

# Le lymphome folliculaire

Votre médecin vient de diagnostiquer chez vous un « lymphome folliculaire ».

Il s'agit d'une forme de lymphome non hodgkinien, une maladie liée à la prolifération maligne de cellules du système immunitaire. Ces cellules sont situées notamment dans les ganglions lymphatiques, la rate, la moelle osseuse.

A l'état normal, les cellules lymphoïdes participent à la défense de l'organisme contre les agents étrangers (bactéries, virus, etc.).

La survenue d'un lymphome folliculaire est liée à la multiplication incontrôlée de lymphocytes B anormaux. Les lymphocytes B sont des globules blancs impliqués dans les défenses immunitaires qui ont pour rôle la production des anticorps. Ils circulent dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Lorsque l'un d'eux devient anormal, il peut proliférer car il se multiplie plus rapidement et/ou vit plus longtemps que les cellules normales. L'accumulation de ces cellules malignes finit par former une ou plusieurs tumeurs. Celles-ci se développent généralement dans les ganglions lymphatiques, mais peuvent également toucher la rate, la moelle osseuse ou d'autres organes.

Le lymphome folliculaire est l'une des formes de lymphome non hodgkinien (LNH), parmi la trentaine répertoriées jusqu'à présent. C'est l'un des LNH les plus fréquents, puisqu'il représente environ 20 à 30 % de l'ensemble des cas de ce type de maladie. Selon les dernières estimations disponibles, environ 3 000 à 4 000 nouveaux cas de lymphome folliculaire sont diagnostiqués chaque année en France.

Cette maladie peut survenir à tout âge, mais elle est très rare chez l'enfant. L'âge moyen au moment du diagnostic se situe entre 55 et 60 ans. Le lymphome folliculaire touche un peu plus d'hommes que de femmes. Cette maladie n'est ni héréditaire ni contagieuse.

## *Les premiers symptômes*

Le signe le plus fréquent au début de la maladie est l'augmentation de la taille d'un ou de plusieurs ganglions. Rarement douloureux, même lorsqu'ils deviennent apparents, ceux-ci sont souvent situés au niveau du cou ou des aisselles, mais ils peuvent être présents dans d'autres régions du corps, le thorax et l'abdomen en particulier. Lorsqu'ils sont volumineux, ces ganglions peuvent entraîner différents troubles. Ainsi, des ganglions augmentés de volume au niveau du ventre sont susceptibles de provoquer une gêne abdominale, des ballonnements ou des douleurs dans le dos. D'autres symptômes plus généraux et non spécifiques peuvent également se manifester, notamment une fièvre, une perte de poids inexplicable, des sueurs nocturnes abondantes, des démangeaisons et une fatigue.

## *Le diagnostic*

L'augmentation de volume d'un ou de plusieurs ganglions ainsi que les signes cliniques qui peuvent être observés sont des symptômes évocateurs d'un lymphome. Le diagnostic de celui-ci est formellement établi à partir d'une biopsie, qui consiste à prélever un des ganglions dont le volume a augmenté. Les cellules contenues dans l'échantillon sont examinées au microscope par un anatomopathologiste, c'est-à-dire un médecin spécialisé dans l'étude des tissus. Les caractéristiques morphologiques et immunologiques des cellules anormales, ainsi que leur agencement, permettent de porter le diagnostic de lymphome folliculaire ou d'une autre forme de LNH. D'autres examens sont ensuite réalisés afin de préciser l'extension de la maladie et son stade d'évolution. Plusieurs examens d'imagerie sont ainsi souvent effectués, notamment pour rechercher des atteintes « profondes », c'est-à-dire qui ne peuvent être perçues au cours de l'examen clinique. En règle générale, le médecin prescrit une radiographie du thorax et un scanner du cou, du thorax, de l'abdomen et du pelvis. Des examens sanguins sont également réalisés, notamment pour mesurer des marqueurs de l'activité de la maladie. En fonction de l'état de santé de chaque patient,

## *Les notes de votre médecin*

*Certains traitements pouvant entraîner une stérilité, surtout chez l'homme, une auto-conservation de sperme est proposée après le diagnostic.*

# Le lymphome folliculaire (suite)

## *Greffe de cellules souches : la procédure*

La chimiothérapie à hautes doses a pour effet de détruire la plupart sinon toutes les cellules cancéreuses. L'inconvénient de ce traitement est qu'il entraîne une diminution très importante du nombre des cellules sanguines normales (ce que l'on appelle une aplasie). L'organisme se retrouve alors sans défense contre les infections. Pour limiter la durée de l'aplasie et faire en sorte que les cellules sanguines se reconstituent rapidement, on pratique une autogreffe. Cela consiste à prélever chez le patient, avant la chimiothérapie intensive, des cellules souches capables de produire toutes les cellules normales du sang. Celles-ci sont recueillies au cours d'une cytophérèse, un procédé qui consiste à faire passer le sang dans un appareil qui ne retient que les cellules souches, puis elles sont congelées. Une fois le traitement intensif terminé, elles sont décongelées et réinjectées au patient afin de renouveler la population de cellules du sang. Cette procédure nécessite une hospitalisation de trois à quatre semaines.

**Tout traitement est susceptible d'induire des effets indésirables et peut présenter des risques. Votre médecin vous informera et vous indiquera les signes à surveiller avant que vous ne débutiez le traitement proposé.**

## Participer à un essai clinique

La meilleure façon de faire progresser la prise en charge d'une maladie est de traiter les patients dans le cadre d'essais thérapeutiques.

Si votre médecin vous propose de participer à un essai clinique, il vous en expliquera le but, le déroulement, les bénéfices attendus, les risques potentiels, et vous remettra une notice d'information.

Participer à un essai suppose que vous donniez au préalable votre consentement par écrit.

## *Vos contacts utiles*

- **Secrétariat/rendez-vous :**
- **Consultation infirmière :**
- **Consultation psychologue :**
- **Assistante sociale :**
- **En cas d'urgence :**

d'autres examens peuvent être demandés afin de compléter le bilan.

Le lymphome folliculaire fait partie des LNH dits « indolents », ce qui signifie qu'ils évoluent lentement, souvent sur plusieurs années, avec peu ou pas de symptômes dans un premier temps. Cela explique que, au moment du diagnostic, la maladie est découverte chez la majorité des patients (environ 80 %) à un stade évolué, c'est-à-dire avec l'atteinte de plusieurs régions du système lymphatique. Ce n'est pas pour autant que le pronostic est affecté notablement par la dissémination de la maladie.

## *Le traitement*

Les modalités de prise en charge thérapeutique des lymphomes folliculaires dépendent notamment du stade d'évolution de la maladie et des facteurs de risque de progression qui ont été évalués lors du bilan.

Lorsque la maladie est diagnostiquée de façon précoce et/ou si elle présente peu de risque d'évolution, il peut être proposé une simple surveillance dans un premier temps, ce type de lymphome évoluant lentement.

Si le lymphome est localisé, il peut être proposé une radiothérapie. Celle-ci consiste à exposer la zone du corps touchée par la maladie à des rayons qui détruisent les cellules malades. Cela permet généralement d'obtenir une rémission et souvent aucun autre traitement n'est ensuite nécessaire.

Lorsque le lymphome est à un stade plus évolué ou s'il présente des risques d'évolution à court terme, il est alors préconisé d'administrer un traitement par immunothérapie, associé le plus souvent à une chimiothérapie. L'immunothérapie consiste à administrer des anticorps (appelés anticorps monoclonaux) spécifiquement dirigés contre les cellules de la maladie. Ces médicaments imitent les anticorps naturels et entraînent la mort des cellules qu'ils ciblent. De son côté, la chimiothérapie se fonde sur l'emploi de médicaments qui s'attaquent aux cellules de la maladie, soit en les détruisant, soit en stoppant leur croissance. Le choix des médicaments et la durée du traitement (généralement de plusieurs mois) sont adaptés en fonction de chaque patient. Ces traitements permettent chez une majorité de malades d'obtenir une rémission, c'est-à-dire une régression importante, voire une disparition complète des symptômes et des signes biologiques de la maladie. La durée de cette rémission est variable d'une personne à une autre; elle peut persister plusieurs années.

Cependant, une rechute, c'est-à-dire une réapparition de la maladie, peut survenir. Dans ce cas, un nouveau traitement est mis en œuvre. Le choix de celui-ci est fonction des caractéristiques d'évolution de la maladie et de l'état de santé général du patient. Lorsque le patient est susceptible de le supporter, il peut être envisagé une chimiothérapie intensive, à très fortes doses, suivie d'une greffe de cellules souches (voir encadré).

## *Le suivi*

Lorsqu'une rémission de la maladie est obtenue après un traitement, il est essentiel de consulter à intervalles réguliers un médecin spécialiste. Ce suivi comprend généralement des examens sanguins, ainsi qu'un examen clinique complet lors de la consultation. Cela permet de contrôler la stabilité de la rémission et, en cas de réapparition de signes de la maladie, de détecter précocement la rechute. De plus, des effets indésirables du traitement pouvant survenir, le médecin peut proposer une prise en charge adéquate de ceux-ci.

Le rythme du suivi est adapté en fonction de chaque patient.