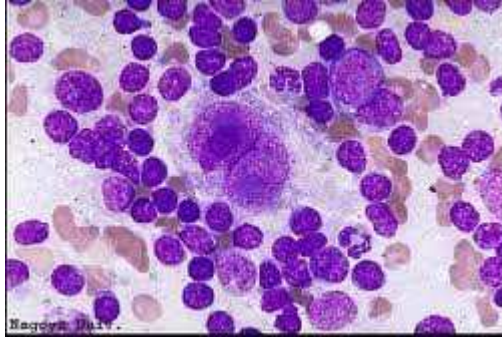




REFERENTIEL HODGKIN

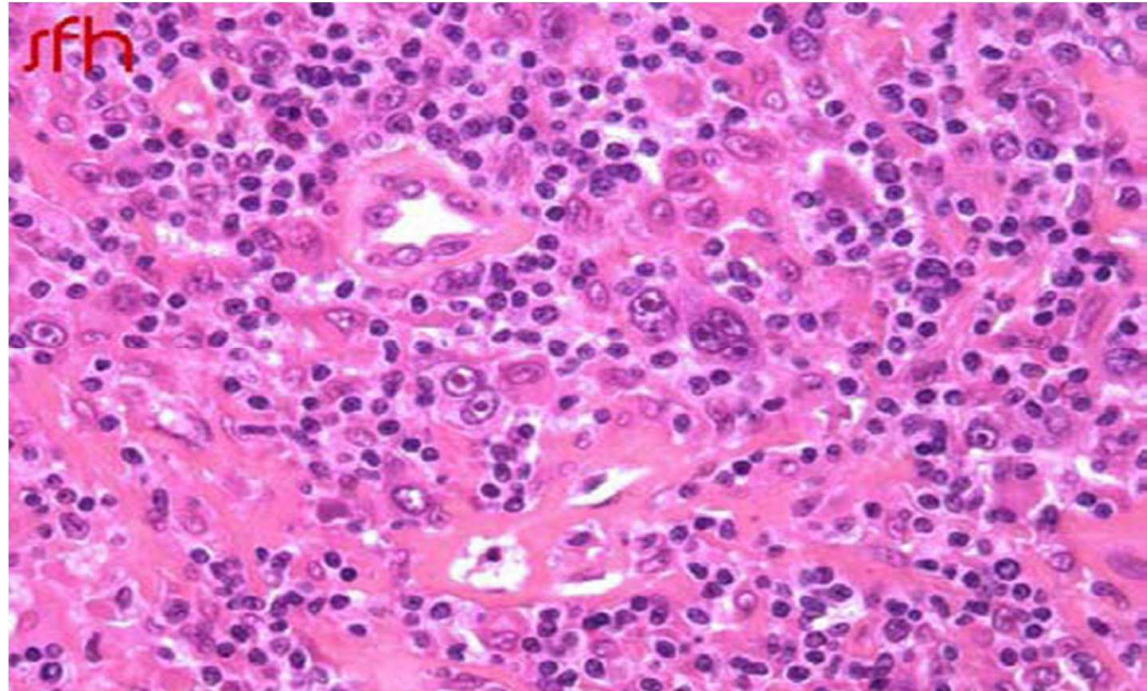
O. REMAN

2012



La ponction ganglionnaire permet d'évoquer le diagnostic mais il doit être confirmé par une biopsie ganglionnaire ou par une ponction-biopsie sous scanner d'une masse abdominale.

DIAGNOSTIC



CLASSIFICATION ANATOMOPATHOLOGIQUE (WHO, 2008)

LYMPHOME DE HODGKIN CLASSIQUE

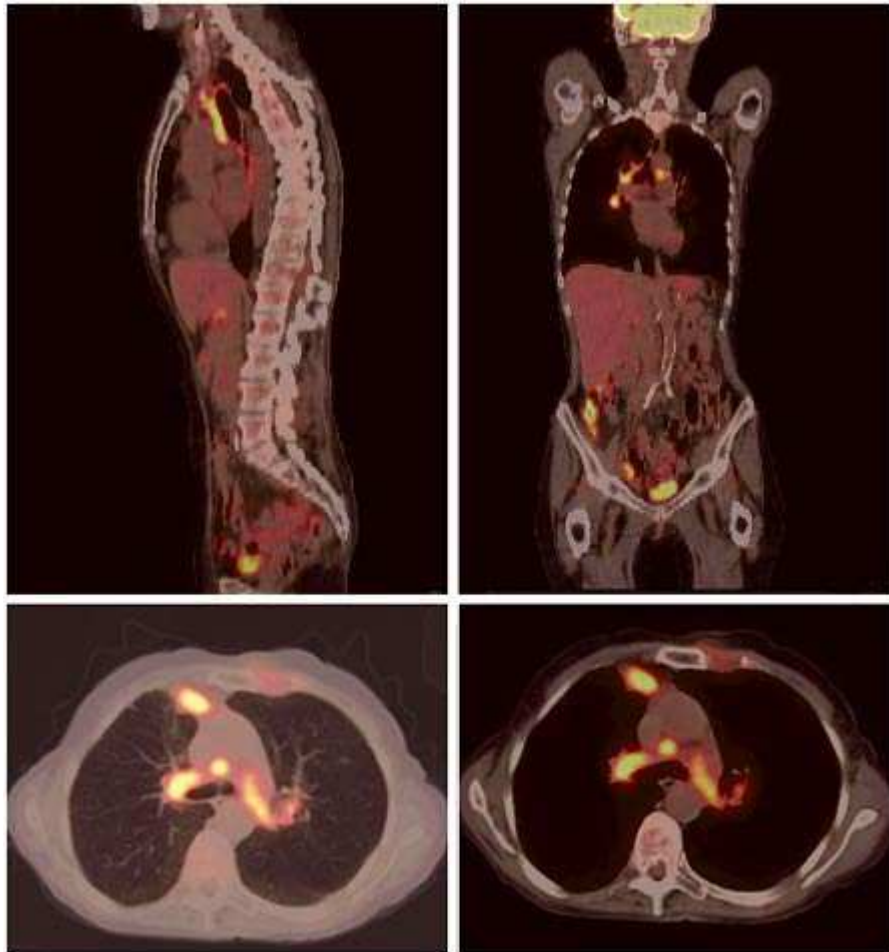
- Scléro-nodulaire
- à cellularité mixte
- riche en lymphocyte
- déplété en lymphocyte

LYMPHOME DE HODGKIN A PREDOMINANCE LYMPHOCYTAIRE ET NODULAIRE

- Ex paragranulome de Poppema



World Health Organization



BILAN INITIAL

- Rxpulmonaire
- Scanner corps entier
- petscanner
- échographie cardiaque
- EFR
- bilan biologique dont VS
- préservation de la fertilité

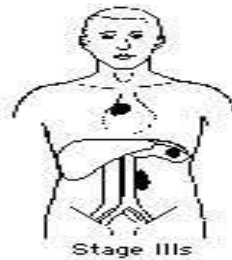
CLASSIFICATION DE L'EXTENSION TUMORALE (ANN ARBOR)



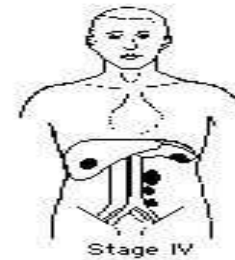
Atteinte d'un
seul groupe
ganglionnaire



Atteinte de 2
ou plusieurs
groupes
ganglionnaires
d'un seul côté
du diaphragme



Atteinte
ganglionnaire
des 2 côtés du
diaphragme



Atteinte d'un ou
de plusieurs
organes

- STADE I une aire ganglionnaire
- STADE II deux aires du même côté du diaphragme
- STADE III atteinte de part et d'autre du diaphragme
- STADE IV atteinte viscérale (os, foie poumon...)
- A/B signes cliniques (fièvre, perte de poids
> 10%, sueurs abondantes)
- Bulky Ratio tumeur/thorax > 0,33%

CLASSIFICATION PRATIQUE

FORMES LOCALISEES

Stade I et II, sont exclues les formes bulky

-Favorable

-Non favorable

Age > 50 ans, VS > 50 si A, > 30 si B et
> 3 aires ganglionnaires atteintes

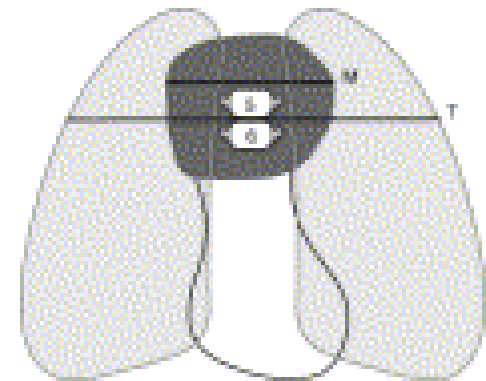
FORMES ETENDUES

-Stade I ou II Bulky

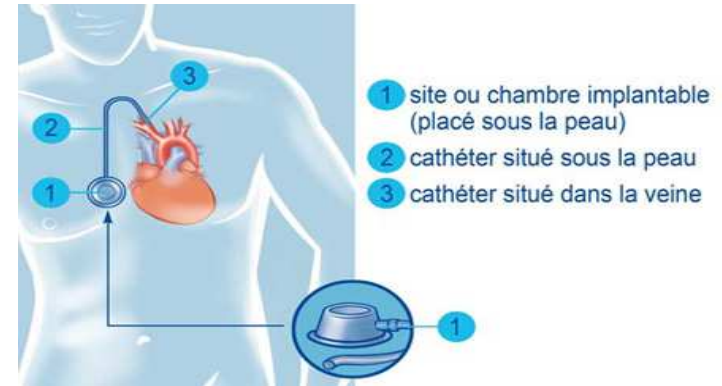
-Stade III ou IV

BULKY

- Tumeur < 10 cm
- Rapport tumeur/thorax > 0,35



AVANT TRAITEMENT



ENREGISTREMENT OU DISCUSSION RCP

CONSULTATION D'ANNONCE

PRESENTATION DU PLAN PERSONNALISE DES SOINS

POSE D'UN SVI INDISPENSABLE

PRESERVATION DE LA FERTILITE

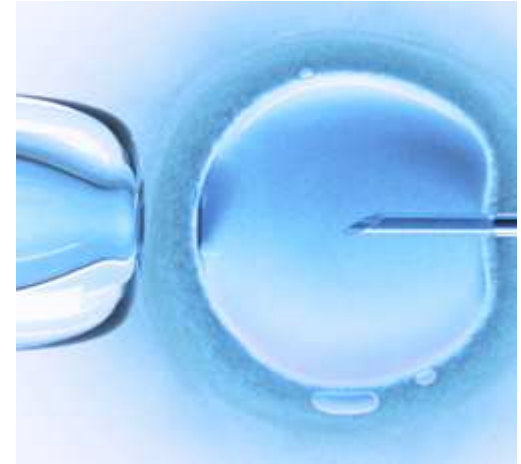
PRESERVATION DE LA FERTILITE

CHEZ L'HOMME

-spermogramme, congélation avant traitement

CHEZ LA FEMME

- Non nécessaire si chimiothérapie initiale,
- Nécessaire si rattrapage et greffe



TRAITEMENT

Après Consultation d'annonce et enregistrement RCP

FORMES LOCALISEES

- favorables : 3 ABVD et Radiothérapie
- Non Favorables : 4 ABVD et Radiothérapie

FORMES ETENDUES

- Inclusion dans le protocole AHL (LYSA)
- RCP si non incluable

Principales chimiothérapies

→ **ABVD (tous les 28 jours)**

Adriamycine	25 mg/m ² IV J1 et J15
Bléomycine	10 mg/m ² IV J1 et J15
Vindésine	6 mg/m ² IV J1 et J15
Dacarbazine	375 mg/m ² IV J1 et J15

→ **BEACOPP renforcé (tous les 21 jours)**

Cyclophosphamide	1 250 mg/m ² IV J1
Adriamycine	35 mg/m ² IV J1
Vincristine	1,4 mg/m ² IV J8 (max 2 mg)
Bléomycine	10 mg/m ² IV J8
Étoposide	200 mg/m ² IV J1 à J3
Procarbazine	100 mg/m ² PO J1 à J7

IV : voie Intraveineuse ; J : jour ; PO : *per os*

PLACE DE LA RADIOTHERAPIE

Uniquement dans les formes localisées

30 grays, avec ou sans surimpression

Volume à adapter au volume initial tomодensitométrique

Apparié au petscan (IF ou INRT)

Ou dans les rechutes

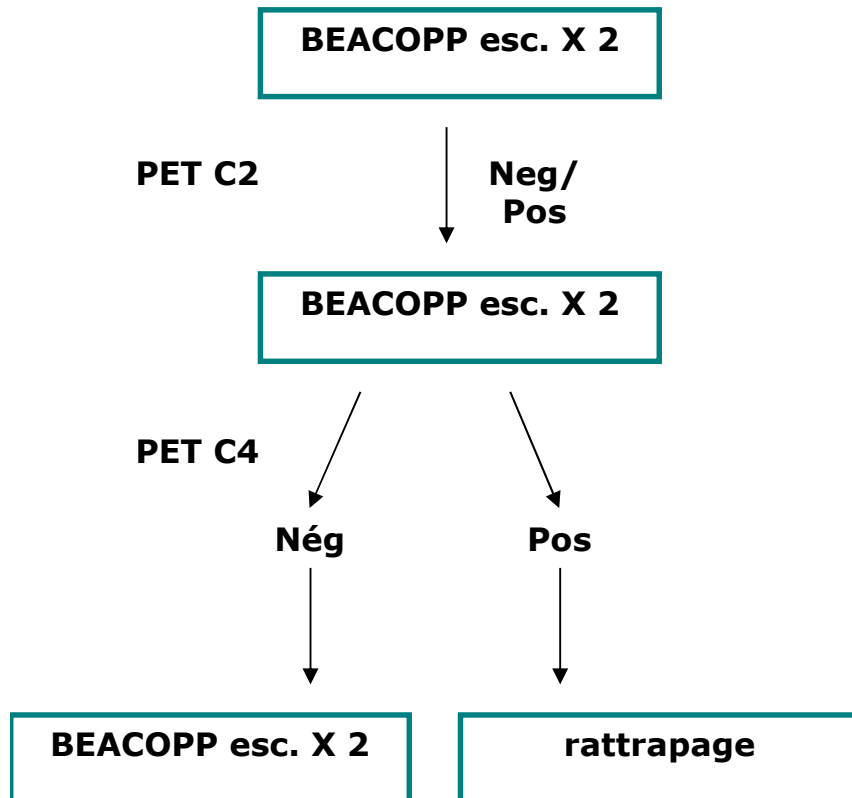
Stade localisés

Après chimiothérapie si autogreffe non réalisable

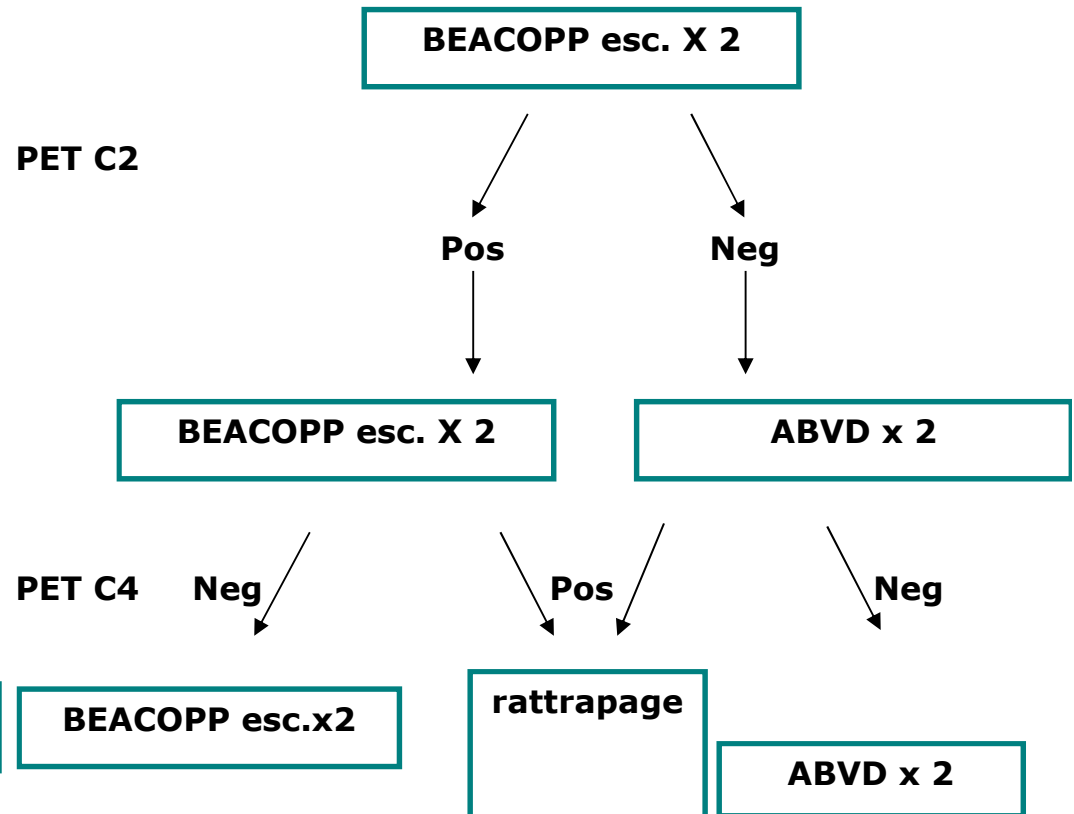
Après autogreffe si masse résiduelle active

ETUDE AHL 2001 – SCHÉMA DE TRAITEMENT

Bras Standard



Bras Expérimental



BEACOPPesc. : cycles espacés de 3 semaines

ABVD : cycles espacés de 4 semaines

BEACOPPesc./ABVD : ABVD à débiter 3 semaines après le 2^{ème} cycle de BEACOPPesc.

POPPEMA. TRAITEMENT (RCP)

Faible masse tumorale

- Abstention ou Rituximab ou radiothérapie

Haute masse tumorale

- ABVD + Rituximab (4 à 8 cures selon le stade)

RECHUTE. CLASSIFICATION

Deux facteurs pronostiques :

- Rechute avant un après la fin du traitement
- Extension de la rechute (stade Ann Arbor)

D'où trois classes :

Pronostic favorable : pas de critère défavorable

Pronostic intermédiaire : un facteur

Pronostic sévère : deux facteurs

RECHUTE. TRAITEMENT (RCP)

Forme non défavorable :

Chimiothérapie et/ou radiothérapie

Forme intermédiaire :

Rattrapage par DHAP ou DHAPlike ou dérivés de gemcitabine (IGEV, GVD...) tous les 15j-3 semaines avec Petscan après deux cycles.

AUTOGREFFE DE CELLULES-SOUCHES HEMATOPOIETIQUES

Cytaphérèse après la première cure

Objectif : autogreffe si efficacité sur la masse tumorale
avec pet négatif si possible

Conditionnement par BEAM

Traitement d'entretien postgreffe non validé

RECHUTE DE MAUVAIS PRONOSTIC (2 facteurs)

envisager une deuxième autogreffe (BAM ou TAM) ou une allogreffe non myéloablative en tandem.

(observatoire GELA, SFGM, GOELAM)

Autre place de l'allogreffe

Rechute après autogreffe ou échec de mobilisation (à discuter en RCP greffe)

SUJET AGE

ABVD jusqu'à 60 ans sinon COP-ABV, en attendant les recommandations prochaines du LYSA

Mauvais état général ou très âgé : Vinblastine, une injection de 10mg/ hebdomadaire puis bimensuelles ou Navelbine en comprimé avec corticoïdes

SURVEILLANCE APRES FIN DE TRAITEMENT

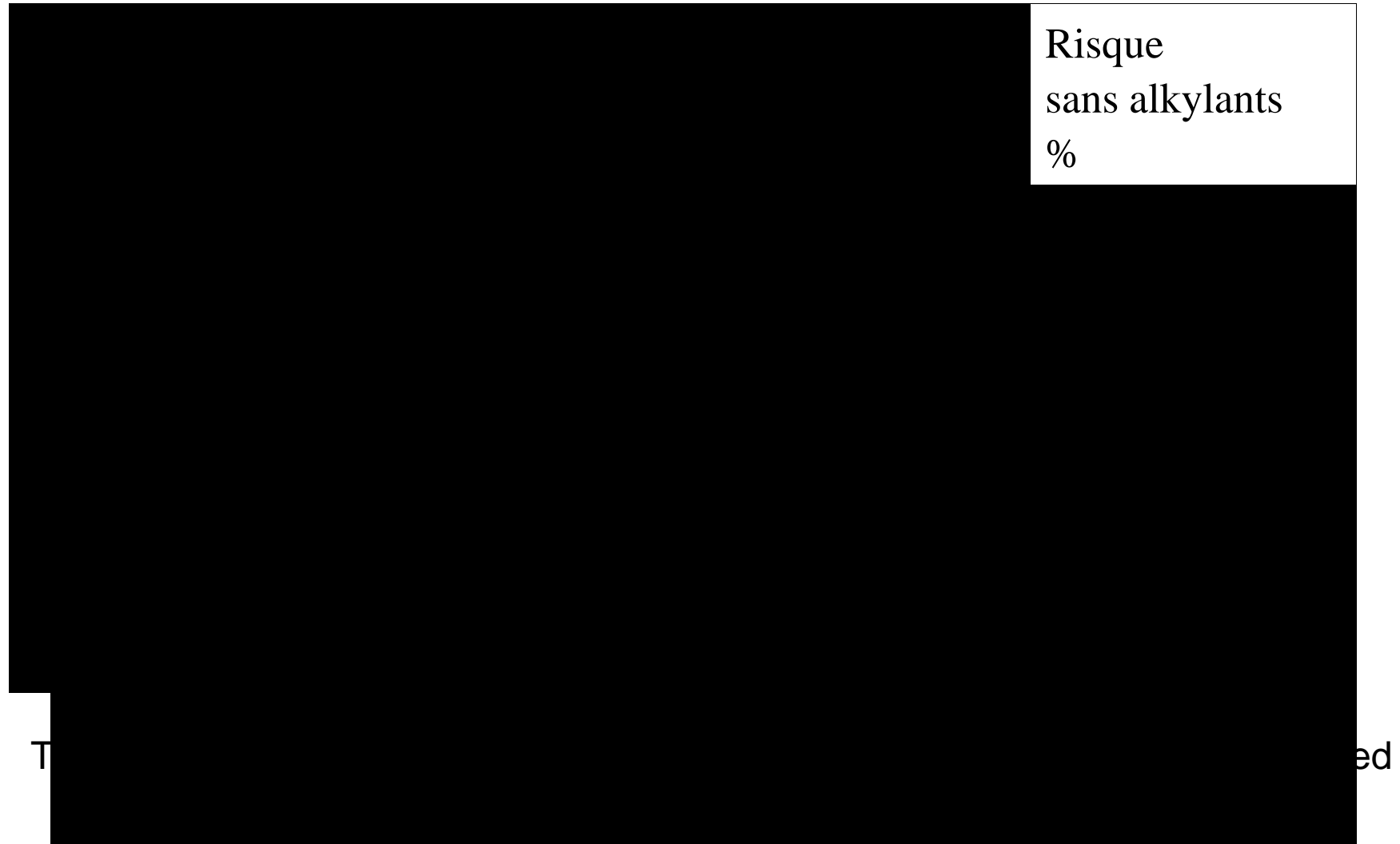
Surveillance par TDM d'abord à 3 mois puis six mois puis un an et 2 ans après fin du traitement.

Petscan en début et fin du traitement et ultérieurement seulement si suspicion de rechute en raison de faux positifs. Pas de petscan après deux cycles, résultats non validés.

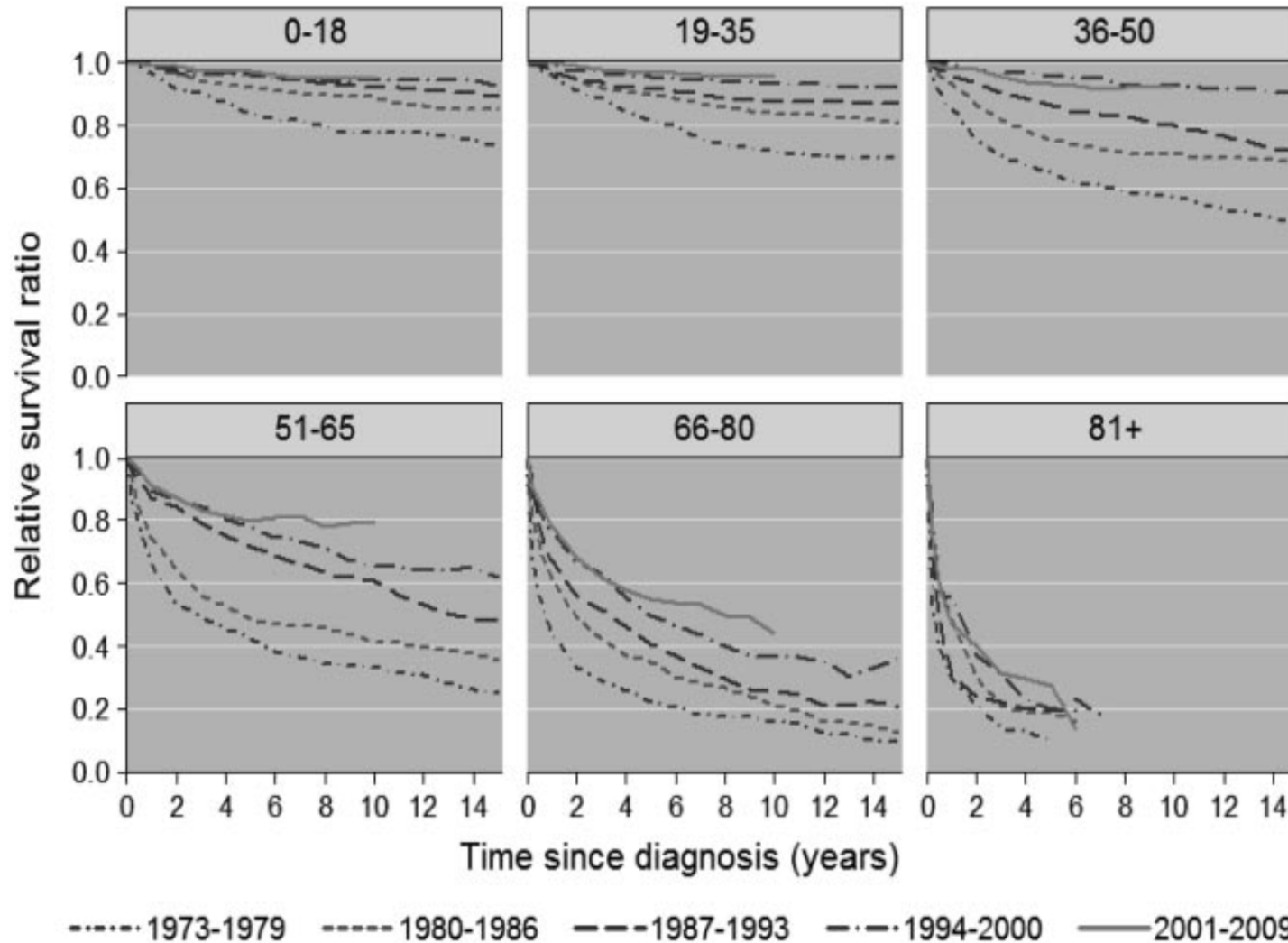
Eviter si possible une grossesse dans les deux ans qui suivent la fin du traitement

Surveillance de la fonction thyroïdienne ultérieure
Mammographies de surveillance si femme jeune ayant subi une irradiation médiastinale.

RISQUE DE CANCER DU SEIN 30 ANS APRÈS LE TRAITEMENT



AMELIORATION DE LA SURVIE DES PATIENTS SELON L'AGE



Cumulative relative survival among HL patients in Sweden stratified by age at diagnosis and calendar period of diagnosis (Sjoberg J et al. Blood, 26 January 2012 volume 119, number 4)