

LYMPHOME B DIFFUS À GRANDES CELLULES POST-CHIMIOTHÉRAPIE: OBSERVATION D'UN CAS RARE CHEZ UN PATIENT DE 77 ANS

KAHYA Elif, HIGUET Sandra, DENEWET Nathalie

CHU Helora, Hôpital de Nivelles, Belgique

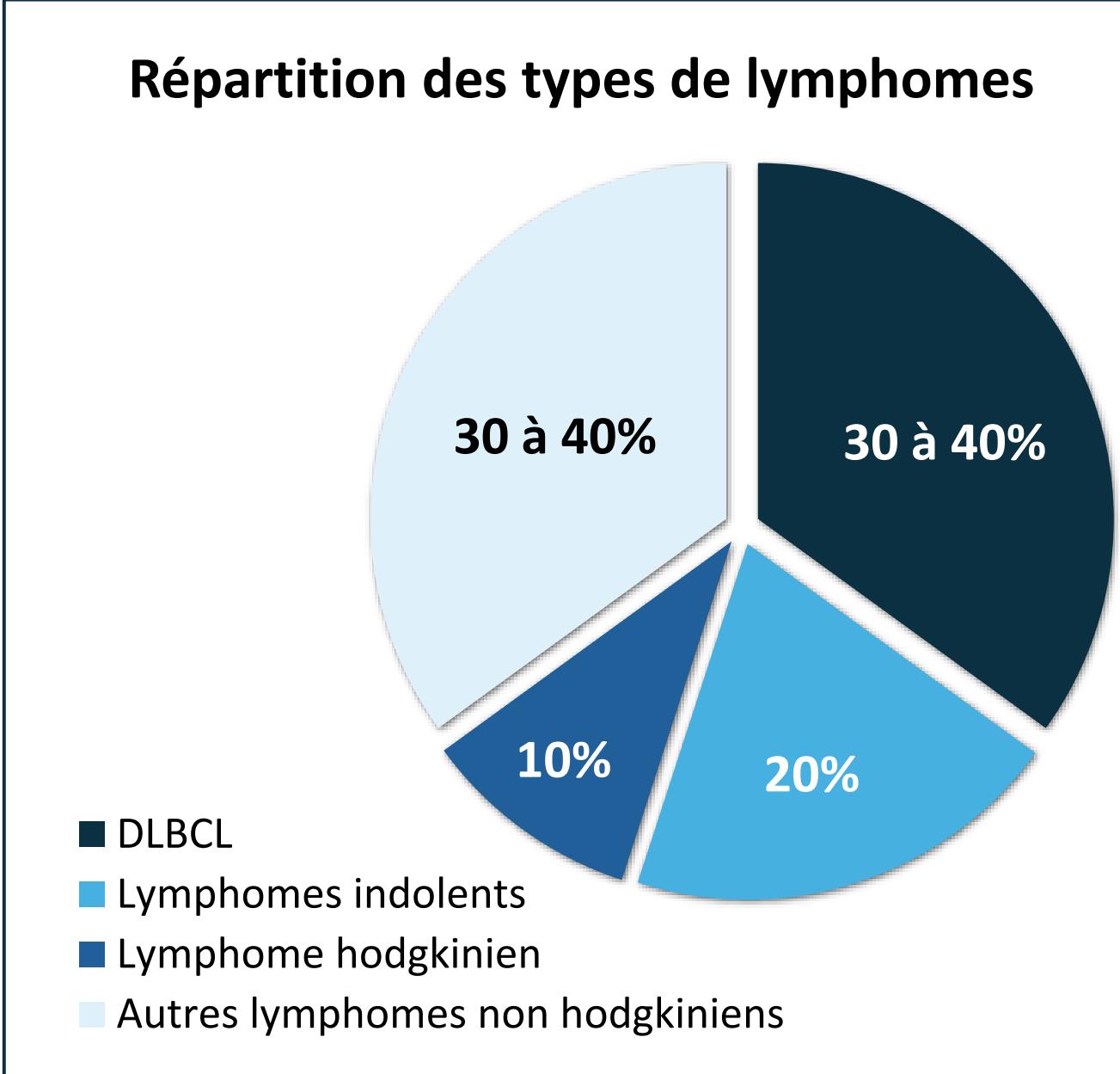
HELORA

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES



INTRODUCTION

- Le lymphome B diffus à grandes cellules (DLBCL) est le lymphome non hodgkinien le plus fréquent
- incidence de **7-8/100 000/an**, **augmentant avec l'âge**.
- Lymphome agressif, d'évolution rapide, avec une forte hétérogénéité phénotypique et génotypique.
- Généralement de novo.
- **Apparition secondaire à une chimiothérapie** pour cancer solide : exceptionnel, pronostic souvent défavorable, surtout chez les patients âgés.



RÉSULTATS ET DISCUSSION

Délai d'apparition compatible (10 ans)

Arguments en faveur d'un DLBCL chimio-induit

Exposition à agents génotoxiques : oxaliplatin, irinotécan.

Présence d'une mutation TP53 (Y103), rôle dans la lymphomagenèse

Absence d'autre facteur étiologique évident.

Choix thérapeutiques

1. Hétérogénéité gériatrique

BPCO IRC fragilité globale

→ Schéma à visée curative par Pola-R-CHP, avec ajustement posologique et surveillance rapprochée des fonctions cardio-respiratoire et rénale

2. Évaluation gériatrique standardisée (CGA/EGS)

→ Stratification fit / vulnérable / fragile guidant l'intensité de la chimiothérapie

3. Prise en charge pluridisciplinaire

→ Optimisation des comorbidités, réhabilitation pré-thérapeutique, renforcement des mesures de prévention infectieuse

Implications

Les DLBCL secondaires post-chimiothérapie sont souvent agressifs, avec un pronostic péjoratif, en particulier chez les patients âgés.

Leur prise en charge doit intégrer :

- ❑ le **profil moléculaire** (dont les anomalies de TP53 (Y103)),
- ❑ l'**historique d'exposition à des agents génotoxiques**,
- ❑ les **comorbidités** et la tolérance aux traitements. **Les fragilités gériatriques** avec éventuel adaptation de doses et/ou réhabilitation préthérapeutique
- ❑ La **prévention** des complications infectieuses par vaccination (pneumocoque, grippe) est essentielle chez les patients atteints d'hémopathies malignes traités par chimiothérapie.

CONCLUSION

- Ce cas illustre la survenue d'un DLBCL secondaire post-chimiothérapie, 10 ans après traitement d'un cancer colorectal.
- Les facteurs thérapeutiques (agents génotoxiques) et moléculaires (mutation TP53) favorisent une instabilité génomique responsable de cette seconde hémopathie maligne.
- Les DLBCL secondaires présentent un pronostic péjoratif, particulièrement chez les patients âgés, où les comorbidités et les fragilités gériatriques, limitant l'accès à des traitements intensifs, imposent une adaptation stricte de la prise en charge.
- Leur management doit ainsi intégrer à la fois le profil moléculaires et l'évaluation gériatrique pour optimiser le choix thérapeutique.

Scannez ici pour les références



Décrire un cas rare de DLBCL survenant 10 ans après le traitement d'un adénocarcinome sigmoïdien métastatique.

Discuter les arguments en faveur d'un DLBCL chimio-induit.

Souligner le rôle des facteurs gériatriques, comprenant les fragilités et les comorbidités, dans la prise en charge

MATÉRIEL ET MÉTHODES



Étude rétrospective du dossier médical (2014–2025) : données cliniques, biologiques, radiologiques et histopathologiques.



Recherche bibliographique sur PubMed et Google Scholar concernant :

- les DLBCL secondaires post-chimiothérapie,
- le rôle des mutations TP53,
- les implications des **facteurs gériatriques** (fragilités et comorbidités) dans la prise en charge de la population âgée.

PRÉSENTATION DE CAS

Profil patient et tableau clinique

Homme de 77 ans avec douleurs abdominales, asthénie, sueurs nocturnes.

Antécédents (2014)

Adénocarcinome sigmoïdien métastatique traité par chirurgie et chimiothérapie, en rémission complète depuis près de dix ans

Présentation du DLBCL (2025)

Splénomégalie et des adénopathies diffuses révèlent un DLBCL non centro-germinatif, stade III (IPI IV, CNS-IPI élevé).

PET-scan

Hypermétabolisme massif des adénopathies supra- et infradiaphragmatiques (SUVmax >10, Deauville 5) ainsi qu'une splénomégalie avec fixation intense (Deauville 5), confirmant une atteinte multifocale avancée du lymphome



Traitements

Pré-phase corticoïde, protocole Pola-R-CHP prophylaxie intrathécale