

Le lymphome

Sommaire

Le lymphome est un cancer qui touche une partie du système immunitaire appelée *système lymphatique*. Comme tous les cancers, plus le lymphome est détecté tôt, plus il sera facile à traiter. En général, le traitement contre le VIH (traitement antirétroviral, ou TAR) réduit considérablement le risque de lymphome pour les personnes vivant avec le VIH. Le TAR renforce aussi le système immunitaire, ce qui peut faciliter le traitement contre le cancer.

À propos du système lymphatique

Le système lymphatique est un vaste réseau de vaisseaux se déployant dans toutes les 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 remarquerez 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; des plaques de tissus lymphatiques sont également disséminées dans les intestins. 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 qu'un 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

FEUILLET
D'INFORMATION

Mise à jour
2025

www.catie.ca

 /CATIEinfo

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)
- lymphome plasmablastique
- lymphome à épanchement primaire
- lymphome primaire du SNC (qui affecte le cerveau 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 présenter ces cancers. Des scientifiques 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 présenter un lymphome non hodgkinien et environ 1 % seraient susceptibles de présenter un lymphome de Hodgkin. Les personnes séropositives sont beaucoup plus à risque de présenter ces cancers que les personnes séronégatives.

Il est très important de prendre le TAR exactement comme il a été prescrit 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 toujours 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 une formation et une croissance anormales de cellules du système immunitaire. Avec le temps, une ou plus de ces cellules, en raison d'une stimulation excessive, peut devenir précancéreuse et dans de très rares cas, 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 exactement 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'apparition d'un lymphome (ou d'un autre cancer). Les chiffres que nous avons mentionnés représentent des changements moyens dans les comptes de cellules. Chez certain·e·s patient·e·s, 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 à elle seule que vous avez un lymphome ou une autre forme de cancer.

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 enflés, 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 apparaît 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 intervention appelée *biopsie*. Pour faire une biopsie, le ou la 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, votre médecin recommandera sans doute d'autres examens – tels que des rayons X ou des techniques d'imagerie plus sophistiquées, comme une TDM (tomodensitométrie), un examen par IRM (imagerie par résonance magnétique) ou une 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 à votre 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-e, 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 avant d'amorcer un traitement. 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 apparaît et grossit rapidement, elle répond mieux à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

Chimiothérapie

Le lymphome non hodgkinien est habituellement traité par des médicaments (ce qu'on appelle aussi une *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. Votre médecin peut prescrire des médicaments supplémentaires pour réduire les effets secondaires. Votre infirmier·ère spécialiste du cancer et votre pharmacien·ne peuvent vous aider à trouver des façons de prendre en charge certains de ces effets secondaires temporaires.

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·e pharmacien·ne à votre centre de traitement du cancer examinera votre TAR (et tous les autres médicaments et suppléments 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 patient·e·s parce que cette classe de médicaments n'interagit que très rarement avec la chimiothérapie.

Radiothérapie

La radiothérapie peut remplacer ou compléter la chimiothérapie. Ce traitement utilise des rayonnements 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 cellules souches 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 contracte des infections graves, pouvant parfois être mortelles, appelées *infections opportunistes*. Votre médecin pourrait vous donner des antibiotiques ou d'autres médicaments pour réduire votre risque de contracter ces infections.

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 (TDM, 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 se produit, votre ou vos médecins pourront 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. De nouvelles associations de traitements anticancéreux sont mises au point dans des essais cliniques.

Références

Alibrahim MN, Gloghini A, Carbone A. Immune Deficiency/Dysregulation-Associated EBV-Positive Classic Hodgkin Lymphoma. *Cancers*. 2025 Apr 25;17(9):1433.

Lurain K, Ramaswami R, Oksenhendler E *et al.* Primary Effusion Lymphoma Prognostic Score (PEL-PS): A Validated International Prognostic Score in HIV-Associated Primary Effusion Lymphoma. *American Journal of Hematology*. 2025 Mar;100(3):393-401.

- Hübel K, Bower M, Aurer I *et al.* Human immunodeficiency virus-associated Lymphomas: EHA-ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Hemasphere*. 2024 Sep 3;8(9):e150.
- Yang J, Cheng X, Wei G *et al.* Safety and Efficacy of Pharmacotherapy Containing the Second-Generation Integrase Inhibitors and Chemotherapy Drugs in AIDS-Related Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Single-Center Retrospective Analysis. *Oncology Research and Treatment*. 2025 Apr 3:1-10.
- Olivieri DJ, Gopal AK, Uldrick TS *et al.* Exclusion of People Living with HIV in Aggressive B-Cell Non-Hodgkin Lymphoma Studies: A Cross-Sectional Analysis of Clinical Trials from 2014 to 2024. *Cancer Investigation*. 2025 Feb;43(2):141-148.
- Lurain K, Zarif TE, Ramaswami R *et al.* Real-World Multicenter Study of PD-1 Blockade in HIV-Associated Classical Hodgkin Lymphoma Across the United States. *Clinical Lymphoma, Myeloma and Leukemia*. 2024 Aug;24(8):523-530.
- El-Hibri F, Al-Hindawi A, Singh S *et al.* Outcomes of Lymphoma Patients Admitted to the ICU Are Not Influenced by HIV Status: A Retrospective, Observational Cohort Study. *JAIDS*. 2024 Dec 15;97(5):489-496.
- Yang GW, Zhou QW, Zhen X *et al.* A promising prognostic model for patients with AIDS-related lymphoma in the cART era. *AIDS*. 2025; *sous presse*.
- Marin E, Abousaud A, Davis K *et al.* Hodgkin Lymphoma Treatment With Brentuximab Vedotin in a Patient With HIV, Liver Failure, and Anemia Without Transfusion. *EJHaem*. 2025 Feb 12;6(1):e270001.
- Caccuri F, Messali S, Zani A *et al.* HIV-1 mutants expressing B cell clonogenic matrix protein p17 variants are increasing their prevalence worldwide. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 2022 Jul 5;119(27):e2122050119.
- Isagulians M, Bayurova E, Avdoshina D *et al.* Oncogenic Effects of HIV-1 Proteins, Mechanisms Behind. *Cancers*. 2021 Jan 15;13(2):305.
- Gomes-da Silva de Rosenzweig P, Delgado-Casillas OM *et al.* Splenectomy for the Treatment of Splenomegaly in People Living with HIV: An Uncommon Complication. *Surgical Infections*. 2025; *sous presse*.
- McMyn NF, Varriale J, Fray EJ *et al.* The latent reservoir of inducible, infectious HIV-1 does not decrease despite decades of antiretroviral therapy. *Journal of Clinical Investigation*. 2023 Sep 1;133(17):e171554.
- Wu HL, Busman-Sahay K, Weber WC *et al.* Allogeneic immunity clears latent virus following allogeneic stem cell transplantation in SIV-infected ART-suppressed macaques. *Immunity*. 2023 Jul 11;56(7):1649-1663.e5. doi : 10.1016/j.immuni.2023.04.019. Epub 2023 May 25. PMID: 37236188; PMCID: PMC10524637.
- Cadena AM, Ventura JD, Abbink P *et al.* Persistence of viral RNA in lymph nodes in ART-suppressed SIV/SHIV-infected Rhesus Macaques. *Nature Communications*. 2021 Mar 5; 12(1):1474.
- Scholz EMB, Kashuba ADM. The Lymph Node Reservoir: Physiology, HIV Infection, and Antiretroviral Therapy. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2021 Apr;109(4):918-927.
- 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 : eaap 8758.
- 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.
- 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, Giller 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-trice-s : Hosein S, Koenig D, Maclean D, Sojë P
Traduction : Boutilier A

Déni de responsabilité

CATIE renforce la réponse pancanadienne face au VIH et à l'hépatite C en faisant le pont entre la recherche et la pratique. Nous mettons les travaux scientifiques les plus récents à la disposition des prestataires de soins de santé et de services communautaires et promouvons les pratiques exemplaires des programmes de prévention, de traitement et de réduction des méfaits.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse, mais cette information ne doit toutefois pas être considérée comme des conseils médicaux. Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un-e professionnel-le de la santé qualifié-e. À des fins de promotion de la santé publique, les ressources offertes par CATIE peuvent contenir des descriptions ou des représentations de nature sexuelle ou concernant l'usage de drogues. Les opinions exprimées dans les présentes peuvent ne pas refléter les politiques ou les opinions de CATIE ou de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

Le présent document a été produit grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Reproduction de ce document

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité 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, veuillez communiquer avec CATIE à info@catie.ca.*

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

www.catie.ca

 /CATIEinfo



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