

Le lymphome

Sommaire

Le lymphome est un cancer qui touche une partie du système immunitaire appelée système lymphatique. Comme tous les cancers, les possibilités de traitement du lymphome sont meilleures lorsque celui-ci est détecté tôt. En général, le traitement antirétroviral (TAR) réduit considérablement le risque de lymphome pour les personnes vivant avec le VIH. Le TAR renforce aussi le système immunitaire et ceci peut faciliter le traitement contre le cancer.

À propos du système lymphatique

Le système lymphatique est un vaste réseau de vaisseaux se déployant dans diverses parties de l'organisme. Le système lymphatique aide à combattre les infections et les maladies. Ces vaisseaux transportent de la lymphe, un liquide clair qui contient des cellules du système immunitaire. Le système lymphatique est parsemé de petites grappes de tissu, appelées ganglions lymphatiques, lesquels retiennent et filtrent les germes. Un grand nombre de ganglions lymphatiques se trouvent dans le cou, les aisselles et l'aîne. (Ce sont ces ganglions enflés que votre médecin ou vous remarquez lorsque vous êtes malade.)

En plus des ganglions lymphatiques, d'autres types de tissu lymphatique sont présents dans l'organisme, notamment les amygdales, la rate, la moelle osseuse et le thymus. Puisque le système lymphatique s'étend dans tout l'organisme, le lymphome peut se déclarer et se répandre dans presque toutes les parties de l'organisme, y compris la moelle épinière et le cerveau.

Qu'est-ce que le lymphome?

Le terme générique lymphome est utilisé pour décrire différents cancers touchant le système lymphatique. Il existe deux principales sortes de lymphome :

- le lymphome de Hodgkin
- le lymphome non hodgkinien

Le lymphome peut encore être subdivisé en plusieurs sous-types selon l'apparence des tumeurs lorsqu'elles sont observées sous un microscope. Ces sous-types peuvent inclure :

- lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL)

FEUILLET
D'INFORMATION

Publié en
2019

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

par téléphone

1.800.263.1638

416.203.7122

par télécopieur

416.203.8284

par courriel

info@catie.ca

par la poste

555, rue Richmond Ouest
Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

- lymphome plasmablastique
- lymphome à épanchement primaire
- lymphome primaire du SNC (qui affecte le cerveau et/ou la moelle épinière)
- lymphome de Burkitt

Qui est vulnérable au lymphome ?

De vastes études de notre époque ont révélé que les personnes séropositives courent un risque plus élevé de développer ces cancers. Des chercheurs en Amérique du Nord, travaillant avec de l'information sur la santé recueillie auprès d'environ 90 000 personnes séropositives et 200 000 personnes séronégatives ont estimé que d'ici l'âge de 75 ans, environ 5 % des personnes séropositives seraient susceptibles de développer un lymphome non hodgkinien et environ 1 % seraient susceptibles de développer un lymphome de Hodgkin. Les personnes séropositives sont beaucoup plus à risque de développer ces cancers que les personnes séronégatives.

Il est très important de prendre le TAR tous les jours et d'atteindre et de maintenir une charge virale indétectable car ceci aide à renforcer le système immunitaire. Bien que le TAR puisse rendre la quantité de VIH dans le sang indétectable et prolonger la survie d'une personne, le TAR ne pénètre pas bien dans le système lymphatique. Par conséquent, le VIH peut encore infecter les cellules du système immunitaire à l'intérieur des ganglions lymphatiques et des tissus lymphatiques. Ces cellules produisent des protéines liées au VIH qui peuvent stimuler le développement anormal et la croissance de cellules du système immunitaire. Avec le temps, une ou plus de ces cellules peut se transformer en tumeurs. Les cellules qui peuvent se transformer en tumeurs de lymphome sont principalement des cellules B, mais il arrive aussi, quoique peu fréquemment, que les cellules T se transforment en lymphome.

Lors d'une étude de relativement grande envergure menée en Allemagne, on a évalué les comptes de cellules CD4+ et de CD8+ un an avant le diagnostic d'un lymphome chez des personnes séropositives. Les médecins ont constaté que, chez les personnes ayant une charge virale indétectable qui prenaient

leur TAR tous les jours comme prescrit, les comptes de cellules CD4+ ont baissé de 168 cellules en moyenne 12 mois avant le diagnostic de lymphome. Pour leur part, les comptes de cellules CD8+ ont baissé d'environ 352 cellules en moyenne 12 mois avant le diagnostic de lymphome. Il est possible que cette baisse des comptes cellulaires soit un signe avertisseur de l'évolution d'un lymphome. Les chiffres que nous avons mentionnés représentent des changements moyens dans les comptes de cellules. Chez certains patients, les baisses ont été relativement faibles. Rappelons que les comptes de cellules peuvent diminuer pour d'autres raisons et qu'une baisse d'un compte de cellules ne signifie pas toute seule que vous avez le lymphome.

Des membres courants de la famille des virus de l'herpès comme l'EBV (virus Epstein-Barr) ont été associés à un risque accru de lymphome.

Symptômes

L'inflammation des ganglions lymphatiques dans le cou, aux aisselles et à l'aîne est le symptôme le plus courant du lymphome. L'inflammation est généralement indolore. Si vous remarquez une inflammation persistante des glandes lymphatiques, informez-en votre médecin.

D'autres symptômes qui accompagnent souvent l'inflammation des ganglions lymphatiques comprennent :

- fièvre
- sueurs nocturnes
- perte de poids involontaire
- fatigue inattendue

L'inflammation des ganglions lymphatiques et les autres symptômes mentionnés ci-dessus sont communs à de nombreuses maladies qui peuvent toucher les personnes vivant avec le VIH. En d'autres mots, la présence de ganglions lymphatiques, avec ou sans ces autres symptômes, ne veut pas dire dans tous les cas que vous avez un cancer. Cependant, cela veut dire que vous avez besoin de voir votre médecin pour faire évaluer votre état de santé.

Si un lymphome se développe dans d'autres parties de l'organisme, il peut provoquer des symptômes liés à ces parties du corps, notamment :

- un lymphome du tractus gastro-intestinal peut provoquer des douleurs abdominales et une inflammation du foie;
- un lymphome de la bouche peut provoquer des douleurs et une inflammation localisée;
- un lymphome du cerveau peut provoquer des maux de tête, des crises épileptiques et des difficultés de concentration.

Diagnostic

On diagnostique le lymphome au terme d'une procédure appelée biopsie. Pour faire une biopsie, le médecin prélève un petit échantillon de tissu dans la région touchée. Le tissu est ensuite examiné au microscope afin de déceler la présence d'un lymphome et de déterminer les types de cellules affectées et la vitesse à laquelle les cellules cancéreuses se multiplient.

Si la biopsie révèle un lymphome, le médecin recommandera sans doute d'autres examens – tels que des rayons X ou des techniques d'imagerie plus sophistiquées comme :

- tomodensitométrie
- examen par IRM (imagerie par résonance magnétique) ou
- examen TEP (tomographie par émission de positons)

Ces examens fournissent généralement plus d'information que les rayons X et aideront votre médecin à déterminer la taille de la ou des tumeurs, si le cancer s'est propagé et dans quelle mesure. Ce processus, appelé stadification, permettra de déterminer le traitement le plus approprié.

Dans certains cas, une intervention appelée laparotomie peut être pratiquée afin de permettre au médecin d'examiner les organes internes et d'effectuer des biopsies supplémentaires. Une biopsie de la moelle osseuse et une ponction lombaire peuvent également être nécessaires pour déterminer la gravité du lymphome.

Traitement

Le TAR peut faciliter le traitement du lymphome non hodgkinien. Depuis les années 1990, des études ont montré que les personnes séropositives qui suivent un TAR et qui reçoivent plus tard un diagnostic de lymphome non hodgkinien vivent plus longtemps que les personnes qui ne suivent pas de TAR.

Votre médecin spécialiste du cancer élaborera un plan de traitement du lymphome pour vous. Le traitement contre le cancer recommandé par votre médecin dépendra du type de lymphome dont vous êtes atteint, de son ampleur, de la vitesse à laquelle il se propage, et de votre état de santé global, surtout l'état de votre système immunitaire. Votre médecin recommandera sûrement l'une des approches suivantes :

Approche attentiste

Si le lymphome est petit, se développe lentement et a été détecté à un stade précoce, votre médecin pourrait vous proposer d'attendre. Cela pourrait vous surprendre, mais gardez à l'esprit qu'un traitement n'est peut-être pas initialement nécessaire lors de stades très précoces du cancer. Votre médecin continuera de surveiller votre cancer de près et vous conseillera un traitement seulement si et quand le lymphome se met à grossir.

Si le cancer se propage plus rapidement, votre médecin pourrait recommander des médicaments anticancéreux (chimiothérapie) ou une radiothérapie. Lorsqu'une tumeur se développe et grandit rapidement, elle répond mieux à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

Chimiothérapie

Le lymphome non hodgkinien est habituellement traité par des médicaments (aussi appelé chimiothérapie ou chimio) qui tuent les cellules cancéreuses. Les médicaments se prennent sous forme de pilules ou d'injections dans une veine (intraveineuses), dans un muscle (intramusculaires) ou dans le liquide entourant le cerveau et la moelle épinière. Les effets secondaires de la chimiothérapie sont temporaires et peuvent comprendre des nausées, des vomissements, de la

fatigue, de la diarrhée, des plaies dans la bouche et la perte des cheveux. Le médecin peut prescrire des médicaments supplémentaires pour réduire les effets secondaires. Votre infirmière spécialiste du cancer et pharmacien peuvent vous aider à trouver des façons de gérer certains de ces effets secondaires temporaires.

Radiothérapie

La radiothérapie peut remplacer ou compléter la chimiothérapie. Ce traitement utilise la radiation pour aider à réduire les tumeurs et à détruire les cellules cancéreuses.

Dans le cadre de la radiothérapie, une machine installée à l'extérieur du corps projette des rayons X à haute énergie sur des régions précises du corps. Le nombre de traitements requis varie d'une personne à l'autre, selon son état de santé global, l'état de son système immunitaire, la région touchée par le lymphome, et la tolérance aux traitements.

Dans une minorité de cas, le lymphome peut réapparaître après avoir été traité et guéri. Des essais cliniques ont révélé que les greffes de moelle osseuse pouvaient aider les personnes séropositives à se remettre d'une récurrence de lymphome.

Malheureusement, la chimiothérapie et la radiothérapie affaiblissent temporairement le système immunitaire et dans certains cas peuvent faire augmenter le risque qu'une personne souffre d'infections potentiellement mortelles appelées infections opportunistes. Ces infections potentiellement mortelles se manifestent lorsque le système immunitaire est très affaibli et que le corps devient vulnérable aux infections qui n'affecteraient pas une personne en bonne santé. Votre médecin pourrait vous donner des antibiotiques et/ou d'autres médicaments pour réduire votre risque de développer ces infections.

Le TAR a le potentiel d'interagir avec la chimiothérapie et d'accroître ou de réduire ainsi les taux de médicaments chimiothérapeutiques dans votre organisme. Selon l'interaction en question, cela peut affaiblir l'effet anticancéreux de la chimiothérapie ou provoquer des effets secondaires plus intenses. D'ordinaire, un pharmacien à votre

centre de traitement du cancer examinera votre TAR (et tous les autres médicaments que vous prenez) afin de s'assurer qu'il n'y aura pas d'interaction avec votre chimiothérapie. De plus en plus, les médecins qui soignent des personnes séropositives atteintes de cancer ont tendance à inclure un inhibiteur de l'intégrase dans le TAR de leurs patients parce que cette classe de médicaments n'interagit pas généralement avec la chimiothérapie.

Perspectives

Le traitement peut faire en sorte que les tumeurs diminuent et même disparaissent. Par conséquent, les signes et les symptômes du cancer peuvent aussi disparaître. Lorsque les examens de haute résolution (tomodensitométrie, IRM ou TEP) ne peuvent plus détecter de tumeurs et que vos symptômes ont disparu, demandez à votre médecin si votre cancer est en rémission. De façon générale, on considère comme guéries les personnes qui sont en rémission depuis cinq ans. Comme le TAR améliore énormément la santé générale et la survie des personnes séropositives, les taux de survie après l'entrée en rémission du lymphome sont très bons. Notons cependant que le lymphome peut revenir dans une minorité de cas. Si cela produit, votre médecin pourra élaborer un nouveau plan de traitement et discuter de vos options. On accomplit des progrès dans le domaine du traitement du cancer, et les options pour faire face à une récurrence pourraient être différentes de votre traitement initial contre le cancer.

Références

Ambinder RF, Wu J, Logan B, et al. Allogeneic hematopoietic cell transplant for HIV patients with hematologic malignancies: the BMT CTN-0903/AMC-080 trial. *Biology of Blood and Bone Marrow Transplantation*. 2019; *in press*.

Epeldegui M, Conti DV, Guo Y, et al. Elevated numbers of PD-L1 expressing B cells are associated with the development of AIDS-NHL. *Scientific Reports*. 2019 Jun 28;9(1):9371.

Noy A. Optimizing treatment for HIV-associated lymphoma. *Blood*. 2019; *in press*.

Makgoeng SB, Bolanos RS, Jeon CY, et al. Markers of immune activation and inflammation, and non-Hodgkin lymphoma: A meta-analysis of prospective studies. *JNCI Cancer Spectrum*. 2018 Dec;2(4):pky082.

Hernández-Ramírez RU, Qin L, Lin H, et al. Association of immunosuppression and HIV viraemia with non-Hodgkin lymphoma risk overall and by subtype in people living with HIV in Canada and the USA: a multicentre cohort study. *Lancet HIV*. 2019 Apr;6(4):e240-e249.

Thompson CG, Rosen EP, Prince HMA, et al. Heterogeneous antiretroviral drug distribution and HIV/SHIV detection in the gut of three species. *Science Translational Medicine*. 2019 Jul 3;11(499). pii: eaap8758.

Dolcetti R, Gloghini A, Caruso A, et al. A lymphomagenic role for HIV beyond immune suppression? *Blood*. 2016 Mar 17; 127(11):1403–9.

Dolcetti R, Giagulli C, He W, et al. Role of HIV-1 matrix protein p17 variants in lymphoma pathogenesis. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 2015 Nov 17; 112(46):14331–6.

Lorenzo-Redondo R, Fryer HR, Bedford T, et al. Persistent HIV-1 replication maintains the tissue reservoir during therapy. *Nature*. 2016 Feb 4;530(7588):51–6.

Fletcher CV, Staskus K, Wietgreffe SW, et al. Persistent HIV-1 replication is associated with lower antiretroviral drug concentrations in lymphatic tissues. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 2014 Feb 11;111(6): 2307–12.

Uldrick TS, Little RF. How I treat classical Hodgkin lymphoma in patients infected with human immunodeficiency virus. *Blood*. 2015 Feb 19;125(8):1226–35.

Silverberg MJ, Lau B, Achenbach CJ, et al. Cumulative incidence of cancer among persons with HIV in North America: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*. 2015 Oct 6; 163(7):507–18

Shiels MS, Pfeiffer RM, Besson C, et al. Trends in primary central nervous system lymphoma incidence and survival in the U.S. *British Journal of Haematology*. 2016 Aug;174(3):417–24.

Yanik EL, Achenbach CJ, Gopal S, et al. Changes in clinical context for Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin lymphoma among people with HIV Infection in the United States. *Journal of Clinical Oncology*. 2016 Sep 20;34(27):3276-83.

Hoffmann C, Hentrich M, Gillor D, et al. Hodgkin lymphoma is as common as non-Hodgkin lymphoma in HIV-positive patients with sustained viral suppression and limited immune deficiency: a prospective cohort study. *HIV Medicine*. 2015 Apr;16(4):261–4.

Hoffmann C, Schommers P, Wolf E, et al. CD4+ and CD8+ T-cell kinetics in aviremic HIV-infected patients developing Hodgkin or non-Hodgkin lymphoma. *AIDS*. 2016 Mar 13;30(5): 753-60.

Alvarnas JC, Le Rademacher J, Wang Y, et al. Autologous hematopoietic cell transplantation for HIV-related lymphoma: results of the BMT CTN 0803/AMC 071 trial. *Blood*. 2016 Aug 25;128(8):1050–8.

Barta SK, Samuel MS, Xue X, et al. Changes in the influence of lymphoma- and HIV-specific factors on outcomes in AIDS-related non-Hodgkin lymphoma. *Annals of Oncology*. 2015 May;26(5):958–66.

Auteur(s) : Hosein SR, Koenig D, Maclean D, Sojé P
Traduction : Boutilier A

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements publiés ou fournis par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

La reproduction de ce document

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). Pour plus d'information, appelez CATIE au 1.800.263.1638.*

Le présent document a été produit grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les feuillets d'information de CATIE sont disponibles gratuitement à l'adresse www.catie.ca

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

par téléphone

1.800.263.1638
416.203.7122

par télécopieur

416.203.8284

par courriel

info@catie.ca

par la poste

555, rue Richmond Ouest
Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C