

Prof. Daniel Betticher, MHA

Médecin-chef

Spécialiste FMH en Hémato-oncologie
et médecine interne
HFR Fribourg – Hôpital cantonal

1708 Fribourg

Secrétariat

Tél. 026 426 72 40

Fax 026 426 72 44

Surveillance après traitement curatif d'une maladie de Hodgkin

1. Epidémiologie

Le canton de Fribourg compte 5-10 nouveaux cas de maladie de Hodgkin par année¹

2. Risques

- Le risque de rechute après une maladie de Hodgkin dépend du stade initial, des facteurs prédictifs et de la thérapie administrée. Une rechute 5 ans après la thérapie est rare.
- La mortalité suite à d'autres tumeurs, maladies cardiovasculaires et infection après une maladie de Hodgkin est plus élevée: RR (risque relatif): 3-7x²
- Le risque de 2^{ème} tumeur (par ex. carcinome mammaire, pulmonaire, leucémie myéloïde aiguë et lymphome non hodgkinien) est plus élevé que celui de la population générale (effet de la thérapie et/ou prédisposition génétique).
- Toxicité tardive: cardiotoxicité, insuffisance thyroïdienne, pneumopathie, risque d'infection augmenté.

3. Buts de la surveillance

- diagnostiquer une récurrence à un stade précoce où un traitement curatif est encore possible.
- diagnostiquer une 2^{ème} tumeur à un stade précoce.
- détecter des toxicités tardives suite aux thérapies administrées.

4. Schéma de surveillance³

¹ Registre fribourgeois des tumeurs, résultats 2006

² Mauch P et al, Long term survival in Hodgkin's disease: relative impact of mortality, infection, second tumors, and cardiovascular disease. Cancer J Sci Am 1995, 1, 33.

³ Lister TA et al., Report of a committee convened to discuss the evaluation and staging of patients with Hodgkin's disease: Costwolds meeting. J Clin Oncol 1989, 7, 1630. Cheson BD et al., Revised response criteria for malignant lymphoma. J Clin Oncol 2007, 25, 579. National comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Available at: www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.asp. Engert A et al., Hodgkin's lymphoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2008, 19, Suppl. 2, ii65.

Sélection des patients: status après chimiothérapie curative (et éventuellement radiothérapie).

Condition préliminaire: Rémission complète, documentée par PET/CT (cicatrice résiduelle ?)

Schéma de surveillance:

Examens	Mois après fin de la thérapie														
	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60	72	84	96	108	120
Anamnèse et examen clinique ^{a)}	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Chimie clinique ^{b)}	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cliché thoracique ^{c)}	x		x				x		x		x	x	x	x	x
CT des «cicatrices» ^{d)}		x		x	x	x		x		x					
Mammographie (âge >40ans) ^{e)}				x		x		x	x	x	x	x	x	x	x
Vaccination ^{f)}		x	X												

- a) Incluant la palpation des ganglions lymphatiques susclaviculaires et cervicaux, de l'abdomen et du foie.
- b) But: toxicité post-chimiothérapie? VS, formule sanguine, créatinine, fonction hépatique, glycémie, [profil lipidique. TSH (surtout chez patient après radiothérapie du cou et du médiastin), LH / FSH / testostérone: une fois, ensuite selon clinique].
- c) DD des infiltrats: infections, status post radiothérapie, pneumopathie après bléomycine.
- d) Des CT de routine effectués chez des patients sans symptômes n'améliorent pas la prise en charge. En effet, des études analysant l'efficacité du CT ont pu démontrer une baisse de qualité de vie (QALY) chez les patients ayant bénéficié d'un CT annuel⁴. Des contrôles par CT ne sont justifiés que lors de présence d'une masse médiastinale ou rétropéritonéale (évolution de la cicatrice résiduelle). Relevons aussi les risques de 2^{ème} tumeur induite par l'irradiation (surtout après CT)⁵.
- e) Mammographie: le risque de développer un carcinome mammaire est de 10-30% (!!) chez les femmes ayant été traitées pour une maladie de Hodgkin par radiothérapie avant l'âge de 35 ans⁶.
- f) Pour les patients avec maladie de Hodgkin stade III-IV (et autres lymphomes agressifs), attendre un mois après l'arrêt d'une corticothérapie, 3 mois après la dernière cure de chimiothérapie:
- **Vaccin antigrippe** chaque année (Fluarix[®], Inflexal V[®], Influvac[®], Influvac Plus[®], Mutagrip[®]),
 - **Vaccin contre les pneumocoques** (Pneumovax-23[®]), tous les 5 ans,
 - **Vaccin contre les méningocoques** (Meningitec[®], Menjugate[®], NeisVac-C[®]), une injection i.m. pas de rappel, suivi au moins 6 semaines plus tard de Mencevax ACWY[®], un rappel une fois après 5 ans.

5. Examens inutiles⁷

- CT, PET
- Scintigraphie osseuse
- Ponction de moelle osseuse

6. Remarques

- La surveillance sert également à diagnostiquer une toxicité tardive de la chimio- et/ou de la radiothérapie: bléomycine = pneumopathie; anthracycline = cardiotoxicité....
Le risque de développer une seconde tumeur étant plus élevé chez le patient que dans la population normale, il devrait éviter toute consommation tabagique et une prise d'alcool exagérée. Un dépistage de tumeur solide (colonoscopie) est indiqué chez les >40 ans.

⁴ Guadagnolo BA et al., Cost-effectiveness analysis of computerized tomography in the routine follow-up of patients after primary treatment for Hodgkin's disease. J Clin Oncol 2006, 24, 4116. Radford JA et al., Follow-up policy after treatment for Hodgkin's disease: too many clinic visits and routine tests? A review of hospital records. Br Med J 1997, 314, 343. Torrey MJ et al., Detection of relapse in early stage Hodgkin's disease: role of routine follow-up studies. J Clin Oncol 1997, 15, 1123. Dryver ET et al., Follow-up of patients with Hodgkin's disease following curative treatment: the routine CT scan is of little value. Br J Cancer 2003, 89, 482.

⁵ Brenner DJ et al. Computed tomography – an increasing source of radiation exposure. N Engl J Med 2007, 357, 2277.

⁶ Bloom JR et al., Breast cancer screening in women surviving Hodgkin disease. Am J Clin Oncol 2006, 29, 258.

⁷ Examens non efficaces pour diagnostiquer des rechutes asymptomatiques pouvant être traitées de façon curative.