

Prise en charge des leucémies aiguës lymphoblastiques B (ph-) en rechute par blinatumomab

Expérience du service d'hématologie CHU Constantine-Algérie



S.KEBAILI, M.BENHALILOU, F.MEZHOUD, N.SALHI, S.LAFRI, S.BENHAI, Z.OUCHENANE
Service d'hématologie CHU Constantine-ALGERIE



Introduction

-Les leucémies aiguës lymphoblastiques B (**LAL-B**) en rechute sont de pronostic péjoratif, avec un taux de survie à un an de seulement 26 % après la première chimiothérapie de rattrapage, nécessitant une consolidation par allogreffe

-Le **blinatumomab** est un anticorps bi-spécifique **CD19/CD3**, c'est une molécule BiTE® (engageur bi-spécifiques de lymphocytes T) qui engage simultanément les cellules B CD19+ et les lymphocytes T cytotoxiques CD3+ et redirige les lymphocytes T pour lyser les cellules B malignes et normales.

-Il permet l'obtention d'une rémission complète cytologique et une négativation de la maladie résiduelle (facteur pronostic majeur), Le Blinatumomab prolonge la survie

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective d'une cohorte de 4 patients, suivis pour LAL B(Ph-) en rechute ayant bénéficié du blinatumomab au niveau du service d'hématologie CHU Constantine, de Novembre 2023 à Septembre 2024 : le profil des patients, les effets secondaires et l'efficacité du traitement ont été analysés.

Résultats

-Profil des patients :

| | AGE | SEXE | DOG | CMF | caryotype | BCR-ABL | Trt | Rechute |
|----|-------|------|----------------|-------|-----------------------|---------|-------------------|--------------|
| P1 | 28ans | F | Décembre 2022 | CD19+ | normal | nég | GRALL | Février 2024 |
| P2 | 17ans | M | Février 2023 | CD19+ | échec | nég | FRALL | MARS 2024 |
| P3 | 19ans | M | Octobre 2022 | CD19+ | Complexe émosomesie 7 | nég | GRALL | Octobre 2023 |
| P4 | 39ans | M | Septembre 2022 | CD19+ | t(4,11) | nég | GRALL+ rattrapage | Juillet 2024 |

-Modalités du traitement :

➤ Perfusion IV continue à débit constant (pompe) : 5ml/H si perfusion 24H ou 10ml/H si perfusion 48H, cycle de 28jours

➤ Voie veineuse centrale : **100%** des patients (4) ont bénéficié d'un abord central type **Picc-line**

➤ Prémédication par **dexaméthasone**

➤ Une prophylaxie Anti pneumocystose : aérosol mensuel Pentacarinat 300mg et Anti viral : aciclovir

➤ Perfusion d'immunoglobulines avant chaque cycle (0.4g/kg)

➤ Surveillance paraclinique /CRS

Constantes : T°, TA, TMA, FC, FR et saturation

➤ Surveillance biologique : lyse 2X /j + bilan hépatique

➤ Toxicité neurologique :

Test d'écriture quotidienne MATIN

Evaluation clinique de l'état neurologique du patient



-Effets secondaires :

➤ Le syndrome de relargage cytokinique (**SRC**): grade 1 chez 1 patient, grade 2 chez 2 patients et grade 3 chez 1 patient compliqué d'un syndrome d'activation macrophagique

➤ Syndrome de lyse : 2 patients

➤ Complications **neurologiques**, les céphalées chez 3 patients, tremblements chez 1 patient, insomnie 1 patient

➤ Perturbation du bilan hépatique : 2 cas, 1 patient grade 3 (interruption du traitement)

➤ Cytopénie : 3 patients

➤ Autres : toux, hypogamma globulinémie (4patients), rach cutané

-L' efficacité du traitement :

RC chez 2 patients avec MRD nég greffés, 1 patient dont le traitement est en cours, et un patients décédé par **CRS** grade 4 à J 27

Conclusion

Le blinatumomab a permis une rémission complète chez 2 patients, et la réalisation d'une allogreffe, avec une tolérance clinique satisfaisante