

PRISE EN CHARGE DES LYMPHOMES DE HODGKIN DE FORME LOCALISÉE

Inspiré du cours de DES du Pr Luc-Matthieu Fornecker



Chloé ETHEVE

Interne en Hématologie
CHU de Strasbourg

Formes localisées favorables (stade I-II sus-diaphragmatique)

Le traitement de référence est composé de trois cures d'ABVD suivie d'une radiothérapie de 30 Gy.

Afin de réduire la toxicité, l'étude RAPID et l'essai HD16 ont tenté de surseoir à la radiothérapie ; mais un meilleur contrôle de la maladie était observé avec la stratégie de chimio radiothérapie chez les patients répondeurs précoces à la TEP. S'abstenir de la radiothérapie est cependant envisageable chez la femme jeune en raison du risque majoré de cancer du sein à moyen et long terme.

L'essai HD13 évaluait l'omission d'une drogue (Dacarbazine ou Bléomycine) ; une perte d'efficacité du contrôle de la maladie était constatée. En conséquence, l'ABVD reste le gold-standard.

Enfin, dans l'essai H10, les patients étaient randomisés entre 2 ou 3 cycles de chimiothérapie suivie d'une radiothérapie de 20 ou 30 Gy. Il n'a pas été démontré de non-infériorité. L'approche la moins toxique dans les formes localisées favorables selon les critères allemands consisterait

donc en deux cycles d'ABVD suivie d'une radiothérapie de 20 Gy.

Une stratégie guidée par la TEP était aussi étudiée dans cet essai. Chez les patients non répondeurs à la TEP précoce (TEP2+), une stratégie d'escalade par 2 BEACOPPesc après deux cycles d'ABVD permettait un meilleur contrôle tumoral avec un gain en survie sans progression.

Formes localisées défavorables

Le gold standard dans ces formes comprend quatre cycles d'ABVD suivie d'une radiothérapie de 30 Gy. Le pronostic reste néanmoins inférieur aux formes favorables ; ainsi la question est d'améliorer le contrôle de la maladie.

L'essai HD14 a montré un bénéfice en survie sans progression à l'association 2 BEACOPPesc + 2 ABVD + radiothérapie par rapport à 4 ABVD

+ radiothérapie. Cette stratégie plus intensive est devenue le standard du groupe allemand.

L'essai HD17 évaluant la place de la radiothérapie guidée par la TEP de fin de traitement, a montré qu'il était possible de se passer de la radiothérapie chez les patients obtenant une rémission complète après une chimiothérapie intensive.

Pour finir, l'essai BREACH a évalué la place de l'immunothérapie en première ligne chez ces patients. Cet essai de phase 2 a montré une amélioration du taux de PET 2 négatif dans le bras BV-AVD (vs ABVD) + radiothérapie, avec cependant une toxicité hématologique plus importante.