

LYMPHOME À CELLULES DU MANTEAU :

Expérience du service d'hématologie clinique de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès (À propos de 13 cas)

A.JAMLAOUI, A.ABELGHOUCHE, H. EDDOU
Service d’hématologie clinique. Hôpital militaire Moulay Ismail . Meknès

INTRODUCTION

Le lymphome à cellules du manteau constitue une entité rare des lymphomes non hodgkiniens de phénotype B, caractérisée par la translocation t (11;14), responsable d’une surexpression de la cycline D1.

Il survient préférentiellement chez le sujet âgé, avec une nette prédominance masculine, et se révèle le plus souvent à un stade disséminé au moment du diagnostic. Cette hémopathie maligne se distingue par une présentation clinique polymorphe et une évolution généralement agressive.

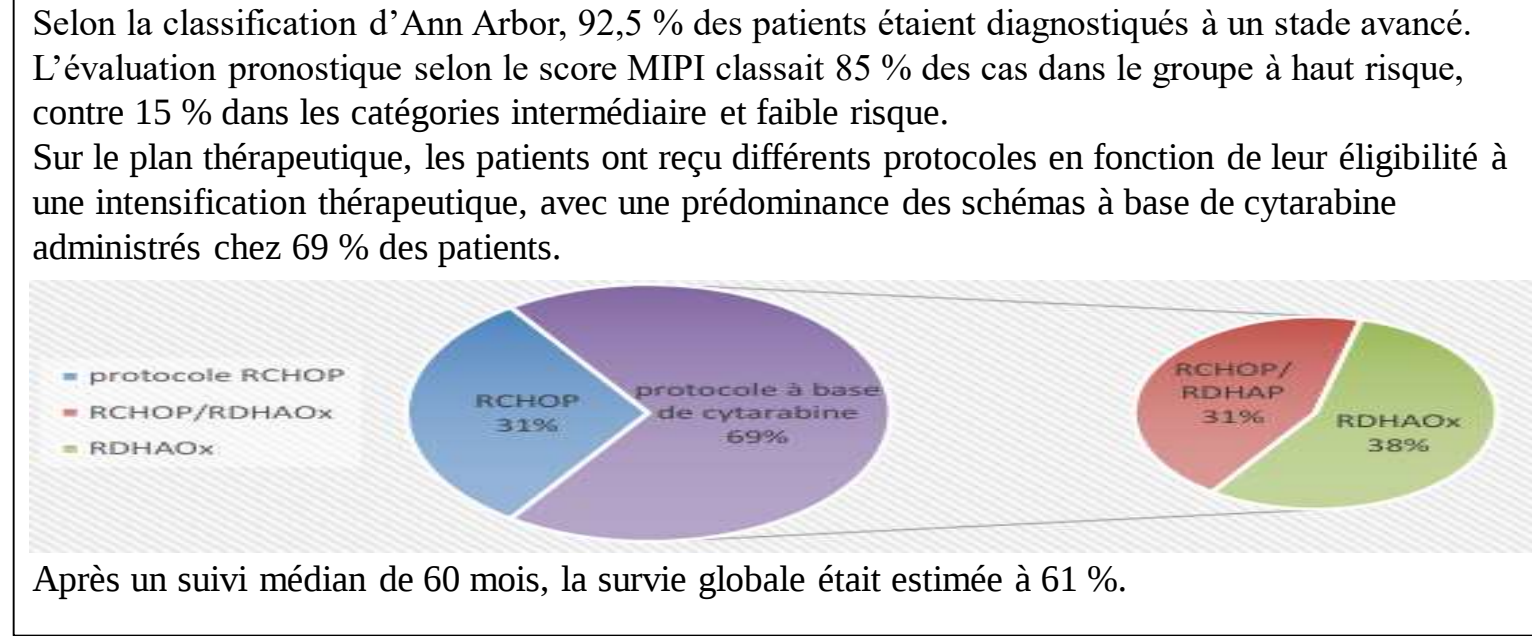
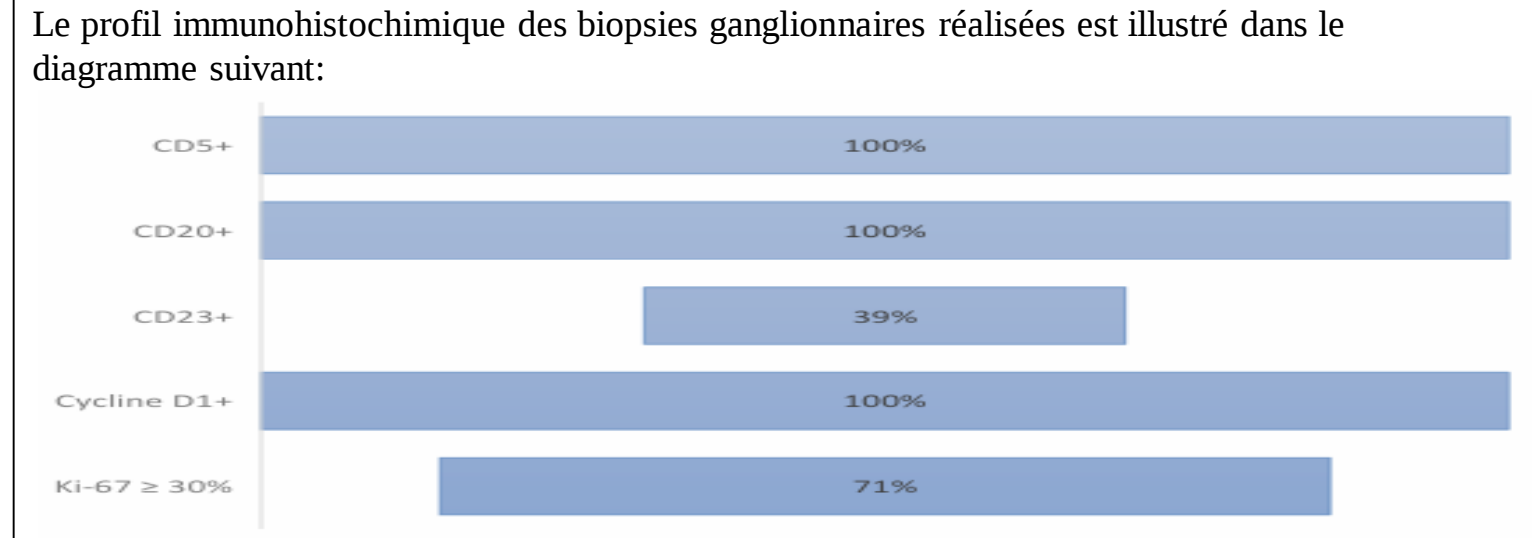
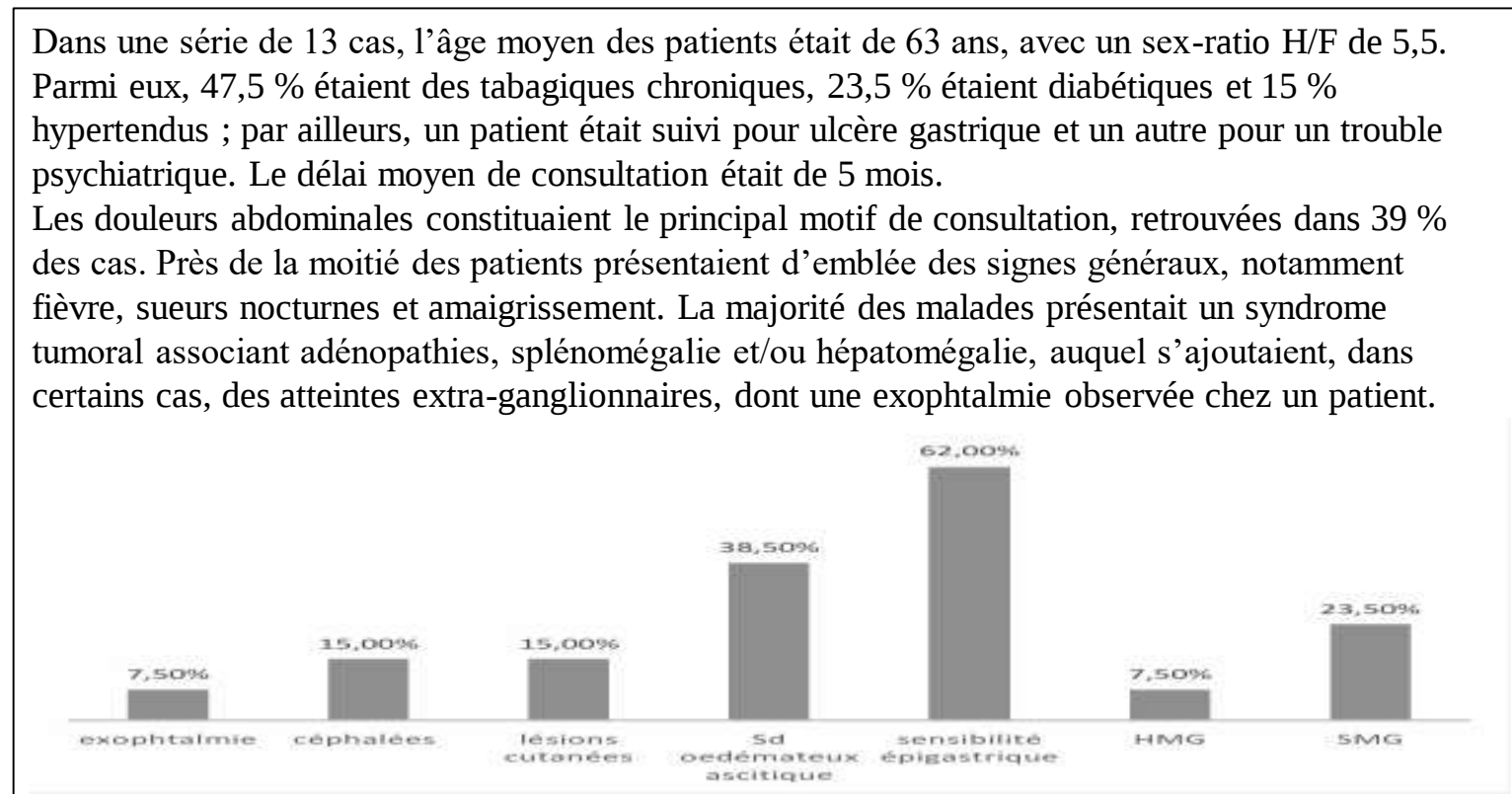
OBJECTIF

L’objectif de cette étude est d’analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients atteints de lymphome à cellules du manteau, avec un intérêt particulier porté aux aspects pronostiques et aux modalités thérapeutiques mises en œuvre.

MATERIEL ET METHODES

Il s’agit d’une étude rétrospective et descriptive menée au sein du service d’hématologie clinique- Hôpital Militaire Moulay Ismail-Meknès, à propos de 13 patients suivis pour lymphome à cellules du manteau ; sur une période de 10 ans : du 01 Janvier 2014 au 31 Décembre 2023.

RESULTATS



DISCUSSION

Le lymphome à cellules du manteau présente une nette prédominance masculine, avec un ratio estimé à trois à quatre hommes pour une femme, comme l’ont confirmé plusieurs études épidémiologiques, notamment celles issues du programme SEER [1]. Cette hémopathie survient préférentiellement chez les sujets âgés, les individus de plus de 60 ans représentant près de 70 à 80 % des cas [2]. Dans notre série, l’âge des patients variait entre 51 et 80 ans, avec une moyenne de 63 ans, et 62 % étaient âgés de plus de 60 ans, données concordant avec celles rapportées dans la littérature.

Sur le plan clinique, la majorité des patients présentait un syndrome tumoral dominé par des poly-adénopathies cervicales et inguinales associées à une splénomégalie. Cette présentation est en accord avec les données de la littérature, selon lesquelles les lymphomes non hodgkiniens se manifestent le plus souvent par une atteinte ganglionnaire, les patients consultant généralement pour des adénopathies d’apparition progressive et indolores [3].

Le diagnostic repose essentiellement sur l’analyse immunophénotypique, caractérisée par l’expression de la cycline D1 et des marqueurs des cellules B, souvent associées à un indice de prolifération Ki-67 élevé et à l’expression de SOX11, ainsi qu’à l’absence de certains marqueurs tels que CD10, BCL6 et CD23. Sur le plan cytogénétique, la translocation t(11;14) constitue l’anomalie caractéristique, à laquelle peuvent s’associer d’autres altérations chromosomiques et mutations génétiques [4]. Dans notre série, les résultats des analyses immunohistochimiques et moléculaires étaient concordants avec les données de la littérature.

Concernant le bilan d’extension, la quasi-totalité des patients a bénéficié d’une TDM-TAP associée à une TEP-scan, permettant une évaluation plus précise de l’extension tumorale. L’association de ces deux techniques d’imagerie a conduit à reclasser environ 18 % des patients à un stade plus avancé, ce qui rejoint les recommandations de la Conférence internationale de Lugano pour la stadification des lymphomes agressifs [5]. L’évaluation pronostique selon le score MIPI classait 85 % des patients dans le groupe à haut risque.

Sur le plan thérapeutique, les patients jeunes sans comorbidités significatives bénéficient généralement d’une immunochimiothérapie incluant la cytarabine à forte dose associée à un anticorps anti-CD20, schéma ayant démontré une amélioration de la survie sans progression [6]. Chez les sujets âgés, l’essai MCL Elderly a établi la supériorité du protocole R-CHOP en première ligne, suivi d’un traitement d’entretien par rituximab [7]. Dans notre série, les protocoles à base de cytarabine constituaient l’option la plus fréquemment utilisée, tandis que le schéma R-CHOP suivi d’un entretien par rituximab a concerné 31 % des patients.

CONCLUSION :

Le lymphome à cellules du manteau se distingue par une évolution généralement chronique mais récidivante et un pronostic encore réservé malgré les avancées thérapeutiques.

L’intégration de l’immunochimiothérapie et des thérapies ciblées a permis d’améliorer significativement la prise en charge de cette hémopathie.

Une approche thérapeutique individualisée, fondée sur les facteurs pronostiques, demeure essentielle pour améliorer les résultats à long terme.

REFERENCES:

- 1- Radkiewicz C,et al. Sex differences in lymphoma incidence and mortality by subtype: A population-based study.
- 2- Abakarim O, et al. Epidemiological, clinical and therapeutic profiles of mantle cell lymphoma cared for in a Moroccan center: a review of 14 cases.
- 3- Cortelazzo S, et al. Mantle cell lymphoma.
- 4- Mehrpouri M, et al. A Flow Cytometry Panel for Differential Diagnosis of Mantle Cell Lymphoma from Atypical B-Chronic Lymphocytic Leukaemia.
- 5- Lisson CS, et al. Longitudinal CT Imaging to Explore the Predictive Power of 3D Radiomic Tumour Heterogeneity in Precise Imaging of Mantle Cell Lymphoma.
- 6- Hermine O, et al. High-Dose Cytarabine and Autologous Stem-Cell Transplantation in Mantle Cell Lymphoma: Long-Term Follow-Up of the Randomized Mantle Cell Lymphoma Younger Trial of the European Mantle Cell Lymphoma Network.
- 7- Kluin-Nelemans HC, et al. Treatment of older patients with mantle-cell lymphoma.