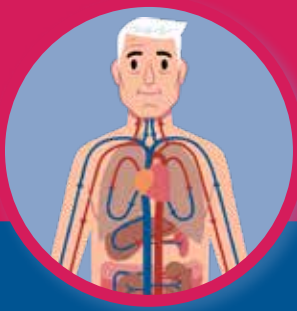
Les Guides Visuels du Patient

Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)



VIVIO

Avec le soutien de Roche

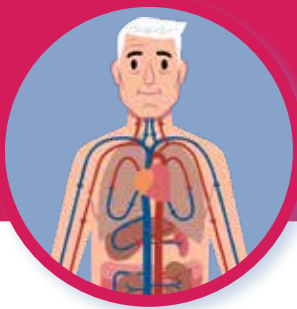
Les Guides Visuels du Patient sont une publication © ViVio
ViVio sprl
Avenue Demey 57 | 1160 Bruxelles
Tél.: 02/640.49.13
e-mail: guide@vivio.com
www.vivio.com

Toute reproduction d'un extrait quelconque de cette publication par quelque procédé que ce soit est interdite sans autorisation écrite de l'éditeur ViVio.
L'information contenue dans cette publication est fournie uniquement à titre informatif. Elle ne peut être utilisée pour diagnostiquer ou traiter une affection ou une maladie. Cette information est destinée à améliorer, non à remplacer, la relation directe entre le lecteur et le professionnel de santé ; elle ne constitue pas et ne peut remplacer une consultation ou un examen médical. Tout problème de santé doit faire l'objet d'une consultation ou d'un examen médical personnalisé auprès d'un médecin afin d'établir le diagnostic et le traitement adéquats.

Rédaction: Thomas Coucq
Supervision Médicale: Pr André Bosly, Dr. Patrick De Moor
Illustrations: Cyril Elophe
Mise en page: Catherine Harmignies

ISBN 978-2-87512-308-4 · D/2020/9601/7

Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)



Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)

06 Comprendre

06 Le sang, sa composition
08 La moelle osseuse et les lignées sanguines
10 Les défenses immunitaires 1/2
12 Les défenses immunitaires 2/2
14 Les lymphocytes
16 Le système et les ganglions lymphatiques

18 Les lymphomes et le LDGCB

18 Les lymphomes sont des cancers
20 Lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens
22 Le LDGCB, un type de lymphome non hodgkinien (en chiffres)
24 Les caractéristiques du lymphome diffus à grandes cellules B

26 Les symptômes

26 Des ganglions gonflés
28 Les symptômes B et les atteintes extra-ganglionnaires

30 Le diagnostic

30 L'anamnèse et l'examen clinique
32 La prise de sang et la biopsie
34 Le bilan d'extension
36 Le bilan général de santé

38 L'évolution
38 Une évolution rapide: traiter au plus vite
40 La stadification (classification d'Ann Arbor)
42 Le pronostic (IPI)

44 Les traitements
44 Le traitement de 1re ligne: l'immunochimiothérapie
46 La rémission et le suivi après le traitement de 1re ligne
48 Les risques de rechute et le traitement de 2e ligne
50 La greffe de moelle
52 Le déroulement de la greffe de moelle
54 Les anticorps conjugués: des traitements innovants
56 Les anticorps conjugués: en pratique
58 L'immunothérapie par cellules CAR-T
60 Après le traitement: le suivi
62 Trouver du soutien: les associations de patients

64 Références

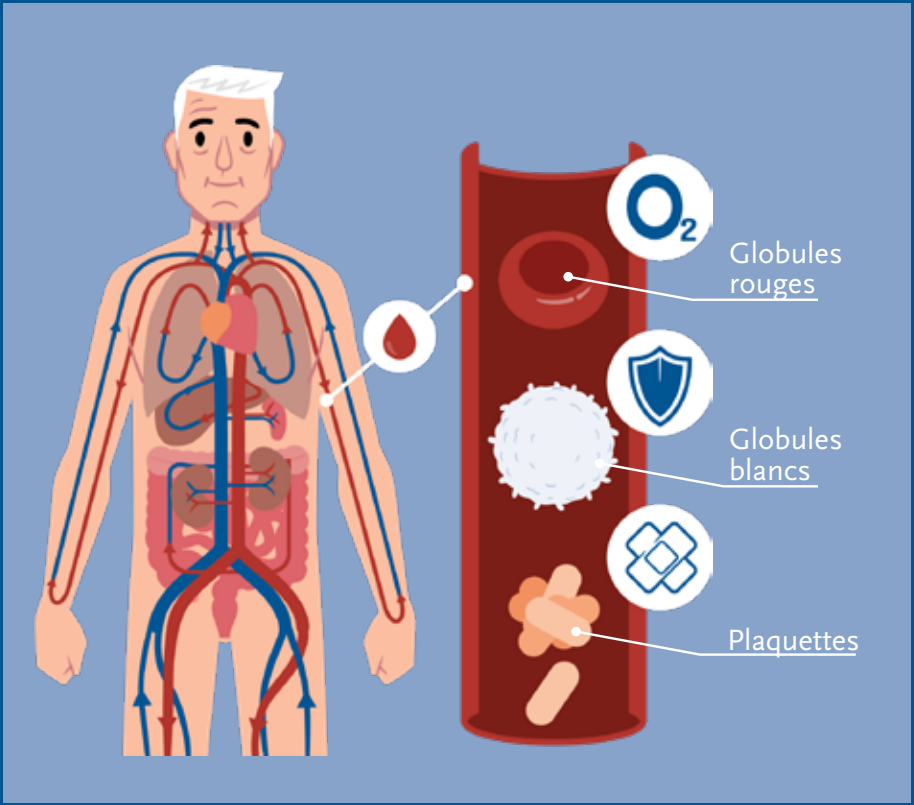
Avec le soutien de Roche

LE SANG, SA COMPOSITION

Le sang est un liquide qui circule à travers tout l'organisme via **les vaisseaux sanguins** et remplit différentes fonctions. Il est constitué de **trois types d'éléments**:

- **les globules rouges**, qui transportent l'oxygène des poumons aux cellules de l'organisme et ramènent le CO2 des mêmes cellules vers les poumons où il est expulsé;
- **les globules blancs**, qui défendent notre organisme contre les infections et les agressions extérieures;
- **les plaquettes**, qui permettent la coagulation du sang et donc la cicatrisation, en s'agrégeant pour former un caillot lors d'une coupure par exemple.

Ces cellules baignent dans un liquide appelé plasma.

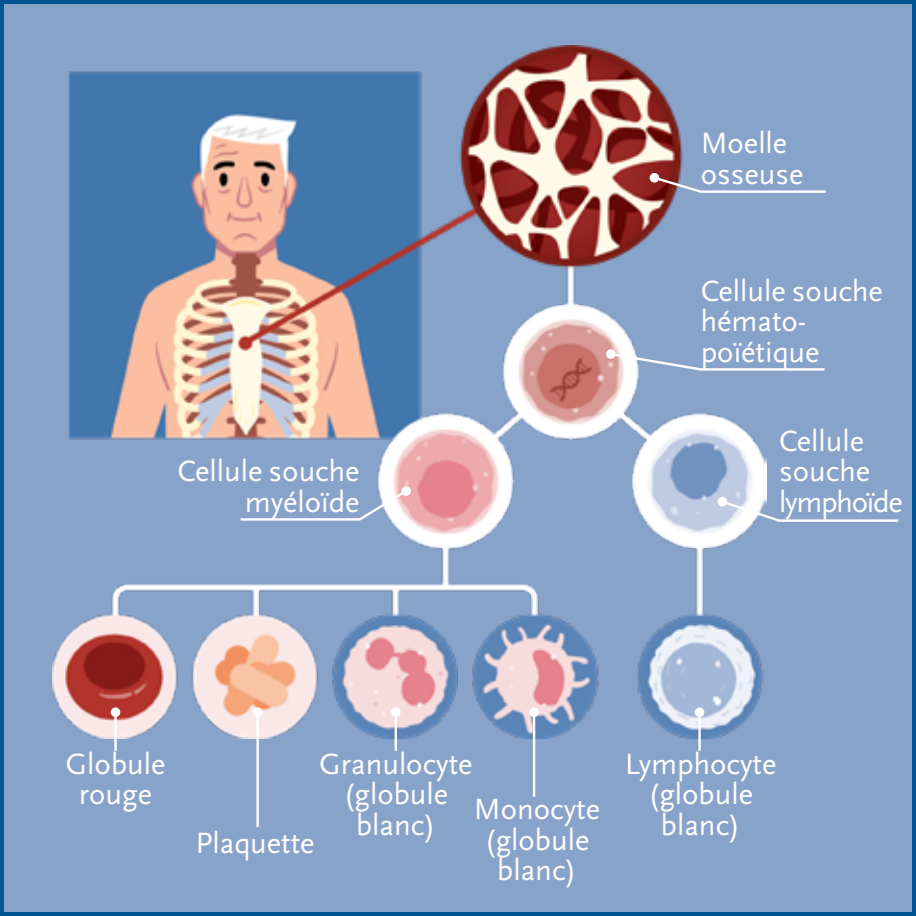


Notre organisme contient environ 5 litres de sang.
Cette quantité varie toutefois en fonction de différents facteurs comme la taille ou encore le poids d'un individu.

LA MOELLE OSSEUSE ET LES LIGNÉES SANGUINES

La moelle osseuse est une substance liquide et épaisse que l'on retrouve, comme son nom l'indique, dans certains os. Elle contient les **cellules souches hématopoïétiques**, les cellules qui donnent naissance à toutes les cellules sanguines. Ces cellules souches donnent d'abord naissance:

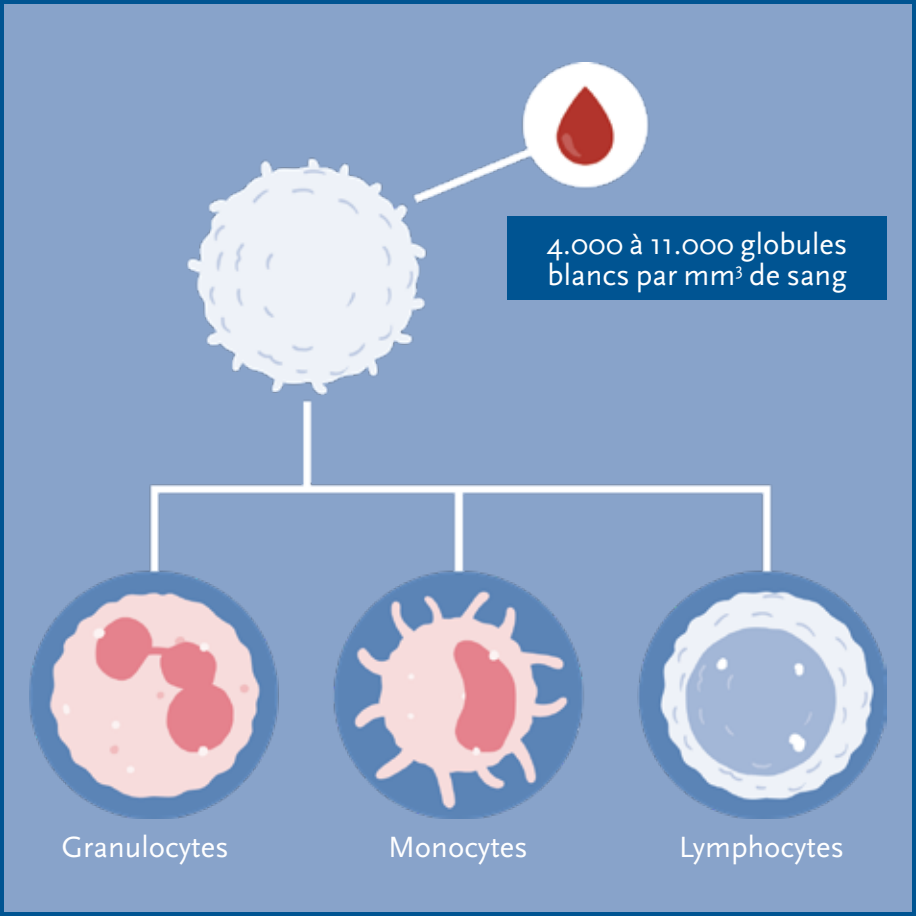
- aux **cellules souches myéloïdes**, qui donnent à leur tour naissance à certains types de globules blancs (granulocytes, monocytes), aux globules rouges et aux plaquettes;
- aux **cellules souches lymphoïdes**, qui donnent à leur tour naissance aux lymphocytes, un type de globules blancs très spécialisés. Certains précurseurs lymphoïdes passent par le thymus pour terminer leur maturation et permettre la reconnaissance du soi et du non-soi.


Moelle osseuse
Cellule souche hémato-poïétique
Cellule souche myéloïde
Cellule souche lymphoïde
Globule rouge
Plaquette
Granulocyte (globule blanc)
Monocyte (globule blanc)
Lymphocyte (globule blanc)

LES DÉFENSES IMMUNITAIRES 1/2

Les **globules blancs** nous protègent contre les **agressions extérieures**: bactéries, virus, champignons, cellules anormales (en cas de cancer par exemple) ou étrangères à notre organisme. On en distingue différents types:

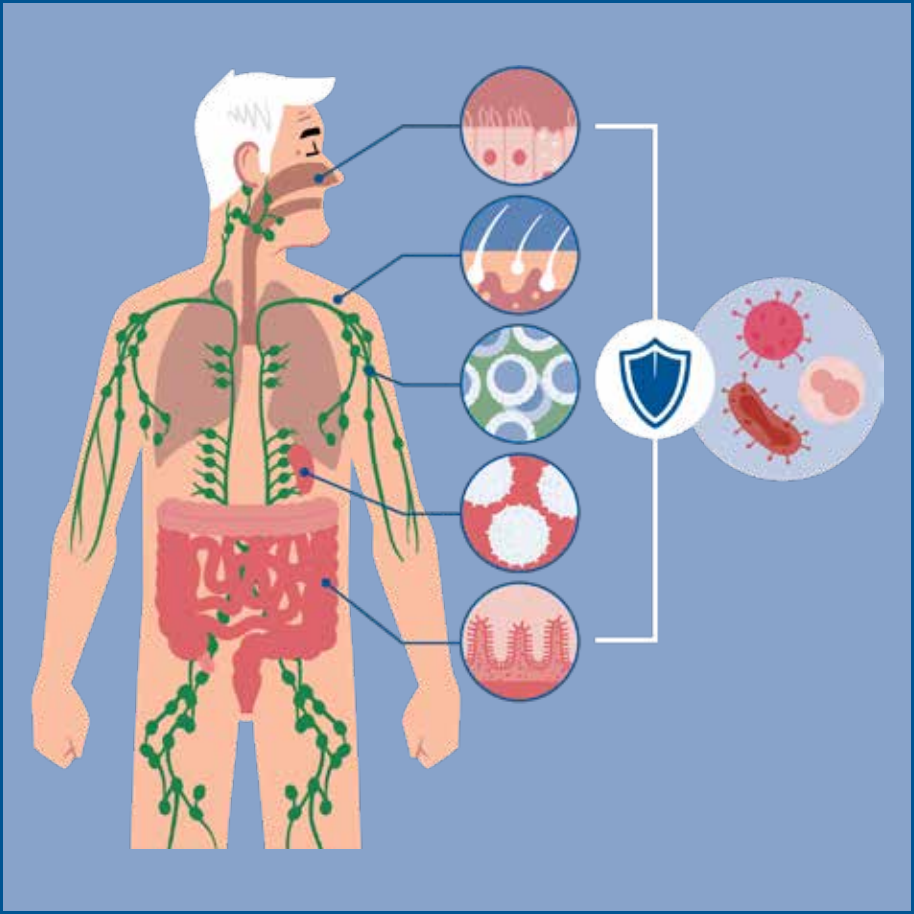
- les **lymphocytes**, qui ciblent et détruisent précisément certains agresseurs (immunité acquise);
- les **granulocytes**, qui induisent une réponse «générique» et rapide face aux agresseurs (immunité innée) et jouent par exemple un rôle dans certains processus allergiques;
- les **monocytes**, qui assurent entre autres missions la phagocytose: ils ingèrent et détruisent les agents pathogènes.


4.000 à 11.000 globules blancs par mm³ de sang
Granulocytes
Monocytes
Lymphocytes

LES DÉFENSES IMMUNITAIRES 2/2

Les **globules blancs** et **certains tissus et organes**, comme les ganglions, la rate, les muqueuses respiratoires et digestives, et la peau forment notre système de défense: le **système immunitaire**.

Les agents infectieux pénètrent dans l'organisme par diverses voies. Ils sont reconnus par les **ganglions** s'ils se retrouvent dans la lymphe, par la **rate** s'ils se retrouvent dans le sang, par les **muqueuses** s'ils entrent par les voies aériennes et digestives.

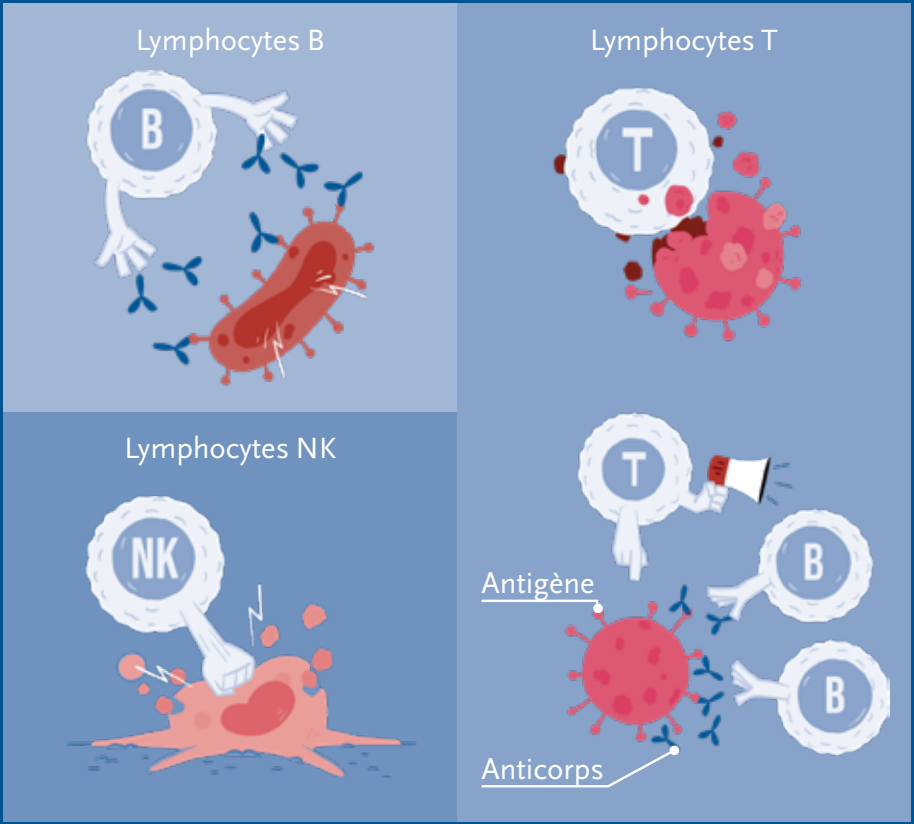


LES LYMPHOCYTES

Les lymphocytes reconnaissent les bactéries et autres agents pathogènes que le système immunitaire a déjà «mémorisés», et développent une **réponse spécifique**. Il existe trois sortes de lymphocytes:

- les **lymphocytes B**, qui produisent des anticorps. Les agents pathogènes présentent à leur surface des protéines appelées antigènes qui leur sont propres. Les anticorps portés par les lymphocytes B se lient à l'antigène correspondant et déclenchent une réponse immunitaire adéquate*;
- les **lymphocytes T**, qui détectent spécifiquement les agents pathogènes étrangers et les détruisent. Ils peuvent également réguler l'action des lymphocytes B;
- les **lymphocytes NK**, qui tuent les cellules infectées ou cancéreuses.

* Les lymphocytes B peuvent également se transformer en plasmocytes qui secrètent les anticorps. Ces anticorps agiront dans tout l'organisme via le plasma.

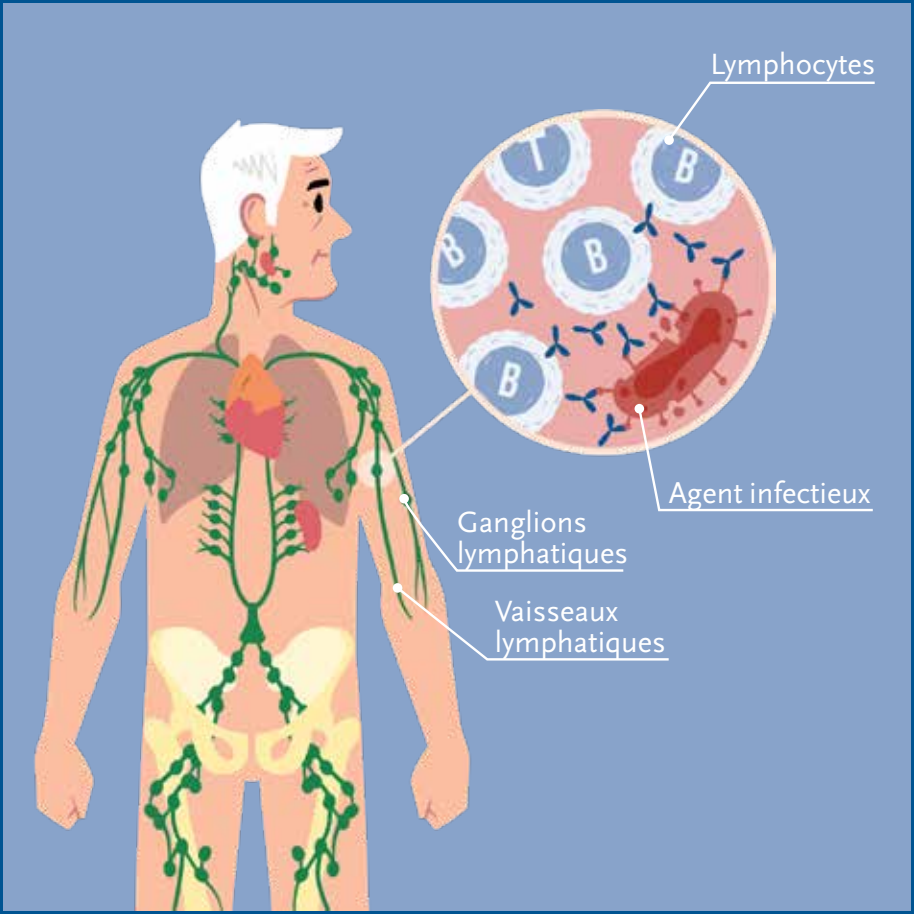


Les lymphocytes B et T développent une réponse immunitaire précise face à un agresseur en particulier (immunité acquise).

LE SYSTÈME ET LES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Le **système lymphatique est composé de certains organes** comme la rate, le thymus, les amygdales, la moelle osseuse, les muqueuses et d'un réseau de fins vaisseaux, qui se ramifient dans tout l'organisme et transportent la lymphe. Ce réseau lymphatique conflue vers certaines zones appelées ganglions.

Les **ganglions lymphatiques sont de petits organes** en forme de haricots que l'on retrouve par centaines dans tout l'organisme et qui peuvent être palpés dans le cou, sous l'aisselle ou encore dans l'aine. Ils contiennent une grande quantité de lymphocytes et permettent leur mise en contact avec les agents infectieux charriés par la lymphe. Ils jouent donc un rôle de premier plan dans la réponse immunitaire en permettant **l'activation des lymphocytes B**.

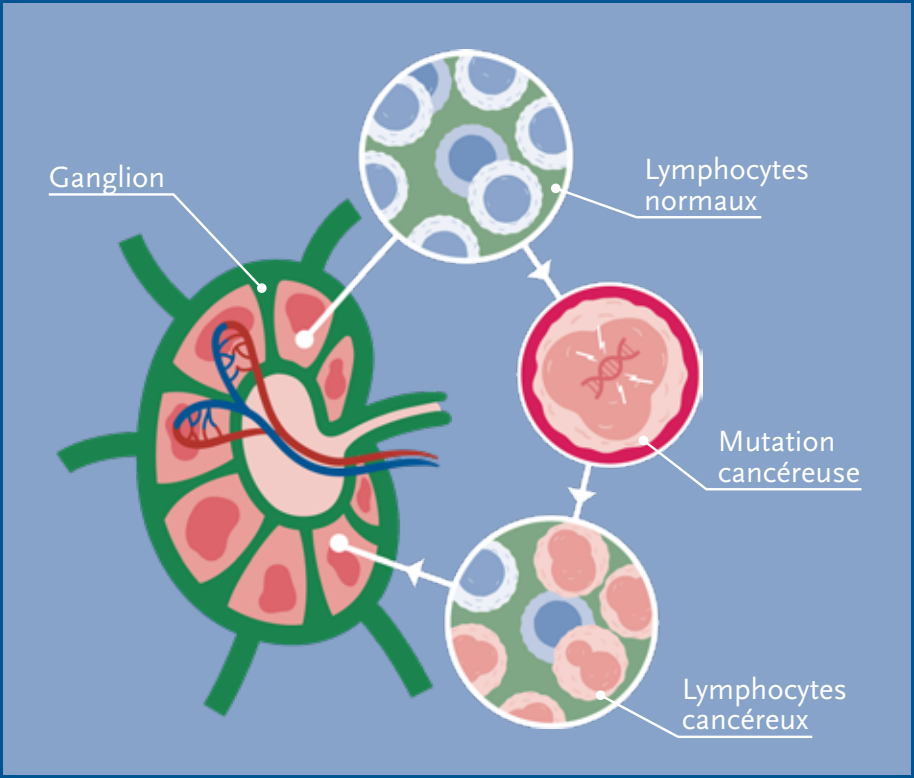

Lymphocytes
T
B
B
B
B
Agent infectieux
Ganglions lymphatiques
Vaisseaux lymphatiques

LES LYMPHOMES SONT DES CANCERS

Les cellules de notre organisme se reproduisent en permanence. Malheureusement, des erreurs, appelées **mutations**, peuvent apparaître lors de ce processus, donnant naissance à des cellules anormales.

- Ces cellules **perdent leur capacité de mort cellulaire programmée** (apoptose) qui permet aux cellules saines de s'autodétruire lorsqu'elles deviennent trop vieilles ou dysfonctionnent.
- Elles **se reproduisent de façon anarchique et non contrôlée**.

Lorsque ces cellules anormales **prolifèrent** et que le système immunitaire ne parvient plus à les éliminer, c'est le **cancer**.



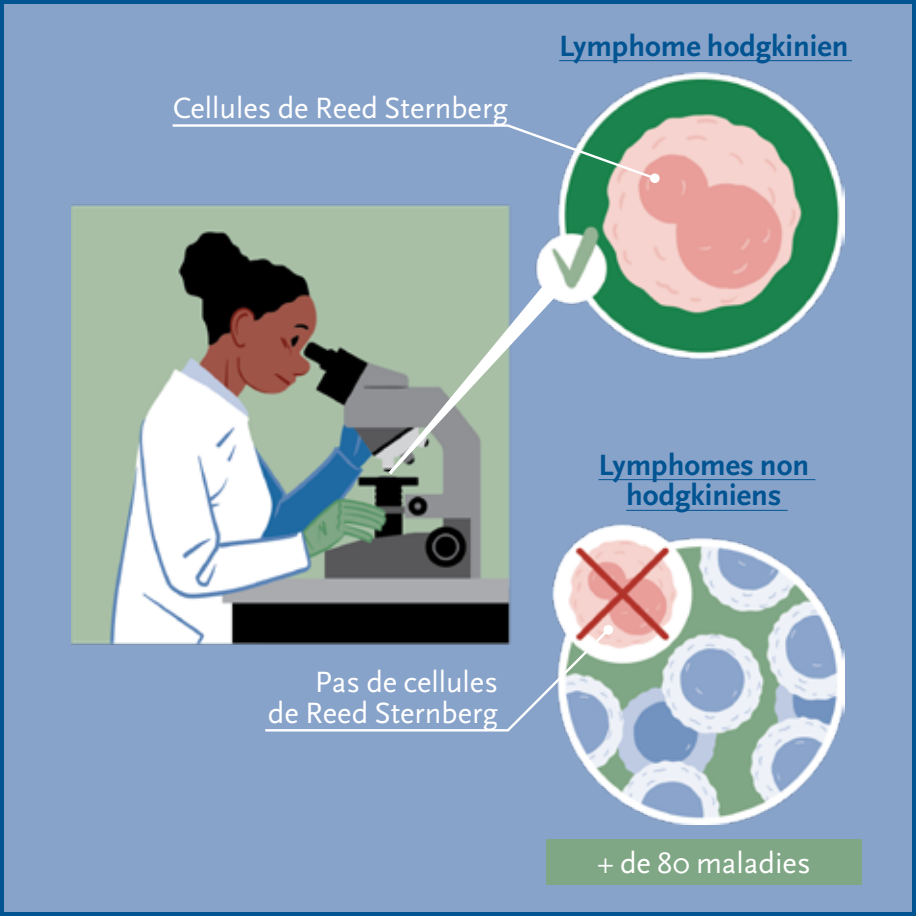
On parle de lymphome lorsque le cancer touche des lymphocytes et qu'il débute dans les tissus lymphatiques secondaires: ganglions lymphatiques, rate, tissus lymphatiques présents dans les muqueuses (MALT) de l'estomac, des bronches...

LYMPHOMES HODGKINIENS ET NON HODGKINIENS

Il existe deux types principaux de lymphomes:

- Le **lymphome hodgkinien**, caractérisé par la présence de cellules de Reed Sternberg.
- Les **lymphomes non hodgkiniens** (LNH), qui sont les plus fréquents[1] et regroupent plus de 80 maladies dont le trait commun est d'être des «cancers des lymphocytes» qui débutent dans les tissus lymphoïdes secondaires. Ils touchent toutefois différents types de lymphocytes et ont différentes caractéristiques. Les lymphomes à cellules B provenant des lymphocytes B représentent 85% des LNH.

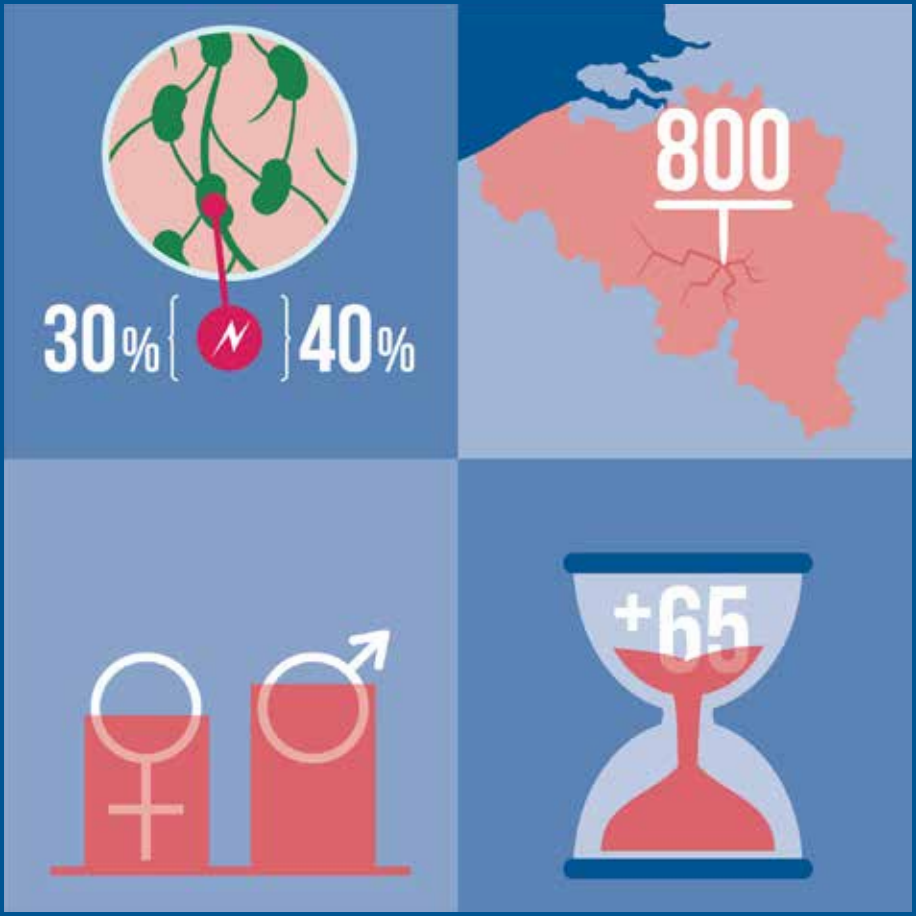
Les lymphomes non hodgkiniens sont le huitième cancer le plus fréquent en Belgique[2].


Lymphome hodgkinien
Cellules de Reed Sternberg
Lymphomes non hodgkiniens
Pas de cellules de Reed Sternberg
+ de 80 maladies

LE LDGCB, UN TYPE DE LYMPHOME NON HODGKINIEN (EN CHIFFRES)

- Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) représente **30 à 40% des lymphomes non hodgkiniens**, ce qui en fait le lymphome le plus fréquent[3].
- Il touche un peu **plus de 800 personnes par an en Belgique**[4].
- Il touche surtout des personnes de **plus de 65 ans** et majoritairement des **hommes**[5].

Les lymphocytes **circulent dans tout l'organisme**. Il n'est donc pas rare en cas de lymphome de voir d'autres ganglions ou d'autres organes atteints. Par contre, les lymphomes ne forment **pas réellement de tumeurs solides et donc pas de métastases**.


30%
40%
800
+65

LES CARACTÉRISTIQUES DU LYMPHOME DIFFUS À GRANDES CELLULES B

Le lymphome diffus à grandes cellules B ou LDGCB doit son nom au type de cellules touchées. Il se développe en effet à partir de lymphocytes B anormaux qui apparaissent particulièrement grands au microscope et sont dispersés de manière diffuse au sein des ganglions.

Il s'agit d'un **lymphome agressif** et dont l'**évolution est rapide**. Il est donc primordial d'**initier un traitement au plus tôt**.

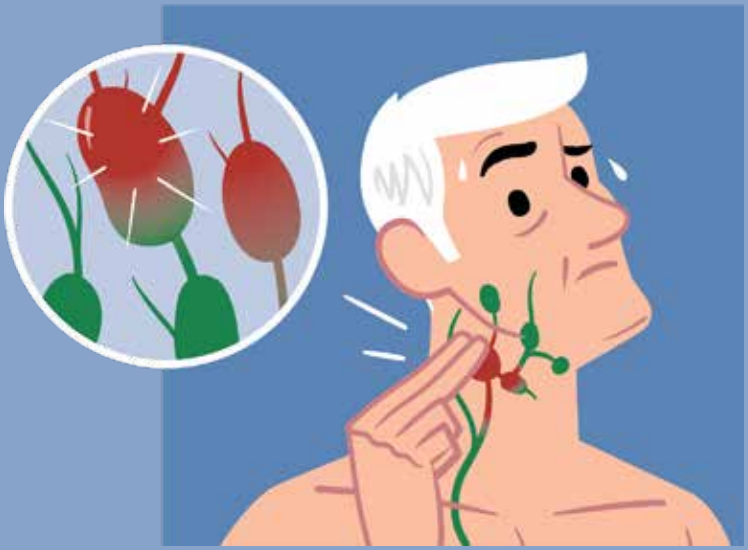
Il apparaît **le plus souvent dans les ganglions lymphatiques**, mais les cellules cancéreuses peuvent également apparaître dans d'**autres organes**, comme la peau, les os, le cerveau, la moelle épinière, la moelle osseuse, le tube digestif. On parle alors d'atteintes extra-ganglionnaires.

DES GANGLIONS GONFLÉS

La présence de ganglions gonflés (adénopathies) est un **symptôme fréquent**, mais pas systématique du lymphome diffus à grandes cellules B. Ce gonflement est dû à la **prolifération des lymphocytes B cancéreux au sein des ganglions touchés**.

Ils peuvent être palpables au niveau des aisselles, de l'aine et du cou, mais peuvent apparaître dans n'importe quelle partie du corps, comme le thorax ou l'abdomen.

Les ganglions gonflés sont **généralement indolores**, mais peuvent toutefois, en fonction de la localisation, s'accompagner de certains signes, comme une sensation de gêne ou de ballonnements au niveau de l'abdomen.



LES SYMPTÔMES B ET LES ATTEINTES EXTRA-GANGLIONNAIRES

Le lymphome diffus à grandes cellules B peut également occasionner des symptômes appelés **symptômes B**:

- **fièvre** supérieure à 38°C pendant plus d'une semaine,
- **perte inexpliquée de plus de 10% du poids corporel**,
- **sueurs nocturne**s importantes plusieurs nuits d'affilée.

La fatigue est également un symptôme fréquent. Si le lymphome a atteint d'autres organes, d'autres symptômes peuvent également apparaître **en fonction de la localisation de ces atteintes extra-ganglionnaires**.

L'ANAMNÈSE ET L'EXAMEN CLINIQUE

L'**interrogatoire par le médecin** (anamnèse) et l'**examen clinique** sont les premières étapes du diagnostic.

Au cours de la consultation, le médecin pose donc différentes questions afin d'évaluer les symptômes et de déterminer s'ils peuvent être le signe d'un lymphome diffus à grandes cellules B. Il examine différentes parties du corps, notamment au niveau du cou, des aisselles et de l'aine afin de détecter la présence de **ganglions lymphatiques gonflés**.

Il palpe également l'abdomen pour vérifier si certains organes internes comme le **foie** ou la **rate** ne sont pas a**normalement gonflés** (hépatomégalie ou splénomégalie).

S'il soupçonne la présence d'un lymphome, il prescrira **différents examens complémentaires afin de confirmer le diagnostic**.

LA PRISE DE SANG ET LA BIOPSIE

Une **prise de sang** est en général prescrite afin de réaliser un **hémogramme** (analyse des cellules sanguines), de r**echercher la présence de certaines infections** (virus d'Epstein-Barr ou VIH, par exemple) qui peuvent en effet avoir un impact sur le traitement, ou encore pour **récolter certaines données**, telles que le taux de lactate déshydrogénase (LDH), une protéine que l'on retrouve dans le sang.

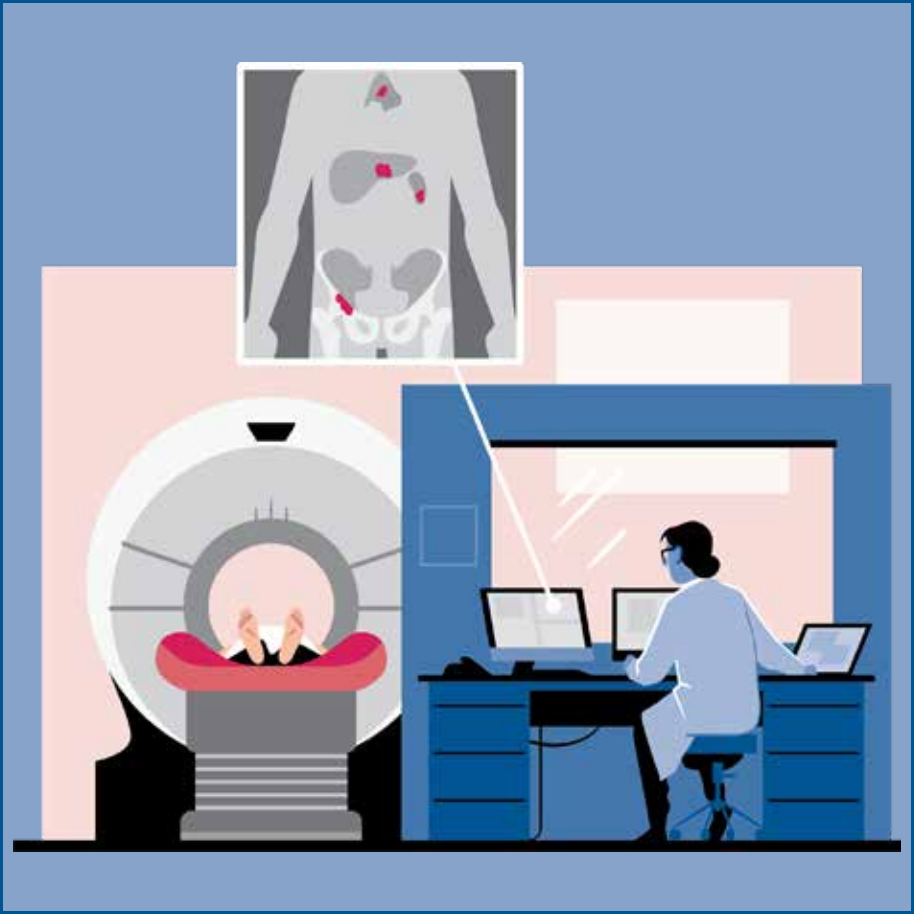
La **biopsie** est le seul moyen de **confirmer le diagnostic**. Elle consiste à prélever chirurgicalement ou à l'aide d'un trocart un fragment des ganglions ou des tissus atteints afin de les faire **examiner au microscope** par un spécialiste, l'anatomopathologiste.

L'anatomopathologiste pourra confirmer s'il s'agit ou non d'un lymphome et de quel type afin d'orienter au mieux les décisions thérapeutiques à venir.

LE BILAN D'EXTENSION

Le bilan d'extension permet de **vérifier** si le cancer s'est **étendu à d'autres tissus** et de préciser lesquels. Cette information est primordiale pour choisir le meilleur traitement.

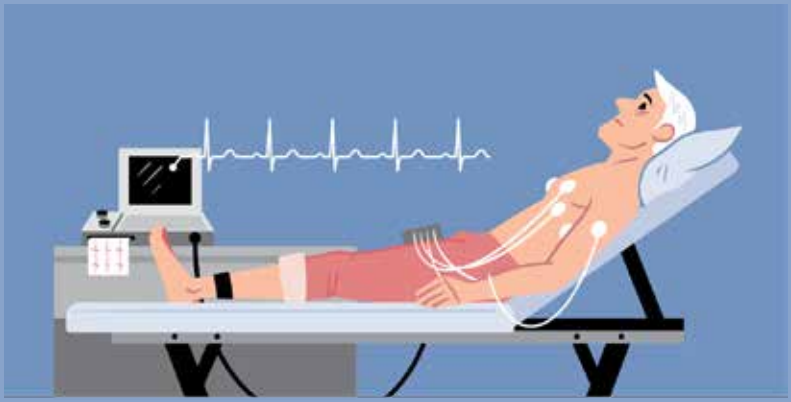
Il consiste généralement en un **PET-Scan** (Tomographie par Émission de Positrons couplée à un scanner), mais d'autres examens d'imagerie peuvent également être prescrits, comme une IRM si l'on soupçonne la présence de cellules cancéreuses au niveau du système nerveux central.



LE BILAN GÉNÉRAL DE SANTÉ

On pourra procéder également à différents examens afin d'**évaluer l'état général de santé du patient**.

Certains traitements peuvent en effet avoir un impact sur certains organes, comme le cœur ou les reins. Il est donc nécessaire, avant de les administrer, de vérifier leur fonction afin d'adapter au mieux les dosages et les protocoles.



UNE ÉVOLUTION RAPIDE: TRAITER AU PLUS VITE

Le lymphome diffus à grandes cellules B est **agressif** et **se développe rapidement**. La durée de survie moyenne si ce lymphome n'est pas traité est d'un an en moyenne[6].

Il est donc **primordial d'initier un traitement le plus rapidement possible**, idéalement dans les jours ou les semaines qui suivent le diagnostic. Il peut toutefois être guéri. Environ six à sept patients sur dix guérissent après le traitement de première ligne[6]. Et des traitements existent en cas d'échec de cette 1re ligne de traitement.

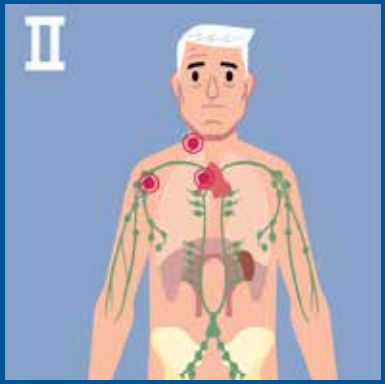
DLBCL

LA STADIFICATION (CLASSIFICATION D'ANN ARBOR)

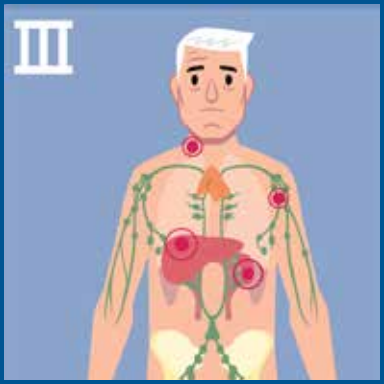
Le stade décrit l'**extension de la maladie au sein de l'organisme**. On en distingue quatre:

- **Stade I**: le lymphome est localisé dans un seul groupe de ganglions lymphatiques ou dans un seul organe du système lymphatique;
- **Stade II**: on retrouve des cellules du lymphome dans au moins deux groupes de ganglions ou dans un ou plusieurs ganglions ainsi que dans un organe situé du même côté du diaphragme (le muscle situé sous les poumons);
- **Stade III**: les cellules du lymphome ont atteint des ganglions lymphatiques et/ou des organes proches des ganglions situés des deux côtés du diaphragme (thorax, abdomen);
- **Stade IV**: les cellules cancéreuses se sont propagées à la moelle osseuse ou à d'autres organes situés à distance des ganglions touchés.

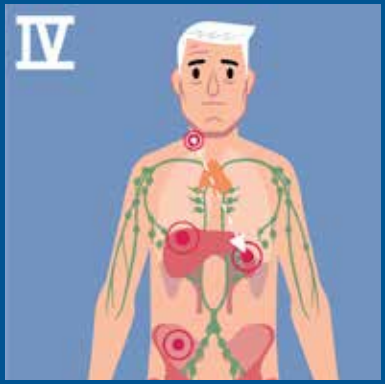
Un ganglion ou un organe



Deux ganglions ou un ganglion et un organe à proximité



Des deux côtés du diaphragme



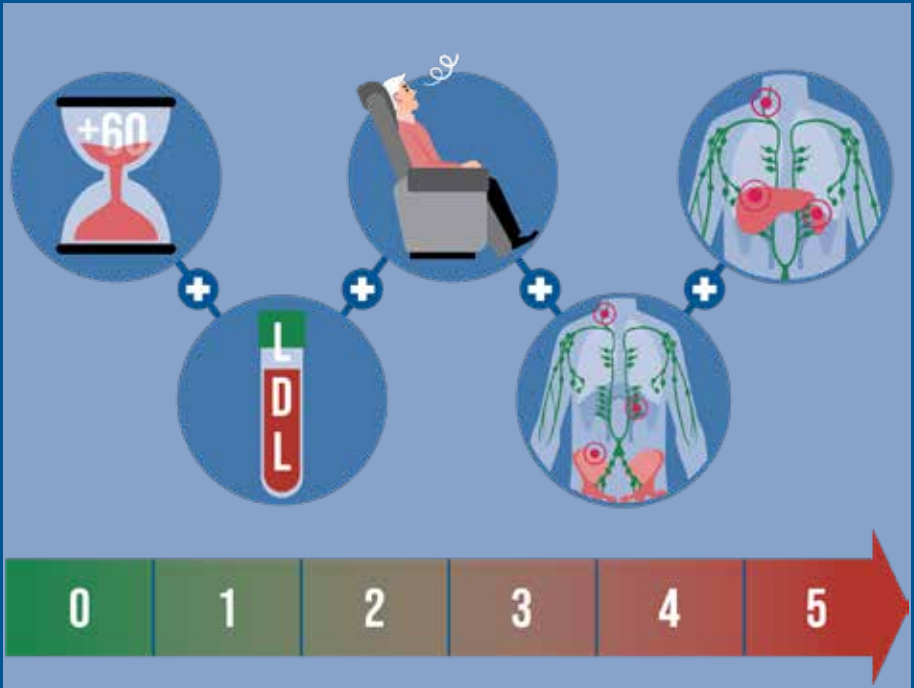
Moelle osseuse envahie ou organe distant touché

LE PRONOSTIC (IPI)

Le **pronostic** (ou Index Pronostic International, IPI) permet d'identifier les personnes plus à **risque d'évolution défavorable** de leur lymphome.

Il établit un score de 0 (risque faible) à 5 (risque élevé) en fonction de différents facteurs de risque[7]:

- un âge **supérieur à 60 ans**,
- un **taux élevé de lactate déshydrogénase** (LDH), une protéine que l'on retrouve dans le sang,
- l'**état général** du patient,
- un lymphome de **stade III ou IV**,
- un nombre d'**atteintes extra-ganglionnaires supérieur à 1**.



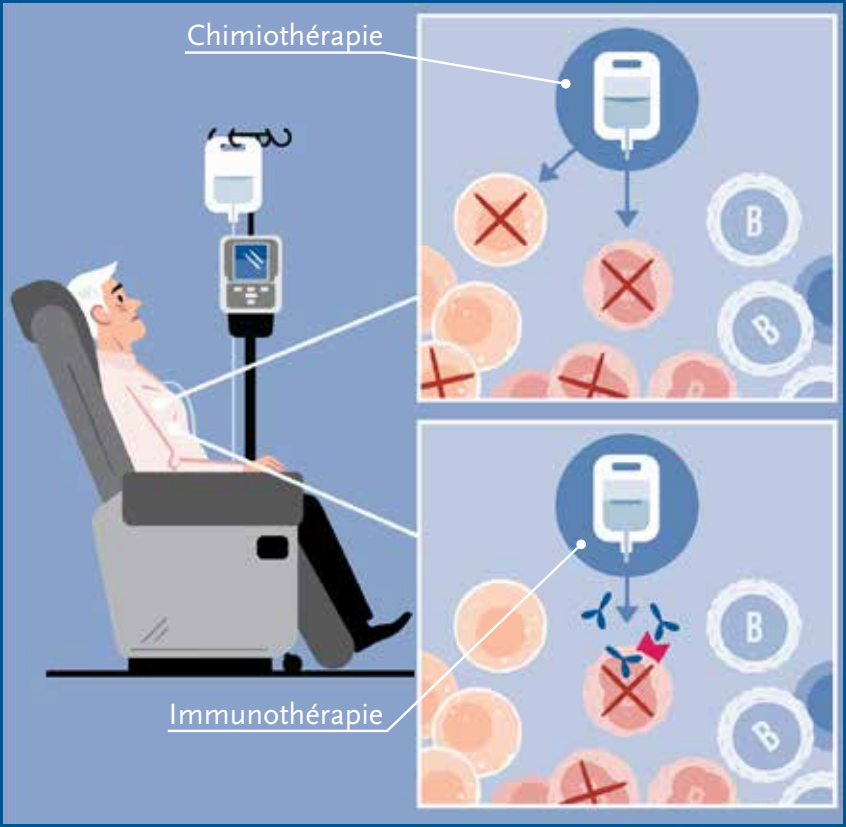
L'IPI décrit le risque d'évolution défavorable via un score de 0 (faible) à 5 (élevé).

La stadification et l'IPI permettent de choisir le traitement le mieux adapté à chaque patient.

LE TRAITEMENT DE 1RE LIGNE: L'IMMUNOCHIMIOTHÉRAPIE

Le **premier traitement** généralement prescrit en cas de LDGCB est une **immunochimiothérapie**. Il combine:

- une **(poly)chimiothérapie**, composée généralement de quatre principes actifs (CHOP). Celle-ci détruit les cellules qui se divisent rapidement à travers tout l'organisme, et donc les cellules cancéreuses.
- une **immunothérapie**, qui permet de cibler un antigène (CD20) présent à la surface des lymphocytes B. Il détruit donc les cellules cancéreuses et les lymphocytes B sains, mais épargne les autres cellules du corps. L'antigène n'est toutefois pas présent à la surface des lymphocytes B immatures qui sont donc épargnés et peuvent ensuite générer de nouveaux lymphocytes B adultes sains.



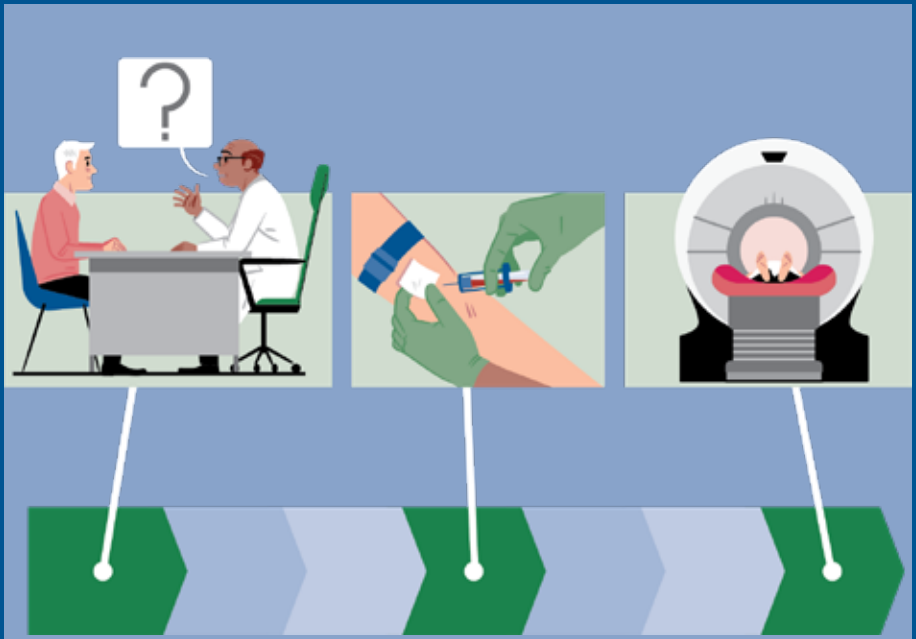
L'immunochimiothérapie combine deux traitements qui ont des mécanismes d'action différents.

LA RÉMISSION ET LE SUIVI APRÈS LE TRAITEMENT DE 1RE LIGNE

Le traitement de première ligne permet d'obtenir une **rémission chez plus ou moins deux tiers des patients**[8].

Un **PET-scan** est prévu à la moitié et à la fin du traitement pour déterminer la réponse thérapeutique. Si la réponse est complète, des rendez-vous de **contrôle réguliers** avec anamnèse (interrogatoire par le médecin) et examen clinique sont programmés, tous les trois mois d'abord, puis tous les six mois, afin de détecter au plus tôt une éventuelle rechute.

La majorité des rechutes ont lieu dans les deux années suivant le traitement, mais elles peuvent également apparaître plus tard[9].



RÉMISSION OU GUÉRISON?

La rémission signifie qu'il n'y a plus aucune trace de cancer après traitement. Il existe cependant toujours un risque de récidive du cancer ou d'apparition de métastases. On parle de guérison si aucune récidive n'est apparue plusieurs années après la fin du traitement.

LES RISQUES DE RECHUTE ET LE TRAITEMENT DE 2E LIGNE

Malheureusement, 30 à 40% des patients n'obtiennent pas de résultats satisfaisants avec le traitement de 1re ligne[10]:

- Ils **rechutent**, c'est-à-dire que le cancer réapparaît après avoir disparu un temps. Si la rechute est précoce (endéans l'année), le pronostic est défavorable.
- Ils sont **réfractaires**, c'est-à-dire que le premier traitement ne donne pas les résultats attendus et ne permet pas la disparition du lymphome.

Dans ces cas, une **chimiothérapie dite de rattrapage** peut être proposée. Elle peut être suivie en cas de réponse par une **greffe de moelle**.

1
30%
40%
2

LA GREFFE DE MOELLE

La **moelle** est la substance spongieuse qui se trouve à l'intérieur des os et dont sont issues les cellules souches qui donnent naissance aux globules rouges, aux globules blancs et aux plaquettes. Dans le cadre d'une greffe de moelle, ce sont ces **cellules souches qui sont greffées** au patient.

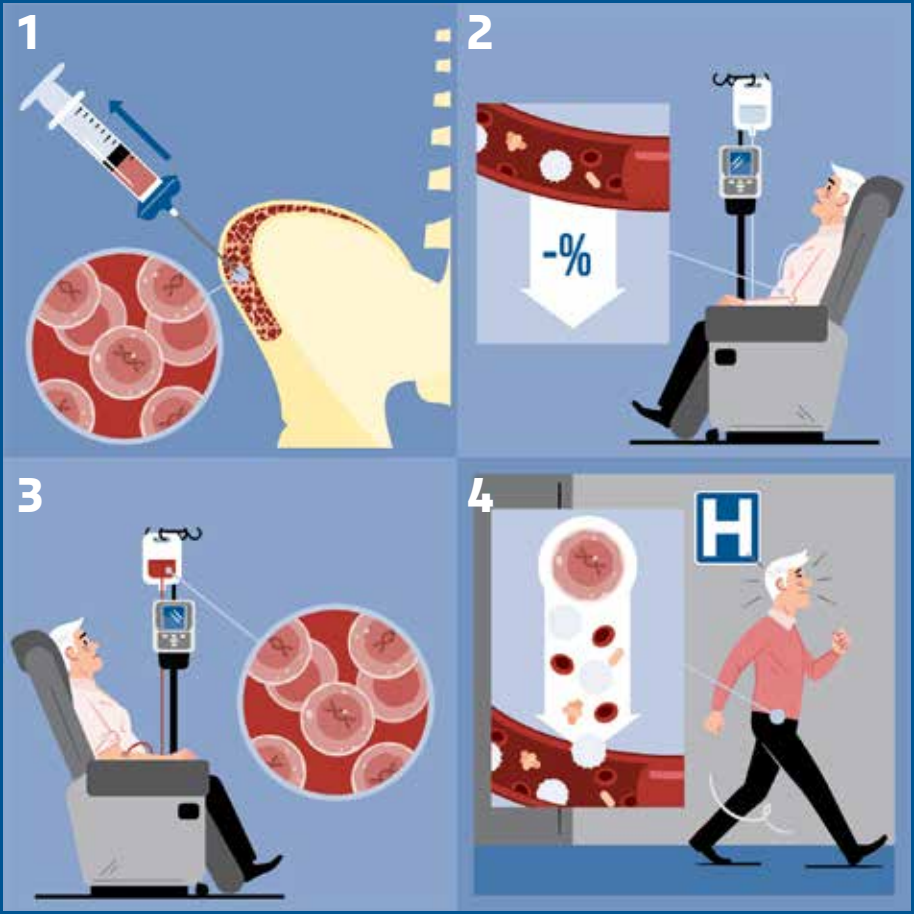
Une greffe de moelle peut permettre chez les patients en échec thérapeutique de **«réinitialiser» la production des cellules sanguines** et donc des lymphocytes après de fortes doses de chimiothérapie.

Seuls 50% des patients en échec thérapeutique après un traitement de 1re ligne **peuvent toutefois en bénéficier**[11].

Une greffe de moelle est éprouvante pour l'organisme, et il est nécessaire de prendre en compte l'état général du patient, son âge et la présence de certaines comorbidités (autres pathologies) avant de l'envisager.

LE DÉROULEMENT DE LA GREFFE DE MOELLE

1. Pour réaliser une greffe de moelle, les **cellules souches sanguines du patient sont prélevées** soit en filtrant le sang (cytaphérèse), soit en prélevant de la moelle directement dans certains os (crête iliaque, sternum…).
2. Le patient est ensuite hospitalisé et reçoit de **très fortes doses de chimiothérapies qui détruisent les cellules cancéreuses** ainsi que les **cellules souches sanguines** du patient. Il ne peut donc plus produire de nouvelles cellules sanguines. Son système immunitaire est fortement affaibli. C'est l'**aplasie médullaire**.
3. Les **cellules souches sont injectées au patient par voie intraveineuse**.
4. Au bout de quelques semaines, les cellules souches recommencent à produire des cellules sanguines, et notamment des lymphocytes sains. L'**aplasie est terminée et le patient peut sortir de l'hôpital**.


1
2
-%
3
4
H

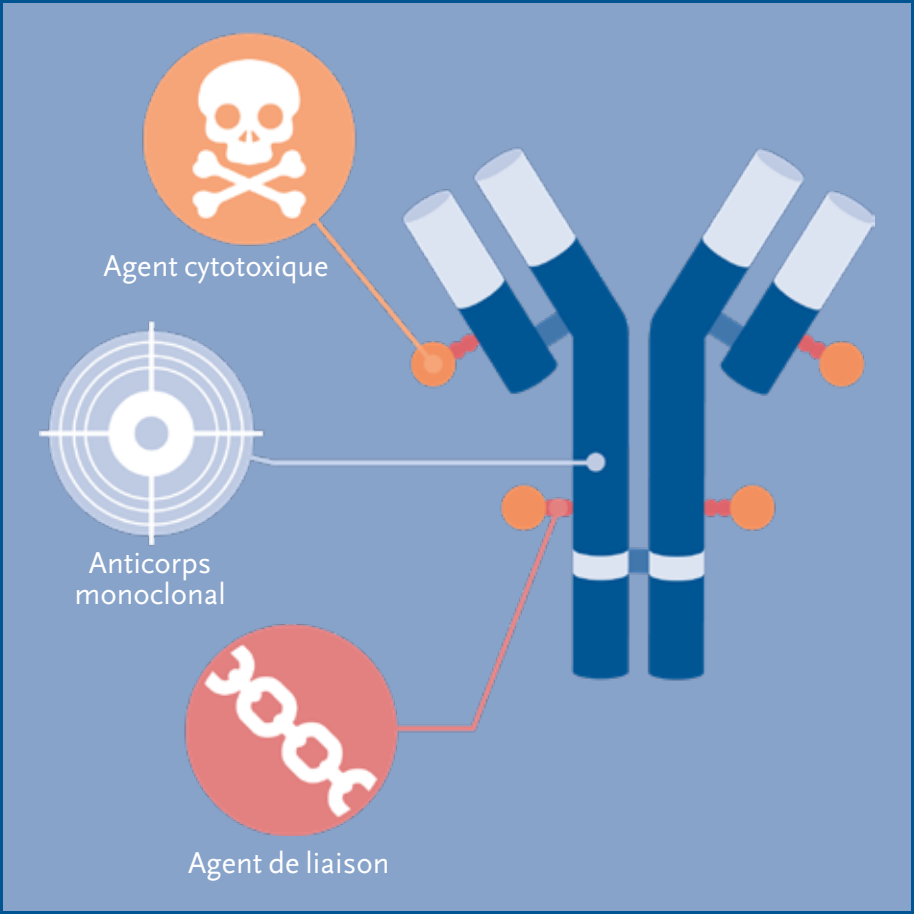
LES ANTICORPS CONJUGUÉS: DES TRAITEMENTS INNOVANTS

La recherche avance et de nouveaux traitements ont fait leur apparition ces dernières années, notamment les **anticorps conjugués**, qui ciblent les cellules cancéreuses en limitant les dégâts occasionnés aux cellules saines.

Les anticorps conjugués sont composés:

- d'un **anticorps monoclonal**, qui cible un antigène spécifique présent à la surface des cellules cancéreuses, comme le ferait une tête chercheuse;
- d'un **agent cytotoxique**, comme ceux utilisés dans les chimiothérapies, qui empoisonne les cellules cancéreuses ciblées;
- d'un **agent de liaison** qui lie les deux premiers composants.

Ils peuvent être proposés en tant que traitement de 3e, voire de 2e ligne.


Agent cytotoxique
Anticorps monoclonal
Agent de liaison

LES ANTICORPS CONJUGUÉS: EN PRATIQUE

1. Une fois dans le sang, les anticorps conjugués **identifient les cellules cancéreuses** et se fixent à leur antigène.

2. Ils sont ensuite **internalisés** dans la cellule cancéreuse.

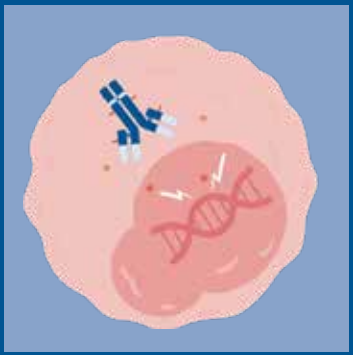
3. Là, l'anticorps conjugué **libère son agent cytotoxique**.

4. Ce qui permet d'empoisonner la cellule et de la **détruire**.

En amenant directement les médicaments antitumoraux (agent cytotoxique) dans les cellules cancéreuses, les anticorps conjugués permettent d'épargner les cellules saines. Il est donc possible d'**augmenter les doses en limitant les effets secondaires**, par rapport à une chimiothérapie traditionnelle[12].

Fixation aux antigènes des cellules cancéreuses

Internalisation dans la cellule cancéreuse



Libération de l'agent cytotoxique

Destruction de la cellule cancéreuse

Les anticorps conjugués sont administrés à l'hôpital par perfusion intraveineuse pendant 30 minutes à plusieurs heures.

L'IMMUNOTHÉRAPIE PAR CELLULES CAR-T

L'**immunothérapie par cellules CAR-T** est un nouveau type de traitement disponible après la 2e ligne de traitement.

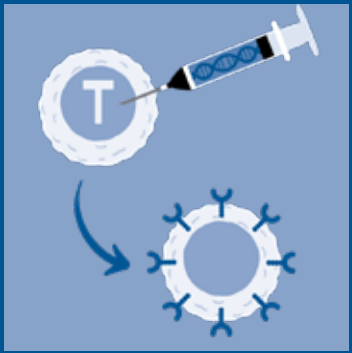
1. Tout d'abord, le sang est filtré à travers une machine pour ne garder que les **lymphocytes T**.

2. Les lymphocytes T sont ensuite envoyés en laboratoire pour être **génétiquement modifiés** et devenir des **cellules CAR-T**.

3. Une chimiothérapie est administrée. Quelques jours plus tard, les cellules CAR-T sont **réinjectées** au patient.

4. Grâce à leurs nouveaux récepteurs, les **cellules CAR-T reconnaissent mieux** les cellules cancéreuses et les **détruisent**.

Leucaphérèse



Modification des lymphocytes T en laboratoire

Réinjection des lymphocytes modifiés (CAR-T)

Destruction des cellules cancéreuses

D’autres traitements innovants tels que les anticorps bivalents sont également actuellement à l’étude.

APRÈS LE TRAITEMENT: LE SUIVI

Après le traitement, différents **rendez-vous de contrôle** (PET-scan à la fin du traitement) et des examens cliniques sont organisés d'abord **tous les trois mois** la première année, **puis tous les sic mois à un an**[13] afin d'évaluer la réussite des traitements et de détecter l'apparition d'une éventuelle rechute.

Ces rendez-vous de contrôle peuvent par ailleurs être l'occasion de **poser ses questions** à l'hématologue ou encore d'**évoquer** avec lui l'apparition d'**éventuels effets secondaires**, comme la fatigue qui peut avoir un impact considérable au quotidien.

Rendez-vous de contrôle tous les trois mois, puis tous les six mois.

TROUVER DU SOUTIEN: LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS

Se battre contre un cancer est **éprouvant**. Vivre dans la crainte d'une rechute peut par ailleurs avoir un **impact psychologique non négligeable**, que ce soit pour les patients ou leurs proches.

N'hésitez pas à demander à votre **oncologue** ou à votre **infirmière coordinatrice de soins en oncologie** s'ils peuvent vous rediriger vers une association de patients ou vers d'autres services utiles, comme des **soins de bien-être** ou du **soutien psychologique**...

La **Fondation contre le Cancer** (www.cancer.be) propose également différents services et une ligne téléphonique d'information et d'écoute. Appelez gratuitement le 0800 15 801 tous les jours ouvrables de 9h à 18h.

RÉFÉRENCES

1. Numbers derived from Globocan 2018. World fact sheet. [Internet; cited December 2019]. Available from: http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf.
2. https://kankerregister.org/Statistieken_tabellen_jaarbasis (C82-86).
3. Lyon, France. World Health Organization Classification of Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. IARC Press; 2017.
4. Diffuse large B-cell lymphoma: number of newly diagnosed cases, gross incidence and age standardized incidence, Belgium, 2013-2017
5. Lymphoma Action. Diffuse large B-cell lymphoma. [Internet; cited December 2019]. Available from: https://lymphoma-action.org.uk/sites/default/files/media/documents/2018-06/LYMweb0018DLBCL2016v2.2.pdf.
6. Sehn L, et al. Diffuse large B-cell lymphoma: optimizing outcome in the context of clinical and biologic heterogeneity. Blood. 2015;125:22–32.

7. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. N Engl J Med 1993; 329: 987-94.

8. Maurer, MJ et al. Event-free survival at 24 months is a robust end point for disease-related outcome in diffuse large B-cell lymphoma treated with immunochemotherapy. J Clin Oncol. 2014; 32: 1066-73.

9. G. Verhoef, W. Schroyens, D. Bron, C. Bonnet, V. De Wilde, A. Van Hoof, A. Janssens, D. Dierickx, M. André, E. Van Den Neste. Guidelines for newly diagnosed diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) and relapsed DLBCL. Belg J Hematol 2013;4(2):51-57.

10. Sehn L, et al. Diffuse large B-cell lymphoma: optimizing outcome in the context of clinical and biologic heterogeneity. Blood. 2015;125:22–32.

11. Gisselbrecht C, Van Den Neste E. How I manage patients with relapsed/refractory diffuse large B cell lymphoma. Br J Haematol. 2018;182:633–643.

12. Beck, A. et al. Strategies and challenges for the next generation of antibody–drug conjugates. Nat Rev Drug Discov. 2017. 16(5):315-337.

13. G. Verhoef, W. Schroyens, D. Bron, C. Bonnet, V. De Wilde, A. Van Hoof, A. Janssens, D. Dierickx, M. André, E. Van Den Neste. Guidelines for newly diagnosed diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) and relapsed DLBCL. Belg J Hematol 2013;4(2):51-57.

Date: .....

Notes du patient

Les Guides Visuels du Patient

Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)

Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) est un cancer agressif des lymphocytes B, un type très spécialisé de globule blancs. Quels sont les symptômes? Comment pose-t-on le diagnostic? Comment évolue ce lymphome et comme est-il traité? Ce Guide Visuel du Patient vous permettra de mieux comprendre votre maladie.

D/2020/9601/...

Avec le soutien de Roche