

# Leucémie lymphoïde chronique

Cas clinique au fil des années

# Présentation de la patiente

- LLC stade B diagnostiquée en 2002 (57 ans), ATCD coronariens avec prise de KARDEGIC.
- Hyperlymphocytose 51 G/L avec splénomégalie clinique, sans autre adénopathie. Pas de cytopénie.
- Immunophénotypage : CD19+, CD20+, CD5+, CD23+, CD22+, CD43+, CD38+, CD79-, FMC7-.
- Infiltration médullaire : 65% en cytologie, 55% en histologie.
- Surveillance clinique initiale.

# Initiation d'un traitement

- Temps de doublement lymphocytaire < 6 mois en 2007 (145 G/L vs 50 G/L), 1ère ligne de traitement par **FLUDARABINE-CYCLOPHOSPHAMIDE** (6 cures). Réponse complète au décours pendant 1 an.
- Fin 2008, 1 an après la fin du FC, évolution avec augmentation de la lymphocytose, sans critère de traitement initial. Proposition d'un traitement par R-miniCHOP en août 2009, mais refus de la patiente.
- 2ème ligne par **R-BENDAMUSTINE** (3 cures) suivie d'une **intensification thérapeutique par BEAM200 et autogreffe de CSP** (mars 2010). Réponse complète pendant 3 ans.

- Nouvelle rechute en juin 2013, apparition d'une del(17p). 3e ligne de traitement par **ALEMTUZUMAB**, de septembre à décembre 2013. Réponse complète au décours pendant quasi 2 ans.
- Octobre 2015, réascension de la lymphocytose avec temps de doublement important, 4e ligne à partir de novembre 2015 par **R-IDELALISIB** jusqu'en mars 2016 (arrêt sur pneumopathie à grippe B). Réponse complète tout de même pendant 1 an.
- Avril 2017, temps de doublement lymphocytaire de moins 6 mois (32 G/L vs 10 G/L en décembre 2016). 5e ligne de traitement par **VENETOCLAX** initiée en mai 2017. Réponse complète pendant presque 6 ans.

- Réascension des lymphocytes progressivement malgré l'administration continue de VENETOCLAX. Décision d'une 6e ligne de traitement par **ACALABRUTINIB** en janvier 2023, toujours en cours.
- Augmentation de la lymphocytose initiale, puis diminution au cours du mois de septembre 2023 (25 G/L au dernier contrôle biologique le 01/09).

- Évolution majeure au cours des 20 dernières années des traitements disponibles.
- Chimiothérapie conventionnelle, puis immunochemiothérapie (RFC) en 1ère ligne de traitement.
- Allogreffe ou autogreffe si non fit pour les rechutes/réfractaires.
- Immunothérapies et thérapies ciblées : ALEMTUZUMAB, OBINUTUZUMAB, IDELALISIB...
- Émergence des thérapies ciblées : VENETOCLAX et inhibiteur de tyrosine kinase de Bruton.

Merci pour votre attention.