

Prise en charge thérapeutique du lymphome B primitif du médiastin à propos de 8 cas

I.Mourabiti, Z.Saad, D. Bensalla, H.Hadri, R.Tissir, M.Bendari, S.Benchekroun, N.Bouanani

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

inassemourabiti@gmail.com



INTRODUCTION

Le lymphome B primitif du médiastin (**PMBCL**) est une entité **rare et agressive** de lymphome non hodgkinien, touchant préférentiellement les **jeunes adultes**, avec une légère prédominance féminine. Individualisé dans la **classification OMS 2016**, il se distingue par des particularités cliniques, biologiques et moléculaires. La prise en charge thérapeutique a évolué avec une place croissante des protocoles intensifiés sans radiothérapie.

Objectif :

Analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives du PMBCL dans notre série.

Patients et méthodes

Type: Étude rétrospective descriptive

Lieu : Service d'Hématologie, Hôpital Cheikh Khalifa, Casablanca

Période : 2 ans

Inclusion : Patients adultes, diagnostic confirmé de PMBCL CD20+

Exclusion : Patients préalablement traités, VIH+, contre-indications cardiaques, grossesse, dossiers incomplets

Données collectées : Paramètres épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques, Score IPI

Résultats

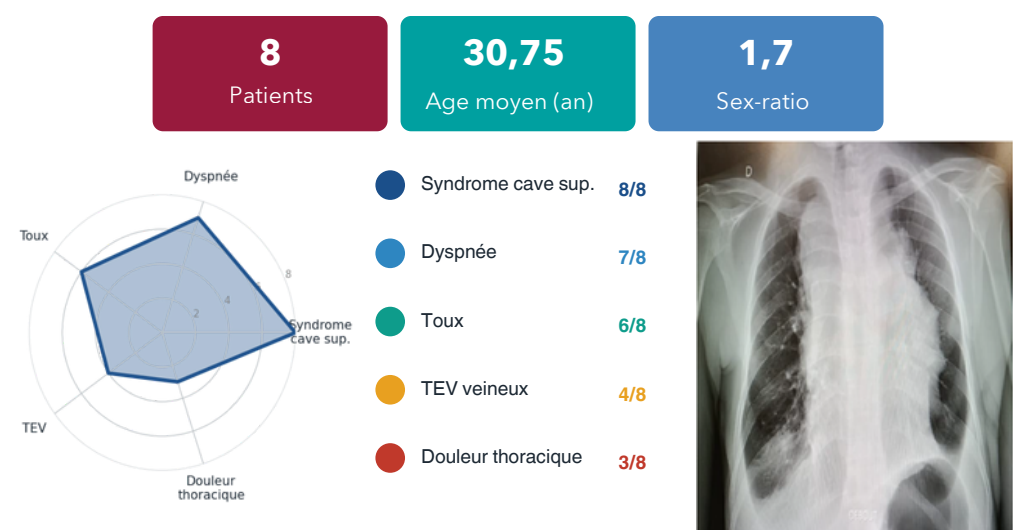


Figure 1: Présentation cliniques

Figure 2: Radiothorax face montrant un élargissement médiastinal avec ICT à 0,42

- Imagerie :** masse médiastinale volumineuse chez tous les patients
- Biopsie scanno-guidée :** PMBCL CD20+ avec fibrose stromale typique

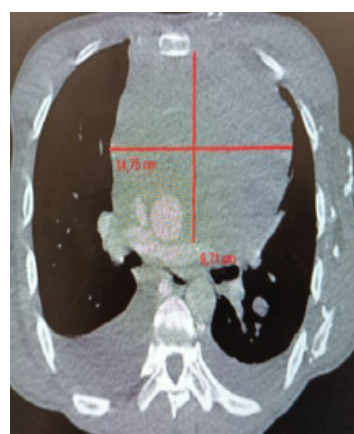


Figure 3: TDM cervico-thoracique, fenêtre parenchymateuse, coupe axiale montrant une masse au niveau de la loge thymique mesurant 14,75 x 9,71 cm

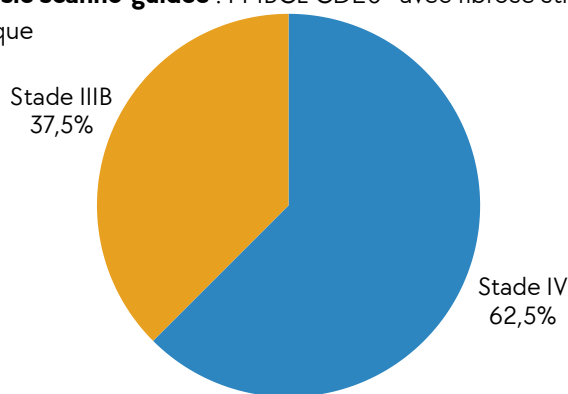


Figure 4: Classification Ann Arbor



Figure 5: Score IPI Bon à intermédiaire

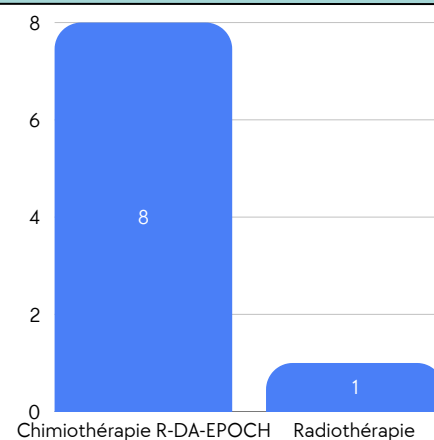
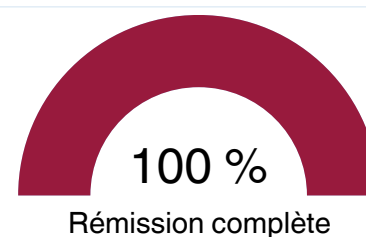


Figure 6: Traitement proposé aux patients

Tableau 1: Récapitulatif des 8 patients de notre série

Patient	Sexe-Age	Ann-Arbor	TDM-TAP	PET-scan
P1	F / 30a	IV	Masse thymique + thrombose VJG + lésions pulm.	Hypermétab. gangl. + pleural + surrénal + ovarien
P2	H / 21a	IV	Masse méd. + ADP + épanch. pleural G + SCS	Hypermétab. méd. antéro-post. + gangl. méd.
P3	F / 36a	IV	Thrombose VJG + masse loge thymique	Hypermétab. gangl. + pleural + ostéomédullaire
P4	H / 35a	IIIB	Masse cerv-thoracique 9.71x14.75 cm + ADP cerv.	Hypermétab. méd. ant. + foyers cervicaux
P5	F / 28a	IV	Masse méd. + ADP hilaires	Hypermétab. méd. + gangl. hilaires
P6	H / 22a	IIIB	Masse méd. ant-sup + ADP médiastinales	Hypermétab. méd. ant. localisé
P7	F / 33a	IV	Masse méd. + épanch. pleural bilatéral	Hypermétab. méd. + gangl. médiastinaux
P8	H / 26a	IIIB	Masse méd. + ADP cervicales	Hypermétab. méd. ant. + cervical



Rémission complète

Discussion

- Le PMBCL présente des similitudes moléculaires avec le lymphome de Hodgkin (voies JAK-STAT et NF-κB activées, amplification 9p24.1, surexpression de PD-L1/PD-L2).
- Diagnostic différentiel : lymphome de Hodgkin, lymphome diffus à grandes cellules B et lymphomes de la zone grise.
- Le protocole R-DA-EPOCH montre une efficacité supérieure au R-CHOP, permettant souvent d'éviter la radiothérapie.
- Le TEP-scan est essentiel pour évaluer la réponse thérapeutique et guider les décisions.
- Limites de l'Étude: Petit effectif (n=8), Suivi à court terme, absence de comparaison avec d'autres protocoles.

Conclusion

Le PMBCL est une entité lymphomateuse distincte nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique spécifique. Des études multicentriques intégrant des biomarqueurs moléculaires sont nécessaires pour optimiser la stratégie thérapeutique et le suivi à long terme.