

AUTOGREFFE DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES DANS LES NÉOPLASIES LYMPHOÏDES ASSOCIÉES AU VIH : EXPÉRIENCE DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

M. El Moussadik¹, Z. Saad¹, H. Hadri¹, N. Bouanani¹, R. Tissir¹, S. Benchekroun¹, M. Bendari¹

¹ Service d'Hématologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Université Mohammed VI des Sciences de la Santé (UM6SS), Casablanca, Maroc

1. INTRODUCTION

- Les néoplasies lymphoïdes associées au VIH restent de pronostic défavorable en raison de leur agressivité clinique et biologique ainsi que de leur chimiorésistance.
- L'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (ASCT) peut permettre d'améliorer les résultats chez les patients éligibles.
- Nous rapportons notre expérience dans un contexte marocain.

2. OBJECTIF

Analyser le profil de sécurité, la tolérance et les issues cliniques de l'ASCT chez les patients VIH atteints de néoplasies lymphoïdes.

3. PATIENTS ET MÉTHODES

- Étude prospective descriptive menée au service d'hématologie de l'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa.
- Inclusion des patients VIH suivis pour des néoplasies lymphoïdes et ayant bénéficié d'une ASCT entre janvier 2023 et décembre 2025.
- Les données cliniques et thérapeutiques ont été analysées : mobilisation, conditionnement, reconstitution hématologique, complications infectieuses et évolution clinique.
- L'anonymat des patients a été respecté.

4. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS (N = 4)

Patient	Âge (ans)	Sexe	Diagnostic	Stade / Pronostic	Nb lignes	Ligne de traitement dernière	Statut pré-greffe	Charge virale VIH
P1	64	F	Myélome multiple IgA λ	R-ISS II + gain 1q	2	Dara-VRD	RC	< 40
P2	43	F	DLBCL gastrique	Stade IV, IPI 3	3	R-ICE	RC	Indétectable
P3	35	M	DLBCL VIH associé	Stade IVB, IPI 2, CNS-IPI 3	2	R-MPV + Ara-C HD	RC	< 40
P4	39	M	DLBCL gastrique non GCB	Stade IV, IPI 3	2	RDHAC	RC	< 40

ÂGE MÉDIAN
41 ans
[35 – 64]

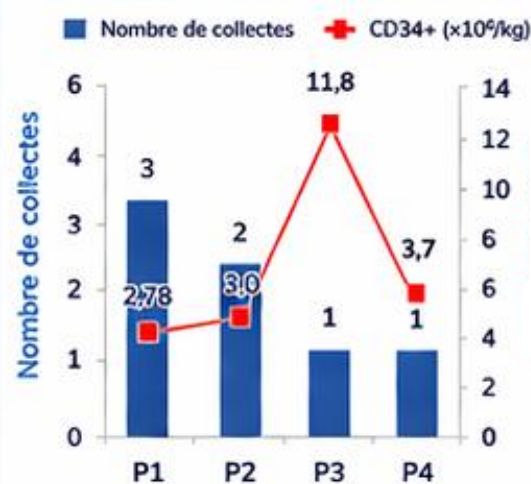
CD34 MÉDIAN
633 /mm³
[127 – 987]

CHARGE VIRALE VIH
< 40 copies/ml
chez tous

RÉMISSION COMPLÈTE
obtenue après
≥ 2 lignes thérapeutiques

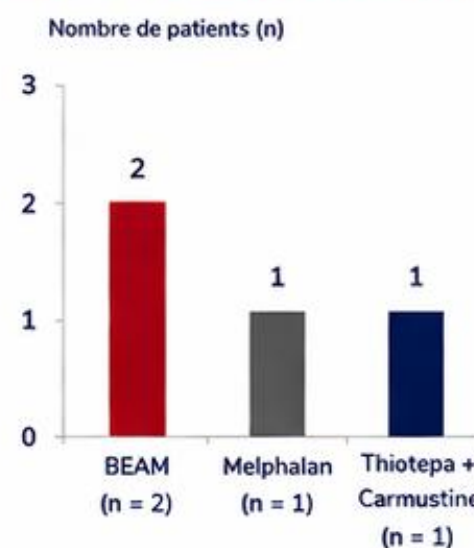
5. RÉSULTATS

5.1. MOBILISATION ET RENDEMENT EN CD34+

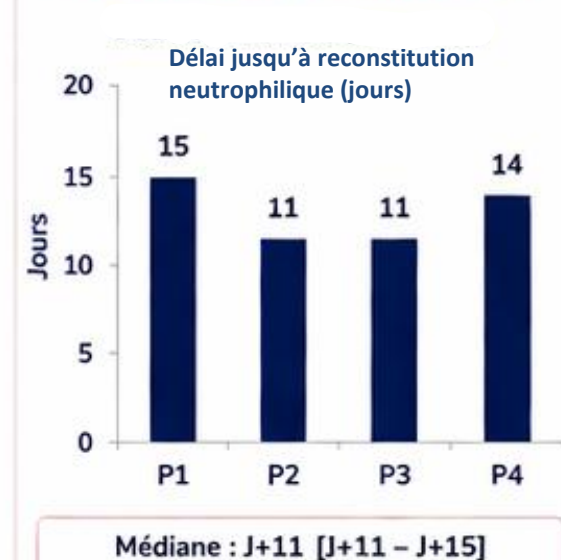


Médiane CD34+ : 3,35 x10⁶/kg [2,78 – 11,8]

5.2. CONDITIONNEMENTS UTILISÉS (N = 4)

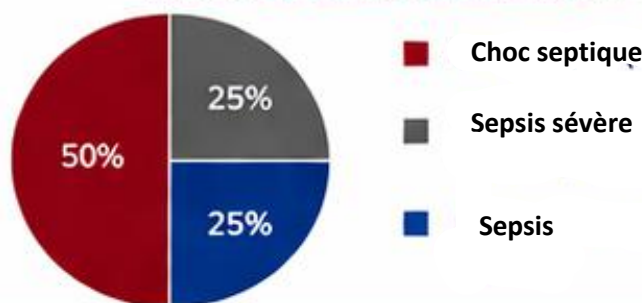


5.3. RECONSTITUTION HÉMATOLOGIQUE



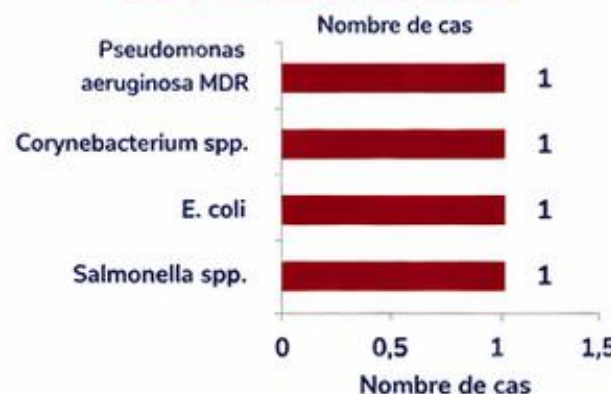
Médiane : J+11 [J+11 – J+15]

5.4. COMPLICATIONS INFECTIEUSES (N = 4)



Complications infectieuses chez 100% des patients (documentées dans 50% des cas)

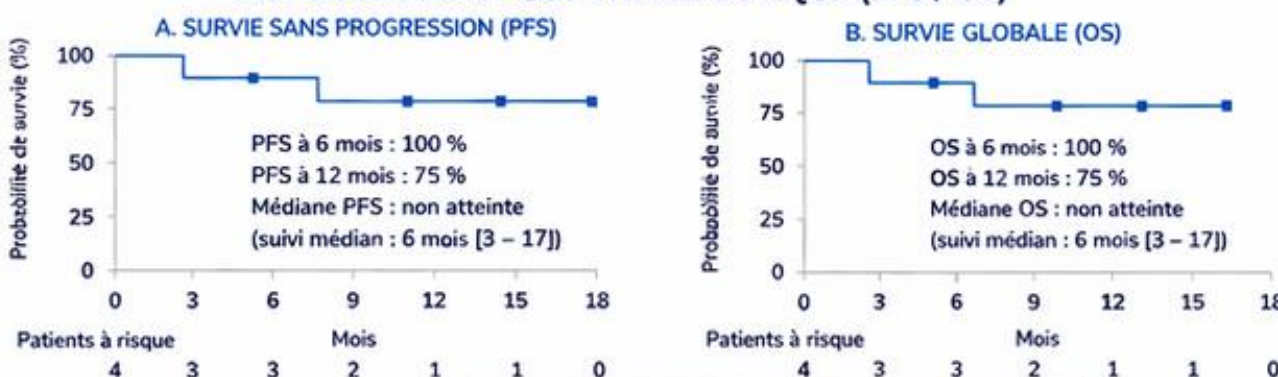
5.5. GERMES IDENTIFIÉS (N = 2)



5.6. ANTIBIOTHÉRAPIE UTILISÉE

- Carbapénèmes (Imipénème / Méropénème) : 100%
- Aminosides (Amikacine) : 50%
- Glycopeptides (Vancomycine / Teicoplanine) : 75%
- Traitements de dernière ligne (ex : Ceftazidime/ Avibactam, Tigécycline, Colistine) : 25%

5.7. ÉVOLUTION POST THÉRAPEUTIQUE (PFS / OS)



SUIVI MÉDIAN : 6 MOIS [3 – 17]

7. CONCLUSION

L'ASCT apparaît comme une stratégie réalisable et globalement bien tolérée chez les patients VIH atteints de néoplasies lymphoïdes, avec une reconstitution hématologique satisfaisante et des résultats précoces encourageants malgré une morbidité infectieuse notable.

Son utilisation peut être envisagée de manière sécurisée, à condition d'un encadrement rigoureux reposant sur un suivi infectieux et immunologique étroit ainsi que sur un plateau technique adéquat garantissant l'accès aux traitements anti-infectieux et aux produits sanguins labiles.