrome tumoral périphérique (entre ADP cervicales et axillaires) et 1 P avait un prurit tenace, avec lésions de grattage généralisées. Le nombre médian de cycle d'EVVND reçue est 6 (2-13). Les réponses étaient 2 RC (1 cas toujours en RC et 1 cas à rechuter après 1an) et 8 progressions, dont un p décédé. La clinique est restée inchangée.

Commentaires et Conclusion :

Notre étude rétrospective confirme les la chimiothérapie palliative à base d'EVVND est une option peu efficace pour contrôler l'évolution du lymphome d'hodgkin. Cependant elle offre une alternative intéressante pour le maintien de la survie des malades dans l'attente de solutions médicales innovantes.

P188- Le Rôle Clé de la Médecine Nucléaire dans la Prise en Charge des Lymphomes

I.L. Chelghoum, A. Talbi, H. Labioud, M. Lamali, A. Amimour

CHU Bab El Oued)

Introduction et Objectif :

Les lymphomes, en tant que néoplasies malignes du système lymphatique, posent des défis significatifs en matière de diagnostic et de traitement. Classés principalement en lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens, ces cancers affectent des millions de personnes dans le monde. La médecine nucléaire, avec ses techniques d'imagerie avancées, émerge comme un pilier fondamental dans la gestion de ces pathologies.

Matériels et Méthodes :

nous disposons de deux TEP-TDM au CHU bab el oued ainsi qu'un cyclotron au niveau de l'unité pour la production. avant la réalisation de l'examen TEP-TDM on prépare les patients , préparation du radiopharmaceutique avec controle de qualité au laboratoire, controle de qualité des caméras hybrides controle de qualité du ra

Résultats et Discussion :

L'imagerie par tomographie par émission de positons (TEP) au fluorodésoxyglucose (FDG – F18) a révolutionné la manière dont nous évaluons les lymphomes. Cette technique permet une visualisation précise de l'activité métabolique des tissus lymphomateux, facilitant non seulement le diagnostic précoce, mais aussi la stadification précise de la maladie. Grâce à sa capacité à détecter des lésions souvent invisibles par d'autres méthodes, offrant une sensibilité et une spécificité élevées la TEP-FDG ouvre la voie à un traitement plus ciblé et personnalisé. De plus, la médecine nucléaire joue un rôle crucial dans le suivi des patients en cours de traitement. L'évaluation de la réponse thérapeutique par imagerie permet d'identifier rapidement les patients qui ne répondent pas aux traitements standards, ouvrant ainsi la possibilité d'adapter les stratégies thérapeutiques. Les nouvelles approches, telles que l'imagerie moléculaire, promettent d'améliorer encore la précision et l'efficacité des diagnostics.

Conclusion :

En intégrant ces avancées technologiques dans les protocoles de soins, nous pouvons transformer la prise en charge des lymphomes, offrant ainsi des espoirs renouvelés aux patients. Ce domaine en pleine expansion témoigne de la synergie entre la médecine nucléaire et l'oncologie, unissant des efforts pour améliorer les résultats cliniques. la médecine nucléaire s'affirme comme un outil indispensable dans la lutte contre les lymphomes, promettant non seulement des diagnostics plus précis, mais aussi des traitements plus efficaces et personnalisés.

P189- Intérêt du TEP-TDM

intermédiaire dans la prise en charge des lymphomes hodgkiniens

A. Bachir¹, F. Talbi¹, H. Otsmane¹, K. Belateche¹, M. Djellali¹, A. Nehab¹, M. Sid Ahmed², M.R. Abbadi², S.D. Bouhadi², C. Bedrine¹, A. Goufi¹, A. Ferghi¹, S. Kirli¹, H. Hamdoud¹, R. Arrada², M. Bentamoune², A. Boudib², S. Aounellah², S.E. Belakehal¹

(1) HCA Alger, (2) HMRU de Constantine

Introduction et Objectif :

Le TEP-TDM permet une évaluation optimale de l'extension du lymphome de hodgkin(LH), en particulier pour les atteintes ganglionnaires infracentimétriques et les atteintes extraganglionnaires au moment de diagnostic conduisant dans 20 à 30 % des cas à un changement de stade (Davantage d'upstaging que de downstaging), Le TEP-TDM intermédiaire constitue une valeur prédictive et pronostique, et va permettre de guider la stratégie thérapeutique Le but de ce travail est de présenter l'intérêt de l'utilisation du TEP-TDM intermédiaire dans la prise en charge des lymphomes hodgkiniens.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, multicentrique, portant sur les LH diagnostiqués sur une période de 6 ans (2019-2024), Le diagnostic de LH est posé sur l'histologie et l'immuno-histochimie (CD15, CD30 et ±PAX5). La majorité des patients ont bénéficiés d'un TEP-TDM diagnostic, intermédiaire et en fin du traitement. Le protocole utilisé soit BEACOPP escaladé ou ABVD en fonction du stade de la maladie, de l'âge et de Comorbidité, suivi d'une stratégie d'escalade ou de désescalade en fonction de la réponse au traitement.

Résultats et Discussion :

Sur une période de 6 ans, 167 patients ont été colligés, provenant de deux centres d'Hématologie (HCA, HMRU de Constantine) , d'âge médian 34 ans (18-79), dont 102 H et 65 F avec un sex ratio= 1,56. Le type histologique prédominant est le scléro-nodulaire (84%). Les stades les stades étendus IIB, III, IV représentent 70% des cas, les stades localisés I-II : 30% des cas. L'évolutivité B retrouvée dans 60%

des cas, (40%) des patients présentent une forte masse tumorale (Bulky). Le protocole le plus utilisé est ABVD dans 60% des cas, BEACOPP escaladé dans 30% des cas, autres protocoles (AVD, PVAG, R-CHOP ...) dans 10% des cas. Un TEP-TDM initial a été réalisée chez 50% des patients, 70% des patients ont bénéficiées d'un PET-TDM intermédiaire, et le TEP TDM de fin de traitement a été faite dans 70% des cas. En terme de réponse, chez les patients qui ont bénéficiée d'une évaluation intermédiaire (après deux cures de chimiothérapie), on note : 70% de RC, 20% de RP, 10% d'échec. A la fin de traitement on note 80% de réponses complète chez les patients évaluables. Le changement de la stratégie thérapeutique a été noté chez 18 patient (stratégie d'escalade), et 16 patients (stratégie de désescalade)

Conclusion :

L'utilisation de TEP-TDM au diagnostic (Baseline), à l'évaluation intermédiaire et en fin du traitement nous a permis d'adapter la stratégie thérapeutique : intensifiée le traitement chez les patients non répondeurs et réduire la toxicité de chimiothérapie chez les patients répondeurs. Ces résultats montrent clairement la valeur prédictive et pronostique de l'évaluation par un TEP-TDM intermédiaire.

P190- Prise en charge des stades étendus de lymphome de hodgkin au chu oran hématologie

N. Lahmer, R. Messaoudi

CHU Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne curable, mais les stades avancés représentent encore un défi thérapeutique, avec un risque accru de rechute et de mortalité. Les protocoles classiques reposent sur l'ABVD, le BEACOPP ou des stratégies d'escalade/désescalade modulées par la réponse au traitement. Nous rapportons ici notre expérience au CHU d'Oran dans la prise en charge des stades étendus du LH.

Matériels et Méthodes :

Nous avons conduit une étude rétrospective portant sur 106 patients présentant un LH stade IIB bulky, III ou IV parmi une cohorte de 134 cas diagnostiqués entre le 01/01/2019 et le 31/12/2024. L'âge médian était de 30 ans (14-88 ans), avec une prédominance de la tranche 14-35 ans (62%) et un sex-ratio H/F de 1,07. Le diagnostic a été histologique dans 100% des cas, de type scléro nodulaire dans 85%. L'immunophénotypage confirmait l'expression CD15+, CD30+ et PAX5+. Le délai diagnostique moyen était de 7,6 mois. Le PET-scan initial n'a été réalisé que chez 27,3% des patients, l'intermédiaire chez 31% et le final chez 30% des malades. Au plan thérapeutique, les patients ont été répartis selon les protocoles de première ligne : groupe A (n=22): 6 ABVD ± radiothérapie ; groupe B (n=16): 6 BEACOPP-R ; groupe C (n=15): escalade (2 ABVD + 4 BEACOPP-R) ; groupe D (n=21): désescalade (2 BEACOPP esc + 4 ABVD). Neuf patients n'ont pas suivi de protocole (intolérance, refus, décès précoces). Les survies globale et sans rechute ont été estimées selon Kaplan-Meier et comparées par log-rank.

Résultats et Discussion :

Soixante-dix pour cent des patients étaient au stade IV. Le caractère bulky médiastinal était présent dans 27,3% des cas ; seuls 60% des IIB bulky ont bénéficié d'une radiothérapie. Après la première ligne, 62,3% des patients ont obtenu une réponse objective (41,5% de RC, 21% de RP), contre 11,3% d'échecs (progression-réfractaire) et 7,5% de décès précoces. Neuf patients (13,6%) ont rechuté. À la date de point (31/12/2024), 65% des patients étaient en réponse objective (dont 60% en RC). Nous avons enregistré 6,6% de PDV, 5,6% d'échecs et 22,6% de décès. La médiane de SG globale était de 62 mois (52 mois pour les groupe A et 45 mois pour le groupe B, 62 mois pour le groupe C et 25 mois pour le groupe D). La médiane de SSR globale était de 42 mois, variant de 36 à 58 mois selon les groupes. Les comparaisons intergroupes n'ont montré aucune différence significative : log-rank $p > 0,05$ dans toutes les analyses (A vs B, A vs C, A vs D, B vs C, B vs D, C vs D). Discussion Le taux de rémission complète (60%) est légèrement inférieur à celui rapporté dans les grandes séries internationales (>70%), en lien avec un recours limité au PET-scan et un accès restreint à la radiothérapie pour les formes bulky.

Conclusion :

Notre étude illustre les défis de la prise en charge des stades étendus du LH. Si la survie globale reste encourageante (62 mois), la SSR limitée (42 mois) reflète un besoin urgent d'optimisation thérapeutique. Les perspectives incluent un diagnostic plus précoce, une systématisation du PET-scan, une standardisation des protocoles, et l'intégration des nouvelles thérapeutiques ciblées.

P191- Formes étendues de lymphome de Hodgkin: Évaluation du Traitement de 1ère ligne

M. Zoulim, N. Boulaziz, K. Hadj Mohand, S. Gherras, N. Dali, M. Allouda

CHU Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif :

Introduction: Les formes avancées ne représentent classiquement qu'environ 1/3 des cas de lymphome de Hodgkin (LH), bien que cette proportion soit probablement plus élevée depuis l'introduction de la TEP-FDG dans le bilan d'extension. Elles sont de plus mauvais pronostic que les formes localisées. Actuellement, le standard de traitement repose sur la chimiothérapie dont l'intensité et le nombre de cycles sont guidés par la réponse thérapeutique précoce évaluée par la TEP. Objectif de l'étude : L'objectif principal de notre travail est d'évaluer les protocoles ABVD et BEACOPP en 1ère ligne en termes de réponses, de SG, PFS et les toxicités.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, menée sur une période de 7ans (2017 à 2024), portant sur 113 patients pts. Ont été inclus dans cette étude les patients âgés de 15 ans et plus, atteints d'un LH au stade d'Ann Arbor: III, IV et IIB bulky défavorable. Un bilan d'extension a été fait chez tous les pts. Le PETSCAN était réalisé chez 57pts(50 ?) et a permis de reclasser 12,5? d'entre eux du stade localisé au stade avancé. Une stratification pronostique selon IPS était adoptée pour nos pts. 109 patients ont reçu le traitement:

;groupe ABVD: 90pts(82?);groupe BEACOPP: 19pts(17?).L'évaluation a été réalisée en aout 2025.

Résultats et Discussion :

113pts/222(51?) ont été colligés;70pts(61,7?) hommes et 43pts (38,3?) femmes avec un sexratio de 1,62;l'âge médian au diagnostic était 28ans(16-86).Le délai de diagnostic est de 4 mois. Les adénopathies superficielles constituent la présentation clinique prédominante chez 60pts(53?),une masse bulky périphérique était observée chez 12pts(11?).25pts(22?) ont présenté un bulky médiastinal (BM)(IMT>0,33).Le sous type majoritaire était la forme scléronodulaire 78 pts(69 ?),94pts(83?)étaient classés B et19(17?)sont A.La stratification des patients était comme suit :groupe ABVD(n=90pts) :stade III :40pts(43 ?) dont 8pts(20?) avec un BM,stade IV:46pts(50,5?)pts dont 12(26?) avec un BM,4pts(21?)stade IIB bulky défavorable; groupe BEACOPP(n=19):stade III:5pts(26?), stade IV:13pts(68?),1pt stade IIB défavorable. La répartition en groupes pronostic selon IPS retrouve une forme à haut risque chez 56 pts (52%),51(48?) sont risque standard. 109 sont évaluable pour la réponse. Pour le groupe ABVD: une RC a été obtenue chez 67pts (74 ?);5pts (5?) en RP soit une RG(79%).On note 18pts(11?) d'échec/progression. Le Groupe BEACOPP : RC :15pts (79?) , échec / progression : 4pts(21?) .7pts(38?)ont désescaladé vers ABVD après évaluation précoce. Toxicité hématologique G(3- 4): groupe BEACOPP: neutropénie:(100?),anémie :11? ;thrombopénie :22? vs 25?,0,03? et 0,04? respectivement pour le groupe ABVD. Après un suivi médian de 47mois (8-103):78pts (70 ?) sont vivants en réponse (97? en RC et 3?en RP).15(13?)décès ;20pts(17?) perdus de vue. La SG à 8ans est à 83? et la PFS est de 78?pour l'ensemble des pts. La SG à 8ans est de 83? pour les deux groupes de patients traités par ABVD et BEACOPP, et la PFS est de 88 ? pour le groupe de pts BEACOPP et 80? pour le groupe de pts ABVD.

Conclusion :

Ces résultats démontrent l'efficacité des protocoles de la première ligne dans le LH au stade avancés avec un contrôle satisfaisant de la maladie. L'adaptation thérapeutique guidée par La TEP demeure essentielle pour optimiser le rapport

efficacité/tolérance.

P192- Analyse des survies à long terme et des causes de mortalité des patients atteints de lymphome hodgkinien

N. Boulaziz, K. Hadj Mohand, M. Zoulim, S. Gherras, N. Dali, M. Allouda

CHU Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif :

Les avancées thérapeutiques dans le traitement des lymphomes hodgkiniens (LH) ont considérablement amélioré la survie des patients (pts). Cependant, les récurrences et les complications à long terme demeurent et restent des défis majeurs. Notre but est d'évaluer les différentes survies à long terme et les facteurs impactant celles-ci, ainsi que les causes de mortalités.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective (2000-2019), descriptive, menée sur une période de 20 ans (2000-2019), incluant 620 pts atteints de LH, dont 492 ont bénéficié d'un suivi régulier en consultation. Tous ont reçu le protocole ABVD +/- radiothérapie. L'analyse de la survie globale (OS), sans rechute (RFS) et sans progression (PFS) a été réalisée selon la méthode de Kaplan Meier, avec la comparaison à l'aide du Log Rank test. L'évaluation a été réalisée en juillet 2025.

Résultats et Discussion :

Parmi les 492 pts inclus, on dénombrait 261 hommes (53%) et 231 femmes (47%), avec un sex ratio de 1.12 et un âge médian de 27 ans [15-84]. 230 pts (46,7%) étaient au stade localisé et 262 pts (53%) au stade étendu. Après un suivi médian de 125 mois [1-302]. La SG de tous les pts à 10 et 25 ans était respectivement de 83% et 78%. Chez les pts présentant une forme localisée, la SG à 10 et 25 ans était respectivement de 88,2% et 83,5%, significativement meilleure que dans les formes étendues ($p=0,007$). Plusieurs facteurs pronostiques influençant la SG ont été identifiés: Les symptômes B ($p=0,001$), la masse Bulky ($p=0,009$), stade Ann Arbor I/II ($p=0,002$), VS >50 mm/h ($p=0,003$), recours

à la radiothérapie ($p=0,0001$), l'absence de RC en fin de traitement ($p=0,004$), l'échec du traitement de 1^{ère} ligne ($p=0,0001$), la rechute après le traitement initial ($p=0,0001$) et survenue d'une néoplasie secondaire ($p=0,002$). La survie sans rechute (RFS) à 10 et 25 ans était de 86% et 79% respectivement, tandis que la PFS à 10 et 25 ans atteignait de 84% et 77%. Chez les pts au stade étendu, la SG à 10 et 25 ans était de 79,9% et 73% respectivement. Plusieurs facteurs pronostiques défavorables ont été identifiés: âge >40 ans ($p=0,0001$), performance statut ≥ 2 ($p=0,0001$), présence de symptômes B ($p=0,004$), stade Ann Arbor: III/IV ($p=0,009$), taux d'albumine <30 g/l ($p=0,05$), absence de RC après 04 cures ($p=0,03$), absence de rémission complète en fin de traitement ($p=0,0001$), échec au traitement de 1^{ère} ligne ($p=0,0001$), rechute après le traitement de 1^{ère} ligne ($p=0,0001$). La survie sans rechute à 10 et 25 ans était de 75% et 64% respectivement. La PFS à 10 et 25 ans est de 69 et 59% respectivement. Au total, on déplore 89 (18%) décès, survenus majoritairement chez les pts au stade étendu: 56 pts vs 33 pts ($p=0,04$). Les causes étaient directement liées au lymphome ou à ses complications chez 84 pts (94%). À court et moyen terme, la principale cause de décès était la progression de la maladie (53 pts, 59,5%), suivie de la toxicité du traitement chez 13 pts (14,6%). À long terme, les décès étaient liés principalement aux toxicités tardives du traitement chez 18 pts (20%), dominées par les néoplasies secondaires 11 cas (61%) et les cardiomyopathies chez 5 pts (28%).

Conclusion :

Malgré des taux de survie à long terme encourageants, le pronostic reste marqué par une mortalité non négligeable, particulièrement dans les stades étendus. La progression de la maladie demeure la cause prédominante de décès à court terme, tandis que les toxicités tardives, en particulier les néoplasies secondaires et les complications cardiovasculaires, constituent une problématique croissante à long terme.

P193- Prise en charge actuelle du lymphome de Hodgkin

classique réfractaire ou en rechute (LHc R/R) avec les thérapies ciblées

M. Aiche, N. Sakhri, M. Zekri, N. Tigheza, F. Kacha, M. Temlali, R. Nacib, W. Messaouden, F. Beichi, M. Saidi

Service d'Hématologie et Thérapie Cellulaire, EH LCC Batna.Université Batna 2

Introduction et Objectif :

Le lymphome de Hodgkin classique est curable mais 10 % des patients, seront réfractaires [1]ou rechuteront20 à 30 %[2]. Ces patients (LHc R/R) sont repartis en 3 groupes pronostiques risque standard, intermédiaire ou haut risque [3].

Les thérapies ciblées destinées aux patients en rechutes post greffe ou non éligibles permettent de meilleurs résultats [4,5], avec cependant des toxicités principalement neurologiques pour le BV (Brentuximab), immunologiques pour les inhibiteurs du Checkpoint (anti PD-1).

L'objectif, description d'une population de LH c R/R traitée, par des schémas comportant l'anti CD 30 ou l'anti PD-1, énumération des difficultés rencontrées, des effets indésirables et premiers résultats.

Patients et méthodes

Etude prospective descriptive, de 50 patients atteints de LHc R/R, sex ratio 0,92 (24 H/26 F), médiane d'âge 26 ans (10 -73). Diagnostic initial entre 2019 et 2025, thérapie ciblée années 2024-2025.

Tableau 1 : Répartition pronostique initiale LH c R/R chez 50 pts	
	N Patients (%)
Ann Arbor	
- Localisé	17 (34)
- Etendu	33 (66)
EORTC	
- Favorable	01 (6)
- Défavorable	16 (94)
IPS	

- Risque standard	15 (45,45)
- Haut risque	18 (54,54)
GHSG	
- Précoce	01 (6)
- Intermédiaire	11 (22)
- Avancé	38 (76 %).

Tableau 2 : Classification pronostic des LHc R/R	
Groupe	Patients Nbr (%)
Standard	07 (14)
Intermédiaire	13(26)
Avancé	30 (60)

Ont reçu 4 lignes thérapeutiques en moyenne (1 à 13) avant les thérapies ciblées. Sont repartis en

deux groupes :

- Groupe 1, quarante et un (41) pts dont 33 (80, 48%) traités par BVB [4]
- Groupe 2, vingt quatre (24) pts dont 19 pts (79 %) par Pembro GVD [5]

Résultats :

Réponse globale (RC, RCu, RP) 14 (52 %) et14 (76,4 %) des patients évalués respectivement dans les groupes 1 et 2.

Tableau 3 : Effets indésirables rencontrés dans notre série.		
Effets indésirables	Patients sous BV (41) Nbr (%)	Patients sous Pembrolizumab (24) Nbr (%)
Réaction de la perfusion	2 (4,87) / vs 36 % [4]	3 (12,5)/ vs 21 % [6]
Hématologique	22 (53,65)	15 (62,5)
Neurologiques	16 (36,58) vs 36 % [4]	03 (12,5)
Respiratoires	15 (37)	12 (50)
Digestives	11 (26,8)	07 (29)
Hépatiques	07 (17)	04 (16,66)
≥ G2	57 %	46,7 %

Conclusion :

Le LH c est curable mais présente un défi à relever ; le LH R/R, les thérapies ciblées sont disponibles dans notre pays depuis moins de deux ans, leur utilisation en première ligne est une alternative bénéfique. D'autres études conduites dans de meilleures conditions permettront des résultats objectifs.

P194- Lymphome de Hodgkin avancé (IIBX-III-IV) : aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques - série de 347 patients adultes (18-60 ans)

M. Temlali, M. Aiche, F. Kacha, N. Tighezza, N. Sakhri, A. Balla, M. Zekri, W. Messaoudène, M. Mekentichi, R. Nacib

EHS-CLCC Batna, Université Batna2

Introduction et Objectif :

La prise en charge des formes avancées du lymphome de Hodgkin (LH) a considérablement évolué ces dernières années, grâce à l'optimisation des protocoles et aux stratégies PET-adaptées. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques et les résultats de survie dans une cohorte de 347 patients (pts) adultes (18-60 ans) atteints de LH avancé et de comparer ces données avec celles rapportées par d'autres centres nationaux [1,2] et les grands essais internationaux [3-9].

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective [2010-2024]. Critères d'inclusion : âge 18-60 ans et LH avancé (stades IIBX avec rapport médiastinal $\geq 0,33$ ou masse tumoral ≥ 10 cm, III et IV). Données collectées : âge, sexe, stade, symptômes B, caractère bulky, type histologique, scores pronostiques (IPS et GHSG), réalisation de TEP, traitement de première ligne et réponse. La survie globale (OS) et la survie sans progression (PFS) analysées par la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats et Discussion :

Sur 663 LH, 347 (52,3%) répondaient aux critères d'inclusion. L'âge médian=28 ans et sex-ratio H/F de 0,88. Répartition par stade : IIBX = 86 pts (24,8%), III = 79 pts (22,8%) et

IV = 182 pts (52,4%). Symptômes B présents chez 296 pts (85,3%) et caractère bulky chez 159 pts (45,8%). La forme scléronodulaire prédominait (77,2 %). L'IPS haut risque chez 168 pts (64,4%) et le GHSG avancé chez 339 pts (97,7 %). TEP réalisée à l'inclusion chez 83 pts (23,9%), en évaluation intermédiaire chez 82 (23,6%). Concernant le traitement de première ligne, 208 pts (60,0%) ont reçu ABVD et 75 pts (21,6%) BEACOPP. Une radiothérapie complémentaire est faite chez 38 pts (10,9%). Les taux de survie à 5 ans étaient : OS 71,3 % et PFS 60,0 %. Symptômes B vs non-B : OS 77 % vs 89 % ($p=0,056$), PFS 71 % vs 75 % ($p=0,24$). Bulky vs non-bulky : OS 79 % vs 79 % ($p=0,77$), PFS 72 % vs 71 % ($p=0,96$). ABVD vs BEACOPP : OS 82 % vs 88 % ($p=0,324$), PFS 73 % vs 84 % ($p=0,202$). Aucune de ces différences n'était statistiquement significative mais il existe une tendance favorable au bénéfice du BEACOPP. Commentaires : Nos résultats mettent en évidence une réponse globale à 70,6 % (vs ~70 et 75 % données nationales [1,2]) et des survies globales à 5ans inférieures aux grandes séries internationales intensifiées [3-9]. Cette différence s'explique principalement par le profil de risque défavorable de notre cohorte [symptômes B (85,3%), masses bulky et d'IPS élevé]. L'accès limité à la TEP-intermédiaire (23,6%) a restreint les possibilités de stratégies PET-adaptées. La non-utilisation des nouvelles thérapies comme le brentuximab vedotine (A+AVD) en première ligne contribuent également à ces résultats.

Conclusion :

Cette analyse confirme le profil défavorable du LH avancé dans notre contexte et souligne la nécessité d'optimiser la stratification thérapeutique, d'améliorer l'accès aux techniques d'évaluation métabolique et d'intégrer les nouvelles thérapies ciblées en 1ère ligne pour combler l'écart pronostique avec les standards internationaux.

P195- Autogreffe de cellules souches peripheriques dans les lymphomes de hodgkin. experience de 16 ans de l'EHU 1er novembre d'Oran

N. Yafour, Bendimered, I. Caidali, C. Amani, Z. Sekhri, M. Marouf, I. Boukhatem, A. Bouakaz, B. Naimi, M. Belmiloud, N. Hassam, M. Serradj, S. Benichou, N. Bounoua, H. Gheffari, B. Ouafi, F. Benziadi, A. Bensaid, N. Abdelouahab, A. Tamimi, B. Entasoltane, M. Brahimi, N. Yafour

EHU 1er novembre, Oran

Introduction et Objectif :

La survie des patients (pts) atteints d'un lymphome de hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire (R/R) a été nettement améliorée par l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (auto-CSH). L'objectif de ce travail est d'évaluer la sécurité et l'efficacité de l'auto-CSH chez les pts atteints d'un LHc au niveau du service d'hématologie à l'EHU 1^{er} Novembre d'Oran.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique. L'auto-CSP a été réalisée en 1^{ère} intention (consolidation) chez les pts âgés < 60 ans avec un stade avancé (III/IV) chez 53 patients, et chez les pts en rechute et/ou réfractaire (R/R) chez 102. La mobilisation des CSP a été faite par G-CSF seul à raison de 15 µg/kg/j en s/c 4 à 5 jours. Le plerixafor a été utilisé en cas d'échec de la mobilisation selon la disponibilité du produit. La Dose minimum ciblée de CD34+ à la fin des recueils est de 3×10^6 /kg. La conservation CSP a été faite dans un réfrigérateur à +4°C. A partir de 2022, la congélation de CSH à l'azote liquide à -196°C a été effectuée chez les pts au cas par cas avec un greffon de moins de 3×10^6 . Les protocoles d'intensification utilisés sont le CBV (n=15 pts, 2009-2010), BEAM (n=45 pts, 2010-2016), Benda EAM, (n=5, 2015-2016), EAM (n=96, 2016- Mai 2025) associant une dose totale d'étoposide 800 mg/m² , aracytine 8g/m² , melphalan 140 mg/m² . Tous les pts ont reçu les G-CSF à partir de J+5 jusqu'à la sortie d'aplasie. L'évaluation des pts est portée sur la prise de greffe, la mortalité liée à la procédure (TRM) à J100, la survie globale (SG), et la survie sans progression (SSP). L'évaluation des survies ont été calculées selon la méthode de Kaplan Meier. La date de pointe est le 31 Juillet 2025.

Résultats et Discussion :

Sur une période allant de juin 2009 au 31 Mai 2025, nous avons colligés 155 pts ayant subi une auto-CSH pour un LHc. L'âge médian à la greffe était de 26 ans (14-55 ans), dont H/F= 75/80 avec un sex- ratio=0.93. Le statut prégreffe était RC chez 151 pts (97%), RP chez 4 pts (3%). A l'autogreffe : le nombre médian de cytophérèse =2 (1-4), le taux de CD34+= 3,88 10^6 /kg (1,41 21,05). L'auto-CSH a été réalisé par des CSH fraîches chez 151 pts (97%), et un greffon congelé chez 4 pts (3%). Le nombre médian de jour pour que le taux de PNN >0.5 G/L : 14 jours (8-39 jours) et pour que les plQ > 20 G/L= 13 (3-42 jours). À J100 post-greffe, la TRM était de 4.51% (7 pts). Avec un délai médian de suivi de 5 ans, le taux de rechute était de 17% (26pts), la SG était de 83%. La médiane de médiane SSP et de SG étaient de 53 mois et 65 mois respectivement.

Conclusion :

L'auto-CSH avec un greffon non cryopréservé est faisable et efficace chez pts atteints d'un LHc, vu les excellents résultats obtenus à long terme.

P196- Evaluation du protocole Brentuximab vedotin Bendamustine dans le traitement du LH en rechute ou réfractaire. Expérience de l'EHU 1er Novembre d'Oran.

A. Bendimerad, S. Benichou, N. Bounoua, I. Caid Ali, Z. Sekhri, A. Bouakkaz, M. Belmiloud, B. Naimi, I. Boukhatem, M. Marouf, M. Serradj, N. Hassam, H. Gheffari, F. Benziadi, A. Bensaid, N. Abdelouahab, B. Ouafi, A. Mihoubi, N. Benaoum, M. Chekkal, B. Enta Soltan, M. Brahimi, N. Yafour

EHU Oran

Introduction et Objectif :

L'association Brentuximab vedotin/ Bendamustine (BvB) est une thérapie de sauvetage qui a bien montré son efficacité au profit d'une très bonne tolérance chez les patients (pts) atteints de lymphome de Hodgkin classique en rechute ou réfractaire (LHc R/R). L'objectif de ce travail est d'évaluer le taux de réponse et la sécurité de ce protocole chez les pts

atteints de LHc R/R.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique sur une période de 19 mois, incluant les pts atteints de LHc RR, âgés de 13 ans ou plus. Le protocole de rattrapage consiste à l'association du Bv à la dose de 1.8 mg/kg/j le J1, et la Bendamustine à la dose de 90 mg/m²/j le J1 et J2, administrés toutes les 3 semaines, suivi en cas de réponse métabolique complète (RCM) d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (auto-CSH). L'évaluation est portée sur les taux de réponse après 4 cures de BvB, et sur les effets indésirables pouvant survenir au cours de cette thérapie. La date de point était le 31 Juillet 2025.

Résultats et Discussion :

Du 01/01/2024 au 31/07/2025, 66 pts ont été inclus, avec un âge médian de 33 ans (13-73 ans), et un sex-ratio de 1,13 (35H/31F). Le nombre médian de ligne thérapeutique avant le BvB était de 2 lignes (extrêmes 1-9). Au total 50 pts était évaluables à l'issue des 4 cures BvB (6pts ont arrêté le protocole suites aux effets secondaires, 1pt perdu de vue, et 9 pts en cours d'évaluation). La RCM a été obtenue chez 32 pts (64%), et 18 pts (36%) ont présenté un échec thérapeutique. Parmi les 32 pts en RMC : 12 pts (37,5%) ont été autogreffés, 9 pts (28%) en attente d'auto-CSH, 4 échecs (12.5%) à la mobilisation malgré l'utilisation de plerixafor, 4 pts (12.5%) ont refusé l'auto-CSH, 2 pts (6%) non éligibles à l'auto-CSH, et 1 pt (3%) a rechuté avant l'auto-CSH. Concernant les effets indésirables observés chez les 66 pts inclut : Prurit chez 3 pts (5%), neuropathie périphérique chez 3 pts (5%) (2pts de grade 2, et 1 pt de grade 4), vomissements chez 2 pts (3%), hypotension artérielle chez 2 pts (3%), mucite grade 2 chez 1 pt (1,5%), lésions cutanées squameuses chez 2 pt (3%) et iléus paralytique chez 1 pt (1,5%), 1 pt (1,5%), syndrome coronarien aigu, œdème de Quincke chez 1 pt (1,5%), insuffisance hépatique aiguë chez 1pt (1,5%). Deux pts (3%) sont décédés (1 par décompensation cardiaque et l'autre par une neuropathie périphérique de grade 4).

Conclusion :

Le protocole de rattrapage BvB est très

efficace et très bien toléré chez les pts atteints de LHc R/R lourdement prétraité. Il s'agit également d'une thérapie de transition vers l'auto-CSH. La neuropathie périphérique reste le principal effet secondaire.

LYMPHOME À CELLULES DE MANTEAU

P115- Aspects diagnostiques du lymphome du Manteau leucémisé

H. Hamouda, I. Bouras, Z. Bouhadda, F.Z. Touil, F. Kherbache, S.Nebais

Service d'hématologie CHU de Sétif. Laboratoire de recherche santé et environnement UFA-Sétif 1

CHU Sétif

Introduction et Objectif :

Les lymphomes du Manteau (LCM) sont des formes rares, représentent 6% des LNH. Ils affectent les lymphocytes B dans une zone dite Manteau secondaire à une translocation t (11 ; 14) (q13 ; q32). Ils sont souvent diagnostiqués aux stades disséminés voir en conversion leucémique, constituant une forme nosologique avec d'autres syndromes lymphoprolifératifs. Nous rapportons dans notre travail les présentations cliniques et les moyens diagnostics utilisés chez les 29 patients atteints de LCM en conversion leucémique diagnostiqués par cytométrie en flux avec un panel d'anticorps monoclonaux et une confirmation IHC dans certains cas par la positivité de la cycline D1 à la biopsie ganglionnaire et/ou médullaire.

Matériels et Méthodes :

Entre Janvier 2016- janvier 2024, 231 syndromes lymphoprolifératifs sont pris en charge dont 29 (13%) cas de lymphomes du Manteau en conversion leucémique sont colligés. Dans cette étude nous avons analysés : - Les données cliniques et para cliniques des patients. - Les résultats Immunophénotypiques par cytométrie en flux ainsi qu'une étude immunohistochimique sur biopsie ganglionnaire ou médullaire.

Résultats et Discussion :

Il s'agit de 16 H et 13F avec Sex Ratio (H/F) de 1,23. La moyenne d'âge est de 56 ans (Extrêmes 45- 81 ans) et le délai Dgc moyen est de 5 mois (2- 8). Les manifestations cliniques sont représentées par des adénopathies multiples dans 21 cas (72%), Une splénomégalie souvent volumineuse dans 15 cas (52%), une HPM : 6 cas (21%), Sur le plan biologique : Une hyperleucocytose est objectivée dans 100% des cas avec une moyenne de GB à 64 G/L (extrêmes 17- 154) dont les 2/3 des cellules lymphoïdes sont atypiques (centrocytes avec composante blastique). Le taux moyen de l'HB : 7,8 g/dl (extrêmes:5,2-13,3), Tx moyen des plq: 83 G/L (extrêmes: 19- 291). L'immunophénotypage par CMF pratiqué sur l'ensemble des patients révélant la positivité du CD5 et la négativité du CD23, CD10 et le CD200 (n : 29) et un score de Matutes inférieur à 3 chez 26 pts (89%) et égal à 3 chez 3 pts. L'étude histologique sur moelle osseuse de 12 pts (41%) et ganglionnaire chez 7 pts (24%) révèle la positivité du CD20, la cycline D1 et le CD5 avec la négativité des CD23 et CD10.

Conclusion :

Le lymphome à cellules du manteau reste une entité rare, de pronostic moins bon et une thérapeutique plus agressive par rapport à d'autres SLPC. La CMF grâce aux nouveaux marqueurs comme le CD200 est un moyen d'orientation diagnostique très contributif par sa rapidité qui d'une part appuie le résultat anapath et d'autre part reconforte le diagnostic dans la situation où la recherche de la cycline D1 n'est pas possible ou non contributive.

P116- Lymphome à Cellules de Manteau et néoplasies secondaires : A propos de 05 cas

N. Rekab, S. Oukid, S. Taoussi, F. Lamraoui, A. Ziani, K.M. Benlabiod, H. Brahimi, Y. Bouchakour Moussa, C. Guezlane, M. Mezroud, M. Bradai.

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules de Manteau (MCL) est un sous type des Lymphomes Non Hodgkiniens (LNH) à cellules B, qui représente 3 à 10 % des LNH, le traitement (TRT) est basé sur chimio-immunothérapie plus au moins intensification par autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Ce qui expose les patients (pts) à un risque accru de développer un cancer secondaire par rapport à la population générale.

L'objectif de notre travail est de vous rapporter les cas de cancers secondaires apparus chez les patients MCL traités par chimiothérapie.

Matériels et méthodes :

De Janvier 2016 au Décembre 2024, 74 cas de MCL ont été traités au service d'hématologie EHS ELCC Blida, TRT : R-CHOP, R-Bendamustine, R-DHAOX adapté à l'âge. Evaluation : intermédiaire et fin de traitement, suivi régulier après fin du traitement à la recherche d'une rechute ou d'une néoplasie secondaire.

Résultats :

Nous avons colligés de 5 cas (6.7%) de MCL associé à un cancer après le diagnostic de MCL. Il s'agit de 3 hommes et 2 Femmes, d'âge moyen de 64.4 ans (48-75), diagnostic confirmé par une biopsie ostéo-médullaire chez 3 pts, +/- biopsie ganglionnaire chez 2 pts, par cytogénétique chez 1 pt (IGH réarrangé CCND dupliquée sur 11q), et par Cytométrie en flux : 3 pts qui retrouvent une monoclonalité : Kappa : 1 pts et Lambda : 2 pts, avec dans tous les cas un CD5+ et CD23-.

Classification Ann Arbor : Stade IIIA : 01 cas et IV : 04 cas avec une atteinte médullaire : 3, pulmonaire : 1). Pour le facteur pronostic : MIPI : élevé : 4, faible : 1.

Traitement : Un COP de debulking fait chez tous les patients avec un traitement de première ligne à type de RCHOP : 2 cas (2 RC), RDHAOX : 2 : (1 RC, 1 RP), R-Bendamustine : 1 : RC, deuxième ligne : RCHOP : chez 1 pts en RP après R-DHAOX : RC.

Maintenance par Rituximab : 4 pts.

Délai moyen : fin de traitement et de l'apparition de la néoplasie : 27 mois (6

-77), sachant qu'un patient était sous traitement de maintenance.

Type de cancer : col utérin : 2 cas, vessie : 1 cas, thyroïde : 1 cas, hépatique : 1 cas.

Devenir : Vivant en RC : 2 cas, PDV en RC : 3 cas.

Discussion :

Dans notre série, les cancers secondaires sont plus fréquents chez les patients âgés, le tabac est le seul facteur de risque incriminé associé à la chimiothérapie, autres facteurs de risque de cancer doivent être recherchés telle que l'obésité, les facteurs génétiques et environnementaux. 6.7% de nos patients MCL traités ont développé un néo secondaire, ce qui est plus faible par rapport au taux publié par l'étude de Kossi D Abalo et al (16%). 66% de nos pts sont perdus de vue probablement décédés suite au cancer.

Conclusion :

Le traitement spécifique dans le MCL est associé à des résultats satisfaisants, cependant le risque de développer une néoplasie secondaire est plus élevé d'où l'intérêt d'un suivi régulier et la mise en place de mesures préventives de ces néoplasies si c'est possible.

P117- Etude de la variante blastoïde du lymphome à cellules du manteau

A. Kechichi, Z. Bouhadda, F.Z. Touil, I. Bouras, N. Zatout, H. Hamouda

Service d'hématologie CHU de Sétif.
Laboratoire de recherche santé et environnement UFA-Sétif 1

Introduction et Objectif :

La variante blastoïde dans le lymphome à cellules du manteau (B-MCL) est rare, plus souvent elle survient de novo, mais peut être secondaire à la transformation d'un MCL classique. Son pronostic a été amélioré par l'immuno-chimiothérapie, mais il reste péjoratif comparé la forme classique du MCL. OBJECTIFS : Préciser les caractéristiques clinico-biologiques, thérapeutiques et évolutives des B-MCL.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 ans [jan2020-dec2025], portant sur 11 pts atteints de MCL. Ces patients ont bénéficié d'une étude histologique+IHC, d'une cytométrie pour établir le diagnostic, puis traités par immunochemiothérapie

Résultats et Discussion :

Nous avons colligé 11 cas de MCL dont 4 cas (36%) de B-MCL. Les 4 patients étaient de sexe masculin, leurs âges étaient de [50-67-72ans]. Le délai diagnostic moyen était de 1 mois et demi [1-2mois]. Tous les pts avaient des signes généraux, une pesanteur de l'hypochondre gauche en rapport avec une splénomégalie. Un syndrome tumoral diffus chez 3 patients. Tous les patients avaient une anémie modérée normocytaire normochrome arégénérative, un taux d'Hb moyen de 7.75g/dl [6-10g /dl], 2pts avaient une thrombopénie sévère < 20.000. 3 patients avaient une lymphocytose et le taux moyen de lymphocyte était de 1900/mm³ [1800-22000]. Au frottis sanguin ces lymphocytes étaient de taille intermédiaire à chromatine lâche, nucléolée à cytoplasme basophile. La CMF était CD5+, CD20+, CD23-. L'étude histologique de la moelle était en faveur d'un LNH à petite cellule CD20+, CD5+ et la cycline D1 était positive dans les 4 cas. Le taux d'LDH était élevé chez 3 patients. Les 4 pts sont classés stade IV (localisation médullaire) avec un MIPI à haut risque. Le traitement : RCHOP/21 (1 patient), alternance 3RCHOP/3RDHAP (3 patients) suivi d'une maintenance par le Rituximab pendant 2 ans pour 1 patient. Evolution 1 patient vivant en RC, 3 décès en cours de traitement

Conclusion :

Le B-MCL constitue 30% des C-MCL et la participation extra nodale dans 40-60%. La variante blastoïde répond mal à la chimiothérapie conventionnelle, mais l'utilisation d'immunochemiothérapie intensive suivie d'une greffe de cellules souches autologues peut prolonger le taux de rémission et la survie.

P118- Evaluation de la prise en charge du Lymphome à Cellules du Manteau à Sétif

A. Kechichi, Z. Bouhadda, F.Z. Touil, I.

Bouras, N. Zatout, H. Hamouda

Service d'hématologie CHU de Sétif.
Laboratoire de recherche santé et
environnement UFA-Sétif 1.

Introduction et Objectif :

Le Lymphome à Cellules du Manteau (LCM) est une entité clinico biologique rare, représente 3 à 10 % des lymphomes non hodgkiniens, Il est caractérisé par une prolifération de lymphocytes B (CD5 positif), une signature chromosomique quasi-constante la t(11 ;14)(q13 ;q32) responsable de la surexpression de la cycline D1. Le traitement est très hétérogène et l'évolution est marquée par de nombreuses rechutes.

Matériels et Méthodes :

Durant la période allant de Janvier 2020 à Décembre 2024, nous avons mené une étude rétrospective portant sur le profil épidémiologique, clinique, pronostique et thérapeutique du lymphome du Manteau. Cette étude mono centrique a porté sur 11 cas pris en charge dans le service d'hématologie du CHU de Sétif. La méthode diagnostique était basée sur la biopsie ganglionnaire et l'immunophénotypage. Les caractéristiques selon l'index [MIPI] des MCL, Ki67, aspect blastoïde et radiologiques ont été colligées, ainsi que les différentes lignes de traitement ont été rapportées.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen était de 66% (47 et 78 ans). On a noté une prédominance masculine avec un sex ratio 4,5. La localisation ganglionnaire a été retrouvée dans 82%, l'atteinte de la rate dans 54%. La localisation extra-ganglionnaire est présentée par l'atteinte digestive (18%) et ORL (9%). La majorité des pts avaient un PS : 0-1 dans 73% des cas et 8 pts (73%) avaient des stades étendus (III et IV). L'infiltration médullaire a été retrouvée dans 27% des cas. Selon MIPI : score élevé (n=2), intermédiaire (n=6) et faible (n=3). L'index de prolifération est élevé (ki 67+ de 50%) chez 4 de nos patients avec la forme blastoïde. Sur le plan thérapeutique, 11 pts ont reçu une immunochimiothérapie : alternance R-CHOP/R-DHAP (4pts), R-CHOP (3 pts), RDHAP (4 pts) et 4 pts ont reçu R-Bendamustine en 2 ème ligne avec un nombre moyen de cures tous protocoles confondus 3 (1-6). Le traitement

d'entretien par Rituximab tous les 2 mois pendant 2 ans, a été indiqué chez 4 pts (dont 1 est toujours sous traitement). Le taux de réponse complète est de 64%, l'échec a été constaté chez 4 patients. La toxicité hématologique G3/4 sur les PNN a été observé chez 6 pts dont 3 ont reçu le G-CSF et 2 pts ont fait un syndrome de lyse avec une IRA. Après un temps médian de suivi relativement court de 21 mois (2-41 mois) sur les 7 patients en réponse, 4 sont vivants en réponse persistante, une rechute tardive est survenue chez 1 patient reçoit un traitement de 2è ligne. 7 patients sont décédés de causes variées : COVID 19 : 4 pts, 3 toxiques (en cours de traitement).

Conclusion :

Le lymphome à cellules du manteau est une pathologie hétérogène et réputée pour être agressive et incurable. Malgré des récents progrès thérapeutiques avec l'intensification thérapeutique suivie d'auto greffe de cellules souches périphériques et l'apparition de nouvelles thérapies (Lénalidomide, Ibrutinib...), le pronostic du LCM reste sombre

P119- Resultats therapeutiques des Lymphomes du Manteau au service d'hematologie de Sidi-Bel-Abbes

N. Siali, A. Hadjeb, K. Tayebi, M. Cherreti, A. Ramdoun, A. Elmestari, N. Zemri, M. Benlazar

CHU Sidi Belabbes

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est rare et agressif. Le traitement repose sur une association de cytarabine et de rituximab, avec autogreffe chez les patients jeunes. Le LCM est marqué par des rechutes. Cependant les thérapies ciblées sont susceptibles de modifier le traitement et le pronostic de la maladie.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective monocentrique des patients (pts) atteints de LCM entre 2010 et 2024, avec étude des caractères épidémiologiques cliniques et thérapeutiques avec calcul de la survie

globale selon Kaplan et Meier.

Résultats et Discussion :

Au total, on a colligé 26 (pts) atteints de LCM soit 20% des lymphomes, dont 19 hommes et 7 femmes, Sex Ratio (H/F)= 2.7, l'âge médian est de 70 ans, les extrêmes sont (23-84) Le diagnostic a été posé sur une biopsie ganglionnaire chez 15/26 pts (58%), une cytométrie en flux (CMF) chez 9/26 pts (35%), et sur les deux chez 2/26 pts (7%). Selon Ann Arbor : Stade I chez 2/26 pts (8%), stade III chez 11/26 pts (42%), stade IV chez 13/26 pts (50%). Selon le score pronostic MIPI ; faible chez 8/26 pts (30%), intermédiaire chez 14/26 pts (54%), et élevé chez 4/26 pts (16%). Les pts ont reçu de la chimiothérapie selon l'âge et les comorbidités : CVP : 9/26 pts (34%), RCHOP : 12/26 pts (46%), RBENDA : 4/26 pts (16%), RBAC : 1/26 pts (4%) La rémission complète (RC) a été obtenue chez 11/26 pts (42%), une rémission partielle (RP) chez 9/26 pts (34%) et un échec chez 6/26 pts (23%), Le décès a été observé chez 10/26 pts (40%) dont 2 pts (25%) par un Covid et 4 pts (75%) par progression ou échec, les rechutes tardives chez 4 pts (20%). La survie globale à 5 ans est de 60%, une médiane de survie est de 70 mois

Conclusion :

Le LCM reste malgré les indéniables progrès accomplis ces dernières années une maladie grave, plus particulièrement pour les patients en rechute ou réfractaires, chez qui l'évolution est souvent péjorative. Le traitement des rechutes ou réfractaires repose sur les inhibiteurs de BTK

P120- Variante blastoïde du lymphome à cellules du manteau : à propos de 03 cas au CHU de Béjaia

S. Takka, L. Ouamrane, Z. Brahimi, N. Lakhdari

CHU Bejaia

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) représente 5 à 10% des lymphomes malins non hodgkinien (LMNH), il est de phénotype B. La variante blastoïde représente 2 à 6%

des LCM c'est une variante à haut risque et de mauvais pronostic.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons 03 cas de patients atteints de LCM, dans sa forme blastoïde, diagnostiqués au service d'hématologie de Béjaia.

Résultats et Discussion :

1er Cas : patiente B.F, 48 ans, diagnostiqués en Avril 2014 après 06 mois d'évolution faite de signes généraux et de syndrome tumoral périphérique et profond. Diagnostic fait sur biopsie d'une adénopathie (ADP) sus claviculaire droite et à l'immunohistochimie (IHC) : CD20+, cycline D1+, Bcl2-, KI 67 à 80%. La patiente est classée MIPI 1. Elle a reçu 4 RCHOP et 4 CHOP (Rituximab non disponible), à l'issue une très bonne réponse. Traitement d'entretien de 2 ans de Rituximab® bi mensuel. Elle rechute de sa maladie 08 ans après, en mars 2025, avec une ADP cervicale droite et hypertrophie amygdalienne droite. La patiente reçoit alors 03 cures de R DHAP avec nette diminution du syndrome tumoral et Deauville 4 au Pet scan. Patiente en cours de sa 4ème cure. 2ème Cas : patiente B.N, 72 ans, diagnostiqués en Mars 2023, 6 mois après l'apparition des signes généraux et des ADP périphériques et une volumineuse splénomégalie. L' IHC retrouve: CD20+, cycline D1+, Bcl2+, CD5+, KI 67 à 85%. ELLE est classée MIPI 6 et traitée par 03 cures de R mini CHOP, suivi d'une réponse partielle à 50%. Elle reçoit alors 06 cures de R Bendamustine qui permettent une rémission complète avec au Pet scan un Deauville à 2 le 21/12/2023. La patiente est à son 10ème Rituximab d'entretien. 3ème cas : Patient A.B, 63 ans, diagnostiqué le 27/02/2025, 4 mois après apparition de signes généraux et d'ADP cervicales. L' IHC retrouve : CD20+, cycline D1+, Bcl2+, Bcl6+, CD5+, CD30+, KI 67 à 90%. Patient classé MIPI 7, au Pet scan une atteinte amygdalienne bilatérale, ganglionnaire diffuse, superficielle et profonde et atteinte gastrique pylorique. Le patient est réfractaire et évolue rapidement au cours des différents protocoles : 2 RDHAP, 01 RCHOP, 01 RBend, 01 Rituximab, 2 Brentuximab - Gemcitanine - Oxaliplatine - Prednisone. Patient sous Ibrutinib depuis le 29/07/2025. Audernier contrôle le 26/08/2025, disparition

de la splénomégalie et réduction du volume des adénopathies périphérique de 30%. Discussion Le LCM touche principalement les sujets âgés, mais les sujets jeunes ne sont pas épargnés, comme nous l'avons vu dans le 1er cas. La survenue d'un LCM au niveau des amygdales est extrêmement rare, tandis qu'elle est retrouvée chez 2 de nos malades. On remarque une évolution hétérogène chez nos malades, avec une meilleure survie chez la plus jeune malade. Aucun de nos malades n'a bénéficié de greffe vu l'accès difficile. L'ibritinib chez le dernier malade est prometteur.

Conclusion :

Les patients atteints de LCM blastoïde restent un défi thérapeutique avec nos moyens.

P121- Localisation

Extraganglionnaire Primitive sans atteinte nodale du Lymphome à Cellules du Manteau. À propos d'une série de cas

S. Bougherira, F. Grifi, H. Mehennaoui

CHU Annaba

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est une tumeur maligne rare, représentant environ 6% de tous les cas de lymphome non hodgkinien. Le LCM peut être un cancer agressif touchant le plus souvent les hommes âgés de plus de 60 ans. Les patients présentent généralement une maladie avancée, avec une tendance à l'atteinte extraganglionnaire. Celle-ci est souvent présente, primaire dans 25% des cas et apparaissant dans plus de deux sites dans 30 à 50% des cas. Les sites extraganglionnaires les plus couramment envahis sont la moelle hématopoïétique (60-70%), la rate (35%), l'anneau de Waldeyer et le tractus gastro-intestinal (estomac, intestin). D'autres sites peuvent être impliqués

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective menée au service d'hématologie du CHU d'Annaba, sur une période de 10 ans de 2015 à 2024.

Parmi de tous les LCM colligés, 25 cas (38%) se sont présentés avec une localisation extraganglionnaire primaire. Ont été exclus de cette étude, les formes ganglionnaires associées. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement sanguin et médicamenteux. Le diagnostic du LCM est confirmé histologiquement (CD5, Cycline D1 positifs). Chez 7 patients, l'immunophénotypage lymphocytaire était caractéristique de celui du LCM dans les sept cas avec un score de Matutes ≥ 3 . L'analyse cytogénétique n'est réalisée que chez 9 patients. Un bilan d'extension est réalisé chez tous les patients.

Résultats et Discussion :

Le recrutement annuel est de 4 cas. L'âge médian de nos patients est de 65 ans avec un sex ratio de 2.57. Le délai moyen de consultation est de 4 mois. Le Performans Status est bon chez 19 pts, et les signes B sont présents chez 10 pts. La symptomatologie clinique est exprimée selon la spécificité de l'organe atteint. Les sites les plus fréquemment atteints sont : les amygdales (6 pts), le cavum (5), le tube digestif (7). 8 patients avaient 2 ou plusieurs localisations extraganglionnaires. La stratification histologique a objectivé la variante blastoïde chez 6 patients. La translocation (11;14) a été retrouvée chez 9 patients. Selon le score pronostique, le MIPI, 6 patients classés faible risque, intermédiaire dans 6 cas et élevé dans 13 cas. Tous les patients ont reçu une chimiothérapie plus ou moins associée au Rituximab dont le protocole le plus utilisé est le RCHOP +/- R Aracytine, suivi par le VRCAP. Un taux de réponse globale a été obtenue chez 60% des patients. 8 patients sont décédés de cause diverse.

Conclusion :

Le LCM peut se présenter sous forme d'une maladie systémique avec de multiples atteintes, ou parfois avec des manifestations extraganglionnaires limitées à un seul site. Le type et le nombre des sites atteints influencent l'étendue de la maladie et la stratégie de traitement.

P122- Les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des lymphomes à cellules du

Manteau suivis au CHU de Bejaia sur une période de 05 ans.

L. Ouamrane, Z. Brahimi, N. Lakhdari

CHU Bejaia

Introduction et Objectif :

Introduction : Le lymphome du manteau représente 6% des lymphomes non hodgkiniens (LNH). Il est caractérisé par la translocation chromosomique t (11;14) (q13;32) responsable d'une surexpression de la cycline D1. Cette dernière participe à l'oncogenèse en favorisant la progression du cycle cellulaire. Il touche le sujet adulte de plus de 60 ans et le pronostic est assez sombre puisque la survie médiane est estimée à 4 ans. Objectifs : Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des LNH du manteau suivis au CHU de Bejaia.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive sur 05 ans, de Janvier 2020 à Décembre 2024, portant sur les patients atteints de LNH du manteau suivis au niveau du service d'hématologie du CHU de Bejaia.

Résultats et Discussion :

De janvier 2020 à décembre 2024, nous avons suivis 227 patients atteints de LNH dont 15 patients (6.6%) présentent un LNH du manteau. Concernant ces LNH du manteau, l'âge médian est de 68 ans (40 - 82 ans). Il s'agit de 12 hommes (80%) et de 03 femmes (20%) avec un sex-ratio H/F = 04. Le diagnostic est posé après étude anatomopathologique et immunohistochimique d'une biopsie ganglionnaire chez 08 patients (53%), d'une biopsie ostéo-médullaire chez 03 patients (20%), une biopsie amygdalienne chez un patient (6.6%), une biopsie prostatique chez un patient (6.6%). Chez 02 patients (13.33%), le diagnostic est fait sur cytométrie en flux. La cycline D1 est positive dans tous les cas. Trois patients (20%) étaient en conversion leucémique et 02 patients avaient une forme blastoïde (13.33%). Quatorze patients étaient au stade IV d'Ann Arbor et un patient au stade III. Sept patients (46%) avaient une atteinte gastrique. Huit patients avaient des signes généraux. Concernant le score MIPI, douze patients étaient en bas risque et trois en risque intermédiaire.

Tous les patients ont été traités comme suit : RCHOP : 05 cas, R mini CHOP: 03cas, RCOP : 01cas, alternance RCHOP/ RDHOX : 01cas, Br. CAP: 01cas, RDHOX : 02cas et R-Bendamustine : 02cas. La rémission complète a été obtenue chez dix patients (66,66%), une rémission partielle obtenue chez un patient et c'était un échec chez 04 patients (26,6%). Les patients en rémission complète ont reçu un traitement d'entretien par du Rituximab et les autres ont reçu un traitement de 2ème ligne. Un seul patient a reçu une intensification thérapeutique suivie d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Trois patients ont rechuté, un précocement, deux tardivement. La survie globale moyenne est de 25mois (01 mois-53mois). Au mois d'aout 2025, huit patients sont vivants en rémission complète, deux patients sont vivants en rémission partielle et cinq patients sont décédés.

Conclusion :

Le LNH du manteau est une hémopathie à évolution agressive avec un risque élevé de rechute malgré les progrès de l'immunochimiothérapie et de l'autogreffe. Les nouvelles thérapies ciblées et cellulaires tendent à améliorer la survie.

P123- Aspects épidémiologique clinique et thérapeutique du lymphome de manteau

Y. Sari¹, L. Kazi², N. Houti¹, M. Flitti¹, L. Aici¹, W. Haba¹, N. Benhazil¹, N. Mesli², F. Bendahmane¹

(1) EHS-CAC Ahmed Ben Bella Tlemcen, (2) CHU Tlemcen

Introduction et Objectif :

Les lymphomes du manteau sont des lymphomes rares (05 à 08% des lymphomes). Il s'agit d'une pathologie de l'adulte, mais il est généralement restreint aux adultes après 45 ans. Malgré une réponse initiale aux traitements, il récidive souvent et parfois rapidement, et est donc un véritable challenge pour la prise en charge et le traitement. Objectifs : Analyser les aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques du lymphome de manteau au sein du service d'hématologie du CAC Tlemcen

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective (2018-2024), portant sur des patients (pts) adultes présentant un lymphome de manteau, suivie et traitée au niveau du CAC TLEMCEN. Les données recueillies comprenaient les caractéristiques démographiques, les signes cliniques, le stade selon Ann Arbor, le protocole thérapeutique utilisé, la réponse au traitement et le suivi évolutif.

Résultats et Discussion :

Au total, 17 patients ont été inclus avec un âge médian de 68 ans (49-87 ans), une prédominance masculine avec un sex-ratio à 4,6. Le PS était ≥ 2 chez 13 pts (76,5%), inférieur à 2 chez 4 pts (23,5%), plus de 80 % de nos patients avaient des signes généraux. Le diagnostic était posé par étude histologique d'une biopsie ganglionnaire plus immunomarquage chez 13 patients, 1 patient par CMF et 03 patient par BOM. Tous nos patients étaient diagnostiqués à un stade étendu de la maladie dont 08 pts (47%) étaient au stade IV et 09 pts (53%) au stade III. 06 pts avaient un envahissement médullaire, le taux de LDH était supérieur à la normale dans 32% des cas. Sur le plan thérapeutique 07 pts (41%) ont été mis sous protocole RCHOP, 06 pts (35%) sous protocole RDHAC, 02 pts (12%) ont reçu le protocole RBAC, 01 patient RCVP et 01 patient RMINICHOP. L'évaluation a été faite chez 15 patients (02 était perdu de vue) dont 08 pts (53,5%) étaient en RC, 04 pts (26,5%) en RP et 03 pts (20%) étaient en échec thérapeutique. 02 patients ont reçu une autogreffe et 08 patients ont les cures d'entretien par le RITUXIMAB pendant 02 ans. 09 patients (52%) sont vivants en RC, 02 patients perdus de vue et 06 patients (35%) sont décédés en échec thérapeutique.

Conclusion :

Nos données montrent que le lymphome de manteau est peu fréquent avec une nette prédominance masculine, la majorité des patients sont à un stade avancé au diagnostic, sa reste un lymphome agressif vu le taux de décès dû à la maladie. De nouvelles molécules sont apparues, qui permettent d'avoir de grands espoirs pour les années à venir.

lymphome du manteau

F. Mezhoud, M. Benhalilou, S. Keebaili, S. Lafri, S. Benlhadj, S. Bouabdellah, N. Salhi, Z. Ouchenane

CHU Constantine

Introduction et Objectif :

Le lymphome du manteau (LCM) est une hémopathie maligne rare, représentant environ 5 à 7 % des lymphomes non hodgkiniens de l'adulte. La forme leucémisée correspond à une infiltration sanguine et médullaire massive par les cellules du manteau. On distingue deux formes : la forme indolente appelée le LCM leucémisé non nodal, et la forme agressive le LCM classique leucémisé, dans laquelle la présence de cellules circulantes s'accompagne d'une atteinte nodale et médullaire. Objectifs : Etudier le profil clinique, biologique et évolutif des patients présentant un lymphome du manteau leucémisé.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective monocentrique portant sur une période de 5 ans (Janvier 2020 à Décembre 2024), tous les dossiers des patients atteints de LCM ont été analysés. N=18. Les patients avec une forme leucémisée ont été sélectionnés (9 patients), tous ces patients ont bénéficié d'un frottis sanguin, d'une cytométrie en flux et d'une étude anatomopathologique + immunohistochimique ganglionnaire et médullaire avec cycline D1 positive. La FISH a été réalisée chez 2 patients.

Résultats et Discussion :

L'âge médian était de 60 ans (48-80), Tous nos patients étaient de sexe masculin, le délai médian de diagnostic était de 3 mois (2-12 mois), 45% des patients avaient un ECOG ≥ 2 . Les principales manifestations cliniques incluaient : splénomégalie (89 %), adénopathies (78 %), hépatomégalie (11 %). Selon la classification Ann Arbor tous les patients étaient de stade IV médullaire, 66,6% présentaient les symptômes B, 1 patient avait une localisation intestinale, 1 patient avait une localisation cutanée, 2 patients avaient un Bulky médiastinal. La numération lymphocytaire médiane était de $30 \times 10^9/L$ (7 - 90); tous les patients présentaient une anémie (6-12), et 22 %

une thrombocytopénie ($10 - 280 \times 10^9/L$). La cytométrie en flux était réalisée chez tous les patients : score de Matutes < 3 chez 89%, le diagnostic histologique a été porté sur la biopsie ganglionnaire 77%, la biopsie médullaire 33%, dont l'immunohistochimie était CD20+ CD5+ CD23-CD10- CyclineD1+ chez 100% des cas. Sur le plan morphologique : 78% forme classique dont 1 patient avait une forme blastoïde, 22% forme à petites cellules. L'étude cytogénétique FISH t (11-14) a été réalisée seulement chez 2 patients revenant positive. Selon le score pronostic MIPI : 11% risque faible, 33% risque intermédiaire, 55% risque élevé. Sur le plan thérapeutique : 44% traité par le protocole R Bendamustine, 33% RDHAC, 22% alternance RCHOP/RDHAC, taux de (RC-RCI) : 67%, taux d'échec : 33% ayant nécessité une deuxième ligne thérapeutique. Aucun patient n'a été autogreffé, 44% ont bénéficié d'une maintenance à base de rituximab chaque 2 mois. A la date de point 30/06/2025 : 5 patients sont toujours vivants en RC persistante, 4 patients sont décédés dont 2 progression, 2 d'une cause extra hématologique. Le suivi médian était de 40 mois.

Conclusion :

Le LCM leucémisé représente une entité particulière et hétérogène, nécessitant une prise en charge adaptée. La forme indolente est de meilleur pronostic que la forme classique leucémisée.

P125- Aspects clinico- biologique et évolutif du lymphome du manteau

F. Mezhoud, S. Kebaili, M. Benhalilou, S. Benlhadj, S. Lafri, S. Bouabdellah, N. Salhi, Z. Ouchenane

CHU Constantine

Introduction et Objectif :

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

évolutif s'étend de formes indolentes, parfois découvertes fortuitement, à des variantes agressives telles que les formes blastoïdes et pléomorphes, caractérisées par un fort index de prolifération et un pronostic défavorable. Objectifs Analyser les différentes caractéristiques cliniques, biologiques et évolutifs du lymphome à cellules du manteau.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une période de 5 ans (De Janvier 2020 à Décembre 2024), tous les dossiers des patients atteints de LCM ont été analysés N=18. Le diagnostic de LCM a été posé par la biopsie ganglionnaire et/ou médullaire confirmé par l'immunohistochimie (CD20+ CD5+ CD23-CD10- CyclineD1+) ou SOX11+.

Résultats et Discussion :

L'âge médian était de 67 ans (48-87), 14 hommes et 4 femmes, le délai médian de diagnostic était de 3 mois (2 - 12 mois), Sur le plan clinique : ECOG ?2 (44%), symptômes B (72%), adénopathies (89 %), splénomégalie (61 %), hépatomégalie (16 %), Localisations extra nodales : tractus gastro-intestinal (11%), poumon (5%), cutané (5%), sphère ORL (5%). Stade clinique : Majoritairement stades III et IV (94%) selon Ann Arbor, infiltration médullaire chez (66 %), Bulky (28%) Sur le plan biologique La numération leucocytaire médiane était de $8 \times 10^9/L$ ($3,2 - 103 \times 10^9/L$; taux d'Hb médian 10 g/dl (6 -12 g/dl), taux de plaquettes médian $150 \times 10^9/L$ (10-453) La cytométrie en flux était réalisée chez 9 patients, le diagnostic histologique a été porté sur la biopsie ganglionnaire chez 12 patients, la biopsie médullaire 5 patients, biopsie pleurale 1 patient dont l'immunohistochimie était CD20+ CD5+ CD23-CD10- CyclineD1+ (94%) et Sox 11 + (5%). Morphologie : forme classique 83%, forme indolente 11%, variante blastoïde 6%. L'étude cytogénétique FISH t (11-14) a été réalisé chez 2 patients (+). Profil pronostique (MIPI) : Score élevé pour 9 pts, intermédiaire pour 8 pts, faible pour 1 pts. Traitements reçus : Immunochimiothérapie : R Bendamustine (8 pts), R-DHAC (4 pts), R-CHOP/R-DHAP en alternance (4 pts), R-CHOP (2 pts), aucun patient n'a été autogreffé. Entretien par rituximab tous les 2 mois pendant 2 ans chez 50% des patients. Réponses et suivi : Taux de RC : 61 % ; échec : 33%, non évalué :

6% Sur les 11 patients en réponse complète, 9 étaient en réponse persistante après un suivi médian de 45 mois (7 mois – 56 mois). 2 ont rechutés. Devenir des patients à la date de point 30/06/2025 : 9 vivants, 7 DCD, 2 PV.

Conclusion :

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

P126- Unusual cecal presentation of blastoid mantle cell lymphoma involving peripheral blood and creating a confusing condition of acute leukemia: a case report

S. Hadj Said

EPH Maghnia

Introduction et Objectif :

Blastoid mantle cell lymphoma B-MCL is an aggressive rare variant of MCL characterized by medium- to large-sized lymphoid cells with high mitotic and proliferative index. It can arise de novo or as a transformation from classical MCL. It is challenging to diagnose it based on morphology features alone as it mimics other neoplasms. Hence, immunophenotyping and molecular studies are of great importance. Herein, we describe an interesting case of B-MCL presenting as a solitary cecal mass in elderly patient with history of chronic renal impairment and hypertension.

Matériels et Méthodes :

Its about a 76 year-old man who presented to emergency department with acute-onset diffuse abdominal pain and melena. The pain was intermittently radiating to the suprapubic area. On examination, the abdomen was soft and diffusely tender on light palpation but without peritoneal signs. the patient appeared in mild distress

due to pain. No recent history of nausea, vomiting, diarrhea or recent weight loss. A combining of laboratory, imaging and histopathology work-up was planned in order to explain his acute progressive pain.

Résultats et Discussion :

Laboratory testing: FBC: Hb 121 g/L, WBC 245 G/L (neutrophils 1.4 G/L) and platelets 54 G/L. U&Es: Creatinine 246 μ mol/L, eGFR 23 mL/min. LFTs: bilirubin 58 μ mol/L, ALP 650 U/L. Serum LDH: 718 U/L. Blood film: a marked lymphocytosis with medium to large cells, many with prominent and multiple nucleoli. Some nuclei had prominent clefts. The chromatin pattern was quite delicate, leading to predict an acute leukemic process. However, the BM aspirate was normal. Flow cytometry analysis: a mature clonal (kappa bright restricted) CD5- B-cell lymphoproliferative disorder. The cells co-expressed CD20 bright, CD38, FMC7, CD79b and HLA-DR. CD34, CD117 and CD23 were negative. An aberrant expression of CD10 was also detected. Endoscopic images: nodular mucosa in the ascending colon and the cecum. An ulcerated and partially obstructing large cecal mass with regional lymphadenopathy. Histopathological analysis of cecal biopsy and immunostaining: a blastoid morphology with high Ki-67 index 64%, a Cyclin D1 overexpression, resulting from the t(11;14) which is a hallmark confirming and distinguishing MCL from other lymphomas. FISH analysis was positive for CCND1/IGH [t(11;14)] gene rearrangement, supporting the MCL diagnosis. This case highlights the rarity of cecum as the initial presentation of the B-MCL, an extra nodal site with aberrant CD10 expression that carry an overall poor prognosis and the confusing morphological features of blood involvement. CD10-positive MCL can be mistaken immunophenotypically for LBCL as well as mimicking morphologically acute leukemia, so it requires a genomic analysis as a way out. B-MCL, affecting the cecum especially, exhibit additional genetic alterations, including mutations in TP53, ATM, or RB1, leading to genomic instability and increased aggressiveness.

Conclusion :

The patient's disease continued to advance, resulting in death. This case underscores the aggressive nature of B-MCL of the

GI tract, need for early recognition, a multidisciplinary approach to establish rapidly the diagnosis and improve outcomes in such patients.

P127- Efficacité et tolérances de l'Ibrutinib dans les Lymphomes à Cellules de Manteau : A propos de 02 cas

S. Oukid, S. Taoussi, F. Lamraoui, A.A. Ziani, YM. Bouchakor, N. Rekab, M.K. Benlabiod, M. Mezroud, M. Bradai

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

Les Lymphomes à Cellules de Manteau (MCL) sont des pathologies rares mais à caractère agressif et incurabilité du aux rechutes constantes. L'amélioration des méthodes diagnostiques et la compréhension de la physiopathologie ont permis l'utilisation de nouvelles molécules (thérapie-ciblée) avec allongement de la survie (1).

Observations :

Cas N°1 : Patient KM âgé de 57 ans hypertendu connu bien équilibre consulte en Janvier 2020 pour exploration des adénopathies cervicales et inguinales de 10 à 20 mm évoluant depuis 03 mois associées à une pancytopénie. Au frottis sanguin : Cellules jeunes à 05% et lymphocytes à 42% et au médullogramme : Lym: 63%. L'immunophénotypage par CMF sur sang et MO: Population lymphoïde B avec monoclonalité Lambda et score Matutes : 3/5 (CD5+, CD23-).

Immunohistochimie de la ponction biopsique osseuse confirme MCL avec une surexpression de la cyclineD1. FISH : t(11;14) à 98% avec Del ATM à 49% et absence de Del P53. Classification d'Ann Arbor: Stade IVB en conversion leucémique Bulky avec un MIPI faible(3) d'où indication 03 cures R-CHOP : échec puis 02 cures R-DHAox: échec d'où indication de 04 cures R-BAC soldé d'une RC>75% d'où indication d'une maintenance de Rituximab.

En Décembre 2023, à 12 mois de fin de traitement, rechute ganglionnaire en stade IVA Bulky avec un MIPI faible d'où indication d'un COP débulking. Le 21 Janvier 2024 indication de la thérapie ciblée l'Ibrutinib à dose de 560mg/j. L'évaluation à J60, patient en rémission complète>75%. Au cours de suivi le patient a présenté une hyperuricémie à J35 bonne évolution sous traitement. A J86, le patient a présenté des pics hypertensifs à 190/90 mm Hg d'où indication de réduction de dose de l'Ibrutinib à 03gel/j avec changement de traitement de la tension après avis du cardiologue, bonne évolution. A J99 TA normale d'où reprise de la dose initiale. Patient vivant en RC à 19 mois d'Ibrutinib avec une bonne tolérance.

Cas N°2 : Patient BA âgé de 54 ans consulte en Février 2024 pour exploration de douleurs abdominales évoluant depuis 15 jours, à l'examen : adénopathies généralisées de 10 à 20 mm associées à une splénomégalie (DS : 21 cm) et une bicytopénie avec une hyperlymphocytose 28800 elt/ul. L'immunophénotypage par CMF sur sang : monoclonalité Lambda et score de Matutes : 2/5 (CD5+, CD23-) et CD200-.

Immunohistochimie de la PBO : Lymphome à petits cellules B. FISH: t(11;14) à 79% et absence de Del P53 et de Del ATM. Classification selon Ann Arbor : Stade IVB en conversion leucémique avec localisation gastrique Bulky et un MIPI fort : 9 d'où indication de 02 cures R-CHOP échec puis 02 cures R-DHAox échec.

En Juillet 2024, indication de l'Ibrutinib 560 mg/j. L'évaluation à J60 : RC. Au cours de suivi le patient a présenté une hyperuricémie à J35 bonne évolution sous traitement. Patient vivant en rémission complète et sous Ibrutinib depuis 13 mois avec une bonne tolérance.

Conclusion :

Dans ces 02 cas multi-réfractaires et qui sont en impasse thérapeutique, l'utilisation de l'Ibrutinib a permis l'obtention d'une RC avec une tolérance satisfaisant. Nécessitant un suivi à long terme.

P128- Intensification thérapeutiques suivie

d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques non cryopréservées dans le Lymphome à Cellules de Manteau : A propos de 02 cas

S. Oukid, F. Lamraoui, S. Taoussi, A.A. Ziani,
Y.M. Bouchakor, N. Rekab, M.K. Benlabiod,
M. Mezroud, Z. Ferdi, M. Bradai

Service Hématologie, EHS ELCC Blida.
Université Blida 1, Laboratoire de
recherche sur les Hémopathies Malignes
et les Hémoglobinoopathies, Faculté de
Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

Le lymphome à Cellules de Manteau(MCL) est une pathologie de mauvais pronostic. Les études ont démontré l'intérêt de l'intensification thérapeutique avec autogreffe chez le sujet jeune, qui permet une amélioration de la survie sans progression et de la survie globale comparée à la chimiothérapie seule.(1)

Observations :

Cas N°1: Patiente KN âgée de 52 ans consulte en Novembre 2022 pour exploration d'adénopathies cervicales de 50 mm et une splénomégalie II évoluant depuis 12 mois. Bilan: Hyperlymphocytose : $271000 \text{elt}/\mu\text{l}$ avec une anémie modérée normocytaire normochrome arégénérative. L'immunophénotypage par cytométrie en flux : score de Matutes 1/5 en faveur MCL. La FISH retrouve un réarrangement de l'IgH 57%. Classée en Stade IVB en conversion leucémique avec forte masse tumorale et un MIPI élevée = 7.

Patiente a reçu 6 cures R-DHAOX soldée d'une rémission complète (RC) d'où indication du traitement de maintenance par Rituximab avant l'AG. A 03 mois de la fin de traitement d'induction, mobilisation par G-CSF et Plerixafor qui ont permis de faire 02 cytophères. Intensification par le protocole EMA (Etoposide, Aracytine, Melphalan) et transfusion d'un greffon = $9.99 \times 10^6 \text{CD}34^+/\text{kg}$. Au cours de son aplasie de 15 jours, elle a reçu 8 CUP et 2 concentrées globulaires, elle a présenté des troubles ioniques et une colite avec une bonne évolution sous traitement symptomatique. L'évaluation à 2 mois de l'AG retrouve une

patiente en RC. Patiente vivante en RC à la 10^{ème} injection de Rituximab (R10) de maintenance avec une durée de suivie de 34 mois.

Cas N°2: Patiente SZ âgée de 59 ans suivie depuis Juillet 2020 pour un Lymphome de Hodgkin inter-folliculaire (CD30+,CD15+), classée en Stade III, IPS=2 ayant reçue 06ABVD soldée d'une RC de 25 mois.

En Décembre 2022, elle consulte pour réapparition d'adénopathie cervicale avec un œdème en pèlerine; une biopsie ganglionnaire faite conclu à un MCL Cycline D1+, devant ce résultat une relecture de la 1^{ère} biopsie a été redemandé qui confirme le diagnostic HDK mais avec une composante d'un MCL. Elle a été classée en Stade IIIA avec un MIPI intermédiaire (4).

Indication de 04 cures R-DHAOX avec l'obtention d'une RC en attendant une autogreffe, elle a reçu 02 cures de maintenance de Rituximab. A 05 mois de la fin d'induction, mobilisation par G-CSF seul qui a permis de faire 03cytophères puis intensification par EAM avec transfusion d'un greffon riche de $21.23 \times 10^6 \text{CD}34^+/\text{kg}$. Au cours de son aplasie de 12 jours, elle a reçu 07CUP, et a présenté des troubles ioniques, une fièvre mais bilan bactériologique négatif et une thrombose de la chambre implantable mise sous anticoagulant à dose curatrice avec une bonne évolution.

Patiente vivante en RC à R10 de maintenance avec une durée de suivie de 60 mois.

Conclusion :

Dans ces observations, l'autogreffe de CSH non cryopréservées avec transfusions de greffon riche est possible avec un profil de tolérance satisfaisant mais nécessite un suivi à long terme.

P129- Le protocole R-VCAP dans le lymphome à cellules du manteau (LCM): Évaluation de la réponse thérapeutique chez des patients (pts) non éligibles à l'intensification thérapeutique

H. Herbadji

EHS Sétif

Introduction et Objectif :

Chez les patients âgés atteints de lymphome à cellules du manteau non éligibles aux traitements intensifs, la maladie reste incurable. Diverses chimiothérapies combinées au rituximab ont été explorées. Le Mantle Cell Lymphoma International Prognostic Index est l'index pronostique le plus largement utilisé pour guider la stratégie thérapeutique. Objectif: Évaluer la réponse thérapeutique et la tolérance du protocole R-VCAP chez des patients atteints de LCM.

Matériels et Méthodes :

c'est une étude rétrospective sur une période de 8 ans (2017- 2025). Elle a inclus 6 pts atteints de LCM traités par le protocole R VCAP. Les données ont été extraites des dossiers médicaux des patients et analysées à l'aide du logiciel Excel

Résultats et Discussion :

L'étude a concerné 6 pts de sexe masculin, avec une médiane d'âge de 65 ans (50-70 ans). Les circonstances de découverte étaient des adénopathies périphériques chez 5 pts et des troubles digestifs chez 1 patient. Sur le plan clinique, 5 pts présentaient une atteinte ganglionnaire et splénique, et 1 patient avait une forme digestive type douleurs proctologiques et réctorragies à répétition. Biologiquement, les taux d'hémoglobine et de plaquettes étaient normaux chez tous les patients. Une hyperleucocytose a été notée chez 2 patients, dont un en conversion leucémique (GB: 12000, avec présence de 11% de cellules lymphomateuse de grandes taille). En plus de cette forme leucémisée la PBO était envahie chez un patient. Concernant la stadification, 1 patient était au stade II, 3 au stade III et 2 au stade IV par atteinte hépatique. Le MIPI était de 2 chez 4 patients, et 2 patients ont des MIPI à 5 et 8). Le protocole R-VCAP a été utilisé en première ligne chez 4 pts et en deuxième ligne chez 2 pts (5 cycles en moyenne, 3-6 cures). La réponse thérapeutique a été favorable, avec 4 RC post-induction. Chez les 2 patients en rechute, on a observé 1 RP et 1 échec. Les patients répondeurs ont été mis sous traitement. La tolérance au

traitement était globalement bonne, bien que quelques toxicités hématologiques aient été observées chez 3 pts. Une neuropathie périphérique de grade 1-2 a été observée chez 1 patient. Des complications infectieuses ont été notées chez 2 patients (un abcès dentaire et un herpès labial). Au 31/7/2025, 4 patients sont vivants en RC (suivi médian de 31,66 mois (4-71 mois), 3 patients parmi eux ont un MIPI à 2, et un patient a MIPI à 5, 1 patient est vivant sous traitement (MIPI à 2), et 1 patient est décédé d'une aplasie post-chimiothérapie en RC (70 ans, stade IV hépatique, MIPI: 8)

Conclusion :

L'évaluation de notre cohorte de patients sous protocole RVCAP a montré une réponse favorable, avec 4 RC sur 6 patients. L'ajout du bortézomib représente une avancée majeure dans le traitement du LCM en première ligne chez les patients non éligibles à une intensification thérapeutique.

P130- Lymphome à cellules du manteau : Profils épidémiologiques, clinico-biologiques et prise en charge thérapeutique. Expérience monocentrique du service d'hématologie, CLCC-Sétif

M. Medani

EHS Sétif

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau est un sous-type rare de lymphome non hodgkinien à lymphocytes B, représentant environ 6 % des cas aux États-Unis et 7 à 9 % en Europe. Il est caractérisé par la translocation spécifique t(11;14) (q13;q32). Il se manifeste souvent par des adénopathies, une splénomégalie et une dissémination fréquente vers d'autres organes. Objectif: Déterminer les profils épidémiologiques, clinico-biologiques et la PEC thérapeutique des patients atteints de LCM dans notre service.

Matériels et Méthodes :

Cette étude rétrospective menée sur une période de 7 ans (2018-2025), concernant 15 patients. Les données sont recueillies à partir des dossiers médicaux et analysées par les logiciels Excel et SPSS version 19.

Résultats et Discussion :

Il s'agit de 15 pts atteints de LCM. L'âge médian: 68 ans (50-82 ans), avec une nette prédominance masculine, un sex-ratio H/F de 14:1. Les comorbidités les plus fréquentes: l'HTA (4 pts) et le diabète (3 pts). Les circonstances de découverte étaient des adénopathies périphériques (6 pts), des troubles digestifs (3 pts) et des symptômes oto-rhino-laryngologiques (3 pts). Sur le plan clinique, 12 patients présentaient un PS?2. Le délai médian de diagnostic: 6,3 mois (2-24). Biologiquement, les taux d'hémoglobine et de plaquettes étaient normaux chez 11 et 14 pts respectivement. Une hyperleucocytose a été retrouvée chez 4 pts, dont un présentait une conversion leucémique. Deux patients ont présenté une infiltration médullaire et une atteinte méningée respectivement. Histologiquement, 13 pts présentaient une forme classique et 2 pts une forme blastoïde. Concernant la stadification: 5 pts étaient au stade III et 6 au stade IV). Seulement 4 pts étaient au stade localisé. Pour le score pronostic MIPI: 8 pts avaient un MIPI faible, 5 pts ont un MIPI intermédiaire et 2 pts ont un MIPI élevé. Le traitement de première ligne: 4 RVCAP, 2 RminiCHOP, 2 RCHOP, 2 RDHAC, 1 RCHOP/RDHAP, 1 RCOP, et 1 RBendamustine. La réponse au traitement initial a été la suivante: une RC: 9 pts (64%), une RP: 1 patient et 2 pts étaient en échec. Cinq patients en réponse ont bénéficié d'un TRT de maintenance. Les patients en réponse (9 RC + 1 RP) avaient un MIPI faible ou intermédiaire (4 RC). Les 2 pts en échec avaient un MIPI intermédiaire et élevé. Une rechute tardive a été observée chez 3 pts en réponse dans un délai moyen de 28 mois (12-40 mois). Ils ont tous reçu un traitement de rattrapage de type Ibrutinib, Chlorambucil ou RCHOP/RDHAP. Au 31/07/25, après un suivi médian de 30 mois (8-77), 6 pts sont vivants (4 RC, 1 RP et 3 vivants sous TRT), et 5 patients sont décédés. La SG et la SSE à 6 ans sont respectivement: 25 % et 16,66 %.

Conclusion :

Notre étude met en évidence le profil clinique hétérogène du LCM. Bien

que la majorité des patients répond favorablement à la chimiothérapie initiale, la maladie reste une entité à haut risque de rechute.

P131- Le lymphome à cellules du manteau : Présentations cliniques extra-ganglionnaires inhabituelles. À propos de 3 cas

H. Herbadji

EHS Sétif

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau est une hémopathie maligne rare qui débute généralement par une atteinte ganglionnaire. Cependant, il peut se manifester d'emblée par des localisations extra-ganglionnaires variées, telles que la moelle osseuse, le TD, les voies aériennes supérieures, la peau ou le SNC. Objectif: Rapporter trois cas cliniques de LCM avec une présentation initiale extra-ganglionnaire afin de souligner l'hétérogénéité de la maladie et les défis diagnostiques.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit de 3 observations, les données des patients sont recueillies à partir des dossiers médicaux.

Résultats et Discussion :

Cas clinique 1: Le patient Z.I, âgé de 66 ans, aux antécédents personnels de maladie hémorroïdaire, présentait depuis 10 mois des épisodes de rectorragies à répétition. L'examen clinique et biologique était sans particularité. Une colonoscopie a révélé des formations polypôides dont la biopsie a confirmé un LCM classique. Le bilan d'extension a classé la maladie en stade II E (MIPI: 2). Le patient a reçu 6 cures R-VCAP, après lesquelles il a présenté une toxicité neurologique G 3-4. L'évaluation de fin du traitement a objectivé une RC qui se maintient depuis 77 mois. Il n'a pas reçu le traitement d'entretien. Cas clinique 2: Le patient M.T âgé de 59 ans, aux ATCD de diabète, se plaignait depuis 3 mois d'une obstruction nasale et de bourdonnements d'oreille. A l'examen clinique, il a un PS: 1, des signes généraux positifs, une hypertrophie

amygdalienne bilatérale, une masse du voile du palais et une obstruction nasale, la naso-fibroscopie montre une tumeur cavaire bourgeonnante, et une gastrite à la FOGD. Les 2 biopsie cavaire et gastrique sont en faveur d'un LCM classique. Les données de l'hémogrammes sont correctes, la PBO et la PL sont normales. Après le bilan d'extension la maladie est classée stade IVE, MIPI:1. Le patient est traité par l'alternance RCHOP/RDHAP, total de 8 cures permettant une RC, puis il a bénéficié 11 cycles de maintenance. Après 40 mois de RC, une rechute a été observée, d'où reprise du protocole initial, dont il a reçu 2 cures, mais il est décédé d'un syndrome de Guillain Barré. Cas clinique 3: patient A.L, 74 ans, hypertendu, a été traité pendant 2 mois pour une angine sans succès. L'examen ORL a révélé une hypertrophie amygdalienne. La biopsie a confirmé un LCM classique. Le bilan d'extension était négatif, classant la maladie en stade I E (MIPI: 4). Le patient a reçu 6 cures de R-Benda, au terme desquelles une RC a été obtenue, puis surveillance, malheureusement, il est décédé, 4 mois après la RC d'un syndrome infectieux.

Conclusion :

Le LCM est une maladie rare caractérisée par une présentation clinique et anatomopathologique hétérogène. Son diagnostic nécessite une approche multidisciplinaire, car les atteintes extraganglionnaires sont fréquentes et variées.

P132- Prise en charge du lymphome à cellules du manteau : expérience de l'hôpital militaire d'Oran.

N. Belkacemaoui, M. Aberkane, S. Abderrahmani, Y. Ghassoul, S. Baghdad

Hôpital militaire d'Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est une hémopathie lymphoïde B mature, caractérisée par la présence d'une translocation réciproque entre le chromosome 11 et le chromosome 14, aboutissant à l'augmentation de

l'expression de la protéine cycline D1 qui favorise la prolifération des cellules tumorales. En dehors des formes indolentes, le LCM est une hémopathie agressive. But de l'étude : Evaluation clinique, pronostique et thérapeutique.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 05 ans (2020 -2025), 09 patients ont été diagnostiqués et pris en charge à l'hôpital militaire d'Oran.

Résultats et Discussion :

Sur une période de 05ans, 09 patients suivis pour un lymphome du manteau ont été colligés au service d'hématologie de l'hôpital militaire d'Oran. L'âge moyen des patients est de 62,5 ans et la sex-ratio est 8/1 (nette prédominance masculine). Les signes généraux étaient présents chez 06 patients (66,6%). La présentation de la maladie sous forme blastoïde a été observée chez 06 patients (66,6%) et la forme classique chez 03 patients (33,4%). La biopsie ostéo-médullaire a été trouvée infiltrée chez 08 patients (88,8%) et tous les patients ont été classés stade IV selon la classification d'Ann Arbor. Pour le score pronostique, 05 patients (55,5%) ont présenté un haut risque, 02 patients ont présenté un risque intermédiaire et 02 patients un risque bas. Pour le traitement, 07 patients ont été traité par le protocole R DHAC, un patient a été traité par le protocole R CVP et un patient a reçu une immunothérapie seule type Mabthera. Les résultats thérapeutiques ont trouvé une rémission complète chez 05 patients (55,5%) et un échec thérapeutique ou progression chez 04 patients (44,5%). La survie globale enregistrée à 62 mois est 76,2%.

Conclusion :

Le lymphome à cellules du manteau reste une hémopathie lymphoïde B rare, affectant les adultes d'âge moyen, dont le pronostic est très variable avec une nette amélioration ces dernières années, bien qu'il soit souvent considéré comme un lymphome agressif de mauvais pronostic.

P133- Intérêt du CD23 et du CD200 dans le diagnostic

différentiel du lymphome à cellules du manteau par cytométrie en flux. Expérience de l'EHU 1er d'Oran.

A. Mihoubi, N. Bounoua, A. Bendimred, S. Benichou. K, Amani, I. Caid Ali, A. Temimi, N.A.H. Hassam, M. Serradj, I. Boukhatem, M. Maarouf, B. Naimi, M. Belmiloud, A. Bouakkaz, H. Ghaffari, F. Benziadi, A. Bensaid, N. Abdelwahab, Z. Sakhr, B. Ouafi, N. Yafour, W. Brahimi

EHU 1er Novembre d'Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM), et la leucémie lymphoïde chronique (LLC) sont des syndromes lymphoprolifératifs B(SLPB)chroniques qui posent un problème de diagnostic différentiel en raison de leurs caractéristiques morphologiques et immunophénotypiques souvent similaires. Ces deux entités partagent notamment la co-expression du CD5 et des marqueurs pan-B tels que CD19, CD20 et CD22, rendant le diagnostic différentiel parfois complexe. Or, une distinction précise entre LCM et LLC est essentielle, compte tenu de leurs pronostics très différents, et de leurs approches thérapeutiques spécifiques. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt diagnostique de l'expression des marqueurs CD200 et CD23, analysés par cytométrie en flux (CMF), dans la différenciation entre LCM et LLC.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique au niveau du service d'hématologie de l'EHU 1er Novembre d'Oran. L'analyse a été réalisée par CMF en utilisant le panel des anticorps recommandé par l'ESCCA qui comprend : CD19, CD20, CD5, CD10, CD23, CD38, CD79b, CD43, CD200, ainsi que les chaînes légères kappa et lambda de surface.

Résultats et Discussion :

Du Janvier 2019 au 31 juillet 2025, 101 patients atteints de syndromes lymphoprolifératifs B CD5 positifs ont été analysés, dont 90 patients (89,1%) correspondaient à une LLC, et 11 patients (10,9%) à un LCM. L'analyse du panel d'anticorps a montré une expression

globalement similaire entre les deux entités, à l'exception de l'expression du CD23 et du CD200, ce qui a permis de différencier les deux entités. Dans la LLC, le CD23 était positif dans 95% des cas, et faiblement exprimé dans 5%. Par ailleurs, le CD200 était exprimé dans 100% des cas. Dans le LCM, le CD23 était négatif dans 82% des cas, tandis que le CD200 était négatif dans 100% des cas.

Conclusion :

L'absence de l'expression de CD200 dans le LCM et sa présence dans les cas de LLC, confirme que ce dernier est un marqueur discriminant majeur entre les deux entités. De plus, l'expression négative simultanée du CD200 et CD23 dans les cas de LCM, souligne que l'association de ces deux marqueurs permet d'améliorer la précision diagnostique, en particulier dans les formes atypiques des SLP chroniques.

P134- Prise en charge du lymphome à cellules du manteau : expérience du service

H. Belhade¹, N. Guerd², Y. Boukli², N. Mesli¹, A.F. Bendahmane²

(1) CHU Tlemcen, (2) CLCC Tlemcen

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est un lymphome B non hodgkinien rare et agressif, caractérisé par une évolution souvent défavorable. Il se manifeste généralement à un stade avancé au moment du diagnostic. Cette étude vise à analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de patients atteints de LCM pris en charge dans notre structure.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 8 ans, de janvier 2017 à décembre 2024, incluant 15 patients diagnostiqués avec un LCM au service d'hématologie du CHU de Tlemcen. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. Ont été analysés : l'âge, le sexe, la provenance géographique, la profession, le délai diagnostic, le stade clinique au moment du diagnostic, les

protocoles thérapeutiques utilisés et le recours à l'autogreffe.

Résultats et Discussion :

Nous avons colligé 15 patients. L'âge moyen des patients était de 65 ans (extrêmes : 49–87 ans). Une nette prédominance masculine a été observée avec 12 hommes et 3 femmes (sexe-ratio = 4). La majorité des patients (80 %) étaient originaires de la wilaya de Tlemcen. L'activité professionnelle d'agriculteur concernait 66 % des cas, avec une exposition déclarée aux pesticides. Le délai moyen entre les premiers symptômes et le diagnostic était de 6,3 mois (extrêmes : 2–12 mois). Tous les patients (100 %) ont été diagnostiqués à un stade avancé (stade III ou IV selon la classification d'Ann Arbor). Sur le plan thérapeutique, 47 % des patients ont reçu le protocole R-CHOP, 33 % le protocole R-DHAP. Les autres ont été traités par R-CVP, R-miniCHOP ou R-BAC. L'autogreffe a été réalisée chez un seul patient. Le traitement d'entretien a été fait chez 40 % des patients. La survie globale est de 66 % à 8 ans.

Conclusion :

Cette étude confirme la présentation tardive et le caractère agressif du lymphome à cellules du manteau dans notre série. La forte proportion de patients exposés aux pesticides soulève l'hypothèse d'un lien environnemental potentiel. Le recours limité à l'autogreffe reflète les contraintes d'éligibilité ou d'accès aux soins spécialisés. L'amélioration du diagnostic précoce et l'élargissement de l'accès aux traitements innovants demeurent des enjeux majeurs dans la prise en charge du LCM.

P135- Traitement et évolution d'un lymphome à cellules du manteau (LCM) chez le sujet âgé : Intérêt du protocole R-VCAP en première ligne et de l'ibrutinib en cas de rechute. À propos d'un cas.

S. Saadaoui, M. Medani, H. Herbadji, A. Rouabhi, K. Saifi, O. Tibermacine, H. Zekour, N. Bekkis, M. Dilmi, N. Mebarki, F. Tensaout

CLCC de Sétif

Introduction et Objectif :

Le LCM représente 6 % de l'ensemble des lymphomes non hodgkiniens et touche préférentiellement les sujets âgés. Il se caractérise par la translocation t (11;14) (q13;q32), qui entraîne une surexpression de la cycline D1. Des progrès significatifs ont été réalisés dans la prise en charge de ces patients, notamment chez les sujets âgés pour lesquels un traitement intensif n'est pas envisageable. Les inhibiteurs de la tyrosine kinase de Bruton (BTK) sont devenus la référence dans le traitement des LCM en rechute ou réfractaires. Cependant, le LCM reste une maladie incurable et il n'existe pas de traitement de référence standard, même en première ligne. Nous rapportons une observation illustrant cette problématique.

Matériels et Méthodes :

Nous présentons le cas de Mr D.B, âgé de 67 ans, aux antécédents de BPCO, suivi depuis 2019 pour un LCM diagnostiqué suite à la biopsie d'une adénopathie abdominale.

Résultats et Discussion :

Examen clinique : PS de 2, signes généraux positifs, splénomégalie (DS : 2 cm) et des douleurs abdominales. Anatomopathologie et immunohistochimie : prolifération tumorale diffuse faite de cellules lymphoïdes de petites taille à moyennes, CD20+/CD5+/CD23-/BCL2+/Cycline D1+ et Ki-67 à 65 % concluant à un LCM. Hg normal. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne : adénopathies médiastinales et abdominales (coulée de 123 mm) et une splénomégalie. La biopsie ostéomédullaire était normale, LDH : 388 u/l. Le patient a été classé stade III à risque intermédiaire faible selon le MIPI. Traitement et évolution : Le patient a reçu une cure de COP de débulking, suivie de 6 cycles du protocole R-VCAP (Rituximab, Bortézomib, Cyclophosphamide, Prednisone). L'évaluation de fin de traitement (TDM) a montré une très bonne réponse partielle estimée à 90 %, au prix d'une neutropénie de grade 3 et d'un zona thoracique. Le patient a bénéficié d'une maintenance par Rituximab pendant 2 ans. Après 47 mois de rémission, une rechute en stade IV pulmonaire a été confirmée par TEP-scan.

Un traitement par Ibrutinib a été initié à raison de 4 gélules par jour, une réponse partielle a été obtenue après 6 cycles au prix d'une pneumopathie. Une réponse métabolique complète a été obtenue après 12 cycles. Le traitement a été arrêté au 16 cycle pour rupture de stock. La survie globale de notre patient est de (74 mois). Le patient est actuellement en surveillance, la 2ème RC maintenue pendant 16 mois. Discussion : Les inhibiteurs du protéasome, tels que le Bortézomib ont démontré leur efficacité thérapeutique dans le LCM. (l'essai LYM-3002), le protocole VR-CAP a montré des résultats comparables au RiPAD+C (Rituximab, Bortezomib, Doxorubicine, Dexaméthasone, Chlorambucil) et supérieurs au R CHOP21 chez des malades nouvellement diagnostiqués avec un LCM. l'Ibrutinib a démontré une efficacité significative dans le LCM en rechute . Ces résultats n'ont jamais été égalés par d'autres molécules en monothérapie.

Conclusion :

Le protocole R-VCAP en première ligne offre une bonne efficacité et tolérance chez le sujet âgé atteint de LCM. L'Ibrutinib constitue une option thérapeutique majeure en situation de rechute, confirmant la place de la thérapie ciblée dans l'optimisation de la prise en charge du LCM chez le sujet âgé.

P136- Lymphome a Cellules du Manteau : Caracteristiques cliniques et prise en charge therapeutique au chu blida

O. Meliani, I. Zaida, L. Cherif Louazani, R. Draï, R. Smaini, M. Ramaoun

CHU Blida

Introduction et Objectif:

Le lymphome à cellules du manteau représente 8 à 10% des LNH.dont les cellules tumorales se caractérisent par leur phénotype(CD20+,CD5+,CD10- ,CD23-) et la présence quasi constante de la t(11,14) responsable de la surexpression de la cycline D1,une des molécules à l'origine de la prolifération cellulaire.Le diagnostic doit être rigoureux. Des améliorations importantes de la survie ont été

obtenus,en particulier par l'introduction de la cytarabine chez les sujets jeunes et l'utilisation du rituximab en entretien. Malgré l'avènement de nombreux traitements ciblés, des situations cliniques problématiques persistent et vont devoir être au cours de nouvelles stratégies thérapeutiques.Objectif:évaluer les aspects épidémiologiques,cliniques,pronostiques et les résultats thérapeutiques des LCM au service d'hématologie du CHU Blida durant la période Janvier 2020 à décembre 2024.

Matériels et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle,sur une période de 5 ans,sur dossiers médicaux avec toutes les données cliniques, radiologiques,immunophénotypique, pronostic et évaluation des résultats thérapeutiques.La date de point 31/12/2024

Résultats et Discussion:

Durant cette période on a colligé 20 P LCM sur 323 LNH soit 6.2%,10 hommes,10 femmes;sex ratio (H/F= 1).L'âge médian 58 ans (38-78).La majorité présentait un niveau socioéconomique moyen.Aucun ATCD de néoplasie.40% présentaient un ECOG ?2,délai diagnostic moyen 4,5 mois. Le siège de la biopsie:ganglionnaire dans 45% des cas,ORL 10%,digestif 5%,PBO 35%.Au diagnostic 80% des patients présentaient des symptômes B,une forme bulky chez 30%.Stade III,IV dans 80%.L'envahissement médullaire a été retrouvé chez 75%.Selon l'index pronostique MIPI:50% avaient un haut risque,40% risque intermédiaire,10% bas risque.Tous les patients ont présenté un phénotype CD20+/CD5+/cycline D1+,le Bcl2+ chez 09 pts,Bcl6+ chez 02 patients et le marqueur de division cellulaire Ki67 était ?50% chez 4 patients et <50% chez 5. Le choix du TRT a été fait selon l'âge, la première ligne portait essentiellement sur VRCAD ou mini VRCAD avec consolidation RDHAP ; 02 ont reçu du RDHAP puis VRCAD ; et un a reçu du RCHOP puis VRCAD. 30 % ont reçu une ligne, 70 % ont reçu deux. Trois DCD précocement, un après un COP cytoréducteur et deux après une VRCAD. Après première ligne on a obtenu RC (2P), RP (11P), ECHEC (2P), 3 DCD et 2 PV. La deuxième ligne a permis de rattraper 3 P. En fin de TRT on a obtenu : RC 6P, RP 4P, 8 DCD et 2PV. Une troisième

ligne a pu rattraper 1P. 7 patients ont reçu un traitement d'entretien, sont toujours vivants en RC ou RP.

Conclusion:

Le LCM est une forme rare de LNH. En Algérie un taux de 5 -10% a été noté sur plusieurs études (6.2% dans notre série).L'âge médian était de 58 ans.Plus de la moitié sont à un stade avancé (III, IV) avec un score pronostic défavorable chez 50% des cas.À la fin du traitement on a obtenu RG 50%,40% sont DCD,2PV. 2 cas de rechute enregistrée.A la date de pointe 45% des patients sont vivants.Il a été démontré l'intérêt du traitement de maintenance par rituximab ou rituximab+lenalidomide. Le LCM est une forme agressive des LNH,intérêt d'un diagnostic précoce, d'une immunohistochimie complète afin de reconnaître les patients à haut risques et de renforcer nos protocoles de chimiothérapie.

P137- Résultats thérapeutiques du lymphome à cellules du manteau traité en première ligne Par immunochimiothérapie à base de Cytarabine

N. Boulaziz, M. Zoulim, K. Hadj Mohand, S. Gherras, N. Dali, A. Malika

CHU Tizi-Ouzou

Introduction et Objectif :

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

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective,descriptive(2011-2024).

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

Résultats et Discussion :

Sur une période de 13ans,30pts ont été colligés: 24 hommes(80%) et 06femmes(20%) avec un sex ratio de 04 et un âge médian de 61ans[31-78]. Au diagnostic,19pts(63%) avaient des comorbidités ,essentiellement représentées par l'HTA chez 10pts(52,6%). Les ADPS constituaient le signe clinique le plus fréquent(73%),suivies des symptômes B(56,7%).Une forme Bulky a été retrouvée chez8pts(26,7%).LeKi67médianétaitde55% et une morphologie blastoïde a été décrite chez08pts(26%). La majorité des pts étaient diagnostiqués à un stade disséminé stade IV: 23pts(76,6%) et stade III: 04pts(13,3%). La localisation extra-médullaire la plus fréquente était médullaire(19pts,63%). Une localisation digestive a été retrouvée chez 05pts(16,7%).Selon le score pronostic MIPI,les groupes de risque faible et intermédiaire étaient représentés dans notre série à 46,7% et 20% respectivement. Sur le plan thérapeutique,18pts(60%) ont reçu le protocole RDHAP,05pts(16,7%) une alternance RDHAP/RCHOP et 07pts(23,3%) le protocole RBAC. En termes de réponse,pour le protocole RDHAP,parmi les 18pts traités,13 sont évaluable pour la réponse(03décès toxiques,02PDV): 07pts ont obtenu une RC(54%) et 05pts une RP(38,5%) soit une réponse globale de 92,5%.02pts étaient en échec thérapeutique. Un seul pt a bénéficié d'une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Pour le protocole RBAC,05pts étaient évaluable (02décès toxiques),il s'agit de 03RC et de 02échecs thérapeutiques.Pour l'alternance RDHAP/RCHOP, 03pts étaient évaluable(01décès toxiques,01PDV),02 ont obtenu une RC et un était en échec thérapeutique. Après un délai médian de 17mois,03 rechutes ont été

observées(02après DHAP,01après RBAC). Après un suivi médian de 22mois (1-158),la SG à 13ans est de 54% et la PFS de 46,8%. Dans le groupe RDHAP la SG est de 55% et la PFS de 52%. En termes de toxicité,les toxicités hématologiques G3-4,ont été plus fréquemment rencontrées au cours du protocole RDHAP,avec 11cas(61%) de neutropénies,05cas(27%) d'anémie et 08cas(44%) de thrombopénie.Pour le devenir des pts,16pts(53%) sont vivants en rémission(53%),12pts(40%) sont décédés et 02 perdus de vue.Les causes de décès les plus fréquentes étaient l'infection chez 07(58%) pts,dont 03 par infection Covid 19,suivies de la progression de la maladie chez 05pts(42%).

Conclusion :

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

P138- Forme blastoïde du lymphome du manteau : à propos d'un cas

F.Z. Nessel, N. Benkheira, D. Lamara

CLCC Bechar

Introduction et Objectif :

Le lymphome du manteau est une entité rare représentant 7 à 9 % des lymphomes non hodgkiniens. Il survient le plus souvent chez des sujets de plus de 60 ans, avec une prédominance masculine. Sa variante blastoïde, encore plus rare (10–20 % des cas), se caractérise par une agressivité accrue, un aspect morphologique proche de la leucémie aiguë et un pronostic défavorable, nécessitant une prise en charge rapide. L'objectif de ce travail est de rappeler les caractéristiques cliniques, morphologiques, immunophénotypiques et pronostiques de cette forme particulière à travers un cas.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons un cas de lymphome du manteau de type blastoïde, diagnostiqué et pris en charge dans le service d'Hématologie, CLCC Béchar

Résultats et Discussion :

M. K.H, âgé de 73 ans, taxieur de profession, sans antécédents pathologiques notables, nous a été adressé en juin 2022 pour l'exploration d'un magma d'adénopathies cervicales droites évoluant de façon subaiguë, sans hépto-splénomégalie. L'adénogramme a mis en évidence de grandes cellules nucléolées évoquant des lymphoblastes. L'étude histopathologique a confirmé le diagnostic de lymphome B du manteau, dans sa variante blastoïde, exprimant CD20, CD5 et cycline D1, avec une forte activité mitotique et un index de prolifération élevé (Ki-67 à 90 %). Le patient a été classé stade IIAX selon Ann Arbor. Sur le plan thérapeutique, il a reçu 4 cures de R-CHOP. L'évaluation par TDM a montré une rémission complète, justifiant la poursuite par 2 cures supplémentaires de R-CHOP, suivies d'un traitement d'entretien par rituximab tous les deux mois pour une durée de deux ans. Actuellement, après 39 mois de suivi, le patient demeure en rémission complète.

Conclusion :

La variante blastoïde du lymphome du manteau est rare et d'évolution particulièrement agressive. Son pronostic est redoutable, avec une survie significativement plus courte que celle des formes classiques. Une prise en charge précoce et adaptée demeure essentielle pour améliorer l'issue clinique.

P139- Profil cytotologique; immunphénotypique et cytogénétiques du lymphome de manteau leucémisé

A. Cherif Hosni

CHU Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome du manteau est une entité clinico biologique distincte, il est classé selon OMS 2022 hémopathie lymphoïde B mature.). avec 02 entité, Le lymphome du

manteau, dont le quel on distingue dans la forme LCM classique, et LCM leucémique, et le néoplasie a cellule du manteau in situ Notre objectif est de décrire le profil cytologique et immunophénotypique et cytogénétiques du lymphome de manteau leucémisée. illustrer les difficultés diagnostiques dans les formes blastoïdes avec les leucémies aiguës et dans les formes indolentes avec la LLC.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective janvier 2017 au Avril 2025, 20 patients ont été répertoriés, dont 05 patients ont présentés une forme leucémisée, 02 femmes et 03 hommes dont l'âge médian est de 66 ans (50-82 ans). Dans certaines cas atypiques la cytogénétique devient indispensable à la recherche de t(11;14) ou la recherche de CD1 par immunohistochimie.

Résultats et Discussion :

les syndromes tumoraux : ADNP dans 04 patient, la SPMG dans 03 cas et l'HPMG dans 01 cas. L'anémie avec un taux médian d'Hb à 9,5 (7,4- 11,5 g/dl), taux de plaquettes >100000/mm³ chez les cinq patients, 04 patients avaient lymphocytose avec un taux médian de lymphocyte à 104715 /mm³ (326000-28930/mm³) et 01 patient avait un taux de GB normal à 7100 avec une lymphocytose à 4900. Le diagnostic par CMF dans 04 cas et par biopsie ganglionnaire chez le patient dont il avait un taux de GB normal avec une lymphocytose à 4900. Cas N°1 : Devant la lymphocytose à 354400/mm³ et la présence des cellules jeunes au FSP un CMF objective de blastes 94 % avec un CD 45 intermédiaire, CD79a+, HLADR- CD 19+ , CD22+, CD10+, IgMu- et CD 20 +, La cytogénétique objective un réarrangement IgH CCND1 t(11;14), remaniement de cMyc en 8q24 et remaniement de locus Bcl6 en 3q27. Cas N°2 : devant la lymphocytose à 139000 et l'aspect des lymphocyte sur FSP, UN CMF a été demandé et qui objective CD 45 faible et CD 34 en excès pouvant correspondre à des blastes : CD19+, CD 5+, CD23+, CD 43+, FMC7-, CD79ab- CD 200-, CD 20+. Le score de Matutes est de 4/5, la négativité du CD 43 et CD 200 et le profil du CD 200 ne sont pas en faveur d'une LLC, mais d'un LNHB CD5+200 d'où l'intérêt de caryotype. La cytogénétique conventionnelle et moléculaire a mis en évidence t(11;14) et le diagnostic

de LNH manteau a été posé. Cas N°3 : Cytologiquement la population lymphoïde est hétérogène, présence de lymphocyte à chromatine mature. Des lymphocytes de taille moyenne, RN/C élevé, nucléolé CMF: CD 45 +, CD5+CD 22+ CD 23+ FMC7 + Lambda 100 % Matutes 3/5, on ne peut pas écarter une LLC atypique, la recherche de CD1 a été faite sur biopsie médullaire qui est revenue positive.

Conclusion :

Le lymphome du manteau leucémisé est rare, son diagnostic dans les formes typiques est facile. Dans certains cas, il pose un problème diagnostique avec les leucémies aiguës ou la LLC atypique , le recours à la recherche de t(11;14) ou l'expression de la CD1 est indispensable.

P140- Lymphome à cellules du manteau : expérience de 24 cas, profil clinique, thérapeutique et impact pronostique

M. Temlali, M. Aiche, F. Kacha, A. Balla, N. Tighezza, R. Nacib, M. Zekri, W. Messaoudène, M. Mekentichi

EHS-CLCC Batna, Université Batna2

Introduction et Objectif :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est un lymphome non hodgkinien agressif et rare, caractérisé par la translocation t(11;14) et la surexpression de la cycline D1 [1,2]. Il survient surtout chez l'homme âgé, souvent à un stade avancé et avec atteinte extranodale [3]. Le pronostic dépend du MIPI et de l'index Ki-67 [4]. Si les schémas classiques comme R-CHOP ou R-DHAP demeurent utilisés, l'introduction des inhibiteurs de BTK (BTKi) a transformé la prise en charge [5,6]. Cette étude analyse les caractéristiques, le traitement et l'évolution de 24 patients atteints de LCM et leur conformité aux standards internationaux.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective [2019-2024] colligeant les patients (pts) avec un diagnostic histologique confirmé de LCM. Données analysées : caractéristiques démographiques,

cliniques (stade Ann Arbor, ECOG, sites extra-nodaux), biologiques (index MIPI), anatomopathologiques (sous-type, expression de CD5, cycline D1, SOX11, index Ki-67), modalités thérapeutiques et réponse. Les survies globale (SG) et sans progression (SSP) ont été estimées par la méthode de Kaplan-Meier et comparées par le test du log rank.

Résultats et Discussion :

Sur 332 cas de LNH diagnostiqués durant la période d'étude, 24 (7,2%) étaient des LCM. L'âge médian=65 ans (28-91), avec sex ratio=3. La majorité des pts (22= 91,6%) avait un état général conservé (ECOG 0-1). Soixante-dix pour cent (n=17) de stade IV. Une atteinte extra-nodale était documentée chez 19 pts (79.2%), dominée par la localisation digestive 16pts (66.7%) et médullaire 11pts (45,8%). Le MIPI était élevé dans 54 % des cas et le Ki-67 30 % chez 83 % des pts documentés. La forme histologique classique prédominait (71 %). En première ligne, les traitements les plus utilisés étaient le R-DHAC (54,2%) et le R-CHOP (25%). Le taux de réponse globale était de 79,2%, incluant 70,8% de réponses complètes. Seul un patient (4,2%) a pu bénéficier d'une intensification thérapeutique par autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Aucun patient n'a reçu d'ibrutinib en première intention. Après un suivi médian de 36 mois, les estimations de SG et SSP à 5 ans étaient respectivement de 81% et 76%. Discussion : Cette série illustre les caractéristiques cliniques classiques du LCM [1,3], mais avec une forte proportion de patients à haut risque (MIPI élevé, Ki-67 30 %). Le taux de réponse initiale est comparable aux séries rapportées [7]. Néanmoins, deux lacunes majeures apparaissent : °Autogreffe limitée : malgré son rôle standard chez les patients jeunes, elle n'a concerné qu'un seul cas, en raison de contraintes organisationnelles et économiques [8]. °Absence de BTKi en première ligne : alors qu'ils sont recommandés pour les patients inéligibles à une chimiothérapie intensive [5,6,9,10], aucun patient n'en a bénéficié. Ces écarts traduisent des disparités thérapeutiques importantes, susceptibles d'augmenter le risque de rechute et de compromettre la survie à long terme, malgré les estimations actuelles encourageantes.

Conclusion :

Le LCM dans ce contexte nord-africain conserve un profil clinique défavorable et une prise en charge limitée. L'efficacité initiale des schémas conventionnels est confirmée, mais l'absence d'accès à l'autogreffe et aux thérapies ciblées reste critique. Leur intégration est indispensable pour améliorer durablement le pronostic.

P141- Ibrutinib dans le traitement du lymphome a cellules du manteau en rechute/ refractaire : experience de ehu 1 er novembre d'oran a propos de deux cas

M. Marouf, A. Bendimred, I. Caid Ali, Z. Sekhri, B. Ouafi, S. Benichou, N. Bounoua, N.E.H. Hassam, M. Serradj, N. Yafour, A. Tamimi, A. Bouakaz, I. Boukhatem, M. Belmiloud, B. Naimi, H. Gheffari, C. Amani, B. Entasoltane, F. Benziadi, A. Bensaid, N.E.H. Abdelouahab, W. Brahimi, N. Yafour

EHU, Oran

Introduction et Objectif :

Le lymphome du manteau (LM) est un lymphome B de bas grade au comportement clinique agressif, caractérisé par des rechutes fréquentes après traitement conventionnel. Les inhibiteurs de la tyrosine kinase de Bruton (BTK), dont l'ibrutinib, ont profondément modifié la prise en charge de ces formes en rechute ou réfractaires, en offrant une alternative thérapeutique ciblée et efficace. Nous rapportons l'expérience de l'EHU à travers deux cas traités par ibrutinib.

Matériels et Méthodes :

1 er cas : Patient âgé de 75 ans aux antécédents d'hypertrophie bénigne de prostate et hypothyroïdie, suivi depuis juillet 2021 pour un lymphome du manteau stade IVB avec atteinte médullaire. La première ligne Bendamustine-Dexaméthasone a été marquée par un échec thérapeutique, tout comme les lignes de rattrapage successives (R-REVLIMIDE, RDHAC, RCVP). Un traitement par Ibrutinib (Imbruvica®) a été initié le 9 mars 2024 à dose de 560mg/J, compliqué d'une hypertension artérielle (toxicité grade 2) coïncidant

avec l'arrêt du traitement le 18 décembre 2024, survenu également à la suite d'une rupture d'approvisionnement, alors que l'évaluation montrait une réponse partielle. La reprise du traitement par Ibrutinib (Ibrorion®) a eu lieu le 21 mai 2025. La dernière consultation, en date du 20 août 2025, objectivait une rémission clinique avec disparition du syndrome tumoral périphérique. 2eme cas : patiente âgée de 66 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle et d'hypothyroïdie, suivie depuis janvier 2021 pour un lymphome folliculaire stade IVBS avec atteinte hépatique et médullaire. Elle a reçu 4 cures de R CHOP, obtenant une rémission complète, suivies de 8 cures d'entretien par rituximab. En mai 2023, la patiente a présenté une hypertrophie amygdalienne. La biopsie amygdalienne et médullaire a permis un redressement du diagnostic, révélant un lymphome à cellules du manteau, stade IVB (atteinte amygdalienne et médullaire). Le traitement par Ibrutinib (Imbruvica®) (520 mg/j) a été initié le 28/12/2023. L'évolution a été compliquée par des troubles de repolarisation à l'ECG (grade 2), une toxicité cutanée érythémateuse papuleuse des membres supérieurs (grade 2) et une pneumopathie infectieuse. Le traitement a été arrêté le 26/03/2025 en raison d'une rupture d'approvisionnement. L'évaluation à cette date objectivait une réponse partielle (RP). Le traitement a été repris le 02/07/2025 avec Ibrorion®, bien toléré sans nouvelle toxicité. La dernière consultation, le 06/08/2025, a confirmé une évolution clinique favorable.

Résultats et Discussion :

Les deux cas confirment l'efficacité de l'ibrutinib dans les lymphomes à cellules du manteau réfractaires, même après plusieurs lignes échouées. Les toxicités observées étaient de grade 2, gérables et réversibles. L'interruption due à la rupture d'approvisionnement n'a pas empêché la reprise du traitement avec Ibrorion®, bien tolérée, et le maintien de la réponse clinique.

Conclusion :

L'ibrutinib constitue une option thérapeutique efficace pour les lymphomes à cellules du manteau réfractaires, même chez des patients âgés ou ayant reçu plusieurs lignes de traitement. Les

toxicités observées, de grade 2, sont généralement bien tolérées et gérables. Enfin, la continuité du traitement et un suivi rapproché restent essentiels pour maintenir la réponse clinique.

P197- Aspects cliniques et thérapeutiques des Lymphomes à Cellules de Manteau : A propos de 74 cas

S. Oukid, F. Lamraoui, S. Taoussi, A.A. Ziani, C. Guezlane, Y. Bouchakor Moussa, N. Rekab, M. Khadoudj Benlabiod

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinopathies, Faculté de Médecine

Introduction et Objectif :

Les stratégies thérapeutiques dans les Lymphomes à Cellules de Manteau (MCL) peuvent varier selon l'âge et l'état du patient. objectif: Décrire les présentations cliniques et les résultats thérapeutiques de 74 MCL traités.

Matériels et Méthodes :

De 2016 à 2024, nous avons colligé 74 MCL: 24 femmes et 50 hommes, sex ratio=2.08; âge moyen=65.9 ans (38-95). Cancer familial: 14 cas et 2 patients avaient un néo de la vessie et un Lymphome de Hodgkin. Délai moyen du diagnostic: 6.34 mois (0.5-36). L'immunophénotypage par cytométrie en flux: 56 cas (sang: 52 cas (92.8%) et sur moelle: 4 cas (7.2%)); a conclu un SLPCB avec un score de Matutes: 0/5: 1 cas (1.7%), 1/5: 14 cas (25%), 2/5: 26 cas (46.5%), 3/5: 11 cas (19.6%), 4/5: 4 cas (7.2%). Application de la FISH sur sang: 36 cas: Présence t(11;14) par FISH sur sang: 28 cas (77.8%) et absence: 8 cas avec DelATM: 4 cas et absente: 3 cas et DelP53: 2 cas et absente: 3 cas. L'immunohistochimie (PBO et/ou ganglion, gastrique..) faite: 46 cas qui confirme MCL indolent: 44 cas (95.7%) et blastoïde: 02 cas. Classification d'Ann Arbor: stade: II: 1 cas (1.4%), III: 7 cas (9.4%) et IV: 66 cas (89.2%) avec une atteinte médullaire dans 62 cas (94%) et pulmonaire: 18 cas (27.3%) avec une atteinte ? 2 organes: 25 cas (37.8%). MIPI: faible: 8 cas (10.8%), intermédiaire:

21cas(28.4%) et élevé: 45cas(60.8%).

Résultats et Discussion :

Groupe1: Patients?65 ans: 35 cas (47.3%) dont 32 évaluables (2 décédés et un sous surveillance). Taux RC: 25cas(78.2%), RP: 02cas(6.4%) et échec: 05cas(15.6%). Selon le protocole : R-DHAOX (14cas): RC: 12cas, RP: 1cas et échec: 1cas. R-CHOP (9cas): RC: 7cas et échec: 2cas. R-CHOP/R-DHAOX(5cas): RC: 3cas, RP: 1cas et échec: 1cas. R-Ben (4 cas): RC: 3cas et échec: 1cas. Maintenance par Rituximab: 23cas. Autogreffe de CSH: 04 cas. Ibrutinib: 2cas. Devenir: Rechute: 8cas. Vivants en RC: 17cas (53%), PDV: 11cas (RC: 6cas) et décédés: 4cas (12.5%) (RC: 03cas). Deux patients ont développé un néo-utérin. Groupe2: Patients?65 ans : 39 cas (52.7%) dont 31 évaluables (7décès). Taux RC: 24 cas(77.4%), RP: 2cas (6.5%) et échec: 5cas(16.1%). Selon le protocole: R-Ben(16 cas): RC: 12cas, RP: 1 cas et échec: 3cas. R-CHOP (10cas): RC: 8cas et échec: 2cas. Autres (5cas): RC: 4cas, RP: 1cas. Maintenance par Rituximab: 16cas. Devenir: Rechute: 9cas. Vivants en RC: 11cas, PDV: 13cas (6 RC) et décédés: 6cas (2 RC). Trois patients ont développé un néo (foie, thyroïde et vessie). Médiane : survie globale (SG)=44 mois avec une survie sans événements (SSE)=30 mois. Chez les sujets ?65 ans, SG: 60 mois et SSE=52 mois et chez Plus de 65 ans SG=28 mois et SSE=23 mois. Les données épidémiologiques de notre étude rejoint l'étude Algérienne(1). La majorité de nos patients sont à risque élevé et cela est en rapport avec le retard diagnostic.

Conclusion :

Les résultats sont meilleurs chez les sujets?65 ans mais elles peuvent être améliorés par l'autogreffe de cellules souches et/ou par thérapie-ciblée.

SYNDROMES DRÉPANOCYTAIRES

P142- Diagnostic des syndromes drépanocytaires par HPLC

Z. Bouhadda, A. Kechichi, FT. Touil, I. Bouras,N. Zatout. H. Hamouda

Service d'Hématologie, CHU de Sétif.
Laboratoire de Recherche ; Santé et Environnement

Introduction et Objectif:

L'électrophorèse de l'hémoglobine par méthode de chromatographie liquide de haute performance (HPLC) est reconnue par sa sensibilité dans l'analyse et la détection des hémoglobinopathies dont certaines sont difficiles à déterminer par les autres méthodes.

Matériels et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans (2015 –2024). L'analyse électrophorétique est réalisée sur sang prélevé sur tube EDTA de 786 patients dont 82% du CHU et le reste des différents secteurs sanitaires de Sétif et wilayas limitrophes. Une fiche de renseignements cliniques et hématimétriques est établie par le laboratoire du service et remplie par le demandeur. L'analyse a été faite par une méthode chromatographique grâce à un appareil D10 de Bio rad.

Résultats et Discussion:

Parmi les 786 patients : 558 (71%) sont des adultes et 228 (29%) des enfants, l'âge varie de 12 mois à 73 ans. L'analyse a permis de mettre en évidence 432 (55 %) anomalies de l'hémoglobine dont 35 patients (8%) avaient une Hb_{SS} se répartissant en 15 H et 20 F, le Sex-ratio (H/F) = 0,75 ; une consanguinité parentale est retrouvée dans 35%. 14 Pts (40%) ont un âge inférieur à 15 ans. Les renseignements cliniques retrouvent des douleurs osseuses chez 10 patients (29%), 6 patients (17%) avaient les signes cliniques d'hémolyse, chez 2 patients (06%) la pâleur est associée à un ictère, chez 2 autres patients (06%) est associé à une SPM, et 21 patients (60%) sont asymptomatiques, l'anomalie est découverte à la suite d'une enquête familiale. Sur le plan hématimétrique : L'anémie était sévère (Hb<6g/dl) chez 3 patients (09%), elle est entre 6- 9g/dl chez 6 patients (17%), entre 9 – 12g/dl chez 26 patients (74%). La microcytose est <60µ³ chez 17% des cas. L'analyse électrophorétique par HPLC révèle : une drépanocytose homozygote (SS) chez 04 (11%) patients, une forme hétérozygote HbA/S chez 25 patients (72%) et S/Bthal 6 (17%) patients.

Conclusion:

Cette étude objective la fiabilité de l'HPLC dans le diagnostic des hémoglobinopathies par sa précision et sa rapidité d'analyse dans moins de 6 min par prélèvement. De plus on note la rareté de la drépanocytose dans notre wilaya et les régions limitrophes alors que la prévalence est plus élevée dans l'extrême Nord-Est Algérien (Annaba et Wilayas limitrophes).

P143- Apport de l'érythrophérèse dans les syndromes drépanocytaires majeurs

A. El Mestari, M. Benlazar

CHU Dr Hassani AEK

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une hémoglobinopathie qualitative de transmission autosomique récessive, liée à une anomalie de structure de la chaîne α de la globine. La mutation du gène de la α -globine aboutit à la formation d'une hémoglobine (Hb) anormale l'HbS. Le terme de syndromes drépanocytaires majeurs (SDM) regroupe les formes homozygotes S-S ainsi que les doubles hétérozygotes (S-thalassémies, SC, SO Arab, SD Punjab et SE). Les thérapeutiques transfusionnelles occupent une place majeure dans la prise en charge des manifestations aiguës et chroniques de la maladie. Les échanges transfusionnels ont montré leur avantage dans la limitation de l'augmentation de viscosité sanguine et la diminution du taux d'Hb S pathologique circulant. Ils sont réalisés manuellement ou de façon automatisée à l'aide d'un séparateur de cellules. L'érythrophérèse (EH), ou échange érythrocytaire automatisé, est une technique d'aphérèse, permettant le prélèvement sélectif des hématies du patient, réalisé grâce à un séparateur de cellules permettant d'extraire de gros volumes d'hématies en une fois. L'objectif principal est d'évaluer l'apport de l'EH dans la prise en charge des patients atteints de SDM.

Matériels et Méthodes :

En 2016, le service d'hématologie a été doté d'un appareil de cytophérèse (Spectra-OptiaR) qui nous a permis de réaliser des EH. C'est une étude monocentrique, rétrospective descriptive, étalée sur 10 années (Mai 2016 – Mai 2025) ayant inclus 4 patients sur 10 (40%) atteints d'un SDM ayant bénéficié de séances d'EH. 6 patients (60%) ont été exclus du protocole d'EH en raison de la mauvaise qualité du capital veineux périphérique et/ou un débit sanguin insuffisant.

Résultats et Discussion :

De Mai 2016 à Mai 2025, 10 patients sont suivis pour un SDM dont 4 femmes (40%) et 6 hommes (60%). Seulement 4 patients (40%) ont bénéficié d'un programme d'EH, dont 2 hommes (50%) et 2 femmes (50%). L'âge médian est de 34 ans (31-41). 3 patients (75%) sont suivis pour une drépanocytose homozygote SS et 1 patient (25%) pour une double hétérozygotie S/C. Notre étude englobe toutes les séances d'EH quelque soit l'indication. 100% des séances sont réalisées en prévention des complications chroniques et 75 % en traitement des complications aiguës: priapisme récidivant, syndrome thoracique aigu et des crises vaso occlusives hyperalgiques rebelles aux antalgiques majeurs. La durée moyenne de l'échange est de 1 heure $\pm$ 20 minutes. Le volume moyen des culots érythrocytaires transfusés est de 900 ml (700-1200). La quantité de globules rouges échangés dépend de plusieurs paramètres ; poids, taille, hémocrite du patient, hémocrite cible ainsi que le volume des CG à transfuser. La tolérance de la procédure est excellente. L'EH a permis de réduire le taux d'Hb S de plus de 40% chez tous les patients.

Conclusion :

La mise en place de l'EH semble avoir apporté une amélioration de la qualité des soins par ses avantages médico-économiques et sur la qualité de vie des patients. Contrairement à l'échange manuel, l'EH automatisé est une technique efficace, rapide, reproductible et bien tolérée sur le plan hémodynamique. Son implantation semble être un progrès net dans notre offre de soins pour ces patients jeunes atteints de SDM.

P144- Caractéristiques cliniques,

radiologiques, thérapeutiques et évolutives de la lithiase biliaire chez les drépanocytaires à propos de 65 cas

A. Rebouh, A.A. Ziani, F. Lamraoui, M.K. Benlabiod, H. Brahimi, N. Rekab, M. Bradai

Service d'Hématologie EHS- ELCC Blida

Introduction et Objectif :

La lithiase vésiculaire (LV) est une complication fréquente de la drépanocytose, liée à l'hémolyse chronique caractéristique de la maladie, elle peut se manifester dès l'enfance, ses complications peuvent être graves imposant une identification précoce et une prise en charge multidisciplinaire.

Matériels et Méthodes :

Ils'agit d'une étude rétrospective descriptive chez 65 patients drépanocytaires (32 S/S- 27 S/B- 6 S/C) ayant présenté une LV.

Résultats et Discussion :

L'âge moyen de découverte était de 19,4 ans (5-43), Le sex -ratio= 0,54 (23H/42F). Les circonstances de découverte étaient fortuites: 40 pts (6,15%), 22 pts étaient asymptomatique (3,3%): 15 coliques hépatiques (2,3%), une complication : 5 cholécystite (0,7%), 1 angiocholite (0,15%) et 1pancreatite (0,15%). L'échographie abdominale a objectivé une macro lithiase 21 cas (3,2%) et micro - lithiase 38 cas (5,8%), 1cas de LVBP (0,15%) et non précisé dans 4 cas (0,6%). 42 pts ont été cholécystectomisés dont 4 pts lors d'une splénectomie, 19 pts (2,9%) ont subi au moins un échange transfusionnel et 16 pts (2,4%) ont été transfusés en pré opératoire avec un taux moyen d'Hb de 6,4 g/dl (5-12,5). 27 laparotomies ont été pratiquées (6,4%) et 9 coelioscopies (2,1%), avec une durée moyenne d'hospitalisation post opératoire de 4,7 jours (2-12). Les suites opératoires étaient favorables dans la quasi totalité des cas hormis un sepsis de paroi 1cas, une aggravation de l'anémie 1 cas et une fièvre 1 cas. La forte prévalence de la LV chez les drépanocytaires s'explique par l'hémolyse chronique qui augmente la saturation biliaire en bilirubine non conjuguée, favorisant la formation de

calculs pigmentaires. Bien que souvent asymptomatique, cette pathologie peut exposer à un risque de complications aiguës (cholécystite, angiocholite, pancréatite) lesquelles peuvent les crises vaso- occlusives et aggravent le pronostic. L'échographie abdominale est un outil simple pour un dépistage précoce. La prise en charge optimale nécessite une approche multidisciplinaire ainsi qu'une préparation préopératoire rigoureuse afin de limiter les complications infectieuses et vaso occlusives.

Conclusion :

Une surveillance échographique régulière et l'intervention chirurgicale adaptée sont essentielles chez les drépanocytaires porteurs de LV qui peut apparaître précocement et contribue à une morbidité importante en l'absence de prise en charge adéquate.

P145- Drépanocytose et grossesse : A propos de 86 grossesses chez 41 patientes

A. Rebouh, A.A. Zian, F. Lamraoui, H. Brahimi, K.M. Benlabiod, N. Rekab, S. Oukid, Y. Bouchakour, S. Taoussi, M. Bradai.

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinopathies, Faculté de Médecine, Blida

Introduction et Objectif :

La grossesse chez la femme drépanocytaire est une situation à risque fœto-maternel, associée à un risque accru de complications maternelles- les CVO, syndromes thoraciques aigus, infections, anémie sévère - et fœtales RCIU, la mortalité périnatale...

L'objectif de notre travail est d'analyser les caractéristiques cliniques, les complications materno- fœtales et les stratégies thérapeutiques chez les parturientes drépanocytaires suivie au service d'Hématologie EHS- ELCC Blida.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective portant sur 86 grossesses monofoetales dont 52 ont été

correctement suivies au niveau de notre service, chez 41 patientes drépanocytaires (16 SS, 13 S/0 thalassémies et 12 S/C).

Résultats :

L'âge moyen des parturientes est de 26,9 ans (20 -38), il s'agit de 30 multipares et de 11 primipares. Dans les antécédents obstétricaux on note 3 ABRT précoces, 7 MIU et 3 décès néonataux, notant que 3 ptes ont été incluses sous protocole Hydroxyurée qui a été arrêté avant conception. Durant la grossesse, 10 ptes ont développé au moins une CVO, 1 pte un syndrome thoracique aigu et 1 pte une infection sévère nécessitant l'hospitalisation et 1 cas d'HTA gravidique. 28 parturientes ont nécessité des transfusions sanguines en raison d'une aggravation de l'anémie avec un taux moyen de l'Hb avant accouchement à 8 g/dl (6-10), et 21 ptes ont bénéficié d'un programme d'échange transfusionnel au cours de grossesses. Les modalités d'accouchements : 68 voies basses, 18 césariennes avec 3 accouchements prématurés. Les complications maternelles : 1 décompensation cardiaque, 3 hémorragies de la délivrance et 2 éclampsies dont une est décédée. Sur le plan fœtal : 5 retards de croissance, 7 morts in utero et 3 décès en période néonatale.

Discussion :

Nos résultats confirment que la grossesse chez les patientes drépanocytaires reste associée à une morbidité maternelle et périnatale significative. Les complications les plus observées incluent les CVO, l'anémie sévère, ainsi que la mortalité périnatale. La mise en place d'un suivi multidisciplinaire spécialisé s'est avérée essentielle pour anticiper et gérer efficacement ces complications. L'utilisation raisonnée d'un protocole transfusionnel semble réduire l'incidence des événements sévères, bien que des risques d'allo-immunisation ou la surcharge en fer.

Conclusion :

La grossesse chez les patientes drépanocytaires demeure à haut risque tant pour la mère que pour le fœtus. Une prise en charge spécialisée et individualisée, en lien étroit entre hématologues, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs associant un suivi rapproché, une prévention des complications et le recours à un protocole

transfusionnel permet d'améliorer le pronostic fœto-maternel.

P146- Accident vasculaire cérébral de l'enfant drépanocytaire ; à propos d'un cas.

N. Benkhira, L. Azzi

Faculté de médecine, Université Tahri Mohamed Béchar

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une hémoglobinopathie congénitale à expression variée dont les accidents vasculaires cérébraux «AVC» dominent les manifestations neurologiques ; notre objectif est de mettre en relief l'AVC ischémique comme complication grave de drépanocytose majeure chez l'enfant pour procéder à une prise en charge adéquate dans les plus brefs délais.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons le cas d'une fillette âgée de 03 ans descendante de parents germains, l'aînée dans une fratrie de 2 filles, diagnostiquée depuis l'âge de 6 mois pour drépanocytose homozygote à l'occasion de l'investigation d'une anémie hémolytique, admise dans le cadre de l'urgence pour syndrome infectieux et monoplégie.

Résultats et Discussion :

Observation: A l'examen clinique, Oum Ikhir était fébrile à 39°, avec une TA 10/05 mmhg, elle présentait un déficit moteur du membre inférieur gauche non douloureux, sans aucune autre porte d'entrée infectieuse ; elle avait une anémie sévère à 6g/dl d'hémoglobine à la FNS. Considérée initialement comme une ostéite, elle était mise sous double antibiothérapie à large spectre avec hyperhydratation et transfusion de culot globulaire rouge. A H48 apyrexie a été obtenue mais avec persistance des signes neurologiques, d'où l'indication d'une IRM cérébrale qui a objectivé un AVC ischémique, la patiente était mise sous hydroxyurée à raison de 20mg/kg avec initiation d'une rééducation fonctionnelle, elle a bénéficié d'une

séance d'échange transfusionnelle avec installation d'un programme d'échange mensuel, à partir du j7 elle a commencé à se déambuler en boitant avec amélioration progressive. Malheureusement elle n'a pas de donneur compatible sain dans sa fratrie, pour envisager une allogreffe des cellules souches hématopoïétiques, Elle a donc été proposée pour une greffe haplo-identique après typage HLA de ses parents.

Conclusion :

L'accident vasculaire cérébral est une cause majeure de morbi-mortalité associée à la drépanocytose majeure principalement chez l'enfant, il doit être pris en charge précocement avec l'intention d'une prévention primaire ou secondaire.

P147- Suivi biologique et prédictivité par chimérisme après allogreffe de cellules souches hématopoïétiques chez 3 patients atteints de Drépanocytose Homozygote

Y. Kinane-Daouadji, F. Mahdid, N. Rahmoune, M. Baazizi, S. Akhrouf, D. Ait Ouali, H. Bouarab, S. Zerkout, F. Louar, R. Belhadj, K. Slimani, F. Kaci, S. Fersaoui, F. Harieche, R.M.M. Hamladji, R.A. Nacer, M. Benakli

EHS CPMC

Introduction et Objectif :

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) est le seul traitement potentiellement curateur validé en pratique clinique dans la drépanocytose homozygote (DH) avec certaines complications. L'analyse biomoléculaire de l'état de chimérisme permet un contrôle et un suivi post greffe de la maladie, une détection précoce de la récurrence et la mise en place d'une immuno-modulation préventive.

Matériels et Méthodes :

Cette étude porte sur 3 patients (pts) drépanocytaires homozygotes compliqués préalablement d'accidents vaso-occlusifs graves qui ont bénéficié d'une allogreffe

de CSH géno-identique entre 2013 et 2014. La procédure a été effectuée avec un conditionnement associant Busulfan-Endoxan-SAL et prévention GVHD par Ciclosporine-Methotrexate. Le suivi du chimérisme post-greffe est réalisé par l'analyse des allèles d'ADN portant les régions STR aussi bien du donneur que du receveur, de la greffe à Juin 2025.

Résultats et Discussion :

Cas1: Garçon âgé de 12 ans, DH compliquée d'un AVC ischémique séquellaire. Allogreffe géno-identique avec greffon de CSP, cellules CD34+ : 16.106/kg. Bonnes suites post-greffe. Le taux d'hémoglobine S est passé de 78% avant greffe à 23% (J30). Le chimérisme donneur est de 89% (J30), 93% (J60), et se maintient à 100%, 11 ans après allogreffe. Cas 2 : Fille âgée de 10 ans, DH compliquée d'un AVC ischémique. Allogreffe géno-identique avec un greffon médullaire, cellules nucléées : 4,5.108/kg. Elle a présenté une GVHD cutanée de grade II à J31, avec une bonne évolution. Le taux d'hémoglobine S est passé de 89% avant greffe à 21% (J45) et se maintient entre 37 et 42%, de façon permanente. Le chimérisme donneur est de 92% (J30), puis se maintient à 100% 12 ans après allogreffe. Cas 3 : Fille âgée de 14 ans, DH compliquée d'AVC ischémique séquellaire. Allogreffe géno identique avec greffon de CSP, cellules CD34+ : 5.48.106/kg. Elle a présenté une GVHD aigue cutanée et digestive de grade IV ayant entraîné rapidement le décès à J68. Le chimérisme donneur est de 88% (J30), 100% (J60), avant la survenue du décès.

Conclusion :

Le suivi biologique montre une corrélation cinétique entre les résultats de l'électrophorèse de l'hémoglobine et du pourcentage du chimérisme du profil Donneur/Receveur. Le pourcentage du taux de l'hémoglobine S, au long cours, correspond au profil hétérozygote du donneur. La place du suivi par l'étude du chimérisme est essentielle pour mieux appréhender l'évolution et la réussite de l'allogreffe chez les pts DH.

P148- Profil clinique et biologique des patients drépanocytaires

suivis au service d'hématologie de Sidi Bel Abbes, étude cohorte rétrospective.

A. Ramdoun, A. Hadjeb, N. Si Ali, K. Tayebi, M. Chereti, N. Zemri, A. Mestari, H. Benzian, A. Benaissa, M. Benlazar

CHU Abdel Kader Hassani Sidi Bel Abbes

Introduction et Objectif :

Introduction. La drépanocytose est la maladie génétique monogénique la plus fréquente au monde, particulièrement prévalente en Afrique et dans le bassin méditerranéen. C'est une hémoglobinopathie fréquente en Algérie et responsable d'une morbidité importante, notamment par les crises vaso-occlusives et les complications infectieuses, constituant un réel problème de santé publique. Objectif. L'objectif de ce travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique, biologique et thérapeutique d'une cohorte de patients drépanocytaires au CHU de Sidi Bel Abbès.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, menée portant sur 07 patients atteints de drépanocytoses colligés au service d'hématologie entre 2002 et 2024. Les données socio-démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et analysées à l'aide de Microsoft Excel 2021.

Résultats et Discussion :

Parmi les 07 patients inclus, l'âge moyen était de 31.8ans (médiane :32.8 ans), avec une sex-ratio H/F de ¾. Les génotypes retrouvés étaient :S/S(57%), S/C(29%) et S/Beta thalassémie (14%) sur le plan biologique, l'hémoglobine S moyenne était de 71%, et l'hémoglobine F moyenne de 4.4%. Concernant la prise en charge, 57% des patients étaient sous hydroxyurée, 85% ont reçu des transfusions, 100 % ont bénéficié d'échanges transfusionnels, et 57% étaient sous chélation. La fréquence des crises vaso-occlusives était en moyenne de 1.5 épisode/an (médiane 1.5) et un seul syndrome thoracique aigu.

Conclusion :

Parmi les 07 patients inclus, l'âge moyen était de 31.8ans (médiane :32.8 ans), avec une sex-ratio H/F de ¾. Les génotypes retrouvés étaient :S/S(57%), S/C(29%) et S/Beta thalassémie (14%) sur le plan biologique, l'hémoglobine S moyenne était de 71%, et l'hémoglobine F moyenne de 4.4%. Concernant la prise en charge, 57% des patients étaient sous hydroxyurée, 85% ont reçu des transfusions, 100 % ont bénéficié d'échanges transfusionnels, et 57% étaient sous chélation. La fréquence des crises vaso-occlusives était en moyenne de 1.5 épisode/an (médiane 1.5) et un seul syndrome thoracique aigu.

P149- Profil épidémiologique, clinico-biologique, thérapeutique et évolutif des patients drépanocytaires majeurs

H. Mansour, L. Sahraoui, S. Hadji, F. Talbi, S. Belakehal, A. Bachiri

Hopital Central de l'Armée, Mohamed Seghir Nekkache

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une maladie génétique hématologique la plus répandue au monde avec une grande variabilité clinique et des complications redoutables. L'objectif de notre étude est de décrire le profil des patients drépanocytaires suivis en consultation d'hématologie de l'HCA.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective sur une période de 38ans (Dec 1987- Jan 2025). Le diagnostic est orienté par la clinique, confirmé par l'électrophorèse de l'hémoglobine (Hb) et l'enquête familiale. Les patients sont mis sous antibioprophylaxie, une supplémentation en folates. Les patients sont mis sous Hydroxyurée devant : crises vaso-occlusives (CVO) supérieur 3/an, syndrome thoracique aigu et anémie sévère. La forme sévère de la maladie est définie par un nombre de CVO supérieur 3 par an et/ou un taux d'hémoglobine < 7g/dl. Un examen clinique et un bilan rénal et hépatique fait à chaque consultation, un

bilan des complications, à savoir Ferritinémie, bilan thyroïdien, sérologies virales, Echocoeur (IRM cardiaque), examen ophtalmologique, échographie abdominale, Doppler transcrânien tous les 6 à 12 mois.

Résultats et Discussion :

Nous avons colligé 137 patients, 84 (61,3%) masculin et 53 (38,7%) féminin, sex-ratio=1,5. L'âge moyen 32 ans (5-66 ans), l'âge moyen au diagnostic 10 ans (6 mois-432 mois). Une consanguinité chez 22,6% (31 cas), 53,3% (73 cas) S/S, 34,3% (47 cas) S/B, 12,4% (17 cas) S/C. Une forme sévère chez 33 cas (24%). Les complications sont, une hémochromatose 28 cas (20,4%) nécessitant la mise en route d'une chélation, une hypothyroïdie chez 2 cas (1,5%), un diabète chez 2 cas (1,5%), lithiases vésiculaires chez 29 cas (21,1%) cholécystectomisés, une splénectomie chez 17 cas (12,4%) en raison d'un hypersplénisme, une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale chez 26 cas (19%) dont 13 (9,4%) ont bénéficié de prothèse totale de la hanche, des complications cardiaques chez 7 cas (5%), ophtalmologiques 4 cas (3%), auditives chez 2 cas (1,5%) dont 1 cas de surdité brutale, rénales chez 1 cas (0,72%), hépatiques chez 3 cas (1,5%), ulcère de jambe 2 cas (1,4%), thrombose veineuse 3 cas (2%), priapisme 2 cas (1,4%), hépatite C chez 1 cas (0,72%), un syndrome thoracique aigu (STA) chez 9 cas (6,5%), AVC ischémique 4 cas (2,9%), un doppler transcrânien pathologique chez 4 cas (2,9%). Un traitement par Hydroxyurée est instauré chez 45 cas (32%), 9 patients sont inclus dans un programme d'échange transfusionnel, 4 patients en raison d'un AVC ischémique, 1 patiente en raison de STA récidivant, 4 patients en raison d'un DTC accéléré. Une greffe de moelle est réalisée chez 4 patients dont 3 haplo identique, 2 patientes en raison d'une forme sévère, une patiente en raison d'un AVC ischémique et un patient en raison d'un DTC accéléré.

Conclusion :

Les syndromes drépanocytaires posent de réels problèmes de santé publique dans de nombreux pays d'Afrique et même dans le monde. En Algérie, de réels progrès dans la stratégie thérapeutique qui ont amélioré la qualité de la prise en charge des patients drépanocytaires.

P150- Évaluation du traitement par l'Hydroxyurée chez les patients drépanocytaires majeurs

H. Mansour, L. Sahraoui, S. Hadji, F. Talbi, S. Belakehal, A. Bachiri

Hopital central de l'Armée, Mohamed Seghir Nekkache

Introduction et Objectif :

Depuis plus de 20 ans, l'Hydroxyurée est indiqué dans la drépanocytose et constitue un traitement de fond des formes sévères de la maladie. Le but de cette étude est d'évaluer le traitement par l'Hydroxyurée chez nos patients drépanocytaires majeurs.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur une période de 38 ans (Dec 1987- Jan 2025) portée sur les patients présentant un syndrome drépanocytaire majeurs suivi en Hématologie de l'HCA qui sont mis sous Hydroxyurée, les indications sont : nombre de crises vaso occlusives supérieur à 03/ an, antécédent de syndrome thoracique aigu, anémie sévère ($Hb < 7g/L$). La dose initiale : 15 mg/kg/j, puis on augmente progressivement jusqu'à une dose minimale efficace, dose max : 5 mg/kg/j) avec surveillance de la tolérance clinique et biologique, une cryoconservation du sperme est proposée systématiquement chez les hommes avant la mise en route du traitement.

Résultats et Discussion :

Parmi 137 patients drépanocytaires majeurs, 45 patients (32%) sont sous Hydroxyurée, 22 de sexe féminin et 23 de sexe masculin, sex-ratio=1,04. L'âge moyen est de 27 ans (9- 65 ans), l'âge moyen de la mise en route de l'Hydroxyurée est de 20 ans (4-37 ans), avec un recul de 8 ans en moyenne (1-23 ans). La dose moyenne de l'Hydroxyurée est de 20,38 mg/Kg/j. Sur le plan phénotypique : 33 (73,3%) SS et 12 (26,7%) S/B. 2 patient (4,5%) sont mis sous Hydroxyurée en raison d'un syndrome thoracique aigu, et aucun autre épisode de STA n'est apparu sous Hydroxyurée. 37 patients (82,2%) sont mis sous Hydroxyurée en raison du nombre de crises vaso-

occlusives supérieur à 3/An, le nombre de crises moyen passe de 4 CVO/an à 1 CVO/An, soit une diminution de 75% dans un délai moyen de 6 mois, et 6 patients (13,3%) sont mis sous Hydroxyurée en raison d'un taux d'Hb < 7 g/dl, avec un taux d'hémoglobine moyen 6,3 g/dl (5,8-6,9g/dl), nécessitant des transfusions ponctuelles (5 culots globulaires /An en moyenne) et après le traitement par Hydroxyurée, nous avons obtenu une indépendance transfusionnelle et une augmentation du taux d'hémoglobine avec un taux d'hémoglobine moyen de 8 g/dl dans un délai moyen de 3 mois, ainsi qu'une augmentation du taux d'hémoglobine moyen chez tous les patients de 1,5g/dl. On note également une diminution du taux de globules blancs de 27% en moyenne. La tolérance immédiate est bonne, et pour les effets à long terme, nous avons eu 1 cas d'azoospermie irréversible à l'arrêt du traitement.

Conclusion :

L'Hydroxyurée a pris aujourd'hui une place majeure dans le traitement des formes sévères de la drépanocytose, elle a transformé leur pronostic ainsi que leur qualité de vie. Sa tolérance à court et long terme est satisfaisante.

P151- Motifs d'hospitalisation chez les patients atteints de syndrome drépanocytaire majeur : expérience du service d'hématologie de Beni Messous

N. Khouni, C. Aboura, H. Ahmidatou, S. Kellouche, L. Metidji, Z. Bensaadallah, L. Soufellou, S. Doufène, I. Chaouche, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Chez les patients atteints de syndrome drépanocytaire majeur (SDM), les hospitalisations reflètent la gravité de la maladie. Elles sont principalement liées aux crises vaso-occlusives (CVO), aux syndromes thoraciques aigus (STA), aux complications hémolytiques et aux infections sévères. Ces épisodes constituent des urgences médicales nécessitant une prise en charge rapide, multidisciplinaire et souvent lourde.

L'objectif de ce travail est d'identifier les principaux motifs d'hospitalisation et de décrire les modalités thérapeutiques appliquées dans notre service

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 5 ans (2019–2024) chez des patients hospitalisés pour SDM. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et comprenaient les informations démographiques, cliniques, biologiques, les examens complémentaires, les traitements administrés et l'issue de l'hospitalisation

Résultats et Discussion :

Au total, 25 patients ont été hospitalisés pour 53 motifs, soit en moyenne 2 hospitalisations par patient (extrêmes : 1–6). L'âge moyen était de 28 ans (16–48 ans) avec un sex-ratio H/F de 0,15. Les crises vaso-occlusives représentaient 55 % des hospitalisations, soit 29 cas. Le syndrome thoracique aigu 15 %, soit 8 cas. Les complications hémolytiques aiguës représentaient 9 %, soit 5 cas. Les pneumopathies graves représentaient 7 %, soit 4 cas. Les cholécystites aiguës représentaient 6 %, soit 3 cas. Les pyélonéphrites représentaient 4 %, soit 2 cas. Enfin, la gestion des RAI positives représentait 4 %, soit également 2 cas. Les facteurs déclenchants des CVO étaient la fièvre dans 57 % des cas (16 patients), le stress dans 28 % des cas (7 patients) et le froid dans 15 % des cas (4 patients). Le tableau clinique était grave chez 15 patients, avec 5 cas d'hémolyse sévère, 6 cas d'anémie sévère, 3 cas de désaturation et 1 cas d'œdème aigu du poumon massif. La prise en charge reposait sur l'hydratation et les antalgiques administrés à tous les patients. Les transfusions ont été nécessaires dans tous les cas, dont 60 % de transfusions simples (15 patients) et 40 % de transfusions d'échange (10 patients), avec une moyenne de 3 concentrés globulaires par patient. Seize patients étaient sous hydroxyurée. Les antibiotiques ont été administrés chez 72 % des patients (18 cas), et l'anticoagulation chez 86 % (22 cas). Les examens d'imagerie ont confirmé des atteintes pulmonaires chez 10 patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours (2–21). La mortalité globale était de 12 %, soit 3 patients, avec un taux de 38 %

pour le syndrome thoracique aigu (3 décès sur 8 patients).

Conclusion :

Les crises vaso-occlusives, souvent déclenchées par la fièvre, constituent le principal motif d'hospitalisation chez les patients drépanocytaires. Le syndrome thoracique aigu reste l'événement le plus grave, associé à une mortalité élevée (38 %). Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge rapide, adaptée et multidisciplinaire afin de prévenir les complications sévères et d'améliorer le pronostic de ces patients.

P152- Ostéonécrose de la tête fémorale chez les drépanocytaires : prévalence, profil clinique et prise en charge chirurgicale

A. Bouredji, C. Aboura, L. Metidji, Z. Bensaadallah, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONTF) constitue une complication fréquente et invalidante de la drépanocytose, compromettant le pronostic fonctionnel. Sa survenue est souvent insidieuse et sa prise en charge demeure un véritable défi thérapeutique. Elle concerne environ 10 à 30 % des patients drépanocytaires. notre Objectif est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, biologiques, l'évolution clinique ainsi que les modalités thérapeutiques de l'ONTF chez les patients drépanocytaires.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée entre 2020 et 2024 au niveau de l'hôpital de jour d'hématologie CHU Beni Messous. Elle a inclus 21 patients drépanocytaires présentant une ONTF confirmée par imagerie (radiographie du bassin et/ou IRM). Les paramètres analysés comprenaient : âge, sexe, type de drépanocytose, âge de survenue de la complication, nombre de

crises vaso-occlusives (CVO)/an, nombre d'hospitalisations/an, taux d'hémoglobine de base, modalités diagnostiques, traitement médical ou chirurgical, recours à l'hydroxyurée ou aux échanges transfusionnels, et évolution.

Résultats et Discussion :

Parmi les 250 patients suivis, 21 (8,4 %) ont présenté une ONTF : 10 (47,6 %) homozygotes S/S et 11 (52,4 %) hétérozygotes composites S/C. L'âge moyen était de 36 ans (22–60 ans) avec un sex-ratio H/F de 0,35 (5H/16F). L'âge moyen de survenue de cette complication était de 31,4 ans (19–57 ans). Quatorze patients (66 %) présentaient plus de 3 CVO/an et 9 (42 %) avaient nécessité des hospitalisations. Des complications dégénératives associées ont été observées chez 9 patients (42 %) : 4 AVC (19 %), 2 priapismes (9,5 %), 5 lithiases vésiculaires (23,8 %) et 2 néphropathies (9,5 %). Une crise d'hémolyse aiguë a été diagnostiquée chez 9 patients (42,8 %). Sur le plan clinique, les 21 pts présentaient des douleurs de hanche et 9 une boiterie. Le taux moyen d'Hb de base était de 8,64 g/dl (7–10 g/dl). Le diagnostic radiologique reposait sur la radiographie standard (100 %) et l'IRM (42,8 %). Sur le plan thérapeutique, 15 patients (71,4 %) ont bénéficié d'une arthroplastie totale de hanche (PTH) précédée d'un programme d'échanges transfusionnels, dont 4 (26,7 %) avec PTH bilatérale. Les suites opératoires ont été favorables pour l'ensemble des cas. Six patients (28,6 %) étaient en attente de chirurgie. Le traitement symptomatique associait antalgiques et AINS chez tous les patients, et l'hydroxyurée a été prescrite chez 15 (71,4 %). À la fin du suivi, 19 patients (90,5 %) étaient vivants ; deux sont décédés (1 embolie pulmonaire, 1 infarctus mésentérique).

Conclusion :

L'ONTF est une complication sévère de la drépanocytose, entraînant une altération majeure de la qualité de vie. La mise en place d'une surveillance radiologique annuelle permet un diagnostic plus précoce et favorise une meilleure optimisation de la prise en charge thérapeutique, améliorant ainsi le pronostic fonctionnel et réduisant les complications postopératoires.

P153- Intérêt du Doppler

transcranien dans la prévention des AVC ischémique chez les patients drépanocytaires.

H. Mansour, S. Hadji, F. Talbi, S.E. Belakehal, A. Bachiri

Hôpital Central de l'Armée, Mohamed Seghir Nekkache

Introduction et Objectif :

L'accident vasculaire cérébral est une complication potentiellement fatale de la drépanocytose. Le doppler transcranien (DTC) est recommandé comme méthode de dépistage pour tous les enfants atteints de drépanocytose, ce qui permet d'identifier les patients à haut risque d'AVC. L'objectif de notre étude est de préciser l'intérêt du doppler transcranien dans la prévention des AVC chez les patients drépanocytaires.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portée sur les patients drépanocytaires, entre Janvier 2014 et Janvier 2025 qui ont bénéficié d'un DTC annuel avec mesure de la vitesse moyenne (vm) du flux sanguin cérébral, le DTC était considéré comme 1) normal lorsque la vitesse < 170 cm/sec 2) limite lorsque la vitesse > 170 et < 200 cm/sec 3) anormal ou pathologique lorsque la vitesse > 200 cm/sec, et pour les cas anormaux, un deuxième examen de confirmation était nécessaire. Les patients ayant un DTC pathologique sont inclus dans un programme d'échange transfusionnel (ET) dans le but de maintenir un taux d'Hb S < 30% afin de prévenir le risque d'AVC, les patients avec un DTC limite bénéficient d'un contrôle échographique plus rapproché.

Résultats et Discussion :

Nous avons colligé 55 patients, 21 sexe féminin et 34 sexe masculin, sex-ratio=1,6. L'âge moyen : 24 ans (4-49 ans), 30 S/S, 22 S/B, 3 S/C. Un DTC normal chez 83,6% (46 cas), avec une moyenne de 89,6 cm/sec, un DTC limite 7,27% (4 cas) avec une moyenne de 172,5 cm/sec, un DTC pathologique chez 9,09% (5 cas) avec une moyenne de 225,5 cm/sec, les 5 patients sont inclus dans un programme d'ET, 01 patient a diminué sa vitesse à 170 cm/sec

qui reste limite avec contrôle DTC tous les 04 mois, un patient a diminué sa vitesse au-dessous de 200 cm/s pendant 7 mois puis elle a augmenté nécessitant sa réintroduction dans un programme d'ET, 2 patients ont gardé une vitesse > 200 cm/s et sont toujours inclus dans un programme d'ET, chez une patiente le contrôle DTC a retrouvé une vitesse < 200 cm/s, mais 2 mois plus tard la patiente a présenté des céphalées et une crise convulsive, une IRM cérébrale objectivant des lacunes ischémiques frontales bilatérales, la patiente est incluse dans un programme d'ET et elle a bénéficié d'une greffe de moelle. Les patients présentant un DTC limite et pathologique ont un taux d'Hb < 8 g/dl dans 33 % des cas, et un taux de GB > 10000 elt/mm³ chez 66,6% des cas, et un taux de plq > 500000 elt/mm³ chez 100% des cas et 66,6% (2 cas) des patients présentant un DTC anormal, ont des antécédents de complications type syndrome thoracique (2 cas), et ostéonécrose de la tête fémorale (1 cas).

Conclusion :

La vasculopathie de l'enfant drépanocytaire est sténosante, progressive et détectable de manière fiable, non invasive et peu onéreuse par DTC, une vitesse moyenne > 200 cm/sec est prédictive d'un risque d'AVC de 40%.

P154- La drepanocytose et l'ulcere de jambe

W. Benyoucef, R. Yahia, K. Smaili, F. Grifi, H. Mehennaoui

CHU de Annaba

Introduction et Objectif :

Les ulcères de jambe sont une complication fréquente au cours des syndromes drépanocytaires majeurs, principalement à l'âge adulte. Sa physiopathologie est complexe et n'est que partiellement élucidée. Déterminer la prévalence et les caractéristiques des ulcères de jambe chez nos patients atteints de syndromes drépanocytaires majeurs.

Matériels et Méthodes :

méthode : Il s'agit d'une étude descriptive et longitudinale, se basant sur les données

rétrospectives et un suivi prospectif et s'étalant de janvier 2019 à janvier 2025. L'étude a inclut un total de 500 patients atteints de syndrome drépanocytaire majeur et dont l'âge est supérieur à 15 ans. Il s'agit de 300 (60%) formes homozygotes, 155 (31%) formes S/ ? thalassémie et 44 (9%) doubles hétérozygoties SC.

Résultats et Discussion :

Résultats : Au terme de notre étude, seules les formes homozygotes ont développé un ulcère de jambe avec une fréquence de 7% (17/255 patients avec information). L'âge moyen des patients lors de la première ulcération était de 29 ans, 71% (12/17) des ulcères de jambes sont survenus chez le sexe masculin. La localisation la plus fréquente était pré-malléolaire, le traitement s'était basé essentiellement sur les soins locaux (hydrocolloïdes, acide hyaluronique), associés si absence d'une bonne évolution à de l'hydroxyurée, à des échanges transfusionnels ou à des micro-greffes de peau. L'évolution : - Cicatrisation avec des soins locaux : 05 patients - Passage à la chronicité : 12 patients - Micro-greffe de peau : 03 patients, avec une bonne cicatrisation. Discussion : La prévalence de l'ulcère de jambe varie en fonction des pays et des études, en France, elle est de 5,5 %, aux USA de 2,5%, entre 1,5 et 13,5 % en Afrique et > 40 % en Jamaïque. La fréquence dans notre série rejoint celle des études africaines. Il y a une nette prédominance masculine dans diverses études américaines, ce qui est retrouvé dans notre étude, mais pas dans les séries africaines. Les localisations les plus fréquentes sont: pré-malléolaires, latérales ou médianes de la cheville, les sites rares sont: la face antérieure du tibia, face dorsale du pied et le tendon d'Achille.. Certains facteurs de risque biologiques ont été déterminés par certaines études, un taux des LDH élevé, un taux d'hémoglobine totale et un taux d'hémoglobine F bas.

Conclusion :

L'ulcère de jambe constitue une complication sous-estimée de la drépanocytose, d'évolution souvent chronique avec tendance à la récurrence ; à l'origine de conséquences majeures sur le plan fonctionnel et psychosocial.

la drépanocytose homozygote

R. Yahia, W. Benyoucef, K. Smaili, A. Amrane, A. Djenouni, F. Grifi, H. Mehennaoui

CHU Annaba

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est la 1ère hémopathie congénitale en Algérie, affection grave et handicapante. Sa symptomatologie est variable dans le temps, son évolution peut être émaillée de nombreuses complications aiguës. Objectif: Déterminer la prévalence et les caractéristiques des complications aiguës chez les patients atteints de drépanocytose homozygote, suivis au niveau du service d'hématologie du CHU Annaba.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive et longitudinale, se basant sur les données rétrospectives et sur un suivi prospectif, s'étalant de Janvier 2019 à Janvier 2025. La population étudiée est constituée de patients atteints de drépanocytose homozygote et suivis à notre niveau.

Résultats et Discussion :

Notre étude inclut 300 patients porteurs de drépanocytose homozygote. L'âge moyen de notre cohorte est de 38 ans avec des extrêmes de [16 – 62 ans], le sex-ratio est de 0,77. Durant le suivi, 82% (161/197 patients avec information) de nos patients ont fait moins de trois crises vaso-occlusives (CVO)/an et seuls 10% (19/197) ont fait plus de trois CVO/an. Le syndrome thoracique aigu a une fréquence annuelle de 2% (5/251), 5% des patients (10/213) avaient fait un épisode de priapisme, les épisodes d'aggravation d'anémie avaient une fréquence annuelle de 6% (10/159), 22% (48/215) de nos sujets ont fait au moins un épisode infectieux /an et 19% (51/266) ont fait un accident vasculaire cérébral. Sur le plan thérapeutique, l'Hydroxyurée trouve une large utilisation dans notre cohorte: 56% (153/273) des patients. Discussion : Au terme de notre travail et en comparant les résultats obtenus à ceux de l'étude antérieure (2009-2018), on constate que les fréquences des complications aiguës ont nettement diminuées. Ceci est expliqué par le suivi régulier, les séances d'éducation thérapeutique répétées et la large

utilisation de l'hydroxyurée.

Conclusion :

Les complications aiguës de la drépanocytose sont d'évolution imprévisible, mettant souvent en jeu le pronostic vital, d'où l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce.

P156- Les accidents vasculaires cérébraux et la drepanocytose

R. Yahia, W. Benyoucef, K. Smaili, A. Gasri, A. Djenouni, F. Grifi, H. Mehennaoui

CHU Annaba

Introduction et Objectif :

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), avec ou sans vasculopathie sous jacente sont la principale cause d'atteinte neurologique au cours des syndromes drépanocytaires majeurs. Ils sont à l'origine de séquelles persistantes et invalidantes et d'une mortalité d'environ 10%. OBJECTIF : Déterminer la prévalence, les caractéristiques clinico-biologiques et évolutifs des AVC chez nos patients atteints de syndromes drépanocytaires majeurs.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive et longitudinale, se basant sur les données rétrospectives et sur un suivi prospectif, s'étalant de Janvier 2019 à Janvier 2025. L'étude a inclut un total de 500 patients atteints de syndrome drépanocytaire majeur et dont l'âge est supérieur à 15 ans. Il s'agit de 300 (60%) formes homozygotes, 155 (31%) formes S/? thalassémie et 44 (9%) doubles hétérozygotes SC.

Résultats et Discussion :

Au terme de l'étude, un total de 62 cas d'AVC est colligé, la forme homozygote est la plus touchée avec une fréquence de 19% (51/266 patients avec information), suivie de la S? thalassémie 7% (11/150) et aucun cas chez les formes SC. Il s'agit d'AVC ischémique dans 97 % des cas (60/62) et hémorragique chez 02/62 patients (3%). Une vasculopathie cérébrale sous jacente est retrouvée dans 63% (39/62) des cas et un syndrome du MoyaMoya chez 16% (10/62) des sujets. La prise en charge thérapeutique s'est basée en phase aigue sur les échanges

transfusionnels ponctuels puis le relais par un programme au long terme s'il y a une vasculopathie cérébrale sous jacente. On intensifie systématiquement le traitement de fond en associant l'hydroxyurée. Aucun patient porteur de vasculopathie n'a bénéficié d'une greffe de moelle osseuse. L'évolution: -Absence de récides. -Les séquelles sensitivomotrices (20cas), cognitives (11cas). -Alloimmunisation érythrocytaire : 03cas. DISCUSSION : La prévalence des AVC ischémiques avec une vasculopathie prédomine dans notre série; le dépistage de cette dernière chez l'enfant par un doppler transcrânien, doit être systématique et régulier, afin de pouvoir mettre en place un traitement de fond et éviter la progression de l'anomalie et la survenue d'AVC.

Conclusion :

La survenue d'AVC chez le patient drépanocytaire est une complication grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital, à court terme et le pronostic fonctionnel, à long terme avec le risque de récidence et de syndrome du MoyaMoya.

P157- Accident vasculaire cerebral (avc) au cours des syndromes drepanocytaires majeurs

A. Kheloudja

CHU Tizi Ouzou

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une hémoglobinopathie fréquente responsable de nombreuses complications notamment neurologiques. L' AVC est l' une des complications les plus redoutées pouvant survenir dès l' enfance pouvant affecter le pronostic fonctionnel et vital. OBJECTIFS : Présenter trois cas d' AVC ischémiques afin de discuter les facteurs de risque, les modalités diagnostique et thérapeutique.

Matériels et Méthodes :

Il s' agit d' une étude rétrospective descriptive de tous nos patients (52), drépanocytaires majeurs suivis dans notre service sur une période de 10 ans (2015-

2025). Les dossiers médicaux ont été analysés afin d'identifier les patients ayant présenté un AVC. Trois cas ont été recensés.

Résultats et Discussion :

1er cas: Patiente de 17 ans, suivie depuis l'âge de 2 ans pour une drépanocytose S/S. Elle a présenté à 13 ans, un déficit sensitivomoteur généralisé dont la TDM cérébrale est revenue normale, le diagnostic d'accident ischémique a donc été posé. Elle a été mise, depuis, sous un programme d'échange transfusionnel mensuel et sous traitement de fond (Hydréa). Elle a complètement récupéré. 2ème cas: Patient de 49 ans, diabétique (DNID), ACFA paroxystique sous Thrombix, suivi depuis son jeune âge pour une drépanocytose S/? thalassémie. Il a présenté, il y a 18 mois, une hémiplégie gauche, une angio IRM est faite à distance de cet épisode a objectivé de multiples lacunes ischémiques cortico sous corticale et de la substance blanche profonde. Un programme d'échange transfusionnel mensuel a été instauré, associé à l'Hydréa. Il a complètement récupéré. 3ème cas : Patient de 53 ans, fumeur (tabac à chiquer) est suivi depuis son jeune âge pour une drépanocytose S/C. Il a présenté il y a une année des céphalées associées à des vertiges, une IRM cérébrale a été faite a objectivé une lésion intra parenchymateuse cérébelleuse inférieure droite, non expansive, cortico sous corticale correspondant à une sténose proximale de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure avec une leuco-encéphalopathie vasculaire chronique grade 3 de Fazekas. Un programme d'échange transfusionnel mensuel a été instauré associé à l'Hydréa. L'évolution est favorable avec une régression significative des vertiges. L'AVC peut survenir chez des sujets jeunes comme âgés, les mécanismes étant souvent liés à l'hyperviscosité et à une sténose vasculaire chronique. Chez les patients plus âgés, des facteurs vasculaires peuvent s'y associer notamment le diabète, l'HTA ou le tabagisme. Le dépistage par un Doppler trans-crânien et la prévention secondaire par des transfusions régulières sont essentielles. Le rôle des échanges transfusionnels et de l'Hydréa a été bien établi dans la prévention des récidives.

Conclusion :

L'AVC reste une complication grave,

mais évitable des SD. Une surveillance neurologique régulière, un traitement précoce et la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires est fondamentale

P158- Profil clinicobiologique et évolutif des syndromes drépanocytaires majeurs

A. Kheloudja, O. Ouanes, A. Graine, M. Allouda

CHU Tizi Ouzou

Introduction et Objectif :

Le syndrome drépanocytaire majeur (SDM) est une hémoglobinopathie chronique génétique de transmission autosomale récessive. La mutation entraîne la synthèse d'une hémoglobine anormale, Hb S, majoritaire dans le globule rouge et responsable d'une anémie hémolytique chronique, de crises vaso-occlusives (CVO) et de complications multiviscérales. Le SDM regroupe la forme homozygote SS et les doubles hétérozygoties SC et S? thalassémies. OBJECTIFS: Décrire le profil clinique, biologique et évolutif des patients pris en charge dans notre service.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique sur une période de 10 ans (2015-2025) incluant tous nos patients suivis pour SDM. Les données étant recueillies à partir de fiches de consultation

Résultats et Discussion :

52 patients sont suivis dans notre service dont 26 hommes et 26 femmes, sex ratio; 1, l'âge moyen était de 40.9 ans (17-68 ans), 25% étaient issus d'un mariage consanguin dont une fratrie de quatre et deux fratries de deux, la répartition génétique montrait 38% de génotype SS, 35% de SC et 27% de S? thalassémie. Les manifestations les plus fréquentes étaient les CVO (84.6%), suivies de l'ostéonécrose de la tête fémorale (30.8%), les infections à répétition (23%), le STA (9.6%), les AVC (5.7%), le priapisme (5.7%) et les ulcères de jambe (5.7%). Sur le plan thérapeutique, 42.3% ont bénéficié d'une transfusion simple, 32.7% d'échanges programmés, 21.1% d'un programme d'

échange régulier et 26.9% d'un échange en urgence. Une prophylaxie anti infectieuse était instauré chez tous les patients, mais la vaccination ne concernait que 48% d'entre eux. L'évolution montrait que 38.4% des patients étaient vivants sans complication, 42.3% étaient vivants avec complications, 11.5% étaient perdus de vue et 7.6% étaient décédés

Conclusion :

La drépanocytose majeure demeure un problème de santé publique par la fréquence et la gravité de ses complications. Une prise en charge optimale nécessite un dépistage précoce, un suivi pluridisciplinaire, une prophylaxie et une vaccination systématique et un accès élargi aux échanges transfusionnels programmés. Ceci permettra d'améliorer la survie et la qualité de vie de ces patients.

P159- La drépanocytose : le piège de l'abdomen aigu

B. Tabet, A. Djouadi, M.I. Siad, Z. Brahim, N. Lakhdari

CHU Béjaïa

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une hémoglobinopathie congénitale avec un polymorphisme clinique et émaillée de complications graves. Les crises vaso-occlusives (CVO) abdominales peuvent mimer un abdomen chirurgical et expose le patient au risque interventionnel. Nous rapportons dans ce cas clinique le cas d'une patiente drépanocytaire avec une crise vaso-occlusive intestinale compliquée d'un syndrome occlusif intestinal.

Matériels et Méthodes :

Patient âgée de 25 ans suivie pour une drépanocytose S/? diagnostiquée à l'âge de 3 ans. Suivie depuis 2018 dans notre service et mise sous hydroxycarbamide à une dose 20 mg/kg/jour. Le 08/08/2024 la patiente consulte aux urgences chirurgicales pour douleur abdominale d'installation aiguë avec un arrêt de matières et des gaz depuis 3 jours. La TDM abdominale révèle un syndrome subocclusif intestinal grêlique iléal avec distension atteignant 30 mm sur un épaississement intestinal.

Résultats et Discussion :

L'indication chirurgicale était indiquée et un avis d'hématologie a été demandé pour une préparation. Vu la hantise d'un CVO mimant un tableau chirurgical, nous avons préconisé un échange transfusionnel d'épreuve. 24 heures après l'échange transfusionnel, disparition des douleurs abdominales avec reprise du transit intestinal. Après 3 séances d'échanges transfusionnels, une TDM abdominale de contrôle est faite notant la disparition totale des signes radiologiques.

Conclusion :

Ce cas illustre la difficulté diagnostique face à une CVO abdominale simulant un tableau chirurgical. L'attitude conservatrice et la réalisation d'un échange transfusionnel ont permis d'éviter une intervention chirurgicale inutile et potentiellement délétère. La reconnaissance précoce de ce tableau atypique demeure essentielle afin d'éviter les morbi-mortalités.

P160- Erythroblastpénie aiguë secondaire chez un patient drépanocytaire homozygote adulte

C. Mokhnache, I. Boucheham

EPH Laib Derradji Elharrouche, Skikda

Introduction et Objectif :

Ce travail rapporte un cas d'érythroblastopénie aiguë probablement secondaire à un Parvovirus B19 chez un patient drépanocytaire homozygote S/S, au décours de deux infections bactériennes simultanées et une antibiothérapie prolongée, pris en charge au service de Médecine interne de l'EPH Laib Derradji à Skikda.

Matériels et Méthodes :

La symptomatologie débute le 29.04.2024 et se constituait d'une cellulite du pied droit accompagnée d'un syndrome infectieux biologique. Le patient a été traité en ambulatoire par une antibiothérapie ciblée, mise en décharge, antalgiques, anticoagulation et un échange transfusionnel ponctuel avec

TDA et TIA pré transfusionnels négatifs. L'évolution était favorable. Au J21 il est admis dans le cadre de l'urgence pour CVO sur syndrome infectieux urinaire bas compliqué d'une sub-occlusion fonctionnelle par iléus réflexe à la douleur. Le traitement comportait l'adaptation de l'antibiothérapie et la prise en charge de la CVO par une hyperhydratation et des antalgiques mais un échange transfusionnel n'a pas pu être proposé à notre patient car le TDA était positif, la Recherche des Agglutinines Irrégulières avait objectivé une agglutinine anti S. Au J7 de l'hospitalisation nous avons observé la disparition de la douleur, la reprise du transit et l'installation rapide d'un syndrome anémique ; sur une période d'une semaine ; moyennement toléré, sans signes d'hémolyse clinique ni biologique avec un Nadir du taux d'hémoglobine à 03.1g/dl au J13. Cette anémie était arégénérative ; taux de réticulocytes < 1000e/mm³ ; et d'origine centrale confirmée sur un myélogramme ou nous avons retrouvé une Erythroblastémie à 03%.

Résultats et Discussion :

Devant ce tableau d'immunodépression (asplénisme et antibiothérapie prolongée à large spectre) constituant un défaut de clairance virale, associé au terrain d'hémolyse chronique, nous avons évoqué une infection à Parvovirus B19. Nous instaurons le même jour une cure d'immunoglobulines polyvalentes à 0.4gr/kg/jour J1, J3, J5 . Devant l'urgence, nous avons mis en route une transfusion d'un culot globulaire isogroupe isorésus phénotypé et filtré avec un TIA négatif, testé au niveau de notre PTS mais sans rendement transfusionnel à 24h (Hb post transfusionnelle à 04 g/dl). Par la suite nous avons observé la réapparition d'érythroblastes acidophiles sur le frottis sanguin et l'ascension spontanée du taux de l'hémoglobine. Le patient est sorti sous contre avis médical à J20 de l'hospitalisation (J13 des IgIV) avec un taux d'hémoglobine à 07g/dl et sans syndrome infectieux. Le recul : Janvier 2025, le patient est branché en gastrologie pour la prise en charge d'un syndrome de cholestase.

Conclusion :

Linfection par le Parvovirus B19, bénigne chez une personne saine, aggrave de

manière significative l'anémie chronique chez le drépanocytaire. Le traitement repose sur les IgIV et les transfusions sanguines sont souvent nécessaires pour pallier au syndrome anémique.

P161- Allo-immunisation transfusionnelle chez les patients drépanocytaires : profil clinique, immunologique et implications thérapeutiques

I. Chaouche, C. Aboura, N. Khouni, L. Metidji, S. Kellouche, H. Ahmidatou, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Issad Hassani Beni Messous

Introduction et Objectif :

Introduction La transfusion sanguine constitue un élément essentiel dans la prise en charge des syndromes drépanocytaires majeurs. Cependant, ce traitement n'est pas dénué de complications, parmi lesquelles figure l'allo-immunisation, responsable d'épisodes d'hémolyse post-transfusionnelle et rendant la prise en charge thérapeutique plus complexe. **Objectif** Décrire les caractéristiques cliniques, immunologiques et évolutives des patients drépanocytaires ayant présenté une allo-immunisation dans notre service.

Matériels et Méthodes :

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective portant sur des patients drépanocytaires suivis régulièrement dans notre service sur une période de 05 ans (2020-2024)et ayant développé une allo-immunisation. Les données recueillies concernaient : l'âge, le sexe, le génotype, l'âge au diagnostic, l'âge d'apparition de l'allo-immunisation, le nombre de concentrés globulaires (CGR) reçus, les motifs transfusionnels, le profil immunologique (type d'anticorps, groupe sanguin), les traitements administrés et l'évolution clinique.

Résultats et Discussion :

Sur un total de 250 patients atteints de syndrome drépanocytaire majeur suivis à notre niveau , 100 ont été retenus

pour l'étude . Une allo-immunisation a été retrouvée chez 11 patients, soit une fréquence de 11% . Le sex-ratio H/F était de 0,1 (1 homme/10 femmes). L'âge moyen était de 30,7 ans [20–49], et l'allo-immunisation survenait en moyenne à 26,9 ans, après la transfusion d'environ 6 CGR. Le génotype le plus représenté était le S/?-thalassémie (45,5 %). Les principaux motifs de transfusion étaient : crises vaso-occlusives sévères (45,5 %), interventions chirurgicales (27 %), hypersplénisme (18,2 %) et hémolyse aiguë (9,3 %). Les anticorps identifiés appartenaient principalement aux systèmes Rh (54,55 %), Kidd (36,36 %), Kell (27,27 %), Duffy (27,27 %), MNS (27,27 %) et Lewis (18,18 %). Six patients (55 %) présentaient une allo-immunisation multiple. La découverte de l'allo immunisation s'est faite lors d'une crise hémolytique aiguë post-transfusionnelle (63,64 %), devant une inefficacité transfusionnelle (27,27 %) ou de façon fortuite (9,09 %). Tous les patients ont ensuite bénéficié de transfusions phénotypées élargies associées à une corticothérapie. Dans deux cas sévères (18,18 %), un traitement par l'anti CD20 a été instauré. L'évolution a été globalement favorable, aucun décès n'a été rapporté, bien que 4 patients (36,36 %) présentent encore des anticorps persistants (RAI positifs).

Conclusion :

Dans notre série, la fréquence de l'allo-immunisation chez les patients drépanocytaires reste relativement faible. Toutefois, son impact clinique justifie la mise en place de stratégies préventives basées sur le phénotypage étendu dès la première transfusion, l'utilisation de CGR strictement compatibles et un suivi immunologique rigoureux. L'absence de décès observé témoigne d'une évolution globalement favorable sous prise en charge adaptée.

P162- Indications des transfusions dans les syndromes drépanocytaires majeurs

I. Boulahia, N. Zidani, M. Terchi, I. Bouakrif, H. Miloudi, N. Ferroudj, M. Bensadok, M.S. Nekkal

Service Hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Introduction : La prise en charge des patients atteints de syndrome drépanocytaire majeur (SDM) requière parfois l'utilisation de transfusion par des CGR de manière ponctuelle à type de transfusion simple (TS) ou d'échange transfusionnel (ET) manuel ou par érythraphère. Elle permet de remplacer les GR contenant de l'hémoglobine S pathologique par des GR sains contenant l'hémoglobine A, pour traiter ou prévenir les crises vaso-occlusives (CVO), l'anémie lorsqu'elle est profonde et de réduire les risques d'accidents aigus graves (les AVC ou les syndromes thoraciques aigus). Objectifs Identifier la population des SDM qui requière des transfusions ponctuelles ou régulières avec des CGR phénotypés dans système Kell et rhésus dans notre service d'hématologie.

Matériels et Méthodes :

Matériels et Méthodes : C'est une étude rétrospective menée entre 2000 et 2024 chez des patients drépanocytaires ayant été transfusés. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

Résultats et Discussion :

Résultats : Nous avons colligé 133 dossiers de SDM, 62 malades (46%) S/B ; 58 malades (43%) S/S ; 13 malades (11%) S/S. Soixante-deux des patients (46%) sont de sexe féminin et 38 (64%) de sexe masculin. 35 patients (24%) ont été adressés pour prise en charge dans les secteurs sanitaires d'origine et certains perdus de vue. 98 malades (72%) sont vivants et un seul (1%) décédé. La moyenne d'âge actuelle est de 20 ans [6- 60]. L'âge moyen au diagnostic est de 11 ans [3 mois- 54 ans]. La moyenne d'Hb au diagnostic et de base sont respectivement 7g/dl [03- 11,4] et 8.1gr/dl [7.5-11]. Le taux moyen d'HbS et Hb F au diagnostic était de 56.6% et 20% respectivement. L'âge moyen de la première transfusion est de 10 ans (6 mois- 44 ans). 87% des patients ont reçus au moins une TS [1-44]. L'ET a été réalisé chez 80% des patients avec une moyenne de 3 [1-39]. Le taux Hb S en post transfusionnel évalué dans 30.85% seulement. Les TS ont été indiquées dans les anémies sévères 45% des cas, les hémolyses post infectieuses

13,3%, CVO 9%, le priapisme 2.3% et la cholécystite 1.7%. L'ET a été indiqué en cas de CVO (9%), priapisme (2%), AVC(%) ; nécrose de la tête fémorale (1%) ; STA (2 %) et préparation à la chirurgie (80%), à savoir 40% pour cholécystectomie ,20% pour splénectomie et 2% pour une péritonite. L'immunisation a été retrouvée dans 4.5%. Pour les sérologies virales 1 cas d'hépatite C et 1 cas HIV. La surcharge en fer retrouvée dans 17.27% des cas.

Conclusion :

Conclusion : La transfusion chez les patients drépanocytaires devient de plus en plus fréquente. Le respect des indications est impératif. Les problèmes majeurs sont la surcharge en fer et les réactions hémolytiques post-transfusionnelles. La prévention repose sur celle de l'allo-immunisation, avec la transfusion de CGR compatibles pour les systèmes les plus immunogènes

P163- Prise en charge du priapisme chez l'enfant et l'adulte jeune drépanocytaires

N. Scander, M. Terchi, N. Zidani, H. Miloudi, N. Ferroudj, M. Bensadok, S. Nekkal

Service Hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Introduction : Le priapisme est une complication urologique invalidante de la drépanocytose touchant surtout l'adolescent et l'adulte jeune. Il est défini par une érection prolongée >4h et douloureuse indépendante du désir sexuel. Sa forme ischémique (bas débit) représente plus de 95% des cas et constitue une urgence médicochirurgicale mettant en jeu le pronostic fonctionnel. Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques du priapisme chez les patients drépanocytaires et analyser les modalités de PEC appliquées en comparaison avec les recommandations de la littérature.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au sein de notre

service d'hématologie incluant les patients drépanocytaires ayant présenté un priapisme ischémique. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux : âge, type du syndrome drépanocytaire, circonstances de découverte, caractéristiques des épisodes (durée, nombre), modalités thérapeutiques (médicales, transfusionnelles, chirurgicales) et évolution.

Résultats et Discussion :

Sur les 157 patients étudiés, 08 ont présenté un priapisme ischémique soit 5,1%. L'âge moyen de survenue est de 15 ans (07 - 27). Le type du SDM : S/S (37,5%), S/Thal (50%), S/C (12,5%). Nous avons observé un priapisme aigu prolongé chez 03 patients, un épisode de priapisme intermittent chez un seul patient tandis que 04 patients avaient des épisodes récurrents de priapisme récidivant intermittent (02 cas ont évolué vers un priapisme aigu). Pour les patients ayant développé un priapisme aigu, l'un des patients a bénéficié d'une ponction évacuatrice du corps caverneux, le deuxième a subi une chirurgie par shunt distal. 06 patients ont bénéficié d'un échange transfusionnel, 04 ont été mis sous Hydréa. Des séquelles fonctionnelles ont été observées chez un patient à type de dysfonction érectile.

Conclusion :

Le priapisme bien que méconnu du grand public, demeure une complication grave de la drépanocytose responsable de séquelles fonctionnelles et psychologiques lourdes d'où l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge multidisciplinaire sans oublier l'éducation et la communication avec les patients.

P164- Découverte fortuite d'une drépanocytose hétérozygote Composite S/B thalassemie Sur une grossesse : À propos d'un cas

I. Sellami

EPH Ibn Zohr Guelma

Introduction et Objectif :

la drépanocytose est une anémie hémolytique corpusculaire

constitutionnelle lié à une anomalie de structure de la chaîne β de l'hémoglobine. Le diagnostic est souvent posé à la petite enfance néanmoins des cas découverts à l'âge adulte existent. Les complications aiguës les plus graves sont : l'anémie, les CVO et les infections. La grossesse chez la femme drépanocytaire est une grossesse à haut risque maternel et fœtal. Elle impose une prise en charge multidisciplinaire.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons un cas d'un syndrome drépanocytaire majeur type S/B thalassémie de découverte fortuite au cours de la grossesse.

Résultats et Discussion :

Observation : Patiente âgée de 23 ans avec une grossesse évolutive de 10 SA, consultait pour une anémie sévère microcytaire hypochrome, sans antécédents particuliers jamais transfusée, issue d'un mariage non consanguin. Cliniquement, elle présentait un syndrome anémique mal toléré avec un sub-ictère conjonctival. Biologiquement : NFS : une anémie sévère à 05 gr/dl régénérative. Un dosage vitaminique était correct, le bilan d'hémolyse objective un taux des LDH élevé, un test de Coombs direct et indirect négatifs, la bilirubine était correcte ainsi que le bilan hépatique et rénal. L'électrophorèse de l'hémoglobine objectivait un taux d'HbS à 80%, HbA₂ à 4,2%, HbA à 15,6%. L'électrophorèse du conjoint était normale. L'enquête familiale retrouvait un père B thalassémie mineure et une mère drépanocytaire hétérozygote. L'échographie met en évidence une petite splénomégalie homogène. Le fond d'œil ainsi que l'écho cardiographie étaient sans particularités. La patiente bénéficiait d'un programme transfusionnel par des culots globulaires phénotypés vu l'aggravation de son anémie, avec une supplémentation en folates, en calcium et vitamine D, et un suivi mensuel en gynécologie. La patiente accouchait par voie basse à terme sans incidents. Après l'accouchement de deux mois, elle consultait pour une anémie sévère à 05 gr/dl, après la transfusion la patiente a été mise sous Hydroxyurée après son consentement avec une très bonne réponse clinique et biologique.

Conclusion :

La drépanocytose sur grossesse reste une

situation grave nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, d'où l'intérêt du dépistage du statut hémoglobinique chez toute gestante avec anémie.

P165- Prise en charge du syndrome thoracique aigu chez les patients drépanocytaires

N. Scander, M. Terchi, N. Zidani, H. Miloudi, N. Ferroudj, M. Bensadok, S. Nekkal

Service Hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Introduction : Le syndrome thoracique aigu (STA) est une complication majeure des syndromes drépanocytaires majeurs (SDM), associée à une morbidité élevée. Il est défini par l'apparition d'un nouvel infiltrat pulmonaire radiologique qui peut apparaître 24 à 48 h après un ou plusieurs des symptômes suivants : douleur thoracique, toux, fièvre, dyspnée aiguë, expectoration ou anomalies auscultatoires. Les mécanismes physiopathologiques sont intriqués (infection, embolie graisseuse, CVO ...). Sa prise en charge doit être rapide et multidisciplinaire. Objectif : Décrire les caractéristiques cliniques et paracliniques évocatrices, la PEC thérapeutique et l'évolution du STA chez les patients drépanocytaires.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée dans notre service incluant les patients drépanocytaires ayant présenté un STA. Les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

Résultats et Discussion :

Sur les 157 patients étudiés, 09 ont présenté un STA soit 5,7%. L'âge moyen de survenue est de 21,5 ans avec un extrême d'âge allant de 13 à 34 ans. Sexe ratio : 2H/F. Le génotype du SDM : S/S (40%), S/B thalassémie (50%), S/C (10%). Le taux d'HbS allant de 36,3% à 82,6%. Les facteurs déclenchants connus chez 7 patients : infection chez 01 patient, CVO chez 04 patients, infection associée à des CVO chez 02 patients. Les manifestations cliniques

les plus fréquentes étaient la douleur thoracique, la fièvre et la dyspnée. Radio du thorax : infiltrat pulmonaire chez 04 patients. La prise en charge a comporté une hydratation, oxygénothérapie, antibiothérapie et une analgésie. Cinq patients ont été hospitalisés. Sept patients ont bénéficié d'une transfusion simple ou échange transfusionnel soit 77,7%. L'hydroxyurée a été prescrit chez 07 patients. L'évolution favorable chez tous les malades, une seule récurrence a été observée.

Conclusion :

Le syndrome thoracique aigu demeure une complication redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital d'où la nécessité d'une prise en charge rapide et adéquate avec surveillance des STA installés.

P166- Profil des syndromes drépanocytaires au service d'hématologie du CLCC Béchar

S. Atillah¹, N. Benkhira², D. Lamara²

(1) CLCC Bechar, (2) Faculté De Médecine Université Tahri Mohamed Bechar

Introduction et Objectif :

Les syndromes drépanocytaires sont des anémies hémolytiques congénitales liées à une anomalie qualitative de l'hémoglobine (HbS). Ils regroupent la drépanocytose homozygote, les formes composites ainsi que les associations avec la β -thalassémie, où coexistent un trouble qualitatif et quantitatif. Leur expression clinique est très variable, allant de formes peu symptomatiques à des tableaux sévères. Le diagnostic repose sur l'étude de l'hémoglobine et peut être confirmé par une analyse génétique. Cette étude analyse le profil épidémiologique clinico-biologique et les modalités thérapeutiques des patients drépanocytaires suivis au service d'hématologie CAC Bechar.

Matériels et Méthodes :

Étude descriptive incluant les patients suivis pour syndrome drépanocytaire au service d'hématologie du CAC Béchar. Le diagnostic reposait sur la mise en évidence de l'Hb S à l'électrophorèse. Un bilan biologique et radiologique de

surveillance des complications a été réalisé, avec une prise en charge adaptée aux recommandations et aux moyens disponibles.

Résultats et Discussion :

Nous avons colligé 14 patients : 5 formes homozygotes SS, 7 formes hétérozygotes, et 2 cas de S β -thalassémie. Seulement 4 patients avaient été diagnostiqués durant l'enfance. Les deux tiers des patients sont de sexe masculin. L'âge médian au diagnostic était de 16 ans (extrêmes : 4-37ans). Concernant l'origine géographique, 21 % provenaient respectivement de Béni Abbès, Skikda, et 7 % de Blida. La consanguinité était retrouvée chez 35,7 % des cas, dont 20 % au premier degré. Le mode de découverte était une crise vaso-occlusive plus ou moins un syndrome anémique, dans 75 % des cas. L'enquête familiale restreinte a permis le diagnostic dans les autres cas. Un retard staturo-pondéral marqué a été observé chez une patiente. L'hépatomégalie était présente chez 22 % des patients, associée à une splénomégalie dans 14 %, des cas. La ferritinémie était élevée chez 50 % des patients, allant de 700 à 2000 ng/ml. Sur le plan thérapeutique, 35 % des patients reçoivent de l'hydroxyurée, associée à une chélation orale du fer. Des transfusions ponctuelles ont été nécessaires chez 21 % des patients. Un programme d'échanges transfusionnels a été instauré chez 2 patients en raison de crises vaso-occlusives répétées. Enfin, un patient a récemment bénéficié d'une allogreffe en raison de priapismes récidivants et rapprochés. Concernant les complications 30 % présentent une ostéonécrose de la tête fémorale, 30 % ont développé une lithiase vésiculaire. Une dépendance transfusionnelle est observée chez 14 % des patients.

Conclusion :

Le pronostic de la drépanocytose reste limité par contraintes socio-économiques, retard diagnostique, absence d'enquête familiale, faible conseil génétique, complications nécessitant suivi rapproché, d'où l'urgence de renforcer dépistage, accessibilité, éducation thérapeutique et conseil génétique.

P167- Priapisme chez les

patients drépanocytaires : à propos de trois observations

D. Terraf, N. Khouni, C. Aboura, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Le priapisme est une urgence médico-chirurgicale fréquente chez les patients atteints de syndrome drépanocytaire majeur (SDM). En l'absence de prise en charge rapide, il peut entraîner des séquelles fonctionnelles irréversibles. Objectif: Illustrer, à travers trois observations cliniques, les différentes présentations et modalités de prise en charge du priapisme chez des patients drépanocytaires suivis dans notre service.

Matériels et Méthodes :

Etude sur dossiers de malades suivis en hématologie pour prise en charge de syndromes drépanocytaires majeurs, nous avons établi trois observations à partir de dossiers de malades.

Résultats et Discussion :

Observation 1 Un patient de 32 ans, suivi pour SDM (S/S), a consulté en urgence pour une érection douloureuse persistante depuis 3 heures. L'examen retrouve un priapisme associé à un œdème de la verge, un syndrome anémique et des signes d'hémolyse aiguë. L'échodoppler scrotal a révélé une thrombophlébite de la veine superficielle de la base de la verge. La biologie montrait une Hb à 9 g/dl, bilirubine totale à 40 mg/l (BI 37 mg/l), LDH à 370 U/l. Le patient a reçu une hyperhydratation, une anticoagulation curative, un programme d'échanges transfusionnels bihebdomadaires pendant un mois, puis mensuel, et de l'hydroxyurée (30 mg/kg/j), associé à Effortil. Après trois échanges, une contraction résiduelle des corps caverneux persistait, à un mois disparition d'épisode de priapisme et sans séquelles fonctionnelles. Suivi d'un an, aucun nouvel épisode n'a été observé. Observation 2 Un patient de 25 ans, suivi pour drépanocytose homozygote, a présenté une érection intermittente évoluant depuis une semaine. Un traitement symptomatique avait été instauré en ville, mais une érection continue persistait lors de son admission. L'examen retrouvait un priapisme

douloureux avec anémie mal tolérée (Hb 6 g/dl). Un drainage chirurgical avec shunt distal a été réalisé en urgence, suivi d'une transfusion, une hyperhydratation, une anticoagulation, hydroxyurée et d'échanges transfusionnels. Après quatre échanges, le priapisme a totalement disparu. Le patient est depuis sous-programme transfusionnel bihebdomadaire pendant un mois, puis mensuel sans récurrence. Observation 3 Un patient de 20 ans, suivi pour SDM (S/S) associé à un déficit en G6PD, avec antécédents de syndrome thoracique aigu, ostéonécrose multifocale et ulcère de jambe, a consulté pour un priapisme évoluant depuis 24 h. Il avait bénéficié d'une ponction caverneuse en urgence en urologie. À l'admission, il n'y avait plus d'érection. La biologie montrait une Hb à 9,5 g/dl, plaquettes à 885 000/mm³. La prise en charge a comporté une hyperhydratation, Effortil, Aspégic et un programme d'échanges transfusionnels. Un suivi de 4 ans, aucune récurrence de priapisme n'a été notée.

Conclusion :

Le priapisme chez les patients drépanocytaires constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Une prise en charge rapide, multidisciplinaire et adaptée, associée à une bonne éducation des patients, est essentielle pour prévenir les séquelles fonctionnelles sexuelles.

P168- Accidents thromboemboliques au cours des syndromes drépanocytaires majeurs : étude rétrospective de 14 cas

H.F. Merzouga, C. Aboura, N. Khouni, L. Metidji, H. Ahmidatou, S. Kellouche, Z. Kaci

Service Hématologie, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

La thrombose constitue une complication fréquente du syndrome drépanocytaire majeur (SDM). Son mécanisme repose sur la triade de Virchow, associant hypercoagulabilité, atteinte de la paroi vasculaire et stase sanguine, éléments retrouvés chez la plupart des patients drépanocytaires. Objectifs Décrire les

caractéristiques cliniques et biologiques des accidents thromboemboliques (ATE) au cours du SDM, analyser leurs modalités de prise en charge et identifier les principaux facteurs de risque de survenue.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 06 ans (2020–juin2025), incluant les patients atteints de SDM suivis régulièrement à l'hôpital de jour d'hématologie du CHU Beni Messous. Les paramètres analysés étaient : l'âge, le sexe, le génotype, l'existence d'une HTA, d'un surpoids ou d'une grossesse, les comorbidités associées, le nombre de crises vaso occlusives (CVO) par an, le taux d'hémoglobine de base, le taux plaquettaire, le site et l'âge de survenue de la thrombose, ainsi que les modalités thérapeutiques et l'évolution.

Résultats et Discussion :

Sur 250 patients suivis pour SDM,100 dossiers ont été étudiés retrouvant 14 cas d'ATE soit 14% ; L'âge moyen de survenue était de 26 ans, avec un sex-ratio H/F de 1. La répartition génotypique était la suivante : 78 % S/S, 14 % S/? et 8 % S/C. Les localisations observées étaient : 35 % (5 cas) d'AVC ischémiques et 7 % (1 cas) d'AIT, 35 % de thromboses veineuses (3 cas des membres inférieurs, 1 cas de thrombose veineuse cérébrale, 1 cas de thrombose du corps caverneux), 14 % (2 cas) d'embolie pulmonaire, 7 % (1 cas) de thrombose de l'artère rénale. Concernant les facteurs de risque : 65 % (9 cas) présentaient une thrombocytose (entre 400 G/L et 1000G/L) et plus de 60% avaient un taux d'hémoglobine de base inférieur à 8g/dl ;Par ailleurs, 21 % (3 cas) étaient en surpoids, 21 % avaient une comorbidité (HTA : 1pt, déficit en protéine S :1pt, cholangite biliaire primitive:1pt), et 7% (1 cas) sont survenus sur une grossesse. Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont été inclus dans un programme d'échanges transfusionnels, 78 % ont reçu de l'hydroxyurée, 57 % des anticoagulants et 50 % des anti-agrégants plaquettaires . L'évolution a été favorable dans 65% des cas, on note toutefois 21 % de récurrences d'AVC/AIT, un cas de thrombose du corps caverneux évoluant vers la chronicité et un décès lié à une embolie pulmonaire sur syndrome thoracique aigu.

Conclusion :

La survenue d'accidents thromboemboliques chez nos 14 patients drépanocytaires illustre la fréquence de ces complications. Leur caractère précoce et parfois récidivant reflète la multiplicité des facteurs de risque présents chez le même patient. Ces résultats soulignent l'importance d'un dépistage précoce et systématique des anomalies pro thrombotiques, ainsi que la mise en place de stratégies de prévention et de suivi adaptées. Une meilleure prise en charge multidisciplinaire pourrait ainsi contribuer à réduire la morbi-mortalité liée aux complications thromboemboliques dans la drépanocytose.

P169- Complication neurologique rare chez le drépanocytaire Hématome extra-dural spontané: à propos d'un cas

I. Bouakrif, N. Zidani, M. Terchi, N. Ferroudj, M. Bensadok, S. Nekkal

Service Hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une hémoglobinopathie chronique aux complications multiples. Les complications cérébrales sont rares et sont surtout sous forme d'accidents vasculaires cérébraux de type ischémique. L'hématome extra-dural (HED) spontané est une complication exceptionnelle. Notre objectif est de rapporter un cas d'une complication neurologique rare HED chez un patient présentant un Syndrome drépanocytaire majeur connu et discuter les mécanismes physiopathologiques et les particularités de la prise en charge.

Matériels et Méthodes :

Le patient M.S, âgé de 22ans S/ Betathalassémique , splénectomisé, sous Hydréa .consulte pour céphalées rebelles aux antalgiques associées à des CVO généralisées. A l'examen clinique le patient est conscient, fébrile, brûlures mictionnelles, fourmillements et paresthésie au niveau du menton et une

bosse du cuir chevelu apparue sans notion de traumatisme. Le taux Hb 2.6g/dl, le taux de plaquette, le bilan d'hémostase et le FO sont sans anomalies. Le scanner cérébral a révélé la présence d'une bosse séro-sanguine pariétale droite de 70/40mm. L'IRM cérébrale a retrouvé deux hématomes, un HED frontale subaiguë gauche 32/08mm étendu sur 30mm et un sous cutané frontal droit de 70/26/11mm, sans lésions osseuses. Il n'y a pas eu d'indication chirurgicale, une surveillance en milieu hospitalier associée à un traitement symptomatique (antalgiques majeur, hydratation, oxygénothérapie, transfusion sanguine, antibiothérapie) ont été instaurés. L'évolution clinique et radiologique a été favorable. Le contrôle angioscanner à 03 semaines ne retrouve pas d'hématome.

Résultats et Discussion :

L'HED reste une complication exceptionnelle, mais potentiellement grave. Quarante cas ont été rapportés dans la littérature. L'âge moyen était de 15 ans avec une prédominance masculine (82,5 %). Les céphalées est le symptôme le plus fréquent (47,5 %). L'emplacement était bifrontal dans 20 % des cas. Parmi les personnes traitées, 77,5 % ont survécu. L'engagement cérébral (effet de masse/herniation) est la cause la plus fréquente des décès rapportés. Notre patient n'a pas nécessité de chirurgie évacuatrice en raison de l'absence des signes d'engagements cérébral ni de signes de compression. Les mécanismes physiopathologiques incriminés sont l'infarctus osseux, la déformation osseuse due à une hématopoïèse extra-médullaire de l'os du crâne et la congestion veineuse due à un flux sanguin lent dans les veines diploïques. La cause exacte de l'HED chez notre patient reste incertaine mais elle est probablement en rapport avec une anomalie vasculaire vu l'absence d'anomalies osseuses.

Conclusion :

L'HED spontané chez le drépanocytaire, bien que rare, doit être évoqué devant des céphalées brutales, même en l'absence de traumatisme en raison des complications neurologiques graves qu'il peut entraîner et nécessite une prise en charge urgente.

P170- Allo-immunisation chez les drepanocytaires : a propos d'un cas

R. Chied, S. Lafri, N. Salhi Zahra Ouchnane
CHU Constantine

Introduction et Objectif :

L'allo-immunisation chez le drepanocytaire est un accident grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital du patient, c'est la destruction de GR transfusés par allo ou auto anticorps produit par le patient suite à la forte exposition aux antigènes. L'hémolyse, l'inefficacité et l'impasse transfusionnelles sont les conséquences les plus fréquentes. Notre objectif est de décrire les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de l'allo-immunisation chez le drépanocaire.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportant un cas d'alloimmunisation post échange transfusionnel: c'est un patient âgé de 54ans connu et suivi depuis l'enfance pour un Syndrome Drépanocytaire Majeur type S/béta thal (S=83%), un échange transfusionnel a été réalisé en préparation à une cholécystectomie avec une TS de 04CG phnotypés filtrés et compatibilisés et un test de coombs avant l'ET qui était négatif et c'était dans 03 séances puisque ses taux d'HB: 8,5 et 9.5 et 10.5 en pré et post échange immédiat. A j2 post la dernière séance le patient a présenté une altération de l'état général avec une anémie hémolytique à 5g/dl puis 4,6 g/dl dans un contexte fébrile avec des douleurs thoraciques et comme le test de coombs direct et indirect négatifs et HBS avant l'hémolyse est diminué à 58% on a traité le foyer infectieux et mis le patient sous acide folique 50mg/j. Une semaine après, on note une nette amélioration clinique avec un tx d'HB=8,8 avec augmentation de l'HB S =87% on a tenté un échange avec prudence (01 CG) et malgré un test de coombs D et I initial négatifs le patient a fait une hémolyse cette fois des heures après l'échange avec un tbc plus grave ictère franc, des urines foncées, des douleurs lombaires, polyarthralgies puis une hypotension et on a difficilement récupéré le patient par :

eviction des TS, remplissage et hydratation et un bolus de corticothérapie et perfusion des immunoglobulines et acide folique 50mg/j. L'enquête immunohématologique revenant négatif: TCD négatif et RAI négatif, donc un échec d'échange transfusionnel vu l'alloimmunisation et on a opéré le patient avec un tx d'HB=9g/dl et un tx HB S =83% après un mois de cet accident hémolytique.

Résultats et Discussion :

Notre patient a développé une alloimmunisation post échanges transfusionnels qui est objectivée cliniquement mais l'enquête immunohématologique revenant négatif, le traitement est basé sur l'éviction des transfusion avec perfusion des immunoglobulines et l'acide folique, l'évolution était favorable vu la rapidité diagnostique et thérapeutique.

Conclusion :

L'alloimmunisation chez les drépanocytaires est une complication grave. L'identification de l'AC permet de déceler l'alloimmunisation et d'indiquer le sang phénotypé et compatibilisé mais la recherche de RAI n'est pas toujours positive ce qui rend la prise en charge difficile et peut aboutir à une impasse transfusionnelle.

P171- Les caractéristiques des syndromes drépanocytaires majeurs

M. Terchi, N. Zidani, N. Ferrouj, I. Bouakrif, I. Boulahia, H. Miloudi, S. Nekkal

Service Hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

Les syndromes drépanocytaires majeurs (SDM) sont très majoritairement de type SS, SC, et S/ ? thalassémies. L'objectif de notre travail est de déterminer les caractéristiques Épidémiologiques, biologiques, évolutives et thérapeutiques des SDM dans notre service d'hématologie.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective, descriptive

sur 157 patients présentant un SDM. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

Résultats et Discussion :

Notre série est constituée de 70 (45%) patients homozygotes (S/S), 68 (43%) S/B thalassémique (SB) et 19 (12%) patients hétérozygotes composites SC. Quarante-sept sont de sexe masculin et 67 féminins. La moyenne d'âge est de 19ans (02 - 60) dont (34%) ont moins de 16 ans. Trente et un (20%) sont issus d'un mariage consanguin. La moyenne d'âge au diagnostic est de 2,7 ans (04 - 41). 48% ont un cas similaire dans la fratrie. La moyenne d'Hb au diagnostic et celle de base sont respectivement de 4,33g/dl (02 - 9,8) et de 7,5 g/dl (06 - 11). 120 (76%) ont fait un syndrome infectieux dont 62 (39%) compliqués d'hémolyse. Cinquante-neuf (38%) patients présentent des cvo > 3 par an. 09 (06%) ont présenté au moins un syndrome thoracique, 7 (04%) un priapisme, 4 (2,5%) AVC, un (0,6%) un hématome cérébral, 6 (3,8%) infarctus splénique. Tous nos patients reçoivent un traitement symptomatique initié à domicile et poursuivi en hôpital de jour selon la sévérité du tableau clinique. Cent trente trois (85%) ont bénéficié d'une transfusion simple, 73 (54%) d'un échange transfusionnel et 63 (40%) sont sous hydroxyurée. Les complications sont : 54 (34%) LV dont 44 (28%) cholecystectomies, 32 (2%) splénectomies, 5 (3,18%) nécrose de la tête fémorale, 3 (1,9%) ulcère de jambe, 2 (1,27%) complications oculaires, 05 (3,18%) rénales, 06 (3,8%) cardiaques, 2 (1,27%) hépatiques, 23 (15%) ont une ferritine >1000µg/l, 3 ont bénéficié d'une IRM hépatique et cardiaque. 19 (12%) patients reçoivent une chélation, 2 (1,27%) ont une sérologie virale positive (1 HIV et 1 HBC). Cinquante pour cent des patients ont été hospitalisés pour plusieurs motifs (syndrome infectieux, crise vaso-occlusive sévère, priapisme, intervention chirurgicale ...). Cent sept patients (68%) sont vivants, 47 (30%) perdus de vue et 3 (02%) décès. Discussion : Les SDM se répartissent dans notre service de façon presque équitable en SS et SB, le tiers de nos patients sont des enfants, espérance de vie prolongée grâce à l'amélioration de la prise en charge de la maladie. Vu la moyenne d'âge on note la prédominance des complications infectieuses et la

fréquence des cvo. Le traitement est basé sur les recommandations internationales de la prise en charge de la drépanocytose, adapté à chaque cas et en collaboration avec les médecins spécialistes référents.

Conclusion :

Vu la fréquence de la drépanocytose dans notre région un dépistage précoce ainsi qu'un bilan régulier sont souhaitables afin d'instaurer une prise en charge et adéquate et d'améliorer l'espérance de vie. Intérêt particulier du conseil génétique et du diagnostic anténatal.

P172- Les complications chez les patients présentant un syndrome drépanocytaire majeur

M. Terchi, N. Zidani, N. Ferrouj, I. Bouakrif, I. Boulahia, H. Miloudi, S. Nekkal

Service Hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

La drépanocytose associe avec une grande variabilité d'expression trois grandes catégories de manifestations : une anémie hémolytique chronique avec épisodes d'aggravation aigus, des phénomènes vaso-occlusifs et une susceptibilité aux infections bactériennes ainsi qu'une survenue de complications organiques multiples. Objectif Relever toutes les complications aiguës et chroniques survenues chez nos patients suivis pour syndrome drépanocytaire majeur (SDM)

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective, sur 157 patients suivis dans notre service sur une période de dix ans dont 90 hommes et 77 femmes avec un sexe ratio de 1,16. La moyenne d'âge est de 19 ans (02 – 60), 34% sont âgés de moins de 16 ans. Nous avons relevé toutes les complications aiguës et chroniques qu'ont présenté les patients. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

Résultats et Discussion :

Cent vingt (76%) patients ont présenté un syndrome infectieux à type d'angine ou de pneumopathie dont 62 épisodes

(39%) suivis d'hémolyse. La survenue de crises vaso occlusives (CVO) supérieures à 3/ an dans 59 (37%) cas. Ont présenté un syndrome thoracique 09 (06%) patients, un priapisme 08 (04%), un AVC 4 (2,5%), ulcère de jambe 3 (1,9%), hématome cérébral 1 (0,6%), infarctus splénique 6 (3, 8%). Pour les complications chroniques : nécrose de la tête fémorale 5 (3,18%), oculaires 2 (1,27%), rénales 05 (3,18%), cardiaques 06 (3,8%), hépatiques 2 (1,27%), LV 54 (34%) dont 44 (28%) ont été cholécystectomisés. Pour la surcharge en fer, 23 (15%) ont une ferritine >1000µg/l sous chélateur de fer dont trois ont bénéficié d'une IRM hépatique et cardiaque. Deux (1,27%) patients ont une sérologie virale positive (1 HIV et 1 HBC). Discussion : Les complications relevées sont multiples. Vu la moyenne d'âge de nos patients on note une prédominance des complications aiguës avec un faible pourcentage des complications dégénératives

Conclusion :

Les CVO ainsi que les syndromes infectieux doivent être pris en charge précocement pour réduire le risque de mortalité. Par ailleurs les complications chroniques doivent être dépistées par un suivi régulier, afin de tenter d'interrompre ou de retarder leur évolution. La complexité, la variété et la gravité de ces atteintes organiques justifient une prise en charge multidisciplinaire.

P173- Accidents vasculaires cérébraux dans les syndromes drépanocytaires à propos de 6 patients

A.A. Ziani, A. Rebouh , S. Taoussi, Y. Bouchakour, S. Oukid, N. Rekab, H. Brahimi, M. Mezroud, F. Lamraoui, K.M. Benlabiod, M.T. Abad, M. Bradai

Service Hématologie, EHS ELCC Blida. Université Blida 1, Laboratoire de recherche sur les Hémopathies Malignes et les Hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, BP 270, Route de Soumaa, Blida, Algérie

Introduction et Objectif :

L'accident vasculaire cérébral (AVC)

constitue une complication redoutable de la drépanocytose, qui engage le pronostic vital et fonctionnel, et peut affecter 8 à 11 % des patients avant 20 ans, avec un risque cumulatif de 25 % à 45 ans. L'AVC est le plus souvent ischémique, mais peut être hémorragique (rupture d'anévrisme). Sa survenue est liée à des mécanismes physiopathologiques complexes, dominées par la vasculopathie cérébrale, mais également l'hyperviscosité ($Hb > 11-12 \text{ g/dL}$), anémie sévère ($Hb < 6 \text{ d/dL}$), dysfonction endothéliale et hypercoagulabilité. La prise en charge est basée sur les TS (simple et échange) au long cours afin de maintenir le taux d' $HbS < 40\%$ pour éviter les récurrences. La greffe de CSH est le traitement de choix

Patients et méthodes :

Étude rétrospective descriptive menée entre 2013 et 2025, incluant 6 patients drépanocytaires (génotypes SS, SC et $S\alpha^0$) suivis dans notre service ayant présenté un AVC confirmé cliniquement et par imagerie.

Résultats :

Cas 1 : homme de 29 ans, SC, taux d'Hb de base à 13 g/dl, fumeur ; présente brutalement une hémiparésie droite + aphasie. IRM : hypersignal sylvien gauche. Prise en charge par des saignées répétées pour maintenir l'Hb autour de 9-10 g/dL avec une récupération quasi complète à 6 mois.

Cas 2 : homme de 54 ans, SC, AVC ischémique massif hémisphérique gauche, TDM : infarctus avec transformation hémorragique. Facteurs aggravants : HTA, diabète. Évolution fatale malgré traitement intensif.

Cas 3 : fille de 10 ans, $S\alpha^0$, déficit moteur gauche, IRM : hypersignal capsulaire, Doppler transcrânien $> 200 \text{ cm/s}$. Mise sous échanges transfusionnels et Hydroxyurée : séquelles motrices persistantes.

Cas 4 : femme de 21 ans, SS, ayant consulté tardivement pour AVC ischémique pariéto-capsulaire droit, IRM faite à distance de la phase critique a révélé une cavité porencéphalique séquellaire. Déficit moteur chronique séquellaire du membre supérieur. Dans les antécédents familiaux sœur SS décédée après double AVC (ischémique et hémorragique), suggérant une susceptibilité familiale.

Cas 5 : femme de 35 ans, $S\alpha^0$, avec anémie sévère transfusion -dépendante, qui a

présentée des céphalées brutales + déficit partiel du membre supérieur scanner : hémorragie intra-pariétale gauche (30 mm). Évolution favorable après traitement conservateur + Hydroxyurée.

Cas 6 : Patiente de 38 ans sous HU depuis 23 ans a présenté des céphalées intenses rebelles aux antalgiques ; avec troubles visuels. Une TDM et l'angioIRM ont révélé une hémorragie intra-cérébrale, sans lésions vasculaires. Proposée initialement pour une embolisation, l'évolution ultérieure a été spontanément favorable sans séquelles graves. Discussion :

Ces observations illustrent l'hétérogénéité clinique et radiologique des AVC dans les syndromes drépanocytaires : infarctus sylvien, capsulaire, ischémie diffuse, et formes hémorragiques. Une diversité évolutive a été notée : 3 cas favorable, 2 cas avec séquelles, 1 décès. Les facteurs favorisants étaient multiples : l'ischémie résulte d'un mécanisme multifactoriel : sténose artérielle liée aux lésions endothéliales, hyperviscosité sanguine, hémolyse (stress oxydatif) et activation plaquettaire ainsi qu'une susceptibilité familiale. Les AVC hémorragiques semblent favorisés par l'anémie sévère et les anomalies de l'hémostase. Comparativement aux études internationales (STOP, SWITCH), nos résultats confirment la prédominance des AVC ischémiques, avec un pronostic défavorable en l'absence de dépistage Doppler précoce et d'accès à la greffe de moelle. Les échanges transfusionnels sont le traitement de choix associés à l'Hydroxyurée en prévention secondaire

Conclusion :

L'AVC dans les syndromes drépanocytaires demeure une urgence diagnostique et thérapeutique. Le pronostic est conditionné par la précocité de la prise en charge. La prévention repose sur un programme transfusionnel, l'Hydroxyurée, la surveillance Doppler. La greffe de moelle constitue le traitement de fond, d'accès limitée dans notre contexte.

P174- Evaluation du traitement par l'Hydroxyurée chez les patients suivis pour syndrome drépanocytaire majeur

A. Gaboussa, A. Gaboussa, M. Terchi, N. Zidani, H. Miloudi, N. Ferroudj, M. Bensadok, S. Nekkal

Service hématologie et banque de sang
CHU Beni Messous

Introduction et Objectif :

INTRODUCTION : L'hydroxyurée (HU) reste le meilleur traitement de fond utilisé et le plus efficace permettant ainsi de réduire la sévérité des symptômes des syndromes drépanocytaires majeurs (SDM). Le mécanisme d'action est basé principalement sur la stimulation de production de l'hémoglobine fœtale (HbF) qui protège à son tour les globules rouges de la déformation caractéristique de la maladie. **OBJECTIF** : Evaluer l'efficacité et la tolérance de traitement par HU chez les patients atteints d'un SDM

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 64 patients (40?) parmi 157 suivis pour SDM en hématologie clinique pour lesquels un traitement à base de HU a été indiqué. Les données relevées à partir de dossiers médicaux. Les paramètres étudiés étaient : âge, sexe, motif d'indication de l'hydroxyurée, posologie, réponse, effets secondaires, surveillance et suivi

Résultats et Discussion :

RESULTATS : Trente-huit sont de sexe masculin et 26 de sexe féminin avec un sexe ratio : 1.46. L'âge moyen est de 20 ans (6-55 ans). 25 sont S/S, 07 S/C, 32 S/Th. L'âge moyen de début de l'HU est de 14 ans (5-52 ans). Les indications sont : les crises vaso-occlusives (CVO) supérieures à 3 par an 35 cas, augmentation des besoins transfusionnels 03 cas, aggravation de l'anémie 07 cas, la survenue d'AVC 04 cas, priapisme 04 cas, syndrome thoracique 07 cas, des crises de séquestration splénique 01 cas, arthrite 01 cas, thrombocytopénie 01 cas, hémolyse 01 cas. Après un recul moyen de 3.5 ans (3 mois - 14 ans), on note sur le plan clinique une nette diminution des crises CVO, absence de récurrence des AVC, de priapisme et de syndrome thoracique. Une réponse moyenne observée dans 03 cas et pas de réponse dans 04 cas. Une bonne tolérance chez la plupart des patients, on rapporte 01 cas de toxicité dermatologique type alopecie et 01 cas digestif à type de

diarrhées. **DISCUSSIONS** : L'HU a été très efficace chez nos patients, cette efficacité est maintenue à long terme. Avec une bonne tolérance

Conclusion :

L'Hydroxyurée réduit la fréquence des complications et par conséquent améliore la qualité de vie des patients. Il doit être utilisé largement dans la prise en charge de la drépanocytose

P175- Atteintes osseuses au cours de la drépanocytose : série de quatre cas

F.Z. Nessel, N. Benkheira, D. Lamara

CLCC Bechar (faculté de médecine Bechar)

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une maladie génétique responsable de complications osseuses fréquentes et invalidantes. Elles touchent préférentiellement les os longs et les articulations portantes, principalement la hanche. Les lésions rencontrées sont polymorphes, dominées par l'ostéonécrose aseptique et l'ostéosclérose, pouvant entraîner un handicap fonctionnel majeur. L'objectif de ce travail est de décrire les principales complications osseuses observées chez des patients drépanocytaires pris en charge au service d'Hématologie du CLCC Béchar, à travers quatre observations cliniques illustratives, afin de souligner la diversité des atteintes, leur retentissement fonctionnel et l'importance d'un dépistage et d'une prise en charge précoces.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons quatre cas de drépanocytose compliquée d'atteinte osseuse, suivis au service d'Hématologie, CLCC Béchar.

Résultats et Discussion :

Nous rapportons quatre cas de patients suivis pour drépanocytose compliquée d'atteintes osseuses, pris en charge dans notre service : • Cas 1 : Homme de 38 ans, connu depuis 2012, hospitalisé pour crises vaso-occlusives récidivantes de la hanche. La TDM a montré une ostéosclérose diffuse

avec perte de différenciation cortico-médullaire. • Cas 2 : Homme de 24 ans, suivi depuis 2021, douleurs chroniques de la hanche. La TDM a révélé une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale droite. • Cas 3 : Homme de 29 ans, lombalgies chroniques et coxalgie gauche. La radiographie a mis en évidence une ostéochondrite disséquante de la tête fémorale gauche, confirmée par TDM montrant également une démarche de vertèbres en "H". • Cas 4 : Étudiante de 19 ans, hospitalisée de façon répétée depuis l'enfance pour crises vaso-occlusives douloureuses. L'IRM de la hanche droite a mis en évidence une ostéonécrose stade I avec remaniement œdémateux de la tête fémorale.

Conclusion :

Les complications osseuses de la drépanocytose sont variées, dominées par l'ostéonécrose, cause majeure de handicap. L'imagerie (IRM, TDM) joue un rôle clé dans le diagnostic précoce, permettant d'envisager un traitement conservateur avant les formes évoluées nécessitant une chirurgie lourde. Le dépistage systématique chez les patients drépanocytaires présentant des crises vaso-occlusives fréquentes est essentiel.

P176- Profil epidemiologique des patients atteint de drepanocytose : experience du service

L. Malti

CHU Tlemcen Tidjani Damerdjij

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une hémoglobinopathie congénitale due à une anomalie de la chaîne bêta, avec substitution de l'acide glutamique par une valine en position 6 (HbS). Transmise sur le mode autosomique récessif, elle entraîne une anémie hémolytique chronique. C'est la maladie congénitale la plus fréquente, touchant surtout l'Afrique subsaharienne, le Moyen-Orient, l'Inde et le bassin méditerranéen. Objectif : déterminer le profil epidemiologique des patient atteint de drepanocytose suivi au niveau du chu Tlemcen

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective descriptive monocentrique chez 20 patients menée sur une periode de 06ans allant du 01jan 2019 au 31 dec 2024 en service d'hématologie Tlemcen. les patients inclus dans notre étude sont suivi pour syndrome drepanocytaire inculant les syndrome (S/C S/S S/B A/S) les parametres ont été reporté sur fichier excel et les resultats ont été évalué par protocole SPSS

Résultats et Discussion :

20 patients atteints de syndrome drepanocytaire ont été recensés au CHU de Tlemcen. -L'âge moyen au moment du diagnostic était de 13 ans, avec mediane d'age 12ans (age min1ans ,age max 32ans) sex ratio a 1 (50% hommes 50% femmes) -wilaya de residence : 60% de tlemcen et 40% de la wilaya de ain temouchent - notion de consanguinité a 35% -notion de cas similaire dans la famille on été reporté a 25% Les complications cliniques observées été dominées par les crises vaso-occlusives 60 % (observé chez tout les patient atteint de drepanocytose SS en nombre de 11 et chez 4 patient atteint de drepnocytose S/B récurrentes, les complications infectieuse ont été reporté a 60% (infection ORL chez 40% et infection pulmonaire chez 20% des patients) ulcere de jambre retrouvé chez 1% priapisme chez un seul patient les atteintes ostéo-articulaires invalidantes (nécrose de la tete fémorale) chez 2% 30% on été mis sous hydroxyuréé et 03 échanges transfusionnel ont été réalisé en vue de preparation pour chirurgie divers la survie a 6ans était de 95% dans notre serie statistique

Conclusion :

Cette étude, met en évidence l'importance d'un diagnostic précoce et d'un suivi régulier des patients drépanocytaires afin de réduire les complications et d'améliorer la qualité de vie. Le retard diagnostique, la sous-estimation de la maladie et le manque de structures spécialisées soulignent la nécessité de mettre en place un programme national structuré de dépistage et de prise en charge. Une meilleure accessibilité aux traitements innovants,telsquel'hydroxyurée,ainsiqu'un accompagnement multidisciplinaire, sont

essentiels pour optimiser le pronostic de ces patients.

P177- Efficacité des échanges transfusionnels par cytophérèse au cours de la drépanocytose : expérience du service hématologie et thérapie cellulaire EHU 1er Novembre -ORAN

H. Gheffari, N. Yafour, S. Bennichou, M. Brahimi, A. Bendimred

EHU 1er novembre Oran

Introduction et Objectif :

L'allogreffe des cellules souches hématopoïétiques (allo-CSH) est le traitement de choix chez les patients atteints de syndrome drépanocytaire majeure avec complications ; la réussite de cette procédure dépend du taux de l'hémoglobine S avant le début du conditionnement. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité des échanges transfusionnels effectués par le séparateur de cellule type OPTIA (cytophérèse) en pré allo-CSH

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons 2 cas de patients drépanocytaires admis pour une allo-CSH génoidentique en 2025 ayant nécessité des échanges transfusionnels avant le début du conditionnement. L'objectif était d'avoir un taux d'HbS < 30%. La procédure a été réalisée par un séparateur de cellule type OPTIA avec du sang phénotypé non irradié.

Résultats et Discussion :

CAS N °1 : Patient âgé de 29ans, sans antécédents, présentant une drépanocytose homozygote depuis l'âge de 6 ans avec une dépendance transfusionnelle, et programmé d'échanges manuel ; compliqué d'un priapisme, ostéochondrite de la tête fémorale gauche, et des épisodes infectieux à répétition, admis pour une allo-CSH. Le taux de l'HbS initial était de 69.7%. Le nombre de séances d'échanges transfusionnels était de 3. Le

taux de l'HbS après la première, la 2eme, et la 3eme séance était de 73 %, 46.4% et 28.2 % respectivement. CAS N°2 : Patient âgé de 12 ans, aux antécédents de cholécystectomie et splénectomie en 2019, présente depuis l'âge de 8 mois une drépanocytose homozygote compliqué de crises vaso occlusives. Le taux de l'HbS initial était de 83.7%. Le nombre de séances d'échanges transfusionnels était de 02 séances. Le taux de l'HbS après la première, et la 2eme était de 54.1% et 25.5% respectivement. Les deux patients ont été allogreffés avec sortie d'aplasie au jour 16. Aucun des patients n'a présenté de crise vaso-occlusives pendant le conditionnement.

Conclusion :

Les échanges transfusionnels par cytophérèse avant le conditionnement diminuent efficacement le taux de l'HbS, et réduisent les complications, optimisant ainsi la réussite de l'allo-CSH chez les patients atteints de drépanocytose.

P198- Prise en charge des syndromes drepanocytaires majeurs a Sétif

I. Bouras, F.T. Touil, Z. Bouhada, H. Hamouda

Service d'Hématologie, CHU de Sétif. Laboratoire de Recherche ; Santé et Environnement

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une maladie congénitale caractérisée par la présence majeure de l'hémoglobine S. Outre les signes d'hémolyse, la maladie est caractérisée par les crises vaso-occlusives et ses conséquences potentiellement graves incitant une prise en charge pluridisciplinaire pour une qualité de vie meilleur. Objectifs : Décrire les données épidémiologiques, cliniques et les aspects évolutifs et thérapeutiques de nos patients suivis au service d'hématologie.

Matériels et Méthodes :

il s'agit d'une étude rétrospective incluant 35 patients pris en charge entre 2014 et 2024. Le sex-ratio homme/femme est de 1,06 (18 H /17 F), l'âge médian de 30 ans

(15 à 47 ans). Le diagnostic retenu au bas âge par une électrophorèse de l'hb et l'enquête familiale systématique. L'analyse des données cliniques, biologiques et des complications a été recueillies à partir des dossiers de suivi des patients.

Résultats et Discussion :

Dans cette étude l'origine des patients est de Sétif chez 23 pts (66%), Annaba 4 pts (11%), Mila et Jijel 2 pts chacune (6%), Bejaia 1pt. La consanguinité parentale retrouvée chez 11pts (31%) et des ATCds familiaux de drépanocytose chez 20 pts (57%). Les douleurs osseuses présentes chez tous les patients et l'ictère conjonctival chez 25 patients (71%). Le profil biologique montrait une anémie sévère entre 6-8 g/dl chez 28 patients (80%), une anémie modérée entre 10-12 g/dl chez 7 patients (20%). Les crises vaso occlusives sévères >3 épisodes/ an, signalé chez 11 patients (31%). Des infections rapportées chez 15 pts (43%). L'électrophorèse par HPLC révèle une forme homozygote S/S avec 13 pts (37%), une hétérozygotie S/? : 11 pts (31%), une S/C : 9 pts (25%) et un variant O/S arabe identifié chez une patiente (3%). Les complications représentées par une ostéonécrose de la tête fémorale chez 7 patients (20%) dont 3 opérés, une lithiase vésiculaire chez 6 patients (17%) dont 3 opérés, une surcharge martiale avec une ferritinémie (> 500 ?g/L) documentée chez 13 patients (37%), un cas de priapisme, un cas de thrombose rétinienne et un AVC ischémique. Sur le plan thérapeutique : 15 patients (42%) ont reçu de l'hydroxyurée, souvent pour des crises vaso-occlusives récurrentes et secondairement pour l'anémie sévère. des transfusions sanguines chez 22 patients (63%), et des échanges transfusionnels chez 9 patients (25%) pour des indications particulières incluant la grossesse (4 cas), l'ostéonécrose, le priapisme ou des thromboses. Devenir : 31 patients (87%) sont toujours vivants, tandis que 3 patients (9%) sont décédés par choc septique (n : 1pt) et de causes indéterminées (n : 2). Quatre patients (11%) ont été perdus de vue durant le suivi.

Conclusion :

La drépanocytose majeure dans notre région reste associée à une morbidité élevée. La création d'un registre national et le renforcement du dépistage néonatal

s'avèrent indispensables pour améliorer le pronostic de ces patients.

P199- Evaluation du statut d'allo-immunisation érythrocytaire chez les patients drépanocytaires transfusés au CHU d'Annaba

I. Babay, H. Brouk, M. E. Boulkadid, F.Z. Bouleksaa

CHU Annaba

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une maladie héréditaire fréquente de l'hémoglobine à l'échelle mondiale. L'un des principaux traitements pour les patients drépanocytaires est la transfusion sanguine par des concentrés érythrocytaires qualifiés et/ou transformés. L'allo immunisation post-transfusionnelle aux antigènes des globules rouges reste un facteur de risque majeur pour les patients drépanocytaires. L'objectif de cette étude est de déterminer le taux, la nature et les facteurs de risque de l'allo-immunisation aux globules rouges chez les patients drépanocytaires au CHU Annaba

Matériels et Méthodes :

Une étude rétrospective des dossiers des patients entre 2021 et 2024 a été réalisée. Les caractéristiques démographiques et les antécédents de transfusion ont été enregistrés. Les échantillons de sang ont été analysés pour l'allo-immunisation à l'aide de techniques immuno-hématologiques sérologiques et moléculaires (G.S, Phénotype restreint et étendu, TDA, RAI et PCR-SSP). Au total, 117 patients drépanocytaires ont été inclus dans l'étude.

Résultats et Discussion :

23 patients (19.6 %) sont allo-immunisés dont (6.8%) avec un anticorps Anti-RH. Un seul anticorps a été isolé chez 15 patients (65.2 %) (anti-K (13 %), anti-C (13 %), anti-E (8.7 %). Anti-S (13 %), Anti-Fya (17.4 %), Anti-Lea (13 %) ...). 08 patients sont poly immunisés (34.7 %) en particulier (13%) ayant une association Anti-C – Anti-K et

(8.7%) ayant une association Anti-E -Anti-K. 04 patients (17.4%) ont développé un allo-anticorps anti-public. 07 patients (30.4%) ont bénéficié d'une antigéno-compatibilité étendue dont trois patients (13%) avaient des génotypes rares. Les niveaux d'allo-anticorps étaient significativement plus élevés chez les patients ayant de fréquentes admissions hospitalières (>3 fois par an), ceux ayant bénéficié d'un échange transfusionnel (39.1%), ceux âgés de moins de 20 ans et ceux ayant reçu un plus grand nombre d'unités de sang (P ? 0,05).

Conclusion :

Le taux d'allo-immunisation aux globules rouges a été déterminé et est considéré comme relativement faible par rapport à celui d'autres pays (jusqu'à 40%). Il est fortement recommandé de procéder à un phénotypage étendu des antigènes des globules rouges, incluant les antigènes ABO, RH (D, C, c, E, e), K, Fya, Fyb, Jka, Jkb, M, N, S et s dans le panel de dépistage pour les donneurs et les receveurs, afin d'assurer de meilleures pratiques de transfusion et d'éviter les complications immuno-hémolytiques liées aux transfusions.

P200- L'alloimmunisation érythrocytaire au cours des syndromes drepanocytaire majeurs

K. Smaili, A.Djenouni, F.Grifi, H. Mehennaoui

Service d'hématologie - CHU Annaba

Introduction et Objectif :

INTRODUCTION : L'alloimmunisation anti-érythrocytaire est une complication grave de la transfusion sanguine qui met en jeu le pronostic vital. **OBJECTIF :** Déterminer les circonstances de survenue des alloimmunisations érythrocytaires, leurs caractéristiques clinico-biologiques, évolutives et les modalités du traitement.

Matériels et Méthodes :

MATERIEL ET METHODE : c'est une étude descriptive, rétrospective et analytique s'étalant de janvier 2019 à janvier 2025. La population d'étude : les patients atteints

de syndrome drepanocytaire majeur, suivis au service d'hématologie du CHU ANNABA.

Résultats et Discussion :

RESULTATS : Au terme de notre étude un total de 56 cas est colligé, il s'agit de 33 formes homozygotes, 20 S/ ? thalassémies et 03 S/C. Tous les patients étaient transfusés au moins une fois dans leur passé. Les circonstances de découverte : une positivité des RAI faites systématiquement avant la transfusion (32 cas) et une hémolyse post-transfusionnelle retardée (24 cas). Les patients étaient pris en charge pour : - Une préparation à un accouchement : 19 patientes. - Une préparation à une chirurgie sous anesthésie générale : 22 patients. - Un épisode de déglobulisation ayant nécessité une transfusion sanguine : 15 patients. Toutes les transfusions sanguines faites systématiquement avec des culots globulaires phénotypés, filtrés et compatibilisés. L'âge moyen est de 33.23 ans avec des extrêmes de [16-68], il s'agit de 48 femmes et 08 hommes. Le délai moyen de survenue de l'accident : de 11 jours en post-transfusion. Le tableau clinique des hémolyses retardées : - Apparition crises vaso-occlusives en post-transfusionnel. Signes d'hémolyse. Sur le plan biologique : - Un non gain en hémoglobine ou l'aggravation de son taux en post-transfusionnel. - La recherche des RAI faite chez 43 patients et positive chez 41 cas. - Un phénotype étendu fait chez 15 patients. Le traitement adopté pour les accidents hémolytiques : - L'éviction d'une nouvelle transfusion. - Immunoglobulines polyvalentes. - L'érythropoïétine alfa. L'acide folinique. - Une hydratation adéquate. - Une thromboprophylaxie. - Les immunomodulateurs (Tocilizumab) : 03 patientes. L'évolution : Les patientes gestantes : - Sur 19 grossesses 15 sont arrivées à terme. - L'accouchement était par voie basse chez une patiente et par césarienne sous rachianesthésie chez 14 patientes ; sans préparation par des échanges transfusionnels chez 08 patientes. - On déplore 04 morts in utero. Les chirurgies sous anesthésies générales étaient réalisées sans préparation par des échanges transfusionnels chez 02 patients et avec un support transfusionnel par des culots avec phénotype tendu dans 07 cas. **DISCUSSION :** La gestion de l'alloimmunisation chez le patient

drépanocytaire est difficile. D'où l'intérêt de la détermination systématique du phénotype étendu dès le diagnostic de la pathologie ainsi que la recherche régulière des RAI et l'évaluation clinico-biologique post-transfusionnelle.

Conclusion :

CONCLUSION : La transfusion sanguine est une arme primordiale dans la drépanocytose, mais ses indications doivent être bien établies et discutées au cas par cas, vu le risque d'allo-immunisation érythrocytaire.

P201- Drepanocytose et LV

A. Sid

EPH Besbes El Taref

Introduction et Objectif :

Drépanocytose et LV Prise en charge au service Hématologie EPH BESBES Wilaya El Tarf A.SID Introduction : Hémoglobinopathie héréditaire caractérisée par une mutation ponctuelle au niveau de la chaîne B de la globine aboutissant à la formation d'une HB S pathologique . -Elle est fréquente en Algérie plusieurs foyers surtout le Nord Est du pays . -Elle se caractérise par des complications aiguë et chronique . -la lithiase vésiculaire est due à l'hémolyse chronique son traitement repose sur la chirurgie pour éviter des complications mortelles . Objectifs : -Déterminer les caractéristiques épidémiologiques ,évolutives des drépanocytaires avec une LV . -Évaluer la prise en charge thérapeutique et le profil évolutif .

Matériels et Méthodes :

Matériels et méthodes : -Etude rétrospective s'étalant de septembre 2023 jusqu'à juin 2025 -Cohorte de 19 malades adultes . support : dossiers médicaux .

Résultats et Discussion :

Résultats : 1- Données épidémiologiques : Âge moyen : 34 ans Sexe : prédominance masculine 2-données cliniques : Tous nos patients étaient symptomatiques . 3- Données radiologiques : LV non compliqué 57% Cholécystite 28 Angiocholite 05% Péritonite 10 % 5-la préparation

préopératoire : Tous nos patients ont bénéficié des échanges transfusionnels avec une moyenne de 3. 6-le type de chirurgie : Coelioscopie 84% Laparotomie 16% 7-le profil évolutif : 17 malades bonne évolution 01 malade cvo 01malade perturbation de l'hémostase . discussion : -la lithiase vésiculaire est une complications fréquente chez les drépanocytaires. -Le meilleur choix thérapeutique est la chirurgie par voie endoscopique : coelioscopie . -L'indication chirurgicale est réservé Pour les LV symptomatiques . -La préparation préopératoire par des échanges transfusionnels dépend de la présence ou non d'ATCDS de STA .

Conclusion :

La drépanocytose est une affection héréditaire fréquente dans notre pays surtout le Nord Est , Parmi les complications la Lithiase vésiculaire une complication fréquente non prise en charge précocement peut mettre en jeu le pronostic vital . La coelioscopie reste le meilleur choix thérapeutique .

P202- Spectre et prise en charge de la néphropathie drépanocytaire dans la région d'Annaba

K. Rahmouni, A. Djenouni, H. Mehennaoui

CHU Annaba

Introduction et Objectif :

Introduction : La drépanocytose est souvent compliquée d'atteintes rénales, qui constituent un facteur pronostique majeur. L'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence, les caractéristiques cliniques et biologiques, ainsi que la prise en charge de la néphropathie drépanocytaire chez l'adulte.

Matériels et Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective transversale sur une cohorte de 500 patients adultes suivis en hématologie au CHU d'Annaba. L'atteinte rénale était définie par au moins un des critères suivants : rapport albuminurie/créatininurie > 30 mg/g, débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe, formule MDRD) < 60 mL/min/1,73 m², ou

présence d'une hypertension artérielle.

Résultats et Discussion :

Sur les 500 patients inclus, 180 (36 %) présentaient une atteinte rénale. L'âge moyen était de 38 ± 14 ans, avec un sex-ratio H/F de 0,88. La répartition génotypique était : SS (64 %), S/?-thalassémie (30 %), SC (6 %). L'anomalie la plus fréquente était une albuminurie significative (> 30 mg/g), retrouvée chez 85 % des patients atteints. Une insuffisance rénale chronique (DFGe < 60 mL/min) concernait 15 % des cas, principalement chez les plus âgés (54 ± 8 ans). L'hypertension artérielle était rare (8,6 %) et apparaissait surtout aux stades avancés. Un inhibiteur du système rénine-angiotensine était prescrit chez 70 % des patients albuminuriques, et l'hydroxyurée utilisée dans 60 % des cas.

Conclusion :

La néphropathie drépanocytaire est fréquente et dominée par l'atteinte glomérulaire. Le dépistage systématique de l'albuminurie permet une identification précoce des patients à risque de progression vers l'insuffisance rénale chronique et justifie l'instauration d'un traitement néphroprotecteur. L'élargissement de l'utilisation de l'hydroxyurée dans cette population constitue une perspective thérapeutique prometteuse.

P203- L'optimisation de la prise en charge transfusionnelle chez les patients drepanocytaires : expérience du CHTS d'Annaba

I. Babay¹, F.Z. Bouleksa², H. Brouk²

(1) Université Badji Mokhtar Annaba faculté de médecine, (2) CHU Annaba

Introduction et Objectif :

La drépanocytose, maladie génétique autosomale récessive, affecte 250 millions de personnes dans le monde. La transfusion de concentrés de globules rouges (CGR) est essentielle pour traiter les complications aiguës et chroniques de cette pathologie. Malgré le respect des recommandations transfusionnelles (CGR phénotypés RH-KEL1), l'allo-immunisation reste un défi majeur de santé publique pour

les patients drépanocytaires, qui sont plus immunisés que la population générale. L'hémolyse post-transfusionnelle retardée (HPTR), complication potentiellement mortelle, est souvent déclenchée par la réactivation d'anticorps préexistants. Une meilleure compatibilité antigénique a permis de réduire l'allo-immunisation et le risque d'HPTR. Cette étude vise à évaluer les pratiques transfusionnelles au CHTS Annaba, identifier les allo-immunisations anti-érythrocytaires et calculer un score HPTR chez les patients à risque.

Matériels et Méthodes :

L'étude inclut 98 patients drépanocytaires. Les données collectées comprennent : les caractéristiques clinico-biologiques (âge, sexe, résultats de la recherche d'agglutinines irrégulières [RAI], phénotype étendu, génotypage), les qualifications des CGR transfusés (phénotypage restreint ou étendu, comptabilisation par test d'immuno-absorption [TIA]), les recommandations transfusionnelles et le score HPTR.

Résultats et Discussion :

Sur la période du 01/12/2021 au 12/05/2022, 25 patients (25,5 %) ont été transfusés. Le sex-ratio est de 0,76. Parmi les patients, 19 (19,4 %) sont allo-immunisés. La répartition des patients immunisés selon leur génotype est la suivante : 74 % homozygotes SS (14 patients), 21,7 % S/?-bêta-thalassémiques (4 patients), 4,3 % hétérozygotes composites SC (1 patient). Selon le protocole transfusionnel : 7 patients (36,8 %) ont été préparés pour un échange transfusionnel, et 12 patients (63,2 %) ont reçu une transfusion simple. Concernant les allo-anticorps, 6 patients (31,6 %) sont immunisés par des anti-K, anti-C ou anti-E, 6 patients (31,6 %) par d'autres allo-anticorps (anti-S, anti-Lea, etc.), et 7 patients (36,8 %) sont poly-immunisés, dont 3 (15,8 %) ont développé un allo-anticorps anti-public. Par ailleurs, 6 patients (31,6 %) ont bénéficié d'un phénotypage étendu, et 2 patients (10,5 %) d'un génotypage. Enfin, 4 patients (21,1 %) ont reçu une prise en charge transfusionnelle spécialisée. Le calcul du score HPTR indique que 11 patients (73,3 %) sont à faible risque, 3 patients (20 %) à risque intermédiaire, et 1 patient (6,7 %) à haut risque de complications hémolytiques post-transfusionnelles.

Conclusion :

La mise en œuvre d'une prise en charge transfusionnelle spécialisée au CHTS Annaba permet de mieux prévenir les complications immuno-hémolytiques, de diagnostiquer, de stratifier le risque et de traiter les patients drépanocytaires allo-immunisés.

P204- La drépanocytose à la Clinique Médicale Infantile du CHU Mustapha : Un challenge pour le pédiatre.

N. Benali Khoudja, F. Fernini, M. Keddari, S. Hakem, R. Boukari, R. Belbouab

CHU Mustapha, Université d'Alger, Faculté des sciences médicales

Introduction et Objectif :

La drépanocytose est une hémoglobinopathie caractérisée par deux complications majeures : l'anémie hémolytique chronique et les crises vaso-occlusives. Notre objectif : Identifier le profil clinique, biologique et évolutif (complications aiguës et chroniques) des enfants drépanocytaires suivis et pris en charge au CHU Mustapha.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective descriptive sur dossiers des enfants suivis et pris en charge pour syndrome drépanocytaire au CHU Mustapha de Janvier 2012 à Septembre 2025.

Résultats et Discussion :

Nous avons collecté 72 enfants avec syndrome drépanocytaire. 41 garçons pour 32 filles soit un sex-ratio de 1.32 dont l'âge moyen est de 11 ans. Le syndrome drépanocytaire majeur est observé chez 37 (51.4%) patients, le S- α thalassémique retrouvé chez 23 (32%) patients et 9 (12.5%) sont paucisymptomatiques. L'anémie est le signe révélateur chez 90 % des patients, le syndrome pieds-mains est rapporté chez 6 (8%) patients. 48 (67%) patients ont présenté des crises vaso-occlusives (CVO), 28 (39%) ont présenté une anémie aiguë par crise aplastique ou séquestration splénique, et 30 patients ont été hospitalisé

pour syndrome infectieux grave. Nos patients ont montré à la biologie une Hb moyenne à 7.6 g/dl, Plaquettes à 550000/mm³, LDH à 540 UI/l, les d-dimères à 2545 UI/l témoin d'un état inflammatoire continu et sévère. Les transfusions itératives ont été le traitement chez 49 (68%) patients, l'hydroxy-urée est utilisé chez 19 (26%) patients et 7 enfants ont bénéficié d'une splénectomie. Parmi les complications survenues la plus fréquente est les CVO invalidantes chez 73 % des enfants avec un syndrome thoracique aigu rapporté chez 10 patients, l'ostéomyélite chez 11 patients, la nécrose aseptique (tête fémorale ou humérale) chez 9 patients, l'ostéoporose est documentée chez 11 patients avec fracture pathologique chez 3 de nos patients. 3 patients ont compliqué d'un accident vasculaire cérébral. L'hémochromatose est retrouvée chez 10 patients suites aux transfusions sanguines traitée par un chélateur de fer oral. Discussion : Le phénotype le plus fréquent est un syndrome drépanocytaire majeur. Les CVO est la complication posant le plus de problème de prise en charge avec l'anémie aiguë. La prévention est l'action clé de la gestion des complications de ces enfants.

Conclusion :

La drépanocytose est une maladie complexe qui s'associe à de multiples complications graves d'où l'importance d'un diagnostic précoce afin de débiter un traitement préventif et une vaccination adéquate.



Société Algérienne
d'Hématologie et de
Transfusion Sanguine

Remerciements

Le bureau de la SAHTS remercie une nouvelle fois ses fidèles partenaires et sponsors qui ont largement contribué à l'organisation du **21^e** Congrès National d'Hématologie et à la **11^e** Journée des Infirmiers en Hématologie du **16 au 18 Octobre 2025** – Hôtel Oran Bay – Oran, Algérie

Orion LAB
our commitment to a better life

Dr.Reddy's



janssen



hikma. sanofi

AMGEN



sobi
rare strength

IMC
INDUSTRIES
MEDICO-CHIRURGICALES

NOVARTIS

MSD

abbvie

octapharma

NOVUSPHARM

**DEMOCEDES
PHARMA**

LFB
L'ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Emcure
cure and beyond

astellas



PPCMEDICAL

MALI

21^e CONGRÈS NATIONAL
D'HÉMATOLOGIE

11^e JOURNÉE DES
INFIRMIERS