

de l'IHC sur la CMF, tandis que les études les plus récentes [1, 5] tendent à montrer l'inverse, en raison de l'amélioration des techniques de CMF au cours du temps. Les auteurs tentent d'expliquer la négativité de la CMF chez des patients avec IHC positive par une hémodilution (n = 2) ou une myélofibrose (n = 3). Cette étude montre donc un taux de discordances non négligeable entre les deux techniques. L'implication clinique de ces données reste à

explorer, et une comparaison des deux méthodes est également attendue en termes d'évaluation de la maladie résiduelle.]

Références

- [1] Statuto T, Valvano L, Calice G, et al. Cytofluorimetric and immunohistochemical comparison for detecting bone marrow infiltration in non-Hodgkin lymphomas: a study of 354 patients. *Leuk Res* 2020 ; 88 : 106267.
- [2] Naughton MJ, Hess JL, Zutter MM, Bartlett NL. Bone marrow staging in patients with non-hod-

kin's lymphoma: is flow cytometry a useful test? *Cancer* 1998 ; 82 : 1154-9.

[3] Duggan PR, Easton D, Luider J, Auer IA. Bone marrow staging of patients with non-Hodgkin lymphoma by flow cytometry: correlation with morphology. *Cancer* 2000 ; 88 : 894-9.

[4] Dunphy CH. Combining morphology and flow cytometric immunophenotyping to evaluate bone marrow specimens for B-cell malignant neoplasms. *Am J Clin Pathol* 1998 ; 109 : 625-30.

[5] Mancuso P, Calleri A, Antoniotti P, et al. If it is in the marrow, is it also in the blood? An analysis of 1,000 paired samples from patients with B-cell non-Hodgkin lymphoma. *BMC Cancer* 2010 ; 10 : 644.

Syndrome de relargage cytokinique après allogreffe de cellules souches haplo-identiques

Nicolas Stocker

Les progrès récents de l'allogreffe de cellules souches haplo-identiques, via l'administration post-greffe de cyclophosphamide (PTCy) et l'utilisation croissante de greffons de cellules souches périphériques (CSP), ont permis d'élargir les indications de cette procédure thérapeutique [1]. Cependant, l'utilisation de CSP s'associe à une incidence importante d'état fébrile (45 %), probablement en lien avec un syndrome de relargage cytokinique (CRS) dans les 72 h post-greffe [2]. Les auteurs de cette étude rétrospective ont étudié l'incidence du CRS et les potentiels facteurs de risque associés après allogreffe haplo-identique de CSP avec administration de PTCy [3]. Entre octobre 2013 et septembre 2017, 146 patients allogreffés de CSP haplo-identiques ont été inclus dans cette étude. Les patients recevaient du PTCy à la posologie de 50 mg/kg à J+3 et J+4. L'âge médian des patients était de 63 ans (27-78) et 36 % de la population était de sexe féminin. 89 % des patients (n = 130)

ont présenté de la fièvre entre le jour de la greffe (J0) et J+5 ; et la fièvre s'amendait dans les 24 h suivant la seconde administration de PTCy. Un CRS intermédiaire (grade 0 à 2) était observé chez 121 patients tandis qu'un CRS sévère (grade 3 à 5) était documenté chez 17 % des patients (n = 25). Parmi les patients ayant présenté un CRS sévère, 76 % des patients (n = 19) développaient une insuffisance rénale aiguë, 48 % (n = 12) étaient dialysés, 64 % (n = 16) avaient recours à une oxygénothérapie et 42 % (n = 11) étaient intubés. Avec un suivi médian de 816 jours, les délais médians de reconstitution granulocyttaire et plaquettaire étaient respectivement de 18 jours (12-98) et 28 jours (11-202). Les patients atteints de CRS sévères présentaient des délais significativement augmentés de reconstitution hématopoïétique (respectivement HR 0,48, 95 %CI : 0,32-0,71 ; P < 0,001 et HR : 0,38, 95%CI : 0,23-0,61 ; P < 0,001). L'incidence de la mortalité non liée à la rechute (NRM) était de 18 % à deux ans (95%CI : 11-24 %), avec une augmentation significative chez les patients atteints de CRS sévères

(38 %) en comparaison aux patients présentant un CRS intermédiaire (8 %) (HR : 3,97, 95 %CI : 1,77-8,90 ; P < 0,001). Les taux de survie globale et sans progression étaient respectivement de 58 % et 45 % à deux ans, sans impact significatif du grade du CRS.

En termes de facteurs de risque, la survenue d'un CRS sévère était associée à un âge > 60 ans (OR : 2,4, 95 %CI : 0,83-6,75 ; P = 0,11) et à la réalisation antérieure d'une radiothérapie (OR : 3,85, 95 %CI : 1,32-11,24 ; P = 0,01). En revanche, la survenue d'un CRS était indépendante du *disease risk index* (DRI) et de la richesse en CD34 ou en CD3 au sein du greffon de CSP.

En conclusion, cette étude rétrospective révèle que 90 % des patients présentent un CRS au décours d'une allogreffe haplo-identique de CSP avec administration de PTCy. Cependant, seulement 17 % des patients présentaient un CRS sévère, avec une survie globale alors de 50 % à 6 mois de la greffe. Enfin, la survenue d'un CRS sévère s'associe à une augmentation significative de l'incidence de NRM après la greffe.]



Références

[1] Luznik L, O'Donnell PV, Symons HJ, *et al.* HLA-haploidentical bone marrow transplantation for hematologic malignancies using nonmyeloablative conditioning and high-dose, posttransplanta-

tion cyclophosphamide. *Biol Blood Marrow Transplant* 2008 ; 14 : 641-50.

[2] McCurdy SR, Muth ST, Tsai HL, *et al.* Early Fever after Haploidentical Bone Marrow Transplantation Correlates with Class II HLA-Mismatching and Myeloablation but Not Outcomes. *Biol*

Blood Marrow Transplant 2018 ; 24 : 2056-64.

[3] Imus PH, Blackford AL, Bettinotti M, *et al.* Severe Cytokine Release Syndrome after Haploidentical Peripheral Blood Stem Cell Transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant* 2019 ; 25 : 2431-7.



Vous souhaitez recruter un médecin pour compléter votre équipe médicale ?

Pour une diffusion maximale de votre petite annonce

- > dans la revue de votre choix parmi toutes nos revues
- > sur notre site www.jle.com
- Contactez Corinne Salmon
07 63 59 04 06
corinne.salmon@jle.com
- ou connectez-vous sur la rubrique Petites annonces de notre site www.jle.com