



LYMPHOME NON HODGKINIEN AU QUÉBEC

LYMPHOME FOLLICULAIRE EN RÉCIDIVE : UN DÉFI THÉRAPEUTIQUE

Contenu tiré du CHC d'octobre 2020 (Dr Michael Crump / Princess Margaret Cancer Centre).

Adapté à la perspective du Québec

Un échec thérapeutique précoce dans le LF est associé à une survie sensiblement inférieure et demeure un défi thérapeutique. Des approches de prise en charge suggérées pour les patients subissant un échec thérapeutique précoce dans la pratique actuelle sont examinées dans la présente section.

- Une chimiothérapie avec rituximab (chimio-R) de seconde intention après une récurrence à la suite d'une chimio-R primaire peut être efficace (Liu, *Leuk Lymphoma* 2020)
 - Point important à retenir : Les taux de transformation en LDGCB varient dans cette population, mais sont élevés de sorte qu'une biopsie doit être effectuée dans la mesure du possible.
- Lénalidomide + R par rapport à Placebo + R pour un LF en récurrence (Leonard, *J Clin Oncol* 2019)
 - Résultats : SSP Len + R : 39 mois c. placebo + R : 14 mois (RR 0,40, $p < 0,0001$); SG à 2 ans Len 95 % c. placebo 86 % (RR 0,45, $p = 0,02$)
- Obinutuzumab avec bendamustine (benda) pour le LF réfractaire au rituximab : Gadolin (Sehn, *Lancet Oncol* 2016; Cheson, *J Clin Oncol* 2018)
 - Résultats : SSP O-benda 25 mois c. benda 14 mois (RR 0,52); survie globale O-benda : non atteinte c. benda : 54 mois (RR 0,58)
- Obinutuzumab + lénalidomide dans le LF réc./réf. : essai LYSARC GALEN (Morschhauser, *Lancet Hematol* 2019)
 - Résultats : taux de réponse global 79 % (RC - 38 %); SSP à 2 ans 65 %; SG à 2 ans 87 %
- Une GASC au moment d'une évolution précoce et d'une réponse à un traitement de deuxième intention doit être envisagée (Casulo, *Biol Blood Marrow Transpl* 2018)
 - Recommandation pour une autogreffe au lieu d'une allogreffe (S Smith, *Cancer* 2018)

La suite des choses :

- **Le schéma optimal pour un traitement de deuxième intention n'a pas encore été établi**, mais pourrait inclure une chimiothérapie avec la lénalidomide ou une chimiothérapie standard avec l'obinutuzumab.
- Nouvelles options d'agents et d'essais cliniques pour les patients présentant plusieurs récurrences de LF à surveiller pour :
 - Ibrutinib (Bartlett, *Blood* 2018; Gopal, *J Clin Onc* 2018)
 - Anticorps BiTE ciblant CD20
 - Inhibiteurs de la PI3Kinase : idélalisib, duvélisib (Salles, *Hematologica* 2017; Gopal, *Blood* 2018; Flinn, *J Clin Oncol* 2018)
 - Mosunétuzumab
 - Inhibiteurs de EZH2 : tazémétostat
 - Glofitamab
 - Thérapie cellulaire à CAR-T CD19
- **Nouvelles données moléculaires pour la sélection des patients** (c.-à-d. CARD11 et BTKi; EZH et tazémétostat) – d'autres travaux sont nécessaires
- **Identifier les patients susceptibles de présenter une évolution précoce est une priorité pour la conception d'essais cliniques** dans le but d'améliorer les résultats

Pour passer en revue la présentation originale par Dr Michael Crump, Princess Margaret Cancer Centre du CHC National 2020, cliquer ici



L'UTILISATION DE LA RT DANS LE LNH AU CANADA – PARADIGMES EN ÉVOLUTION

Contenu tiré du CHC d'octobre 2020 (D^r Richard Tsang / Princess Margaret Cancer Centre).

Adapté à la perspective du Québec

L'utilisation de la radiothérapie (RT) dans le LNH a évolué rapidement au cours de la dernière décennie en raison de l'amélioration des techniques d'imagerie (p. ex., TEP au FDG), de la grande efficacité des schémas de chimiothérapie et de l'adaptation des approches aux réponses.

L'utilisation suggérée de la RT dans le paysage thérapeutique actuel est résumée ci-dessous.

LDGCB - rôle d'adjuvant suggéré après la chimiothérapie pour la RT

- Si non volumineux, avec une réponse moléculaire complète (RMC) après la chimiothérapie : pas de RT (*Lamy et al., Blood 131: 174-81, 2018*)
- Pour un site volumineux (> 7 cm), après une RMC : 30 Gy (*Held et al., J Clin Oncol 32: 1112-8, 2014*)
- Sites sanctuaires ou lorsqu'une maîtrise optimale est requise localement (p. ex., compression de la moelle épinière, os) : 30 Gy (*Held et al., J Clin Oncol 31: 4114, 2013*)
- En cas de réponses incomplètes, on peut augmenter les doses.

LNH rare et agressif - lymphome à cellules NK/T

- La moyenne brute sur 3 à 5 ans pour la SSP pour les meilleurs protocoles de chimiothérapie dans divers essais cliniques est de 75 %. (*Kim et al., J Hematol Oncol 11: 140, 2018*)

Lymphome indolent - rôle suggéré de la dose de RT (Gy) dans les lymphomes folliculaires et de type MALT. (*Brady et al., Blood 133: 237, 2019; Lowry et al., Radiother Oncol 100: 86, 2011; Goda et al. Cancer 116: 3815-24, 2010; Goda et al. Cancer 116: 3815-24, 2010; Chan et al., IJROBP 81: e781, 2011*)

- Stade I/II (stade évalué optimalement avec TEP) : ISRT 24 - 30
- Stade III/IV : RT palliative souvent utile; une posologie de 2 x 2 Gy (posologie « boom-boom ») est efficace et bien tolérée

RT de relais avant une thérapie cellulaire CAR-T : nouvelle application de RT

- Une thérapie de relais (RT et/ou chimiothérapie) est souvent requise

La suite des choses :

- Des progrès importants dans les techniques d'exécution (c.-à-d., thérapie adaptée à la réponse, meilleure conformité de la dose de rayonnement, etc.) ont amélioré la toxicité aiguë de la RT
- **Plus de données sur la toxicité à long terme sont requises**

Pour passer en revue la présentation originale par D^r Richard Tsang, Princess Margaret Cancer Centre du CHC National 2020, cliquer [ici](#)