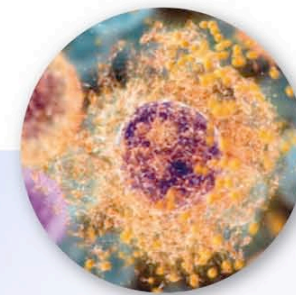
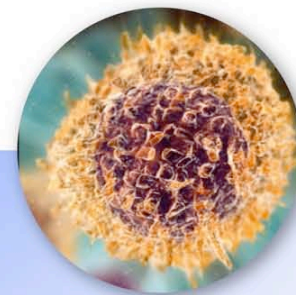
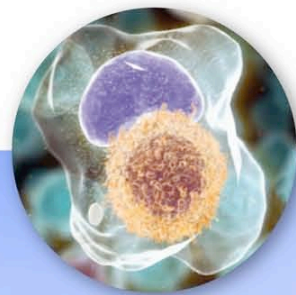


Les Ateliers Lymphomes et LLC

22 – 24 octobre 2009

Le Moulin de la Forge – Le Vaumain (60)



Sous le patronage de



En collaboration avec



En partenariat avec



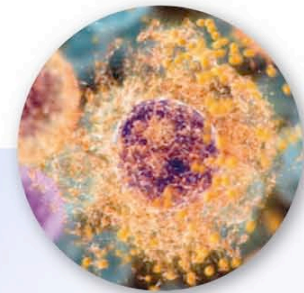
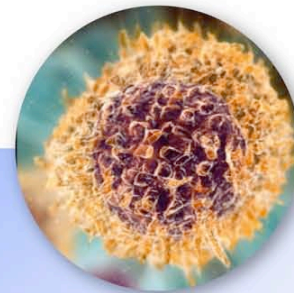
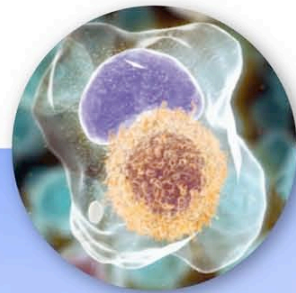
Avec le soutien institutionnel de





2^{ème} session : Lymphomes agressifs – LDGCB

Modérée par Stéphane Leprêtre



Sous le patronage de



En collaboration avec



En partenariat avec



Avec le soutien institutionnel de





Programme de la session

2^{ème} Session : Lymphomes agressifs – LDGCB – Modérée par S. Leprêtre

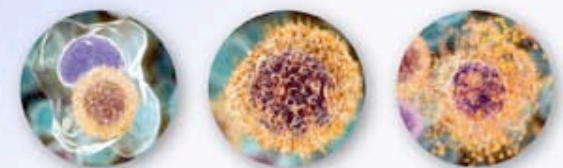
Anatomopathologie	N. Brousse
Facteurs pronostiques cliniques et biologiques	F. Jardin
Thérapeutiques de 1 ^{ère} ligne	H. Ghesquières
Rechutes : quels traitements ? quel type de greffe ?	E. Gyan
Cas clinique interactif	Présenté par S. Leprêtre





Cas clinique LDGCB

*Stéphane Leprêtre
Département Hématologie,
Centre Henri-Becquerel, Rouen*





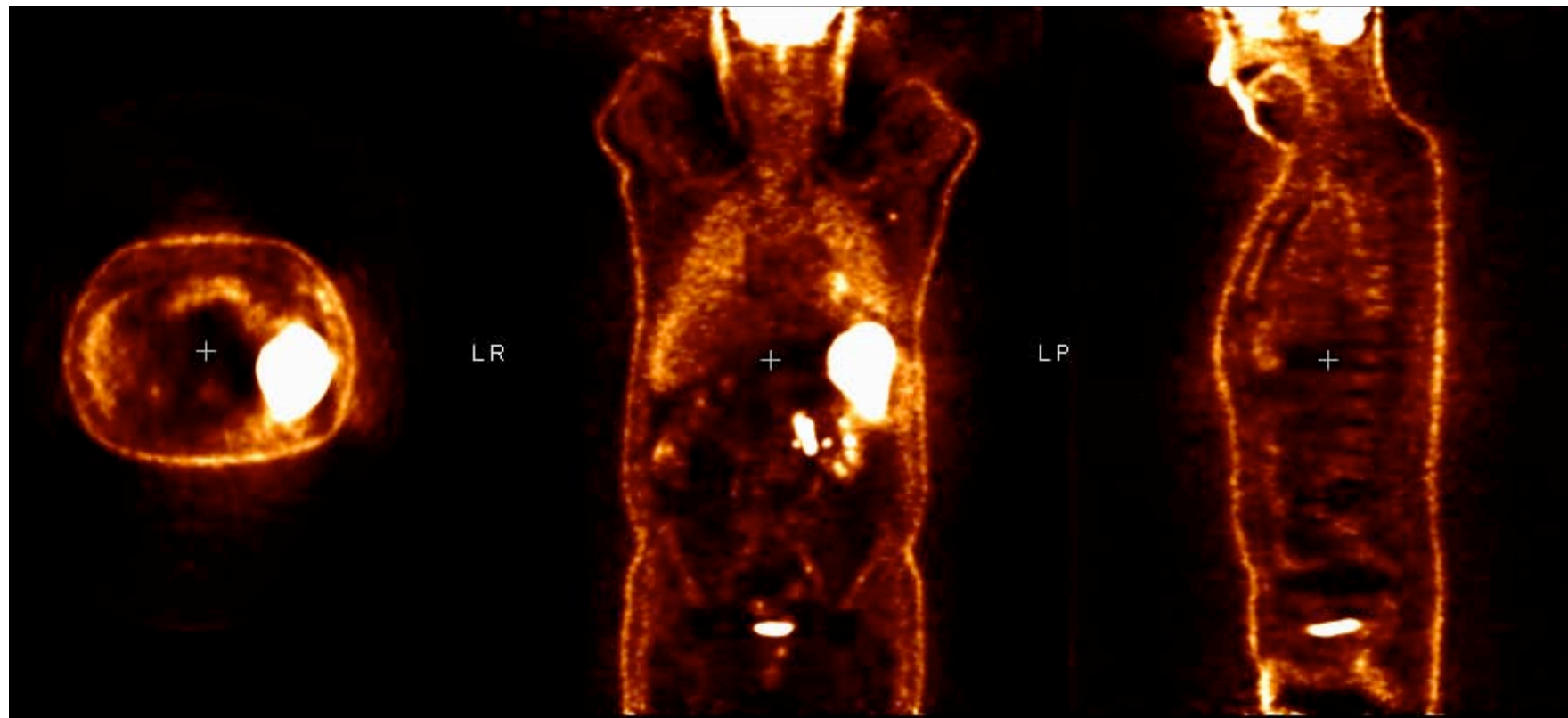
Patient

- **M. F., 82 ans, rhumatologue à la retraite, consulte pour l'exploration hématologique d'une lacune splénique**
- **ANTÉCÉDENTS**
 - Tuberculose pulmonaire traitée il y a 50 ans par pneumothorax
 - Diverticulose colique
 - Suspicion de Horton traité par de nombreuses cures de corticoïdes (en fonction des résultats de la VS)
- **HISTOIRE DE LA MALADIE**
 - Bilan scannographique réalisé à l'occasion d'une VS augmentée malgré la prise de corticoïdes : lacune splénique





LE TEP-FDG de M. F. au 16/05/2006

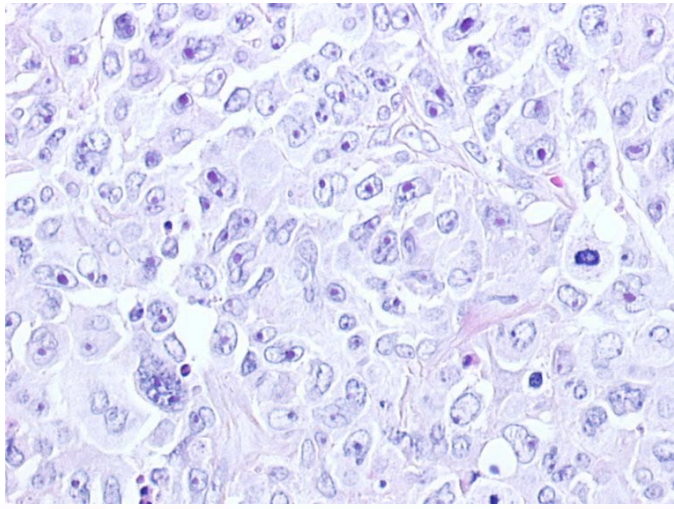
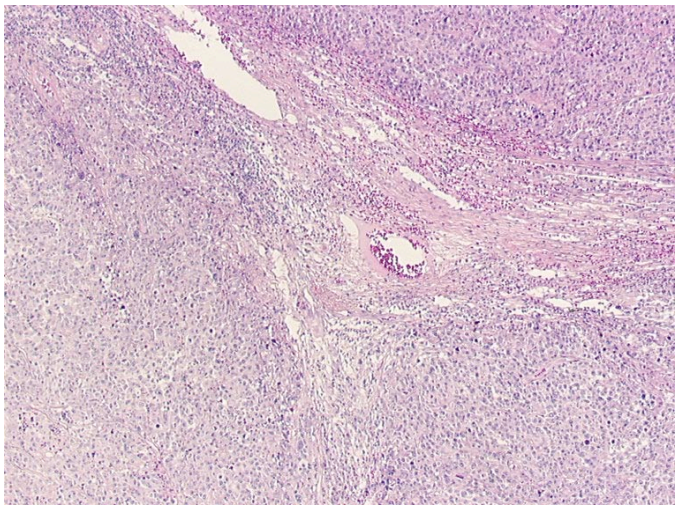
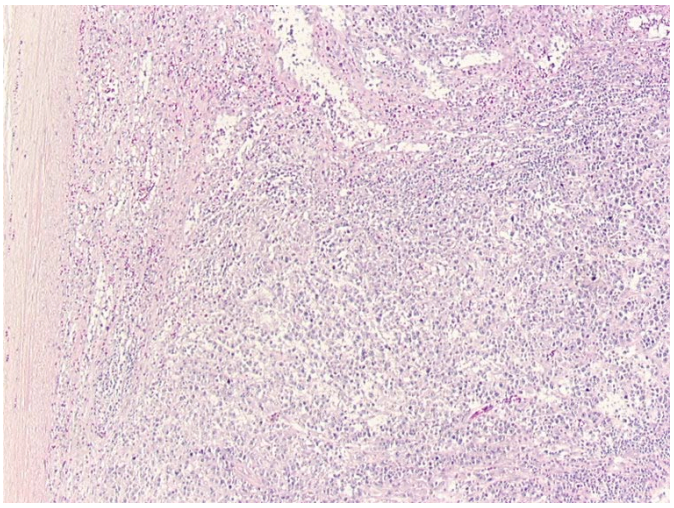


Hyperfixation rate + adénopathie lombo-aortique G





Histologie et immuno-histochimie de la splénectomie (1/3)

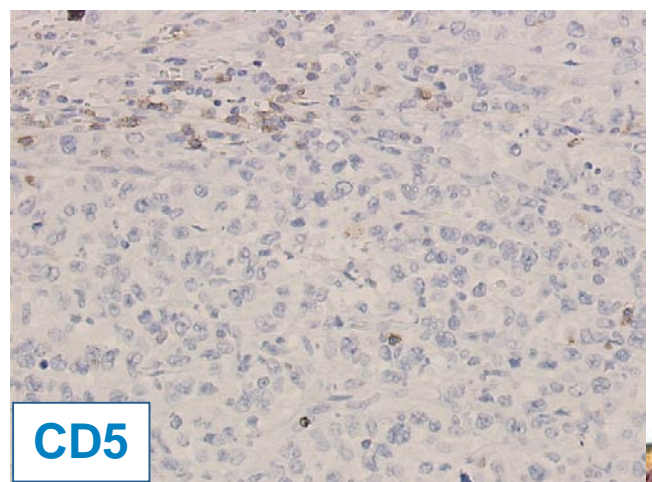
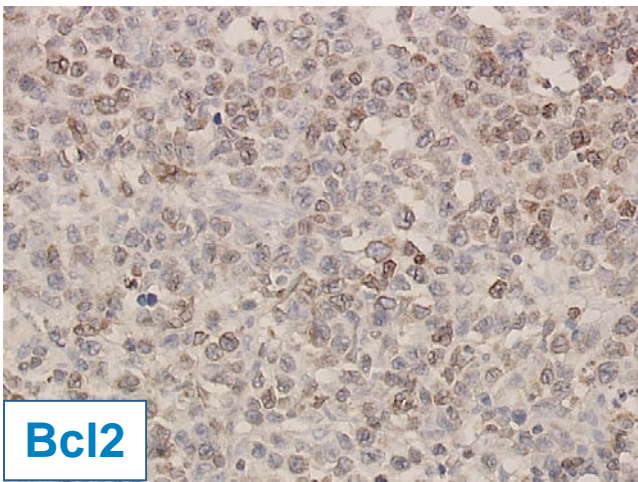
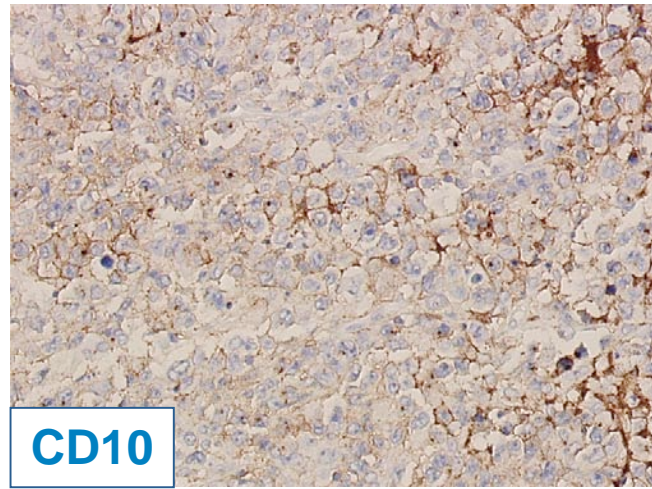
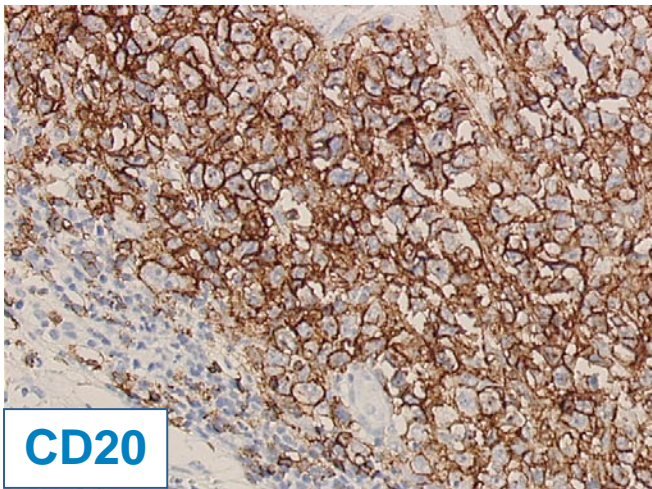


Dr JM PICQUENOT





Histologie et immuno-histochimie de la splénectomie (2/3)

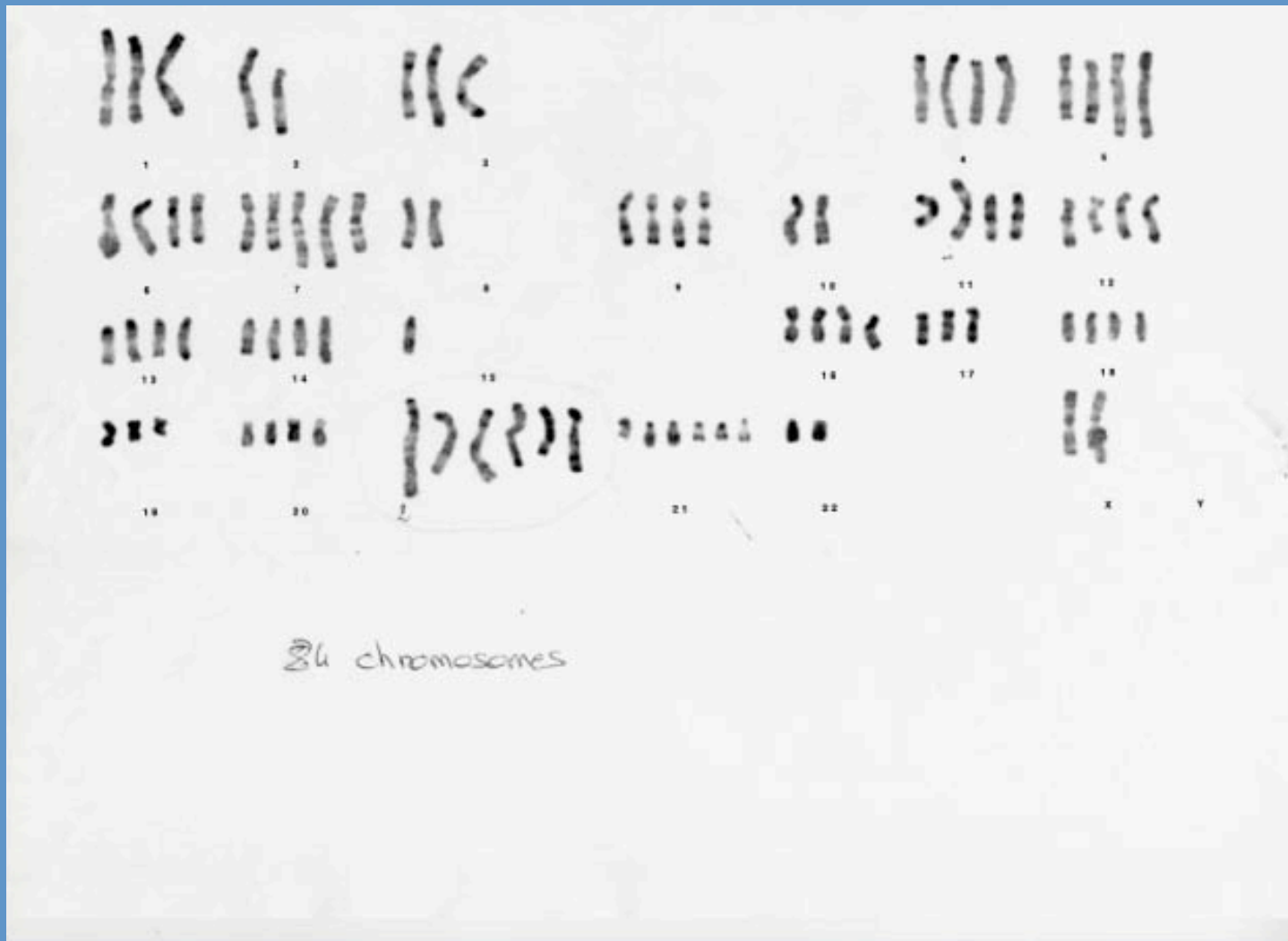




Histologie et immuno-histochimie de la splénectomie (3/3)

- **Lymphome B à grandes cellules de type centre germinatif**
- **LNH DGC B de type centre germinatif**
 - CD20+, CD5-, CD10+, bcl2+, Mum1-
 - EBV -





76-85xx,+add(2)(q37),add(3)(q27)x2,+4, t(3;22)
 +add(5)(q35)x2,del(6)(q15q26)x2,+add(7)(36)x2, -8,add(10)(q26),+10,-12,+13, -
 15,add(15)(p11)x2,+16,+add(16)(q24), add(17)(p11),+18,+19,+21,marx3 [cp9]



Evaluation onco-gériatrie

- **Données socio-environnementales**
 - Marié, 3 enfants, en maison individuelle, aucune aide, ancien médecin
- **Evaluation fonctionnelle**
 - ADL (activities of daily living) : 8/8
- **Evaluation des fonctions cognitives et thymiques**
 - MMS de FOLSTEIN : 30/30
 - Test de l'horloge : 7/7
 - Test des 5 mots : 9/10 avec 3 rappels indicés
 - GDS (Geriatric Depression Scale) : 12/15
- **Evaluation de l'état nutritionnel**
 - Poids 75 kg Taille 172 cm
- **Evaluation de la marche et de l'équilibre**
 - Pas de chute
 - Get up and go test : 10 secondes
 - Appui monopodal > 5 secondes





- Splénectomie : LNH B DGC (de type centre germinatif)
- BOM normal
- ECOG : 1
- LDH élevées
- FEVG : 62 %

**LNH diffus à grandes cellules de phénotype B stade IV,
LDH élevées, ECOG 1
IPI : 3**





Chez ce patient, quel(s) facteur(s) de mauvais pronostic étai(en)t présent(s) au diagnostic ?

- 1** L'âge
- 2** IPI à 3
- 3** Type centre germinatif
- 4** Caryotype complexe
- 5** Implication possible du gène Bcl-6





Chez ce patient de 82 ans, quel(s) examen(s) complémentaire(s) auriez-vous réalisé ?

- 1 BOM**
- 2 TEP-Scan**
- 3 Evaluation onco-gériatrique**
- 4 Caryotype ganglionnaire**
- 5 Biologie**
- 6 Evaluation cardiaque**





Quel traitement de 1^{ère} ligne ?

- **Discussion ouverte**
- **Le patient recevra 6 R mini-CHOP**





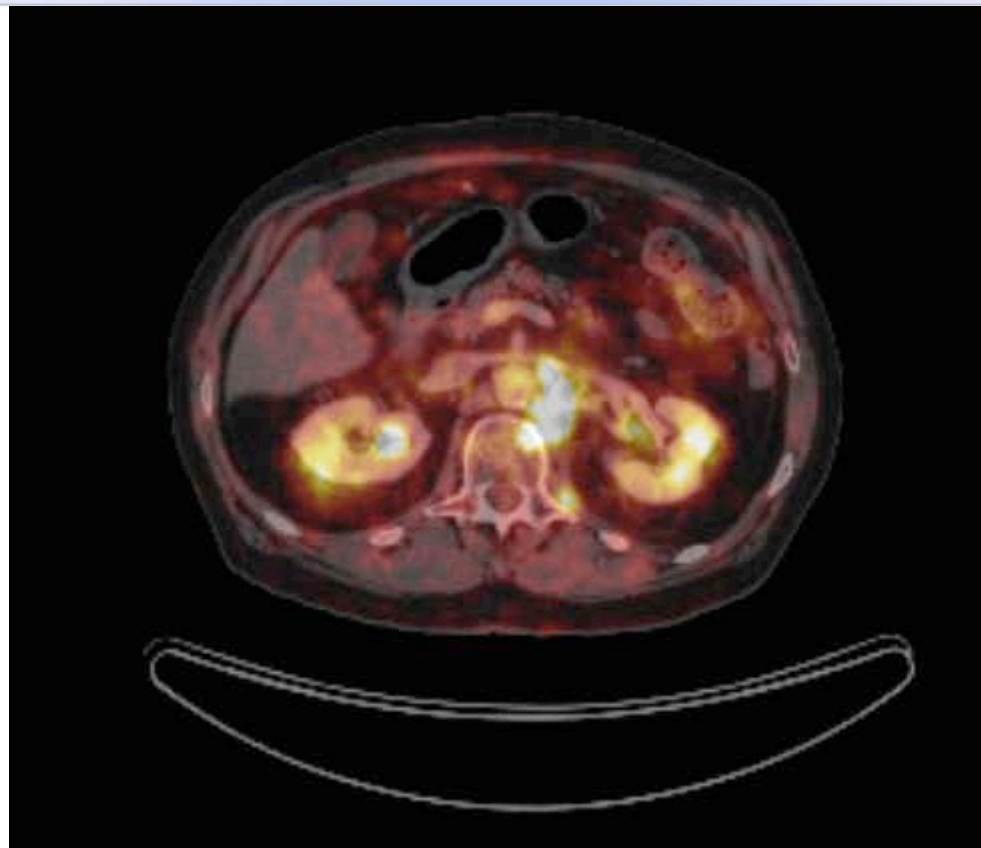
- **Bilan à 3 cures**

- TEP : fixation persistante GG latéro-aortique G





Le TEP-FDG C3 de M F. au 27/10/2006



Persistance de l'hyperfixation en lombo-aortique





- **Bilan à 3 cures**
 - TEP : fixation persistante GG latéro-aortique G
 - Biopsie sous scan : inflammation chronique non spécifique
- **Nous poursuivons le traitement**



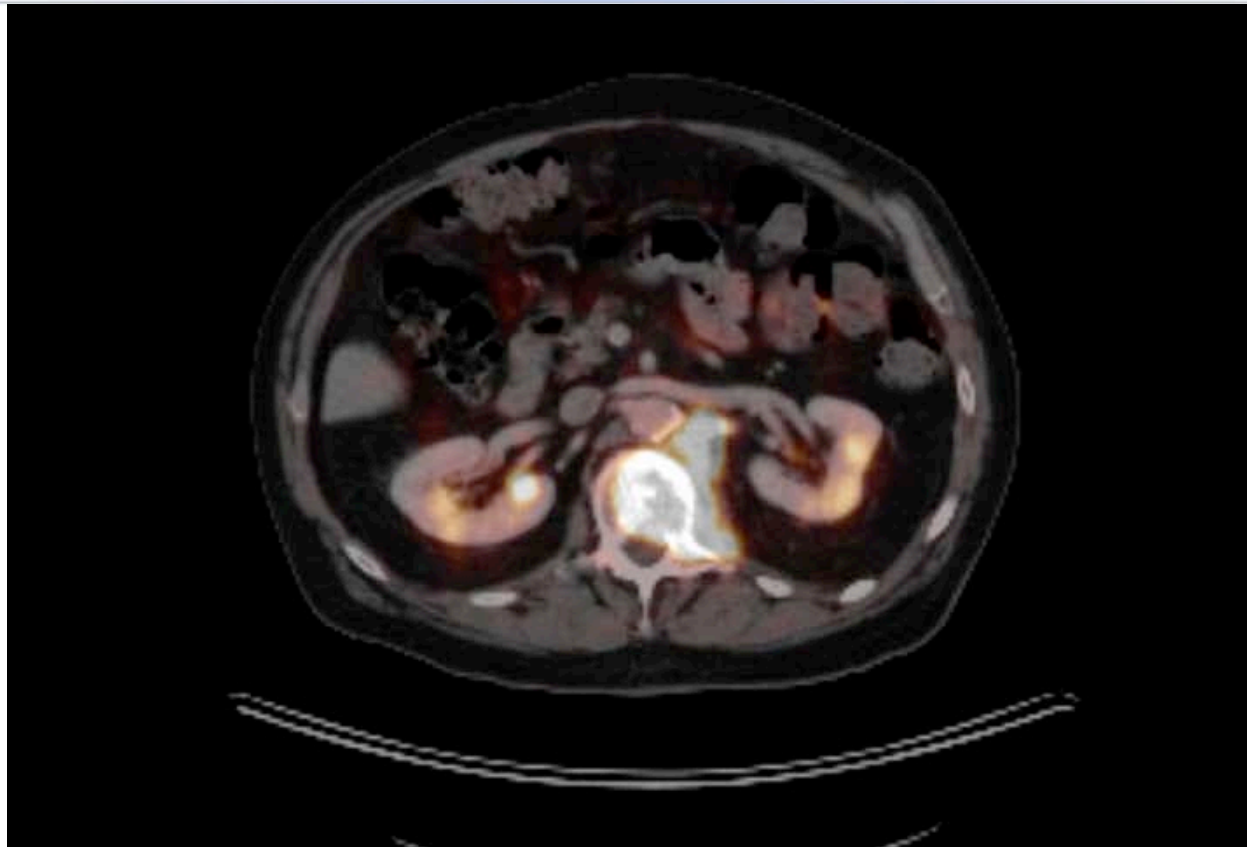


- **Bilan à 3 cures :**
 - TEP : fixation persistante GG latéro-aortique G
 - Biopsie sous scan : normale
- **Bilan à 6 cures : apparition douleurs L1 intenses**
 - TEP : fixation latéro-aortique G plus importante + L1





Le TEP-FDG post C6 de M F. au 21/03/2007



Apparition d'une hyperfixation L1 et stabilité de l'hyperfixation lombo-aortique G





- **Bilan à 3 cures :**
 - TEP : fixation persistante GG latéro-aortique G
 - Biopsie sous scan : normale
- **Bilan à 6 cures : apparition douleurs L1 intenses**
 - TEP : fixation latéro-aortique G plus importante + L1
 - Biopsie L1 récusée
 - Taux de PSA normal





Quelle attitude adopter ?

- **Discussion ouverte**
- **Nous réaliserons une radiothérapie**
 - 30 Gy sur D11-L3





L'IRM du rachis de M F. en septembre 2007



Il ne persiste qu'une lésion L1





- **1 an après alors que la symptomatologie avait régressé, réapparition de dl irradiantes L1**
 - TEP : importante infiltration latéro-aortique en regard de L1 (10 X 10 cm)





LE TEP-FDG de M F. au 28/03/2008



Nette augmentation de l'hyperfixation de la masse ganglionnaire lombo-aortique G





- **1 an après alors que la symptomatologie avait régressé, réapparition de dl irradiantes L1**
 - TEP : importante infiltration latéro-aortique en regard de L1 (10 X 10 cm)
 - Biopsie sous scan : LNH DGC
 - ECOG 1
 - LDH élevées
 - BOM normal





Quel traitement pour cette rechute précoce ?

- **Discussion ouverte**
- **Le patient accepte de participer à un essai thérapeutique testant l'association :**
 - R-Gemox + enzastaurin





Enzastaurin

- ***Inhibiteur sélectif de la protéine kinase PKC bêta***
- **Inhibe la signalisation par la voie Akt, induit l'apoptose, supprime la croissance cellulaire des xénogreffes murines de LNH DGC**
- **Prise orale, avec action multi-cible**



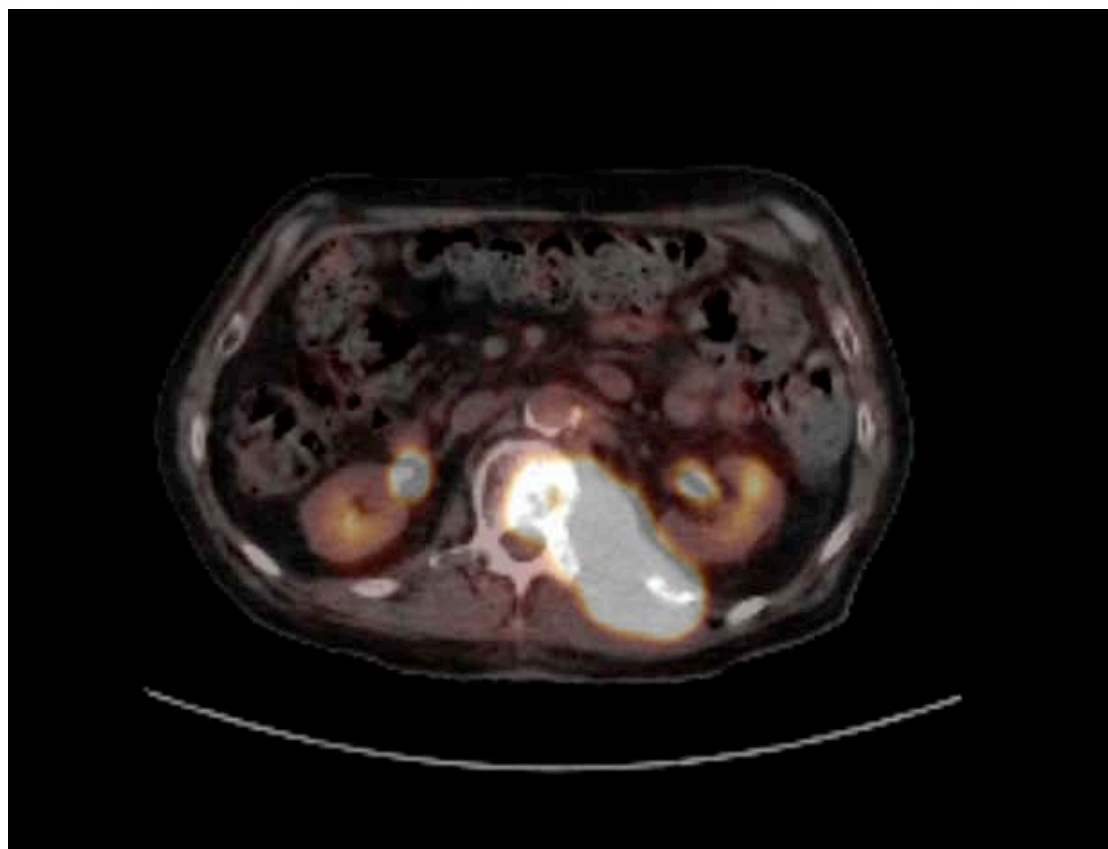


- **Bilan après 8 R-Gemox (uniquement 3 avec enzastaurin stoppé pour intolérance digestive)**
 - TEP : aggravation
 - ECOG 2





Le TEP-FDG post C8 au 30/09/2008



Pas de réponse





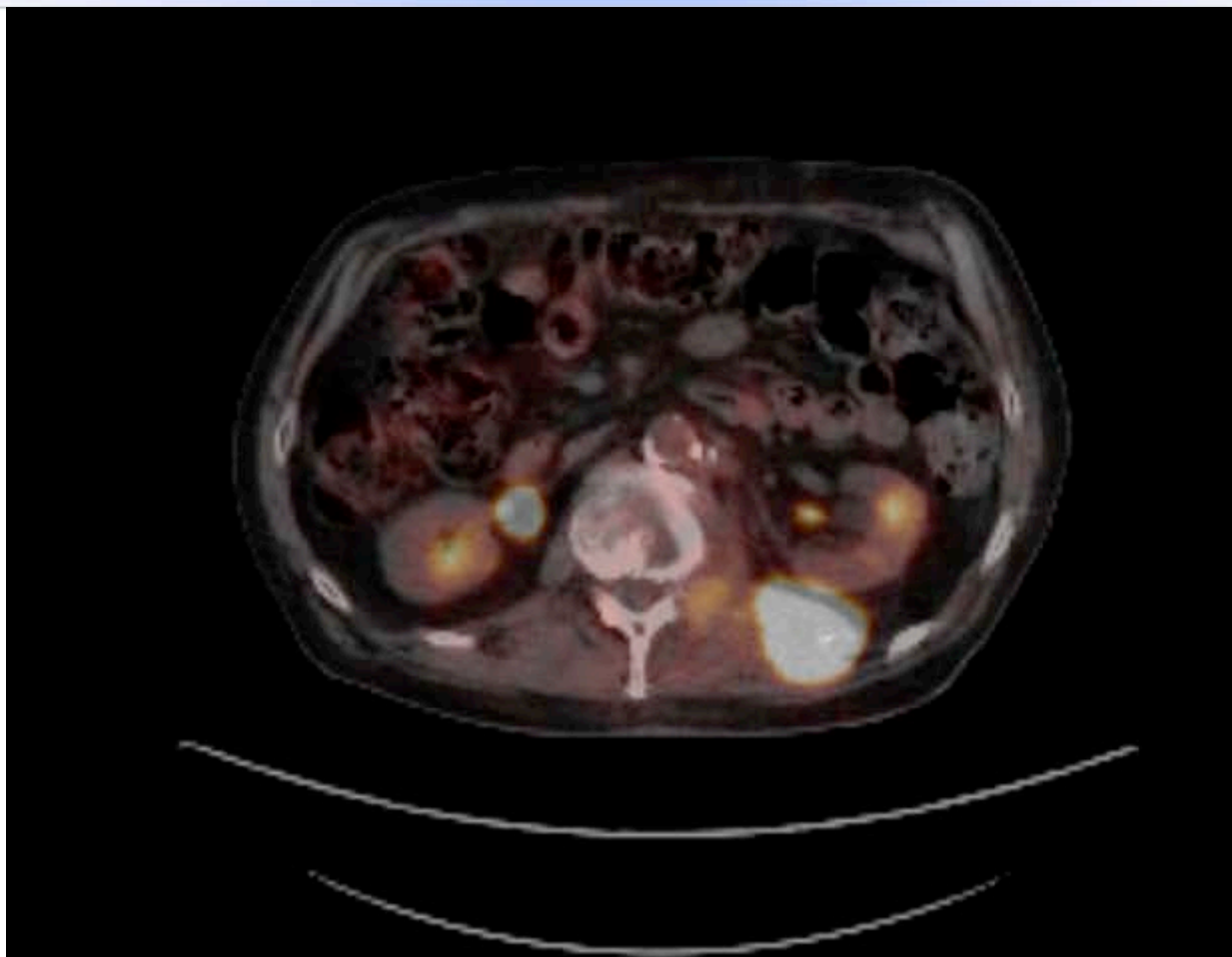
Quelle nouvelle attitude adopter ?

- **Discussion ouverte**
- **Pas d'inclusion possible dans un essai de phase I/II : refus du patient**
 - Nouvelle AC GA101 par ex
- **Nouvelle radiothérapie**
 - 12,5 Gy sur la lésion





Le TEP-FDG de M F. au 05/12/2008





Dernières nouvelles

- **En septembre 2009**
 - Patient toujours en rémission partielle clinique
 - Mais a refusé de réaliser de nouveau un scanner
- **A revoir en fonction évolutivité !**





LDGCB : ce qu'il faut retenir...

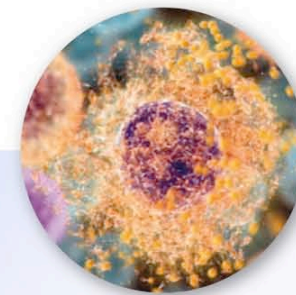
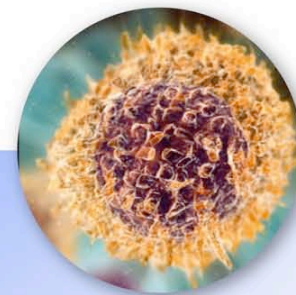
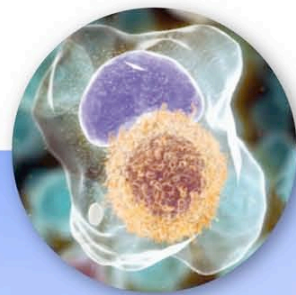
- **Staging : inclut la TEP**
- **Pronostic : valeur pronostique du phénotype GC/ABC démontrée sous immunoconchimiothérapie**
- **Traitement de 1ère ligne : obtenir une réponse complète**
- **Traitement de la rechute : vers une intensification thérapeutique**
- **Stratégie chez le sujet âgé : FIT ou UNFIT**



Les Ateliers Lymphomes et LLC

22 – 24 octobre 2009

Le Moulin de la Forge – Le Vaumain (60)



Sous le patronage de



En collaboration avec



En partenariat avec



Avec le soutien institutionnel de

