



20<sup>ème</sup>  
ÉDITION

CONGRÈS MAGHRÉBIN ET NATIONAL  
**D'HÉMATOLOGIE**

**TANGER**

HÔTEL HILTON AL HOUARA TANGER



DU 14 AU 16 NOVEMBRE 2024





**Pr Nisrine KHOUBILA**  
Présidente SMH

“

Après une dernière édition en virtuel, la ville mythique de Tanger, où convergent les mères atlantiques et méditerranéennes, accueillera la XXème édition du Congrès Maghrébin d'Hématologie couplé au congrès national du 14 au 16 Novembre 2024.

Le programme de ce congrès, comme nous vous avons habitué, sera riche et diversifié. Il comprendra dans le cadre du pré congrès, une journée de simulation médicale consacrée aux neutropénies fébriles, dédiée à une centaine de participants (résidents et infirmiers) et dirigée par des experts marocains de renommée internationale dans le monde de la simulation.

la séance inaugurale consacrée aux neurosciences, et plus précisément aux mystères de notre cerveau, intéressera vivement la communauté des hématologues, connue par son esprit innovateur, curieux et avant gardiste.

Notre congrès verra la participation des hématologues Marocains, Algériens et Tunisiens ainsi que des experts nationaux et internationaux. Il comportera une multitude de contenu scientifique notamment des séances éducationnelles, 9 sessions courtes, des conférences d'actualités, des sessions débats et des ateliers clinico-biologiques.

Nous sommes certains que vous trouverez votre bonheur lors de notre congrès qui promet d'être une vraie réussite de par la diversité des thèmes abordés, leur pertinence et surtout leur contextualisation à nos pratiques. Un exemple en est les CAR-T cells pour lesquels la SMH s'est engagée avec des organismes de grande envergure notamment l'European Hematology Association (EHA) et avec l'aide de la Société Marocaine de thérapies régénératives, de les développer au Maroc, avec pour but ultime de faire profiter les patients marocains des thérapeutiques innovantes, répondant aux normes internationales et à des prix raisonnables.

Nous sommes heureux de vous voir nombreux inscrits à ce congrès, toujours unis et attachés à votre société mère, certains de votre contribution à la promotion et au rayonnement de l'hématologie marocaine à l'échelle nationale, régionale, africaine et pourquoi pas dans un futur proche, mondiale.

*Longue vie à la SMH !*

”

Jeudi 14 Novembre 2024



## Pré-congrès

### Journée de formation au profit des résidents/infirmiers (108 Participants)

Ce masterclass est destiné aux infirmiers et résidents en hématologie clinique afin d'améliorer leur connaissance quant à la prise en charge des neutropénies fébriles / chocs septiques chez les patients atteints d'hémopathies malignes.

Afin de diversifier l'approche pédagogique du sujet, les participants sont répartis en deux groupes échangeables, entre les scénarii de simulation et la chambre des erreurs, sur 2 sites séparés.

8:00 - 8:30

#### Accueil des participants

8:30 - 11:00

Simulation - G1

Chambre des erreurs - G2

8:30 - 9:30

Scénario 1

9:30 - 10:30

Scénario 2

10:30 - 11:00

Présentation sur la Neutropénie fébrile

O.HARI

11:00 - 12:00

 Brunch

12:00 - 12:30

#### Accueil des participants

12:30 - 15:00

Simulation - G2

Chambre des erreurs - G1

12:30 - 13:30

Scénario 1

13:30 - 14:30

Scénario 2

14:30 - 15:00

Présentation sur la Neutropénie fébrile

O.HARI

15:00 - 15:30

 Pause santé

**Coordinatrice : S. REGRAGUI**

**Comité scientifique : H. SBAI / S. REGRAGUI / M. AABDI / O. HARI**

**Comité organisationnel : A. LOUBARIS / R. OUIDANE / I. EL BOUTAHIRI /**

**I. EL GHOUGH / L. AZAYM / A. MOHALLEM**

Jeudi 14 Novembre 2024

15:50 - 16:00

**Mot de la présidente**

**N .KHOUBILA**

## Session 1 : Les soins palliatifs en hématologie

 **Modérateurs : R.BEN LAKHAL / S.CHERKAOUI**

16:00 - 16:50

Médecine intégrative en soins palliatifs

**A .TOLEDANO**

16:50 - 17:20

Soutien psychologique aux patients en soins palliatifs

**Y.BENHADDOUCH**

17:20 - 17:50

Éthique des soins de fin de vie

**F.HAKKOU**

17:50 - 18:20

**Discussion**

 **Modérateurs : R.BEN LAKHAL / N.KHOUBILA**

18:30 - 19:30

**Conférence inaugurale « Neurosciences :**

**H.EL OTMANI**

Évolution des découvertes sur le fonctionnement cérébral :  
des premières localisations cérébrales à la stimulation cérébrale profonde »

19:30

**Inauguration officielle du congrès**

Vendredi 15 Novembre 2024

8:00 - 9:30

 **Modérateurs : A.BELMEKKI / F.BEN LAKHAL**

**Séance éducationnelle :**

**F. BENLAKHAI / B. OUKKACHE /**

MRD dans la LAL : entre défis et challenges

**L. LHERMITTE**

## Session 2 : Hémostase

 **Modérateurs : I.BEN AMOR / S.BENCHEKROUN**

9:30 - 10:40

**Workshop 1 : Thromboses et situations particulières**

**MI.ELALAMY**

10:40 - 11:00

 **Pause santé**

## Session 3 : Hémostase

 **Modérateurs : I.BEN AMOR / S.FARES**

11:00 - 11:50

**Workshop** 

**N.KHOUBILA /  
A.MAOUJOURD**

Apport de la pharmaco économie dans la prise  
en charge des patients hémophiles à l'ère de l'Emicizumab

11:50 - 12:30

**Symposium**  **Thrombopénies immunes**

**A.MADANI**

12:30 - 14:00

 **Déjeuner**

 **Modérateurs : S.BOUKHRIS / M.LAMCHAHAB**

14:00 - 14:50

**Séance éducationnelle :**

**M.SROUR**

Leucémie myélomonocytaire chronique

## Session 4 : CART cells

 **Modérateurs : N.BEN ABDELJALIL / N.IDRISSI**

14:50 - 16:00

CART cells : de la manufacture à l'admistration :  
est-ce faisable chez nous ?

**J.M.MORALEDA JIMÉNEZ**

the Spanish model of advanced therapies: ensuring patient access to CART cells

16:00 - 16:20



Pause santé

## Session 5 : Lymphome de Hodgkin

**Modérateurs : D.JABER / A.QUESSAR**

16:20 - 16:50

Traitements de première ligne

L.RENAUD

16:50 - 17:20

Traitements des rechuteurs et réfractaires

L.RENAUD

17:20 - 17:50

Quelle place pour la radiothérapie dans le LH en 2024

B.DABAJA

17:50 - 18:30

**Discussion**

19:00 - 20:00

**Assemblée Générale elective**

**Clôture de la journée**

20:00



Dîner

Samedi 16 Novembre 2024

**Modérateurs : L.LOUKHMAS / T.BEN OTHMAN**

8:00 - 9:00

**Séance éducationnelle :**

Transfusion et cytopénies immunes : quelles actualités en 2024 ?

K.HAJJOUT

## Session 6 : MDS/infections

**Modérateurs : S.BOUKHRIS / O.EL GRAOUI**

9:00 - 9:50

**Workshop clinico biologique**  
MDS en situations réelles



A.BENMOUSSA /  
H.BENCHAREF

9:50 - 10:30

**Symposium**



Infections fongiques  
chez le neutropénique

A.RAISSI

10:30 - 11:00



Pause santé

## Session 7 : LLC

**Modérateurs : I. FRIKHA / K.DOGHMI**

11:00 - 11:40

**Symposium AstraZeneca**



Place de l'Acalabrutinib dans le traitement de la LLC en 1ère ligne

D.BRON

11:40 - 12:20

**Symposium abbvie**

Duré fixe de traitement dans la LLC: stratégies et impacts

S.REGRAGUI

12:20 - 12:40

**Discussion**

12:40 - 14:00



Déjeuner

## Session 8 : Communications orales

 **Modérateurs : M.A LAATIRI / M.HARIF**

14:00 - 15:30

**Communications orales libres**

15:30 - 16:00



**Pause santé**



## Session 9 : Myélome multiple

 **Modérateurs : T. BEN OTHMAN / S. REGRAGI**



16:00 - 17:00

**Workshop : TTT de première ligne**

**S.ZAFAD / A.MADANI**

17:00 - 17:30

Options thérapeutiques pour les R/R

**N.MEULEMAN**

17:30 - 18:00

Gestion des sujets âgés/ IR/IC/neuropathies

**C.HULIN**

18:00 - 18:30

**Discussion**

19:00

**Clôture de la journée et clôture du congrès**

# Communications orales



# C1: Résultats thérapeutiques du lymphome de hodgkin de l'adulte :

## Expérience Tunisienne

Malak S, Sayadi M, Miled W, Mansouri R, Ben Lakhal R, Dorra J, Karima K  
SERVICE HEMATOLOGIE CLINIQUE HOPITAL AZIZA OTHMANA

### Introduction :

La prise en charge des patients atteints d'un lymphome de Hodgkin (LH) a bénéficié ces dernières années d'importants progrès thérapeutiques, fondés sur l'immunothérapie, permettant de guérir 80 % des patients. L'objectif actuel est de diminuer l'exposition à des traitements toxiques chez les patients ayant une maladie chimio sensible.

### Objectif :

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques épidémio-clinique, pronostique et de rapporter les résultats thérapeutiques de patients suivis pour LH.

### Matériel et méthodes / patient :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée au centre d'hématologie clinique adulte à l'hôpital Aziza Othmana incluant les patients adultes atteints de LH entre janvier 2016 et décembre 2023. Ces patients ont été traités selon le protocole national tunisien MDH2015 et stratifiés en 5 groupes thérapeutiques en tenant compte de l'âge, le stade, le nombre de sites ganglionnaires, la VS, l'atteinte sous diaphragmatique, la masse tumorale et l'index-médiastino- thoracique.

Le traitement des groupes 1 et 2 était basé sur la chimiothérapie type ABVD+Radiothérapie des sites initialement atteints.

Le traitement du groupe 3 défavorable était à base des cures BEACOPP(R).

Le traitement des sujets âgés (groupes 4 et 5) dépend du performans status, du stade de la maladie et des comorbidités cardio-pulmonaires (AVD ou COPP)

### Résultats et discussions :

Nous avons colligé 282 patients. L'âge médian était de 32,5 ans [15-88 ans] avec une prédominance féminine (sex-ratio à 0,85). Au diagnostic, on a noté la présence de symptômes B chez 59,3% des patients, un bulky chez 29,3%, un gros médiastin dans 21,7% des cas, une compression veineuse dans 20% des cas, une VS accélérée dans 63,4%. Selon la classification d'Ann Arbor, 58% des patients avaient un stade étendu (20,7 % stade III, 37,2% stade IV) et 42 % des patients avaient un stade localisé (4,8 %stade I, 37,2 %stade II). Dans le bilan d'extension, le PET scanner a été réalisé chez 20 % des patients permettant un upstaging dans 40 % des cas. Quant à l'évaluation thérapeutique en fin de traitement, parmi les sujets évaluables : Dans le groupe 1 (n=15), le taux de réponse globale était de 100%. Aucune rechute n'a été notée. Dans le groupe 2 (n=83/84), le taux de réponse globale était de 96%. Trois cas de rechute ont été notées. La SG et la SSE étaient respectivement de 98% et 83% à 30 mois.

Dans le groupe 3 (n=137), le taux de réponse globale était de 86,7%. Quatre pourcents des patients ont rechuté. La SG et la SSE à 30 mois étaient de 90% et 75%

Dans le groupe 4 (n=21/23), le taux de réponse globale en fin de traitement était de 88%. Un cas de rechute a été noté. Dans le groupe 5 (n=17/23), le taux de réponse globale en fin de traitement était de 64%. Un cas de rechute a été noté. La SG et la SSE à 30 mois des sujets âgés (G4 et G5) étaient de 80% et 73%. La mortalité de toute la série était de 7,3 % (16 décès maladie, 2 décès toxiques, 2 décédés par autre cause), Le taux de LH réfractaire était de 14% et le taux de rechute était de 10%.

La SG ainsi que la SSE à 30 mois de notre série étaient respectivement de 92% et 78%.

### Conclusion :

Notre série est caractérisée par une prédominance des stades étendus et une fréquence considérable des sujets avec forte masse tumorale. Le TEP scanner, indisponible en Tunisie entre 2016 et 2019, a permis une stratification du risque pour une prise en charge optimale. Les données des SG et SSE étaient comparables à la littérature. Une meilleure gestion des formes réfractaire reste un challenge dans notre pays.

## C2 : Thrombopénie et grossesse : étude descriptive et prise en charge de la thrombopénie gestationnelle et du purpura thrombopénique idiopathique (PTI)

Mlayah Z, Ben Rekaya I, Mezhoud N, Slama N, Bizid I, Boufrikha W, Boukhris S, Laatiri M  
CHU fattouma Bourguiba Monastir, service d'hématologie clinique de Monastir

### **Introduction :**

La thrombopénie est le deuxième trouble hématologique le plus fréquent chez les femmes enceintes après l'anémie, elle touche environ 8 à 10 % des femmes enceintes et c'est une source notable de morbidité et de mortalité pendant la grossesse. La thrombopénie gestationnelle (TG) constitue environ 75 % des cas de thrombopénie survénant pendant la grossesse. On considère que la TG résulte d'une destruction accélérée des plaquettes, ainsi que d'une augmentation du volume plasmatique liée à la grossesse. Les complications de la grossesse telles que la prééclampsie et sa forme la plus sévère, le syndrome HELLP, représentent 20 % des cas de thrombopénie pendant la grossesse et le purpura thrombopénique idiopathique (PTI) 3 à 4 %. Dans 1 à 2% des cas, la thrombopénie peut résulter d'une coagulation intravasculaire disséminée, de maladies auto-immunes, congénitales, infectieuses et médicamenteuses ou encore d'hémopathies malignes.

Néanmoins, les recommandations pour la prise en charge des femmes enceintes thrombopéniques reposent sur plusieurs hypothèses nécessitant une analyse critique.

### **Objectif :**

Notre objectif est d'analyser les caractéristiques cliniques et les stratégies de prise en charge des patientes enceintes atteintes de GT ou de PTI.

### **Matériel et méthodes / patient :**

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective analysant plus de 72 cas de patientes enceintes prises en charge au service d'hématologie clinique du centre de maternité et de néonatalogie de Monastir, en Tunisie, de 2019 à 2023.

L'étude s'est concentrée sur la GT et la PTI. Les autres étiologies de thrombopénie pendant la grossesse ont été exclues.

Les patientes ont été classées comme ayant une GT si la femme avait au moins une numération plaquettaire enregistrée < 150000 à tout moment au cours des deuxième et troisième trimestres. Celles qui ont eu une thrombopénie au cours du premier trimestre ou avant la grossesse ont été classées comme ayant une PTI.

Les patientes ont été classées comme présentant des signes hémorragiques sévères si leur score de khellaf est > 8. Dans cette étude, nous avons utilisé SPSS pour analyser les résultats.

### **Résultats et discussions :**

L'âge médian des patientes était de 29 ans. Environ 80 % des patientes avaient une GT et le reste avait un PTI chronique (évolution sur 12 mois). Près de 78 % des patientes n'avaient pas d'antécédents de thrombopénie gestationnelle (TG), tandis que 18,1 % en avaient un antécédent et 4,2 % en avaient trois. La majorité des patientes n'avaient aucun syndrome hémorragique avec un pourcentage de 87,5 %. Pour les patientes ayant connu des épisodes hémorragiques (12,5 %), 8,3 % avaient une GT et 4,2 % avaient un PTI. Toutes les patientes avaient des saignements légers sans signes de gravité. La numération plaquettaire variait de 13 000 à 160 000/ $\mu$ L, avec une médiane de 91 464/ $\mu$ L. La distribution de la sévérité de la thrombopénie parmi les patientes était la suivante : modérée (50 000 - 100 000 plaquettes/ $\mu$ L) dans 52,8 % des cas, légère (> 100 000 plaquettes/ $\mu$ L) dans 40,3 % et sévère (< 50 000 plaquettes/ $\mu$ L) dans 6,9 % des cas. Néanmoins, aucune corrélation statistiquement significative n'a été observée entre la numération plaquettaire et les manifestations hémorragiques. Toutes les patientes avaient une hémostase, des tests hépatiques et rénaux normaux. La numération plaquettaire a été normalisée après l'accouchement pour les patientes présumées atteintes de GT et ils n'ont pas eu besoin d'autres explorations. Cependant, une évaluation étiologique a été demandée pour les patients atteintes de PTI. Tous les patients PTI avaient des sérologies virales négatives (virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et virus des hépatites B et C), tandis que 4,2% d'entre elles avaient une sérologie HP (helicobacter pylori) positive et 18,1% avaient des tests immunologiques positifs (anticorps antinucléaires). Concernant la prise en charge thérapeutique, pour les patientes avec une numération plaquettaire inférieure à 50 000 (environ 7%), nous avons opté pour un test thérapeutique aux corticoïdes et elles ont répondu à ce test, une seule patiente était corticorésistante et a eu besoin d'injections intraveineuses d'immunoglobulines avant l'accouchement alors qu'aucune n'a eu besoin de transfusion de plaquettes ou d'autres traitements. Notre prise en charge a assuré un accouchement sans événements hémorragiques pour nos patientes.

### **Conclusion :**

Les grossesses compliquées de thrombopénies doivent être soigneusement évaluées en fonction de la gravité de la thrombopénie, de la période gestationnelle au moment du diagnostic initial et de l'étiologie. En particulier, le diagnostic différentiel entre GT et ITP est difficile en raison de l'absence de symptômes spécifiques. Par conséquent, une approche interdisciplinaire impliquant des hématologues et des gynécologues permet une prise en charge experte de ces patientes, réduisant ainsi leur risque de saignement pendant la grossesse et l'accouchement.©

# C3 : Rémission sans traitement au cours de la leucémie myéloïde chronique : Etat des lieux en Tunisie

Selma Kefi<sup>1</sup>, Rahma Mallek<sup>2</sup>, Yosra Ben Youssef<sup>3</sup>, Nader Slama<sup>4</sup>, Hela Ghedira<sup>5</sup>, Samia Mnif<sup>6</sup>, Emna Gouider<sup>7</sup>, Yosra Fakhfakh<sup>2</sup>, Moez Elloumi<sup>2</sup>, Adenene Laatiri<sup>4</sup>, Fehmi M'Sadek<sup>5</sup>, Raihane Ben Lakhal<sup>1</sup>

- 1-Service d'hématologie clinique, hôpital Aziza Othmana, Tunis
- 2-Service d'hématologie clinique, hôpital Hedi Chaker de Sfax
- 3-Service d'hématologie clinique, hôpital Farhat Hached de Sousse
- 4-Service d'hématologie clinique, hôpital Militaire Principal de Tunis
- 5-Service d'hématologie clinique, hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir
- 6-Laboratoire d'hématologie biologique, Institut Pasteur, Tunis
- 7-Laboratoire d'hématologie biologique, hôpital Aziza Othmana, Tunis

## Introduction

Les inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK) ont révolutionné la prise en charge de la leucémie myéloïde chronique et après avoir atteint une espérance de vie normale sous traitement, l'enjeu actuel est Le maintien d'une rémission sans traitement (Treatment free remission : TFR).

## Objectif

Rapporter l'expérience tunisienne sur l'arrêt des ITK.

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique, ayant inclus tous les patients suivis et traités pour une LMC dans 5 services d'hématologie clinique, répondant aux critères d'éligibilité à l'arrêt des ITK de l'ELN 2020 ou ELN 2013 (selon la période) et ayant pu arrêter le traitement.

## Résultats

Parmi les 537 LMC diagnostiquées entre 2002 et octobre 2019, 157 patients étaient éligibles pour l'arrêt des ITK et seulement 65 patients (29H/ 36F) ont pu arrêter le traitement.

L'âge médian au diagnostic était de 45 ans [6-73]. Le score de Sokal était faible dans 36% des cas, intermédiaire (31%) et élevé (33%) des cas. Quatre-vingt-cinq pourcents des patients étaient sous imatinib pendant une durée médiane de 132 mois [60-219] et une durée médiane de réponse moléculaire 4Log (RM4) de 96 mois. Dix patients seulement étaient sous ITK2 reçus pendant une durée médiane de 108 mois.

Après un recul médian de l'arrêt des ITK de 49 mois [20-161], 14 patients (22%) ont présenté une rechute moléculaire dans un délai médian de 4 mois [1-52]. Tous les patients ont réatteint une réponse moléculaire profonde à la reprise du traitement.

Cinquante pourcents des patients ayant rechuté avait un haut risque de Sokal ( $p=0,17$ ).

A noter que nous avons 9 patients non éligibles pour l'arrêt des ITK et qui ont dû arrêter leur traitement (désir de grossesse, toxicité), un seul patient parmi eux a présenté une rechute moléculaire 12 mois après l'arrêt et une réponse moléculaire profonde a été rapidement atteinte à la reprise du traitement.

## Conclusion

L'arrêt de l'imatinib est faisable en Tunisie. Une étroite collaboration entre cliniciens et biologistes est indispensable pour programmer l'arrêt du traitement : un échancier adapté en fonction de la capacité de chaque laboratoire et de la disponibilité des kits du suivi moléculaire.

# C4 : Leucémie Myéloïde Chronique : Traitement par Imatinib générique

## chronic myeloid leukemia : Treatment with generic imatinib

Maataoui-Belabbes Hajar, Qachouh Meryem, Berrada Sophia, Rachid Mohammed, Lamchahab Mouna, Benmoussa Amine, Khoubila Nisrine, Cherkaoui Siham, Madani Abdellah  
Département d'hématologie et d'oncologie pédiatrique -hôpital 20 Août 1953-CHU IBN ROCHD CASABLANCA - MAROC

### Résumé :

#### Introduction :

Le pronostic de la leucémie myéloïde chronique (LMC) a été révolutionné par l'avènement des inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK). L'imatinib permet une réponse cytogénétique complète de 91,8% et une survie globale avoisinant celle de la population générale. Imatinib générique a été également utilisé et permet des résultats thérapeutiques similaires.

#### Patients et méthodes :

Étude rétrospective réalisée au service d'hématologie du CHU Ibn Rochd Casablanca, du Janvier 2014 à Décembre 2023, incluant tous les patients LMC en phase chronique traités par Imatinib Générique.

#### Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique, ayant inclus tous les patients suivis et traités pour une LMC dans 5 services d'hématologie clinique, répondant aux critères d'éligibilité à l'arrêt des ITK de l'ELN 2020 ou ELN 2013 (selon la période) et ayant pu arrêter le traitement.

#### Résultats :

Au total, 172 patients ont été colligés, la médiane d'âge était de 45 ans avec un sexe-ratio F/H de 1.18. Le score de Sokal était élevé dans 46% des cas, intermédiaire dans 33% et bas dans 21% des cas. Le traitement par Imatinib Générique a permis une rémission hématologique complète à 3 mois chez 97% des patients et une rémission cytogénétique complète sur un recul moyen de 63 mois chez 66%. 28% des patients étaient réfractaires à l'imatinib, parmi lesquels 8 décès dont 6 par évolutivité de la maladie et 4 patients étaient perdus de vue en échec thérapeutique. Deux rechutes cytogénétiques étaient observées après un an et demi du traitement en moyenne. La réponse moléculaire était évaluée chez 95% des patients en rémission cytogénétique complète dont 73% (83) étaient en réponse moléculaire majeure (34%RMM3, 34%RMM4, 32%RMM5). L'évaluation de la rémission sans traitement (TFR) n'était pas réalisable dans notre contexte vu la difficulté du monitoring de la réponse. La survie globale et la survie sans événement à 10 ans étaient de 90,8% et 49,8% respectivement.

#### Conclusion :

Notre profil est caractérisé par un âge jeune des patients, la prédominance féminine et un score de Sokal élevé. Le défi majeur retrouvé était la non-observance intentionnelle ou non intentionnelle du traitement. Probablement l'utilisation d'un ITK de 2ème génération chez nos patients avec un score de Sokal élevé améliorerait les résultats.

# C5 : Stratégie De Désescalade Guidée Par Le Tep-Scanner Dans Le Traitement Des Stades Avancés Du Lymphome De Hodgkin : Etude Rétrospective Comparative Dans Un Centre Marocain

Apolinaire Afodome<sup>1,2</sup>, El Mehdi Mahtat<sup>\*1,2</sup>, Othman Doghmi<sup>1,2</sup>, Mounir Ababou<sup>1,2</sup>, Selim Jennane<sup>1,2</sup>, Hicham El Maaroufi<sup>1,2</sup>, Kamal Doghmi<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Hématologie Clinique, Rabat, Maroc,

<sup>2</sup>Université Mohamed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Rabat, Maroc

## Introduction :

Le traitement du lymphome de Hodgkin nécessite une balance délicate entre l'efficacité et la toxicité, soulignant l'importance des stratégies de désescalade pour les patients à des stades avancés de la maladie.

## Objectifs :

Évaluer les résultats de la désescalade thérapeutique guidée par le TEP-scanner dans le lymphome de Hodgkin avancé dans une population marocaine, à travers une comparaison historique avec le protocole BEACOPP sans désescalade.

## Méthodes :

Une étude rétrospective a été réalisée au Service d'Hématologie Clinique de l'HMIMV de Rabat, impliquant des patients adultes diagnostiqués d'un lymphome de Hodgkin classique aux stades III, IV et IIB défavorable, traités entre 2010 et 2023. Les patients pour lesquels la stratégie thérapeutique de désescalade a été décidée ont reçu 2 cycles de BEACOPP escaladé, suivis d'une désescalade à 4 cycles d'ABVD si le TEP2 était négatif, tandis que les patients TEP2 positifs ont reçu 4 cycles supplémentaires de BEACOPP escaladé. L'autre cohorte a reçu 6 à 8 cycles de BEACOPP sans désescalade. Les critères d'évaluation comprenaient la réponse au traitement, la tolérance, la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP).

## Résultats :

Un total de 76 patients a été inclus, avec un âge médian de 31,5 ans et un ratio homme-femme de 2,16. Selon la classification d'Ann Arbor, 43 patients étaient au stade IV, 21 au stade III et 12 au stade IIB défavorable. Vingt patients ont été traités avec l'intention de désescalade. Cinquante-six patients ont reçu un traitement sans désescalade. Quinze d'entre eux (19,7 %) ont reçu 8 cycles de BEACOPP, qu'il s'agisse de 8 cycles escaladés ou de 4 cycles escaladés suivis de 4 cycles à doses standard. Les autres (80,3 %) ont reçu 6 cycles de BEACOPP. Le taux de rémission complète à la fin du traitement était de 90 % dans le groupe de désescalade et de 76,7 % dans le groupe sans désescalade. Avec un suivi médian de 17,3 mois pour le groupe de désescalade et de 79 mois pour le groupe sans désescalade, la médiane de la survie globale (SG) et de la survie sans progression (SSP) n'a pas été atteinte. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux régimes de traitement en termes de SG ( $p=0,677$ ) et de SSP ( $p=0,623$ ). La toxicité hématologique de grade 3 et 4 était plus marquée dans le groupe sans désescalade, avec des taux de 66 % contre 45 %.

## Conclusion :

Notre étude rétrospective souligne la non-infériorité de la stratégie de désescalade dans le traitement du lymphome de Hodgkin au stade avancé. Cette stratégie devrait être la norme de soins pour les patients atteints de lymphome de Hodgkin au stade avancé en bonne condition physique, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, compte tenu de la disponibilité limitée des immunothérapies.

## C6 : Thrombopénies immunes chez les sujets de moins de vingt ans : expérience du service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Août de Casablanca

Nizar Dahmaoui , Amine Benmoussa<sup>1</sup> , Fatima Zahra Loukal<sup>1</sup>, Siham Cherkaoui<sup>1</sup>, Mouna Lamchaheb<sup>1</sup>, Maryam Qachouh<sup>1</sup>, Mohamed Rachid<sup>1</sup>, Abdellah Madani<sup>1</sup>, Nisrine Khoubila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'hématologie clinique, Centre hospitalier universitaire 20 Août Casablanca

### RESUMÉ :

Nous avons réalisé une étude rétrospective intéressant 83 cas de thrombopénie immune (TI) chez des patients âgés de moins de 20 ans. A travers ce travail, nous visons à dresser un état des lieux sur les TI chez nos patients et également à apprécier son retentissement sur leur qualité de vie. Dans notre étude, l'âge médian était de 10 ans, avec prédominance féminine (71%) . Les motifs de consultation les plus fréquents étaient un syndrome hémorragique cutané (65%) ou cutanéomuqueux (24%) de gravité modérée (jugée grade 3 de Buchanan) dans 54% des cas. Une thrombopénie initiale  $\leq 20\text{G/L}$  a été retrouvée dans 77% des cas avec une valeur médiane de 8G/L. Le myélogramme a été demandé chez 51 patients. Les médicaments les plus prescrits restent les corticoïdes (87%), les IgIV étant utilisées d'emblée chez 5 patients. Le rituximab et l'Eltrombopag ont été utilisés chez 18 patients (22%) après échec des traitements de 1ère ligne. La splénectomie a été réalisée chez 11 patients avec bonne évolution dans 82% des cas. Une évolution chronique de la maladie a été notée chez 31% des patients. Le pronostic était globalement bon, le sexe masculin et un grade hémorragique 3 de Buchanan laissant présager des résultats plus favorables. L'étude de la qualité de vie chez 13 patients a permis de noter un score modéré à assez haut sur le plan global. Toutefois, lorsque les questions deviennent plus spécifiques, l'impact des TI s'accroît surtout pour les parents.

## Platinum

Johnson & Johnson  
Innovative Medicine

## Gold

AstraZeneca  abbvie

 Pfizer  Roche  axess  
pharma

## Silver

Sothema  NOVARTIS  BAYER  AMGEN  
Des énergies unies pour la vie

## Bronze

 PHARMAPROM  GÉNÉRATION  
SANTÉ  
Laboratoire Pharmaceutique  novo nordisk®  COOPER  
PHARMA