

Allogreffe de CSH en milieu à ressources limitées : retour sur une expérience monocentrique

Inasse Mourabiti, Halima Hadri, Kaoutar El Akel, Yasmine Zouiten, Zoubida Saad, Mehdi El Agal, Hajar Al Harrar, Rihab Farchoukh, Zineb Guessous, Maryame Ahnach, Nouama Bouanani, Mounia Bendari, Rajaa Tissir, Said Benchekroun

Service d’hématologie, Université Mohammed VI des sciences et de la santé, Hopital universitaire international Cheikh Khalifa, Casablanca

🌐 [linkedin.com/in/drinassemourabiti](https://www.linkedin.com/in/drinassemourabiti)

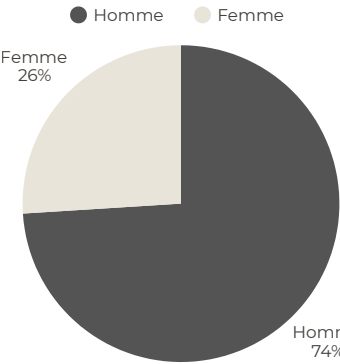
Introduction

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) constitue à ce jour le seul traitement curatif potentiel pour un grand nombre d'hémopathies malignes et non malignes. Sa réalisation repose sur une sélection rigoureuse des patients et des donneurs, ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire experte.

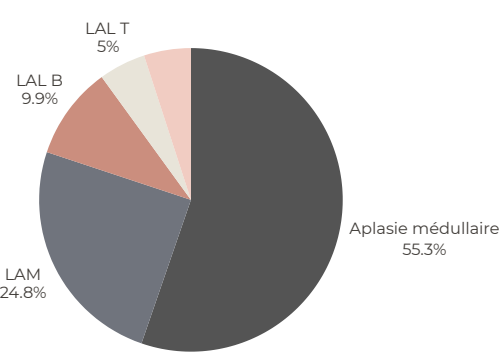
Objectif 🎯: Nous présentons notre expérience, en mettant l'accent sur les indications, les modalités de conditionnement, les complications observées et les résultats préliminaires.

Résultats

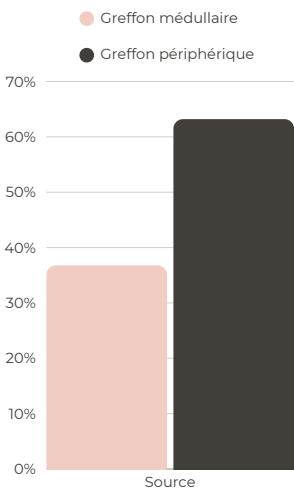
Nos patients sont au nombre de **19**, avec un âge médian de **30,7 ans [17 - 57 ans]**, et un sex-ratio de **2,8**.



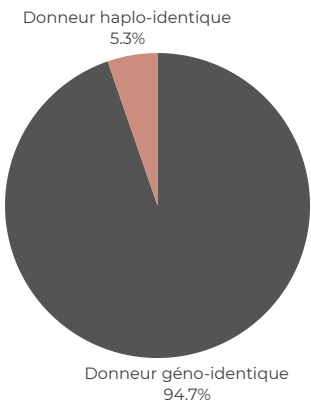
F1: Répartition des patients selon le sexe



F2: Répartition des patients selon la pathologie



F3: Répartition des patients selon la source du greffon



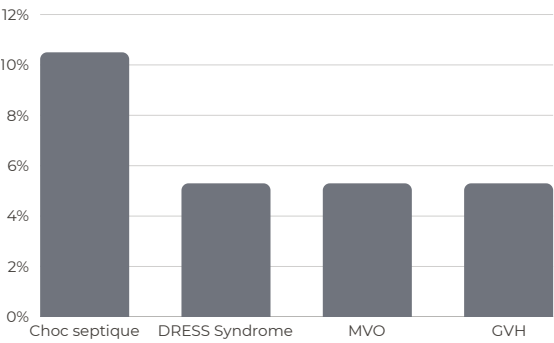
F4: Répartition des patients selon le schéma d'induction

Tableau 1: Conditionnement et prophylaxie au cours de l'allogreffe chez nos patients

Caractéristiques			N (/19)	%
Conditionnement	Aplasie médullaire	SAL - endoxan	10	52.6
		FB4 (patiente avec mutation GATA 2)	1	5.3
	LAM	FB4	4	21
		FB3	1	5.3
	LAL	TBI - endoxan	3	15.8
	LA biphénotypique (haplo-identique)	Baltimore	1	5.3
La prophylaxie de la GvH	Grefe géno-identique	Ciclosporine (3 mg/kg/jour à partir du jour -1) + méthotrexate (15 mg/m² aux jours J1, J3 et J6)	18	94.7
	Grefe haplo-identique	mycophénolate mofétil (MMF), le tacrolimus et l'endoxan post-grefe	1	5.3
La moyenne de chimérisme J			93,6 [67,5 –100]	

Tableau 2: Complications au cours de l'allogreffe chez nos patients

Complication	N (/19)	%
GvH aiguë	1	5.3
GvH chronique cutanée	2	10.6
Infection cliniquement significative à CMV	1	5.3
Décès post-grefe (mortalité TRM)	5	26.3



F5: Les causes de décès post allogreffe

Patients et méthodes

- Etude retrospective descriptive
- Septembre 2021 – Juillet 2025
- Patients ayant bénéficiés d’une allogreffe
- Service d’hématologie de l’hôpital Cheikh khalifa casablanca
- Les résultats ont été traités à l’aide de Excel 365

Discussion

- Limites de l'étude**
 - Nombre restreint de patients → possible biais statistique.
- Indications de greffe**
 - Aplasie médullaire = principale indication (50 %).
 - En contraste avec les données de l'EBMT, où les pathologies myéloïdes prédominent (60,7 %) [1].
- Type de donneurs**
 - Absence de registre national → impossibilité de recours à des donneurs non apparentés HLA phéno-identiques.
 - Greffes haplo-identiques encore limitées (contraintes techniques et économiques).
 - À l'échelle mondiale, les greffes à partir de donneurs non apparentés restent les plus fréquentes [2].
- Conditionnement**
 - Protocoles conformes aux recommandations internationales [3].
 - Première réalisation de TBI au Maroc dans notre structure → avancée majeure dans la pratique nationale.
- Chimérisme post-greffe**
 - Taux moyen à J30 : 93,7 %.
 - Selon la SFGM-TC, un chimérisme donneur :
 - 95 % → pas de modification thérapeutique.
 - 90–95 % → surveillance rapprochée [4].
- Maladie du greffon contre l'hôte (GvH)**
 - GvH aiguë rare malgré les greffes périphériques (habituellement plus à risque).
 - Probablement liée à une prophylaxie immunosuppressive rigoureuse.
 - Incidence rapportée dans la littérature : 40–60 % [1].
 - Deux cas de GvH chronique cutanée observés → corticosensibles.
- Mortalité et complications**
 - Mortalité liée à la greffe : 25 %, comparable aux données internationales.
 - Principales causes : choc septique, DRESS syndrome, maladie veino-occlusive (MVO).
- Réactivation du CMV :**
 - Un seul cas d'infection cliniquement significative, contre jusqu'à 40 % rapportés dans la littérature [4].
- Perspectives**
 - Mise en place prévue en 2025 de la transplantation haplo-identique.
 - Objectif : élargir l'accès à la greffe pour les patients sans donneur apparenté compatible.

Conclusion

Malgré les contraintes logistiques et techniques liées au contexte de ressources limitées, les résultats en termes de prise de greffe et de survie initiale sont comparables à ceux rapportés dans des centres mieux équipés. Toutefois, la mortalité liée aux complications infectieuses et immunologiques demeure un défi majeur, soulignant la nécessité de renforcer les capacités de surveillance post-greffe et l'accès aux thérapeutiques spécifiques.

Références

[1] Passweg JR, Baldomero H, Attija M, et al. The 2023 EBMT report on hematopoietic cell transplantation and cellular therapies. Increased use of allogeneic HCT for myeloid malignancies and of CAR-T at the expense of autologous HCT. Bone Marrow Transplant. 2025 Apr;60(4):519-528.

[2] Cornillon J, Crocchiolo R, Dubois V, et al. Choix d'un donneur non apparenté en vue d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques : recommandations de la Société francophone de greffe de moelle et de thérapie cellulaire (SFGM-TC), Bull Cancer. 2024;111(2 Suppl):S1–S13, doi :10.1016/j.bulcan.2023.07.008.

[3] Nelli Bejanyan, Soyung Kim, Kyle M. Hebert, et al. Choice of conditioning regimens for bone marrow transplantation in severe aplastic anemia. Blood Adv 2019; 3 (20): 3123–3131.

[4] Dubois V, Alizadeh M, Bourhis J.H, Etancelin P, Farchi O, Ferrand C, et al. Étude du chimérisme après allogreffe de cellules hématopoïétiques : recommandations de la Société francophone de greffe de moelle et de thérapie cellulaire (SFGM-TC), Bull Cancer. 2017;104(12 Suppl):S59–S64. doi:10.1016/j.bulcan.2017.08.010