

CAS CLINIQUE - Strasbourg

ETHEVE Chloé
4^e semestre DES d'hématologie

Encadrée par Charline Fuseau

Monsieur D. 79 ans

Autonome dans les activités quotidiennes

55kg, 160cm

Antécédents

Fibrillation atriale paroxystique
Asthme
Dyslipidémie

Traitements

Pravastatine 20mg/j
Symbicort

Début 2019 :

- **Lymphome lymphoplasmocytaire**
 - Contexte d'anémie polytransfusée
 - Pic IgM à 40g/l
 - 3 cures de BDR (de mai à juin 2019) avec une réponse partielle au décours

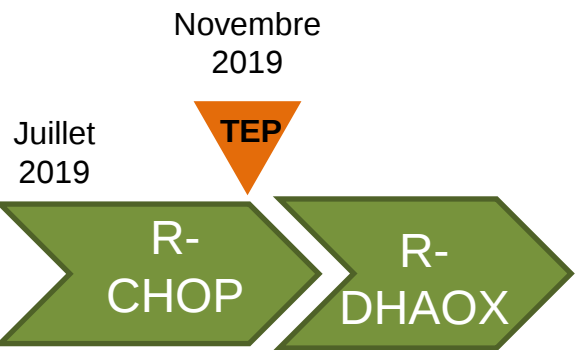
Monsieur D. 79 ans

- Juillet 2019 : adénopathies inguinales et douleurs osseuses
 - Tep-scanner : multiples adénopathies sus et sous diaphragmatiques, multiples foyers ostéomédullaires
 - Biopsie : **lymphome B diffus à grandes cellules non GC**

➤ **R-CHOP**

- Novembre 2019 : après 3 cycles
 - majoration des adénopathies inguinales

➤ **R-DHAOX**

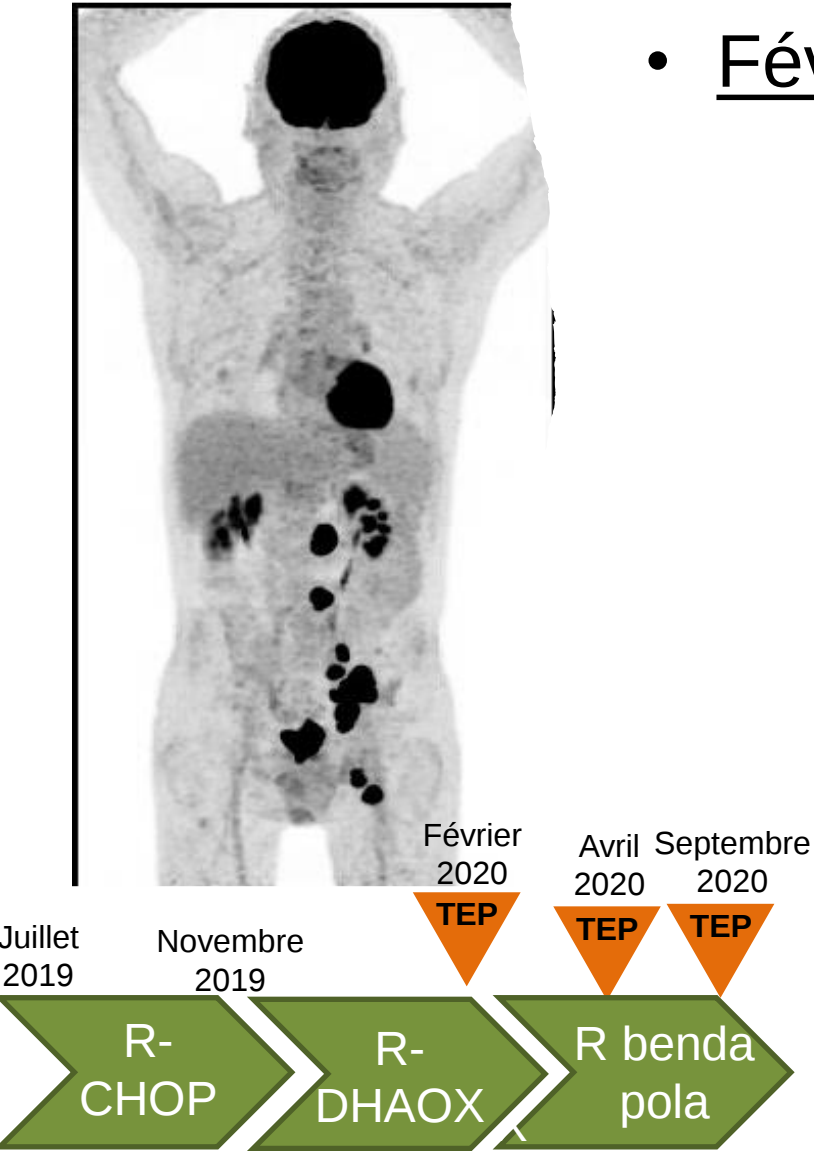


Monsieur D. 79 ans

- Février 2020 : Pet-scanner après C4

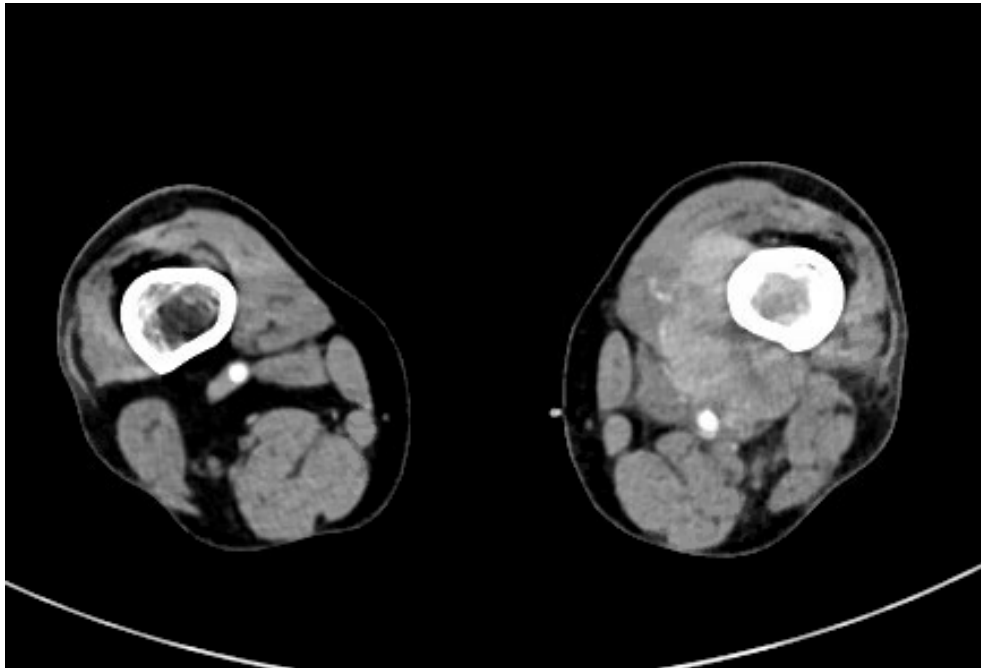
➤ **Rituximab-Bendamustine-
Polatuzumab (ATU)**

- RC après C2
- Total 6 cycles



Monsieur D. 79 ans

- Mai 2021 : masse en regard de la cuisse gauche

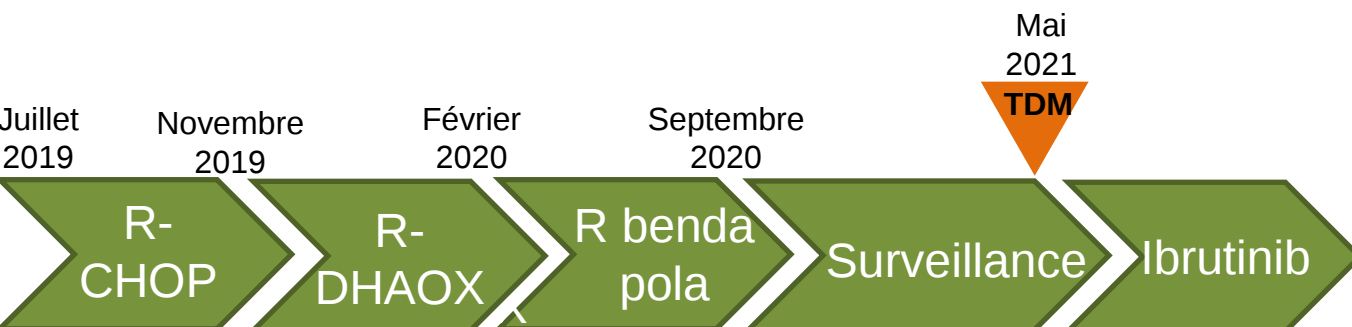


Les immunomarqueurs suivants ont été réalisés: CD20 (clone L26), CD79a (clone JCB117), CD5 (clone 4C7), CD10 (clone 56C6), Bcl-6 (clone GT191E/A8), MUM1 (clone MUM1p), Bcl-2 (clone 124), c-Myc (clone EP121), p53 (clone D07), CD30 (clone JCM181), kappa (clone A21-Y), lambda (clone K22-Y), CD23 (clone 1B12) et LMP1/EBV (clone CS 1-4).

En immunohistochimie, cette lymphoprolifération est faite de lymphocytes de phénotype B, CD20+, exprimant par ailleurs CD79a, MUM1, Bcl-2, CD30 (70%) et p53 avec négativité pour CD5, CD10, Bcl-6, c-Myc, CD23 et LMP1/EBV. L'analyse d'expression de chaînes légères des immunoglobulines est non contributive. L'index de prolifération Ki67 est estimé à 90 %.

Note: dans le contexte clinique, il s'agit d'une récurrence du lymphome B diffus à grandes cellules connu.

➤ **Ibrutinib 560mg /j**



Monsieur D. 79 ans

- Aout 2021 : absence de réponse clinique

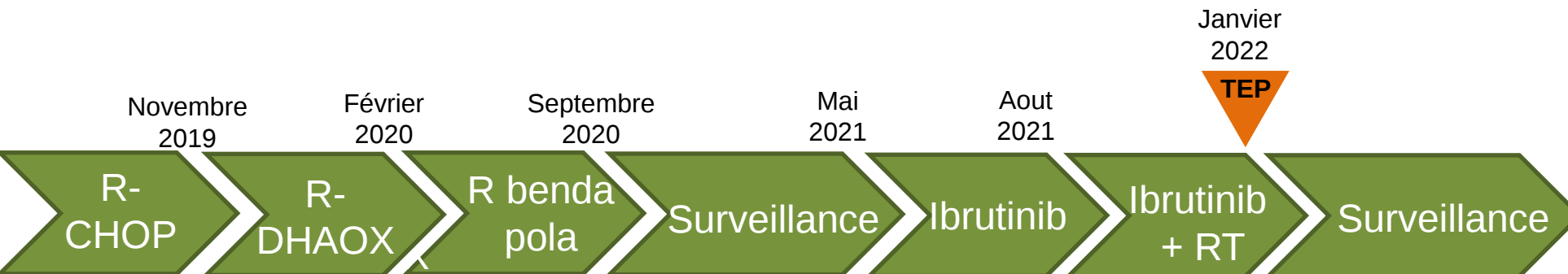
- **Radiothérapie** : 30 Gy
- Poursuite de l'ibrutinib



Monsieur D. 79 ans

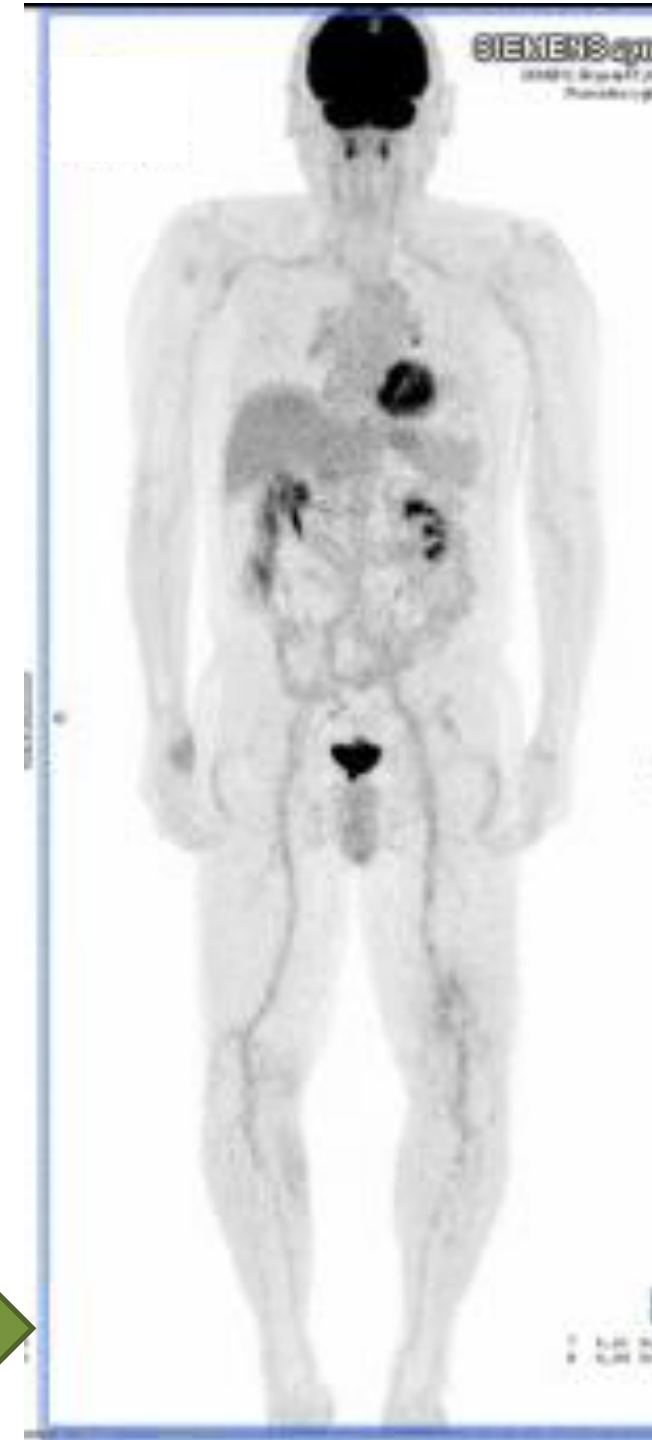
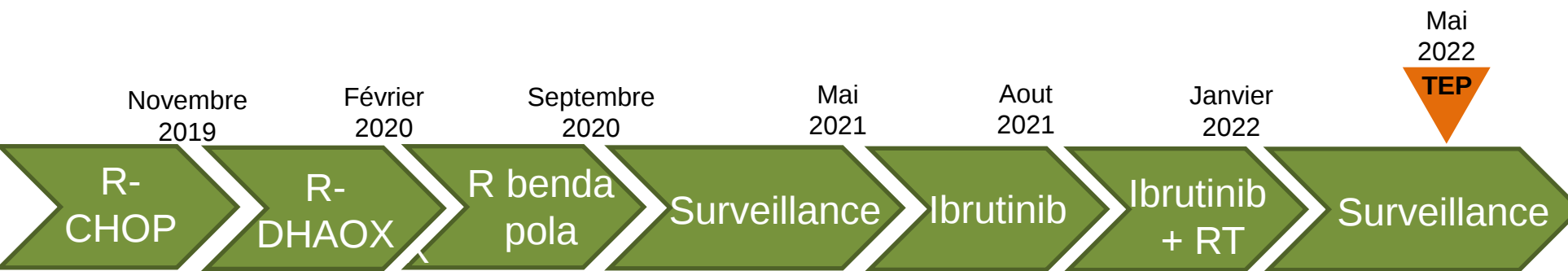
- Janvier 2022
 - Réponse clinique
 - TEP: Franche régression de la lésion du tiers distal de la diaphyse fémorale gauche, SUV max 5,2
- Évènements intercurrents
 - FA permanente : anticoagulation par Eliquis
 - Pic hypertensif sur FA mal tolérée
 - Hémoptysie sur pneumopathie infectieuse

➤ Arrêt ibrutinib



Monsieur D. 79 ans

- Mai 2022



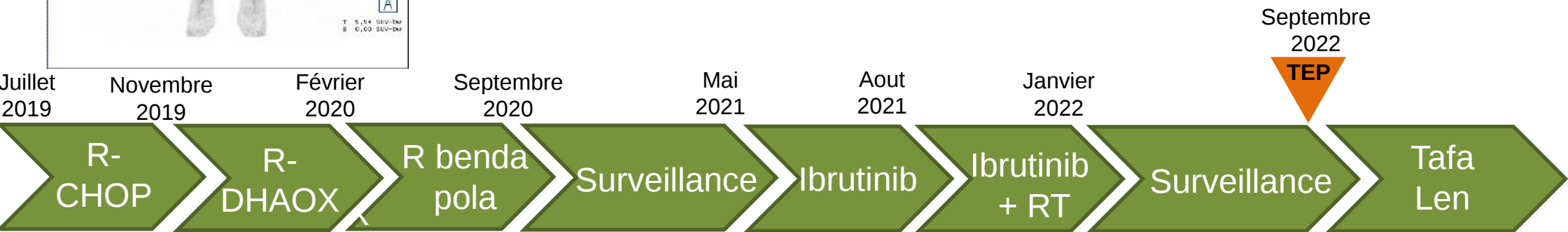
Monsieur D. 79 ans



- Septembre 2022 : masse sous-axillaire 15cm

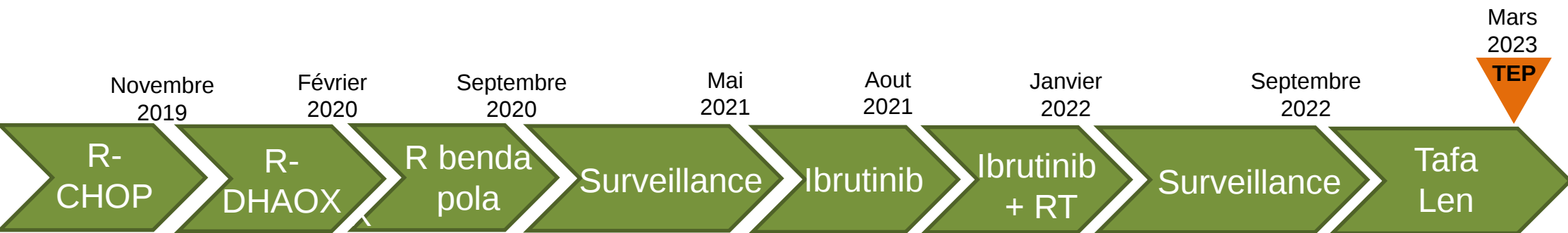
➤ Tafasitamab-Lenalinomide (15mg) en AAP

Bonne réponse clinique après C1 : adénopathie mesurée à 1,5 cm
Interruption de Lenalinomide à C2 (IRA)
Réintroduction à 7,5mg à C3



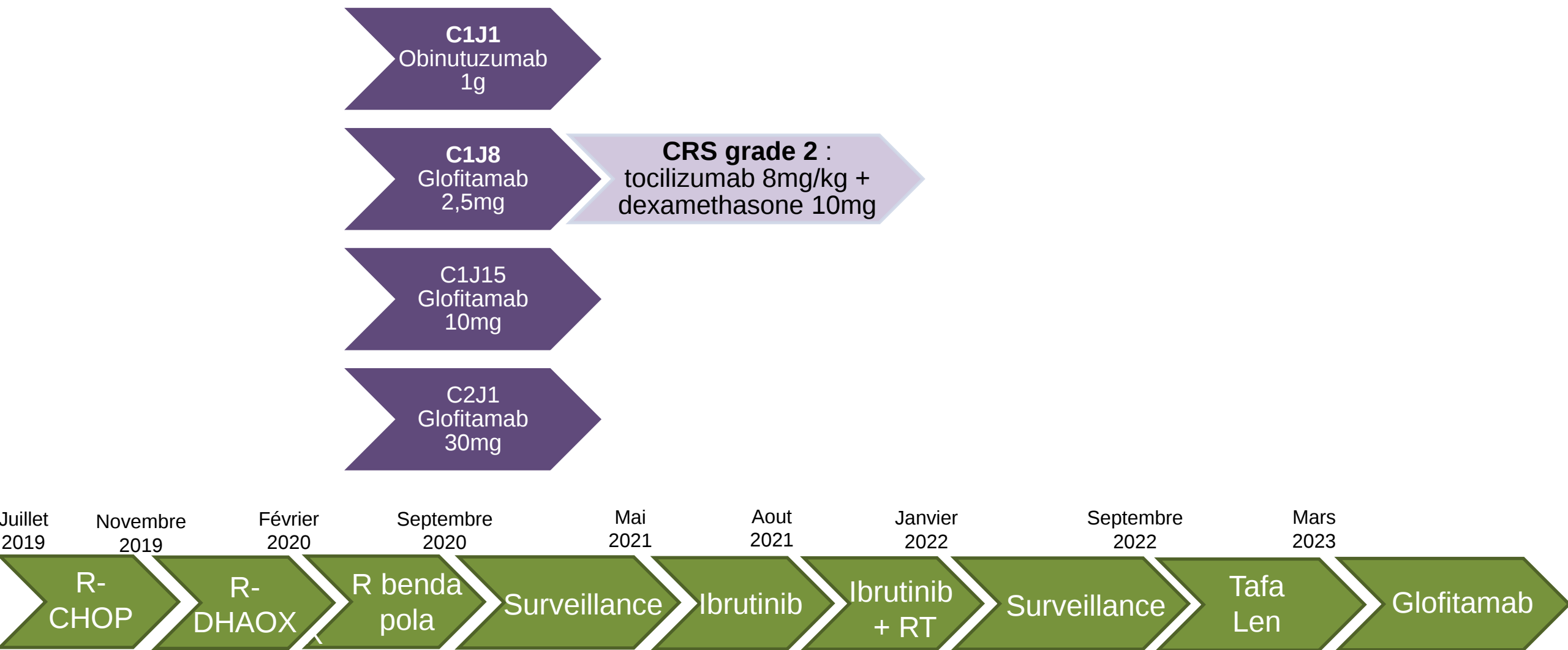
Monsieur D. 79 ans

- Mars 2023 : reprise évolutive après C4



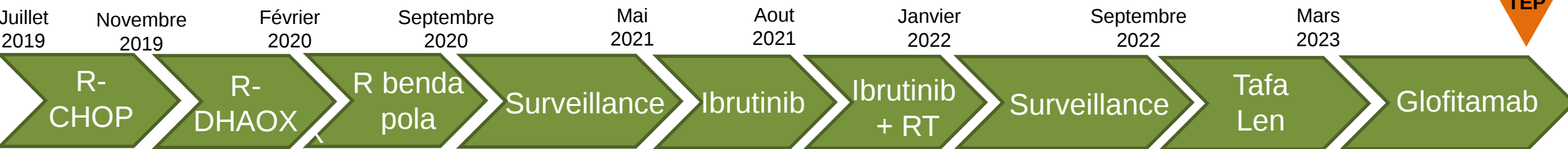
Monsieur D. 79 ans

- Avril 2023 : **Glofitamab** en AAP



Monsieur D. 79 ans

- Aout 2023 : Pet-scanner après C6
- Septembre 2023 : C8
 - Toxicité hématologique : GCSF 2/sem
 - Toxicité digestive
 - Cytolyse hépatique



Merci de votre attention

