

Lymphome de Hodgkin – Mémo

- **Penser au lymphome de Hodgkin devant :**
 - adénopathies superficielles cervicales basses persistantes
 - signes généraux : amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes profuses
 - toux chronique, prurit inexpliqué, douleurs ganglionnaires déclenchées par l'ingestion d'alcool
 - syndrome inflammatoire biologique avec absence d'identification d'une maladie infectieuse
 - découverte fortuite possible, par exemple lors d'une radiographie de thorax
- **Organiser une prise en charge spécialisée avec l'hématologue ou l'oncologue afin de :**
 - devant une adénopathie persistante d'origine inconnue après élimination d'une cause locale ou infectieuse, ne pas prescrire de corticoïdes et adresser le patient pour biopsie
 - réaliser un bilan d'extension pour estimer le stade et identifier des facteurs pronostiques et mener une évaluation préthérapeutique pour éclairer les options de traitement
 - annoncer le diagnostic et élaborer un programme personnalisé de soins (PPS)
- **Traiter le patient**
 - Stratégie définie en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en fonction du stade de la maladie, localisé ou disséminé, et de l'existence de facteurs de risque.
 - La plupart des traitements peuvent être réalisés en ambulatoire, en particulier les cures de chimiothérapie avec protocole ABVD (adriamycine, bléomycine, vinblastine, dacarbazine)
 - Modalités thérapeutiques discutées avec le patient et en lien avec le médecin traitant, aboutissant à l'élaboration d'un PPS dont un exemplaire est remis à l'un et à l'autre
 - Transmission dans un délai court au médecin traitant, outre le PPS, de toutes les informations utiles telles notamment que le compte rendu de RCP, le compte rendu d'anatomopathologie et un courrier récapitulatif de sortie après chaque hospitalisation, afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle dans la coordination des soins en lien avec l'équipe spécialisée, en particulier pour la gestion des effets indésirables précoces
- **Suivi partagé pour un patient en rémission complète (avis d'experts)**
 - Les 5 premières années, organisation d'un suivi clinique, biologique et d'imagerie par l'équipe spécialisée en coordination avec le médecin traitant pour contrôler et confirmer la rémission ou détecter et mettre en œuvre un traitement adapté en cas de forme réfractaire ou de récurrence, le plus souvent curables
 - À plus long terme, suivi plus espacé pour détection des séquelles ou des effets indésirables tardifs des traitements, notamment atteintes thyroïdiennes et cardiaques selon les traitements reçus, dépistage d'un second cancer (en particulier sein et poumon), accompagnement socioprofessionnel et soutien à la personne, sevrage tabagique en raison des risques cardio-vasculaires et pulmonaires liés aux traitements
 - Il est primordial de maintenir l'implication des patients dans un suivi à long terme, en particulier en cas de traitement délivré à un âge jeune

	Les 5 premières années Objectif principal : contrôle de la rémission	À long terme Objectif principal : détection des effets des traitements
Fréquence des consultations MG ou hématologue/ oncologue en coordination	• Tous les 3 mois pendant 2 ans • Tous les 6 mois pendant 3 ans • Adaptation selon le patient et le contexte	• Annuellement pendant 10 ans • Tous les 2 ans au-delà • Adaptation selon le patient et le contexte