



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Bilan d'extension et suivi dans le traitement des lymphomes[☆]

B. Dupas^{a,*}, K. Augeul-Meunier^b, E. Frampas^a,
C. Bodet-Milin^c, T. Gastinne^b, S. Le Gouill^b

^a Service de radiologie et imagerie médicale, Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

^b Service d'hématologie clinique, Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

^c Service de médecine nucléaire, Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

MOTS CLÉS

Lymphome ;
Scanographie ;
Médecine nucléaire ;
Recommandations ;
Ponction

Résumé Le bilan d'extension des lymphomes comprend systématiquement un scanner cervico-thoracoabdominopelvien. La TEP est indiquée dans les lymphomes diffus à grandes cellules B (LDGCB) et la maladie de Hodgkin. L'évaluation de la réponse au traitement repose sur les critères morphologiques de Cheson 1999 auxquels se substituent les critères de l'IWC de 2007 associant réponses morphologique et métabolique. Scanner et TEP-FDG sont complémentaires dans la caractérisation des masses résiduelles : une TEP négative signifie l'absence de maladie résiduelle, positive elle guide la biopsie sous scanner pour la preuve histologique. La surveillance clinicobiologique est primordiale en post-traitement, l'imagerie est effectuée en seconde intention pour le bilan de la rechute, si besoin associée à une TEP. L'imagerie multimodalités implique une concertation pluridisciplinaire : hématologues, imageurs et anatomopathologistes.

© 2013 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Un lymphocyte peut potentiellement évoluer vers un processus tumoral à n'importe quelle étape de sa différenciation et donc induire un lymphome dont les caractéristiques seront directement en lien avec le niveau de différenciation du lymphocyte. La grande diversité des étapes de la lymphopoïèse (B comme T) explique toute la diversité des lymphomes avec de facto une diversité clinique et thérapeutique. La base de la classification des lymphomes selon l'OMS repose sur ce lien entre la cellule tumorale et son équivalent normal, ce qui impose une caractérisation la plus complète possible des lymphocytes malins :

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2012.12.009>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benoit.dupas@chu-nantes.fr (B. Dupas).

morphologique, histologique, phénotypique, cytogénétique voire moléculaire. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique reposant sur cette étape de caractérisation de la cellule maligne, il est indispensable de disposer, dès le diagnostic, d'un prélèvement de qualité optimale autorisant une exploitation la plus complète possible qui devra être menée par une équipe d'anatomopathologie compétente. En France, le réseau « lymphopath » assure cette expertise sur tout le territoire.

De l'apparente diversité des lymphomes, il est cependant important de retenir quelques grandes notions. On peut diviser l'ensemble des lymphomes en deux grands groupes avec les lymphomes de Hodgkin (LH) (ou maladie de Hodgkin) d'un côté, et les lymphomes malins non Hodgkiniens (LMNH) de l'autre. Dans ce second groupe, 85 % des proliférations sont issues de la lignée B (lymphomes B), contre seulement 15 % de la lignée T (lymphomes T). Les lymphomes B et T se divisent ensuite en diverses entités selon le niveau de différenciation du lymphocyte.

On parle souvent de lymphomes agressifs et de lymphomes indolents. Il s'agit d'une vision purement clinique qui ne repose pas sur des bases anatomopathologiques. On peut dire que les lymphomes agressifs, lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) ou lymphome de Burkitt par exemple, sont en général très chimiosensibles et rechutent moins à distance. À l'inverse, les lymphomes indolents, qui sont aussi le plus souvent chimiosensibles, ont tendance à rechuter à plus ou moins longue échéance. Cette vision des lymphomes est assez « caricaturale » mais elle repose sur des constatations cliniques. Les progrès thérapeutiques de ces dernières années démontrent que la guérison est un objectif réaliste dans une grande majorité de lymphomes : maladie de Hodgkin, LDGCB, lymphome de Burkitt.

Le bilan d'extension d'une pathologie lymphomateuse comprend un bilan biologique stéréotypé complété par un bilan iconographique. Le bilan iconographique comprend systématiquement un scanner thoracoabdominopelvien, au besoin cervical, avec injection de produit de contraste iodé. La tomographie par émission de positons (TEP) ne s'est pas substituée au scanner. Le scanner sera associé à la TEP uniquement dans deux types histologiques de lymphomes possédant une avidité forte pour le FDG : les LDGCB et la

maladie de Hodgkin [1]. En dehors de ces deux pathologies, le recours systématique à la TEP dans le bilan d'extension ne s'appuie sur aucune recommandation internationale. La TEP peut cependant être discutée au cas par cas, notamment quand une transformation agressive est suspectée. La zone transformée présente le plus souvent une plus grande avidité pour le FDG que les zones non transformées. Une TEP peut aussi être proposée dans le bilan initial d'un lymphome folliculaire pour qui une radiothérapie peut constituer une alternative thérapeutique.

L'émergence, depuis quelques années, des techniques d'imagerie métabolique a donc modifié le rapport des hématologues avec l'imagerie, mais la radiologie conventionnelle garde une place indispensable dans le parcours de soin du patient, du diagnostic initial à la surveillance. Scanner et TEP-FDG sont complémentaires [2] en particulier dans la caractérisation des lésions car l'imagerie métabolique peut guider le geste de biopsie sous scanner, que ce soit dans l'identification des masses résiduelles ou pour authentifier la transformation d'un lymphome indolent en lymphome de haut grade (Fig. 1). Ces décisions de geste invasif diagnostique sont effectuées au cours de réunions pluridisciplinaires associant hématologues, anatomopathologistes, radiothérapeutes et radiologues [3,4]. La compréhension des enjeux thérapeutiques par l'imageur est essentielle dans le dialogue avec l'hématologue qui adapte et évalue les traitements en fonction de l'imagerie mais également des critères cliniques et biologiques avec l'objectif d'un traitement curateur dans les lymphomes agressifs [5].

Évaluation de la réponse tumorale au traitement

L'évaluation de la réponse au traitement repose très largement sur l'évaluation scanographique mesurant la réduction des lésions cibles définies au diagnostic.

Il peut parfois être discuté de faire des bilans dits intermédiaires pour juger de la réponse après quelques cycles de chimiothérapie seulement. Ces bilans incluant un scanner et/ou une échographie sont surtout pertinents pour lymphomes les plus agressifs (LDGCB, maladie de Hodgkin,

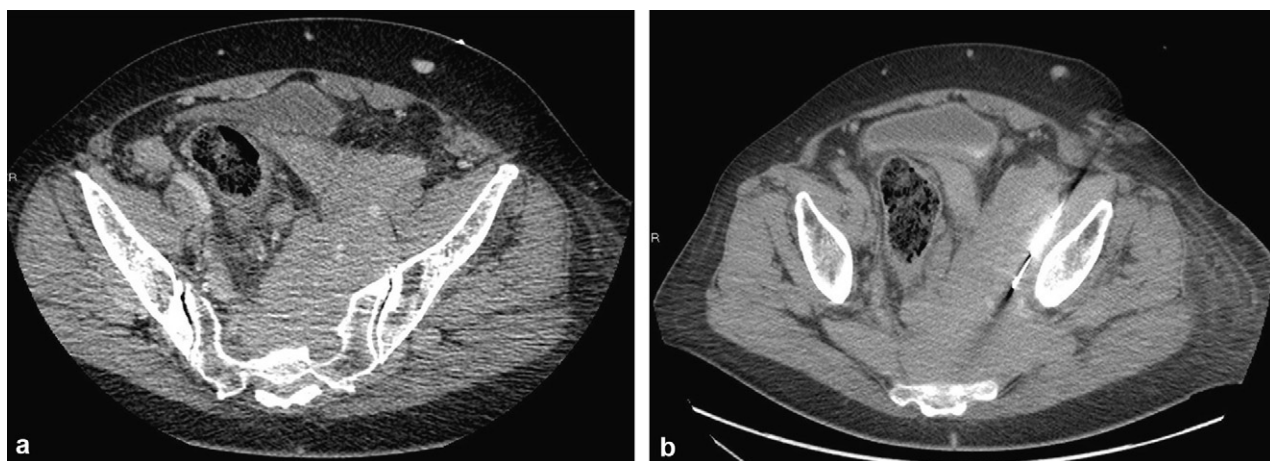


Figure 1. Lymphome folliculaire grade II, surveillance systématique : a : scanner : apparition d'une masse pelvienne ; b : biopsie sous scanner : confirmation anatomopathologique de la transformation en lymphome diffus à grandes cellules B.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663179>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663179>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)