

A. Elbarrichi, O. Khourbane, Y. Moutmir, W. El Faria, M. Ababou A. Hammani, EM. Mahtat, S. Jennane, H. Elmaaroufi

Service d'hématologie clinique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, Rabat, Maroc.

## Introduction

L'enjeu permanent du lymphome de Hodgkin est la gestion des patients réfractaires ou en rechute. L'allogreffe des cellules souches hématopoïétiques est une option de référence, peu accessible au Maroc. Les résultats de notre expérience monocentrique plaident pour l'intégration protocoles nationaux de greffe.

## Objectif

Déterminer la place et le profil d'efficacité et de tolérance de l'allogreffe dans le lymphome de Hodgkin chez des patients multi réfractaires.

## Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant des patients atteints de lymphome de Hodgkin classique suivis à l'Hopital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat et allogreffés en coordination avec le service d'hématologie de l'Hopital militaire d'instruction des armées Percy- Clamart.

## Résultats

Quatre patients ont été inclus. La médiane d'âge au diagnostic était de 31 ans (16–48 ans) et au moment de la greffe 37 ans avec une sex-ratio H/F de 3 (3:1). Le suivi médian est de 04 ans, 02 patients étaient en rechute et deux patients réfractaires avec une médiane de lignes thérapeutiques avant le recours à l'allogreffe de 4 (4–5).

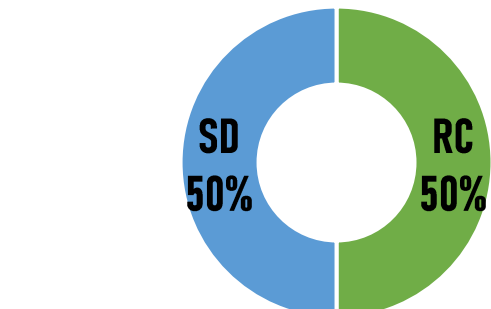
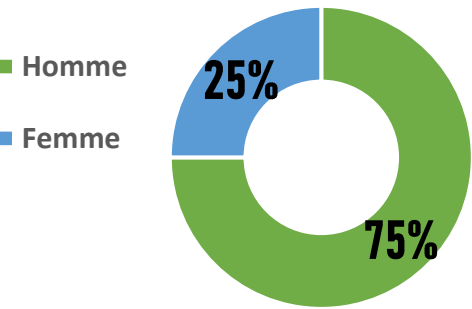


Figure 1: Répartition selon le sexe

Figure 2: Statut de la maladie à l'allogreffe

Les protocoles de rattrapage étaient par Pembrolizumab ou Brentuximab Vedotin, en monothérapie ou en association, aboutissant à 02 rémissions complètes et 02 patients réfractaires. Aucun patient n'a subi d'autogreffe.

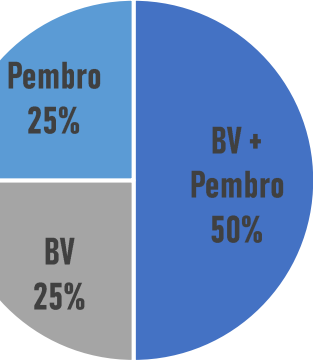


Figure 3: Protocoles de rattrapage

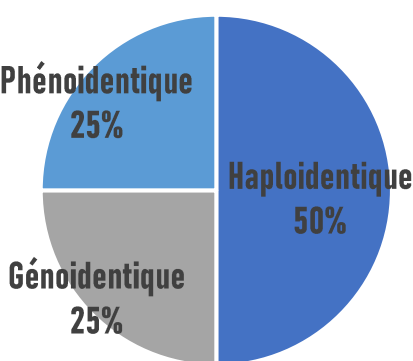


Figure 4: Répartition de allogreffes

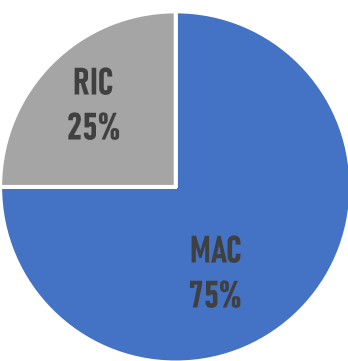


Figure 5: Types de conditionnement

L'allogreffe était génoidentique (25%), phénoidentique (25%) et haploidentique (50%). Les greffons provenaient des CSP (75%), MO (25%). Le conditionnement était myéloablatif (75%) et d'intensité réduite (25%).

La prophylaxie des réactions du greffon contre l'hôte (GVH) reposait sur l'association cyclophosphamide (Endoxan) – ciclosporine – MMF (50%) et sur le sérum anti-lymphocytaire plus ciclosporine (50%). 100% de GVH aiguë, avec une médiane de grade 2 et 25% de GVH chronique hépatique de grade 2.

Tous les patients étaient sous prophylaxie virale par valaciclovir et letermovir et un seul patient avait présenté réactivation virale (CMV, EBV et adénovirus), contrôlée par des traitements curatifs .

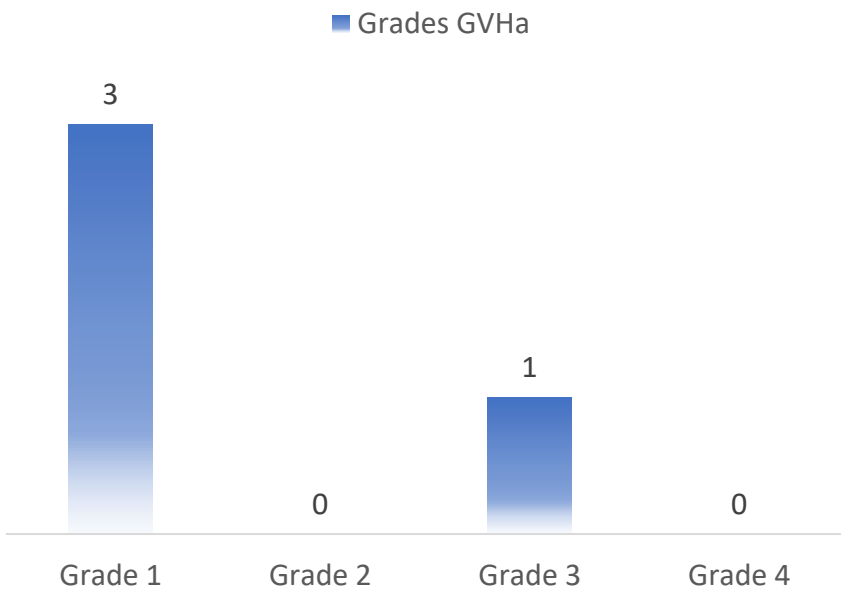


Figure 6 : Répartition des GVH aiguë

À la réévaluation post-greffe, 75% ont atteint une rémission complète, et aucun patient n'a présenté de rechute par la suite. 02 patients ont décédé dont le premier était à J+74 de l'allogreffe des suites d'un choc hémorragique. La mortalité non liée à la rechute (NRM) était de 25 %, et la médiane de survie sans progression (PFS) et de survie globale s'élevait à 11 mois.

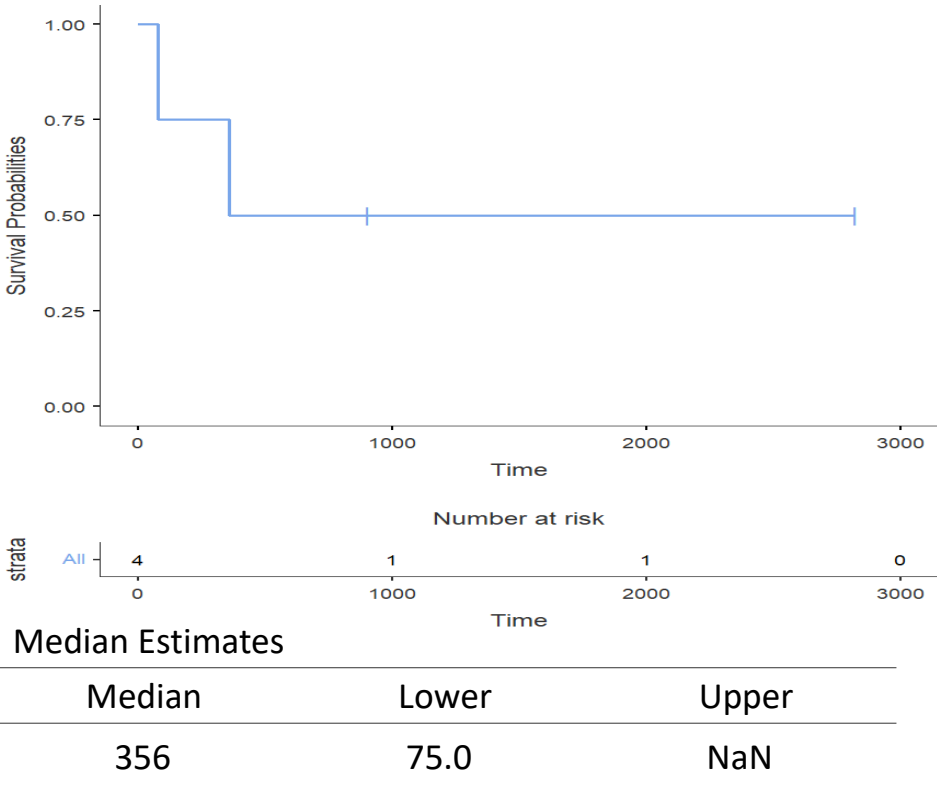


Figure 7 : Survie sans progression

## Conclusion

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques constitue une option thérapeutique potentiellement curative pour les patients atteints de lymphome de Hodgkin réfractaire ou en rechute. Néanmoins, la gestion des complications post-greffe, en particulier la GVH et les infections, demeure un défi majeur. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer l'expertise nationale en allogreffe afin d'optimiser et de démocratiser son accès.