

LA PRISE EN CHARGE DES APLASIES MÉDULLAIRES ACQUISES DANS LE SERVICE D'HÉMATOLOGIE CLINIQUE DE L'HÔPITAL MILITAIRE MOULAY ISMAIL DE MEKNÈS

S. Bouazzaoui¹, H. Filah¹, M. Sinaa², H. Eddou¹

¹ Service d'Hématologie Clinique – Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès

² Laboratoire d'Anatomopathologie – Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès

INTRODUCTION ET OBJECTIF

L'aplasie médullaire acquise (AMA) est une affection hématologique rare, grave, caractérisée par une pancytopénie périphérique liée à une hypoplasie médullaire. Le traitement repose sur l'immunosuppression ou la greffe de cellules souches hématopoïétiques, selon l'âge et la disponibilité d'un donneur HLA compatible.

Nous rapportons l'expérience du service d'hématologie clinique de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès dans la prise en charge des AMA, en décrivant les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients.

PATIENTS ET MÉTHODES

Étude rétrospective descriptive menée de janvier 2021 à juin 2025, incluant 9 patients suivis pour AMA. Les données recueillies concernaient les paramètres démographiques, la présentation clinique, les étiologies, les modalités thérapeutiques et l'évolution à 6 mois.

RESULTAT

❖ Population étudiée :

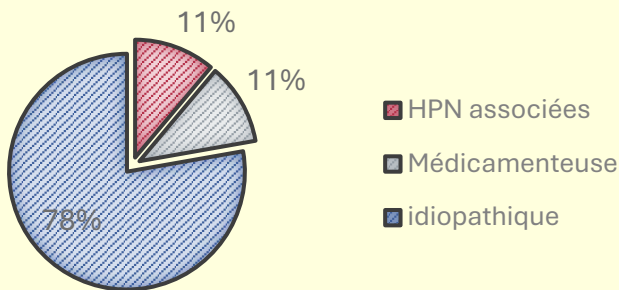
- Neuf patients ont été inclus entre janvier 2021 et juin 2025
- 6 hommes / 3 femmes, sex-ratio :2.
- L'âge moyen au diagnostic était de 41,5 ans (17–71 ans).

❖ Présentation clinique :

- Tous présentaient une pancytopénie profonde.
- Le syndrome anémique était constant (100 %), un syndrome hémorragique dans 22 % et un syndrome infectieux dans 12 %.

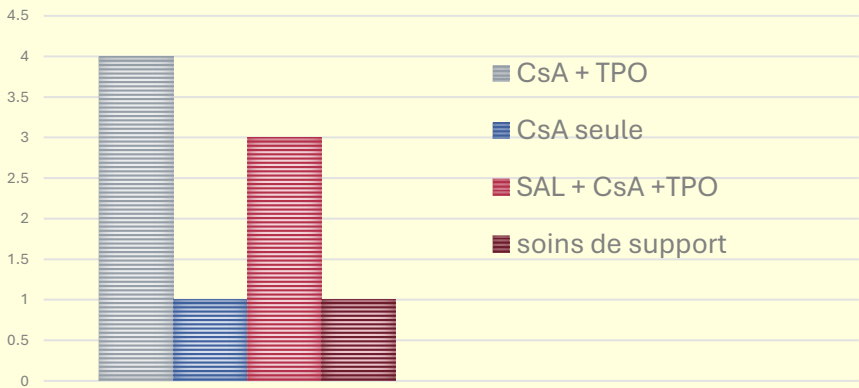
❖ Classification et étiologies :

- L'aplasie sévère a été retenue chez 4 patients (44,5 %).
- Les causes étaient idiopathiques dans 7 cas (77,8 %), médicamenteuses dans 1 cas (11,1 %) et associées à une HPN dans 1 cas (11,1 %).



❖ Traitement :

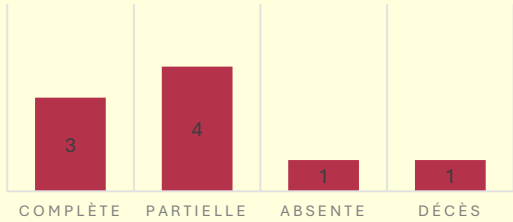
- 3 patients ont reçu sérum antilymphocytaire (SAL) + ciclosporine + eltrombopag,
- 4 patients : ciclosporine + eltrombopag (Revolade®),
- 1 patient : ciclosporine seule
- 1 patient : support transfusionnel exclusif .



❖ Réponse à 6 mois :

- Réponse complète : 3 patients (33,3 %)
- Réponse partielle : 4 patients (44,4 %)
- Absence de réponse : 1 (11,1 %)
- Décès : 1 (11,1 %)

→ Taux de réponse globale : 77,8 %



DISCUSSION

Notre série, composée de neuf patients atteints d'aplasie médullaire acquise (AMA), retrouve un âge moyen et une prédominance masculine conformes aux grandes cohortes, où l'AMA touche surtout l'adulte jeune avec un léger excès masculin et une incidence d'environ 2–3/million/an en Europe (jusqu'à ~3× plus en Asie).

La proportion élevée de formes idiopathiques et la fréquence d'un clone de PNH associé s'inscrivent dans les profils classiques ; des clones PNH sont détectés chez ~40–60 % des patients selon les séries, et leur présence est associée à une meilleure réponse à l'immunosuppression.

En l'absence d'accès large à la greffe, notre stratégie reposait majoritairement sur l'immunosuppression (ciclosporine ± agoniste du récepteur de la thrombopoïétine). Les recommandations actuelles préconisent, en première intention, soit h-ATG + CSA ± eltrombopag, soit une allogreffe de donneur HLA identique apparenté chez les patients éligibles ; chez l'adulte sans donneur familial, l'IST reste le standard initial, la greffe MUD/Haplo étant discutée en cas d'échec ou de contexte particulier.

Notre taux de réponse globale à 6 mois (77,8 %) est comparable aux séries internationales d'IST, où l'ORR à 6 mois se situe classiquement entre ~60–75 % ; l'adjonction d'eltrombopag améliore la rapidité et la qualité des réponses (études NIH et RACE), avec des taux de réponse complète précoces nettement supérieurs par rapport à h-ATG + CSA seuls.

Les complications infectieuses observées — particulièrement chez les non-répondeurs — reflètent le principal déterminant de morbidité/mortalité initiale dans l'AMA sévère, justifiant une antibioprophylaxie et un suivi rapproché, comme souligné par les lignes directrices.

À plus long terme, deux enjeux majeurs demeurent après IST : la rechute (~25–40 % selon les cohortes modernes) et l'évolution clonale (~10–15 % à 10 ans, dominée par des anomalies du chromosome 7), ce qui plaide pour un suivi prolongé et une réévaluation régulière des options curatives.

Concernant la greffe, les résultats récents montrent des survies >90 % chez les patients jeunes avec donneur apparenté, et des performances proches avec donneur non apparenté dans des centres expérimentés ; les plateformes haplo-identiques avec cyclophosphamide post-greffe progressent, mais restent globalement associées à une NRM et une GVH un peu plus élevées que les greffes HLA-compatibles. Ces données confortent l'intérêt d'un meilleur accès à la greffe dans nos contextes à ressources limitées.

Globalement, nos résultats confirment l'alignement sur les standards internationaux et soulignent trois priorités : (1) optimiser l'IST (incluant l'eltrombopag quand disponible), (2) élargir l'accès aux plateformes de greffe (MSD/MUD, et haplo lorsque pertinent) et (3) renforcer le suivi infectieux et la surveillance à long terme des rechutes/évolutions clonales pour améliorer le pronostic des patients

CONCLUSION

L'AMA est une urgence hématologique rare mais grave. Les schémas à base de ciclosporine associés à un agoniste de la TPO sont efficaces et applicables dans un contexte contraint. L'amélioration du pronostic passe par l'accès à la greffe et des filières de soins structurées.

1.Vaht K, et al. *Haematologica*. 2020;105(8):1898–1906.
2.DeZern AE, Brodsky RA. *Blood Adv*. 2021;5(12):2660–2671.
3.Kulasekararaj A, et al. *Br J Haematol*. 2024.
4.Scheinberg P, et al. *Blood*. 2018;132(12):1349–1360.
5.American Society of Hematology (ASH). *Guidelines on acquired aplastic anemia*
6.Peffault de Latour R, et al. *Transplantation and Cellular Therapy*. 2024.
7.Townsley DM, et al. *N Engl J Med*. 2017;376(16):1540–1550.
8.Scheinberg P, et al. *Haematologica*. 2020;105(12):2714–2723.
9.Systematic Reviews Journal. 2024.
10.Adzahar S, et al. *Asian J Med Biomed*. 2023.
11.Frontiers in Immunology. 2024;15:1378432.
12.Piekarska A, et al. *Front Immunol*. 2024.
13.Stensballe J, et al. *Ann Hematol*. 2023.
14.SpringerLink. *Annals of Hematology*. 2021;100:2021–2033.
15.EBMT/ASTCT. *Position Paper on Haploidentical and Unrelated Donor Transplantation for Acquired Aplastic Anemia*. 2024.
16.Frontiers in Immunology. 2024;15:1425076. "Comparative outcomes of immunosuppressive therapy and transplantation in relapsed/refractory aplastic anemia."
17.BMC Hematology. 2024. "Predictors of treatment response and survival in patients with acquired aplastic anemia treated with CsA and TPO receptor agonists."
18.ASH Review. *How I treat acquired aplastic anemia*. *Blood*. 2024;143(2):1428–1437.