

PRISE EN CHARGE DES LAL PH- DANS LE SERVICE D'HEMATOLOGIE DU CHU BLIDA

A.BENBOURNANE¹, N.HADJADJ¹, S.SID¹, F.OUADFEUL¹, W.ESSERHANE¹, S.TAOUSSI², M.RAMAOUN¹
¹ Service d'hématologie du CHU Frantz Fanon, BLIDA
² EHS ELCC (CAC) BLIDA

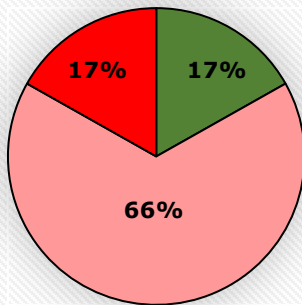
I. Introduction

• La **LAL** est la prolifération massive de précurseurs des lymphocytes B ou T.

• Ces cellules sont identifiées grâce à l'immunophénotypage qui permet de reconnaître la lignée impliquée et le degré de maturation de la cellule maligne.

• Les traitements modernes ont permis d'avoir une survie à **05ans** mais qui reste cependant moins de **50%**.

B) Examen clinique au diagnostic



- Syndrome infectieux
- Syndrome tumoral
- Syndrome hémorragique

D) Prise en charge thérapeutique

Tous les patients ont reçu le protocole **GRAALL 2005**.

E) Évaluation après INDUCTION

➢ **15** Patients évaluables entre **J29** et **J35** (**03** patients **décédés** durant l'induction):

- **RC** obtenue chez **13** patients = **87%**
- **Échec** thérapeutique chez **02** patients = **13%**

F) Devenir des patients

À LA DATE DE POINT **01 juin 2024**:

- 06** décès ➔
 - 04 rechutes
 - 01 cas de dénutrition
 - 01 PDV
- 09** vivants ➔
 - 01 rechute
 - 08 RC

II. But de l'étude

• Prise en charge des LAL phi- dans le service d'hématologie du CHU BLIDA traité par le protocole **GRAALL 2005**.

III. Matériels et méthodes

• C'est une étude rétrospective concernant **18** cas de **LAL phi-** suivis et traités dans le service d'hématologie du CHU BLIDA entre janvier 2019 et décembre 2023. Après un examen clinique, un hémogramme, FS, médullogramme, CMF, cytogénétique chez les LALB.

IV. Résultats

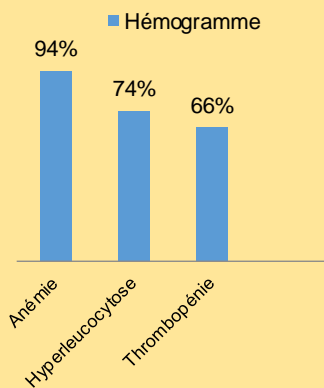
A) Épidémiologie

• Durant cette période, nous avons eu **18** patients âgés de moins de **65 ans**.

➢ **Age moyen**: 32 ans (17-58 ans).

➢ **Sex-ratio** = 1,25 [10H/08 F].

C) Bilan Diagnostique



➢ Une **blastose sanguine** est retrouvée dans **61%** des cas.

➢ La **blastose médullaire** présente dans **100%** des cas.

CMF

Classification	Nom bre de cas	Pourcentage
LAL T	05	28%
LAL mixte	01	5,5%
LA B	01	5,5%
LAL B	11	61%

➢ **Cytogénétique**:
BCR-ABL = **Absence** de translocation **t(9;22)** chez tous les patients.

V. Conclusion

Le **traitement** des LAL repose essentiellement sur une **polychimiothérapie** de longue durée ainsi que **l'allogreffe** dont la place a été redéfinie.

Dans notre série **03** patients ont été greffés.

La prise en charge **pluridisciplinaire** est nécessaire pour une meilleure gestion des complications.

Dans notre série, la première cause de décès est le choc septique suivi par le choc hémorragique.

Le **pronostic** de la LAL chez l'adulte reste **réservé** avec une probabilité de survie de **30 à 40%**.

Références

1. Barco D, Zhu S, Hillyer J, et al. Association of minimal residual disease with clinical outcome in pediatric and adult acute lymphoblastic leukemia: A meta-analysis. *JAMA Oncol* 3(7):e170390, 2017. doi:10.1001/jamaoncol.2017.0580
 2. Lee DW, Koehnender JN, Stiller C, Swanson M, et al. T cells expressing CD19 chimeric antigen receptors for acute lymphoblastic leukaemia in children and young adults: a phase 1 dose-escalation trial. *Lancet* 385(9967):517-528, 2015.