

Lymphome de Hodgkin

Diagnostic et évaluation initiale

■ Penser au lymphome de Hodgkin devant *:

- des adénopathies superficielles cervicales basses, asymétriques, fermes, indolores, généralement non fixées et persistantes ;
- des signes généraux : amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes profuses ;
- une toux chronique ;
- un prurit inexpliqué ;
- des douleurs ganglionnaires déclenchées par l'ingestion d'alcool ;
- un syndrome inflammatoire biologique : élévation franche et conjointe VS et CRP.

■ Devant une adénopathie persistante d'origine inconnue après élimination d'une cause locale ou infectieuse, adresser à l'hématologue ou en milieu oncologique spécialisé afin de :

- réaliser une biopsie exérèse pour confirmer le diagnostic par analyse histopathologique montrant la présence des cellules caractéristiques de Reed-Sternberg ;
- éviter formellement toute corticothérapie avant la biopsie exérèse.
- L'exérèse doit être totale mais non élargie (pas de curage ganglionnaire).

► Effectuer un bilan d'extension pour estimer le stade et identifier des facteurs pronostiques :

- radiographie du thorax ;
- TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne ;
- TEP-FDG ;
- VS, albuminémie.
- D'autres examens seront décidés selon la clinique et le stade (biopsie de moelle).
- Aucun dosage de marqueur tumoral n'est actuellement recommandé.

► Mener une évaluation préthérapeutique pour éclairer les options de traitement :

- hémogramme, CRP, LDH, phosphatases alcalines, ionogramme, créatininémie et estimation de la DFG, bilan hépatique, sérologies VHB, VHC, VIH ;
- selon les cas : estimation de la fonction ventriculaire gauche, de la fonction pulmonaire ;
- envisager les mesures de préservation de la fertilité pour la femme en âge de procréer et chez l'homme jeune en particulier.

► Faire l'annonce du diagnostic et élaborer un programme personnalisé de soins (PPS)

Traitement du lymphome de Hodgkin

- La proposition de traitement est élaborée sur la base d'un avis rendu en RCP. Elle se fonde sur le stade clinique de la maladie, localisé ou disséminé, et l'existence de facteurs de risque. Elle donne lieu à un programme personnalisé de soins (PPS). Elle est discutée avec le patient au cours de la consultation d'annonce. Un exemplaire du PPS est ensuite remis au patient et au médecin traitant.
- La plupart des traitements peuvent être réalisés en ambulatoire (en particulier chimiothérapie avec protocole ABVD).
- Pour les stades localisés, les thérapeutiques mises en œuvre n'impliquent pas systématiquement de profonds changements dans le mode de vie, les activités physiques, professionnelles ou l'équilibre diététique.

* Signes et symptômes non spécifiques, une découverte fortuite est possible, par exemple lors d'une radiographie de thorax.

- Le **médecin généraliste a un rôle de coordination des soins** en lien avec l'équipe spécialisée et l'entourage du malade, en particulier pour le traitement des effets indésirables précoces. Toutes les informations utiles à leur prise en charge doivent lui être transmises rapidement par l'équipe spécialisée.

Stratégie thérapeutique en fonction du stade du lymphome de Hodgkin
■ Stades localisés I et II sus-diaphragmatiques (classification d'Ann Arbor) ● chimiothérapie première (ABVD*), 3 ou 4 cures ● irradiation des territoires ganglionnaires initialement atteints ■ Stades disséminés (III et IV) ; ● chimiothérapie exclusive (ABVD ou BEACOPP**), 6 à 8 cures ● irradiation complémentaire exceptionnelle après discussion en RCP ■ Une évaluation de la réponse au traitement à mi-parcours et en fin de traitement est réalisée ■ Mesures visant à préserver la fertilité

* Adriamycine, bléomycine, vinblastine, dacarbazine
** Bléomycine, etoposide, adriamycine, cyclophosphamide, vincristine, procarbazine, prednisone

Principaux effets indésirables précoces	Conduite à tenir
Nausées (surtout sous ABVD)	Prescription systématique d'antiémétiques
Vomissements, constipation	Conseils alimentaires, laxatifs
Anémie	Avis spécialisé, facteurs de croissance
Neutropénie fébrile (à partir de J9-J10 après BEACOPP)	Hospitalisation si neutropénie fébrile
Thrombopénie (surtout après BEACOPP)	
Douleurs osseuses sous G-CSF (après BEACOPP)	Prescription de paracétamol, d'AINS
Alopécie	Prescription d'une prothèse capillaire
Anorexie	Conseils diététiques, suppléments nutritionnels
Asthénie	Maintien activité physique adaptée
Mucite	Soins locaux, antalgiques, nutrition
Pigmentation cutanée (bléomycine)	Éviter l'exposition solaire (préventif)

Suivi partagé des patients en rémission après traitement

- Après la phase thérapeutique initiale, le suivi des 5 premières années vise le contrôle de la rémission et la détection et la prise en charge d'une rechute éventuelle, notamment dans les formes de pronostic plus défavorable. L'objectif du suivi est ensuite la détection des toxicités tardives liées aux traitements reçus.
- Le rôle du médecin généraliste est important pour déterminer avec l'équipe spécialisée une organisation adaptée à la situation individuelle de chaque patient. Son rôle est primordial pour maintenir, en particulier en cas de traitement délivré à un âge jeune, l'implication des patients dans un suivi à long terme.
- Les principales complications tardives des traitements
 - Pathologies thyroïdiennes : hypothyroïdie et cancer, hypothyroïdie surtout 3 à 5 ans après la fin du traitement en cas de radiothérapie concernant la loge thyroïdienne.
 - Cardiopathie : atteinte coronarienne et insuffisance cardiaque, à partir de 5-10 ans après chimiothérapie par anthracycline et radiothérapie.
 - Cancer du sein : à partir de 10 ans après chimiothérapie et radiothérapie.
 - Cancer du poumon : d'autant plus précoce que l'âge est élevé au moment du traitement par radiothérapie, le risque est fortement majoré en cas de tabagisme.

Les risques de complications varient en fonction des traitements reçus et de l'exposition aux autres facteurs présents en population générale. Le rôle nocif du tabac dans la survenue de complications à long terme, notamment cardiaques et cancer du poumon, justifie de lutter activement contre le tabagisme.

	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

Suivi partagé des patients en rémission après traitement

	Les 5 premières années Objectif principal : contrôle de la rémission	À long terme Objectif principal : détection des effets des traitements
Fréquence des consultations	- Tous les 3 mois pendant 2 ans - Tous les 6 mois pendant 3 ans	- Annuellement pendant 10 ans - Tous les 2 ans au-delà
	Médecin généraliste ou hématologue ou oncologue (coordination et échange d'informations)	
Évaluation clinique	- Qualité de vie, réinsertion socioprofessionnelle, - Apparition ou évolution d'effets indésirables des traitements - Réduction des facteurs de risque cardio-vasculaire modifiables - Examen clinique des aires ganglionnaires superficielles - Cardiologue : fréquence à adapter au cas par cas (nature des traitements reçus, exposition aux facteurs de risque, besoins des patients : grossesse, activité sportive...) - Autres spécialistes (endocrinologues, pneumologues) en fonction des signes ou symptômes	
Examens complémentaires	- NFS, VS - TSH annuelle si irradiation sus-diaphragmatique - Explorations fonctionnelles cardiologiques, pulmonaires, à déterminer avec le spécialiste	
Examens d'imagerie	- À adapter au patient, à sa maladie, compte tenu du rapport bénéfice/risque individuel attendu, notamment pour les examens avec irradiation - À titre d'exemple à 6 mois puis une fois par an jusqu'à 5 ans	Nécessaires au dépistage du cancer du sein (mammographie, IRM, échographie)

Les propositions pour ce suivi sont indicatives et fondées sur des avis d'experts.