



Lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens des adolescents et des jeunes adultes

Sylvain Garciaz¹, Diane Coso¹, Pauline Brice², Réda Bouabdallah¹

Reçu le 12 septembre 2016
Accepté le 7 octobre 2016
Disponible sur internet le :
17 novembre 2016

1. Institut Paoli-Calmettes, département d'hématologie, 232, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France
2. Hôpital Saint-Louis, service d'hémo-oncologie, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

Correspondance :

Sylvain Garciaz, Institut Paoli-Calmettes, département d'hématologie, 232, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France.
garciazs@ipc.unicancer.fr

Mots clés

Lymphome d'Hodgkin
Lymphome B diffus
à grandes cellules
Lymphome primitif du
médiastin

■ Résumé

Les lymphomes figurent parmi les cancers les plus fréquents chez les adolescents et jeunes adultes. Une guérison est obtenue dans plus de 90 % des lymphomes hodgkiniens. Les apports des protocoles adultes et pédiatriques ont permis de réduire les toxicités gonadiques, cardiovasculaires et les cancers secondaires, grâce à la diminution des doses de chimiothérapie, en particulier les alkylants, et à la réduction des doses de radiothérapie. L'intensité du traitement est adaptée au risque de rechute et plus récemment à l'évaluation de la réponse métabolique par tomographie par émission de positons. Les approches adultes et pédiatriques donnent des résultats globalement équivalents dans cette population. En revanche, la question est plus complexe concernant les lymphomes B diffus à grandes cellules. Les enfants ont une survie approchant les 90 % avec les protocoles pédiatriques. Cependant, les adolescents de 15 à 18 ans, traités généralement selon des schémas pédiatriques ont une moins bonne survie que les enfants plus jeunes, tandis que les jeunes adultes de plus de 18 ans ont une survie comparable aux adultes. Cette tranche d'âge nécessite donc une attention particulière et une bonne coordination entre oncologues adultes et pédiatres. Les lymphomes primitifs du médiastin, sous-type plus fréquent chez les adultes jeunes sont globalement plus graves lorsqu'ils atteignent des enfants. L'ensemble des lymphomes B bénéficie des apports récents de l'immunothérapie (rituximab) et de l'adaptation des traitements à la réponse métabolique. Les lymphomes sont des pathologies pour lesquelles une prise en charge personnalisée dans des services spécialisés en onco-hématologie est nécessaire.

Keywords

Hodgkin lymphoma
Diffuse large B-cell
lymphoma
Primary mediastinal
lymphoma

■ Summary

Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma of adolescents and young adults

Lymphoma is one of the most frequent cancers in adolescent and young adults. Hodgkin Lymphoma is curable in more than 90% of cases. Recent pediatric and adults protocols aimed

to decrease long term toxicities (mostly gonadic and cardiovascular) and secondary malignancies, reducing the use of alkylating agents and limiting radiation fields. Risk-adapted strategies, using positron emission tomography staging, are about to become a standard, both in adult and pediatric protocols. These approaches allow obtaining excellent results in adolescents with Hodgkin lymphoma. On the other hand, treatment of adolescents with diffuse large B-cell lymphoma raises some questions. Even through children have good outcomes when treated with risk-adapted strategies, adolescents who are between 15 and 18 years old seem to experience poorer survivals, whereas patients older than 18 years old have globally the same outcome than older adults. This category of patient needs a particular care, based on a tight coordination between adults and pediatric oncologists. Primary mediastinal lymphomas, a subtype of BLCL frequent in young adult population, exhibits poorer outcomes in children or young adolescent population than in older ones. Taking together, B-cell lymphoma benefited from recent advances in immunotherapy (in particular with the extended utilization of rituximab) and metabolic response-adapted strategies. In conclusion, adolescent and young adult's lymphomas are very curable diseases but require a personalized management in onco-hematological units.

Introduction

Le traitement des lymphomes hodgkiniens (LH) et non hodgkinnien (LNH) de l'adolescent et de l'adulte jeune (AJA) suscite actuellement un intérêt particulier en raison de leur fréquence et de la difficulté de leur prise en charge. Avec un âge médian au diagnostic de 30 ans, le LH est l'un des cancers les plus fréquents chez le jeune adulte et l'adolescent [1]. En revanche, les LH sont rares chez l'enfant et représentent 6 % des cancers dans cette tranche d'âge. Les LNH représentent approximativement 10 à 12 % de tous les cancers diagnostiqués chez les AJA, avec une incidence variant de 1,8 à 3,2/100 000 [1,2]. Dans cet ensemble complexe de pathologies, le lymphome B diffus à grandes cellules (LBDGC) est le sous-type histologique le plus fréquent. Parmi les LBDGC, on distingue une entité rare plus particulièrement rencontrée chez les AJA : le lymphome primitif du médiastin (LPM) dont l'incidence est de 6 % environ [3-5].

Le taux de guérison des LH est de plus de 90 % grâce aux traitements modernes combinant chimiothérapie et radiothérapie. Il représente un modèle particulièrement intéressant de traitement en cancérologie puisqu'en moins d'un demi-siècle, cette maladie fatale dans tous les cas a pu être guérie pour la grande majorité des patients, faisant de la problématique de la toxicité des traitements à long terme, une priorité pour le clinicien prenant en charge des AJA. À l'inverse, la prise en charge thérapeutique des LNH de l'AJA reste toujours très controversée, le plus souvent dépendante du site de prise en charge, adulte ou pédiatrique. En effet, les résultats des études pédiatriques publiés dans la littérature montrent une survie globale (SG) à 5 ans des AJA inférieure à celle des enfants (75 % vs 85 %) avec un risque de rechute plus important chez les patients âgés de 15 ans ou plus [3,6,7].

La question est donc de savoir avec quels moyens traiter les lymphomes des AJA, en prenant en compte à la fois le risque de

toxicité à long terme et la meilleure efficacité possible ? Faut-il les traiter avec des protocoles thérapeutiques utilisés chez les adultes ou dans la population pédiatrique ? À l'heure actuelle, peu de données sont disponibles pour répondre à cette question. Le choix du traitement optimal devra certainement s'appuyer sur l'identification de nouveaux facteurs pronostiques, en particulier biologiques et radiologiques.

Dans cette revue, nous nous intéresserons aux LH classiques et aux principaux LNH à cellules B : LBDGC et LPM.

Lymphomes Hodgkiniens

Caractéristiques cliniques et biologiques

De nombreux travaux épidémiologique et anatomopathologique ont mis en relief l'implication du virus d'Epstein-Barr dans la genèse des LH, celui-ci étant retrouvé dans environ 40 % des biopsies ganglionnaires, surtout chez l'enfant de moins de 10 ans, les sujets âgés ou les patients séropositifs pour le VIH [8]. Cependant, aucun lien direct entre ce virus et le développement d'un LH n'a été réellement démontré. Des études récentes ont mis en lumière des associations de gènes de prédisposition qui augmenteraient le risque de survenue d'un LH [9].

La présentation clinique est représentée par un syndrome ganglionnaire indolore le plus souvent sus-diaphragmatique. L'atteinte médiastinale est présente chez 60 % des enfants. Des symptômes B (fièvre inexpliquée, sueurs nocturnes abondantes, perte de poids de plus de 10 %) sont retrouvés dans un tiers des cas. Un prurit, une asthénie ou des douleurs à l'ingestion d'alcool sont aussi des signes non spécifiques pouvant également orienter vers ce diagnostic.

La biopsie ganglionnaire, avec examen immunohistochimique (IHC) est indispensable au diagnostic. La présence de la cellule maligne de Reed-Sternberg, grande cellule multinucléée,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5697430>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5697430>

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