

LYMPHOME LYMPHOBLASTIQUE B LOCALISE DE L'ENFANT

**KACEM K
HAO**

Les lymphomes: 3^{ème} cancer de l'enfant

LL: 1/3 LNH de l'enfant

LLT: 80-90% LL

LLB: rare

OBSERVATION

- Enfant 6 ans
- Juillet 2006 : 1 ADP inguinale dte 3 cm
- 1^{ère} biopsie: pas de lymphome
- Sept 2006: ADP inguinales bilat
- 2^{ème} biopsie: LLB (CD79a+; CD3-)

Discussion Anapath

- Bilan pré TTT:

- * LDH > 1 nle

- * myélogramme: 2% blastes

- * BM: nle

- * PL: 2 EB

- * TDM TA: ADP iliaques dtes+ inguinales+ rétropéritonéales.

LLB stade II

- TTT

3 cures CHOP + TTT entretien (6 MP+MTX)
sans prophylaxie SNC.

- Réponse : après 3 CHOP: 100%
 - à 3 mois d'entretien: stable
 - à 7 mois d'entretien: rechute
méningée isolée.

→ Rattrapage: CT intra-thécale + EORTC-
RM2.

Prise en charge thérapeutique

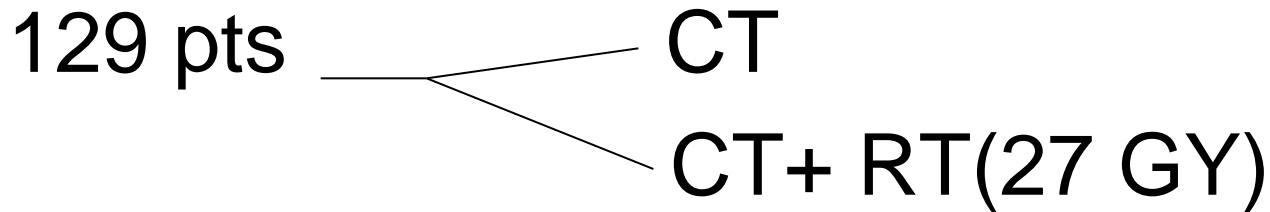
- Pediatric Oncology Group (POG):

2 Essais randomisés:

POG 8314: rôle RT dans LNH localisés.

POG8719 : rôle du TTT d'entretien.

POG 8314 (N Engl J Med 1990)



DFS à 4 ans CT 87.9%

p=0.44

CT+RT 87.3% (toxicité↑)

PAS DE BENEFICE DE RT

POG 8719 (N Engl J Med 1997)

- CT (9 S)+ ttt entretien VS CT (9S).
- CT: induction + consolidation
oncovin: 1.5mg/m²/S pd 7 S
Doxo: 40mg/m² J1;J22; J43.
Endoxan: 750mg/m² J1;J22; J43
Prednisone: 40mg/m² J1→J28 puis J43→J47
CT intra-thécale 4 doses (tête + cou).
- TTT entretien: 24 S
6MP: 50mg/m²/j + MTX: 25mg/m²/S +1PL/6S

	CT ENTRETIEN	CT 9S	CT ENTRETIEN+ RT	p1	p2
	n échec/n total	n échec/n total	n échec/n total		
L B	6/63	2/69	5/39	0.94	0.98
LL	7/22	8/14	3/10	0.02	0.06
L gde C	5/37	2/20	2/15	0.63	0.09

TTT ENTRETIEN:

- * Apporte un bénéfice au cours du LL
- * N'a pas de place au cours du LB et L diffus
gde C.

DFS à 5ans LL 63% VS 89% autres types
[sans ≠S de SG]

Bonne réponse au ttt de rattrapage des
rechutes du LL.

- Rechutes précoces LL stades localisés/autres LNH



TTT stades étendus

- * LSA2L2 / ACOP (étude POG 7905)
- * LSA2L2 (étude LMT81)
- * COMP 6/18 (études 551 et 501 CCSG)

EFS ≈ 70-90% avec une toxicité ↑

TTT(POG) avec 6 mois de ttt entretien

→ résultats similaires et toxicité moindre.

- Essai CCSG (JCO 1993): COMP / LSA2L2
- * COMP > LSA2L2: LB (EFS à 5ans 50% vs 29%)
- * COMP < LSA2L2: LL stade III; IV (EFS à 5 ans 64% vs 35%)
- * LL stade I et II : EFS de 84% Δ TTT.
- BFM 86 ; 90 et 95 ont montré une supériorité des protocoles intensives de type LAL par rapport à une CT courte type Burkitt au cours des LL localisés.
- Actuellement LL sont traités selon des protocoles pédiatriques de LAL.

- La prophylaxie neuroméningée: composante intégrale du TTT des LL.
- Absence de prophylaxie 42-100%
- CT intra-thécale 3-42%
- CT intra-thécale + RT 3-15%
- POG: pas de \neq S % rechute entre CT intra-thécale avec ou non RT SNC

Abandon RT SNC prophylactique.

LYMPHOME LYMPHOBLASTIQUE B LOCALISE DE L'ENFANT

**KACEM K
HAO**

Les lymphomes: 3^{ème} cancer de l'enfant

LL: 1/3 LNH de l'enfant

LLT: 80-90% LL

LLB: rare

OBSERVATION

- Enfant 6 ans
- Juillet 2006 : 1 ADP inguinale dte 3 cm
- 1^{ère} biopsie: pas de lymphome
- Sept 2006: ADP inguinales bilat
- 2^{ème} biopsie: LLB (CD79a+; CD3-)

Discussion Anapath

- Bilan pré TTT:

- * LDH > 1 nle

- * myélogramme: 2% blastes

- * BM: nle

- * PL: 2 EB

- * TDM TA: ADP iliaques dtes+ inguinales+ rétropéritonéales.

LLB stade II

- TTT

3 cures CHOP + TTT entretien (6 MP+MTX)
sans prophylaxie SNC.

- Réponse : après 3 CHOP: 100%
 - à 3 mois d'entretien: stable
 - à 7 mois d'entretien: rechute
méningée isolée.

→ Rattrapage: CT intra-thécale + EORTC-
RM2.

Prise en charge thérapeutique

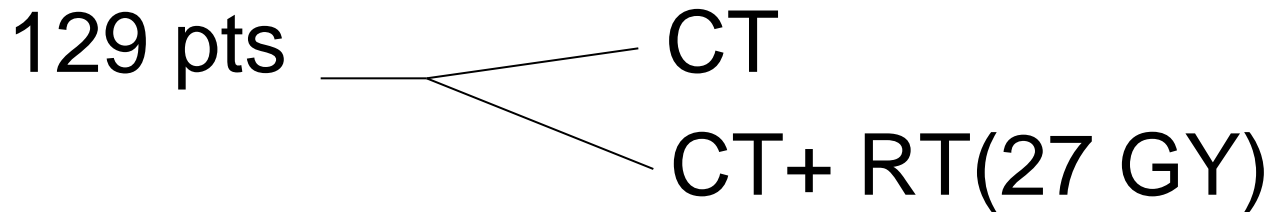
- Pediatric Oncology Group (POG):

2 Essais randomisés:

POG 8314: rôle RT dans LNH localisés.

POG8719 : rôle du TTT d'entretien.

POG 8314 (N Engl J Med 1990)



DFS à 4 ans CT 87.9%

p=0.44

CT+RT 87.3% (toxicité↑)

PAS DE BENEFICE DE RT

POG 8719 (N Engl J Med 1997)

- CT (9 S)+ ttt entretien VS CT (9S).
- CT: induction + consolidation
oncovin: $1.5\text{mg}/\text{m}^2/\text{S}$ pd 7 S
Doxo: $40\text{mg}/\text{m}^2$ J1;J22; J43.
Endoxan: $750\text{mg}/\text{m}^2$ J1;J22; J43
Prednisone: $40\text{mg}/\text{m}^2$ J1→J28 puis J43→J47
CT intra-thécale 4 doses (tête + cou).
- TTT entretien: 24 S
6MP: $50\text{mg}/\text{m}^2/\text{j}$ + MTX: $25\text{mg}/\text{m}^2/\text{S}$ +1PL/6S

	CT ENTRETIEN	CT 9S	CT ENTRETIEN+ RT	p1	p2
	n échec/n total	n échec/n total	n échec/n total		
L B	6/63	2/69	5/39	0.94	0.98
LL	7/22	8/14	3/10	0.02	0.06
L gde C	5/37	2/20	2/15	0.63	0.09

TTT ENTRETIEN:

- * Apporte un bénéfice au cours du LL
- * N'a pas de place au cours du LB et L diffus
gde C.

DFS à 5ans LL 63% VS 89% autres types
[sans ≠S de SG]

Bonne réponse au ttt de rattrapage des
rechutes du LL.

- Rechutes précoces LL stades localisés/autres LNH



TTT stades étendus

- * LSA2L2 / ACOP (étude POG 7905)
- * LSA2L2 (étude LMT81)
- * COMP 6/18 (études 551 et 501 CCSG)

EFS ≈ 70-90% avec une toxicité ↑

TTT(POG) avec 6 mois de ttt entretien

→ résultats similaires et toxicité moindre.

- Essai CCSG (JCO 1993): COMP / LSA2L2
- * COMP > LSA2L2: LB (EFS à 5ans 50% vs 29%)
- * COMP < LSA2L2: LL stade III; IV (EFS à 5 ans 64% vs 35%)
- * LL stade I et II : EFS de 84% Δ TTT.
- BFM 86 ; 90 et 95 ont montré une supériorité des protocoles intensives de type LAL par rapport à une CT courte type Burkitt au cours des LL localisés.
- Actuellement LL sont traités selon des protocoles pédiatriques de LAL.

- La prophylaxie neuroméningée: composante intégrale du TTT des LL.
- Absence de prophylaxie 42-100%
- CT intra-thécale 3-42%
- CT intra-thécale + RT 3-15%
- POG: pas de \neq S % rechute entre CT intra-thécale avec ou non RT SNC

Abandon RT SNC prophylactique.