

**Avertissement:** Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 5 mars 2013

Hôpital cantonal de Genève

## Traitement de la leucémie myéloïde aiguë (LMA)

Pr Y. Chalandon

(Je demande un surplus d'indulgence, vu le sujet abordé qui n'est vraiment pas «ma tasse de thé»...)

Les leucémies, lymphomes et myélomes multiples représentent 7% des cancers et sont donc plutôt rares.

La prévalence est de 3,6/100'000 hab./an mais celle ci augmente avec l'âge soit 17,9/100'000 hab après 65 ans.

Le pronostic s'assombrit avec l'âge car les facteurs pronostics défavorables sont plus fréquents: résistance médicamenteuse, leucocytes > 30'000/ml, LMA secondaire avec anomalie caryotypique, ou anomalie moléculaire de mauvais pronostics....de plus on ose moins proposer des traitements intensifs comme on le fait chez des patients plus jeunes, à cause des polymorbidités présentes..

Une chimio intensive permet à 70-80% des patients d'obtenir une rémission mais seul 30% vont être éligible pour un tel traitement.

Le traitement intensif comprend une induction avec Daunomycin et Cytarabine suivi d'un traitement de consolidation avec Cytarabine seule.

Si j'ai bien compris, si la rémission est obtenue on peut envisager une transplantation de cellules souches autologues, mais, avec le risque de transplanter des cellules qui elles mêmes vont tôt ou tard avoir une transformation maligne.

Cette transplantation nécessite un conditionnement de chimio+ radiothérapie afin d'amener le patient en aplasie...

Une autre possibilité est d'effectuer une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques avec un conditionnement atténué, c'à d. non myéloablatif c' à d. moins de chimio/radiothérapie chez le receveur et surtout moins d'immunosuppression que lors d'une transplantation classique...

On table sur l'effet de la greffe sur l'hôte, c'est à dire sur le «nettoyage» des cellules leucémiques résiduelles du receveur par les lymphocytes du donneur...

On nous dit que les greffes avec donneurs non apparentés ont un meilleur pronostic que celles avec donneurs apparentés. Est ce parce que les donneurs sont souvent plus jeunes?

D'autres approches intègrent l'utilisation de nouvelles molécules dites hypométhylantes p.ex. la decitabine ou d'autres comme la clofarabine, la larmustine ou l'azacytidine. On appelle ça des traitements épigénétiques...

Une autre approche a été d'associer des anticorps monoclonaux tels le gemtuzumab à la chimiothérapie...des inhibiteurs de la tyrosine kinase...ou la lenalidomide (dérivé de la thalidomide).

Il y a encore le trioxyde d'arsenic en combinaison avec l'acide trans rétinoïque (ATRA) qui permet d'obtenir des rémissions et des survies tangibles chez les patients avec une leucémie aiguë promyélocytaire (LAP).

Bref...c'est un peu de la botanique pour moi...et ça ne veut pas dire grand chose...

Pour une approche palliative c'à d. non curative, on nous dit aussi que de petite doses de cytarabine sous cutané sont aussi bonnes qu'un traitement à l'hydroxyurée...

Pour conclure...

On se souviendra que les LMA touchent souvent le sujet âgé, que leur pronostic est plus défavorable que chez le patient plus jeune, que la tolérance au traitement est moins bonne, et que la survie se situe autour des 2-3 ans.

Que la transplantation de cellules souches allogéniques avec conditionnement atténué et des thérapies immunologiques sont actuellement les traitements de choix, et qu'en cas de soins palliatifs, de petites doses de cytarabine sont meilleures qu'un soutien symptomatique seul.

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)