



La société MAROCAINE d'Hématologie
en collaboration avec
les sociétés d'Hématologie ALGÉRIENNE, TUNISIENNE et LYBIENNE

Organise

XI^{ème} CONGRÈS MAGHRÉBIN D'HÉMATOLOGIE



23-24 Mai 2014
Hôtel Sofitel

Agadir

RECUEIL DES RÉSUMÉS

SOMMAIRE

PROGRAMME	3
COMMUNICATIONS ORALES :	
Lymphome cutané	10
Leucémies aiguës myéloblastiques	20
COMMUNICATIONS AFFICHÉES :	
Leucémies aiguës	40
Lymphomes	132
DIVERS	198

PROGRAMME

VENDREDI 23 MAI 2014

SESSION LYMPHOMES CUTANÉS

VENDREDI MATIN

Modérateurs : *M. Belhani, L. Jabri, S. Benchekroun, A. Laatiri*

08h30-08h35 **MOT DU PRÉSIDENT**

08h35-09h05 Diagnostic anatomo-pathologique et classification des LNH cutanés. *B. Vergier*

09h05-09h50 Le mycosis Fongoïde/ Sd Sezary. *O. Dereure*

09h50-09h57 Lymphomes cutanés primitifs à Casablanca. Changements épidémiologiques. *H. Moundib*

09h57-10h05 Mycosis fongoïde. Problématique au quotidien. *H. Benchikhi*

10h05-10h15 Discussion

10h15-10h30 **Pause café**

10h30-11h00 Les lymphoproliférations T CD30. *O. Dereure*

11h00-11h15 Primary cutaneous lymphoma profile in oran university hospital establishment : a study of 36 cases. *A. Serradj*

11h15-11h45 Les lymphomes cutanés B. *O. Dereure*

11h45-12h00 Discussion

12h00-12h45 **SYMPOSIUM ROCHE**

Lymphome Folliculaire : Actualités et Perspectives.
H. Tilly

VENREDI APRÈS MIDI

12h45-15h00 Déjeuner

Modérateurs : *MA. Bekadja, H. Benchikhi, F. M'Sadek, L. Mahmal*

15h00-15h45 **SYMPOSIUM GSK**

La place de Revolade, agoniste du récepteur de la thrombopoïétine, dans la prise en charge du purpura thrombopénie immunologique. *Marc Michel*

15h45-16h15

Place de la RTH dans les LNH cutanés. *A. Benider*

16h15-16h45

Perspectives thérapeutiques dans les LNH cutanés.
O. Dereure

16h45-17h00

Discussion

17h00-17h15 **Pause café**

17h15-18h00

SYMPOSIUM JANSSEN

« les anomalies cytogénétiques dans le Myélome multiple : Quelles particularités pour le Maghreb ? ». *M. Zarrouk, M. Mikdam*

18h00-18h15

INAUGURATION

18h15-18h45

CONFÉRENCE

Modérateurs :

A. Bousfiha, T. Ben Othmane, M. Benakli, Z. Zouaoui

Gene Therapy Clinical Trials at Great Ormond Street Hospital for Children : set-up, Management, organisation and monitoring.

Nourredine Himoudi

Gene Therapy Production Manager; London

SAMEDI 24 MAI 2014

SESSION LEUCÉMIES AIGUES MYÉLOBLASTIQUES

SAMEDI MATIN

Modérateurs : *A. Ait Ali, B. Meddeb, M. Mikdam, I. Arnoux*

08h30-09h00 Cytogénétique et biologie moléculaire des LAM
D. Bories

09h00-09h30 Les facteurs pronostiques des LAM
H. Dombret

09h30-09h40 A population-based study of the epidemiology and clinical features of adults with acute myeloid leukemia in algeria : report on behalf of the algerian acute leukemia study group.
M.A Bekadja

09h40-09h50 Etude descriptive des leucémies aigues myéloblastiques au sein du Service d'Hématologie Clinique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat.
EM. Mahtat

09h50-10h00 Treatment outcome of Young Adult acute Myeloblastic Leukemia : Results of Aziza Othmana Hematology Center.
H. Ben Neji

10h00-10h15 Discussion

10h15-10h30 **Pause café**

Modérateurs : N. Sidi Mansour, R. Jeddi, X. Troussard, B. Oukach

10h30-10h40 LAM : expérience du service d'Hématologie de Casablanca, revue générale avec approche de la prise en charge ces 20 dernières années.
S. Benchekroun

10h40-10h50 Molecular study in adult cytogenetically normal acute myeloblastic leukemia: Tunisian first steps.
I. Safra

10h50-11h00 Immunophenotyping acute myeloid leukemia by flow cytometry (FCM).
H. Hamouda

11h00-11h45 Prise en charge des LAM
H. Dombret

11h45-12h30 Place de la greffe dans le traitement des LAM
JP. Vernant

12h30-12h45 Discussion

12h45-13h15 **SYMPOSIUM PFIZER**
Le switch dans l'hémophilie : Revue des études cliniques.
C. Négrier

SAMEDI APRÈS-MIDI

13h15-15h00 Déjeuner

Modérateurs : R. Ahmed Nacer, JP. Vernant, A. Madani, F. Grifi

15h00-15h30 Actualité dans la prise en charge des LAM3
H. Dombret

15h30-15h45 Discussion

15h45-16h00 Treatment strategy and results in children with acute myeloid leukemia treated on three Tunisian centers .
Y. Ben Abdennebi

16h00-16h15 Outcome of acute myeloid leukemia in patients up to 65 years of age at hematology and bone marrow transplantation unit in Algiers during 14 years. *S. Akhrouf*

16h15-16h30 Pause café

Modérateurs : L. Ainas, M. Mdhaffer, N. Mesli, H. Dombret

16h30-16h40 The distribution of cytogenetic abnormalities by fish and karyotype in AML. *S. Taoussi*

16h40-16h50 Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation for adults with Acute Myeloid Leukemia (AML) : the Tunisian results. *L. Torjemane*

16h50-17h00 Profil épidémiologique, clinico-biologique et évolutif des leucémies aiguës myéloblastiques de l'adulte au CHU Med IV de Marrakech. *K. Raji*

- 17h00-17h10 prospective validation of a novel conditioning regimen :
FLU-BU4 in 170 adults patients (pts) with acute
myeloide leukemia (aml) : comparative study with
the standard conditioning regimen bu-cy2 (bc).
A. Talbi
- 17h10-17h20 Long term results with the spanish pethema LPA 99 trial
in the management of 71 consecutive apl patients.
R. Jeddi
- 17h20-17h40 Discussion
- 17h40-18h10 **REMISE PRIX POSTER**
*Comité poster : S. Benchekroun,
M. Benakli, T. Benothmane, J.P Vernant*
- 18h15-19h15 **ASSEMBLEE GENERALE**
- 20h30 **Dîner de Gala**

ATELIERS

VENDREDI MATIN

ATELIER BIOLOGIE

08h00-10h15

Les LA de la biologie à la clinique. *X. Troussard*
Modérateurs : *MT. Abbad, A. Belmekki, A. Masrar*

10h15-10h30

Pause café

10h30-12h30

Cas cliniques, difficultés diagnostiques. *X. Troussard*
Modérateurs : *B. Oukach, K. Houach, M. Chakour*

12h30-15h00

Déjeuner

15h00-18h00

LA et cytométrie en flux. *I. Arnoux*
Modérateurs : *I. Safra, F. Bachir, X. Troussard*

SAMEDI MATIN

ATELIER ANATOMIE PATHOLOGIQUE

08h30-12h00

Lymphomes cutanés. *B. Vergier*
Modérateurs : *N. Boudjerra, M. Karkouri, B. Belaabidia*

ATELIERS INFIRMIERS

08h30-10h15

Les voies centrales. *S. Younous*

10h15-10h30

Pause café

10h30-11h45

La transfusion sanguine. *L. Loukhmas*

11h45-13h00

Mabthera sous cutané. *Laboratoire Roche*

13h00

Déjeuner

COMMUNICATIONS ORALES

LES LYMPHOMES CUTANES

CO1. DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET CLASSIFICATION DES LNH CUTANÉS.

B. Vergier

Service d'Anatomie Pathologique - CHU de Bordeaux Hôpital Haut-Lévêque.

CO2. LE MYCOSIS FONGOIDE / SD SEZRY

O. Dereur

*Département de dermatologie. Pôle Cliniques médicales
CHRU de Montpellier - Hôpital Saint-Eloi.*

**CO3. LYMPHOMES CUTANES PRIMITIFS A CASABLANCA.
CHANGEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES.**

*H. Moundib, FZ. Nasreddine, A. Quessar, H. Benchikhi
Service de Dermatologie CHU Ibn Rochd Casablanca.*

CO4. MYCOSIS FONGOÏDE. PROBLÉMATIQUE AU QUOTIDIEN.

H. Benchikhi, H. Baha

Service de Dermatologie CHU Ibn Rochd Casablanca.

Le mycosis fongoïde est le fréquent des lymphomes cutanés primitifs. Le but de cette présentation est d'en préciser la problématique de la prise en charge au quotidien dans un service de Dermatologie.

A l'heure actuelle, l'histologie cutanée aidée par le panel élargi des immunomarquages permet de confirmer le diagnostic, même en cas de présentations cliniques atypiques ou déroutantes. De même, la difficulté de classification des nombreuses variantes (pilotrope, granulomateuse...) de ce lymphome ne se pose plus. Si l'étape diagnostique est aisément franchie dans notre contexte, en revanche, la prise en charge thérapeutique demeure le véritable défi.

Aux stades précoces, les traitements dits « dermatologiques » sont mis en route : corticothérapie locale, Puvathérapie (avec un nombre suffisant de cabines), la caryolysine n'étant plus disponible. Ils permettent des rémissions plus ou moins prolongées sur plusieurs années avec une qualité de vie satisfaisante. En cas d'évolution vers un stade avancé ou de consultation au stade tardif (nodules, tumeurs cutanées), l'ensemble des thérapeutiques proposées ne permet que des rémissions de très courte durée et une évolution de plus en plus sévère : aggravation des lésions nodulaires et tumorales qui s'étendent, s'ulcèrent, se surinfectent ; apparition de nouvelles lésions cutanées de plus en plus rapidement, voire, plus rarement des atteintes extra-cutanées (cérébrales). A ces stades, un traitement séquentiel est proposé : méthotrexate, différentes polychimiothérapies ; les nouvelles molécules (bexarotène...) ne sont pas disponibles dans notre contexte. En fait, ce n'est ni la disponibilité ni le coût des thérapeutiques qui est un facteur limitant : le génie rapidement évolutif du mycosis fongoïde au stade tumoral en fait un lymphome particulièrement difficile à mettre en rémission, quelque que soient les moyens mis en œuvre avec une durée de vie très courte et une fin de vie souvent effroyable.

La véritable problématique est non seulement de découvrir des molécules capables d'entraver ce pronostic sévère à ces stades tardifs mais aussi de trouver les facteurs d'évolution vers ces stades avancés. C'est vers ces deux voies de recherche qu'il faut se diriger pour améliorer le pronostic global du mycosis fongoïde.

CO5. LES LYMPHOPROLIFÉRATIONS T CD30.

O. Dereur.

*Département de dermatologie. Pôle Cliniques médicales
CHRU de Montpellier - Hôpital Saint-Eloi*

CO6. PRIMARY CUTANEOUS LYMPHOMA PROFILE IN ORAN UNIVERSITY HOSPITAL ESTABLISHMENT : A STUDY OF 36 CASES

A. Serradj¹, N. Zaidi¹, A. Djelad¹, Y. Abiyad¹, Y. Osmani², T. Alsuliman²,
M.A. Bekadja², S. Ouhadj³, N. Midoun³.

1 : service de Dermatologie , EHU1er Novembre, Oran, Algérie, 2 : service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, EHU1er Novembre, Oran, Algérie, 3 : service d'Épidémiologie, EHU1er Novembre, Oran, Algérie

Background : Primitive cutaneous lymphoma (PCL) possesses the second position of extranodal non-Hodgkin lymphoma directly after the digestive (GIT) lymphoma; basically it represents a clonal proliferation of B or T lymphocytes origin, localized within the skin.

Purpose : Epidemiological and clinical descriptive study, retrospective, based on 36 cases of primary cutaneous lymphoma enrolled within the period of 4 years, between January 2009 and December 2013.

Methods : Our patients underwent a clinical and biological examination consists of histological and immuno-histochemistry study, along with complete blood cells count with peripheral blood film, LDH essay and a full radiological work-up. EORTEC classification was used for patient's classification. Local treatment (corticotherapy, phototherapy) of early stages patients, unlikely for the advanced stages whom been treated by systemic therapies.

Findings : 19 males and 17 females were enrolled (sex-ratio: 1,11), median age at diagnosis was 56 years (less than « 67 years » that been reported internationally). Lymphomas T and especially mycosis fungoides (MF) 83% were the most represented with a diagnostic delay of 48 months in almost half of our patients and a predominance of early stages of MF in comparison with the advanced stages. Sezary syndrome (SS) was diagnosed in 8, 3% and one patient presented primary cutaneous lymphoma of type-B. 60 % of MF cases received local treatment in first intention, in accordance with the actual recommendations that resulted in complete remission in 20% of cases. Overall survival of our cohort was estimated at 76% for 5 years, while the mean duration of follow up was 12 months. 8% of patients died as a reason of lymphoma.

Conclusion : Though this is not a big number of patients, this study resulted in a resemble outcome in comparison with medical literature. Overall survival for our series is so close to those of medical literature. Is this augmentation of PCL and MF reflects real national augmentation of cases or just caused by better diagnosis? Answering this question needs the foundation of cutaneous lymphomas national registry that may define more accurately the epidemiological profile of this disorder.

CO7. LES LYMPHOMES CUTANÉS B.

O. Dereur.

*Département de dermatologie. Pôle Cliniques médicales
CHRU de Montpellier - Hôpital Saint-Eloi*

CO8. PLACE DE LA RADIOTHÉRAPIE DANS LES LYMPHOMES CUTANÉS.

A. Benider

Service d'Oncologie CHU Ibn Rochd Casablanca.

CO9. PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES DANS LES LNH CUTANÉS.

O. Dereur.

*Département de dermatologie. Pôle Cliniques médicales
CHRU de Montpellier - Hôpital Saint-Eloi*

**COMMUNICATIONS
ORALES**

**LEUCEMIES AIGUES
MYELOBLATIQUES**

CO1, CYTOGÉNÉTIQUE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE DES LAM.

D. Bories.

Laboratoire d'hématologie, Hôpital Henri-Mondor. Créteil.

CO2. LES FACTEURS PRONOSTIQUES DES LAM.

H. Dombret.

Service des Maladies du sang, Hôpital Saint-Louis. Paris

CO3. A POPULATION-BASED STUDY OF THE EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL FEATURES OF ADULTS WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN ALGERIA : REPORT ON BEHALFOF THE ALGERIAN ACUTE LEUKEMIA STUDY GROUP

MA. Bekadja¹, RM. Hamladji², M. Belhani³, FZ. Ardjoun⁴, MT. Abad⁵, H. Touhami⁶, H. Ait Ali⁷

1. Hematology and cell Therapy, EHU1er Novembre, Oran, Algeria, 2. Hematology and bone marrow transplant, CPMC, Algiers, Algeria, 3. Hematology, CHU Benimessous, Algiers, Algeria, 4. Hematology HCA Algiers, Algeria, 5. Hematology, CAC, Blida, Algeria, 6. Hematology, CHU Oran, Algeria, 7. Hematology, CHU TiziOuzou, Algeria

Background : In Algeria, the incidence of hematologic malignancies has been difficult to estimate for many years. Today, many hematological centers, including 14 university hospitals, have been developed in the entire north and have useful epidemiological data pertinent to acute myeloid leukemia (AML).

Purpose : We studied the incidence of AML and its subtypes, age distribution, geographic distribution and trends in the rate of diagnosis over the last 5 years in Algeria. Secondary goals were to study trends of referral of AML cases from various regions to specific centers to assess the needs for health infrastructure and change of current practices.

Methods : Retrospective analysis of nationwide survey of all adult cases of AML (>15 years) diagnosed between 1 january 2006 and 31 December 2010. A survey form was distributed to all departments of hematology at the 15 participating centers.

Findings : The 1426 cases of AML diagnosed during the study period represented an annual incidence of 0.91/100.000 persons with a male to female (M/F) ratio of 1:16 and a median age of 45 years (range, 15- 82 years). Nationally, 20% of cases AML were diagnosed in the whole western region of the country, 47% in the central and 33% in the east. There was a trend of continuous increase in the rate with age and in the rate of diagnosis over the last 5 years. The most common subtype was M2, followed by M4 and M5.

Conclusion : An overall increase in the number of AML patients diagnosed nationwide over the last five years indicates a need for additional health care resources including curative and therapy-intense strategies, such as stem cell transplant facilities to optimize outcome. The relatively younger age of patients compared to the Western countries may be due to the demographic composition of our population.

CO4. ETUDE DESCRIPTIVE DES LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUES AU SEIN DU SERVICE D'HEMATOLOGIE CLINIQUE DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMED V DE RABAT

*EM. Mahtat, S. Astat, S. Jennane, A. Raissi, H. Eddou, H. El Maaroufi, K. Doghmi,
M. Mikdame*

Service d'Hématologie Clinique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat

Introduction : Les profils épidémiologique, clinique, pronostique et thérapeutique des leucémies aigues myéloblastiques au Maroc sont peu connus. Le but de ce travail est d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, clinico-biologiques et thérapeutiques des patients atteints d'une leucémie aigue myéloblastique diagnostiqués, traités et suivis dans le Service d'Hématologie Clinique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 51 patients adultes (âge > 16 ans), atteints de leucémie aigue myéloblastique diagnostiqués, traités et suivis dans le Service d'Hématologie Clinique de HMIMV de Rabat durant la période entre Janvier 2006 et Avril 2014. Toutes les données épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et les données de suivi ont été recueillies et analysées.

Résultats : L'âge médian des patients est de 42 ans. Le sex-ratio est de 1,8. Quarante-quatre (86%) patients avaient une LAM de novo et 7 (14%) présentaient une LAM secondaire. Sur le plan phénotypique, on note une fréquence plus importante des LAM 2, LAM4 et LAM5. Six (12%) patients se présentaient avec un tableau de CIVD. Une infiltration neuroméningée a été retrouvée chez 4 (8%) patients. Sept patients (14%) avaient une cytogénétique favorable, 21 (41%) avaient un caryotype de pronostic intermédiaire et 15 (29%) patients étaient classés dans le groupe cytogénétique défavorable. Quarante et un patient (80%) ont bénéficié d'un traitement intensif. Le taux de rémission complète dans le groupe LAM de novo et le groupe LAM secondaires était de 56% et 28% respectivement. Les survies moyennes dans ces deux groupes étaient de 17,3 mois et 9,5 mois respectivement.

Conclusion : Les résultats de notre série rejoignent grossièrement les données des séries reportées dans la littérature. Mais notre étude reste monocentrique et porte sur un faible échantillon majoritairement militaire ne reflétant pas le profil des LAM au Maroc. Une collaboration entre les différents centres d'hématologie du pays est nécessaire afin de créer un groupe d'étude des LAM permettant d'affiner le profil local de cette pathologie afin d'adapter et d'améliorer la prise en charge des patients.

CO5. TREATMENT OUTCOME OF YOUNG ADULT ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA : RESULTS OF AZIZA OTHMANA HEMATOLOGY CENTER

*H. Ben Neji, D. Jaber, S. Kefi, Y. Ben Abdennebi, M. Zarrouk, R. Mansouri, M. Bechir, L. Aissaoui, K. Kacem, R. Ben Lakhal, R. Jeddi, H. Ben Abid, Z. BelhajAli, B. Meddeb
Service d'hématologie Clinique. Hôpital Aziza Othmana, Tunis*

Introduction : Although all the progress made in hematology in the last decades, the treatment of acute myeloblastic leukemia is still disappointing with long term survival which does not exceed 40%. The aim of our study is to assess the treatment outcome of adult AML treated in Aziza Othmana hospital.

Patients and methods : Between January 2006 and December 2012, 219 young adult patients with AML were treated (APL excluded). Patients were stratified in cytogenetic risk groups according to the MRC group definition. Treatment protocol: patients received 3+7 induction combining idarubicin 12mg/m² per day on days 1 to 3 and cytarabine 200 mg/m² over 7 days. Post remission therapy consisted of MRC 10 consolidations: ADE, MACE and MidAC. Patients in the intermediate and high risk groups and less than 50 years of age were assigned to undergo stem cell transplantation (SCT).

Results : The median age of patients was 39 years (range 18 to 61 y). Cytogenetic analysis at diagnosis was available in 194 patients. According to cytogenetic stratification, the ratios of favorable, intermediate and unfavorable risk groups were 17 %, 67.5% and 15.4 % respectively. A complete remission (CR) was achieved in 73 % of the patients. The death rate during induction therapy was 17.8 %. The 5-year overall survival (OS) was 34%. Patients over 40 years had 24.5% 5-year OS vs 44% for patients less than 40 years (p=0.03). OS was better in favorable and intermediate cytogenetic risk groups (p=0.08). Relapse free survival (RFS) rate at 5 years was 52%. Patients with WBC < 24 000/mm³ and aged < 40 years had significantly better RFS (p=0.06 and p= 0.0009). The OS and RFS in allografted patients were 70% and 72% respectively vs 34% and 43% for non allografted patients.

Discussion and conclusion : In our study CR was achieved in 70% of the patients. It is consistent with published results of 60 to 80% of CR rate obtained with induction regimen including an anthracyclin and cytarabine. The rate of death during induction in our series (17%) is higher than induction mortality reported in the literature (6%). Long term survival in our series compared favorably with results reported by cooperative groups which report 30 to 40% OS. In our study, survival varied significantly according to age, WBC and cytogenetic status as reported in the literature. Allografted patients had better survivals. It is well recognized that hematopoietic stem cell transplantation is associated with the lowest rates of relapse as it was shown by the majority of the trials. Strategies to improve our results and to reduce induction deaths must include better management of febrile neutropenia and better supportive care measures.

**CO6. LAM : EXPÉRIENCE DU SERVICE D'HÉMATOLOGIE DE CASABLANCA,
REVUE GÉNÉRALE AVEC APPROCHE DE LA PRISE EN CHARGE CES 20
DERNIÈRES ANNÉES.**

S. Benchekroun.

Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique Hopital 20 Aout Casablanca.

CO7. MOLECULAR STUDY IN ADULT CYTOGENETICALLY NORMAL ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA: TUNISIAN FIRST STEPS

H. Ben Neji, I. Safra*, H. Hmida*, D. Jaber, Y. Ben Abdennebi, M. Zarrouk, R. Mansouri, M. Bechir, L. Aissaoui, K. Kacem, R. Ben Lakhal, R. Jeddi, H. Ben Abid, Z. BelhajAli, S. Menif*, B. Meddeb

Service d'hématologie Clinique. Hôpital Aziza Othmana, Tunis

**Laboratoire d'hématologie. Institut Pasteur de Tunis*

Introduction : Cytogenetics is among the most important and powerful factors predicting achieving complete remission and long-term outcome in acute myeloblastic leukemia (AML).

40 to 50% of adult AML patients have no clonal aberrations. Such AML patients are categorized in the intermediate cytogenetic risk group which is a very heterogeneous group. FLT3 internal tandem duplication (ITD) and NPM1 mutations have been identified as prognostic factors for relapse and survival in cytogenetically normal AML.

Since 2 years, mutational analysis of Tunisian AML patients with normal karyotype is performed at diagnosis. The aim of this study is to assess our little experience in genetic profiling of AML.

Patients and methods : In 2012 and 2013, all adult AML patients treated in the hematology department of Aziza Othmana hospital had a cytogenetic analysis at diagnosis. Patients in the intermediate and high risk cytogenetic groups were assigned to undergo stem cell transplantation (SCT) if they had an HLA identical sibling donor.

Patients with normal karyotype had a mutational analysis at diagnosis. Screening for FLT3-ITD and NPM1 mutations was performed in bone marrow samples at Institut Pasteur laboratory.

Results : 62 adult patients were treated for AML. 21 had a normal karyotype. Median age was 42 years (range 19 to 56 y). Median white blood cell count (WBC) at diagnosis was 38 700 /mm³ (range 1000 to 174 300/mm³).

The remission rate is 62%. Four patients died during induction. Thirteen patients had FLT3-ITD and NPM1 analysis. FLT3-ITD was positive in 5 patients. Among patients FLT3-ITD negative, 3 had NPM1 mutated, 2 NPM1 non mutated and 3 non precised.

One patient FLT3-ITD negative and NPM1+ died during induction, the 2 remaining patients are still in CR. Among FLT-ITD + patients, one had a resistant disease after 2 inductions, one presented a relapse and died and the 3 other patients are still alive in CR. Only one FLT3-ITD + patient had an HLA identical sibling donor and was allografted.

Discussion : Several studies showed that molecular genetic markers in AML are significant factors in the response to therapy and survival. In normal cytogenetic AML, FLT3-ITD is associated with short relapse free survival and overall survival whereas NPM1 mutation is associated with better outcome. These markers are used in the risk stratification of AML and to indicate stem cell transplantation (STC).

Here are the first Tunisian AML patients screened for FLT3-ITD and NPM1 mutations. There are few patients studied and the follow-up is short so we can't make conclusions.

By developing molecular profiling in AML patients, we will offer STC only to patients with unfavorable cytogenetic abnormalities or with unfavorable molecular profile. Thus we will avoid intensive treatment (STC) to many patients.

Conclusion : We intend to develop mutational analysis for AML Tunisian patients to adapt therapeutic decisions to risk stratification. The decision regarding STC must be guided by the genetic profiling. Access to non sibling donor international registry must be established.

CO8. IMMUNOPHENOTYPING ACUTE MYELOID LEUKEMIA BY FLOW CYTOMETRY(FCM)

H. Hamouda, S. Hamdi

Department of hematology, Hematology laboratory , ATRS, UFAS , CHU , Sétif, Algeria

Background : The immunophenotyping by flow cytometry (FCM) has become a supplementary examination in cytology and cytochemistry of acute myeloid leukemia , essential for the diagnosis of undifferentiated leukemia biphénotypiques (called MPAL: Mixed phenotypic acute leukemia) , classification and therapeutic evaluation through the aberrant expression of others markers For 3 years (December 2010 - December 2013), 97 cases of acute myeloid leukemia were analyzed by flow cytometry.

Methods : This is of 49 men and 48 women. Sex Ratio (M / W) was 1.02 and the average age was 44 years (range 15-86 years) with 2 peaks between 15-25 years and 45-55 years The analysis of blood and bone marrow collected in EDTA , has a morphological study of smears stained with MGG and cytochemical study on bone marrow smears fixed Sudan black . Analysis by flow cytometry on Beckmann Coulter EPICS XL - 4Colors after labeling cells with monoclonal antibodies conjugated to different fluorochromes (FITC, PE, ECD and PC5) The panel includes the myeloid markers (MPO , CD33 , CD13 , CD117) , markers of immaturity (CD34 , HLA - DR) and other specific markers (CD64 , CD14 , CD42 , CD235a) , B lymphoid markers (CD79ac , CD22 , CD19 , CD10) and some lymphoid markers T (CD3c , CD3s , CD5 , CD2) that are used to search for mixed leukemia and aberrant markers used for monitoring minimal residual disease .

Findings : The average values of data from CBC: Hb 7.2 g / dl (3.2 to 14.5) . WBC: 59.9 G / l (0.8 to 500) , platelets 43.7 (6- 268) . peripheral blasts : 68% (12-100) , medullary blasts : 80% (30-100) . Sudan Black (n = 95) positive in 91% of cases and negative in 9%. FCM analysis include: M0: 5 cases ; M1: 23 cases; M2: 20 cases ; M3: 16 cases ; M4: 21 cases and M5: 8 cases, LA Mixed : 03 cases and 1 case of LA difficult to classify. Aberrant expression lymphoid markers was found in 21 % of cases.

Conclusion : The flow cytometry has been successful in the cytological diagnosis and cytochemical one hand, and the diagnosis of M0 forms and LA mixed . With the expanded panel aberrant expression is a very useful means for therapeutic assessment and monitoring of residual disease

CO9. PRISE EN CHARGE DES LAM.

H. Dombret.

Service des Maladies du sang, Hôpital Saint-Louis. Paris

CO10. PLACE DE LA GREFFE DANS LE TRAITEMENT DES LAM.

J.P. Vernant.

Service d'hématologie clinique. CHU La Pitié Salpêtrière. Paris

CO11. ACTUALITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES LAM3.

H. Dombret.

Service des Maladies du sang, Hôpital Saint-Louis. Paris

CO12. TREATMENT STRATEGY AND RESULTS IN CHILDREN WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA TREATED ON THREE TUNISIAN CENTERS

Y. Ben Abdennebi, K. Zahra, , O. Kassar, R. El Fatmi, A. Khlif, M. Elloumi, T. Ben Othman, B. Meddeb

Between January 2006 and December 2011, 90 children and adolescents of less than 18 years were treated for de novo AML other than acute promyelocytic leukemia at 3 Tunisian centers: 21 in Sfax, 23 in Sousse and 46 in Tunis. The 2- year OS and EFS were 43% and 48% for patients enrolled in Sfax, 42.6% and 53.5% for those enrolled in Sousse and 44% and 55.8% for those enrolled in Tunis. These results are not satisfactory, from where; we have proposed to conduct a nationwide cooperative clinical protocol investigation in order to improve our results and this by decreasing the risk of both treatment-related death and disease recurrence.

Induction therapy was a combination of Cytarabine at 200mg/m²/d by continuous intravenous infusion from day 1 to day 7, and anthracycline, but the choice of the anthracycline is different in the 3 centers. Indeed the anthracycline used in Sfax is the daunorubicine given to the amount of 60 mg/m²/d from day 1 to day 3. In Sousse, it is according to the availability of the drug, either daunorubicine or Idarubicine or Mitoxantrone and in Tunis it is Mitoxantrone which is used at 12 mg/m²/d from day 1 to day 5.

The complete remission CR rate after initial induction course was 76.1% in Sfax, 52.1% in Sousse and 82.6% in Tunis. Response rates following the 1st course of chemotherapy suggested a benefit for Mitoxantrone.

Consolidation therapy consisted of 3 courses : 1st consolidation: All patients enrolled in the 3 different centers received high dose AraC (18 g/m²: 3 g/m² per every 12 hours on day 1,2, and 3), combined with anthracycline or Amsacrine. The CR rate after this 1st consolidation was 71.4% in Sfax, 82.6% in Sousse and 89.1% in Tunis. We noted that the patients who received Mitoxantrone or Idarubicine initially at the induction course were more easily retrievable after the 1st consolidation compared to the patients who received daunorubicine.

In both therapeutic regimens, patients in CR at the end of the 1st consolidation and not undergoing to BMT were treated with 2 others consolidations.

2nd consolidation: The 3 centers made an intermediate consolidation standard ADE in 2nd consolidation. No toxic death was reported.

3rd consolidation: in Sfax, patients received high dose AraC given to the amount of 18g/m², whereas in Sousse and Tunis, the 3rd consolidation consisted of a sequential administration of high dose AraC given to the amount of 24 g/m² followed by an injection of L- Asparaginase to the amount of 6000UI/m² on day 2 and day 9 according to the Capizzi diagram. No toxic death was reported in Sfax during the 3rd consolidation, whereas the rate of toxic death in this course (Capizzi therapy) was 7% in Tunis and Sousse centers.

However relapse occurred in 50% for children with CBF-AML and who treated in Sfax with only 18 g/m² AraC at the 3rd consolidation, this rate was 33% and 21% for patients treated in Sousse and Tunis respectively and who received Capizzi therapy at the 3rd consolidation.

We found that patients who received Capizzi therapy at the 3rd consolidation were exposed to a greater risk of toxic death; however by decreasing the amount of AraC at the 3rd consolidation, we have shown an increased risk of relapse in CBF-AML. These results lead us to prefer one 3rd consolidation including high dose AraC given to the amount of 18g/m² combined with L-asparaginase and to propose one 4th course of consolidation with AraC with the amount of 18 g/m².

Allogeneic HSCT: 68% of the children in the 3 centers should be transplanted in first CR, only the 1/3 of them received HSCT. The risk of relapse was significantly more important among patients not transplanted in CR1: 58% vs 18%.

Conclusion :

- The best rates of CR are obtained in the children who received Mitoxantrone in induction, with a less risk of toxic death.

- More toxic deaths during 3rd consolidation (7%) for the patients who received sequential high dose AraC given to the amount of 24g/m². More relapses of CBF-AML for the patients who received high dose AraC to the amount of 18 g/m² during the 3rd consolidation compared to those which have 24 g/m². These results lead us to propose a protocol with 5 courses: Induction course (3, 7): AraC – Novantrone

1st consolidation: AraC: 18 g/m²- Amsacrine 2nd consolidation: ADE

3rd consolidation: AraC: 18 g/m²- Asparaginase

4th consolidation: AraC: 18 g/m²

- Allogeneic BMT gave significantly superior outcome for intermediate and high-risk patients compared with those treated with chemotherapy. However only the 1/3 received matched-related HSCT, from where we need to develop unrelated stem cell transplantation.

CO13. OUTCOME OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN PATIENTS UP TO 65 YEARS OF AGE AT HEMATOLOGY AND BONE MARROW TRANSPLANTATION UNIT IN ALGIERS DURING 14 YEARS

S. Akhrouf, F. Belhadri, A. Talbi, H. Moussaoui, M. Benakli, N. Ait Amer, F. Tensaout, N. Abdennebi, F. Boukhemia, H. Bouarab, D. Ait Ouali, R. A. Nacer, RM. Hamladji.

Hematology and Bone Marrow transplantation department, Pierre and Marie Curie Center, Algiers, Algeria.

Background : Acute myeloid leukemia (AML) is a heterogeneous clonal disorder of haematopoietic progenitor cells. It is the most common type of acute leukemia in adults.

Purpose : We report in this study the therapeutic results obtained in patients (pts) up to 65 years in the CPMC. Acute promyelocytic leukemia is excluded from this study.

Methods : Between January 1999 and December 2012, 410 AML were diagnosis. The induction therapy (IT) concerned 248 pts with protocol: 3+7 or 10 (continious infusion Cytarabine combined with Anthracycline). The cytologic types were (M0 : 19, M1 : 59, M2 : 77, M4 : 71, M5 : 15, M6 : 6, dendritic : 1), the median age is 35 years [9-65] with a sex ratio 1,29 (140M /108F). At diagnosis, the median hemoglobin is 7,5g/dl (3-14,4),the median platelet is 39 G/l (1-342) and the median white blood cell count is 16,1 G/l (0,7- 780). The median time of cytopenia is 19 days (0-46).

Findings : Forty six pts (18, 5%) died in chemotherapy induction, 202 pts are evaluable: 158pts (78,2%) in complete response(CR) and 44pts (21,8%) in failure.The allogenic stem cell transplantation (ASCT) was performed in 57 pts (36%). At 31 December 2013, the median follow up was 96 months (12-169), 71 pts (28,6%) are still alive : 69 pts in CR (including 34 pts after ASCT) and 2 pts in relapse (1 pt after ASCT), 177 pts (71,3%) died : 46 pts in IT, 39 pts in failure, 41 pts in relapse, 51 pts in CR. The overall Survival (OS) and the Disease free survival (DFS) after ASCT are respectively 55,6% and 53,8% and the OS and the DFS in pts who did not receive ASCT are respectively 33,6% and 32,6%.

Conclusion : This study, after a long follow-up, shows that the rates of death in induction and relapse remain high. ASCT remains the only curative option, so to perform quickly after obtaining the CR.

CO14 THE DISTRIBUTION OF CYTOGENETICS ABNORMALITIES BY FISH AND KARYOTYPE IN AML

*S. Taoussi, S. Oukid, F. Lamraoui, N. Rekab, Y. Bouchakor, K.M Benlabiod, M.T Abad
Department of Hematology, CAC Blida, Algeria*

Background : Non-random, recurrent cytogenetic abnormalities are common in acute leukemia (AL); their recognition has paved the way for the identification of molecular clonal lesions associated with specific subtypes that have therapeutic and prognostic implications ; most of these abnormalities are currently well established. These cytogenetic abnormalities are important to consider in the management of patients. The 2008 who classification for acute leukemias takes into account the cytological aspects, immunophenotypic and cytogenetic (conventional and molecular). This classification establishes a stratification into prognostic groups based on a cytogenetic evaluation; 3 types of abnormalities are considered as having a favourable prognosis after chemotherapy : t (15; 17), inv (16) / t (16 ;16), and t (8;21); Other abnormalities such as of the (3q), monosomy 5 or 7, del (5q) or (7q) , MLL rearrangement and a complex karyotype have a prognosis associated with greater resistance to any form of aggressive chemotherapy.

Purpose : The objective of our work is to have an approach of molecular cytogenetics and karyotyping profile of Acute Myeloid Leukaemia (AML) followed in Blida to identify a therapeutic strategy adapted to the who 2008 classification.

Methods : This is a prospective study of 51 months (Oct. 2009 - Dec. 2013) involving 166 de novo acute myeloid leukemia patients. At diagnosis, cytogenetic study is made preferentially by FISH and then by conventional cytogenetics wherever possible because the development of FISH technologies has revealed the existence of cryptic chromosomal rearrangements, which are not visible by conventional cytogenetic analysis. We searched the translocation (8; 21) (AML/ETO), inversion (16) or (16; 16) translocation, translocation (15; 17) (PML/RARA)/ RAR break, MLL (11 q 23), 5, 7, using appropriate probes.

Findings : The 166 cases fall into adults (M: 80, F: 86). Sex ratio = 0,93 ; FAB subtypes were M0 = 2, M1= 15, M2 = 34, M3 = 33, M4 = 55, M5 = 12, M6 = 8, M7= 7 By FISH : translocation (8;21): this was found in 12 pts (4 M, 8 F) out of 15 AML1 and 34 AML2 studied, either 24,5% ; this translocation was exclusively seen in AML2 (11 cases), resulting in 33,5% of AML2 having t (8;21). The male/female (M/F) ratio was of 4/8. Inversion (16), t (16; 16) (p13.1 and del 16q22 were found in 19 pts (8M, 11F), respectively in 16 pts, 2 pts and 1 pt out of 55 AML4 studied ; the majority of pts presented abnormal osinophilic precursors in bone marrow smears ; It has not been recovered on t (16; 16). FAB subtypes were M4 (17), M5 (1) and M2 (1) ; inv (16) was associated with +22 in 3 cases. Translocation t (15; 17) done in 34 cases (18 M, 16 F) of evoked cytologically AML3 was found in 34 cases. MLL rearrangement : MLL rearrangement was found in 3 cases : 1 AML 4 and 2 AML1 ; duplication of MLL was found in 1 case of AML5 No Aberrations were found in 82 patients (49,4%) by FISH. By Karyotype : this revealed some abnormalities as complexe carotypes, monosomy 5, trisomy 21, trisomy 22, del (11q), t(4 ;12), iso 21, hyperdiploidy.

Conclusion : FISH using centromeric probes is a good tool that can be used to detect recurrent abnormalities in chromosomes in interphase cells or poorly defined metaphases , thus providing a complementary approach in cases with a normal or failed cytogenetic result.

CO15. ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION FOR ADULTS WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML) : THE TUNISIAN RESULTS.

L. Torjemane¹, N. Ben Abdejelil¹, W. Barhoumi¹, A. Lakhal¹, W. Achour¹, R. El Fatmi¹, L. Ben Hamed², H. Kaabi², H. Slama², A. Laamouri³, S. Ladeb¹, E. Ben Hassen¹, T. Ben Othman¹.

1. Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis. Tunisia

2. Centre National de Transfusion Sanguine de Tunis

3. Laboratoire de cytogénétique et biologie moléculaire. Institut Pasteur de Tunis

Objectives and background : In Tunisia, allo-HSCT for adult AML is recommended for intermediate and poor-risk AML if an HLA-identical sibling donor was available. Here, we report our results since we introduced the Bu(iv)-Cy regimen.

Patients and methods : Between January 2005 and December 2012, 73 patients were transplanted for AML. The median age was 31 years (range; 18-45 years). According the cytogenetic stratification, valuable patients were stratified in the poor-risk (n=22; 32%), intermediate risk (n=44; 64%) or in the favorable risk group (n=5). Induction treatment was the standard Cytarabine+Mitoxantrone «7+3». The transplant was performed in first complete remission (CR1) (n = 57), in second CR (CR2) (n=7) or in failure (n=9). Conditioning regimen was Bu (iv) - Cy (97%) or ICT- Cy (3%). GVHD prophylaxis associated Cyclosporine A and methotrexate. The graft was bone marrow in 49 patients (67%) providing a median of 2.15 x108 MNC/ kg (range; 0.7 - 4.07) and peripheral blood stem cells in 24 patients (33%) providing a median of 4.75 x 106 CD34+ cells/kg (range; 2.46- 6.79). The median time from diagnosis to transplant was of 5 months (range; 3 -13 months).

Results : Engraftment was achieved in 72 patients (98%). Only one early death occurred and was related to a toxic acute renal failure (2%). The rate of overall treatment-related mortality was 8% (n = 6). Causes of death were refractory GVHD and non-infectious pulmonary complications. The cumulative incidence of relapse was of 29%. The median time to relapse was 10 months (range; 2 - 25months). The cumulative incidence of acute GVHD, cytomegalovirus infections and chronic GVHD were 31 %, 36% and 50% respectively. After a median survival of 26 months (range; 20 days -96 months), 48 patients were alive. The overall survival and the disease-free survival were of 63% and 60 % at 3 years respectively. The overall survival rates were of 75 %, 42 % and 12 % for patients transplanted in CR1 ,CR2 and failure respectively (P = .0001). Pre-transplant disease status was the only risk factor that significantly affects survival.

Conclusion : Allogeneic HSCT with sibling donor in adult AML patients is relatively safe. The pre-transplant disease status is discriminant for survival.

CO16. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINICOBIOLOGIQUE ET EVOLUTIF DES LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUE DE L'ADULTE AU CHU MED IV DE MARRAKECH

K. Raji, F.Z. Boufarissi, M. Chafai, F.Z. Lahlimi, R. Tissir, H. Hafiane, I. Tazi, L. Mahmal

D'importants progrès ont été réalisés ces 2 dernières décades dans le traitement de LAM mais ils restent modestes en particulier par rapport aux LAL. Dans le service d'Hématologie et d'oncologie de CHU de Marrakech, on a commencé à traiter des patients présentant LAM en 2009, en utilisant le protocole (AML-MA03) comme traitement pour les patients de moins de 60 ans. Notre étude rétrospective a porté sur 80 patients atteints d'une LAM de novo traités selon le protocole AML sur une période de 5ans (2009 à 2013). Parmi les 80 patients inclus, 70% ont un âge inférieur à 45 ans, 35% une anémie inférieure à 5g/dl, 23% une hyperleucocytose à plus de 100000/ml, 37% un type de LAM (M4, M5, M6). Les caryotypes ont été réalisés chez 37% de notre population. 46% ont été de bon pronostic, 27% de pronostic intermédiaire et 27% de mauvais pronostic. La t (8 ; 21) a été l'anomalie la plus fréquemment retrouvé, 31% des cas. Le taux de rémission complète est de 65%, et le taux de survie sans événement est de 24%. L'âge supérieur à 45 ans, un chiffre de GB>50.000/ml, un type de LAM (M4, M5, M6) ont présenté un taux de rémission complète plus faible par rapport aux autres groupes. Nos résultats sont au dessous de ceux de la littérature et de nos objectifs. D'où l'intérêt de l'adaptation du traitement aux facteurs pronostiques en particulier le profil cytogénétique, réduire la toxicité de la chimiothérapie et par la réalisation de la greffe de la moelle osseuse pour les cas qui le nécessitent.

CO17. PROSPECTIVE VALIDATION OF A NOVEL CONDITIONING REGIMEN : FLU-BU4 IN 170 ADULTS PATIENTS (PTS) WITH ACUTE MYELOIDE LEUKEMIA (AML) : COMPARATIVE STUDY WITH THE STANDARD CONDITIONING REGIMEN BU-CY2 (BC).

A. Talbi, M. Benakli, R. Ahmed Nacer, S. Akrouf, F. Mehdid, R. Belhadj, N. Rahmoune, M. Baazizi, RM. Hamladji

Hematology and Bone Marrow transplantation Department. Pierre and Marie Curie Center, Algiers, Algeria

Background : The treatment of hematological malignancy notably AML is very challenging because of the poor outcome of chemotherapy. The goal of allogeneic stem cell transplant (HSCT) is inducing a graft versus tumor immune effect, that's why the choice of the conditioning may have an impact on the overall outcome of the transplant. In fact, fully myeloablative conditioning regimens can destroy tumor cells effectively, but can also cause greater morbidity and mortality. Bu-Flu conditioning prior to allo HSCT in adult patients with AML seems an alternative to standard BU-CY2 regimen, We compare our results with a retrospective study, about 160 AML pts, undergoing an HSCT, with the standard BU-CY2 or BU-CY2-VP16 regimen

Methods : Between February 08 and June 2013, 170 (pts) with AML received an allogeneic peripheral blood HSCT, with FLU (200mg/m²) during 4 days and once daily iv BU (12,8mg/Kg) conditioning (F-BU4); the median age is 35 years (18-62), the sex ratio is 0, 63.143 HSCT were performed in first Remission (84,1%), 15 in second remission (8,8%) and 12 (7%) in relapse. The median time from the diagnosis to transplant is 4 months (2-11). For The 160 pts who received the standard regimen between September 1999 and April 2010, the median age is 27 years (18-47), 146 pts (91,2%) is in 1st remission at the allograft, 11 pts (6,8%) in 2nd remission and 3 (1,7%) in relapse. All pts received a transplant from a related donor, GVHD prophylaxis associated cyclosporine and methotrexate (Seattle) for all.

Findings : All pts have neutropenia (with F-BU4 and BC); the duration of neutropenia is shorter with F-BU4 (8 versus 13 days) (p=0,084), Acute GVHD was observed in the same rate with the both regimen (37% in BC versus 41,1% in F-BU4), however cGVHD was often observed in F-BU4 (48,8% in BC, with 31% of extensive form versus 62,5% in F-BU4, with 39,2% of extensive one's) p 10-6. The rate of relapse is not different with both of them (11,8% in BC versus 15,8% in F-BU4). The study showed that the TRM were less with F-BU4 (15% versus 33%) (p < 10- 6). No veino occlusive disease was noted with F-BU4, versus 9, 7% in BC. At December 2013, 88 pts of the BC group are still alive versus 115pts in F-BU group. The Overall survival (OS) in F-BU4 is 65% versus 58, 1% in BC (0, 1<p

Conclusion : Flu-Bu is an acceptable regimen because of its low TRM and morbidity; it may well substitute BU-CY2 with the aim of decreasing transplant adverse effects without compromising its efficacy (GVL effect), the rate of relapse attests that. However we know that our rate of Chronic GVHD is high in this F-BU4 series, we are trying to reduce it, with giving Thymoglobulin in the conditioning regimen.

CO18. LONG TERM RESULTS WITH THE SPANISH PETHEMA LPA 99 TRIAL IN THE MANAGEMENT OF 71 CONSECUTIVE APL PATIENTS

R. Jedd², H. Ghedira¹, E. Barred², H. Ben Nejj², R. Mansouri², Y. Ben Abdennebi², K. Kacem², M. Zarrouk², L. Aissaoui², R. Ben Lakhal², Z. Ben Hadj Ali², H. Ben Abid², S. Zriba¹, S. Mnif³, F. M'saddek¹, B. Meddeb²

1- Hematology Department, Military Hospital, Tunis, Tunisia

2- Hematology Department, Aziza Othmana University Hospital, Tunis, Tunisia

3- Pasteur Institute, Tunis, Tunisia

Many efforts have been made to improve management of APL in emerging countries. One aspect of these was to reduce chemotherapy intensity. In Tunisia, we opted for APL93 (1998-2004) and LPA99 (from 2004) without changes. Here we report long term results with the Spanish trial.

From 2004, 71 patients with confirmed APL either by t(15;17) or PML/RARA were treated according to the PETHEMA LPA 99 trial. Thirty one patients were males and 40 females with a median age of 33 years (range, 2–71 years). Eighteen (25.3%) were aged less than 20 years. Median BMI was 24 kg/m² (range, 12–40 kg/m²). The median WBC count was 3.9×10⁹/l (range, 0.6–123.3×10⁹/l). 4% of the patients were classified as low risk, 61% as intermediate risk, and 35% as high risk according to Sanz's Score. Fifty seven patients (80%) had classical APL and 13 (18%) had variant APL. Additional cytogenetic abnormalities were observed in 29.5%. Sixty one patients achieved CR (87.1%). The remaining nine patients had early death (one died before treatment onset): four caused by differentiation syndrome (DS), three died from central nervous system hemorrhage, one patient had a cardiac stroke and one died from septic shock. Univariate analysis revealed that CD117 -ve (P=0.05), baseline WBC > 10 G/L (P=0.028), prothrombin level <50% (p=0.009) and serum creatinine > 1.4mg/dl (P=0.01) were predictive of mortality during induction. DS was observed in 24 patients (39%) after a median onset time of 15 days from treatment onset (range, 2-30) Body mass index > 30 remained independent predictor of DS (P=0.031). Occurrence of hypertensive picks significantly predicted occurrence of DS (P=0.003) and was significantly associated with high BMI (P=0.014).

With a median follow-up of 50 months, 5 year cumulative incidence of relapse, event free and overall survival were 6.6%, 72,9% and 74,3%, respectively.

Our study showed that we have acceptable results without reducing dose intensity.

**COMMUNICATIONS
AFFICHÉES**

LEUCEMIES AIGUES

CA1. PROFIL IMMUNOPHENOTYPIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUES A CASABLANCA.

S. Fares, M. Lamchahab, B. Oukkache, M. Rachid, M. Quachouh, A. Madani, S. Benchekroun, A. Quessar.*

Service d'hématologie et oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Aout de Casablanca.

**Service d'hémato-biologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca.*

Introduction : Le diagnostic de la leucémie aigue myéloblastique (LAM) repose sur des critères biologiques selon la classification de l'OMS. L'immunophénotypage par cytométrie en flux représente un moyen indispensable pour confirmer ce diagnostic, poser la classification, la stadification et pour surveiller la maladie résiduelle. L'usage de cette technique pour les LAM a commencé depuis quelques années et il est de plus en plus demandé pour corrélation avec les données cytologiques. Au Maroc, on ne dispose pas de données concernant le profil immunophénotypique de cette population.

Objectif : Déterminer le profil des antigènes de la surface cellulaire des blastes des patients atteints d'une LAM au service d'hématologie et oncologie pédiatrique de Casablanca.

Patients et méthodes : Rétrospectivement, l'étude a été menée sur une période de 12 mois de Janvier à Décembre 2013. Ont été inclus, tous les patients adultes et enfants avec un diagnostic cytologique de LAM chez qui on a réalisé un immunophénotypage par cytométrie en flux.

Résultats : L'étude a colligé 82 LAM dont 84% étaient des adultes et 16% des enfants. L'âge médian était de 39.5 ans [1.2 – 75 ans], et le sexe ratio H/F=1. La corrélation cyto-immunophénotypique a été obtenue dans 68%. Quatre (5%) étaient des leucémies promyélocyaires (M3) avec une expression négative des CD34 et HLA-DR. Soixante dix huit (95%) étaient non (M3) dont 35% avaient exprimé tous les marqueurs myéloïdes, 25% avaient une expression faible ou négative du CD13, du CD33 à 20%, 44% n'avaient pas exprimé le CD117 et 32% avaient une MPO négative. Les marqueurs aberrants incluant TdT, CD19, CD22, CD2, CD5, et CD7 étaient retrouvés dans 28% dont un seul cas de LAM3.

Conclusion : Nos résultats étaient similaires à ceux retrouvés au pays du Maghreb Arabe et présentaient des traits de différence avec ceux occidentaux et de l'Asie concluant à l'importance d'avoir ce genre de données pour une prise en charge adéquate et spécifique de chaque population.

CA2. MARQUEURS ABERRANTS AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUES

S. Fares, M. Lamchahab, B. Oukkache, M. Rachid, M. Quachouh, A. Madani, S. Benchekroun, A. Quessar.*

Service d'hématologie et oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Aout de Casablanca

**Service d' hémato-biologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca*

Introduction : Selon l'OMS, plusieurs marqueurs immunophénotypiques des cellules lymphoïdes B ou T peuvent être exprimés de manière aberrante au cours de la leucémie aigue myéloblastique (LAM) appelée communément (LAM +Ly). Le marqueur TdT peut être exprimé dans plus d'un tiers des cas, le CD2 et CD7 peuvent être exprimés fréquemment à faible intensité. Dans plusieurs cas, le phénotype aberrant serait la conséquence des anomalies cytogénétiques exprimées par la cellule néoplasique. La détection des phénotypes aberrants est importante pour le diagnostic précis des LAM et pour leur sous-classification. De grandes séries des patients atteints de (LAM + Ly) ont démontré que la lignée infidèle n'a pas de pronostic significatif.

Objectif : Evaluer la prévalence de l'expression des marqueurs aberrants chez les patients diagnostiqués avec une LAM au service d'hématologie et oncologie pédiatrique de Casablanca.

Patients et méthodes : Rétrospectivement, de Janvier à Décembre 2013, l'étude a recensé les patients tout âge confondu, ayant une LAM diagnostiquée cytologiquement, chez qui on a effectué un immunophénotypage par cytométrie en flux. Ont été recherchés les marqueurs suivants : TdT, CD19, CD22, CD2, CD5, et CD7

Résultats : L'étude a colligé 82 LAM dont (23/82) soit 28% avaient présenté une expression aberrante d'un ou plusieurs marqueurs. 78% étaient associés à une hyperleucocytose, 52% avaient exprimé le CD7 isolé dont (7/12) 58% étaient des LAM2, 2 cas avaient présenté une expression combinée de 2 marqueurs dont un CD2 et CD7 et l'autre CD7 et CD22. 35% avaient exprimé le CD19 dont un seul cas de LAM3. Un seul cas avait exprimé le CD5 et un autre le TdT. Dans 20 cas soit 87%, une étude cytogénétique a été réalisée dont 30% avaient une anomalie de pronostic favorable, 55% intermédiaire, et 15% défavorable dont une t(15,17).

Conclusion : Nos résultats rejoignent les autres séries en ce qui concerne l'expression des marqueurs aberrants sauf pour la LAM3, ou on n'a pas trouvé de cas exprimant le CD2 et qui est considéré comme marqueur de mauvais pronostic.

CA3. TUBERCULOSE ET LEUCEMIE AIGUE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 7 OBSERVATIONS

*F. Mnebhi, M. El kababri, A. Kili, L. Hessissen, M. El Khorassani, M. Khattab
Service d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique, Hôpital d'Enfants – Rabat*

Introduction : La tuberculose survenue sur un terrain de leucémie aigue chez l'enfant se caractérise par des difficultés diagnostiques liées à des aspects cliniques déconcertants dans un contexte de diagnostic différentiel élargi et des difficultés thérapeutiques liées à des problèmes de terrain et d'interférences avec certains immunosuppresseurs augmentant le risque d'effets indésirables. Nous ressortons à travers 7 observations le profil épidémiologique, clinique, radiologique, bactériologique thérapeutique et évolutif de la tuberculose quand elle s'associe à une leucémie aigue chez l'enfant.

Observations :

patients	Type de LA	clinique	Phase du traitement	localisation	IDR Tbc	recherche BK crachats -histologie	Traitement	évolution
Abdelhamid 11 ans	LAL	asthénie, toux contagé+	27ème mois d'entretien	foyer pulmonaire basal G extensif	négative	- positive	2SRHZ/7RH	favorable
Mehdi 9ans	LAL	Fièvre au long cours, douleur abdominale, diarrhée	5ème mois d'entretien	anses agglutinées, épanchement cloisonné, ADP coelio-mésentériques calcifiées	négative	-négative -tuberculose caséo-folliculaire	2SRHZ/10RH	
Amina 6 ans	LAL		4ème mois d'entretien	Epanchement articulaire intermétatarsien		- négative -tuberculose caséo-folliculaire	2RHZ/7RH	
Ibtissam 5ans	LAL	Adénopathie cervicale	3 mois avt début CTH			-négative tuberculose caséo-folliculaire	2RHZ/4RH	
Mehdi 13 ans	LAM	tuméfaction douloureuse du genou gauche	10 mois après Rémission			Négative Synovite tuberculeuse	2RHZ/7RH	
Mohamed 1 an	LAL	Fièvre prolongée	2 mois avt début CTH	foyer pulmonaire basal Ghe, hépatosplénomégalie et néphromégalie			2RHZ/7RH	
Hamza 12 ans	LAM	Fièvre prolongée	1er mois d'induction	Pneumopathie du lobe sup Dt, hépatosplénomégalie, néphromégalie et épanchement intrapéritonéal	négative	négative	2SRHZ/10RH	

Conclusion : L'association de la tuberculose pulmonaire et leucémie aigue de l'enfant pose 2 problématiques : diagnostique et surtout thérapeutique en l'absence de certitude étiologique devant des situations cliniques atypiques.

CA4. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINICOBIOLOGIQUE ET EVOLUTIF DES LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUE DE L'ADULTE AU CHU MED IV DE MARRAKECH

K. Raji, F.Z. Boufarissi, M. Chafai, F.Z. Lahlimi, R. Tissir, H. Hafiane, I. Tazi, L. Mahmal

D'importants progrès ont été réalisés ces 2 dernières décades dans le traitement de LAM mais ils restent modestes en particulier par rapport aux LAL. Dans le service d'Hématologie et d'oncologie de CHU de Marrakech, on a commencé à traiter des patients présentant LAM en 2009, en utilisant le protocole (AML-MA03) comme traitement pour les patients de moins de 60 ans. Notre étude rétrospective a porté sur 80 patients atteints d'une LAM de novo traités selon le protocole AML sur une période de 5ans (2009 à 2013). Parmi les 80 patients inclus, 70% ont un âge inférieur à 45 ans, 35% une anémie inférieure à 5g/dl, 23% une hyperleucocytose à plus de 100000/ml, 37% un type de LAM (M4, M5, M6). Les caryotypes ont été réalisés chez 37% de notre population. 46% ont été de bon pronostic, 27% de pronostic intermédiaire et 27% de mauvais pronostic. La t (8 ; 21) a été l'anomalie la plus fréquemment retrouvé, 31% des cas. Le taux de rémission complète est de 65%, et le taux de survie sans événement est de 24%. L'âge supérieur à 45 ans, un chiffre de GB>50.000/ml, un type de LAM (M4, M5, M6) ont présenté un taux de rémission complète plus faible par rapport aux autres groupes. Nos résultats sont au dessous de ceux de la littérature et de nos objectifs. D'où l'intérêt de l'adaptation du traitement aux facteurs pronostiques en particulier le profil cytogénétique, réduire la toxicité de la chimiothérapie et par la réalisation de la greffe de la moelle osseuse pour les cas qui le nécessitent.

CA5. LEUCEMIE AIGUE LYMPHOBLASTIQUE SIMULANT UN MAL DE POTT

*H. Abou El Houda, A. Elmouloua, M. Chafai, K. Jalouni, I. Tazi, J. Houdzi
L. Mahmal*

Centre d'oncologie et d'hématologie, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction : La leucémie aigue lymphoblastique (LAL) est l'hétopathie maligne la plus fréquente chez l'enfant. Les manifestations cliniques qui conduisent au diagnostic reflètent généralement l'infiltration médullaire et extra médullaire par la maladie. Les atteintes rachidiennes sont exceptionnelles. Nous rapportons un rare cas de LAL simulant un mal de Pott.

Observation : Un enfant âgé de 9ans qui présente depuis 4 mois des rachialgies dorsales sans autres signes associés le tout évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée et d'altération de l'état général (amaigrissement chiffré a 10 kg en 8 mois). L'examen a objectivé une boiterie de la hanche droite avec accentuation de la cyphose dorsale et un syndrome rachidien de D2 à D10 et une douleur exquise à la palpation des sacro-iliaques.

Devant cette symptomatologie évoquant un mal de pott, un traitement antibacillaire a été instauré mais sans efficacité, l'évolution a été marquée par l'apparition d'ADP sous maxillaires et la généralisation des douleurs osseuses. L'hémogramme a révélé une bicytopénie avec anémie normochrome microcytaire arégénérative , hb :7.7 VGM :83.9fL CCMH :33.6g/dL PQ :156000 GB :8330/μL PNN :0. Myélogramme a conclu à une LAL type 2 et l'immunophénotypage était en faveur d'une LAL de phénotype B.

La tomodensitométrie du rachis dorso-lombaire a montré un aspect en rapport avec une ostéoporose diffuse avec platyspondylie en faveur d'une ostéoporose idiopathique juvénile cependant une hétopathie avec infiltration médullaire reste à discuter .

Un traitement a été instauré à base du protocole MARALL-HR. Après la première cure induction la patiente est en rémission clinique et biologique complète.

Conclusion : Devant toute douleur osseuse rachidienne chez l'enfant, il faut penser à une hétopathie maligne.

CA6. PRISE EN CHARGE DES LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUES CHEZ L'ENFANT : EXPERIENCE DE L'UNITE D'HEMATOLOGIE ET D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DE MARRAKECH

F. Lahlimi, M. Harif, J. Elhoudzi

Unité d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique

Service d'hématologie - Centre d'oncologie et d'hématologie -

CHU Mohammed VI- Marrakech

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech- Université Cadi Ayad

INTRODUCTION : La leucémie aigue myéloblastique (LAM) est un groupe de maladie génétiquement hétérogène, elle représente environ 20% des leucémies pédiatriques. Les protocoles de chimiothérapies actuels permettent d'obtenir des rémissions complètes dans la majorité des cas mais la rechute précoce demeure la complication la plus redoutable.

Le but de notre étude est de mettre le point sur les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des enfants ayant une LAM dans notre contexte.

MATERIEL ET METHODES : c'est une étude rétrospective au sein de l'unité d'hématologie et d'oncologie pédiatrique du CHU Mohammed VI de Marrakech depuis son ouverture en Juin 2009 jusqu'à décembre 2013. Une exploitation des dossiers des archives de tous les LAM pédiatriques avec relevé de tous les items considérés dans la fiche d'exploitation.

RESULTATS : 35 cas ont été colligés, l'âge moyen était de 7,8 ans avec des extrêmes entre 1 et 14 ans, le syndrome anémique était révélateur dans 92% des cas, ce syndrome a été associé à un syndrome tumoral dans 48% des cas. Un caryotype a été réalisé seulement chez 17% des enfants montrant une translocation t (8,21) dans 66% des cas. La majorité de nos patients (80%) ont été traité selon le protocole AML2008 (2 inductions+ 2consolidations) et depuis 2012 le nouveau protocole AML-MA-2011. La rémission complète a été obtenue chez 51% (n=18) des enfants après induction I et chez 60%(n=22) après induction II, seulement 45% (n=16) des patients ont pu recevoir une deuxième consolidation, dont 62% (n=10) ont rechuté après 5mois de fin de traitement en moyenne. Le taux de décès au court du traitement a atteint 55% des cas dont 78% étaient d'origine toxiques.

DISCUSSION ET CONCLUSION : Nos résultats restent en deçà de ceux rapporté dans la littérature, avec un taux élevé de décès toxiques et de rechutes précoces, une adaptation du protocole de chimiothérapie et une amélioration des soins de supports permettraient une réduction des décès toxiques ainsi que le développement des traitements intensifs avec greffe de moelle permettraient une amélioration du pronostic au long terme de ces patients.

CA7. REMISSION MOLECULAIRE PROLONGEE D'UNE LAL PH+ INDUITE PAR L'IMATINIB.

A. Raissi, M. Bouaouad, S. Amelal, EM. Mahtat, S. Jennane, F. Boukhchach, N. Alami Drideb, H. El Maaroufi, K. Doghmi, M. Mikdame
Service d'Hématologie Clinique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat.

Introduction : Le chromosome de Philadelphie (Ph+) est l'anomalie génétique la plus fréquente dans la LAL. L'imatinib est un puissant inhibiteur compétitif d'ABL qui a la capacité d'induire des réponses hématologiques, cytogénétiques et moléculaires dans la leucémie myéloïde chronique (LMC). Plusieurs études de phase I ou II ont évalué son intérêt dans la LAL Ph+ montrant qu'il peut induire des rémissions hématologiques avec disparition des blastes dans 20% des cas. Des rémissions moléculaires ont été également rapportées, mais qui ne duraient malheureusement que quelques semaines. Nous rapportant l'observation d'une patiente ayant obtenue une rémission moléculaire majeure de plusieurs années avec l'Imatinib.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 56 ans, diabétique, hypertendue et porteuse d'une hépatite virale chronique B, chez qui le diagnostic d'une LMC en phase chronique a été réalisé en Aout 2007.

La patiente fut mise sous Imatinib (400 mg par jour) et une rémission hématologique complète a été obtenue en 3 mois. Cependant, la patiente a interrompue le traitement pour mauvaise tolérance digestive et cutanée, accompagnées d'une perturbation de son bilan hépatique. L'évolution a été marquée par la transformation rapide de sa LMC en LAL B, Ph +, associée à des anomalies cytogénétiques additionnelles à type de monosomie 7.

La patiente a reçu une chimiothérapie d'induction selon le protocole GRAAPH 2005, ce qui a permis l'obtention d'une rémission complète hématologique, cytogénétique et moléculaire majeure à l'issue de l'induction. La patiente n'ayant malheureusement pas de donneur HLA compatible, elle a alors reçu une partie des consolidations prévues dans le protocole à cause d'une grande toxicité de la chimiothérapie. Malgré ce traitement insuffisant, on a obtenu une rémission moléculaire complète.

La patiente a été mise sous Imatinib seul à la dose de 600 mg/j. Elle est actuellement à 5 de suivi et toujours en rémission moléculaire complète.

Discussion : Le gène de fusion BCR-ABL, pouvant engendrer à lui seul une leucémie myéloïde chronique, n'est pas suffisant pour donner une LAL Ph+ et d'autres anomalies entrent en jeu (SRC kinase, modifications épigénétiques, anomalies du nombre...).

L'adjonction de l'Imatinib aux protocoles de chimiothérapie intensive a permis l'obtention de taux très élevés de rémission complète hématologique, permettant aux patients jeunes (<65 ans) d'atteindre l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (ASCH), seul traitement curateur pour cette maladie.

La prise en charge des patients non éligibles à l'ACSH n'est pas codifiée. Toutefois, il est

recommandé de terminer tous les cycles de consolidation et d'entretien dans le but de réduire le risque de rechute.

Notre patiente n'a pas pu recevoir la totalité des cures préconisée par le protocole. Néanmoins, on a pu obtenir une rémission prolongé avec de l'Imatinib seul. Cela suggère l'intérêt d'un traitement continu par les inhibiteurs de tyrosine kinase chez cette population de patients.

Conclusion : Ce cas clinique montre que les inhibiteurs de tyrosine kinase peuvent permettre un contrôle prolongé de la LAL PH+ chez des patient non éligibles à la greffe de cellules souches. Les ITK2, avec leur action plus puissante sur bcr-abl que l'Imatinib, méritent d'être étudiés dans ces cas particuliers.

CA8. PROGNOSIS FACTORS OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN THE ELDERLY

*M. Benlazar, A. Hadjeb, A. Maghraoui, F. Ouadah, N. Zemri, E. Benzian, M. Chereti, Z. Zouaoui,
Hematology unit, Hospital of Sidi Bel Abbes, Algeria.*

Background : Acute myeloid leukemia (AML) is most common in the elderly, and the patients are often thought to be unfit for chemotherapy. In this context, prognostic factors are important tools for clinical judgment and therapy decision.

Methods : We retrospectively reviewed this assessment in our AML population older than 60 years. 26 AML patients over 60 were referred to our center between 2000 and 2010. The median age was 69 years [60- 95]. AMLs were classified according to old FAB classification. 17 (60%) patients started on low dose Aracytine, and 7 (25%) received intensive chemotherapy (Aracytine + Daunorubicin, 3 +7), while 4 (15%) patients received a symptomatic treatment. Four prognostic factors were evaluated: performans status (PS), white blood cells count (WBC), advanced age and comorbidities assessed by the Charlson

index (CCI).

Conclusion : AML in the elderly is difficult to treat, needing a better understanding of conditions related to the host, as well as those related to the tumor cell. Combination chemotherapy may be given to selected patients: age \geq 75 years, CCI \leq 3 and PS \geq 2.

CA9. ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML) : FORMS YPERLEUCOCYTAIRES EPIDEMIOLOGICAL STUDY OVER A PERIOD OF 14 YEARS IN HEMATOLOGY

*K. Tayebi, N. Zemri, A. Elmestari, A. Maghraoui, Z. Zouaoui. Algeria.
SERVICE AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF SIDI BEL ABBES (SBA)*

Background : The acute myeloid leukemia (AML) accounts for 75% of cases of adult leukemia. The presence of a significant leukocytosis $> 100.000/mm^3$ relise a poor prognosis (PC). The incidence of AML in their hyperleucocytaire form is rare.

Purpose : The aim of our study was to evaluate the impact of this factor in the response to therapy (TRT) and the evolution and PC disease

Findings : Over a period of 14 years, 120 adult patients with AML were followed at our service, 14 of them presented the hyperleucocytaire form., The average age at diagnosis (Dg) is 44.7 years [16 94] with a slight male predominance. The average time between onset of symptoms and Dg is 01month and 05 days [07days 03 months] Clinically: Anemic syndrome was present in all patients hyperleucocytaire form, hemorrhagic syndrome was present in 64.25% of them, The infectious syndrome and tumor syndrome was present in 50%, Similarly, 50% of patients had metabolic co complications when Dg.

Biologically : Severe anemia $<07gr/dl$ was found in 64.30% of patients, thrombocytopenia $<50.000/mm^3$ in 71.5%, the rate of GB $> 100.000/mm^3$ is present in all patients [100 000, 348 000], as well as a peripheral blasts, on average 86%. Cytochemical staining with Sudan black made 63.30%, Immunostaining with 42.85%. Symptomatic TRT was established in all patients, followed by cytoreductive therapy in 57% of them. Lumbar puncture was performed in 42.85%. Specific TRT was introduced in an average of 08 days in 11patients: 07 patients received 3 +7 protocol (Daunorubicin, aracytine), 04 received low dose aracytine Results: 04 complete remissions (CR), 05 failures and 02 deaths, the 2nd induction: 02 CR, 02 deaths, 01 failure.

CA10. PRELIMINARY RESULTS OF THE ALLO-HEMATOPOIETIC STEM CELLS TRANSPLANTATION IN AML : EXPERIENCE OF UNIVERSITY HOSPITAL ESTABLISHMENT -1ST NOVEMBER OF ORAN

N. Yafour¹, S. Osman², M. Brahimi³, F. Attaf⁴

1. Hematology and cell Therapy, university hospital establishment -1st November of Oran • 2. Hematology and cell Therapy, university hospital establishment - 1st November of Oran • 3. Hematology and cell Therapy, university hospital establishment - 1st November of Oran • 4. Hematology and cell Therapy, university hospital establishment -1st November of Oran. Algeria.

Background : Bone marrow transplantation represent the curative treatment of the acute myeloblastic leukemia (AML). Busulfan associated with Cyclophosphamide is considered to be the standard myeloablative conditioning regimen, though it is attached with high risk of treatment-related mortality (TRM). Many studies had confirmed the reduced toxicity of the combination : Busulfan /Fludarabine but with heterogenic results concerning the relapse incidence and the overall survival.

Methods : From February 2013 to 31th December 2013, 11 genotypically identical Allografts were carried out in the university hospital establishment -1st November of Oran, of which 8 patients had new cases of AML with a median age of 29,5 years [23-50]. All of the patients were in CR before the time of graft. 07 patients had received reduced toxicity myeloablative conditioning regimen: Fludarabine at a dosage of 160mg/m² for 4 days, injected Busulfan at a dosage of 130mg/m² in one injection within 3 hours for 4 days and anti-lymphocytic serum (ALS) at a dosage of 2,5mg/kg during 2 days. Only one patient had received standard myeloablative conditioning regimen of BU/EDX. The prophylaxis of GVHD consisted of Cyclosporine (CsA) and Methotrexate (MTX). All patients had received peripheral blood cells (PBCs) grafts. The date of evaluation was determined at D100.

Findings : Mean duration of aplasia was 13,5 days [12-19]. Veino- occlusive disease (VOD) was not detected at any case. The incidence rates of acute GVH grade I/II and III/IV were: 37,5% and 0% respectively. 25% of patients had reactivated the CMV. At D100 the treatment-related mortality (TRM) rate was: 12,5% (1 patient).

Conclusion : Our preliminary results shows that the protocol of BU/FLU used as myeloablative regimen was associated with reduced toxicity. While the administration of ALS reduced the incidence of acute extensive GVH. Our perspectives were to evaluate the incidence of chronic GVH and the protocol's anti-leukemic activity.

CA11. EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND DIAGNOSIS ASPECTS OF ADULT AML AT BENI MESSOUS HOSPITAL

Z. Kaci , L. Hammani, S. Boutarane, Y. Berkouk, I. Boumaïda A. Arour, A. Hadidi, M. Belhani, S. Nekkhal

Background : AML are malignant hemopathies characterized by a clonal proliferation of immature myeloid cells blocked in an early stage of their differentiation(blasts). The diagnosis and the prognosis base on morphological examination of blood and bone marrow blasts, the immunophenotype , cytogenetic and molecular studies.

Purpose : The objective of this presentation is to estimate the epidemiological parameters, the clinical and diagnostic aspects of LAM hospitalized in our department.

Findings : Results: Over a period of 04 years, 68 patients presenting AML were colligated with an average age of 40 years (range 16- 70). Sex ratio is 0,9. anemia is noted in 82 % of cases . Hb is lower than 07g/dl in more than 40 % of cases. 31 patients (45, 5 %) have hemorrhagic signs among whom 5 disseminated coagulopathies. An infection is noted in 1/3 of patients. The diagnosis is carried by the cytological study of the blood and medullary smear and the cytochimie made at all the patients. The immunophenotype was made at 57% of patients. . we vave found 20 LAM2, 14LAM1, 12LAM4, 10LAM5, 4LAM3, 4LAMO,1LAM6 and 1LAM 7.

Conclusion : Discussion/conclusion: Our patients are young. All patients have signs of blood insufficiency. biological features are dominated by anemia. The diagnostic way remain still very insufficient in particular in term of immunophenotype, cytogenetic and molecular biology essential for the management of patients

CA12. OBTENTION OF A COMPLETE REMISSION BY THE PROTOCOL 3+7 IN AML OF THE ADULT : EXPERIENCE OF BENI-MESSOUS HOSPITAL

Z. Kaci, S. Boutarane, L. Hammani, Y. Berkouk, A. Arour, I. Boumaida, A. Hadidi, M. Belhani, S. Nekkai.

Background : Introduction: AML are malignant hemopathies characterized by a clonal proliferation of immature myeloid cells blocked in an early stage of their differentiation (blasts). The treatment is based on polychemotherapy and hematopoietic stem cell transplantation.

Purpose : The purpose of our work is to show the efficiency of protocol 3+7 to lead to a complete remission in AML of adults (16 to 60 years).

Methods : Patients and methods: It's about a retrospective unicentric study concerning a period of 05 years (Nov 2008-Nov 2013). Among 112 AML, 66 were treated with protocol 3+7 which associates Daunorubicin : 60 mg/m²/IV from day 1 to day 3 + cytarabine : 100 mg/m² continuous IV from day 1 to day 7. Sex ratio is 0,9. Median age is 40 years (range 16-60).

Findings : Results: aplasia induced by chemotherapy was noted in all patients. The median duration of neutropenia is 15 days (10- 20). All patients required red blood cells transfusions and platelets transfusions. 42 patients (64%) presented an infection, they were microbiologically documented in 16% of cases with 73% of BGN and 27% of CGP. 1/3 of patients presented metabolic complications among which 3 disseminated coagulopathy and 2 acute kidney insufficiency. 18/66 patients (27 %) died during induction regimen within 06 to 20 days. Causes are hemorrhage and infections. The rate of complete remission is 70 % after 1 or 2 cures for an average duration of 20 days (17-36).

Conclusion : This protocol of treatment remains the standard of care for AML of the adult. Our results in terms of CR are good, they join the data of the literature.

CA13. RESPONSE AND SURVIVAL EVALUATION OF PRIMARY ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN YOUNGER ADULTS IN CHU-TLEMCCEN

*B. Benzineb, M. Mesli, N. Belkheira, LH. Aici, Y. Touileb, H. Belhadef, B. Bouayed, N. Mesli
CHU Tlemcen*

Background : In younger adults, the standard treatment for primary acute myeloid leukemia is an Anthracycline and Aracytine combination (3 +7 protocol), with such regimens the complete remission is achieved in 60 % to 80 % of cases.

Purpose : The purpose of our study was to identify the clinical and biological profile, to assess treatment response and to evaluate overall survival of our patients.

Methods : This is a retrospective, single center study (CHU - Tlemcen). Our patients were enrolled from 01/01/2009 to 31/12/2013. All this study patients had primary acute myeloid leukemia (AML), aged between 16 and 60 years. They received 3 +7 regimens (Daunorubicin 60 mg/m²/day for 3 days and 100 Aracytine mg/m²/day as a continuous infusion for 7 days). We excluded patients, who presented acute promyelocytic leukemia and secondary AML.

Findings : Over a period of 5 years, 29 patients were enrolled; median age of our subjects was 38 years with a sex ratio of 2.22. Clinically: 62% of patients had an ECOG performance status 1, while 86.2% had anemic syndrome; 58.6% had infectious syndrome and 31% hemorrhagic syndrome. Meanwhile lymphadenopathy and splenomegaly were each presented in 24.1%. Biologically: the mean of hemoglobin rate was 7.4 g /dl, the mean white blood cells count (WBC) was 45550/dl, however, 20.7% patients had WBC rate > 100 000/dl. The mean platelet count was 55400/dl. 37.9 % of our patients diagnosed by AML2 and 27.6% AML5 (FAB classification). All of our patients had received 3 +7 regimens. The complete remission was achieved in 51.7% (15 cases). The overall 5-year survival was estimated at 42.4% with a median survival of 10 months.

Conclusion : The complete remission rate obtained is slightly lower than the medical literature and this can be resulted from unavailability of necessary resources to manage treatment side's effects.

CA14. DIAGNOSIS OF ACUTE MYEL OBLASTIC LEUKEMIA IN A CYTOLOGY UNIT

M. Bitam¹, S. Chichoune², S. Touati³, M. Hamzaoui⁴, A. Benkawha⁵, S. Refis⁶, H. Mia⁷, I. Haddad⁸

1. hematology, CHU Batna, medecine departement • 2. (hematology, CHU Batna, medecine departement • 3. hematology, UHC Batna, medecine departement • 4. hematology, UHC Batna, medecine departement • 5. hematology, UHC Batna, medecine departement • 6. hematology, UHC Batna, medecine departement • 7. hematology, UHC Batna, medecine departement • 8. hemato

Background : Acute myeloid leukemias (AML) are clonal neoplastic proliferations, characterized both by a predominance of immature hematopoietic cells in bone marrow and blood and loss of normal hematopoiesis. According to the WHO classification, the diagnosis of AML requires 20% of blast in bone marrow. AML is the most common acute leukemia (AL) in adults; its annual incidence is increasing (3 in developed countries and 0.9 in Algeria²). The diagnosis is based on biological arguments cytology, immunophenotyping, and genetic testing.

Purpose : This study try to show the importance of the basic study in diagnosis of AL (the cytology analysis and cytochemical stain) according to the FAB group.

Methods : This retrospective study on laboratory data describe cytological characteristics of AML collected in the laboratory of hematology during the 5 past years (from January 2009 to December 2013).

Morphological examinations of blood smear, bone marrow and myeloperoxidase or Sudan black stain are performed to class AL. The immunophenotyping is performed only when the differentiation between AML and acute lymphoblastic leukemia (ALL) is difficult.

Findings : During this period, 277 leukemias were diagnosed, there number is increasing (15% / year) [table 1], 226 cases in adults and 51 cases in children. Table 1 : Year 2008 2009 2010 2011 2012 2013 N 06 30 53 63 56 75 Among this series, 182 cases (65.7%) are AML and 91 cases (32.8 %) ALL, 4 cases (1.5%) are difficult to classify according to criteria of the FAB group, so an immunophenotyping study is performed. The AML is most frequent in adult: 161 cases (88.5%) versus ALL in infant ;36 cases (63.15%). According to FAB classification ; AML1, AML2, AML3 and AML5 are most frequent, they represents respectively 39 cases (21%), 32 cases (17.5%) and 30 cases for AML3 and AML5 (16.48%) [Table 2]. Table 2 : AML Number % M0 02 1.1 M1 40 21,9 M2 34 18.7 M3 30 16.5 M4 23 12.6 M5 30 16.5 M6 06 3.3 M7 02 1.1 NP 15 8.3

Conclusion : The diagnosis of AL is based on cytology , AML is the most frequent (66%), it's the most common in adult (88%) versus 37% in children. The majority is represented by AML1, 2, 3 and 5 (74%); same as in literature. The indeterminate form represents 8% , requiring an immunophenotyping study.

CA15. CHARACTERISTICS AND CLINICAL EVOLUTION OF YOUNG PATIENTS WITH ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA : A TEN YEAR EXPERIENCE OF A UNIVERSITY HOSPITAL

A. El Mestari, N. Zemri, K.Tayebi, Z. Zouaoui
SERVICE D'HEMATOLOGIE-CHU SIDI BEL ABBES-ALGERIE

Background : The Acute Myeloblastic Leukemia(AML) is a malignant disease of the bone marrow in which hematopoietic precursors are arrested in an early stage of development. The diagnosis is suggested by clinical and biological arguments. It is confirmed by a bone marrow aspiration and a flow cytometry (immunophenotyping)

Methods : 58 patients under 60 years old have been the subject of a retrospective study spread over 10 years (June 2003-June2013)

Findings : 58 patients with AML are listed. The median age was 36, ranging from 16 to 59 years. A discreet male predominance is noted with a sex ratio of 1.23 (32 H and 26 F). Anemia was found in 93% of cases, hemorrhage in 53%, infection in 46 % and lymphadenopathy in 34 % of cases. The CBC revealed severe anemia in 36 % of cases and leukocytosis 50 000/mm³ in 26 % of cases. Immunophenotyping was performed in 31 % of cases. According to the FAB classification, types AML 2, AML4 and AML 5 predominate. Induction therapy is type Daunorubicin and Aracytine (3 +7) in 73 % of cases and CHA amended (Daunorubicin, Aracytine, Etoposide) in 26 % of cases. Complete remission was obtained in

68% of cases with 6 % of deaths before induction and 18% during treatment. Currently, 17 patients are alive, including 8 allograft.

Comparing with the literature , our results are unsatisfactory , hence the importance of establishing a sterile unit allowing us to create a more aggressive treatment and there by improve the quality of life and prolong median survival of these young patients.

CA16. PHENOTYPIC AND CYTOGENETIC PROFILE OF BIPHENOTYPIC ACUTE LEUKEMIA

S. Oukid, S. Taoussi, F. Lamraoui, N. Rekab, Y. M. Bouchakor, H. Brahimi, K.M. Benlabiod, M. Mezroud, M.T. Abad.
Hematology department, CAC Blida

Background : Immunophenotyping by flow cytometry (FCM) is an essential tool for the diagnosis of acute leukemia. By this tool, a new entity, the biphenotypic acute leukemia (BAL) was isolated. We diagnosed 20 cases of BAL and present their characteristics.

Purpose : To characterize BAL by cytometry and cytogenetic

Methods : CMF was done on peripheral blood in 08 cases, and by marrow sampling in 12 cases. The following steps are performed : marrow filtration, study of cell viability by trypan blue, count , dilution, marking with a broad panel of monoclonal antibodies to target lymphoid population B , T, NK and myeloid , and finally acquisition , analysis by four color flow cytometer (size/structure , determining the negative zone , gating on CD45 , analysis of different fluorochromes : positivity and intensity) . Cytogenetic study : karyotype and a fluorescent in situ hybridization (FISH) metaphase and interphase was performed on bone marrow samples.

Findings : These were 05 children : 03 boys aged 03 days , 05 and 12 years , 02 girls aged 04 and 5 years and 15 adults : 06 women and 09 men with a mean age of 35.6 years (16 - 61) . We note in the presentation: anemic syndrome in 18 cases, associated with lymphadenopathy in 10 cases, bleeding in 09 cases with retinal hemorrhage in 02 cases and splenomegaly in 03 cases, splenomegaly in 01 isolated case. Leukocytosis in 16 cases, thrombocytopenia in 17 cases and anemia: 18 cases. The cytological reveals: AL: 07 cases, ALL: 02 cases and AML: 11 cases CMF : shows 02 phenotypic groups : Group 1: AML and ALL T: 16 cases ; EGIL score (M4 and T4) in 02 cases (M3 and T2.5) in 02 cases (M5.5 and T4.5) , (M3.5 and T7) , (M4 and T5) , (M5 and T2.5) , (M 2.5 and T4) , (M 3.5 and T 4.5) , (M 5.5 and T4) , (M 3 and T 4.5) (M6 and T4) in 02 cases (M6 and T 2.5) and (M 2.5 and T 2.5) Group2 : AML and ALL B : 04 cases ; EGIL score = (M 4 and B 4) in 02 cases (M 3 and B 5) and (M 4.5 and B 3). 09 patients have benefited from a cytogenetic study on karyotype and fluorescent in situ hybridization (FISH) metaphase and interphase. She found: an abnormality in 04 cases type of deletion 9p21 in a case, t (8- 21) in one case, trisomy 12 in 01 case and a positive signal bcr abl in one case. In 05 cases no chromosomal abnormality namely lack of translocation t (8, 21) , unrearranged MLL , inversion 16 , del 9p21 and lack of bcr abl signal

Conclusion : The frequency of BAL identified in our study is similar to that of the literature when compared to two sets Maghreb equivalence in terms of age and frequency especially for AML with coexpression of myeloid markers and lymphoid T. Male predominance seen in literature is not observed in our study. Our serie is characterized by the great difficulty of morphological classification in nearly two thirds of cases the cytological types could not be specified, as opposed to the Tunisian and Morocco series that cytological type has not been given in respectively 1 / 3 and 1/5 cases. CMF is the only effective tool to individualize biph otypique acute leukemia. Immunophenotypic and cytogenetic profile of these entities is important for determining therapeutic involvement and prognosis.

CA17. EPIDEMIOLOGICAL , BIOLOGICAL AND CYTOLOGICAL ASPECTS OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA : SINGLE-CENTER STUDY OF SOUTH EASTERN ALGERIA

F. Soltani, M. Aiche, R. Chafai, S. Touati, S. Oualah, M. Saidi
CHU Batna

Background : Acute leukemia is a malignant disease characterized by monoclonal proliferation of hematopoietic cells

young , with lock maturation , invading the bone marrow and often accompanied by bone marrow failure . The frequency of LA is growing steadily since the increase in life expectancy of the population.

Purpose : Estimate the prevalence of acute myeloid leukemia in the region of the south eastern of algeria. an epidemiological approach, biological and cytological cases of myeloid leukemia in this region.

Methods : This is a retrospective study over a period of 5 years (2009- 2013 .) During which 137 cases of acute myeloid leukemia (AML) were diagnosed at our service. This study focuses on the epidemiological aspects (age, sex , the professions , the notion of familial cancer) the primary or secondary character, cytological type according to the FAB

Findings : During this period 137 cases of AML are diagnosed : 16 in 2009, 24 in 2010 , 26 in 2011 , 36 in 2012, 35 in 2013. In this series , 13 (9.9%) are secondary AML with myelodysplastic syndrome (9) , Fanconi anemia (1) and acutisation chronic myeloid leukemia (01) and trisomy 21. The median age was 46 years (08-83) , 70 % are under age 60 and 8.7% under 18 years. Slight male predominance (59%) (sex ratio = 1.4). The concept of familial cancer was found in 23 patients (16.7%) of which 4 are blood diseases. Biologically : anemia present in (96%), thrombocytopenia 98.5 % and the rate of GB leukopenia (21 cases) , a hyper leukocytosis in 78 cases of which 21 are > 100 000 . By occupation cases : 15 cases masonry , agriculture (10), education (9). According to the FAB classification : the predominate AML4 27 cases (19.7%), then AML3 : 25 cases (18.2%) , and AML5 , AML1 (21 each) , AML2 (19 cases) , AML 6 (6 cases), AML0 (4) , AML 7 (only 1 case) and 13 unclassifiable corresponding secondary AML.

Conclusion : The number of LAM increases (average 27/ann) . The median age is younger compared to Western series requiring intensive treatment. This study challenges us to two areas of work : conducting a thorough epidemiological investigation and install a platform to identify cytogenetic prognosis.

CA18. EXTRAMEDULLARY ACUTE MYELOID LEUKEMIA

*M. Bouras, H. Mehanaoui, S. Bentor KI, FZ. Souames, A. Guemriche, F. Grifi
Service d'Hématologie CHU Annaba*

Background : Acute leukemia may present in a variety of extramedullary tissues with or without bone marrow disease. Extramedullary involvement by acute myeloid leukemia is a relatively rare, but clinically significant, phenomenon that often poses therapeutic dilemmas.

Purpose : The purpose of this presentation is to describe the diagnostic problems of extramedullary acute myeloid leukemia in particular without bone marrow disease

Methods : We report four cases of extramedullary acute leukemia diagnosed between 2008 and 2011

Findings : Observation 1 A 34 years old man was diagnosed in 2008 with AML6, complete remission was obtained and maintained for 32 months. Then a first marrow relapse is observed, BMT is performed after a second complete remission. In December 2013 the patient returns with extramedullary relapse isolated orbital. After treatment by two cycles of high-dose cytarabine there was a marked decrease of the tumor. Observation 2 A 21 years old man, treated in December 2011 for an AML2, complete remission was obtained and maintained for 10 months. In October 2012 the patient has mastoid mass with facial paralysis, followed by a massive bone marrow relapse. A second complete remission was obtained after two cycles of high-dose cytarabine supplemented by radiotherapy with disappearance of the mass but chronic mastoiditis persists. An assessment of BMT has begun but a second bone marrow relapse occurs. The patient dies in February 2014. Observation 3 32 years old woman was diagnosed in September 2010 with CML treated with hydroxyurea, but the blast crisis in AML2 occurred one month after . initial complete remission was obtained then she is treated by Imatib . 2months after she has a nasopharyngeal infiltration, followed by a second blast crisis, the patient is brought into complete remission after induction therapy. She dies suddenly in October 2011. Observation 4 16 years old patient who presented in November 2010 with an orbital tumor. We diagnosed a CML. She is processed through three cycles of high-dose cytarabine with a decrease of the tumor , followed by Imatib. In May 2012 the blast crisis in AML4 occurred, complete remission is obtained, but she dies during the consolidation following a post chemotherapy aplasia.

Conclusion : Extramedullary acute myeloid leukemia are difficult to diagnose especially in the absence of bone marrow involvement. The contribution of pathology and immunohistochemistry proved decisive. They are treated with chemotherapy as AML and their prognosis seems better than that of AML isolated

CA19. DIAGNOSIS OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML) BY FLOW CYTOMETRY

*S. Oukid, S. Taoussi, F. Lamraoui, N. Rekab, Y. M Bouchakor, H. Brahim, K.M Benlabiod, MT. Abad
Hematology Department Blida*

Background : One of the main application of flow cytometry (FCM) is to help to better characterize the malignant cells in acute leukemia

Purpose : The objective of this study is to evaluate the contribution of flow cytometry in the diagnosis and classification of non lymphoblastic leukemia.

Methods : Acute leukemia is identified by cytology and immunophenotypic who was performed using a large panel of monoclonal antibodies targeting myeloid and lymphoid populations T, B and NK. Immunophenotypic by flow cytometry was performed on a blood sample in 23 cases (12%) and currently on a systematic medullary sampling in 168 cases (88%). The following steps are performed: filtration marrow, study of cell viability by trypan blue, count, dilution, marking, acquisition and finally analysis on a 4 color flow cytometer (size / structure, determining the negative zone, gating on CD45, analysis of different fluorochromes: positivity and intensity).
Study materials We report 191 cases of AML studied: They are: Children: 23 cases (12%): 13 girls and 10 boys with an average age of 7.35 years (1-15). Adults: 169 cases (88%): 81 women and 87 men with an average age of 43.1 years (16 - 83). Clinical is dominated by the anemic syndrome in 98%, associated with hemorrhagic syndrome in 52.8% and a tumor syndrome in 45% and an infectious syndrome in 20% and 2% of cases an infectious syndrome

Findings : After a cytological study of the blood and bone marrow smears: AML: 160 cases (84%), ALL: 5 cases (2.6%), AL: 26 cases (13.4%). Immunophenotyping was inconclusive in 04 cases because the samples were coagulated. AML M0 M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7 M AL Children 0 0 09 03 06 01 02 00 00 00 Adults 12 10 31 26 51 14 7 01 12 02
Frequency of different markers in AML: MPO: 84%, CD33: 82%, CD13: 88%, CD15: 61%, CD117: 73%, HLA-DR: 69% and CD34: 69%. The expression is similar to that of literature. The most common are aberrant factors: CD7: 41 cases, CD56: 33 cases, CD4: 48 cases, CD3: 14 cases, CD2: 9 cases, CD10: 2 cases and CD22: 4 cases.

Conclusion : In 17% of AML, diagnosis was posed by flow cytometry; in 41.8%, the exact type of AML was clarified by CMF, knowing that cytology mentioned another type. The CMF also confirmed the rare case of AML M7 and especially LAM6 well as LAM0 and confirm or clarify other types of AML for therapeutic adaptation and prognostic evaluation.

CA20. CLINICAL FEATURES AND OUTCOME OF PATIENTS WITH ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKEMIA TREATED BY ALL-TRANS RETINOIC ACID AND CHEMOTHERAPY

F. Lamraoui, S. Taoussi, N. Rekab, S. Oukid, K. Benlabiod, Y. Bouchakor, H. Brahimi, M. Mezroud, M.T. Abad
Hematology department, Blida

Background :Acute promyelocytic leukemia (APL) is a distinct subtype of acute myeloid leukemia characterized by the morphology of leukemic blasts (abnormal promyelocytes), specific reciprocal translocation t(15,17) or another translocations implies the retinoic acid receptor alpha (RARA) and specific sensitivity to the differentiating effect of all- trans retinoic acid (ATRA). Until the late 80, induction therapy for patients with APL was similar to all other patients with acute myeloid leukemia included an anthracycline and Cytarabine. ATRA, which induces differentiation of the leukemic cells into mature granulocytes, revolutionized and greatly improved the previously poor prognosis of this

disease. The current treatment of APL includes induction therapy, consolidation therapy, and maintenance therapy Induction therapy based in the combination of ATRA and chemotherapy followed by maintenance using intermittent ATRA and continuous 6 mercaptopurine and m hotr ate. Results may skilled beings excellent since contemporary clinical trials reported complete remission and long-term disease-free survival rates of approximately 90% and 85%, respectively. However, the t(11,17);(PLZF/RARA) does not respond to ATRA.

Purpose : treatment of acute promyelocytic leukemia

Methods :The diagnosis of APL based on the presence of abnormal promyelocytes in peripheral blood smear and the bone marrow aspirate and confirmed by cytogenetic analysis for t (15, 17) or another translocation. Induction therapy consist of administration of ATRA 45mg/m per day if WBC count is lower than 5x10⁹/l, followed by chemotherapy: Daunorubicin 60mg/m per day for 3 days and Cytarabine 200mg/m per day as continuous infusion for 7 days, if the WBC count increased to greater than 6x10⁹/l, 10x10⁹/l or 15x10⁹ /l by days 5, 10 and 15 of ATRA treatment respectively. Patients with

WBC count higher than 5x10⁹/l at presentation received ATRA with addition of CT on day 1. Hematologic complete remission was defined by normal bone marrow cellularity without abnormal promyelocytes. Institution of supportive measures is recommended to counteract coagulopathy and monitoring of complications associated with the administration of ATRA (APL differentiation syndrome).

Findings : Between 2007 to 2013, 47 newly diagnosed APL patients were included in the ATRA protocol, the male to female ratio was 1,3; median age 36,4 years, including 3 children; 13 pts had WBC count higher than 5x10⁹/l; cytogenetic confirmed diagnosis in 36 pts by presence of t(15,17) including 3 microgranular variant APL; 21 pts had a disseminated intravascular coagulation at diagnosis and during induction treatment. Supportive care measures: fresh frozen plasma 4,5 units/ pts, platelets transfusion: 15,6 standard units/pts; 4 CUP/pts. Evaluation of induction: 15 pts had

early death, 32 pts achieved remission. With a median follow up of 25,9 months, 1 of the 32 pts who achieved RC had died in first RC (sepsis), no pts relapsed. Side effects: pleural effusion = 2, pulmonary infiltrate = 1, congestive heart failure = 1, erythematous papules and pustular rash = 1, rashes = 2.

Conclusion : The diagnosis of APL is confirmed by cytogenetic in a majority of cases; most pts achieved RC; however, reduction of incidence of deaths in this highly curative disease is mandatory and requires a very aggressive supportive care measures.

CA21. CLINICAL, BIOLOGICAL AND THERAPEUTIC RESULTS OF ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKAEMIA (APL) BY THE ACID ALL TRANSRETINOIQUE (ATRA).

F. Belhadri, H. Moussaoui, S Akhrouf, A. Talbi, F. Tenssaout, N. Ait Amer, N. Abdennebi, F. Boukhemia, F. Harieche, F. Zerhouni, RM. Hamladji.

Background : Department of Hematology-Bone Marrow Transplantation, Pierre and Marie Curie Center, Algiers Introduction: The APL or AML M3 is a rare form (10%) of Acute myeloid leukemia (AML). Characterized by the proliferation of abnormal promyelocytes. APL became the most curable type of AML thanks to the all-trans acid retinoic.

Methods : Material and methods: From January 2000 to December 2012, 63 patients (pts) with APL were diagnosed from a total of 388 AML (16%). The diagnosis was made on the morphological study of blood and bone marrow smears according to FAB classification criteria. The research of transcribed PML/RAR begun in 2010. Including ATRA treatment was applied in 47 pts. Among the remaining 16 pts, 11 died before any treatment of hemorrhagic syndrome and 5 had received only chemotherapy (CT). The median age of 47 pts was 31 years (12-66), 29 were female and 18 male (sex ratio: 0.6). At diagnosis, all pts but two, have an hemorrhagic syndrome. On haematological, thrombocytopenia is consistent with a median of 22.109/L (2-63), 17 pts (36%) have leucocytosis with WBC more than 10.109/L part of the high-risk prognostic group (Sanz, Blood 2000). Symptomatic treatment involving transfusions of platelets to maintain a platelet count greater than 30.109/L and fresh frozen plasma is associated with specific treatment protocol follows: ATRA 45 mg/m²/day only if rate WBC \leq 5.109/L. The 3+7 protocol is started at day 5 if WBC $>$ 10.109/L or after obtaining a complete remission (CR) and 2 courses of consolidation followed by maintenance therapy comprising ATRA 15 days every 3 months. Among . Among the 47 pts, 10 pts received ATRA alone for induction , 28 of ATRA + CT and 9 pts received CT without Aracytine with ATRA whatever the WBC rate at diagnosis, all pts received consolidation therapy and maintenance therapy. In December 2013 the median follow-up is 69 months (20-148).

Findings : Results: CR was achieved at 39 pts (83%), 07 pts (15%) died during induction (02 septic shock, 01 acute respiratory distress, 1 hemorrhage cerebrospinal meningitis, 2 of unknown cause, 01 TRALI syndrome), 1 pt died in failure at 3 months. During follow-up among the 39 CR, 5 pts died (3 due to septic shock after a course of consolidation, 1 pt after an allograft and 1 pt after early relapse at 5 months). In total, 34 pts/47 (72%) are in persistent CR. The actuarial overall survival (OS) and event-free (EFS) are 75% to 148 months (12 years)

Conclusion : Promyelocytic acute leukaemia due to the gravity is a real emergency in hematology, the use of trans retinoic acid has significantly improved the poor prognosis of this disease. Our rate of 83% for CR is higher than 72% (Martin S. Tallman, 1997) and lower than 91 % reported by European APL91 Group.

CA22. EVALUATION OF A INDUCTION LIGHTER «3R +7 A» IN ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML3 OUT) IN SUBJECTS UNDER 60 YEARS OF AGE

*F. Soltani, M. Aiche, H. Zidani, H. Midoune, A. Mahdi, S. Boussaha, D. Khelifna
M. Saidi
CHU Batna*

Background : The therapeutic management of acute myeloid leukemia (AML) of subjects aged less than 60 years at our service is mainly based on the combination of daunorubicin and cytarabine. We present the results of an induction lighter due to inadequate isolation conditions in our institution.

Purpose : To evaluate the results obtained with the 3 +7 protocol reduced in our service. identify the main risk factors for failure. The prevention of early death by adequate hematologic resuscitation

Methods : This is a retrospective study (spread over 5 years: 2009-2013) during which we studied patients aged less than 60 years with AML (outside AML3) The protocol combines 3 days daunorubicin 60 mg/m² (D1-2-3) and 07 days Cytarabine 100mg/m² (D1 to D7) dose infused over 24 hours.

Findings : During this period, 47 pts fulfilling the conditions were treated. The age of these patients ranged from 18-59 years with a median of 32 years. Biologically : 13 patients (27.6 %) were hyper leukocyte superior to 10000/mm³, and 4 had a subarachnoid location. According to the FAB classification : 18 cases of M4; 15 cases of M1, M5 7 cases, 5 cases of M2 , 1 case of M0 and M6. Eight patients (17%) died early, a complete remission was obtained in 29 patients, failed in 10 patients . The failure analysis shows that leukocytosis is the first cause: 8 pts , 6 had more than 50 years and 2 meningeal involvement and age 4 had a ECOG greater than or equal to 2 . Analysis of cases with complete remission found that 15 patients (53%) were aged under 50 years , 21 patients (75 %) had less than 100000/mm³ GB , 11 ECOG 1 , 8 lam4 had ECOG 2.17 (58%) and 7 cases (24 %) of LAM5; Death before evaluation are due to infection (6 cases) and leucostase (2 cases) . actually 18 patients (38.2%) are living including 15 grafted.

Conclusion : The results are similar to those already published . The initial response to treatment after the first induction seems an important survival prognostic factor 36.1% of patients in CR after the first induction are still alive what drives us to build the first RC for a second heavier induction .

CA23. CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA

FZ. Benkhodja, A. Amoura, R. Bouarouri, A. Aouir, S. Hamdi
CHU SETIF

Background : INTRODUCTION: Acute myeloid leukemia (AML) is characterized by marrow involvement of myeloid cells blocked at an early stage of cell maturation and terminal differentiation incapable. Although progress has been made, the prognosis of acute leukemia in adults remains severe.

Purpose : Objective: To study the clinical and evolutionary aspects of AML over a period of 3 years in patients 60 years.

Methods : From January 2010 to December 2012, we followed 124 patients of which 90 have an age 60 years (72%), the average age was 40 years (15-60) . This series consisted of 42 men and 48 women (sex ratio M / F: 0.87) . The diagnosis is based rate blasts > 20% in blood count and / or bone marrow completed cytochemical staining and immunophenotyping for some patients. These parameters were used to classify patients according to the FAB.7+3 The protocol used comprises induction of daunorubicin (60 mg / m² for 3 days) and Aracytine (200mg / m²) in case of remission followed by 3 cycles of consolidation with aracytine (2g / m² for 3 days) . The allograft was performed in 13 patients, while others have received maintenance treatment (monthly r nductions and maintenance).

Findings : RESULTS: The clinical and biological characteristics are represented by a severe anemia in 74 % of cases, bleeding syndrome in 51% , thrombocytopenia is severe (platelets < 30000elts / mm³) in 63 % of cases, an infectious syndrome in 45 % of cases, represented by angina in 19% , pulmonary infections in 9% , urinary tract infection in 8%. anorectal and skin infection in 3% Tumor syndrome was found in 33%. The distribution of patients according to the FAB classification include: AML0: 2 cases (2%) , AML1 : 15cas (16%), AML2 : 36 cases (40%), AML3: 13 cases (14%), AML4 : 18cas (20 %) AML5: 5 cases (7%), AML6 : 1 (1%) . Therapeutic Results : Among 65 evaluable patients, the rate of complete remission (CR) was 55% (36patients) , Early Death:17 patients (26%), failure: 11 cases (17%), relapse : 14cases (21%) . Outcome of patients: 30 (46 %) patients are still followed. The median follow-up was 16 months (2-46). At 3 years, OS was 40% and DFS was 30%.

Conclusion : This study allows us to say that the implementation of the CMF since 2010 the service has a better classification of different types of AML. Therapeutic results have improved since the 2010 survey, thanks to the contribution of unit platelet concentrates produced in the service. However, improvements are still needed.

CA24. EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AND DIAGNOSIS OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN ADULTS IN HEMATOLOGY SERVICE OF HOSPITAL TLEMCCEN

*R. Khat, B. Bouayed, H. Belhadef, L. Aici, Y. Touileb, N. Belkhira, N. Mesli
CHU Tlemcen*

Background : Acute myelogenous leukemia or acute myelogenous leukemia, a heterogeneous group of malignancies, is a malignant clonal proliferation medullary starting point of myeloid cells (granulocytic, monocytic, megakaryocytic or erythroid), called immature blasts, blocked at an early stage of their differentiation. and giving rise to various types of leukemia classified cytologically by the FAB classification into 8 types of M0 to M7. Its incidence is 3/100, 000 inhabitants / year, increases with age, and the average age is 64 years in the West. It affects both sexes with a slight male predominance

Purpose : objectives: - Identify and evaluate different epidemiological settings of acute myeloid leukemia at the University Hospital of Tlemcen. - Identify the different means available diagnostics.

PATIENTS AND METHODS: This is a retrospective study focused on the analysis of patient records, the methodology is to sort all records of patients treated from January 2009 to December 2013.

Methods : A total of 77 cases of AML were compulsed. Number of cases per year: 2009: 15cas 2010: 13 cases 2011: 17cas 2012: 19cas 2013: 13 cases. Sex: 25 women (32.47%) and 52 men (67.53%). Sex Ratio 2.08 Age: mean age at diagnosis: 53ans (16-94). Distribution by age groups: 15- 20 : 4 20-30 : 6 31-40 :12 41-50 :14 51-60 :11 61-70 :15 71-80 : 9 >80 : 6 Reason for consultation: Anemic syndrome: 39cas (50.6%) AEG: 5 cases (6.5%) Infectious syndrome: 27 cases (35%) Tumor syndrome: 22cas (SPLM 15, 9 ADP Hptm 2) Hemorrhagic syndrome: 11cas (14.3%). Median time from diagnosis: 21 days (7 and 60 days). PS: 0: 3 pts 1: 34 pts 2: 31 pts 3: 8 pts 4: 1pst Positive diagnosis: FNS: Hemoglobin: 3.3 to 13.7. Anemia: 70 cases. WBC: 100-395000/mm³. Leukopenia: 22 cases

Leukocytosis: 40 (15 > 50.000) Platelets: 1000-218000 thrombocytopenia: 68 cases (41 <50000) Blood smear: NF: 27 cases Peripheral blasts: 40/50 cases (80%). bone marrow aspirate: Bone marrow involvement in 100% of cases with positive cytochemistry in the 73 cases where it was made. Diagnosis in fact 4cas by flow cytometry (AML0 in 2 cases, 1 AML5 and 1 AML2).

Findings : The different types of LAM: LAM0: 2 (2.6%) LAM1: 11 (14.4%) lam2: 13 (16.8%) AML3: 9 (11.7%) Lam4: 9 (11.6%) LAM5: 12 (15.6%) secondary AML: 21 (27.3%) TREATMENT: Aracytine rubidomycine3+7: 34 Aracytine rubidomycine3+10: 12 Aracytine rubidomycine2+5: 8 Aracytine low dose: 15 Untreated: 8 ATRA in AML3: 3/9 Current status: Living: 19 (24.6%) Died: 49 (63.6%) POS: 9 (11.6%) DISCUSSION: Acute myeloid leukemia affects both sexes with a male predominance , sex ratio of 2.08 against 1.08 in the epidemiological approach of AML in Algeria published in 2009, the median age is 53 years in our cohort against 63 years in the West. Our cohort did not take into account that adult patients (> 15 years) view that children are diagnosed and treated by pediatricians in pediatric departments . The diagnosis of LAM is facilitated by the presence of at

least 20 % blasts , but the identification by cytology alone type is not always possible, especially in secondary forms where the value of flow cytometry not available at our level. None of our patients had received cytogenetic study does not allow us to evaluate the prognostic factors. The 2/3de our patients died either induction or following a relapse.

Conclusion : AML is one of the most common malignancies diagnosed at our wilaya diagnosed increasingly, especially in the elderly or she is most often secondary Unfortunately, the lack of diagnostic tools such as flow cytometry and cytogenetics prevents us to classify our patients according to WHO classification 2008 and to pr operly assess the prognostic factors

CA25. CLINICAL FEATURES AND OUTCOME OF PATIENTS WITH CORE BINDING FACTOR ACUTE MYELOID LEUKEMIA (CBF AML)

N. Rekab, S. Taoussi, F. Lamraoui, S. Oukid, H. Brahimi, K.M. Belabiod, Y. Bouchakor, M.T. Abad

Service : Hématologie, EHS ELCC, Faculté de médecine, Université, Blida I

Background : Myeloid acute leukemia are classified into different prognostic groups according their cytogenetic abnormalities; AML with t (8; 21) or an inv/16 t (16; 16) called AML CBF belong to a prognostic group of low-risk; they represent 15% to 20% of the AML. The objective of this work is to present clinical features and outcome of this group of patients (pts).

Purpose : to present clinical features and outcome of this group of patients.

Methods : The cytologic diagnostic of AML CBF is completed by immunophenotyping and cytogenetic analysis: t(8; 21), inversion 16/t (16.16) and del 16q22. Induction treatment: Daunorubicin 45 to 90 mg/m² day(d)1 d3 + Cytarabine 100 mg/m² d1 to d7 (progressive doses if major leukocytosis). Evaluation between d 21 and d28. If failed; a second course induction is performed by cytarabine high dose 3 g m²/12 h d1, d3, d5; central nervous system prophylaxis for pts with LAM4, M5 and hyperleukocytosis forms. Consolidation: Cytarabine high doses: 2 to 3 cures; low doses of chemotherapy for patients aged over 55 years or pts presented severe toxicity to the first induction. Research of Kit, FLT3 and residual disease is not available in our laboratory, hematological stem cell transplantation (HSCT) was proposed for all pts; if no compatible donor, 3 courses of Cytarabine high doses was instituted.

Findings : From 2009 to 2013, cytogenetic analysis was performed in 166 de novo AML; 31 cases of LAM - CBF (18,6%) was diagnosed. The male to female ratio was 0.6; average age: 38 years (16-71); t (8,21) was found in 12 pts (4M,8F); 11 cases in AML2 and 1 case in AML1; inversion 16, t(16,16)(p13.1 and del 16q22 were found in 19 pts (8M,11F), respectively in 16 pts, 2 pts and 1 pt out of 55 AML4 studied; trisomy 22 was associated in 3 cases. FAB subtypes were M4 (17), M5 (1) and M2 (1). Evaluation of induction: not evaluable: 6 cases, Complete Remission (CR): 20 cases (80%), for 4 cases in failure (16%), a second induction was proposed, we obtained 2 CR, 1 failure, 1 pt still under treatment. 9 pts was transplanted. Outcome: 14 pts remained in CR, 4 pts had relapsed, 1 pt under treatment. 16 pts had died: 6 early death, 5 pts in CR and 5 in failure.

Conclusion : Discussion In our study, the frequency of the CBF AML closer than those described in another Algerian study and literature: 18,6% vs. 15.4% and 20% respectively; a slight predominance of the inv 16 or t (16; 16) identical to that reported by the SWOG study. The RC rate identical to that reported by the CALGB study. We noted less relapse compared with literature: t (8; 21): 3 cases, t (16, 16): 1 case. Relapses were observed in pts with poor prognostic factors: age, leukocytosis and failure to first induction. Conclusion The CBF AML are characterized by a better prognosis, but with a 30% relapse rate essentially when associate poor prognosis factors such as a kit mutation that increases the risk to 70%, mutation FLT3, advanced age, the leukocytosis, severe thrombocytopenia and additional cytogenetic abnormalities.

CA26. AML AND THROMBOSIS : ABOUT 06 CASES

*S. Bentorki, H. Mehennaoui, M. Bouras, A. Guemriche, FZ. Souames,
B. Rached, F. Grifi*
SERVICE HEMATOLOGIE - CHU ANNABA

Background : Acute myeloblastic leukemias are hematological malignancies whose prognosis is pejorative, even if progress has been made, especially by the occurrence of complications. Thromboembolic disease is common in malignancies and is either related to the disease or secondary to chemotherapy.

Purpose : The objective of this study is to evaluate the clinical and evolutive aspects of cases of venous thrombosis occurring in patients with AML treated at the hematology department CHU ANNABA over a period of 4 years.

Methods : From January 2010 to December 2013, among the 132 cases of AML collected, 6 patients experienced a thrombotic complication whose diagnosis was made by a vascular Doppler. Risk factors such as obesity, history of venous thromboembolism and immobilization were found

Findings : Our series consists of 4 men and 2 women aged between 38 and 67 years with a mean age of 54 years. We identified three cases of AML 2, two cases of AML 5 and a single case of AML 1. The thromboembolic episode is found at diagnosis in a patient, in 2 patients there is a recurrence while 3 others have presented during the specific treatment of leukemia. The first sign appeared for our patients is pain. Deep venous thrombosis of the lower limbs predominate. Anticoagulant therapy is initiated in all patients at the acute phase type of low molecular weight heparin at curative doses during six months. Evolution: 2 patients are alive in complete response and whose assessment after 2 months of anticoagulant therapy showed partial repermeabilisation. 2 patients died during the induction therapy

and one died before starting the chemotherapy on the 3rd day of treatment of thrombosis. The last patient with deep vein thrombosis treated during 6 months by an anticoagulant with complete repermeabilisation at the end, died after an early relapse of his leukemia.

Conclusion : Thrombosis in acute leukemia are uncommon but not negligible because they may involve the vital prognosis, hence the importance of early diagnosis and a treatment immediately. It would be desirable for these severe malignancies to assess from the beginning the thrombophilic profile to set up a prophylactic treatment.

CA27. MORPHOLOGICAL CHARACTERIZATION AND IMMUNOPHENOTYPIC OF ACUTE LEUKEMIA

SE. Belakehal, L. Sahraoui, M. Othman, MC. Rahali, F. Talbi, FZ. Ardjoun
Department of Hematology, Hospital Central of Army, Algiers, Algeria

Background : The FCM has become the technique of choice in the diagnosis and classification of acute leukemia (AL). It is a complement to cytology and cytochemical staining

Methods : This is a retrospective study [January 2010-December 2013], which focuses on 88 patients. The average age is 40 years [3 years to 85 years]. The sex ratio = 2.25 [27 female / male sex 61]. We systematically performed a complete blood count with a cytological study of blast cells on peripheral blood smear and / or bone marrow smears, cytochemical staining with Sudan Black, and immunophenotypic study by CMF with a panel of monoclonal antibodies targeting: immature cells (CD34, and HLA-DR), B lymphoid cells (CD20, CD19, CD22, CD79a, intracellular μ chain, FMC7, and CD10), T lymphoid cells (CD3, CD7, CD2, and CD5), myeloid cells (CD33 CD13, CD117, intra DFO, and CD14), and other markers on Demand (CD64, CD36, TdT, CD1a, glycophotine A, CD41, CD42).

Findings :

- The CBC shows a white blood cell count mean = 59,009.75 / mm³ [105- 792000], a mean hemoglobin = 8.28 g / dl [4 to 14.9] and mean platelet = 74,200 / mm³ [9000-550000]. -The cytological study and cytochemical staining (Sudan Black) concluded: transformed CML (n = 1), SMD transformation (n = 1), NHL transformation (n = 1), AML (n = 47) ALL (n = 25), ALL2 or AML0 (n = 2), LA or chronic lymphoproliferative syndrome (n = 2), AL (n = 9). - The immunophenotypic study is performed on: blood in 27 cases, marrow (BM) in 60 cases, and ganglion and MO in 1 case. - The CMF concluded : ALL : N= 23 (26,13%) nulles : 0; Pro-B : 1 ; Pr -Pr : 16 Pr -B : 2 ALL mature : 0; T : 4. AML : N= 54 (61,36%) MO : 3 M1: 3 M2: 13 M3 : 6 M4 : 11 M5 : 6 M6: 6 M7 : 0 M inclassable : 8 Biph o AL : N= 11 (12,5%)

Conclusion : Flow cytometry has been a great contribution in the diagnosis and classification of acute leukemia. It has often been decisive in affirming the type of LA and therefore in the therapeutic decision. Cytological type is dominated by LAM (61%), this is consistent with literature data.

CA28. ACUTE MYELOID LEUKEMIA PRIMITIVE (ABOUT 52 CASES)

*FZ. Souames, H. Mehennaoui, M. Bouras, S. Bentorki, A. Guemriche, F. Griffi
Service d'Hématologie, Annaba*

Background : AML is a heterogeneous group of malignancies characterized by blocking the differentiation, proliferation and increased survival of immature myeloid hematopoietic progenitors, abnormal. They are primitives (de novo) in the majority of cases and are the first cause of prolonging hospitalization in Hematology hospital services.

Purpose : The objective of this study was to determine the epidemiological, clinical, biological, therapeutic and evolutionary of AML primitive in our service. The diagnosis is made according to the FAB classification, supplemented by cytochemical staining.

Methods : This is a retrospective descriptive study concerned 52 patients with AML primitive diagnosed and treated in the service of hematology (CHU) of Annaba during 03 years (January 2010 - December 2012). The frequency of the AML primitive (of novo) accounts for 74% of all AML diagnosed during that period (66 cases/89 cases). Were excluded from our study: -patients treated with hydroxyurea or mercaptopurin (08 patients) and those who died before any treatment (06 patients).

Findings : The median age at diagnosis was 40 years (range 14-65 years), with a sex ratio M / F = 1. The clinical picture is dominated by the anemic syndrome (96%). Tumor syndrome was found in 25 % of cases. Biologically , anemia is almost constant , normocytic normochromic in 69 % of cases. The leukocytosis is found in more than half (52%), and thrombocytopenia in 56 % of cases. The average of bone marrow blasts is 80 %. According to the FAB classification, AML2 is the most frequently encountered (46%). No patient received an immunological or cytogenetic analysis (lack of resources) . In the induction phase, the majority of our patients are treated by daunorubicin / aracytin 3 +7. On the evolutionary plan: - 18 patients (35%) died early in the induction phase. - 30 patients are in complete remission (58%), one patient received an allogeneic bone marrow transplantation. - 04 patients in therapeutic failure. The relapse rate was 50% with an average of 10 months and extreme : 1- 22 months .

Conclusion : AML in adults remain serious diseases, including support requires resuscitation hematologic adapted. The use of immunological, cytogenetic and molecular techniques is an essential diagnostic tool to predict prognosis and conduct a proper treatment

CA29. AML AND CANCER (ABOUT 4 CASES)

FZ. Souames, H. Mehennaoui, S. Bentorki, A. Guemriche, M. Bouras, F. Griffi
Service d'Hématologie, Annaba

Background : -defined by bone marrow infiltration of blasts 20%, the ALM is very rarely associated with solid tumor (02% of cases). -Can be secondary to cancer treatment (especially radiation). The diagnosis is made according to the FAB classification, associated with cytochemical staining

Purpose : we report 04 observations of AML, 3 which occurred at the waning of gynecological cancer (breast cancer (2), ovarian cancer (1)) and 01 concomitant appearance of breast cancer.

Methods : OBSERVATION1: Patient 53 years old, with a history of cancer of the right breast, non metastatic, processed and cured in 2003 (mastectomy, chemotherapy and radiotherapy). In November 2007, an AML type 1 was diagnosed. The medullary infiltration of blast cells was 90%. Treatment: -02 cycles of induction chemotherapy such daunorubicin / aracytin 3 +7 followed by a complete remission of 37 months, followed by a relapse. Patient died from severe aplastic anemia, complicated by septic shock.

OBSERVATION2: Patient 63 years old, treated and cured in 2005 of cancer of the left breast, non-metastatic (mastectomy and radiotherapy). In February 2007, an AML5 is diagnosed. Bone marrow infiltration by monoblasts was 70%. The patient was treated with on cycle of induction type Amsacrin / aracytin 3 +7 followed by a complete remission of 37 months. Patient died at home (cause unspecified).

Findings : OBSERVATION3 : Patient 52 year old, with a history of a malignant ovarian tumor, recurrent , treated with surgery and chemotherapy (last recurrence in 2010). In February 2010, an AML type 2 was diagnosed. Bone marrow infiltration by blasts was 44%. Treatment: 01 cycle of induction type amsacrin/aracytin 3 +7. patient died on day 15 of treatment with brain hemorrhage. OBSERVATION4 Patient 40 years old, with a history of a mother treated and cured of cancer of the endometrium, supported our level since November 2013 for a ALM type 4 associated with invasive ductal carcinoma of the left breast with lung metastasis and uterine fibroids. - Bone marrow infiltration was 50%. treatment: -02 cycles of induction-type Adriamycin / Aracytine (3 +7). - Consolidation therapy such Adriamycin / Aracytine (1 +7) with an injection of cyclophosphamid at the 8th day. Currently, the patient is in complete remission, with: -a net decrease in the size of the breast nodule. -disappearance of carcinomatous pulmonary lymphangitis.

Conclusion : The combination of a strong AML cancer is very rare but more serious, However, the respective contribution of genetic predisposition and treatment received (chemotherapy, radiotherapy) remains to be clarified in the leukemogenesis processes.

CA30. ACUTE LEUKEMIA AND PREGNANCY (ABOUT 7 CASES).

*FZ. Souames, H. Mehennaoui, A. Guemriche, S. Bentorki, M. Bouras, F. Griffi
Service d'Hématologie, Annaba*

Background : The prevalence of acute leukemia during pregnancy is estimated to 1/75000-100000 pregnancies. It is as well as maternal fetal diagnostic and therapeutic emergency , making the therapeutic decision very difficult.

Purpose : The object of this study was to determine the epidemiological, clinical, biological, therapeutic and evolutionary of AL during the pregnancy in our service.

Methods : This is a retrospective descriptive study , including 08 cases of AL on pregnancy diagnosed and treated in the service of hematology CHU) of Annaba (from January 2001 to December 2012) . The diagnosis of AL is determined according to FAB classification. Diagnosis and monitoring of pregnancy were made by ultrasound.

Findings : -The average age of patients is 26 years. -2 patients had ALL and 5 patients had AML . - according to gestational age at diagnosis: • 01 cases was in the first trimester. • 02 cases was in the second trimester. • 04 cases was in the third trimester. Childbirth was: - Vaginally in 5 cases (including 03 premature and abortion). - Caesarean-programmed in two cases. 04 patients received chemotherapy during pregnancy and three in the postpartum.

Conclusion : THE treatment during pregnancy should take into account the aggressiveness of the disease and chemotherapy and the age of the pregnancy. It would be useful to promote prospective studies of chemotherapy during pregnancy.

CA31. SECONDARY ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA : ABOUT 23 CASES.

A. Guemriche, H. Mehnaoui, S. Bentourki, M. Bouras, FZ. Souames, B. Rached, F. Grifi.

Service d'Hématologie, CHU Annaba.

Background : Secondary leukemia is a poorly defined term that often refers to the development of acute myeloid leukemia following the history of a previous disease, such as a myelodysplastic syndrome or a chronic myeloproliferative disorder. It can also be a consequence of treatment with chemotherapy and/or radiotherapy, or due to exposure to environmental carcinogens. Secondary Acute myeloblastic leukemias (sAML) represent 20 to 30% of all AML; their prognosis is very poor because of their secondary nature and chemoresistance.

Purpose : The aim of our study is to specify the clinical and evolutionary characteristics of this type of leukemia.

Methods : A retrospective analysis was performed on 89 AML patients over a period of 03 years (from January 2010 to December 2012), 23 patients with sAML were identified (25.8% of AML) and the highest frequency was recorded in 2012 with 50% of cases.

Findings : Our series includes 18 femals and 5 males; sex ratio (M/F): 0.27, with a median age of 41 years. The initial conditions are as follows: CML: 12 cases, CMML: 03 cases, refractory anemia: 05 cases, RAEB: 01 case and solid cancer: 03 cases. sAML occurred after a median latency of 21 months from primary disease. At diagnosis most of patients presented an adequate performance status, the clinical examination find an anemic syndrome in 20 cases, bleeding in 09 cases, infection in 07 cases and tumor syndrome in 10 cases. The complete blood count reveals leukocytosis in 20 cases with an average WBC count: 76540 E/mm³, an average amount of hemoglobin: 7.8 g/dl and an average blood blasts level:

46%. The average bone marrow blasts level is: 55%. Evolution is essentially enamelled infectious complications in 74% of cases, bleeding in 34.7% of cases; the secondary locations found in 8.7% of cases. All the patients received chemotherapy; 22 patients an anthracycline and cytarabine, and 01 patient treated with low- dose cytarabine. 43.5% of patients achieved complete remission, 21.7% died in induction, and 34.8% were resistant. Disease-free survival duration was 15.8 months and the median overall survival for all patients was 10 months.

Conclusion : The prognosis of sAML remains poor. The use of modern techniques such as cytogenetic analysis or molecular biology seems an essential means to improve the diagnosis, to grasp the prognosis and to initiate adequate therapeutic. The advent of new specific targeted therapy has really revolutionized the management of these diseases.

CA32. OUT COME TREATMENT OF ACUTE MYELOMONOCYTIC LEUKEMIA (AML4) : LONG TERM FOLLOW-UP OF 71 PATIENS UP TO 65 YEARS OF AGE.

H. Moussaoui, F. Belhadri, S. Akhrouf, A. Talbi, N. Ait Amer, F. Tensaout, F. Boukhemia, N. Abdennebi, F. Harieche, M. Benakli, R. ANacer, F. Zerhouni, RM. Hamladji.
Service Hématologie-greffe de moelle osseuse, Centre Pierre et Marie Curie, Alger

Background : Acute myelomonocytic leukemia (AML4) is a monoclonal disorder where differentiation of

hematopoietic stem cell of myeloid origin are jammed with a bone marrow deficiency. It represents 17% (71/410) of all AML diagnosed in our center over the last 14 years . We report therapeutic result of 71 patients (pts) up to 65 years of age with AML4.

Methods : From January 1999 to December 2012, 71 AML4 of which 10 (14%) eosinophil AML4 type, were diagnosed. The sex-ratio : 1.4 (29 women and 42 men); the median age is 35 years (15 - 65) years. Diagnosis was established according to cytology, cyto-chemical-stain, immunophenotype. Molecular biology was done 57pts(80%): inversion 16:7pts(12%),t(8-21):1pt (2%). At diagnosis, the hemogram reveals average rates of Hb=7g/dl (3 -13), white blood cells :179.6G/l (1 - 32) and platelets= 40 G/l (2 -25). Meningeal involvement was seen in 8 patients (11%); The aplastic duration was on average of 19 days (4- 35) with an average Nadir of WBC :0,3G/l, Hb:5g/dl (3- 7) and platelets = 5G/l (0 - 30).All patients were admitted in isolation and also take benefit of a symptomatic and a specific treatment using the 3 + 10 protocol (Rubidomycine 60mg/m²/IV D1 on D3 et Aracytine 100mg/m²/permanent perfusion over 24h during 7 to 10 days). Complete response (CR) is defined by a normal hemogram and less than 5% blasts in bone marrow. A hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) was proposed when CR is obtained with HLA matched donor available.

Findings : Thirteen patients were not appraisable because died during the induction phase of treatment. Fifty eight patients are evaluable: nine(15%) patients in failure (8 died and one patient underwent HSCT and is alive with of 46 months).59 patients (84.4%) are in CR (9pts died during the consolidation phase of treatment;11 (22%) pts relapsed and died; 15 pts (30%) underwent HSCT with 6 are alive in CR . At December 2012, 24pts (41%) are in a durable CR and 34pts (58%) died. The median follow-up is 96 months (12-126).the all survival: 42.5%

Conclusion : After a large follow -up, this study shows only 41% of patients are alive in CR. AML4 is a serious hematological malignancy; the prognosis depends on the feasibility of the HSCT soon after CR. However, the death ratio in induction and in relapse remain high.

CA33. CLINICAL AND BIOLOGICAL FEATURES, TREATMENT AND SURVIVAL RATES IN ADULT PATIENTS WITH DE NOVO ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML): A FIVE YEARS EXPERIENCE OF EHU1ST NOVEMBER, ORAN (ALGERIA).

T. Alsuliman¹, N. Yafour¹, S. Osmani¹, F. Attaf¹, W. Younes¹, A. Fettouhi¹, MA. Bekadja¹.

Department of Hematology and Cell Therapy, Oran University Hospital Establishment (EHU1st November), Oran, Algeria.

Background : In AML treatment's outcome still depend on several factors, including leukemia karyotype, patient age, and comorbid conditions. Despite advances in understanding the molecular biology of AML, its treatment remains challenging.

Purpose : We retrospectively reviewed the outcome of 97 consecutive patients with AML treated at our institution.

Methods : 97 AML patients were enrolled in our department from January 2009 to December 2013, 62 males and 35 females, with sex ratio of 1.77, and a median age of 46 years [17-82]. Classification was made according to FAB system, all patients aged less than 60 years (n=81) had received (rubidomycine 60 mg/m² for three days and Ara-c 100 mg/m² for 7 days), while more aged patients were offered treatment with low dose Ara-C. HLA-matching was performed to all patients within the initial work-up along with a potential matched related donor searching process, when induction treatment ends, all patients underwent a complete outcome assessment then put to post-induction treatment choices including: Aracytine (2000 mg/12 hours/day, D1, D3, D5) with or without allo-HSCT. Patients with AML-M3 underwent a different treatment policy that based on ATRA derivations within international recommendations.

Findings : Median blasts count in peripheral blood was at 50% [38-100], while it was 83% in the bone marrow [48-100]. Distribution of patients according to FAB classification and FCM was as following: M0 (6), M1 (24), M2 (12), M3 (3), M4 (18), M5 (23), M6 (2), M7 (3), while 7 patients were unclassifiable. Median white blood cells count rate was at 18500/ l [3600- 300000], median platelets count rate was at 56000/ l [10000- 240000] and median hemoglobin rate at 7.6 g/dl [4-13,6]. CR was in 72% of patients, and 28% of them failed to achieve it. OS was 35% at 5 years, with a median follow-up of 13 months [9- 17], while EFS rate was 24% at 5 years.

Conclusion : Our results is comparable with medical literature rate, it can be explained by specialized and isolated unit of treatment in our center.

CA34. ASSESSMENT OF THE PROTOCOL (3 + 7) DAUNORUBICIN 60 MG/M VS 90 MG/M IN THE ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML)

*K.M. Benlabiod, N. Rekab, S. Taoussi, F. Lamraoui, S. Oukid, H. Brahim,
K.M. Belabiod, Y. Bouchakor, M.T. Abad*

Hematology Department, EHS ELCC CAC Blida. Faculty of Medecine, Blida Univesity I.

Background : In recent decades, the advances in the treatment of acute myeloid leukemia has based on the intensification of chemotherapy in induction and consolidation, and despite this considerable progress, more than two- thirds of young adults and 90% of seniors die from this type of acute leukemia.

Purpose : to evaluate complete remission (CR) rates and toxicity of protocol with Daunorubicin 60mg/m vs Daunorubicin 90mg/m .

Methods : The diagnosis of AML is based on the presence of leucoblasts in peripheral blood smear and the bone marrow aspirate and confirmed by immunophenotyping, completed by cytogenetic analysis. In induction, patients received Daunorubicin 60 mg/m²/d1 to d3 + Cytarabine 100mg/m /d d1 to d7 (protocol 1) or Daunorubicin 90mg/m²/d d1 to d3 + Cytarabine 100mg/m /d d1 to d7 (protocol 2). After induction, complete remission was consolidated by Cytarabine high dose 3g/ m /12 h d1 d3 d5 and allogenic hematologic stem cell transplantation if HLA compatible donor is available.

Findings : From January 2009 to December 2013, 188 LAM was diagnosed; sex ratio = 0.9 (30W, 28 M); Average age 37.7 (18-66). 34 pts was enrolled in protocol 1, 24 pts in protocol 2. Protocol 1: 34 pts (17 W, 17M). Evaluation: 16 CR (47%), 14 failed (41%), 4 not evaluable (early death). Complications post induction have been dominated by infections in 26 cases (76%), severe hemorrhage in 26 cas (76%) including 12 bleeding, metabolic disorders in 10 patients. Protocol 2: 24 pts (13W, 11M). Evaluation: 17 CR (70%), 5 failure (20%), 2 not evaluable (early death). Infectious complications were present in 23 cases (95%), haemorrhage in 21 cases (87%) including 1 intracerebral haemorrhage; 15 metabolic disorders

Conclusion : In drawing on data from the literature, related rates of RC around 70% without toxicity additional between Protocol 1 and protocol 2, we opted for Protocol 2 for our patients from X while improving supportive care; We have noted an improvement in the rate of RC with acceptable toxicity. A larger setback is required for supported these results.

CA35. FEBRILE NEUTROPENIA IN PATIENTS WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA

*M. Bouras, H. Mehanaoui, FZ. Souames, S. Bentorki, A. Guemriche, F. Grifi
Service d'Hématologie CHU Annaba*

Background : Febrile neutropenia in patients undergoing induction chemotherapy for acute leukemia is the most serious complication of cytotoxic chemotherapy. In fact, its incidence is around 6 to 8%. The inherent mortality of this complication ranges from 0 to 40% in the literature. It is critical to recognize neutropenic fever early and to initiate empiric systemic antibacterial therapy promptly in order to avoid progression to a sepsis syndrome and possibly death.

Purpose : The aim of our study is to evaluate the prevalence of infectious accidents during chemotherapy-induced neutropenia in patients treated for AML, and identify the microorganisms responsible.

Methods : 89 cases of AML are diagnosed in our department between January 2010 and December 2012. 34 patients or 38% have episodes of febrile neutropenia during the induction phase. Bacteriological and parasitological examinations were performed in 20 patients or 59%.

Findings : The age of patients ranged from 11 to 76 years with a mean age of 42 years. All patients were treated with induction chemotherapy such anthracycline-Cytrabine. Severe aplasia (ANC <500) occurred in 68% of cases. There is a documentation of infectious episodes in 59%. The study showed 50 % of febrile neutropenic episodes had established bacteremia. Gram-positive bacteria accounted for 50 % of isolates, 40% of gram negative bacteria and 10% of aspergillosis (1 case). All patients are treated with broad-spectrum antibiotics and antifungal if fever persists despite antibiotic, treatment is later adapted according to the results of susceptibility testing. 12 patients (13%) died of infections, the first offending poor prognostic factor is the profound neutropenia (ANC <100).

Conclusion : The prognosis of AML has improved considerably in recent years thanks to therapeutic progress, but febrile neutropenia induced by cytotoxic chemotherapy remains the most feared complication. Progress of antibiotic therapy has greatly changed medical practices and care of aplasia. It therefore seems essential to identify individual parameters correlated with an increased risk of febrile neutropenia. This will provide prophylactic treatment strategies for selected patients

CA36. CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF AML IN ADULTS. EXPERIENCE OF THE MILITARY HOSPITAL OF ORAN –ALGERIA

*S. Hadji, N. Bendouma, N. Belkacemaoui, S. Abderrahmani, T. Yachkour, A. Bachiri,
(Military Hospital of Oran- Algeria)¹*

Background : Acute myeloid leukemias (AML) are characterized by marrow infiltration by myeloid cells blocked at an early stage of cell maturation and unable to terminal differentiation. Although progress has been made, the prognosis of acute leukemia in adults remains severe.

Purpose : Demonstrate the impact of clinical and biological characteristics on patients outcome.

Methods : From January 2009 to December 2013, we followed 27 patients for AML or 84.5% of all acute leukemias. The median age was 49 years (21-74). This series is composed of 25 men and 2 women (sex ratio M / F = 12.5). Diagnosis is based on a rate of 20% blasts on blood smear and/or bone marrow completed by cytochemical staining and immunophenotyping. These parameters were used to classify patients according to FAB. The protocol used «3 +7» includes daunorubicin 60 mg /m² for 3 days and aracytine 100 mg/m² for 7 days followed in case of remission by 2 courses of consolidation if patient scheduled for allograft, otherwise 4 courses of consolidation, the attenuated regimen with aracytine 100 mg/m² subcutaneously is used for the elderly.

Findings : Clinical and biological features are represented by: severe anemia in 92% of cases, hemorrhagic signs in 48%, infections occurred in 51% of cases, represented by pneumonia (30%), angina (15%), gastro-intestinal tract (6%), organomegaly and/or adenopathy were found in 26%, there was a skin involvement in 02 patients. Patients were categorized based on the FAB classification into: AML0 (02 cases), AML1 (04 cases), AML2 (09 cases), AML3 (02 cases), AML4 (02 cases), AML5 (09 cases), AML6 (00 cases), AML7 (01 case). Therapeutic results: complete remission in 08 cases (29.6%) (03 deaths by GVHD, 02 deaths after relapse, 03 are still in CR, 01 went missing), induction treatment failure in 12 cases (44.4%) (11 died, 01 accomplished CR after second induction treatment then died after a relapse), early deaths in 04 cases (14%) (02 by bleeding complications, 02 by lysis syndrome) while 03 patients were transferred to other hospitals for reasons of proximity.

Conclusion : The prognosis of AML remains severe despite intensive regimens and improved supportive care, progress in cytogenetics and molecular biology highlighting prognostic factors will allow adapting treatment strategies to individual patient risk.

CA37. ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA IN THE ELDERLY PEOPLE AND OVER 28 CASE ST

*L. Bouteldja, R. Necib, K. Djouadi, FZ. Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger*

Background : Acute myelogenous leukemia (AML) is a hematologic malignancy, the incidence increases with the age, it increased from 5 per 100 000 population aged 60 to 17 per 100,000 inhabitants 80 years. The median age at diagnosis is 65. AML in elderly patients have a poor prognosis due to a share of comorbidities and other factors associated with the disease, myelodysplasia estimated at 20%, expression of MDR and unfavorable cytogenetics, associated to wrong answers treatment, shorter. We report a series of 28 patients aged over 60 with AML.

Purpose : difficulty and therapeutic and strategies therapeutic in older patients

Methods : Retrospective study from January 2003 to December 2013, 93 cases of AML diagnosed of which 28 (30%) in elderly subjects > 60 years

Findings : Average age: 71.8 years (61-85 years) , sex ratio = 1.5 with 17 / 11 , mean time to diagnosis = 2 months (1-9 months) , 6 cases (21%) LAM IIaire . Associated pathologies are summarized below. Pathologies associated n = HTA 13 Diabetes Type 2 June COPD 01 ACFA 02 PR 01 AdenoKC sigmoid 01 Cervical neoplasia 01 Clinical biological features . CLINICAL n = % PS: 0-1 > February 03 25 10.7 89 Anemic syndrome 28100 Hemorrhagic syndrome 16 57 Infectious syndrome November 39 Tumor syndrome June 21 Skin location 01 3.5 Rate ` hemoglobin (4, 4-11) : 7, 2 G / dl Platelets (3000-253000) : 65. Elts 285 / mm3 White blood cell count (1440 - 253 , 000) : elts 39,720 / mm3 Rate PN (54-18

987) , : 3490 elts / mm3 Cytological type according to the FAB classification : - LAM1 : 3cases , lam2 : 18 cases lam4 5 cases , LAM5 : 1 case, LAM6 : 1 case . L ` immunophenotypic study performed in 8 cases. therapy, symptomatic treatment : - Hydration adapted based on comorbidities . - Support enCGP transfusion and platelets. - Urate lowering : adapted dose to renal function . specific treatment : - Protocol (3 +7) : 5 patients failure in all cases, median survival of 7 months. - Protocol (1 +5) : 12 patients RC 1 case, mean survival of 11 months, 1 death during treatment in 7 cases (Pulmonary leukostasis (1) hyperkalemia (1) , ARDS (2), cerebral hemorrhage (2), sepsis (1)). - Aracytine a low dose : 7 patients early death in 4 cases (PAO leucostase pulmonary hemorrhage, sepsis) , a failure in 3 cases with one patient still living with a surviving de7 months. - Purinethol : 4 3 patients early death and living with a surviving failure 6 months patient. Google Traduction pour les entreprises: Google Kit du traducteurGadget TraductionOutil d'aide l'export D activer latraduction instantan A propos de Google TraductionMobileConfidentialit ideEnvoyer des commentaires

Conclusion :In our series the average of age of 71, predominantly male, cytological M2 type found in 64% of cas.89% of patients had a performance status > 2, almost all of our patients had associated diseases, making it difficult their therapeutic management both symptomatic

than specific. Our results remain disappointing plane, which joined the literature. Currently no therapeutic strategy for LAM about age but new therapeutic approaches including the `Association Bortezomib-idarubicin are being d `study seem promising and order` d `improve prognosis of AML in the elderly. CONCLUSION: The

prognosis of AML in the elderly has a bad prognosis, age advance, often PS> 2 and comorbidities, are prognostic factors that influence the therapeutic management of these patients.

CA38. THERAPEUTIC EVALUATION OF ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKEMIA

S. Touati, F. Soltani, A. Benkaouha, S. Refis, H. khlafna, S. Oualeh, H. Rechache, M. Aiche, M. Saidi
Service d'Hématologie, CHU Batna

Background : Acute promyelocytic leukaemia (APL) accounts for 10-15% of all acute myeloid leukemias (AML) in adults. APL is characterized by a t(15;17) chromosomal translocation, a strong tendency for bleeding by disseminated intravascular coagulation(DIC), and a sensitivity to those agents that induce a differentiation of blasts such as all-trans retinoic acid (ATRA) or arsenic. Combined ATRA and chemotherapy have significantly improved patient outcome, with a rate of relapse that has been reduced to 15%.

Purpose : the purpose of the study is to evaluate the therapeutic results when combining chemotherapy-ATRA in Apl diagnosed CHU batna in a period of 5 years.

Methods : This is a retrospective study of 5 years from January 2009 to December 2013. It concerns 25 cases of APL (18% of APL of this period). The diagnosis was cytological. Cytogenetic study not done for all patients. 18 patients received combination chemotherapy (anthracycline with cytarabine) with ATRA-3 received low dose AraC because of advanced age or comorbidity, 1 patient received ATRA alone. 12 patients received 2 consolidations and 8 as maintenance therapy.

Findings : During this period 25 cases of APL were diagnosed whose median age is 29 years (15-81 years). 19 patients had less 60 ans (76%), the sex ratio was 1,2 (M :14, F : 11). Clinically 16 patients had hemorrhagic syndrome (64%), 19 with anemic syndrome and 07 with infectious syndrome (28%). Biologically : 14 cases with leukopenia and 5 hyperleucocytosis (white blood cell count higher than 10 109/L). 4 cases with DIC. Evaluation of treatment: 06 patients died before the treatment (24%). 13 of these patients achieved complete remission (68%). 3 deaths during caused by bleeding complications. 1

death and 1 case of relapse were observed on treatment maintained. regarding the fate of these patients have found 9 (36%) patients who are still alive and 16 died (64%).

Conclusion : APL 18% account of AML, the combination retinoic acid chemotherapy has significantly improved the prognosis and increased the rate of complete remission after induction which is estimated at 68%, despite a high rate of deaths occurring mainly before treatment, often cause of bleeding disorders.

CA39. THE EVOLUTIVE ASPECT OF THE SECONDARY ACUTE MYELOID LEUKEMIA

*K. Aime, N. Dali, H. Ouamrane, L. Ouamrane, H. Ait Ali.
Algeria.*

Background : The acute myeloid leukaemia represents a heterogeneous malignant hemopathy characterized by monoclonal proliferation of the hematopoietic stem cell (H.S.C) of myeloid origin with a differentiation which is more or less blocked .A blastose at least equal to 20 % characterize the AML .

The LAM induced by a treatment kind chemotherapy (alkilant factor) or an irradiation which arise generally 5 to 6 years after the exposure to the mitogen factor . The secondary AML with myeloproliferative syndrome is the consequence of the cytogenetics anomalies acquired in the clone of (H.S.C) .

Methods : Patients : On a period of 10 years (January 2003 to December 2012) 245 patients who suffering from the LAM are bring together and among of them 13 (5,3 %) are secondary LAM : LMC : 5 patients , essential thrombocythemia , 2 patients lymphoma (Hodgkinian or no Hodgkinian) : 3 Patients , myeloid splenomegaly: 1 patient , myelodisplasic syndrome : 1 patient neoplasia of breast : 1 patient . It is about 6 men and 7 women (sex ratio : 0.8) , the average age : 47 years (19 – 68 years). The average time allowed of the acutisation : 8 years for the myeloproliferative syndromes , 6 years for the secondary LAM with chemo and radiotherapeutic treatment . Methods : the diagnosis bases on the clinical examination of the hemogram and medullogram (by the highlighting of an invasion of more than 20 %

of the myeloblastic cells and specifies the cytological type according to FAB 's classification

Findings : On the clinical plan : signs of blood insufficiency (inanimate , hemorrhagic and infectious syndrome) and a tumoral syndrome (adenopathy , splenomegaly) . On the biological plan : the average rate of Hb is 7,6 gr / dl (4,6 - 10,1) , the average rate of GB: 47276 / mm (400 – 214000) , the average rate of platelet : 112692 /mm (0 – 685000) . On the therapeutic plan : all the patients benefited from a symptomatic treatment (transfusion of CGR , of CPS and antibiotics). On specific treatment: induction (rubidomycine 60 mg / m² , from j1 to J3 et Aracytine : 100 mg / m² from J1 to J7. On the evolutive plan : 2 patients are dead before the treatment (no assessable) :among the 11 treated patients 2 are dead during the phase of induction by hemorrhagic and infectious syndrome .2 are in complete forgiveness alive until this day ,7 are in therapeutic failure and died by the progress of their disease (with an extension of survival of 1 to 15 months .

Conclusion : The secondary LAM are of a very bad forecast and spontaneously mortals in a few days or months .

CA40. RENAL FAILURE IN ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA

*R. Benhabiles, M.C. Rahali, S.E. Belakehal, F.Z. Ardjoun
Service d'Hématologie, HCA, Alger*

Background : Acute myeloblastic leukemia is a hematological malignancy characterized by a clonal acute proliferation developed from hematopoietic precursors blocked at an early stage of maturation called myeloblasts. This results their accumulation in bone marrow , blood and other organs. Renal manifestations associated with acute myeloblastic leukemias are frequent and varied but fairly described. They are defined by an acute or chronic impairment renal function, sometimes irreversible, thus complicating the management and prognosis of the the underlying disease.

Purpose : The objective of our work is to study the renal failure in patients treated for acute myeloblastic leukemia in the hematology department of the HCA .

Methods : Retrospective study focused on 65 patients treated for acute myeloblastic leukemia over a period of 10 years [January 2005 - July 2014] , 10 cases with renal insufficiency (15%). 5 of them are handled by protocol (3 +7) , one by (1 +5) , one by Aracytine low dose and 3 by a palliative treatment with Purinethol such failure at the end. All patients underwent renal balance with calculating creatinine clearance.

Findings : The median age of patients with renal failure is 62 years with extremes between 26 and 87years. The number of men is 7 while that of women: 3. Sex ratio=2.3 The time of onset of renal impairment varies from 5 to 14days after the start of chemotherapy, 5 patients it manifested itself before its inception. The urea content is between 0.17 and 1.66g/l with an average of 0.71g/l, that of creatinine of 6.8 to 23mg/l with an average of 14mg/l. The creatinine clearance is between 26 and 101ml/min with a median of 53ml/min. Renal insufficiency was moderate in 8 patients and severe in 2 patients. 5 patients have a

progressively improved renal function after chemotherapy and rehydration scheme. The other 5 died because of cardiovascular complications and pleuropulmonary of hematological malignancy. Renal disease in acute myeloblastic leukemia is caused by a variety of mechanisms: prerenal, paraneoplastic glomerular, tubular, interstitial infiltration, postrenal or iatrogenic... Lukina. AE and all: oliguria and decreased proteinuria (0.4 to 1.3 g/l) are the early signs of kidney damage. E. Canet and all: renal failure is associated with a lower complete remission rate (39%) compared to 68% in subjects who do not suffer, it is also correlated with a higher mortality 47% vs 30%.

Conclusion : Kidney damage are common in acute myeloblastic leukemia. They complicate the management of patients and worsen the prognosis. After chemotherapy, the overall renal function improves, some patients underwent renal replacement. Given their frequency in acute myeloblastic leukemia and the impact of chemotherapy accurate initial assessment of renal function should be systematic.

CA41. MANAGEMENT OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA, EXPERIENCE OF DEPARTMENT HEMATOLOGY, CHU TLEMCCEN

*AF. Bendahmane, H. Belhadef, L. Aic, N. Benkheira, Y. Touileb, N. Mesli
CHU Tlemcen*

Background : Acute myeloid leukemia (AML) is a hematological malignancy, the spontaneous evolution is fatal. During the past 20 years considerable progress has been performed in the support, they have been widely adopted in general practice.

Purpose : The objective of this study is to retrospectively evaluate the haematological resuscitation (symptomatic treatment) during the induction phase to develop a most strategy for admission

Methods : This study involves 77 adult patients with AML, followed by conventional hematology department CHU Tlemcen, before and during the induction phase over five years (2009-2013)

Findings : This series is composed of LAM (LAM 2-15% and secondary AML 25%), with medium age of 53 years (extreme enter 16-94 years), 67% of men with a sex ratio at 2.08. Comorbidity was found in 41% of patients. On admission 51% of patients were anemic syndrome, infectious syndrome 35% and 14% hemorrhagic disease of variable severity. Disseminated intravascular coagulation was found in 18%. Hyperkalemia was found in 14% against hypokalemia 11% of patients while uric acid was up in 17% of patients. Just 21 of 77 patients had a central catheter during their induction. 44% of patients received a standard induction Rubido/Arac 3 +7 while 10% received induction 2 +5. Our patients received a transfusion support before or during the induction period (more than 650 acts transfusions): on average 04 (1) red blood cells and 03 CPA (1) patients. All patients received a regimen of rehydration. While all our patients received allopurinol in per os. Prophylactic anti-infective treatment was administered at admission systematically antibiotics first line was established after a fever in 32% of cases and this during the first week of induction. 19% of deaths had occurred in the induction phase.

Conclusion : Symptomatic treatment is an important phase which depends on the chemotherapy treatment. The improvement of transfusion support was a great help. Regrettably, some examinations unavailability (blood cultures, specific serology and radiological tests) and lack of resources limit (equipment isolation rooms, transfusion of leucocyte-depleted derivatives) us to make a standard driving

CA42. ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN ELDERLY PATIENTS

C. Aboura, Z. Kaci, I. Guelib, A. Chekirine, M. Terchi, M. Ramaoun, S. Nekkal, M. Belhani
Service d'Hématologie, Beni Messous, Alger

Background : Acute myeloid leukemia (AML) is a common disease in people aged >60 years. The AML incidence increases with age, with a median age at diagnosis of 67 years. AML in elderly patients is characterized by worse survival associated with increasing age. Most elderly are thought to be unfit for intensive treatment because of the risk of fatal toxicity. Optimal therapy for this heterogeneous population remains controversial because of poor treatment outcomes. Improved supportive care strategies are needed to maximize treatment outcomes.

Purpose : demonstrate poor prognosis in patient older than sixteen years, treated by low dose of cytarabine

Methods : We retrospectively evaluated 43 consecutive elderly AML (age>60years) diagnosed at our institution: Hematology Department Beni Messous Hospital, from January 2004 to December 2012

Findings : 43 elderly AML patients, (M/F 19/24), median age 76 years, range 60–87). 6 patients (16%) had evolved from previous myelodysplasia (sAML). The AML diagnosis was defined in the presence of blasts in ten cases and blood + bone marrow at 23 patients. Immunophenotype was not made in all the cases. Four patients (9%) were managed with supportive treatment only. In order to control disease, received conservative CT, consisting of low-dose cytarabine with or without Hydroxyurea 36 patients, (91%). And three patients younger than 65 years and no major comorbidities were treated by intensive cytotoxic induction protocol. We noted no case of complete remission with low-dose cytarabine protocol. Rate of overall survival at 03 years was 6%,

Conclusion : More intensive therapy for AML at older age seems not only justified but must even be recommended as the treatment of choice. It should not be overlooked that the higher frequency of unfavorable biologic and prognostic factors, rather than age per se, is the major determinant for the inferior prognosis.

CA43. EVALUATION OF THE TREATMENT OF THE PROMYELOCYTIC LEUKAEMIA (PML) BY A PROTOCOL INCLUDING TRANSRETINOIC ACID

N. Dali, K. Ait-Seddik, H. Aftisse, S. Gherras, O. Ouanes, M. Allouda, A. Graine, D. Kessal, A. Tibiche, K. Aimene, H. Ouamrane, N. Boulaziz, L. Chelkia, B. Zair, H. Ait-Ali.
CHU TIZI-OUZOU

I- Introduction: The promyelocytic leukaemia or AML3 of the FAB classification represents 5-15 % of the AML cases of adults. It is characterized cytogenetically by the t (15; 17) (95%), resulting in a rearrangement of the genes; PML and RAR . The AML3 are medical emergencies often appear abruptly with a high risk of early death (10-20%) due to the Disseminated Intra-Vascular Coagulation (DIVC) that accompanies it. The introduction of a targeted treatment; trans-retinoic acid (ATRA) and more recently arsenic trioxide, coupled with improved symptomatic treatment has changed the prognosis of this form of leukaemia now becomes more consistently curable. We report here the case of 36 patients affected by the APL treated in the haematology service of TIZI-OUZOU.

II- Patients and Methods: This is a retrospective study over a period of 10 years from January 2003 to December 2012, 36 Patients (14,8%) were diagnosed among those who are affected by 243 AML. The specific treatment comprising trans-retinoic acid concerned 32 patients (March 2004: the beginning of the introduction of ATRA in our structure). The median age at diagnosis is 33 years (16 -74), 20 women and 12 men with a ratio (M/W) is 0.6. The diagnosis of APL was made on the morphological study of the blood and bone marrow smears according to the FAB classification. Flow cytometry (introduced at the first time in our service on2012) performed for 09 patients. Karyotype and FISH no realized .

All the patients had received a symptomatic treatment; transfusions of blood, platelets and Fresh Frozen Plasma (FFP). Depending on the initial rate of white blood cells, the specific treatment included induction by ATRA alone or in combination with a chemotherapy;daunorubicin + aracytin at progressive doses. Once complete remission is obtained, 2 consolidationsare planned followed by maintenance treatment of 02 years.

III- Results: The clinical symptomatology is dominated by a haemorrhagic syndrome in 26 patients (81.3%) among which 03 patients who had immediately presented very serious complications as haemoptysis and severe cerebral and ormeningeal haemorrhage. An anaemic syndrome was found in 28 patients (87.5%). An infectious syndrome in 9 patients (28.1%). the tumorous syndrome is present in 6 patients (18.8%).

Biologically : The Blood Counthead objectified a hyperleukocytosis with $WBC > 10 \text{ g/L}$ in 15 patients (47%), thrombocytopenia $< 40 \text{ g/l}$ with a medium rate of 28.7 G/L in 20 patients (62.9%) . An anaemia in 28 patients (87.5%) with a mean Hgb of 8.1 g/l . The score of SANZ is at high risk ($WBC > 10 \text{ g/l}$) in 15 patients (47%), intermediate risk ($WBC < 10 \text{ g/l}$, $PLT < 40.000 / \text{mm}^3$) in 14 patients (43.7%) and low risk ($WBC < 10 \text{ g/l}$, $PLT < 40,000 / \text{mm}^3$) in 2 patients (6.2%). DIVC was positive in 15patients (47%).

Evolutionarily: 9 died during the induction. A CR (complete remission) was obtained in 21/32 patients (65.6%) .2 pts in failure. A relapse was observed in 2 patients (6.2%) with a medium time 10 months. After a median follow-up of 15 months (1-118 months), 16 patients (50%) are alive in CR and 16 died: 9 patients in induction by different causes (2 by ATRA syndrome,5 hemorrhagic syndrome ,1sepsis ,1failure),2 after consolidation , 1relapse , 1 after a year of treatment and 3 the cause was no determineted. Global survival is 52% for 118 months.

V- Conclusion : Our small series of APL reflects the favourable nature of this haemopathy as shown by the rate of complete remission and the global survival. The problem with this form of acute leukaemia is the potential risk of early death by a haemorrhagic syndrome, which can be avoided by the introduction of ATRA combined with a symptomatic treatment at diagnosis.

CA44. CLINICAL, EVOLUTIONARY AND THERAPEUTIC ASPECTS OF ACUTE MYELOID LEUKAEMIAS IN PATIENTS < 60 YEARS (AML 3 EXCLUDED)

N. Dali, K. Ait Seddik, H. Aftisse, S. Gherras, O. Ouanes, M. Allouda, A. Graine, D. Kessal, A. Tibiche, K. Aimene, H. Ouamrane, N. Boulaziz, L. Chelkia, B. Zair, H. Ait-Ali.
CHU TIZI-OUZOU

Introduction : Acute myéloïd leukaemias are characterized by the anarchy proliferation of tumorous cells derived of haematopoietic progenitors in the bone marrow. They are diseases mainly found in adults and associated with a pejorative prognosis with a survival of 30 % in 5 years in the young patients and 10 % in 5 years in the elders. We intend to report in this work, the clinical, evolutionary and therapeutic results (protocol: rubidomycine and aracytine) of 154 patients aged under 60 years collected over a period of 10 years.

Patients and methods: From January, 2003 to December 2012, 209 patients (pts) with novo AML were diagnosed of which 159 aged under 60 years. Only 154 pts are treated by the protocol R3 A7à10 (Rubidomycine: 60mg / m2 J1 to J3 and Aracytine 100mg / m2 J1 to J7 in continuous perfusion of 24 hours. Among, these handled 154 pts, 77 women and 77 men with a ratio H/F of 1.. The medium age is 39 years (16-59). The diagnosis was put on by the morphological study of blood and medullary smears coloured in the MGG, according to the FAB classification , often supplemented by specific staining with sudan black colouring . The immunophénotyping is introduced into our structure since 2012 was realized to 12 pts.

All the patients have benefited from a symptomatic treatment. The allogenic HSCT is indicated in patients with CR, having a compatible HLA donor.

Results : Clinical signs had in variable degrees the signs of the blood deficiency: cutaneous-mucosal in 138pts (89.6%); the hemorrhagic syndrome in 80 pts (51.9 %) and the infectious syndrome in 48 pts (31.2%). The tumorous syndrome was found in 34 pts (.22.1%). Biologically plan, the hemogram objectified rates medium of Hb: 7.1 g / dl , WBC: 16 650 / mm³ and plt: 29500 / mm³ . The DIVC was positive in 31 pts (20.1%). The objective blood and medullary cytology of smears: AML1: 26 (16.9%), AML2 :99 (64.3%), AML4: 12 (7.8%°, AML5: 10 (6.5%), AML6 :7 4.5%). The duration of aplasia is on average 24 days . Evolutionarily: 19 pts received no specific therapeutics because of their early deaths . Among 135 evaluables pts On the other hand, 26 (19.3%) pts died during the induction by different causes: infectious or hemorrhagic syndrome. 85 / 135(63%) are put in CR and 24/135 (17.8%) in failure. The relapse was observed in 24 pts (17.8%) in a medium time of 8 months (4-42). The allogenic transplantation was able to be performed in 37 pts of which 22 are always living in CR. On December 31st, 2013, 37 pts (24%) are alive and 118 (76%) died . Global survival is 26 % for 5 years.

Conclusion: The prognosis of the myeloblastic acute leukaemias remains bad. In spite of the progress realized in the standardization of the protocols of induction, consolidation and hematologic resuscitation, rate of deaths and relapse stay, nevertheless raised. The HSCT stays the only curative weapon to make quickly at the obtaining of the CR at the patient having a compatible HLA donor.

CA45. ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELLS TRANSPLANTATION (ALLO-HSCT) IN ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML) : RESULTS IN PATIENTS UNDER 18 YEARS.

M. Benakli, R. Ahmed Nacer, A. Bouchelouche, F. Mehdid, R. Belhadji, N. Rahmoune, M. Baazizi, D. Ait Ouali, H. Bouarab, A. Talbi, F. Harieche, RM. Hamladji
Hematology-Bone Marrow Transplantation Department, CPMC, Algiers, Algeria

Introduction : Allo-HSCT for AML patients (pts) is a widely recommended with an HLA identical donor. However, the controversy lies in its indication in first remission. This retrospective study describes the long-term results of this procedure in a single-center series, among pts whose age is less than 18 years.

Material and Methods : From September 1998 to June 2013 , 101 pts younger than 18 years with AML (83 in first remission , 10 in second remission and 8 in blast crisis) underwent allo-HSCT. The type of LAM is M1 (21 pts) , M2 (39 pts) , M3 (3 pts) , M4 (17 pts) , M5 (5 pts) , M6 (2 pt) , M7 (1 pt) , M0 (2 pts) and undetermined (11 pts) . The preparative regimen consists on Santos (BU-EDX200) in 85 pts, Tutshka (BU- EDX120) in one pt, Tutshka modified with the addition of VP16 30 mg/kg (BU-VP-EDX) in 13 pts, FLU-BU in 2 pts. Prevention of GVHD involved the association and Methotrexate

Cyclosporine short cycle (Seattle). The median age was 13 years (4-17). The sex ratio (M/F) was 0,9. The average time from diagnosis to transplant was 8 months (3-45). The grafts used are peripheral blood stem cells in 91 pts with an average rate of CD34 : 6.9 106/kg (1.7-27), bone marrow in 8 pts with an average rate of NC 5.8 108/kg (2.25-8.15) and cord blood in one pt with a rate of NC: 2.3 107/kg. At February 2014, the minimal follow-up (FO) was 8 months and the maximal FO was 185 months.

Results : aplasia was observed in all pts with a median time of 14 days (8-25). Red blood cell transfusions were required in 50 pts (49.5%) with an average of 1.6/pt. Ninety-four pts (93 %) received platelet concentrates (2.3/pt). Three pts (2.9 %) had VOD that has evolved. Acute GVHD was observed in 35 pts (34.6%) of which 28 (27.7%) grade II- IV. Chronic GVHD was seen in 37 pts (41.5%) of which 27 (30.3 %) in extensive form. Thirteen pts (12.8%) showed CMV reactivation occurred on average at day 92 (35-301). Relapse occurred in 31 pts (30.6%) within an average of 14 months (2-36). Fifty-four pts (53%) are alive with 51 (50%) in complete remission with a median follow up of 103

months (13-185). Forty-seven pts died (47%) with 18 pts related to the procedure (TRM = 18 % : early infection : 5, acute GVHD : 5, chronic GVHD : 5, pancreatitis : 1, severe hepatitis : 1, capillary leak syndrome: 1) and 29 pts (28.7%) after relapse. The overall survival and event-free survival at 15 years were 50.6% and 48.2 % respectively.

Conclusion : This retrospective study on a majority of pts up to 18 years of age in first remission shows interesting results in the long term in terms of survival with acceptable TRM but a high rate of relapse.

CA46. LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUES HLA DR NÉGATIF

S. Dioplacombe, B. Oukkache*, S. Fares**, M. Lamchahab**, M. Rachid**,
M. Quachouh**, A. Madani**, A. Quessar**.*

** Laboratoire d'Hématologie CHU-Ibn ROCHD Casablanca Maroc.*

*** Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique Hôpital 20 Août 1953 Casablanca Maroc.*

INTRODUCTION : L'HLA DR ou antigène d'histocompatibilité type II fait parti du panel de marqueurs d'immunophénotypage cherché au cours du bilan des leucémies aigues myéloblastiques. Il différencie les leucémies promyélocyaires (LAM3) des non promyélocyaires; quoiqu'il existe un nombre de LAM non promyélocyaires qui sont HLA DR négatif.

L'objectif de notre travail est de rapporter la fréquence des LAM HLA DR négatif suivies au service d'Hématologie 20 Août.

PATIENTS ET METHODES : Il s'agit d'une étude descriptive menée entre Janvier et décembre 2013, incluant toutes les LAM diagnostiquées au service d'hématologie 20 Août. Le diagnostic est posé sur une étude cytologique, cytochimique, immunophénotypique, et génétique. Le phénotype HLA DR a été considéré négatif pour tout dosage antigénique inférieur à 20%.

RESULTATS : Le phénotype HLA DR négatif est retrouvé chez 17 patients (20%) sur 83 LAM recensées. Il s'agit de 16 adultes et 1 enfant, avec un sex-ratio F / M de 1,43 et une médiane d'âge de 40 ans [3 –60 ans]. L'HLA DR est négatif dans deux cas de LAM3, et quinze cas (18%) de LAM non LAM 3, diagnostic retenu après une étude cytogénétique et moléculaire. Chez les 15 patients LAM HLA DR négatif non LAM3, une hyperleucocytose est retrouvée dans 9 cas avec comme type cytologique une LAM2 dans 5 cas. Les marqueurs aberrants trouvés chez ces 15 patients sont le CD7 (2 cas) et le CD19 (2 cas). Des anomalies cytogénétiques sont retrouvées dans cinq cas avec un caryotype complexe dans deux cas

CONCLUSION : L'HLA DR négatif n'est pas rare ni l'apanage des LAM3. Par conséquent, l'immunophénotypage couplé à la cytogénétique, et ou à la biologie moléculaire doivent être systématiquement explorés.

CA47. LEUCEMIE AIGUE MYELOÏDE ET ERYTHEME NOUEUX : A PROPOS D'UN CAS

M. Aniba, M. Lamchahab, F. Mernissi, M. Rachid, M. Qachouh, S. Benchekroun, A. Qessar
Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique Hôpital 20 Août 1953
Service central d'anatomie pathologique CHU Ibn Rochd

INTRODUCTION : L'association érythème noueux et leucémie aigue myéloïde est rare, bien que quelques cas ont été décrits.

OBSERVATION : Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 47 ans, suivie au service d'hématologie et oncologie pédiatrique Hôpital 20 Août 1953 depuis Mai 2013 pour LAM2 avec t(8,21).

A l'admission, l'examen clinique trouvait une patiente apyrétique avec un PS=1, des conjonctives légèrement décolorées, présentant des lésions cutanées à type de nouures et placards hypodermiques durs et sensibles à la palpation avec une peau en regard inflammatoire par endroit et suivant la teinte de la biligénie siégeant au niveau des 2 membres inférieurs.

Le bilan biologique trouvait une anémie à 11,7g/dl normochrome normocytaire, une thrombopénie à 86000/mm³, une leucopénie à 2570/mm³, une vitesse de sédimentation à 27 mm à la première heure. Le myélogramme, l'immunophénotypage et le caryotype étaient en faveur d'une LAM2 avec t(8,21).

Les premiers diagnostics évoqués par les dermatologues étaient soit un érythème noueux, soit une thrombophlébite nodulaire, soit une hypodermite vasculaire dans le cadre de la périartérite noueuse, soit une hypodermite neutrophilique. Deux biopsies cutanées faites confirmaient le diagnostic de l'érythème noueux.

La patiente était traitée selon le protocole AML 2011, elle avait reçu la cure induction I et avait bien répondu au traitement avec régression des lésions cutanées.

DISCUSSION : L'érythème noueux est une vascularite cutanée et la forme la plus fréquente d'hypodermite nodulaire aiguë. Ses étiologies classiques restent l'infection streptococcique, la sarcoïdose, la tuberculose, la yersiniose et les médicaments, alors que notre patiente était apyrétique depuis le début et il n'y avait aucune notion de prise médicamenteuse. Les hémopathies malignes représentent moins de 1% des étiologies, leur mécanisme pathogénique est inconnu, plusieurs hypothèses sont avancées dont la présence de néo-antigènes tumoraux qui donneraient naissance à des complexes immuns circulants capables de se déposer au niveau de la paroi des vaisseaux.

Ceci était une présentation rare de leucémie aigue myéloïde, on devrait considérer ce diagnostic comme une possibilité quand on est confronté à un cas d'érythème noueux.

CA48. LES COMPLICATIONS INFECTIEUSES ET THROMBOTIQUES DES CATHETERS VEINEUX CENTRAUX CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LEUCEMIE AIGUE MYELOBLASTIQUE

M. Aniba, M. Lamchahab, H. Nassik, O. Aissaoui*, K. Zerouali**, M. Rachid, M. Qachouh, S. Benchekroun, A. Quessar*

Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique Hôpital 20 Août 1953

** Service de réanimation-anesthésie Hôpital 20 Août 1953*

***Laboratoire de microbiologie CHU Ibn Rochd*

INTRODUCTION : Les patients atteints de leucémie aigue myéloblastique reçoivent une chimiothérapie intensive et restent pendant longtemps en aplasie. Ils ont besoin d'une voie veineuse de bon calibre, d'où l'intérêt de la mise en place d'un cathéter veineux central afin d'améliorer la prise en charge des patients et parallèlement les soins de supports.

Leur pose peut être associée à des complications infectieuses ou thrombotiques pouvant retarder le programme thérapeutique des patients et parfois mettre en jeu leur pronostic vital.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la fréquence de ces complications chez les patients atteints de leucémie aigue myéloblastique au service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique Hôpital 20 Août 1953 pour l'année 2013.

PATIENTS ET METHODES : Etude descriptive collectée de manière rétrospective étalée sur 15 mois de Janvier 2013 à Mars 2014, incluant les patients atteints de leucémie aigue myéloblastique hospitalisés au service pour leurs cures de chimiothérapie.

A travers une fiche d'exploitation, nous avons recueillis l'âge, le sexe, les cures de chimiothérapie, la date de pose et de retrait du cathéter, la présence ou non des complications liées au cathéter, la culture de cathéter et les germes responsables de l'infection.

RESULTATS : Cette étude portait sur des patients dont l'âge médian est de 40 ans [18-60], avec un sexe ratio H/F de 0,6.

Nous avons collecté 168 admissions correspondant à 66 patients.

Seules 71 admissions (42,3%) avaient bénéficié d'un cathéter veineux central avec 12,5% durant l'induction I, 15,5% durant l'induction II, 7,7% durant la consolidation I, 6% durant la consolidation II, et 0,6% durant la consolidation III.

Toutes les poses du cathéter avaient été faites au service de réanimation anesthésie Hôpital 20 Août 1953 par un sénior.

La pose de cathéter était faite dès l'admission des patients dans 15,5% des cas, au cours de l'hospitalisation dans 42,3% des cas, le même jour du début de la chimiothérapie dans 15,5% et non renseigné dans 26,7% des cas.

Parmi les patients non bénéficiaires de la pose de cathéter, 78,3% n'avaient pas de raison de non pose du cathéter et 21,4% avaient soit une thrombopénie inférieure à 20000 éléments /mm³, soit un trouble d'hémostase.

La durée médiane d'utilisation du cathéter était de 19 jours [11-30].

La raison d'ablation du cathéter était mentionnée dans 66,2% des cas, avec 47,9% de retrait de façon systématique à la fin de la cure, 15,5% devant une fièvre non documentée, 1,4% devant des signes infectieux locaux faits de rougeur et/ou douleur, et 1,4% devant une thrombose (le seul cas retrouvé).

La culture du cathéter a été faite dans 74,6% des cas. Elle était stérile dans 81% des cas, retrouvait 17% avec un staphylococcus coagulase négative et 2% avec klebsiella pneumoniae.

L'évolution était favorable chez 66,6% des patients et défavorable chez 33,4%. La cause du décès était un choc septique dans 45,6% des cas, une pneumopathie bactérienne dans 4,5% et 49,9% pour d'autres causes non infectieuses.

DISCUSSION : 42,3% seulement de nos admissions ont bénéficié d'un cathéter veineux central, ce qui nécessite une amélioration sur le nombre de pose. L'infection était documentée et liée directement au cathéter dans 19% des cas, par contre on a vécu un seul cas de thrombose.

Il est clair que la prévention des infections et des thromboses liées au cathéter est d'une extrême importance et aidera à diminuer la souffrance des patients.

CA49. LA LEUCEMIE AIGUE MYELOBLASTIQUE AVEC COMPOSANTE ERYTHROBLASTIQUE PREDOMINANTE OU LAM 6 AU SERVICE D'HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE PEDIATRIQUE CHU IBN ROCHD CASABLANCA

K. Sokori, M. Lamchahab, B. Oukach, M. Quachouh, M. Rachid, A. Madani,
S. Benchakroun, A. Quassar

Service d'Hématologie-Oncologie Pédiatrique, Hôpital 20 aout CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction : Leucémie aigue érythroïde ou LAM6 est un sous type de leucémie aigue myéloblastique (LAM). Elle représente 5% de LAM. Il existe deux types, l'érythroleucémie ou LAM érythroïde myéloïde (50% de précurseurs érythroblastiques parmi l'ensemble de la population nucléolée de la moelle osseuse, et de 20% de myéloblastes dans la population non érythroblastique), et la leucémie érythroblastique pure (de 80% des érythroblastes)

Objectif : Evaluer les différents aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques de LAM6

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, avec collecte de données rétrospective, menée de Janvier 2003 au Juin 2013, incluant l'ensemble des patients qui présentent LAM6, avec une relecture des lames du myélogramme.

Résultats : 69 cas de LAM6 ont été suivis dans notre service durant la période d'étude, avec une incidence de 4.7% des LAM. L'âge médian était 31 ans [1,5-86], et sexe ratio H/F de 1.05. Le délai médian au diagnostic était de 60 jours [15-365]. Le syndrome anémique isolé était le motif de consultation chez 48% des cas. Le taux médian des GB était 4600 éléments/ul [800 –125000], les blastes représentaient 60% des cas. Le myélogramme retrouvait un taux d'érythroblaste 50% dans 74,5%, avec un taux des myéloblastes 20%(sans érythroblastes) dans 59%, et les signes de dysplasie étaient présents dans 29% des cas. L'immunomarquage fait chez 61% des patients, les marqueurs érythroblastiques (CD36 et Glucophorine A) étaient positifs dans 75%. Le caryotype était complexe dans 37%. 41 patients ont reçu l'induction, et 28 patients ont été exclus. Le taux de rémission complète en fin de traitement était de 51%, avec un taux de rechute de 63%, et un taux d'échec de 24%.

Discutions et Conclusion : La réponse à la chimiothérapie et la durée de survie globale des patients atteints de LAM6 dépendent de plusieurs facteurs pronostiques comme les anomalies cytogénétiques (RC de LAM6 avec 5q ou 7q est de 50% avec une survie médiane de 16 semaines versus 88% et 77 semaines pour des patients sans ces anomalies) et l'existence d'une myélodysplasie (42,8% avec versus 85,2% sans). Dans notre série, on retrouve presque la même incidence que la littérature, mais avec un taux plus élevé de mortalité de 70%, et un problème de diagnostic différentiel avec les autres hémopathies à prolifération érythroblastique prédominante comme l'anémie réfractaire avec excès des blastes, et les LAM avec modifications associées à la myélodysplasie.

CA50. LEUCEMIE AIGUE PROMYELOCYTAIRE ASSOCIEE A LA MYELOFIBROSE : A PROPOS D'UN CAS

*K. Sokori, M. Lamchahab, M. Quachouh, M. Rachid, A. Madani, S. Benchakroun, A. Quassar
Service d'Hématologie-Oncologie Pédiatrique, Hôpital 20 aout CHU Ibn Rochd Casablanca*

Introduction : La myélofibrose (MF) secondaire est une complication fréquente des hémopathies malignes. IL a été rapporté que n'importe quel sous type de leucémie aigue myéloblastique (LAM), peut être compliqué par une fibrose, et la gravité de cette fibrose est associée à un mauvais pronostic.

La leucémie aigue promyélocytaire (LAP), un sous type de LAM, est de très bon pronostic, essentiellement avec les nouvelles thérapeutiques (l'Acide Tout Trans-Retinoïde (ATRA) et l'Arsenic).

Des rares cas de fibrose médullaire associée à la LAP ont été rapportés dans la littérature avec un taux de rémission moléculaire de 100%.

Nous rapportons un nouveau cas de LAP avec MF, le 1er cas décrit dans notre service.

Observation : Il s'agit d'un patient de 54 ans, connu diabétique et hypertendu depuis 20ans sous traitement médical. Un syndrome coronarien aigue s'est installé dont 9 stents étaient mis en place au bout d'un mois. Au cours de son suivi, une leucopénie isolée (2000éléments/mm³) avec une neutropénie (700éléments/mm³), était découverte. Le myélogramme fait était pauvre. La biopsie ostéo-médullaire a objectivé une LAM, avec présence de myélofibrose réticulinique modérée. Le caryotype a montré une translocation(15,17) avec des anomalies cytogénétiques associées (trisomie 21et del14). Le réarrangement PML/RARA était positif dans 100% des noyaux.

Vu le risque élevé de la toxicité cardiaque de la chimiothérapie chez ce patient, le traitement à base de l'ATRA seul était décidé. La rémission cytogénétique et moléculaire a été obtenu après 45jours de traitement. Puis, le patient était mis sous le traitement d'entretien du protocole APL (l'ATRA, Methotrexate hebdomadaire et 6 Mercaptopurine quotidien.

Le suivi est toujours en cours avec un recul de quatre mois.

Conclusion : Toutefois, dans les mesures où nous savons, le pronostic de l'association LAP-MF n'a pas encore été établi. Dans notre cas, il apparut que le bon pronostic de LAP qui prime.

CA51. IMMUNOPHENOTYPIC DIAGNOSIS OF ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKEMIA : AZIZA OTHMANA HOSPITAL EXPERIENCE

S. Foughali¹, W. Elborji¹, F. Ben Lakhal¹, S. Mnif², A. Saad³; N. Ben Salah¹, R. Hafsia¹

¹ Biology department of hematology.Aziza othmana hospital.Tunisia ;

² Biology department of hematology.Pasteur institute.Tunisia;

³ Biology department of cytogenetics.Farhat Hached hospital Sousse.Tunisia;

Acute promyelocytic leukemia (APL) is an aggressive disease that requires prompt diagnosis and therapy. The objective of this study is to report our experience in the immunophenotypic diagnosis of APL with cytologic, cytogenetic and molecular biology confrontation.

This study is retrospective (april 2005-december 2012) including 61 cases of cytologic suspicion of APL at Aziza Othmana hospital in Tunisia. Flow cytometry is performed on bone marrow blast cells. We use a wide panel of monoclonal antibodies including myeloid, lymphoid and immaturity markers. Diagnosis of acute myeloid leukemia is retained according to the EGIL criteria. Confirmation of APL is based on karyotype analysis and molecular biology which are performed in Pasteur institute.

The median age is 39 years (7–71 years) with a sex ratio (M/F) of 0.65. Classic macrogranular morphologic features (M3) and microgranular variant (M3v) are noted in respectively 52 and 6 cases. Myeloid markers are expressed in all cases with EGIL score 2 .HLA DR and CD34 are absent in 87.93 %. Simultaneous absence of HLA DR and CD34 is observed in 79.31 % of cases and it concerned 70.69 % M3 and 8.62 % M3v.. CD2 expressions are observed in 13.79 % and it concerned more the M3v type (10.34%).The t (15, 17) with PML-RARA+ are present in 73.81% of cases.The t (15, 17) with PML-RARA- is noted in 9.52%. 16.67% patients with a normal karyotype showed the presence of the fusion protein PML-RARA. In three cases called «APL-like», cytology shows hypergranular blasts, cytometry reveal a myeloid phenotype with double negativity of HLADR and CD34. The diagnosis of APL is excluded after the negative results of karyotype and molecular study.

Immunophenotyping is a useful tool for a rapid diagnosis of APL .It remains however unspecific. Developing of rapid detection PML-RARA fusion gene would be interesting.

CA52. MANAGEMENT OF ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKEMIA IN SFAX HEMATOLOGY CENTER

O. Kassari¹, M. Charfi¹, F. Kallel¹, A. Milde¹, M. Mdhaftar¹, Ch. Kalle², H. Bellaaj¹, H. Senena³, M. Ghorbel¹, S. Mnif⁴, S. Hdiiji¹, A. Saad², M. Elloumi¹,

1. Service d'hématologie Hôpital Hedi Chaker Sfax

2. Laboratoire d'hématologie Hôpital Habib Bourguiba Sfax

3. Laboratoire cytogénétique, Hôpital Farhat Hached Sousse.

4. Laboratoire d'hématologie, Institut Pasteur Tunis

Introduction : Acute promyelocytic leukaemia (APL) therapy with all-trans retinoic acid

and chemotherapy is associated with a high cure rate. We report in this study the results of therapeutic and the evolution of APL patients treated with the European protocol APL93 in Hematology center of Sfax.

Patients and Methods: Our retrospective study involved all patients with APL aged less than 65 and referred to the Hematology center of Sfax from January 2001 to December 2012. The diagnosis is made by the morphological study, standard cytogenetics analysis and molecular study. The treatment according to the APL 93 protocol includes a course of induction and two courses of consolidation. In induction, ATRA 45 mg/m²/day until complete remission (CR) (shorter than 90 days) + Daunorubicin 45 mg/m², 3 days and cytosine arabinoside (Ara-C) 100 mg/m² continuous IV infusion in 7 days. In consolidation, the first course contains Ara-C 200 mg/m² + Daunorubicin 60 mg/m², 3 days and in the second course Ara-C 2 g/m², 4 days + 3 days of Daunorubicin 45 mg/m² were used. For maintenance, ATRA, mercaptopurine and methotrexate (MTX) were used during 2 years. Kaplan-Meier method is used to estimate overall survival (OS) and event-free survival (EFS).

Results : During the study period, we collected 34 patients . The sex ratio was 1.61 with a median age of 32 years (range: 2 – 65 years). The mean white blood cell (WBC) count was 22035 / mm³ and leukocytosis higher than 10,000 / mm³ was noted in 12 patients (40%). Disseminated intravascular coagulation (DIC) was observed in the majority of cases (73.5%). Translocation (15.17) was found in 64 % of cases. Three patients had a normal cytogenetic study with a transcript PML- RARA in the molecular study. Four patients (12 %) died before treatment with cerebral hemorrhage. Thirty patients received induction course. Nine (30 %) of them died early at the beginning of the induction course. Complete remission was achieved in 16 patients (53.3%) and failure was observed in 2 cases (6.66%). Three patients (10 %) died by toxic fungal infection in induction. In our study relapse rate was 18.8%. Overall survival and event-free survival at 5 years are respectively 44 and 43 %. Relapse-free survival was 83%.

Conclusion: APL is a malignancy requiring quick diagnosis, efficient treatment and supportive care system. The rate of complete remission in our series remains lower than the literature (90-95%). This is explained by a high rate of early mortality by cerebral hemorrhage related to the high frequency of leucocytosis forms and diagnostic delay.

CA53. LONG TERM RESULTS IN THE TREATMENT OF CHILDHOOD APL WITH LPA 99 TRIAL IN TUNISIA

H. Ghédira¹, R. Jeddi², Y. Ben Abdennebi², L. Aissaoui², H. Ben Neji², K. Kacem², M. Zarrouk², R. Ben Lakha², H. Ben Abid², Z. Ben Hadj Ali², F. M'saddek¹, B. Meddeb²

1- Hematology Department, Military Hospital, Tunis, Tunisia

2- Hematology Department, Aziza Othmana University Hospital, Tunis, Tunisia

Reports on childhood APL from developing countries are scarce. We treated 71 APL according to the PETHEMA LPA 99 trial. Eighteen (25.3%) were aged less than 20 years including 10 girls and 8 boys, with a median age of 10 years. Ten children (55%) had classical APL and 8 (45%) had variant APL, compared to 47 (88%) and 5 (10%), respectively, in adults. Median baseline WBC was 4.4 10⁹/l (range, 0.8–123.3) slightly much higher in children than in adults (3.6 10⁹/l [range, 0.6–100]). Additional cytogenetic abnormalities were observed in 3 (17%) children and 18 (34%) adults (P = 0.058). According to Sanz'score, no child had low risk, 10 (55%) intermediate and 8 (45%) high risk compared to 3 (6%), 33 (62%) and 17 (32%), respectively, of adults (P = 0.427). Fever at presentation (P = 0.001) and variant APL (P=0.001) were more frequent in children. The CR rate was 94,4% (17/18) in children and 84,6% (36/45) in adults (P = 0.32). Differentiation syndrome (DS) was less often observed in children (2/18) than in adults (22/52) (P = 0.016). Two children relapsed and died during salvage therapy, and 2 died in CR from infection and from cardiac failure attributed to anthracyclines, while other children remained alive in CR. With a median follow-up of 4 years, 4-year EFS was 75% in children and 71.1% in adults (P = 0.57), while 4-year OS was 75% in children vs. 73.3% in adults (P = 0.72). Our results suggest that ATRA combined with anthracycline based chemotherapy gives adequate results in childhood APL, as in adults.

CA54. ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKEMIA : ABOUT 28 CASES

*M. Romdhani, B. Achour, K. Zahra, E. Bouzlama, H. Regaieg, M. Zaier, Y. Ben Youssef, A. Khelif
Department of Clinical Hematology Farhat Hached University Hospital-Sousse-
Tunisia.*

Introduction : Acute promyelocytic leukemia (APL) is currently the only acute leukemia with a good prognosis since the advent of targeted therapy based on all-trans - retinoic acid (ATRA)

Purpose : Describe the epidemiological, clinical , biological and therapeutic results of the APL .

Materials and methods : IT is a retrospective study of 28 cases of LAP diagnosed and treated in the hematology department at the University Hospital of Farhat Hached over a period of 08 years (2004-2011) .

Results : The median age of patients was 35.5 years (7-58 years), 57.14 % of patients were female with a sex ratio of 1.33. The average consultation time was 21 days. The main reason for consultation was a hemorrhagic syndrome of varying intensity. The disease was discovered in a patient during a stroke. . The diagnosis is made after cytology, cytogenetics and molecular analysis. According score SANZ, 10 patients had a high risk and 2 had low risk. Biological DIC was present in 17 patients. 2 patients had micro granular form. The karyotype was in a normal case , showed the t (15:17) in 23 patients with various other in case of abnormalities. The Search for the PML / RARA mutation was performed in 20 patients. Our patients received chemotherapy according to the AIDA protocol. 4 patients had ATRA syndrome. CR was obtained in 85 , 7% of cases, 4 patients died during induction of hemorrhagic syndrome in two cases of myocardial infarction in a diabetic patient with hypertension and severe sepsis in one case. Three relapses summers noted, being caught by the maintenance chemotherapy followed by an allograft in one case. Treatment Overall survival at 5 years is 62 % ..

Conclusion : Since the introduction of ATRA, there has been remarkable progress in the treatment of APL. Arsenic is currently used to treat relapses successfully to produce hematopoietic stem cells in second complete remission.

CA55. IMMUNOPHENOTYPIC PROFILE IN 241 CASES OF ADULT MYELOID NON PROMYELOCYTIC ACUTE LEUKEMIA : AZIZA OTHMANA HOSPITAL EXPERIENCE

*W. Lahiani, W. Elborji, F. Ben Lakhal, N. Ben Salah, R. Hafsia
Biology Department of Hematology. Aziza Othmana hospital. Tunisia*

Immunophenotyping is a widely used method, complementing morphology and karyotype study to make diagnosis and classification of acute myeloid leukemia (AML).

The study objective is to determine the immunophenotyping profile of adult non promyelocytic AML diagnosed in the laboratory of hematology in Aziza Othmana hospital.

Our study is retrospective (april 2005-december 2012) including 241 adult patients with AML (acute promyelocytic leukemia excluded). Flow cytometry is performed on bone marrow blast cells. We use a wide panel of monoclonal antibodies including myeloid, lymphoid and immaturity markers. Diagnosis of AML is retained according to the EGIL criteria.

The mean age is 36 years old (rang 16-66 years old). The sex ratio (M/F) is 1.13. The most common subtypes are AML-M5 (28.21%), and AML-M1 (16.59%). Expression of immaturity markers is observed in 80.08% for HLA DR and in 53.94% for CD34. The most commonly expressed myeloid antigens are CD13 (70.95%), CD33 (67.21%) and CD117 (57.67%). Aberrant antigens are expressed in 25.72% of cases. CD4 is the most commonly expressed lymphoid antigen (11.20%) followed by CD7 (10.37%), CD19 (6.22%) and CD10 (1.24%). CD56 antigen is expressed in 14.10% of cases.

As reported in the literature, HLA DR is expressed in the majority of non acute promyelocytic leukemia (APL) AML. CD34 is less frequently expressed. The absence of HLA DR and CD34 is known to be useful for distinguishing APL from other AML subtypes. The aberrant expression of lymphoid antigens AML is determined in several studies but its significance is not clearly established and reflects the heterogeneity of immunophenotyping of AML. Our results will be discussed with the literature data

CA56. FAMILIAL MYELODYSPLASIA AND ACUTE MYELOID LEUKAEMIA ABOUT 4 FAMILIES

I. Frikha¹, S. Hadji Mseddi¹, M. Medhaffer¹, CH. Kallel², O. Kassar¹, H. Sennana³, H. Bellaj¹, M. Ghorbel¹, M. Elloumi¹

1 Department of Hematology, Hedi Chaker Hospital, Sfax Tunisie

2 Laboratry of Hematology, Habib Bourguiba Hospital, Sfax Tunisie

3 Laboratry of Cytogenetic, Farhat Hached Hospital, Sousse Tunisie

Introduction : Familial cases of myelodysplastic syndrome and acute myeloid leukemia (MDS/AML) are considered rare, but are likely to be more common than currently appreciated. Understanding the recognized syndromes is critical for clinicians to have a high index of suspicion. We report 4 families with 2 or more members in each family presented a MDS and/or AML.

Patients and methods : From January 2002 to December 2013 we collected 10 cases of AML/MDS with family presentation (2 or more members in each family) in the Hematologic department of Hedi Chaker Hospital. Diagnosis was focused on bone marrow aspiration and cytogenetic analysis.

Results : We collected 10 cases of AML/MDS with family presentation (2 or more members in each family). The concept of inbreeding was found in 2 families. The median age of patients was 27 years (13 to 50 years) which 4 patients were less than 20 years . Sex ratio M/F=2.3. The diagnosis of acute myeloid leukemia and/or myélodysplastic syndrome was focused on bone marrow aspiration in all cases. Among the 10 patients, 8 have a successful cytogenetic result: normal karyotype in 5 cases and monosomy 7 abnormality in 3 cases.

Discussion : A high rate of the consanguinity was found either in our study (50%) than in the literature (40%). For 3 families, the age of diagnosis was between 13 and 28 years exception one family which the diagnosis was made later (37- 47 years). Monosomy 7 abnormality was found in 3 members of one family (30% of cases).

Considerable progress has been made in understanding this disease. Indeed, germline mutations of the transcription factor GATA2 and hematopoietic differentiation RUNX1 and CEBPA have been identified in MDS / AML family. In our Series, an analysis of the DNA with SNP Array high density is underway in France (Hematology Laboratory, Hospital Saint Louis, INSERM U944).

CA57. PROGNOSTIC IMPACT OF CYTOGENETIC ABNORMALITIES IN ADULT ACUTE MYELOID LEUKEMIA : ABOUT 82 PATIENTS.

Z. Kmira¹, Y. Ben Youssef¹, N. Amri¹, M. Ben Romdhane¹, E. Bousselama¹, M. Zaier¹, B. Achour¹, H. Rgaieg¹, H. Sennana², A. Saad², A. Khelif¹.

1. Department of Clinical Hematology, University Hospital Farhat Hached, Sousse, Tunisia

2. Department of Cytogenetic, University Hospital Farhat Hached, Sousse, Tunisia

Background : Acute myeloid leukemia (AML) is a biologically and pronostically heterogeneous disease subsidiary to be approached with risk adapted strategies. Cytogenetic abnormalities in AML help the prognostic stratification of patients. The aim of our study was to evaluate the prognostic impact of cytogenetic abnormalities in terms of remission and survival in adult AML.

Methods : Our retrospective study included 82 adults aged ≥ 60 years with AML (AML3 excluded) followed and treated according to the protocol MRC10 between 2006 and 2011. Cytogenetic study was performed by the conventional method. Cytogenetic stratification of patients into risk groups (low risk (LR), intermediate risk (IR) and high risk (HR)) is made according to the MRC group.

Results : The prognostic cytogenetic groups of patients was LR, IR and HR in 17% (14 patients), 62% (51 patients), and 21% (17 patients), respectively. The complete remission (CR) rate after one course of induction therapy was 51% (42 patients): 85.5% in the LR group, 53% in the IR group and 18% in the HR group. The CR rate after two courses was 64.5% (53 patients): 100% in the LR group, 59% in the IR group and 23% in the HR group. The hematopoietic stem cell transplantation was done only in 2 patients in first CR (1 patient of the LR group and 1 patient of the HR group) with favorable outcome. The death in CR was observed in 9.5% (5 patients). The relapse was observed in 17/48 patients in CR (35.5%): 2/14 patients in CR of the LR group (14%), 13/30 patients in CR of the IR group (43.5%) and 2/4 patients in CR of the HR group (50%). Overall survival and disease-free survival at 3 years were better in the favorable group compared with intermediate and high risk groups (respectively 75% versus 25.5% versus 0% with $p = 0.0001$ and 87.5% versus 44% versus 0% with $p = 0.017$).

Summary / Conclusion: Our results can be improved by a better prognostic stratification of patients including molecular biology and in particular the FLT3 and NPM1 molecular study in case of normal karyotype to better select high-risk patients who will benefit from allogeneic bone marrow in first CR.

CA58. IMMUNOPHENOTYPIC PROFILE OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA : STUDY ABOUT 69 CASES

M. Charfi, N. Louati, I. Ben Amor, H. Menif et J. Gargouri
*CRTS de Sfax et Laboratoire d'hématologie. Faculté de Médecine de Sfax, 99/
UR/08-33. Université de Sfax.*

Introduction : Flow cytometry (FCM) is an invaluable tool in diagnosis and classification of acute myeloid leukemia (AML). The purpose of this study is to describe the immunophenotypic profiles of AML diagnosed in CRTS of Sfax (Tunisia).

Subjects and methods : We have retrospectively analyzed 69 AML cases diagnosed between January 2004 and March 2014, divided into 14 pediatric [mean age = 7 years (range: 2-17 years); sex ratio = 1.3] and 55 adults cases [mean age = 45 years (range: 17-91 years); sex ratio = 0.96]. Immunophenotyping analysis was performed on peripheral blood or bone marrow samples after incubation with the various fluorochromes coupled monoclonal antibodies (FITC, PE and PC5), red blood cell lysis (Optilyse Beckman Coulter) and permeabilization when needed (reagent Perm 2 Becton Dickinson). The acquisition was made using a Beckman Coulter EPICS XL cytometer ®. Blasts gating was made on granularity/size cytogram before 2010, and after, using CD45.

Results : In our pool, the most frequent subtypes of AML were M4-5 (34.7%) followed by M1-2 (21.7%), M0 (17.3%), unclassable AML (13%), M3 (11.6%) and M7 (1.4%) in the absence of cases of M6. The HLA-DR and CD34 were positive respectively in 84.6% and 63.7% of cases. They were both negative in 62.5% of M3 cases. The CD13, CD33 and cytoplasmic MPO were positive respectively in 90.7%, 67.7% and 67.6% of cases. They were simultaneously positive in 53.6% of cases. The CD14 was positive in 24 cases (34.7%). The CD 41 was positive in the one case of M7. Aberrant expression of CD7 was found in 13.8% and CD19 in 5.6% of cases.

Conclusion : The profile of antigenic expression of AML found in our study is comparable to that of the literature. Flow cytometry allows, besides the diagnosis and classification of AML, to differentiate some acute lymphoblastic and biphenotypic leukemia from AML.

CA59. GRANULOCYTIC SARCOMA (A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE IN AZIZA OTHMANA HOSPITAL, TUNIS, TUNISIA).

E. Berred, M. Achour, D. Jabr, A. Mejri, R. Berred, H. Ben Neji, Y. Ben Abdennebi, L. Aisaoui, R. Jeddi, R. Mansouri, M. Bchir, M. Zarrouk, K. Kacem, R. Ben Lakhal, H. Ben Abid, Z. Bel Hadj Ali, B. Meddeb

Introduction : Granulocytic sarcoma (GS) is a rare extramedullary solid tumor defined as an accumulation of myeloblasts or immature myeloid cells. It is a rare manifestation of acute myeloid leukemia (AML) characterized by the occurrence of 1 or more myeloid tumor masses at an extramedullary site. GS has been identified as an adverse factor predicting for relapse.

The aim of our study is to report the clinico-pathologic, phenotypic and cytogenetic characteristics of patients with GS.

Material and methods : Between January 2006 and December 2012, 272 patients (children and adults) with AML were treated at the Hematology Department of Aziza Othmana Hospital. Sixteen patients had GS at presentation. They were treated with conventional chemotherapy.

Results : GS occurred in 5.8% of AML patients. The incidence of GS was 11% in children and 4% in adults. Sex ratio was 2.2.

Median age was 25 years (range 5 to 54 y). Median white blood cells count at diagnosis (WBC) was 27 000/mm³ (range 1600 to 197000)

The GS developed in central nervous system in six cases. The skin was affected in 3 patients, the orbit in 1 one patient and the kidneys in another one.

The M2 FAB subtype represented 44% of cases (4 pediatric, 3 adults), the M4 FAB subtype was found in 19%. Myeloperoxidase was to be the most expressed marker (75%) followed by CD 117 and CD 33 (69%), CD 34 (63%). All the cases were studied by conventional karyotyping. Chromosomal aberrations were detected in about 56% of cases. t (8 ; 21) was the most common abnormality (37%) ; inv (16) was found in 2 cases (12%), the karyotype was normal in 5 cases (31%).

Discussion and conclusion : In the literature, GS occurs in 3 to 8% of AML cases. In our series we found GS in 6% of the patients.

CNS localisation was noted in 31% of our patients. It is one of the most frequent GS locations reported in the literature.

GS is more frequent in children, and its incidence decreases with age. This was also noted in our series.

GS is a common finding in M2 FAB AML. This cytologic subtype harbors t (8 ; 21) in up to 20-25% of cases (especially in children). This has been highlighted in our series in accordance with the literature.

CA60. THE EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL-BIOLOGICAL AND THERAPEUTIC FEATURES OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN ADULTS : ABOUT 82 PATIENTS.

Z. Kmira, Y. Ben Youssef, B. Achour, N. Ben Sayed, E. Bousselama, H. Rgaieg, M. Zaier, A. Khelif.

Department of Clinical Hematology, University Hospital Farhat Hached, Sousse, Tunisia

Background : Acute myeloblastic leukemia (AML) is a heterogeneous group of malign diseases characterized by uncontrolled proliferation of myeloid progenitor cells in the bone marrow. The prognosis depends mainly on the age and cytogenetic and molecular status. The aim of our study is to report the epidemiological, clinical-biological and therapeutic features of AML in adults.

Methods : This retrospective analysis included 82 adults (age 60years) with newly diagnosed AML (AML3 excluded) who were treated according to the protocol MRC10 between 2006 and 2011. Depending on the availability of anthracycline, therapeutic induction was type aracytine + idarubicine and aracytine + daunorubicin in 68% and 32% of cases, respectively. Event free survival (EFS) and overall survival (OS) analysis was carried out with the Kaplan-Meier method.

Results : The sex ratio was 1.8 (53 male and 29 female). The median age was 41.5 years (18 -60 years). The age > 40 years was found in 41.5% of cases. The white blood cell count was greater than 30 000/mm³ in 50% of cases. The distribution according to the FAB classification was: LAM0, LAM1, LAM2, LAM4, LAM5, LAM6 and LAM7 in 6%, 34%, 29.5%, 13.5%, 15%, 1% and 1% of cases, respectively. The initial involvement of central nervous system was observed in 3.5% of cases. Prognostic cytogenetic groups were low risk group (LR), intermediate risk group (IR), and high risk group (HR) in 17% (14 patients), 62% (51 patients), and 21% (17 patients), respectively. The complete remission (CR) rate after one course of induction therapy was 51% (42 patients): 85.5% in the LR group, 53% in the IR group and 18% in the HR group. The CR rate after two courses was 64.5% (53 patients): 100% in the LR group, 59% in the IR group and 23% in the HR group. The rate of early death after one course of induction therapy was 23%. For the 53 patients in first CR, the evolution after 3 courses of consolidation was: toxic death in CR in 14 patients, relapse in 16 patients and maintenance of CR in 23 patients. The hematopoietic stem cell transplantation was done only in 2 patients in first CR (1 patient of the IR group and 1patient of the HR group) with favorable outcome. The relapse rate was 30%. The OS and the EFS at 3 years were 37% and 30%, respectively.

Summary / Conclusion: Our results are lower than the literature. The high rate of toxic death in induction and consolidation encourages improvement of the hygiene and supportive treatment to reduce mortality. Our results can also be improved by a better prognostic stratification of our patients (based on cytogenetic and molecular data) and by the respect of the allograft in first CR for patients who are transplant indication.

CA61. CORE BINDING FACTORS ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN ADULTS : ABOUT 14 CASES.

Z. Kmira, Y. Ben Youssef, N. Amri, M. Ben Romdhane, H. Rgaieg, B. Achour, M. Zaier, A. Khelif.

Department of Clinical Hematology, University Hospital Farhat Hached, Sousse, Tunisia

Background: The translocation t (8; 21) and the inversion of chromosome 16 or t (16; 16) (CBF Group: Core Binding Factors) are associated to acute myeloid leukemia group (AML) with a good prognosis with a high rate of remission and an overall survival of 60 to 70%. The aim of our study is to study the clinical and biological characteristics and treatment outcomes of CBF AML in adults.

Methods: Between January 2006 and December 2011, 14 adults aged 60 years with AML-CBF were treated according to the protocol MRC10 in our department. Depending on the availability of anthracycline, therapeutic induction was type aracytine + idarubicine and aracytine + daunorubicin in 64.3% and 35.7% of cases, respectively. Relapse free survival (RFS) and overall survival (OS) analysis was carried out with the Kaplan-Meier method.

Results: The sex ratio was 3.6 (11 male and 3 female). The median age was 34 years (18-49 years). The median leukocytosis was 37 500/mm³ (1600-95000). The granulocytic sarcoma was observed in 7% of cases. The initial involvement of central nervous system was observed in only 1 case. The distribution according to the FAB classification was: LAM1, LAM2, LAM4 and LAM5 in 7%, 57%, 29% and 7 % of cases, respectively. No toxic deaths were observed during the induction and the rate of complete remission (CR) was 86% after one course of induction therapy and 100% after two courses. Two toxic deaths (14%) during the third course of consolidation were occurring. A relapse (7%) was occurred after the second course of consolidation. This patient underwent a geno-identical transplantation after second CR and relapsed in post allograft. A Cerebellar syndrome with high dose aracytine was occurred in only 1 case. OS and RFS at 3 years were 80% and 75%, respectively.

Summary / Conclusion: CBF-AML are associated with a good prognosis in the different series. The CR rate and RFS in our work are comparable to those reported in the literature. On the other side, the rate of toxic deaths in CR (14%) remains high and encourages the development of hematologic supportive care.

CA62. IS SECONDARY ACUTE MYELOID LEUKEMIA A POOR PROGNOSTIC FACTOR?

D. Jaber, H. Ben Neji, S. Kefi, Y. Ben Abdennebi, M. Zarrouk, R. Mansouri, M. Bechir, L. Aïssoui, K. Kacem, R. Ben Lakhal, R. Jeddi, H. Ben Abid, Z. Belhaj Ali, B. Meddeb
Service d'hématologie Clinique. Hôpital Aziza Othmana, Tunis

Introduction : Secondary acute myeloblastic leukemias (AML) are classified as a distinct type in the new WHO classification. They may develop in patients with a preceding hematologic disorder, inherited genetic disorder or history of exposure to radiation or chemotherapy. It is generally believed that secondary AML represents an independently adverse prognostic factor. The aim of this study is to assess the prognostic impact of secondary AML.

Patients and methods : It is a retrospective study. During the period 2006-2012, 219 young adult patients were treated for AML (APL excluded) in Aziza Othmana Hospital. 13 patients had a secondary AML. All patients were stratified in cytogenetic risk groups according to the MRC group definition. Patients received 3+7 induction combining idarubicin and cytarabine. Post remission therapy consisted of MRC 10 consolidations. Patients in the intermediate and high risk groups and less than 50 years of age were assigned to undergo stem cell transplantation (SCT) if they had an HLA identical sibling donor.

Results : Overall incidence of secondary AML was 6%. The median age of patients was 39 years (range 21 to 57 y). Median white blood cell count (WBC) at presentation was 28 000/m³ (range 1300 to 106 500). 3 patients had a previous history of myelodysplastic syndrome. 5 patients had myeloproliferative disease and 4 patients had previous chemotherapy for cancer. Cytogenetic was successful in 11 patients. One patient had favorable cytogenetics. 4 patients (36 %) were in the high risk cytogenetic group and 6 (54%) in the intermediate group. Complete remission (CR) was achieved in 53.8 % of secondary AML patients vs 69 % in de novo AML ($p=0.53$). Secondary AML was associated with poorer overall survival (OS). Median OS was 17.5 months in de novo AML vs 10 months in secondary AML ($p=0.89$). Median relapse free survival (RFS) was inferior in secondary AML ($p=0.92$).

Discussion and conclusion : Secondary AML is usually known as an adverse prognostic factor in AML with expected poor results. This belief led to hesitation in treating secondary AML and elderly patients. More recent studies were unable to confirm an independent adverse prognostic impact of the presence of secondary leukemia. In our study, secondary AML was associated to lower CR rate and shorter survivals in comparison with de novo AML. The difference was not statistically significant. Thus we cannot conclude that secondary AML is a poor prognostic factor. These results are in accordance with many published studies which conclude that secondary AML does not per se indicate a poor prognosis.

CA63. TREATMENT OUTCOME OF ADULT ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA WITH MONOSOMAL KARYOTYPE

*H. Ben Neji, D. Jaber, S. Kefi, Y. Ben Abdennebi, M. Zarrouk, R. Mansouri, M. Bechir, L. Aissoui, K. Kacem, R. Ben Lakhal, R. Jeddi, H. Ben Abid, Z. Belhaj Ali, B. Meddeb
Service d'hématologie Clinique. Hôpital Aziza Othmana, Tunis*

Introduction : Patients with acute myeloblastic leukemia (AML) are classified according to cytogenetic abnormalities into three groups: favorable, intermediate and high risk. Recently a new cytogenetic category was identified: the monosomal karyotype (MK). MK is defined by the presence of one single autosomal monosomy in association with at least one additional autosomal monosomy or one structural chromosomal abnormality (in the absence of CBF AML and APL). MK was found to be a strong independent adverse prognostic factor in AML.

In this study, we aimed to assess the prognostic impact of MK in adult AML patients.

Patients and methods : Between 2006 and 2012, 219 young adult patients with AML were treated in the hematology department of Aziza Othmana Hospital. All patients had a cytogenetic analysis at diagnosis and were classified according to the MRC group definition. 161 patients were considered for the analysis; they were in the intermediate and high risk cytogenetic groups.

Results : The median age of patients was 39 years (range 18 to 69y). Eighteen patients (11.1%) had a monosomal karyotype. Of the MK patients, 66.6 % had a complex karyotype. The complete remission (CR) rate in the MK+ and MK- patients was 44.4 % and 72.7% respectively ($p=0.14$). The outcome of MK+ patients was significantly inferior. Overall survival (OS) at 2 years was 43.7% in the MK- group vs 11.1% in the MK+ groups ($p=0.001$). Relapse free survival (RFS) at 2 years was 68% in the MK- patients. No MK+ patient was alive at 2 years for RFS study. When we analyzed the unfavorable cytogenetic group, we found that MK+ patients had a 36.3% CR rate vs 57% in MK- high risk patients.

MK+ patients had inferior OS when compared to the other high risk patients (MK-) ($p=0.01$).

Discussion and conclusion : In our series patients with MK had a worse outcome with inferior CR rate, OS and RFS. Even when compared to other cytogenetic high risk patients, MK was found to be associated with a dismal prognosis. These results are in accordance with previous published studies in the literature that found MK as an independent adverse prognostic factor in adult AML. Patients with MK should be offered stem cell transplantation from matched related or unrelated donors.

CA64. ACUTE MYELOID LEUKEMIA AND SWEET'S SYNDROME, ABOUT 3 CASES

K. Sellami¹, I. Chami¹, A. Masmoudi¹, M. Amouri¹, M. Ben Jemaa², B. Hammami², M. Elloumi³, M. Mseddi¹, H. Turki¹

1. Dermatology Department, 2. Infectiology Department, 3. Hematology Department, CHU Hédi Chaker Sfax Tunisia

Introduction : Sweet's syndrome (SS) is an inflammatory dermatosis formerly known as "Acute febrile neutrophilic dermatosis". Typically, it is characterized by a pseudo septicemic state with fever, well demarcated bright red painful plates, located at the face, neck and limbs and neutrophilic leukocytosis. Conventionally, the SS is idiopathic, but it may be associated with malignancies among them malignant hemopathies. In the latter situation, skin lesions are atypical: bullous and ulcerated. Among SS associated with malignancy, Acute myeloid leukemia AML (and especially AML 4) is the most common (42% of all malignancies).

Purpose: we aim to draw attention to SS as a possible manifestation of AML.

Patients : Case 1: A 51-year old man who consulted 11 months after AML diagnosis, when he was in remission, for febrile eruption. Cutaneous examination revealed red-to-purple infiltrated painful lesions, localized at the face, neck, hands and wrist, measuring 2 to 4 cm. The diagnosis of leukemia cutis was mentioned but skin biopsy confirmed a SS. We have lost sight of him.

Case 2: A 13-year-old girl with no pathological history was hospitalized in Infectiology Department for fever and asthenia. On examination, there were two erythematous-papular plates with extended bullous detachment, located at the right thigh and the right shoulder. Blood count evoked leukemia. The myelogram concluded for AML 4. The skin biopsy confirmed a SS. After receiving chemotherapy and corticosteroids, evolution was favorable.

Case 3: A 58-year-old man with ischemic heart disease was hospitalized in Hematology Department for fever with leukocytosis and thrombocytopenia. On examination, there were red-to-purple infiltrated and painful lesions measuring 2 to 4 cm, localized at the legs. Myelogram confirmed the diagnosis of AML 4. The diagnosis of Skin localization of his hemopathy was mentioned but the skin biopsy confirmed SS. The patient was treated only by Chemotherapy, with favorable evolution.

Discussion: The chronological relationship between hemopathy and SS is variable, the dermatitis may appear during the evolution of the disease, during a course of chemotherapy, or it may succeed or announce a hematological relapse or an acutisation. In our series, SS appeared one year after ALM diagnosis in one case, and concomitantly to it in two cases. Commonly, the paraneoplastic SS is characterized by bullous appearance. In our series only one of the three patients had this typical presentation.

Conclusion : Although skin lesions in SS associated with malignancies are atypical, clinical presentation may evoke typical SS. We have to always think of the possibility of a paraneoplastic form in patients presenting SS.

CA65. GRANULOCYTIC SARCOMAS OF UNCOMMON LOCALIZATION.

Z. Kmira, Y. Ben Youssef, M. Zaier, N. Amri, B. Achour, H. Rgaieg, A. Khelif.

Department of Clinical Hematology, University Hospital Farhat Hached, Sousse, Tunisia

Background: Granulocytic sarcoma (GS) (or chloroma) consists of neoplastic granulocytic precursors and myeloblasts. GS occurs in 3% to 9% of acute myeloid leukemia (AML). GS are generally seen in the ribs, sternum, pelvis and orbital bones as well as in the soft tissues, lymph nodes, skin, and gums. The involvement of the spine, the breast and the rectum is rarely described.

Cases report: The first case is a 21-year-old man who was admitted in neurosurgery department because of paraplegia and urine retention. Magnetic resonance imaging (MRI) showed extensive epidural lesion extending from D4 to D7, dorsally compressing the spinal cord. The patient underwent laminectomy of the dorsal spine (D4-D7) and the tumor was totally removed. The histopathological examination was consistent with GS. Bone marrow aspirate confirmed the diagnosis of AML (FAB type M2). Cytogenetic study of the bone marrow cells revealed the t (8, 21). The patient was treated according to the MRC 10 protocol. There was a significant improvement in his paraplegia and the patient remained in complete remission (CR) with a follow-up of 3 years.

The second case is a 17 year old female who presented with rectal bleeding, abdominal pain and weight loss one mo prior to admission. Rectosigmoidoscopy revealed a rectal polypoid and ulcerated mass. The histological examination of the mass showed GS. Bone marrow examination was compatible with acute promyelocytic leukaemia (FAB type M3). Karyotype of the bone marrow cells was 46XX, t (15; 17) (q22; q21). The patient received chemotherapy according to the AIDA protocol with complete remission and disappearance of the rectal mass after induction therapy. At the 13 years follow-up, the patient remained in CR.

The third case is a case of a 33 -year-old woman who presented with acute paraplegia and urinary retention. The physical examination revealed a breast lump. MRI of spinal cord showed a compressive mass in the lumbosacral junction. The diagnosis of a metastatic breast cancer was suspected. But a blood count showed a high number of white blood cells. Microscopic examination of a blood smear revealed peripheral blood blasts. Bone marrow aspirate and histology of the breast tissue confirmed the diagnosis of AML with GS of the breast. Our patient received a radiation therapy for spinal cord compression than she was treated with chemotherapy but died five days after achieving it of a septic shock.

Summary / Conclusion: GS should be considered in the differential diagnosis of any mass in patients with or without leukemia as GS represent a diagnostic challenge, particularly those occurring in patients without evidence of systemic disease

CA66. THERAPEUTIC RESULTS OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA IN YOUNG ADULTS

I. Ben Amor, H. Bellaaj, F. Kallel, R. Krichén, M. Mdhaffar, O. Kassar, M. Ghorbel, S. Hadiji, M. Elloumi

Department of Hematology, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisia

Introduction : Acute Myeloid Leukemia is a serious and potentially cured blood disease in young patients, and his treatment is relatively standardized. In this study we evaluate the results of a therapeutic protocol (inspired of the MRC 10 study) applied in the department of hematology in Sfax.

Materials and Methods : Our study is retrospective; it involved 94 patients with de novo acute myeloid leukemia, aged 20 to 55 years from April 2004 to December 2012, treated with a protocol that includes a course of induction(Cytarabine at 200 mg/m²/day in continuous infusion for 7 days with Idarubicin at 12 mg/m²/day or Daunorubicin at 45 mg/m²/ day for 3 days) and 3 courses of consolidation. The consolidation treatment differs according to a patient's classification in two groups: Group 1: age < 40 years, favorable cytogenetic and complete remission, this group received 3 courses of high dose Cytarabine. Groupe 2: age > 40 years, intermediate or adverse cytogenetic and absence of complete remission, this group received 3 courses of chemotherapy: ADE, MACE, MIDAC. Allogeneic stem cell transplantation (ASCT) was indicated for patients > 45 years old who had intrafamilial HLA compatible donor, included in the group 2.

Results : The median age of patients was 36 years, with a sex ratio of 1.2. Only 19% of patients had hyperleucocytic forms > 50000/mm³. Monoblastic forms M4 and M5 were noted in 32% of cases. Medullary karyotype was normal in 46% of cases. The death rate during induction was 14%. The complete remission rate was 69% after one course of induction and 73% after one or two courses. HLA identical donor was found in 80% of eligible patients for ASCT. Twenty patients (66% of eligible patients for ASCT and 83% of patients having an HLA identical donor) underwent ASCT in first complete remission. The relapse rate was 34% (20% of patients underwent ASCT, 42% of patients received chemotherapy alone). The overall survival rate at 5 years was 45%; it was influenced by age (< 45 years: 57%, > 45 years: 24,7% , p < 0,001)and cytogenetic group (favorable 76,5% , intermediate: 38,7% , adverse: 36% , p:0,02). The rate of relapse-free survival at 5 years was 66%; it was influenced by age (< 45 years :72,7% , > 45 years 52,3%, p:0,05) and type of consolidation according to risk group (ASCT : 89%, courses of chemotherapy without ASCT :47%, courses of chemotherapy with high dose cytarabine :68%, p:0,001).

Comments : The complete remission rate in our series is similar to those published in the literature; however, these results could be improved by reducing the rate of death induction and that by improving hygiene and resuscitation hematological measures. The low percentage of relapse in the ASCT arm, lead to give a chance for patients who had not an intrafamilial HLA compatible donor by founding an unrelated donor from hematopoietic stem cell donor registries.

CA67. DIFFICULTY AND MANAGEMENT OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA WITH MYELODYSPLASIA-RELATED IN HEMATOLOGY DEPARTMENT 20 AUGUST HOSPITAL IN CASABLANCA

M. Ahnach, A. Quessar, B. Oukach, S. Benchekroun*

Service d'hématologie oncologie pédiatrique, CHU 20 Aout Casablanca

**Laboratoire d'hématologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca*

Background : In 2008, the revised WHO classification introduced a new entity as a subcategory in the classification of acute myeloid leukemias entitled acute leukemia with myelodysplasia related changes (AML-MRC), this entity is rare (25%-30% of AML) with very poor prognosis. The goal of this study was to clinically characterize this group as well as to evaluate biological, cytogenetic factors and therapeutic choices in our unit.

Patient and Methods : This retrospective study included all patients who are diagnosed AML-MRC and treated in hematology unit in 20 August Casablanca during period from 2010 to 2013. The diagnosis of AML-MRC requires the presence of at least 20% blasts in the peripheral blood or bone marrow, an absence of any of the recurrent cytogenetic abnormalities seen in AML, and the absence of a history of cytotoxicity or radiation therapy for an unrelated disease. All cases were diagnosed with bone marrow aspirates, blood smears, and bone marrow biopsies. Clinical parameters, hemogram data, biological, molecular and cytogenetic results at the time of diagnosis were reviewed. Therapeutic and clinical follow-up information was obtained by retrospective review of the medical records.

Results : Our retrospective study was based on 19 cases with AML-MRC diagnosis, the median age was 46 years (range, 5- 75 years), the mean delay of diagnosis was 9 months, and the most symptoms was anemia at 86%, tumoral syndrome at 40%, hemorrhage and infection in 33% of cases. According to biological parameters, all patients presented less than 10g/dl at hemoglobin, in 40% it was macrocytosis, 73% of patient presented neutopenia and 80% thrombopenia. The diagnosis was performed by bone marrow aspiration, in 4 cases he was confirmed by bone marrow biopsy but the blood smears was realized in 20% of cases. Cytogenetic was available in all cases, 14 patients had normal karyotype, 2 cases had complex karyotype and 2 cases had chromosome 7 abnormality. Four patients received chemotherapy AML (cytarabine+daunorubicin), 6 patients treated with low dose of cytarabine, one case with 5 Azacytidine and the remaining patients was in palliative supporting care. In Follow up, non patient can achieve complete remission, 3 early deaths, and 16 lost to follow up in progression disease.

Conclusion : Patients with this category of AML-MRC have a poor prognosis but it's necessary to have a good, early diagnosis with complete features like molecular and cytogenetic for normal karyotype to improve the management of patients.

CA68. LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUES DE PRONOSTIC FAVORABLE (LES CAS ASSOCIES AVEC INVERSION DU CHROMOSOME 16) : EXPERIENCE DU CENTRE D'HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE DE CASABLANCA

J.D Guelongo Okouango Ova, M. Lamchahab, S. Cherkaoui, N. Khoubila, A. Madani, A. Quessar

Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique, Hôpital 20 août, Casablanca

Introduction : Les leucémies aiguës myéloblastiques (LAM) sont des formes de leucémie qui font partie du core binding factor (CBF). Elles ont des particularités cytologique, cytogénétique, moléculaire et sont considérées de bon pronostic. L'objectif de notre étude est de dégager les profils épidémiologique et évolutif de ces formes dans notre centre.

Patients et méthodes : Etude prospective descriptive réalisée chez des patients ayant une LAM avec inversion du 16 diagnostiqués entre 2003 et 2010. Les critères étaient la classification FAB, MPO, la cytogénétique (technique de R-bonding), l'immunophénotypage n'était pas systématique. Tous les patients étaient traités par le protocole AML-MA 2003 qui comprenait deux inductions (daunorubicine 50mg/m²/jx3jours ; aracytine 200mg/m²/jx7 jours) et deux consolidations (aracytine 2g/m²/12hx4jours ; asparaginase 6000UI/m²j4).La survie a été évaluée par la méthode de kaplan Meier.

Résultats : Durant la période d'étude 987 LAM ont été diagnostiquées, 726 patients avaient fait un caryotype dont 15 cas de LAM avec inversion du 16 soit 2,05%. L'âge médian des patients étaient 30 ans (extrêmes 14-64 ans). Le sex-ratio H/F était de 0,5. Le syndrome d'insuffisance médullaire représentait 100%, le syndrome tumoral 40% et le syndrome infiltratif 60%. Un seul patient avait une CIVD. Les globules blancs médian étaient 24770 (extrêmes 1440-204700). L'hyperleucocytose supérieure à 50000 représentait 46,66%. 73,33% des patients avaient une blastose périphérique. Le taux médian des blastes en périphérie était 68% (extrêmes 24-100%). Selon le type cytologique, la LAM4 prédominait avec 66,66% (LAM4EO 13,33%). L'immunophénotypage n'était pas réalisée dans 86,67%. 80% des patients avaient une inversion du 16 ou t(16 ;16) ; 20% avaient une inversion du 16 avec d'autres anomalies. Tous les patients étaient traités.60% des patients étaient en rémission complète après induction. Le décès précoce représentait 33,33% .La survie globale à 4 ans était de 11,10% et la survie sans événement à 6,7%.

Conclusion : L'incidence faible peut être due à la méthode de cytogénétique et à l'absence de la biologie moléculaire. Groupe de bon pronostic, les résultats sont insuffisants par rapport à la littérature. D'où la nécessité d'améliorer la supportive care, d'optimiser le traitement afin de donner au moins 2 cures de consolidation avec l'aracytine à haute dose.

CA69. SARCOMES GRANULOCYTAIRES ET LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUE DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.

B. Chemchaoui, N. Khoubila, S. Cherkaoui, A. Madani, A. Quessar
Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, Hôpital 20 Aout 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction : Le sarcome myéloïde(SM) précédemment connu comme chlorome ou sarcome granulocyttaire, est une tumeur hématologique composée de cellules immatures de précurseurs myéloïdes touchant les sites extra médullaires. Il peut précéder et être défini SM primaire, ou apparaître de manière concomitante avec une leucémie aigue myéloblastique(LAM) .Son incidence varie entre 1.4 à 8% selon les séries. Plusieurs localisations ont été décrites : cutanées, osseuses, intestinales et orbitaires.

L'objectif : décrire les différentes localisations du sarcome myéloïde associé à des LAM.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée entre Janvier 2011 et Décembre 2013 au service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, auprès des patients âgés de moins de 20 ans, atteints de LAM de novo confirmée par myélogramme et immunophénotypage et complétée par caryotype. La documentation des SM s'est faite uniquement sur la clinique associée à l'imagerie. Nos patients ont été traités selon le protocole AML-MA 2011.

Résultats : Soixante dix sept patients atteints de LAM de novo ont été colligés dans cette étude dont 8 (10.4%), présentaient un SM .Il s'agissait de 5 filles et 3 garçons avec un sex ratioM/F=0.75, Leur moyenne d'âge était de 17ans (1 – 19 ans). Cliniquement, L'exophtalmie était retrouvée 6 patients soit 75%, elle était isolée chez 4 patients, associée à un Sd de Claude Bernard Horner dans 1cas et elle était associée à une masse maxillaire droite chez un patient. Un patient a présenté une masse maxillaire avec composante endo buccale impressionnante et dans un cas nous avons retrouvé une masse abdomino pelvienne. Un malade présentait des signes neurologiques sensitifs et moteur des 2 membres Inferieurs. Sur le plan biologique, il s'agissait dans 3 cas deLAM2, 3 cas de LAM5, un cas de LAM1 et 1 cas de LAM0. Le caryotype réalisé chez 7 patients retrouvait que 2 patients étaient classés en favorable avec t(8 ;21), 2 en défavorable et 3 en intermédiaire. La tomodynamométrie (TDM) a été réalisée chez tous les patients et a permis de retrouver le SM, d'en évaluer l'étendue et préciser ses rapports. une TDM cérébro faciale a été réalisée chez 7 patients, elle objectivait la présence de l'exophtalmie ainsi que les masses maxillaires présentes chez les 2 malades. La TDM abdominale montrait 2 masses ovariennes. L'imagerie par résonance magnétique médullaire a été faite chez 1 patient et qui objectivait des SM paravertébraux et intracanalaires. La biopsie de la masse complétée par l'étude immunohistochimique n'a pu être réalisée qu'une fois vue la difficulté de biopsier ces patients thrombopéniques.

Conclusion : Le SM demeure une tumeur hématologique rare. La localisation orbitaire demeure la plus fréquente dans notre série. Le traitement repose essentiellement sur les drogues de chimiothérapie utilisées dans le traitement de la LAM, associés ou non à la radiothérapie cependant le diagnostic précoce à base de biopsie et d'étude immunohistochimique de la masse doivent être envisagés pour une meilleure stratification des malades.

**CA70. LA LEUCEMIE AIGUE MYELOBLASTIQUE AVEC COMPOSANTE
ERYTHROBLASTIQUE PREDOMINANTE OU LAM 6 AU SERVICE
D'HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE PEDIATRIQUE CHU IBN ROCHD CASABLANCA**

*K. Sokori, M. Lamchahab, B. Oukach, M. Quachouh, M. Rachid, A. Madani, S. Benchakroun,
A. Quassar*

Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, Hôpital 20 Aout 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction : Leucémie aigue érythroïde ou LAM6 est un sous type de leucémie aigue myéloblastique (LAM). Elle représente 5% de LAM. Il existe deux types, l'érythroleucémie ou LAM érythroïde myéloïde (50% de précurseurs érythroblastiques parmi l'ensemble de la population nucléolée de la moelle osseuse, et de 20% de myéloblastes dans la population non érythroblastique), et la leucémie érythroblastique pure (de 80% des érythroblastes)

Objectif : Evaluer les différents aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques de LAM6

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, avec collecte de données rétrospective, menée de Janvier 2003 au Juin 2013, incluant l'ensemble des patients qui présentent LAM6, avec une relecture des lames du myélogramme.

Résultats : 69 cas de LAM6 ont été suivis dans notre service durant la période d'étude, avec une incidence de 4.7% des LAM. L'âge médian était 31 ans [1,5-86], et sexe ratio H/F de 1.05. Le délai médian au diagnostic était de 60 jours [15-365]. Le syndrome anémique isolé était le motif de consultation chez 48% des cas. Le taux médian des GB était 4600 éléments/ul [800 –125000], les blastes représentaient 60% des cas. Le myélogramme retrouvait un taux d'érythroblaste 50% dans 74,5%, avec un taux des myéloblastes 20%(sans érythroblastes) dans 59%, et les signes de dysplasie étaient présents dans 29% des cas. L'immunomarquage fait chez 61% des patients, les marqueurs érythroblastiques (CD36 et Glucophorine A) étaient positifs dans 75%. Le caryotype était complexe dans 37%. 41 patients ont reçu l'induction, et 28 patients ont été exclus. Le taux de rémission complète en fin de traitement était de 51%, avec un taux de rechute de 63%, et un taux d'échec de 24%.

Discussions et Conclusion : La réponse à la chimiothérapie et la durée de survie globale des patients atteints de LAM6 dépendent de plusieurs facteurs pronostiques comme les anomalies cytogénétiques (RC de LAM6 avec 5q ou 7q est de 50% avec une survie médiane de 16 semaines versus 88% et 77 semaines pour des patients sans ces anomalies) et l'existence d'une myéلودysplasie (42,8% avec versus 85,2% sans). Dans notre série, on retrouve presque la même incidence que la littérature, mais avec un taux plus élevé de mortalité de 70%, et un problème de diagnostic différentiel avec les autres hémopathies à prolifération érythroblastique prédominante comme l'anémie réfractaire avec excès des blastes, et les LAM avec modifications associées à la myéلودysplasie.

CA71. ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES LEUCEMIES AIGUES PROMYELOCYTAIRES : A PROPOS DE 10 CAS.

M. Kerbout, M. Bouaouad, N. El Hasnaoui, A. L'houssni, A. Raissi, K. Doghmi, M. Mikdame.

Hôpital D'instruction militaire Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION : Les LAM3 sont une entité particulière au sein des LAM de par leur mécanisme d'oncogénèse d'une part et leur pronostic devenu favorable d'autre part. Il s'agit d'une urgence médicale dont la présentation est souvent brutale avec un risque élevé de décès (10-20%) en l'absence de prise en charge rapide. La prise en charge est basée sur des protocoles thérapeutiques spécifiques. Nous rapportons ici l'expérience du service d'hématologie clinique de l'HMIMV de Rabat.

PATIENTS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur 10 patients atteints de LAP, diagnostiqués entre 2006 et 2014. L'âge moyen au diagnostic était de 45 ans. Le sexe ratio était de 3 hommes pour 2 femmes.

Le diagnostic a été posé sur l'étude morphologique des frottis sanguins et médullaires selon la classification FAB.

Le traitement spécifique a comporté une induction par chimiothérapie selon le protocole APL 06 en dehors d'une patiente décédée avant tout traitement.

RESULTATS : Sur le plan clinique, un syndrome anémique et/ou hémorragique a été retrouvé chez tous les patients. Un syndrome tumoral était présent chez 2 patients.

Sur le plan biologique, l'hémogramme trouvait une anémie chez tous les patients avec un taux d'hémoglobine moyen de 8g/dl, une hyperleucocytose dans 3 cas avec un taux moyen de 11 528 éléments/mm³. Le taux de plaquettes variait entre 10 000 et 52 000 élément/mm³.

Des éléments de mauvais pronostic étaient retrouvés chez 6 patients : hyperleucocytose > 5 000/mm³, thrombopénie < 40 000/mm³.

Une CIVD était présente chez 3 patients.

L'évolution a été marquée par le décès d'une patiente avant tout traitement d'une CIVD. Les 2 autres patients après chimiothérapie (choc septique et choc hémorragique).

La rémission complète a été obtenue chez 7 patients qui sont toujours vivants avec un recul qui peut atteindre 8 ans pour certains.

CONCLUSION : Notre série locale de LAP confirme le caractère favorable de cette hémopathie maligne comme en témoignent le taux de rémission complète et la médiane de survie.

La rapidité de la prise en charge est essentielle afin de juguler au plus tôt la CIVD induite, principale cause de mortalité.

CA72. LEUCEMIE AIGUE MEGACARYOBLASTIQUE : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, CYTOLOGIQUE, IMMUNOPHENOTYPIQUE, CYTOGENETIQUE ET THERAPEUTIQUE

*M. Badf, S. Cherkaoui, T. Moutiqui, N. Khoubila, M. Lamchaheb, M. Quachouh, M. Rachid, A. Madani,
S. Benchakroun, A. Quessar.*

Service d'oncologie hématologie pédiatrique, Hôpital 20 aout 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : La leucémie aigue mégacaryoblastique est représentée moins de 5% des leucémies aigues myéloïdes classée comme LAM- 7 selon la classification de la franco-américano-britannique(FAB). Selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS), l'immunomarquage a permis de poser le diagnostic de certitude de LAM-7. L'objectif de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, cytologique, immunophénotypique, cytogénétique et thérapeutique.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, longitudinale et descriptive à propos de tous les patients atteints de LAM-7 , de tout âge confondu ,pris en charge au service d'hématologie oncologie pédiatrique, de 2005 à 2013.Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'exploitation

Résultats : Sur une période de 8 ans, 16 cas ont été colligés, dont 9 enfants avec une médiane d'âge à 1.5 ans [0.5 ; 17]et 7 adultes avec une médiane d'âge à 44 ans [19 ; 70]. Le sexe ratio : 1.67. La symptomatologie clinique initiale était marquée par un syndrome anémique chez 100% cas, un syndrome infectieux chez 75% des cas, un syndrome hémorragique chez 56% des cas, un syndrome d'insuffisance médullaire complet 50%, un syndrome tumoral 50%, syndrome de Down chez un cas, des douleurs osseuses chez un cas. L'hémogramme a objectivé une médiane d'hémoglobine à 5.8g/dl [3 ; 11.6], une médiane de plaquettes à 19500 é/mm3 [4000 ;250000], une médiane de globule blanc à 9600 é/mm3 [1100 ;139000] et une médiane de blastes dans le sang périphérique à 56%. Le myélogramme a montré une moelle pauvre dans 62.5% avec une myéloperoxydase(MPO) négative dans 81% cas. L'immunomarquage était réalisé chez 81% des cas avec une positivité de CD4a et CD61 dans 100% des cas. Le caryotype était normal chez 25% des cas et montrant des anomalies dans 50% des cas. 8 patients ont été inclus au protocole AML dont 3 ont recruté, 3 ont un échec thérapeutique et 2 ont été allogreffé dont 1 en rémission complète maintenue depuis 7 ans et un perdu de vue. 6 patients ont été perdus de vue. Un patient est mis sous traitement palliatif. Un patient est décédé avant le traitement par une cardiopathie congénitale.

Conclusion : La fréquence de la LAM-7 dans notre étude était similaire aux données de la littérature .Les différents aspects morphologiques des mégacaryoblastes posent un problème diagnostique, laissant le dernier mot à l'immunomarquage qui pose le diagnostic. En absence d'une allogreffe dans notre contexte, la leucémie aigue mégacaryoblastique reste de pronostic péjoratif.

CA73. LEUCEMIE AIGUE MYELOBLASTIQUE ET TRANSLOCATION (8;16) (P11;P13) : UN NOUVEAU CAS D'UNE ENTITE CLINICO-BIOLOGIQUE DISTINCTE

A. Bakkali¹, M. Lamchaheb¹, N. Hda², H. Dehbi³, S. Benchekroun¹, A. Quessar¹

¹ Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, hôpital 20 Aout, Casablanca;

² Laboratoire Hda d'analyses de biologie médicale, Casablanca ;

³ Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, laboratoire de génétique et de pathologie moléculaire

Résumé : Introduction : La translocation (8 ; 16)(p11 ;p13) est une anomalie observée dans moins de 0.4% des leucémies aiguës myéloblastiques (LAM). Décrite chez l'enfant et l'adulte, cette entité est bien définie par son expression clinico-biologique et pronostique. Nous rapportons un nouveau cas dans le but de mieux faire connaître cette forme particulière.

Cas clinique : Jeune femme de 22 ans, célibataire, sans antécédents notables, avait été admise au service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Casablanca suite à un syndrome d'insuffisance médullaire complet, d'installation rapide, associé à une altération de l'état général. L'examen physique ne trouvait rien de particulier en dehors de taches de purpura diffuses et desadénopathies latérocervicales bilatérales centimétriques. L'hémogramme montrait : Hémoglobine 7,6 g /dl , volume globulaire moyen 81 fl, concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine 32%, globules blancs 87,8×10⁹/L, polynucléaires neutrophiles 15%, lymphocytes 24% ,Monocytes 1%, plaquettes : 65×10⁹/L et 60% de blastes. La moelle était infiltrée par 96% de blastes, LAM de type M4 , l'immunophénotypage avait montré la positivité du CD33(99%),du CD15 (73%), du CD38 (95%), de l'HLA-DR (88%), les marqueurs monocytoides étaient positifs CD14(88%) et CD64 (100%), le CD34 et les marqueurs lymphoïdes étaient négatifs. Au caryotype réalisé par la technique G-Banding : 46, XX , t(8,16)(p11 , p13), add 16[20/20], l'analyse moléculaire (FISH) n'avait pas montré d'inversion du chromosome16 . Le traitement avait consisté en 2 cures d'induction (induction I : cytarabine 160mg ×2/J J1à J10 , daunorubicine 80mg J2-J4-J6 ; induction II : cytarabine, daunorubicine et etoposide 150mg J1à J5) et 2cures de consolidation (conso I : cytarabine 4,5g ×2/J J1 J2 J3 , donourubicine 40mg J3 J4, conso II : cytarabine 4,5g ×2/J J1 J2 J3 , kidrolase 10000UI J4). La rémission complète avait été obtenue en fin d'induction I, maintenuependant 9 mois. Après la rechute, seul un traitement palliatif avait été proposé, la patiente est décédée suite à samaladie.

Commentaire : La LAM associée à la t (8 ; 16)(p11 ;p13) est une entité rare, définie par l'existence des gènes MOZ/MYST3 et le gène CBP/CREBBP. Elle est fréquemment associée aux sous types M4/ M5, à une erythrophagocytose, à une atteinte extra médullaire et à unmauvais pronostic. Toutefois, des rémissions spontanées sont décrites dans des formes du nouveau-né.

CA74. EVALUATION DES RESULTATS THERAPEUTIQUES DES LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUES ASSOCIEES A L'INVERSION DU CHROMOSOME 16)

J.D Guelongo Okouango Ova, M. Lamchahab, S. Cherkaoui, N. Khoubila, A. Madani, S. Benchekroun, A. Quessar

Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique, Hôpital 20 août, CHU Ibn Rochd-Casablanca

Introduction : Les leucémies aiguës myéloblastiques (LAM) associées à une inversion du chromosome 16 / t(16;16) sont d'évolution favorable. Cette entité rare, 5 à 10 % des LAM, est caractéristique par son profil clinique, cytologique, moléculaire et pronostique. L'objectif de notre étude est de dégager les particularités épidémiologique et évolutif de ces formes dans notre centre.

Patients et méthodes : Etude prospective conduite dans le service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Casablanca, entre janvier 2003 et décembre 2010. Ont été inclus, tous les patients ayant une LAM avec inversion du 16/t(16 ;16). Le diagnostic de LAM avait été retenu suivant les critères FAB, la MPO réalisée systématiquement. Les caryotypes avaient été réalisés par technique de R-banding. L'immuno-phénotypage n'était pas systématique. Tous les patients avaient été traités par le protocole national AML-MA2003 : deux inductions (daunorubicine 50mg/m²/jx3jours ; aracytine 200mg/m²/jx7 jours) et deux consolidations (aracytine 2g/m²/12hx4jours ; asparaginase 6000UI/m²j4). La survie globale avait été évaluée par la méthode de kaplan Meir.

Résultats : Durant la période d'étude, 726 cas de LAM avec cytogénétique avaient été diagnostiqués dont 15 avec inversion du 16 soit 2,05%. L'âge médian était de 30 ans (14-64 ans). Le sex-ratio H/F était de 0,5. Le syndrome d'insuffisance médullaire était quasi-présent, le syndrome tumoral dans 40% des cas et les signes extra-hématopoïétiques dans 60%. Un seul patient avait une CIVD. Le taux médian des leucocytes était de 24.770/dl (1440-204.700). L'hyperleucocytose était majeure dans 46,66% des cas. Le type M4 prédominait (66,66%), le sous-type M4Eo retrouvé dans 13,33%. L'immunophénotypage n'était pas réalisée pour 87%. L'inversion du 16 ou t(16 ;16) isolée avait été retrouvée dans 80% des cas. Tous les patients étaient traités. Le taux de rémission complète après induction était de 60%. La rechute représentait 13,33%. Le décès précoce représentait 33,33%. La survie globale à 4 ans était de 11,10% et la survie sans événement à 6,7%.

Conclusion : l'incidence faible pourrait être en rapport avec la technique cytogénétique et l'absence d'étude moléculaire. Les résultats de ce groupe favorable ne sont pas satisfaisants, nécessité d'améliorer les traitements de support, et d'adapter le traitement pour réduire les récives.

CA75. LEUCEMIE AIGUE MYELOÏDE HYPERLEUCOCYTAIRE

*Gnon Gourou Orou Guiwa, Thierry Paluku, Lamchahab, Khoubila, Madani, Rachid, Cherkaoui, Quessar, Benchekroun,
Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique, Hôpital 20 août, CHU Ibn Rochd-Casablanca*

Introduction : L'hyperleucocytose est plus fréquente dans la LAL (10 - 30 %) que dans la LAM (5-13 %), plus particulièrement dans la LAM4 et 5, et souvent associée aux anomalies du 11q23 et au chromosome phi. C'est un facteur de risque important de complications grave (le syndrome de lyse et la leucostase). Notre but était d'évaluer les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des patients avec LAM hyperleucocytaire.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, couvrant la période de 2012 à décembre 2013 au sein du service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Casablanca. Les critères d'inclusion étaient les LAM hyperleucocytaires chez les patients de 1-60 ans sur base d'un examen clinique complet, et confirmé par un examen de numération formule sanguine et un myélogramme. Les GB 50000 étaient définis comme une hyperleucocytose. Tous les patients avaient bénéficié d'un bilan minimal d'extension et préthérapeutique. La classification OMS – FAB était utilisée. Le traitement avait consisté à une préphase de cytoréduction avec l'utilisation de l'hydroxyurée e avec évaluation de réponse 48h après et/ou flash de cytarabine. Une diminution de taux de GB 1000 blastes était considéré comme une bonne réponse. La préphase était suivie de 4 cycles de chimiothérapie d'induction et de consolidation selon le protocole national AML 2011

Résultats : 73 patients ont été colligés dont l'âge médian est de 41 ans [1-86] avec un sexe ratio h/f de 1. Le délai d'attente d'hospitalisation variant de 1-7 jours Sur le plan clinique, Le syndrome anémique était retrouvé chez tous les patients. L'hypertrophie gingivale était de 20 % chez certains, un syndrome tumoral était essentiellement fait des adénopathies (70 %). On a pas enregistré des troubles de coagulation dans la majorité des cas. Sur le plan biologique l'hyperleucocytose était notée avec des taux moyens des GB a 101000 [50500-844000]. Selon la classification FAB on avait LAM 2 (25%) LAM3 (16%) LAM4 (1%) LAM5 (10%) LAM 6 (8%) LAM7 (3%). 57 patients sont évaluables. Sur le plan thérapeutique l'hydroxyurée était utilisée chez 70% avec bonne réponse chez 50 % des patients. La rémission médullaire complète était estimée 20,5% contre 9,6 % d'échec thérapeutique. Le taux de survie est de 59,3 % avec un recul médian de 8 mois.

Conclusion : Au regard de notre étude les LAM hyperleucocytaires peuvent se rencontrer dans toutes les formes cytologiques. Leur pronostic reste réservé d'où l'intérêt d'une prise en charge precoz.

CA76. CAUSES DES DECES PRECOCES AU COURS DES LEUCEMIES AIGUES MYELOBLASTIQUES DE L'ENFANT

H. Elmrabet, N. Khoubila, S. Cherkaoui, A. Madani, A. Quessar

Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique de l'Hôpital 20 Août ; Casablanca

Introduction : La phase initiale de la leucémie aigue myéloblastique (LAM) constitue une période critique, exposant les patients à plusieurs risques avec une mortalité élevée tels que l'hémorragie, la leucostase, la coagulation intra vasculaire disséminée et les infections. L'incidence des décès précoces chez les enfants atteints de LAM demeure élevée dans le monde et varie entre 4,7 % à 5,4% dans les pays développés, et dont les causes sont toujours intriquées.

L'objectif : Décrire et Analyser les causes des décès précoces chez les enfants atteints de LAM.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur des patients suivi au service d'hématologie et oncologie pédiatrique de Casablanca ,pour une leucémie aigue myéloblastique de novo, âgé 20 ans, diagnostiqués entre Janvier 2011 et Décembre 2013, répondant à la définition du décès précoce des patients atteints de LAM : période pour laquelle le décès est survenu au cours des 42 jours suivant le diagnostic, ayant reçu ou pas une chimiothérapie*.

Résultats : Sur 77 nouveaux cas de LAM, nous avons colligé 8 décès précoces soit 10,4 % ; l'âge moyen était de 10 ans [2,5-17ans], le sexe ratio (M/F) était de 1,7. L'évolution de la symptomatologie variait entre 2 et 120 jours avant le diagnostic. Cinq malades ont transité par d'autres services avec une durée de séjour moyenne de 14,3jours. Le taux de GB variait entre 2000 et 44 770/mm³. Il s'agissait dans 2 cas de LAM2, dans 2 cas de LAM0, dans 1cas de LAM6, dans 1 cas de LAM5 et dans un cas de LAM3. Le caryotype classait 1 patient en groupe favorable avec t (15 ; 17) ,2 malades en groupe intermédiaire et 3 en défavorable. Dans 2 cas le caryotype n'a pas été fait. La chimiothérapie a été introduite chez 2 patients sur 8 (pré phase et Induction I), les autres sont décédés avant traitement. Le délai médian de décès était de 14.4 jours [1-28 jours]. Les causes de décès étaient : 1 cas d'AVC hémorragique, 6 cas de choc septique avec identification de germes dans une seule fois, et 1 cas le décès était de cause non précisée.

Conclusion : Dans notre contexte, les causes de décès précoces sont dominées par les infections (87,5 %) contrairement aux autres séries. Une bonne stratégie de soins de soutien à visée thérapeutique et prophylactique (antibiotiques, transfusions, lavage des mains, formation du personnels...) ainsi qu'une bonne gestion des complications, sont la clef pour réduire le taux de décès précoces.

(*) Early Deaths and Treatment-Related Mortality in Children Undergoing Therapy for Acute Myeloid Leukemia: Analysis of the Multicenter Clinical Trials [AML-BFM 93 and AML-BFM 98 [JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY, VOLUME 22 _ NUMBER 21 _ NOVEMBER 1 2004]

CA77. AML OCCURRING AFTER ONE YEAR OF REMISSION IN A T CHILDHOOD ALL: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

*D. Belloumi**, *F. Ben Lakhal**, *W. El Borgi**, *N. Ben Salah**, *R. Hafsia**
* *Biology Department of Hematology. Aziza Othmana Hospital. Tunisia*

Acute leukemia is the most common cancer in childhood. Despite of the relative efficiency of therapeutic agents, factors such as therapy-related leukemias and cell lineage switching often change the prognosis of the illness.

We report here a case of AML occurring after one year of remission in a 9-year-old T ALL patient. At the initial diagnosis, the blast cell morphology and immunophenotype were consistent with typical T ALL: CD7+, sCD3+, CD5+, cCD3+, TCR gamma/delta + with hyperdiploidia at 50 chromosomes. Complete remission was achieved after induction and consolidation chemotherapy. After one year of remission, a thrombocytopenia was noticed, followed by an anemia. Bone marrow examination showed myelodysplasia without blasts excess. One month later, the blast count was estimated at 15 %. Immunophenotype revealed 18 % of blasts with myeloid phenotype: CD13+ CD33+ CD117+ MPO+. The bone marrow blasts infiltration reached 45% one week later. The diagnosis of AML was retained. The karyotype showed a monosomia 7 and trisomia 8.

The hypothesis of a chemotherapy-related leukemia seems to be the most probable. A relapse with lineage switch or the emergence of a new leukemic clone due to treatment selection are uncommon events. We report a literature review.

CA78. PEDIATRIC ACUTE MYELOID LEUKEMIA : ABOUT 28 CASES

O. Kassar¹, M. Charfi¹, F. Kallel¹, N. Ellouze¹, M. Mdhaffar¹, A. Lakhal², H. Bellaaj¹, S. Hdiiji¹, M. Ghorbel¹, A. Mahfoudh³, M. Hachicha³, T. Ben Othman², M. Elloumi¹
1. service hématologie Sfax, 2. centre national de greffe de moelle osseuse Tunis
3. service de pédiatrie Sfax

Introduction : The prognosis of acute myeloid leukemia (AML) childhood remains poor. We reported in our study the results of therapeutic and prognostic pediatric AML treated in hematology center of Sfax.

Methods: Our study is retrospective; it concerned patients under 20 years with AML de novo during the period between January 2006 and December 2012. Secondary AML and APL are excluded. The treatment protocol includes: a course of 7 +3 induction (Arac200mg/m2/day+DNR60mg/m2/day) followed in case of complete remission (CR) by 3 courses of consolidation: * 1st course: Arac 6g/m2/day (3d) + Mitoxantrone12mg/m2/day(3d), 2nd course: Arac200mg/m2/day (7d) + DNR50mg/m2/day VP16100mg/m2/day (5d) * 3rd course: Arac 6g/m2/day (3d) + L-asparaginase 6000UI in day 5 . Allogenic bone marrow transplantation is indicated for patients who have a HLA-compatible family donor. Kaplan-Meier method is used to estimate overall survival (OS) and event-free survival (EFS).

Results: Twenty eight patients are included in our study. The sex ratio was 0,86. The mean age was 12 years. The mean WBC count was 90412/mm³ and leukocytosis > 50000/mm³ was noted in 25% of cases. Distribution according to the FAB classification is as followed: M0 (3.5%) M1 (25%), M2 (28%), M4 (11%), M5 (11%), M6 (11%), M7 (3.5%) and biphenotypic leukemia (7%). Cytogenetic abnormalities are found in 57% of cases, 33% of them had favorable prognostic. The complete remission rate was 72%, the failure rate was 28% and relapse rate was 40%. The bone marrow transplantation was performed in four cases (14%). Overall survival, event-free survival and relapse-free survival at 5 years are respectively 39%, 36% and 55%.

Conclusion: Our study is characterized by frequent leucocytosis forms and FAB type M1. Remission rate in our series remains lower than the literature (85-95%). This can be explained by the frequency of refractory forms. The improvement in our results is based on the intensification of chemotherapy followed by bone marrow transplantation and improvement in supportive care.

CA79. ACUTE MYELOID LEUKEMIAS IN CHILDREN : A RETROSPECTIVE STUDY OF 36 CASES.

*E. Bouslema, H. Regaieg, B. Achour, M. Romdhani, H. Belhadj Messaoud, M. Zaier,
Z. Kmira, Y. Ben Youssef, A. Khélif*

Department of Clinical Hematology Farhat Hached University Hospital-Sousse-Tunisia.

Acute myeloblastic leukemia (AML) is a heterogeneous hematologic malignancy accounting for about 20 % of all acute leukemias in children and adolescents. Several clinical and biological prognostic factors have been identified to allow a better prognostic stratification of patients and therefore better treatment adjustments.

The objectives of this study is to discuss and analyze the different prognostic factors influencing the survival of patients, report and analyze therapeutic results according to different prognostic groups while clarifying the impact of intensive chemotherapy and allogeneic HSCT in terms of survival , and finally propose a new protocol for treatment of AML children. .

This is a retrospective study including 36 patients with an age 18 years with de novo AML treated with acute myeloblastic leukemia protocol of the Child and Adolescent (ELAM -02) and followed in the , Farhat Hached hospital of Sousse over a period ranging from January 2002 to December 2011 .

The overall CR rate was 80.5 % (29 patients) , CR was 90% , 87.5 % and 55.5 % respectively in the group favorable , intermediate and unfavorable. A significant relationship was found between the RC , sex , the rate of GB (<or 50 000/mm³) and platelet (> or < = 50000/mm³) . SG, SSR and SSE 2 years in the entire population were 54 % , 42 % and 40.6 % . The difference in terms of SG , SSR and SSE at 24 months according to the criteria clinico- biological state with statistically significant cytologic category. The study of the influence of cytogenetic prognostic groups on survival is a statistically significant difference (p = 0.008) between the ILI rates at 24 months of patients with a favorable karyotype (68%) and those with intermediate karyotype (56, 7%) and high risk (22 %) as for the influence of treatment response after 1 induction is a statistically significant difference (p = 0.004) in terms of SG. Our results could be improved by a better prognostic stratification of our patients and therefore better treatment adjustments.

CA80. TREATMENT OF CHILDHOOD WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA ACCORDING TO THE FRENCH PROTOCOL ELAM O2 (A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE IN AZIZA OTHMANA HOSPITAL, TUNIS, TUNISIA).

Y. Abdennebi, L. Aissaoui, A. Mejri, H. Neji, M. Achour, M. Zarrouk, R. Mansouri, R. Jeddi, M. Bchir, K. Kacem, R. Lakhal, E. Gouider, H. Abid, Z. Belhadj Ali, B. Meddeb

CA80TREATMENT OF CHILDHOOD WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA ACCORDING TO THE FRENCH PROTOCOL ELAM O2 (A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE IN AZIZA OTHMANA HOSPITAL, TUNIS, TUNISIA).

B ABDENNEBI Y, AISSAOUI L, MEJRI A, B NEJI H, ACHOUR M, ZARROUK M, MANSOURI R, JEDDI R, BCHIR M, KACEM K, B LAKHAL R, GOUIDER E, B ABID H, BELHADJ ALI Z, MEDDEB B.

Childhood acute myeloid leukemia AML is a rare and heterogeneous disease; that account approximately 20% of all acute leukemia. The prognosis of child AML has significantly improved over the last 2 decades, intensive therapy in conjunction with effective supportive care has increased survival rates to 60- 70%.

The aim of this study was to evaluate the outcome of 53 children without Down syndrome, with de novo AML other than acute promyelocytic leukemia APL, treated at Aziza Othmana Hospital in Tunisia according to the French protocol ELAM02.

Methods: Patients under 18 years of age with previously untreated AML other than APL were treated according to ELAM02 protocol between January 2006 and December 2012.

The diagnosis of AML was based on morphological examination, immunophenotypical criteria and chromosomal analysis used conventional techniques.

Patients were assigned to 3 risk groups according to cytogenetic finding and response to the first course of induction therapy:- Children with Core- Binding factor leukemia CBF- AML and in morphologic complete remission CR after the first induction course were classified as having low risk AML, and were treated with chemotherapy alone. - High- riskHR cases included those with -7/ del 7q,-5/ del 5q, t(6;9), 11q23 aberration other t(9;11) and t(1;11), complex Karyotype and/ or children not in CR at the end of induction therapy. All of the HR patients are eligible to be transplanted from related or unrelated donors.- Intermediate-risk (RI) include normal and other karyotypes and in CR at the end of induction. Only patients with matched related donors will be offered allogeneic HSCT.

Results: The 53 pediatric patients (38 males and 15 females) were enrolled, median age was 10 years (18 months – 18 years), 60,4% aged \geq 10 years at diagnosis, 28,3% with WBC \geq 50 G/l. Immunophenotyping and chromosomal analysis were done for all patients. According to Karyotypic characteristics:- 15 (28,3%) were classified as having low risk AML (t(8;21): n=12 and inv(16):n= 3) - 11 (20,8%) were classified as poor risk cytogenetic- 23 (43,4%) were classified intermediate risk, 16 of which showed normal karyotype (CN-AML). In 4 cases, failure of chromosomic chart.

-The bone marrow response rate after initial induction course was 84,9% (45 of 53), and the CR rate after the first consolidation was 90.6% (48 of 53), early death and resistant disease rates were 1.9% (n:1) and 7.5% (n:4) respectively.-----Relapse occurred in 16 children (35.5%) who had achieved CR.- With a median follow-up of 54 months (12 months – 96 months), the 3-year probability of OS, EFS and DFS of the whole cohort were 53.9%, 51.1% and 59.9% respectively.

- According to karyotypic characteristics, the probabilities of 3-year DFS of the CBF-AML, intermediate and poor risk cytogenetic group were 70.7%, 67% and 28.6% (p: 0.035). In CN-AML, the 3-year DFS was 61.6%. -By contrast, both the probability of OS and EFS did not differ between the 3 groups of risk. Indeed, 4 patients with t(8;21) died in CR, 3 among them during the 3rd consolidation.3-year OS and EFS were 58.7% and 51.9% for CBF-AML, 70.6% and 61.4% for intermediate group and 33.5% and 33.3% for poor risk cytogenetic (p:0.22,p:0.13).-Patients who did not achieve CR at the end of the first course of induction therapy were significantly associated with an adverse outcome, 3-year OS, EFS and DFS were 14.3%, 14.3% and 0% respectively vs 61.7%, 58.4% and 64.6% for patients in CR at the end of induction (p < 0.001).

-In Tunisia, only patients with a HLA-matched related donor (MRD) were allocated to HSCT in the first remission. Among the 34 children in intermediate and high risk; 12 had a matched-related donor; of 12 patients with a donor, 11 received HSCT. The 3-year OS and DFS in the group who received HSCT in the first CR and who treatedwith chemotherapy only were 90.9% and 81.8% vs 32.5% and 40.5% (p: 0.01, p:0.06) respectively.

Conclusion: - The outcome in term of DFS of our CBF-AML was comparable than those reported by several other international cooperative groups, but the OS and EFS were inferior to that reported by other groups because of high number of toxic death in CR during the 3rd consolidation. - The worse outcome observed in our high risk children can be explained by the absence of unrelated HSCT, from where, we need to developing this therapeutic alternative. - Finally, for intermediate-risk children, HSCT was indicated only for patients with matched related donor. However, CN-AML has been shown to be a heterogenous disease, several mutations, such as NPM1, FLT3 and biallelic CEPBA, are clinically relevant and should be included in standard diagnosis. The recognition of novel molecular subgroups in pediatric AML has led to stratified treatment by using the identified mutated genes as treatment targets or by identifying patients eligible for myeloablative therapy

CA81. THE IMMUNOPHENOTYPIC PATTERNS OF CHILDHOOD ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML) : A MONO-CENTER EXPERIENCE

*R. Aissaoui, W. Elborji, F. Ben Lakhal, N. Ben Salah, R. Hafsia
Biology Department of Hematology. Aziza Othmana hospital. Tunisia*

Determination of antigen expression is, in addition to morphologic analysis, essential to the diagnosis of AML. The present study is performed to determine the particularity in childhood AML immunophenotyping.

41 children (under 16 years old) with AML diagnosed in biology department of hematology at Aziza Othmana Hospital in Tunisia are enrolled in this retrospective study (April 2005 - December 2012). The AML FAB subtype is determined from myelogram. Immunophenotyping is performed by flow cytometry using a large panel of monoclonal antibodies.

The median age is 9.15 years (2-15years) with a sex-ratio (M/F) of 0.86. According to FAB classification of AML, we noted: 6 cases of M1, 11 cases of M2, 4 cases of M4, 11 cases of M5, 1 case of M6 and 1 case of M7. 7 cases are unclassified. Expression of CD34 and HLA-DR are noted respectively in 26 cases (63%) and 30 cases (73%). Expression of MPO, CD13, CD33, CD65 and CD117 are observed in respectively 68%, 75%, 69%, 63% and 70% of cases. CD15 is expressed in 71% of cases. CD14 is positive in 13% of cases. Aberrant lymphoid antigens are observed in 29% of cases: CD4 (14.63%), CD7 (12.19%), CD19 (2.43%). CD2 and CD10 are negative in all cases,

Immunophenotyping facilitate a rapid diagnosis and as suggested by WHO, may improve diagnosis of childhood leukemia since it offers a better classification of the hematopoietic lineage of malignant cells than morphology. Our results will be compared with the literature data.

CA82. TRANSLOCATION T(X;10)(P10;P10) : A RARE CHROMOSOMAL ABNORMALITY IN A NEW BORN FEMALE WITH ACUTE YELOID LEUKEMIA.

*H. Regaieg, B. Achour, E. Bouslema, M. Romdhani, H. Haj Messaoud, M. Zaier, K. Zahra, Y. Ben Youssef, A. Khelif
Departement of hematology at Farhat Hached Hospital, Sousse Tunisia.*

Sex chromosomes are infrequently involved in patients with hematologic malignancies. In most instances, the abnormality is either duplication in the q arm or deletion and translocation involving the q13 and q24 regions. We report herein a rare translocation t(X;10)(p10;p10) in a newborn with 2 months and 20 days with acute myeloid leukemia (AML) (FAB, M4). Cytogenetic analysis detected a cell clone with t(X;10)(p10;p10). This was confirmed by FISH analysis with whole chromosome painting (WCP) specific for chromosomes X and 10. The patient was treated with chemotherapy, and a complete morphologic and cytogenetic remission was achieved. To our knowledge, our case is the first report of a neonatal AML4 with t(X; 10). The patient had an excellent early response to a salvage AML-type therapy. The prognostic significance of the t(X; 10) in this setting remains unclear. Due to the rarity of this translocation, further cytogenetic and molecular biologic studies are required to elucidate the clinical and molecular significance of this unusual karyotypic finding.

CA83. OUTCOME OF CHILDREN TREATED FOR RELAPSED ACUTE MYELOID LEUKEMIA (A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE IN AZIZA OTHMANA HOSPITAL, TUNIS, TUNISIA).

Y. Abdennebi B, A. Mejri, L. Aissaoui, H. Neji B, M. Zarrouk, R. Mansouri, R. Jeddi, M. Bchir, K. Kacem, R. Lakhal B, E. Gouider, H. Abid B, Z. Belhadj Ali, B. Meddeb

BACKGROUND : Despite improved first line therapy for childhood AML, relapse remains the primary cause of treatment failure. We examined survival after relapse for children with AML (non-APML).

PROCEDURE : We retrospectively evaluated outcomes of children with first relapse of AML (non-APML) in Aziza Othmana Hospital diagnosed between 2006 and 2012. Predictors of subsequent 2nd remission and overall survival (OS) were examined.

RESULTS : We identified 16 children with relapsed AML (non-APML); the median time of the relapse was 9 months (4 months – 22 months), 62.5% (10/16) of relapses occur within the first year following diagnosis. A second complete remission CR2 rate was 37.5% (6/16). Length of first remission is an important factor affecting the ability to attain a 2nd remission; children with a first remission of less than 1 year have significantly lower rates of 2nd remission than children whose 1st remission is greater than 1 year (10% vs 83% p: 0.008). Chromosomal abnormalities were also a powerful prognostic factor: the 2nd CR rate of children with relapse CBF-AML was 100% (3/3), vs 37.5% (3/8) in intermediate risk vs 0% (0/4) in poor risk cytogenetic (p: 0.02).

Six children had a matched-related donor; only 3 received matched-related HSCT and 2 others received unrelated HSCT.

Only 2 patients (12.5%) of patients who relapsed survived, and 3-year OS was 20%. Worse outcomes were associated with time to relapse <12 months (3-year OS for patients with shorter periods of first remission was 11.1% compared with 33.3% for patients with greater than 12 months first remission duration (p: 0.02)) and non HSCT (3-year OS for patients treated with only chemotherapy was 10% vs 40% for patients who received HSCT in the 2nd CR (p: 0.04)).

CONCLUSION : Children with relapsed AML in our study rarely survive. Clinical trials, including new chemotherapy and or novel bone marrow transplant (matched or mismatched unrelated donor, cord blood) must be developed.

CA84. PEDIATRIC RELAPSED ACUTE MYELOID LEUKEMIA : CHARACTERISTICS, RISK FACTORS AND TREATMENT OUTCOME.

Z. Kmira, M. Ben Romdhane, M. Zaier, B. Achour, H. Rgaieg, Y. Ben Youssef, A. Khelif.
Department of Clinical Hematology, University Hospital Farhat Hached, Sousse, Tunisia

Background: Survival rates for children with acute myeloid leukemia (AML) exceed 60 % when modern, intensified chemotherapeutic regimens and enhanced supportive care measures are employed. Despite well-recognized improvements in outcomes, primary refractory or relapsed pediatric AML yields significant morbidity and mortality, and improved understanding of this obstinate population along with refined treatment protocols are urgently needed. The aim of this study is to evaluate the characteristics, risk factors, and treatment outcome of pediatric relapsed AML.

Methods: This retrospective analysis included 36 children with newly diagnosed AML (AML3 excluded) who were treated according to the protocol ELAM02 between 2002 and 2011. Association between relapse and factors at presentation such as age (< or \geq 10 years), sex, the white blood cell count (WBC) (< or \geq 50 $\times 10^9/l$), the hemoglobin count (Hb) (< or \geq 8g/dl), the platelet count (< or \geq 50 $\times 10^9/l$), the cytologic classification FAB, the prognostic cytogenetic groups (low risk (LR), intermediate risk (IR) and high risk (HR)) were evaluated by 2 test. A p value below 0.05 was considered as being statistically significant.

Results: The prognostic cytogenetic groups of patients was LR, IR and HR in 30.5% (11 patients), 44.5% (16 patients), and 25% (9 patients), respectively. The complete remission (CR) rate after one course of induction therapy was 58% (21 patients) and 80.5% after two courses (29 patients): 90% in the LR group (10 patients), 87.5% in the IR group (14 patients) and 55.5 in the HR group (5 patients). The hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) was done only in 4 patients in first remission among the 19 patients in transplant indication. The relapse was observed in 16/29 patients in CR (55%): 4/10 patients in CR of the LR group (44.5%), 8/14 patients in CR of the IR group (57%) and 4/5 patients in CR of the HR group (80%). Three relapses were occurred in post allogeneic transplantation (1 in the IR group and 2 in the HR group). Isolated bone marrow relapse was observed in all patients. The time of relapse was <6 months in 6 patients, between 6 and 12 months in 7 patients and >12 months in 3 patients. Two factors associated to relapse: FAB cytologic classification ($p=0.04$) and cytogenetic groups ($p=0.03$). After salvage therapy, a second CR was achieved in 6 patients (37.5%): 3/4 patients in relapse of the LR group (75%), 2/8 patients in relapse of the IR group (25%) and 1/4 patients in relapse of the HR group (25%). HSCT in second CR was performed in 3 patients with maintenance of CR in 2 cases and relapse 4 months post-allograft in 1 case. The median survival of patients in second CR was 35 months (ranged from 16 to 73 months). The other 10 patients in relapse were died by disease progression.

Summary / Conclusion: Although a significant number of patients with relapsed disease will achieve remission, long-term survival rates remain poor, and efforts to identify therapies which will improve overall survival are under continuous investigation. The current fundamental goal of such investigation is the achievement of as CR as possible without dose-limiting toxicities, and the progression to HSCT thereafter.

**COMMUNICATIONS
AFFICHÉES**

LYMPHOMES

CA85. LE PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DU LYMPHOME NON HODGKINIEN CHEZ L'ENFANT DANS UN CENTRE UNIVERSITAIRE CASABLANCAIS

*N. Chellakhi, S. Cherkaoui, N. Khoubila, M. Lamchahab, M. Quachouh, M. Rachid
A. Madani, A. Quessar, S. Benchekroun*

Service d'hématologie et oncologie pédiatrique, Hôpital 20 Aout 1953, CHU Casablanca

Introduction : Les lymphomes non-Hodgkiniens (LNH), sont un groupe hétérogène de tumeurs liées à une multiplication anormale et maligne des cellules lymphoïdes. Cette entité peut atteindre tous les âges et est exceptionnelle avant 2 ans. Elle représente 7% des tumeurs de l'enfant avec une prédominance masculine.

Le traitement repose sur une chimiothérapie adaptée au type cellulaire.

Le pronostic des LNH est favorable avec une survie globale à 5 ans supérieure à 70%.

L'objectif de l'étude : Décrire l'aspect clinique, épidémiologique et anatomo-pathologique des LNH chez les enfants suivis dans notre unité.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant les enfants de moins de 18 ans atteints de LNH confirmé par cytologie et/ou histologie, diagnostiqué et traités entre janvier 2009 et Décembre 2013. Le bilan d'extension comporte un examen clinique, une radiographie thoracique, une échographie abdominale, un myélogramme et une ponction lombaire. Les patients sont classés selon la classification de Murphy.

Résultats : Cent treize patients ont été colligés dans cette étude. L'âge moyen était de 11ans allant de 1 à 18 ans avec une prédominance masculine (67%). La localisation abdominale était la plus fréquente (55% des cas), suivie de la localisation thoracique (22% des cas), ganglionnaire périphérique (14% des cas) et autres localisations (9% des cas). Le type histologique le plus fréquent était Burkitt dans 53% des cas, suivi du lymphome lymphoblastique (25%), le lymphome anaplasique (14%), et le lymphome B à grandes cellules (8%). Les patients étaient classés stade I (12%), stade II (22%), stade III (40%) et stade IV (26%). La rémission complète a été obtenue dans 63% des cas, le taux de décès 17%, le taux d'échec 7% et 13% des patients ont été perdus de vue.

Conclusion : Les LNH de l'enfant sont des tumeurs de bon pronostic. Le diagnostic précoce et la prise en charge adaptée peuvent améliorer la survie globale, la survie sans incidents et la réduction du nombre de malades perdus de vue.

CA86. LES LYMPHOMES DU GRELE : ETUDE RETROSPECTIVE A PROPOS DE 11 CAS

H. Oulammou, F. Haddad, O. Kissani, W. Hliwa, A. Belbah, M. Tahiri, W. Badr
Service de gastro-entérologie, CHU Ibn Rochd

Introduction : Les lymphomes malins non hodgkiniens représentent 5 à 10 % de l'ensemble des tumeurs gastro

Intestinales. Les lymphomes du grêle (LG) sont des tumeurs rares et de mauvais pronostic.

Le but de ce travail : Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients atteints de LG.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé tous les cas de LG hospitalisés dans le service de gastroentérologie du CHU IBN ROCHD entre 2010 et 2013. Le diagnostic de LG était confirmé par un examen anatomopathologique réalisé soit sur pièce opératoire soit sur biopsie écho-guidée ou per-endoscopique.

Résultats : Durant la période de l'étude, 11 cas de LG ont été colligés. Il s'agissait de 2 femmes et 8 hommes ayant un âge moyen de 31,3 ans [16 – 66]. Deux patients étaient connus porteurs d'une maladie cœliaque avec une mauvaise observance du régime sans gluten. Les circonstances de découverte étaient dominées par les douleurs abdominales (60%), la diarrhée (47%) et l'amaigrissement dans (37%). La maladie était d'emblée compliquée chez 4 patients : syndrome occlusif (n=3) et syndrome de sténose digestive haute (n=1) et La localisation du LG était proximale chez 2 patients : duodénum (n=1), jéjunum (n=1)) et iléale chez 3 patients. L'atteinte lymphomateuse était diffuse à tout le grêle chez 5 patients (50%).

Sur le plan histologique, il s'agissait d'un lymphome de type T chez les 2 patients porteurs de maladie cœliaque (18%), d'un lymphome B dans 9 cas (82%) : 4 LNH à grandes cellules, 1 lymphome B anaplasique,

4 lymphomes du manteau. Selon la classification d'Ann Arbor modifiée par Mushoff, 3 patients (27%) étaient classés stade IE, 2 patients (18%) stade IIE, 3 patients (27%) stade IIIE et 2 patients (18 %) avaient des métastases hépatiques et étaient classés stade IV. Trois patients étaient opérés d'emblée pour une complication inaugurale de la maladie. Par ailleurs, le traitement consistait en une chimiothérapie chez 8 patients (90%) l'évolution a été marquée par l'obtention d'une rémission clinique chez 5 patients (50%) et la survenue d'une récurrence tumorale chez 3 patients après un délai respectif de 9, 12 et 15 mois, 2 cas de décès ont été observés, l'un 15 jours après le diagnostic le deuxième après la première cure de chimiothérapie.

Conclusion : Dans notre série, le LG est diagnostiqué à un âge relativement jeune. La présentation clinique est polymorphe avec une prédominance du lymphome de type B en dehors du contexte de maladie cœliaque. Le pronostic reste réservé malgré la chimiothérapie.

CA87. LYMPHOME DE MALT GASTRIQUE : A PROPOS DE TREIZE CAS

*H. Oulammou, F. Haddad, M. Ezziti, W. Hliwa, A. Belbah, M. Tahiri, W. Badr
Service de gastro-entérologie, CHU Ibn Rochd*

Introduction : le lymphome de MALT est défini par l'OMS comme un lymphome de la zone marginale d'où il prend naissance il s'agit d'une affection rare, représentant moins de 15% des cancers gastriques et environ 2% de tous les lymphomes. Toutefois, l'estomac est un site très fréquent des lymphomes extra-nodaux.

But : le but de notre étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et histologiques des lymphomes gastriques

Matériel et méthodes : Etude rétrospective sur une période de 3 ans de Janvier 2010 à Janvier 2013 incluant tous les patients atteints de lymphome gastrique diagnostiqué au service de gastro-entérologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Les données cliniques, biologiques, endoscopiques, histologiques et le statut d'infection par *Helicobacter Pylori* (Hp) ont été recueillis.

Résultats : 13 patients ont été colligés. Il s'agit de 9 hommes et 4 femmes. L'âge moyen était de 57ans. Le motif de consultation était dominé par des épigastralgies (61%), les vomissements postprandiaux (27%) et un saignement digestif haut type hématomèse ou moelena (17%), Tous les patients avaient une anémie hypochrome microcytaire avec un taux moyen d'hémoglobine de 7.60 g/dl. Un syndrome inflammatoire biologique a été observé chez tous les patients. Le taux d'LDH était élevé chez 6 patients. La gastroscopie a montré un aspect bourgeonnant chez 5 patients, ulcéré dans 4 cas, infiltrant dans 4 cas. L'infection par Hp a été confirmée uniquement chez 7 patients. 4 patients avaient un lymphome de haut grade de malignité et 9 patients avaient un lymphome à petites cellules de bas grade de malignité. Le lymphome est classé : stade IE dans 3 cas, II1E dans 5 cas, II2E dans 2 cas, IIIE dans un cas, et IVE dans un cas. Parmi les patients ayant un lymphome de haut grade, 3 patients ont reçu d'emblée une chimiothérapie. Un patient a eu une gastrectomie, suite à une hémorragie digestive, puis une chimiothérapie complémentaire. Pour les patients ayant un lymphome de bas grade, l'un a eu une chimiothérapie suite à l'échec de deux cures anti- Hp, alors que les 8 autres patients sont en rémission après une cure d'éradication d'Hp.

Conclusion : le lymphome de MALT constitue une entité maintenant bien reconnue ou la gastrite chronique secondaire à *Helicobacter pylori* (Hp) est considérée comme un facteur prédisposant. Cette étude de suivi apporte la preuve du bénéfice à long terme de l'éradication *Helicobacter pylori* dans le lymphome gastrique de type MALT.

CA88. LYMPHOME DE BURKITT REVELE PAR UN SYNDROME DE COMPRESSION MEDULLAIRE

*K. Jalouni, H. Aboulhouda, M. Chafai, I. Tazi, J. Elhoudzi, L. Mahmal
Centre d'oncologie et d'hématologie CHU Mohammed VI Marrakech*

Introduction : La révélation d'un lymphome non Hodgkinien par une compression médullaire est rare. Nous rapportons un cas inhabituel en rappelant les particularités des lymphomes non hodgkiniens révélés par un syndrome de compression médullaire.

Observation : Enfant de sexe masculin âgé 6 ans , se présente pour un syndrome tumoral fait d'adénopathies et de compression médullaire. L'imagerie par résonance magnétique révèle un processus tumoral intra dural postérieur étendu de D1 à D7 responsable d'une compression avec souffrance médullaire cervico dorsale. Une laminectomie est réalisée. L'étude immunohistochimique a objectivé un aspect compatible avec une localisation d'une prolifération lymphoïde maligne à petites cellules de phénotype B. Le patient a reçu 3 cures de chimiothérapie (COP).

L'évolution a été marquée par l'augmentation de la taille de l'adénopathie latérocervicale droite qui devient dure fixe par rapport au plan profond et superficiel, douloureuse, à paroi inflammatoire, mesurant 16/9cm. Une biopsie ganglionnaire a été réalisée avec un aspect immunohistochimique compatible avec un lymphome malin non hodgkinien de type Burkitt

Le bilan biologique retrouve: Hb = 9.3g/dl VGM= 79.3 fl TCMH =27.2 pg plq = 297000/ul GB =15510 /ul PNN =9520 lym=2730 LDH=463 sérologie HIV : non faite Myélogramme : normale. Le malade a reçu une chimiothérapie Protocol Burkitt

L'évolution a été marquée par une bonne réponse au traitement.

Discussion : Le Lymphome de Burkitt est un lymphome malin non hodgkinien de haut grade de malignité caractérisé par la fréquence des atteintes extra-ganglionnaires, notamment celles du tube digestif et du système nerveux central. La localisation intradurale est inhabituelle. Elle est souvent secondaire et survient à un stade avancé de la maladie. La révélation d'un lymphome de Burkitt par une localisation intradurale primitive est très rare. L'IRM vertébro-médullaire permet d'apprécier l'étendue de la tumeur et son extension vers les tissus mous et l'os. Le diagnostic est histologique.

Conclusion : la localisation médullaire des lymphomes non hodgkinien type Burkitt chez l'enfant est rare. Elle nécessite un diagnostic et un traitement rapide pour préserver la fonction neurologique.

CA89. FAMILY-HODGKIN'S LYMPHOMA : REPORT OF TWO FAMILIES

*F. Boufarissi, I. Tazi, K. Raji, F. Lahlimi, M. Bouchtia, M. Sifessalam, H. Hafiane, R. Tissir, I. Mahmal
Service d'hématologie Clinique, CHU Mohammed VI, Marrakech*

Introduction : The importance of genetic factors in the etiology of Hodgkin lymphoma has been suggested by family and population studies. However, the spectrum of malignancies associated with common genetic etiology and the effects of gender and age on familial risk have not been established.

Cases : We report the case of two families in which two brothers aged between 20 and 30 years were followed for Hodgkin's lymphoma of the same histological type: scléronodulaire. In the first family a brother was classified stage IIIa and sister stage IV by bone marrow. In another family two brothers were classified stage IIIa. The karyotype was not realized. All patients were treated according to the ABVD protocol with complete remission.

Discussion : After the few studies of the We found that the familial risks were higher in males than in females, a finding that is consistent with earlier publications showing that familial case patients were more likely to be male. Patients with familial Hodgkin Lymphoma had an earlier than average age at diagnosis; risk also was increased among relatives of patients who had early onset Hodgkin lymphoma compared relatives of patients who had later onset of Hodgkin lymphoma, although these differences were not statistically significant. Siblings had a significantly higher risk of developing Hodgkin lymphoma or of developing any lymphoproliferative tumor compared with parents. This finding, which is consistent with clinical studies, suggests the importance of recessive genes or certain common environmental factors.

Conclusion : The rarity of familial HL has hampered a detailed analysis the familial clustering and it has probably contributed to the variation even in recent risk estimates for first-degree relatives.

CA90. LA PRISE EN CHARGE DES LYMPHOMES DIGESTIFS : EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE DU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

F. Lahlimi, I. Tazi, F. Boufarissi, L. Mahmal

Service d'hématologie clinique, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Les lymphomes primitifs du tube digestif sont des lymphomes non-hodgkiniens (LNH), issus par définition du tissu MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue), ces LNH extra ganglionnaires vont se développer à partir du MALT, qu'il soit normalement présent dans l'organe (intestin) ou acquis au cours d'une inflammation chronique (estomac ++), ils représentent 12,5 % de l'ensemble des LNH et ils sont les plus fréquentes des formes extra ganglionnaires (36 %).

Buts : Ce travail a pour objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques, ainsi que le profil évolutif des lymphomes digestifs chez les malades traités et suivis au COH de Marrakech.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective de 60 patients ayant un lymphome non hodgkinien digestif primitif sur une période de 11 ans, allant de Janvier-2002 à décembre 2013. les patients ayant les lymphomes de Burkitt étant exclus

Résultats : nous avons colligé 60 patients, l'âge moyen était de 45ans avec des extrêmes entre 21 et 91 ans, le sexe ratio était de 2, la localisation gastrique était la plus fréquente :45 cas (73,3%), suivi de l'intestin grêle, 7 cas (11,8 %), la douleur abdominale était présente chez la quasitotalité des patients (96%) alors que les hémorragies digestives n'ont été retrouvé au moment de diagnostic que chez 25% des patients (15cas),Le diagnostic a été posé sur 51biopsies per endoscopiques (85%), et 10 pièces de résection chirurgicale (16%), La FOGD réalisée dans 85% des cas ; aspect pathologique dans 83,3% (50 cas),La Coloscopie réalisée dans 28,3% des cas montrant un aspect pathologique dans 8,3% (5cas),l'aspect ulcéro-bourgeonnant était le plus fréquent 60% des cas .La recherche d'HP était positive dans 15% des cas, 98.3% des lymphomes étaient de phénotype B ; Les lymphomes diffus à grandes cellules étaient retrouvés dans 63,3% des cas, suivis par les lymphomes de la zone marginale type MALT dans 15% des cas. (1,6%). 40% de nos patients ont consulté à un stade très avancé (IVE) et 34,3% à un stade précoce (<IIIE). L'indication de la chimiothérapie était posée chez 49 cas (96 %) en total, dans 40 cas utilisée seule et dans 9 cas en association avec la chirurgie. 5 patients étaient opérés en urgence et 6 patients étaient opérés à visée diagnostique,une rémission complète a été obtenu 19 cas (36,5%),16 cas (30,7%) ont rechuté et on a déploré 6 (11,5) décès dans notre série et 11 (21,1%) perdus de vue.

Conclusion : notre série se caractérise par la fréquence des formes déssiminés expliquant le recours fréquent à la chimiothérapie . Le manque de moyens de nos patients constitue une grande contrainte à une bonne investigation de la maladie et un suivi à long terme.

CA91. NON-HODGKIN B-CELL LYMPHOMA OF THE OVARY : ABOUT A CASE

*F. Boufarissi, I. Tazi, F. Lahlimi, K. Raji, M. Bouchtia, M. Sifessalam, H. Hafiane,
R. Tissir, I. Mahmal*

Service d'hématologie Clinique, CHU Mohammed VI, Marrakech

Introduction : Involvement of the ovary by malignant lymphoma, particularly Non-Hodgkin's lymphoma, is a well-known manifestation of disseminated lymphoma, presumably primary ovarian Non-Hodgkin's lymphoma is rare and accounts for 0.5% of Non-Hodgkin's Lymphoma and 1.5% of ovarian tumors.

Observation : A 32-year-old multiparous woman presented with complaints of frequent urination, night sweats, and increasing pain in the abdomen of 5 month duration. Physical examination revealed a tender mass in the lower abdomen. sonography showed a large amount of free fluid in the cul-de-sac, a left adnexal solid mass measuring 11 × 6 cm, and urétérohydronéphrose. A total hysterectomy and bilateral salpingoopherectomy with omentectomy, lymph node sampling were performed. The diagnosis of diffuse large B-cell lymphoma was made and stage was assessed as IV BE. A chemotherapy protocol comprising 8 cycles of R-CHOP regimen was administered to the patient. after surgery showed no evidence of recurrence.

Discussion : Lymphomas of the ovary can occur at any age, but most often in women over the age of 40 (mean,. Lymphomas of the ovary may have varied presentations such as abdominal pain, pelvic mass, and ascites. Fever, night sweats, fatigue, or weight loss (B symptoms) was noted in 10%–33% of the patients. Ovarian lymphoma can mimic more frequently occurring tumors including advanced epithelial carcinoma and radical surgery may be performed instead of a biopsy. An ovarian lymphoma can still be considered as primary if it has spread to immediately adjacent lymph nodes or if it has directly spread to infiltrate immediately adjacent structures.. The protocol for chemotherapy used in diffuse large B-cell histology is the standard R-CHOP regimen. Rituximab plays an essential role in treatment of CD20-positive B-cell lymphoma.

Conclusion : prognosis of ovarian lymphomas is often poorer than nodal lymphomas because of delayed or inaccurate diagnosis. The best treatment option seems to be chemotherapy. Physicians should be aware of this rare presentation to avoid radical surgery, which is unnecessary

CA92. LYMPHOME NON HODGKINIEN INTRA-OCULAIRE A PROPOS D'UN CAS

*S. Majdoul, K. Issara, S. Essakhi, M. Mokhlissi, N. Benchakroun, H. Jouhadi,
N. Tawfiq, S. Sahraoui, A. Benider
Centre de radiothérapie et d'oncologie de casablanca*

Nous rapportons un cas de Lymphome non hodgkinien intra oculaire(LNHIO)chez un patient traité au Centre d'oncologie Ibn Rochd et au service d'hématologie et d'onco-pédiatrique de Casablanca.

Il s'agissait d'un patient de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui a présenté en Avril 2003 une symptomatologie clinique faite de rougeur de l'œil droit avec baisse de l'acuité visuelle. Le bilan ophtalmologique a objectivé une cécité droite, et l'échographie oculaire un décollement postérieur incomplet de la rétine avec une cataracte. Ce bilan a conduit à une scléro-uvéïte antérieure droite. Le patient a bénéficié d'une corticothérapie systémique. Devant la persistance de la symptomatologie et l'apparition des nodules scléreux, un bilan étiologique à la recherche d'une maladie de système s'est révélé normal. Un scanner cranio-orbitaire a objectivé une infiltration diffuse des parties molles intra oculaires et la biopsie des nodules a confirmé le diagnostic de LNHT périphérique. Le bilan d'extension a retrouvé des ADP sous maxillaires et jugulo-carotidienne avec épaississement laryngé. Devant le diagnostic de LNH IO, le patient a bénéficié de chimiothérapie (2 cures de DHAP) puis d'une radiothérapie locale (45 Gy) suivie d'une énucléation de l'œil droit. L'évolution a été marquée par le décès du patient suite à des métastases cérébrales avec un recul de 15 mois. Le LNH IO se présente sous forme de plusieurs tableaux cliniques, le traitement reposait initialement sur la radiothérapie, actuellement l'association à la chimiothérapie a permis une amélioration de la survie et de la tolérance surtout après l'introduction de la chimiothérapie intra vitréale.

CA93. LYMPHOMES B CUTANES : A PROPOS DE DEUX CAS AVEC REVUE DE LITTÉRATURE.

S. Amelal, A. Raissi, M. Bouaouad, S. Regragui, F. Boukhchach, M. Mahtat, S. Jennane, H. Eddou, N. Alami Drideb, K. Doghmi, M. Mikdame
Service d'hématologie clinique, hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction : Les lymphomes cutanés(LC) sont des proliférations lymphocytaires à point de départ cutané, sans atteinte extracutanée au moment du diagnostic. Ils doivent être différenciés des lymphomes secondairement cutanés. Ils représentent par ordre de fréquence le troisième type de lymphomes après les lymphomes hématologiques et digestifs ; leur diagnostic repose sur une confrontation anatomo-clinique, complétée par des études immunophénotypiques, voire génotypiques, tandis que le pronostic et la réponse au traitement sont favorables dans les formes chroniques de bas grade, les innovations thérapeutiques récentes semblent capables d'améliorer le pronostic des formes les plus graves. Nous rapportons l'observation de deux patients atteints de LC colligés au service d'hématologie clinique à l'hôpital militaire d'instruction Med V de Rabat, ayant bénéficié chacun de prise en charge thérapeutique différente.

Observations : Cas n°1 : il s'agit d'un patient âgé de 44ans, qui a présenté en Juin 2011 une tuméfaction du dos augmentant rapidement de volume mesurant 10X12cm avec trois autres lésions ne dépassant pas 2cm sans adénopathie palpable ni signes généraux, la biopsie de ces lésions est revenue en faveur d'un lymphome B diffus à grandes cellules CD20+, le taux de LDH était normal de même que l'hémogramme et le bilan d'extension comprenant une TDM CTAP ainsi qu'une BOM était négatif, le patient a reçu une chimiothérapie selon le protocole R-CHOP avec PL thérapeutiques et il est toujours en rémission complète depuis Avril 2012.

Cas n°2 : c'est un patient âgé de 62 ans, suivi pour une maladie de Berger, qui a présenté en Novembre 2013 une tuméfaction de la joue droite mesurant 3X5cm augmentant rapidement de volume avec deux autres lésions en regard de l'articulation temporomandibulaire homolatérale ne dépassant pas 1cm de grand diamètre, sans adénopathie périphérique palpable, ni signes généraux, la biopsie de ces lésions est revenue en faveur d'un lymphome folliculaire(LF) CD20+, CD79a+, Bcl-6+ ; le taux de LDH est normal de même que l'hémogramme et le bilan d'extension comprenant une TDM CTAP ainsi qu'une BOM est négatif ;le patient a reçu l'électronthérapie localisée sur les trois lésions et il est en rémission clinique depuis Février 2014.

Discussion : les lymphomes B cutanés (LBC) sont moins fréquents que leurs homologues T, représentant 20 à 25% de l'ensemble des LC, l'âge médian au diagnostic est de 60 ans ,les formes indolentes (lymphome folliculaire et de la zone marginale) représentent 80% des LBC, leur diagnostic repose sur l'étude anatomopathologique avec immunohistochimie,le pronostic est généralement favorable avec une survie à 5 ans des LF étant de plus de 95% et de 79% pour les LBC à grandes cellules, la prise en charge consiste en un traitement local pour les formes indolentes voir la surveillance ,ou la chimiothérapie pour les formes à grande cellules.

Conclusion :les lymphomes B cutanés primitifs ont des caractères cliniques et histopathologiques particuliers et leur pronostic est meilleur que celui des lymphomes ganglionnaires de même type histologique, leur prise en charge dépend du type histologique.

CA94. ASCITE CHYLEUSE REVELATRICE D'UN LYMPHOME NON HOGKINIEN : A PROPOS DE 2 CAS

H. Derouich, F. Haddad, M. Elmmekkaoui, W. Badre, M. Bellabah, W. Hliwa, S. Nadir, R. Alaoui

Service de Gastro-entérologie CHU IBN ROCHD-CASABLANCA- MAROC

Introduction : L'ascite chyleuse est une forme rare d'ascite caractérisée par un liquide laiteux, riche en triglycéride. Elle est liée à l'interruption du système lymphatique due soit à un obstacle soit à une plaie post-traumatique. Nous en rapportons deux observations révélatrice d'un lymphome non hogkinien.

1ère observation : Un homme de 87 ans consulte pour une ascite avec une altération de l'état général. L'examen clinique trouve des multiples adénopathies périphériques. Le scanner abdominal avait objectivé des adénopathies profondes avec un épanchement de grande abondance. La ponction d'ascite a ramené un liquide exsudatif chyleux avec présence de cellules tumorales lymphomateuses. La biopsie d'une adénopathie avait conclu à un lymphome non hodgkinien centro-folliculaire. Le patient est décédé dans les suites d'une hémorragie digestive haute secondaire à un ulcère bulbaire Forest la.

2ème observation : un homme de 85 ans consulte pour une ascite avec une altération de l'état général et une dyspnée d'effort. L'examen clinique a objectivé des adénopathies cervicales et axillaires bilatérales peu douloureuse, dure et profonde par rapport au plan profond et superficielle. La ponction d'ascite a ramené un liquide exsudatif d'aspect chyleux. La tomодensitométrie abdominale a mis en évidence des adénopathies coelio-mésentérique et rétropéritonéale. L'examen immuno-histochimique de la biopsie gonglionnaire avait conclu à un lymphome T périphérique. L'évolution sous chimiothérapie était favorable avec disparition de l'ascite.

Conclusion : L'ascite chyleuse est une complication rare des lymphomes. Elle est secondaire à l'obstruction des lymphatiques abdominaux par des adénopathies profondes. Son traitement est celui de l'hémopathie maligne.

CA95. LYMPHOMES COLORECTAUX : PARTICULARITES

*H. Derouich, F. Haddad, M. Elmmekkaoui, W. Badre, M. Bellabah, W. Hliwa,
S. Nadir, R. Alaoui*

Service de Gastro-entérologie CHU IBN ROCHD-CASABLANCA- MAROC

Introduction : Le tractus gastro-intestinal est la localisation extra-ganglionnaire la plus fréquente des lymphomes non hodgkiniens. La localisation colorectale est rare et ne représente que 10 à 20 % des atteintes digestives.

But : Décrire les particularités cliniques, endoscopiques, histologiques, thérapeutiques et évolutives des lymphomes colorectaux.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant tous les cas de lymphomes colorectaux colligés sur une période de 5 ans.

Résultats : Cinq cas de lymphomes coliques primitifs diagnostiqués chez 3 femmes et 2 hommes ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 57,8 ans. La symptomatologie clinique était faite dans tous les cas d'altération de l'état général et de douleurs abdominales avec une diarrhée chronique (n=1) et un syndrome occlusif (n=1). La coloscopie a montré un aspect infiltré oedématisé et ulcéré de la muqueuse colique (n=3) ou un processus ulcérobourgeonnant (n=2). La localisation était iléocæcale (n=1) étendue au colon droit (n=3) ou colique gauche (n=1). L'examen anatomopathologique des biopsies coliques a conclu à un lymphome malin primitif du colon à grandes cellules B dans quatre cas et un lymphome du manteau dans un cas. Une chirurgie d'exérèse colique a été pratiquée d'emblée

chez 3 patients suivie d'une chimiothérapie avec rémission complète après un recul de 2 ans. Deux patients ont eu une chimiothérapie d'emblée avec rémission complète après un suivi respectif de 2 et 4 ans.

Conclusion : les lymphomes colorectaux ne représentent que 0.4% des cancers coliques. Leur pronostic est meilleur que les autres types histologiques et leur prise en charge nécessite souvent une approche multidisciplinaire. Le traitement des lymphomes

colorectaux ne fait pas encore l'unanimité du fait de la rareté de cette localisation et de l'absence de facteur étiopathogénique

CA96. MYCOSIS FONGOÏDE ET MALADIE DE HODGKIN : A PROPOS D'UN CAS

H. Zaouri, N. Guerouaz, H. Boudhir, N. Ismaili, L. Benzekri, M. Aitourhroui, K. Senouci, B. Hassam.

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Sina, Rabat-Maroc

Introduction : L'association de lymphomes B et T a été rarement décrite. Cette association de deux hémopathies lymphoïdes de phénotype différent n'est sans doute pas une coïncidence. Elle pourrait être associée à un profil évolutif particulier du lymphome T et fait discuter certaines hypothèses concernant la physiopathologie des lymphomes.

Observation : M.B A âgé de 50 ans, suivi pour maladie de Hodgkin stade III sous chimiothérapie. Douze ans plus tard, apparition d'un mycosis fongoïde confirmé histologiquement. Le patient a été mis sous méthotrexate à raison de 25 mg / semaine avec une bonne évolution à six mois de recul.

Discussion : La combinaison de B et T lymphomes a été rarement décrite. Les commentaires sur la relation possible entre la maladie de Hodgkin et le mycosis fongoïde chez notre patient sont hautement spéculatifs. Ceci est dans la grande mesure en raison d'un manque de connaissance quant à l'étiologie et à la pathogénie des deux maladies. Les explications fournies sont les suivantes : serait-ce une association fortuite ? Serait-ce une oncogenèse induite par la chimiothérapie reçue ? ou bien le fait que la maladie d'Hodgkin et le mycosis fongoïde peuvent se développer d'une anomalie semblable du système réticulo-endothéliale ? Une hypothèse est proposée pour expliquer la nature de la cellule de Reed-Sternberg et la fréquence des associations cliniques entre papulose lymphomatoïde, mycosis fongoïde et certains types de maladie de Hodgkin.

Conclusion : La coexistence de mycosis fongoïde et maladie de Hodgkin chez le même patient est inhabituel. Un ou plusieurs des mécanismes ci-dessus peuvent avoir été en vigueur chez notre patient. Comme la recherche fondamentale sur la pathogénèse des lymphomes continue, nous attendons avec impatience plus de réponses aux questions épineuses soulevées par ce cas clinique.

CA97. LYMPHOME CUTANE ET TUMEUR SOLIDE : A PROPOS D'UN CAS

*H. Zaouri¹, N. Guerouaz¹, H. Lamchahab², N.I. El Makrini¹, N. Ismaili¹,
M. Aitourhroui¹, K. Senouci¹, B. Hassam¹, L. Benzekri¹*

1. Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Sina, Rabat-Maroc

2. Service d'urologie B, CHU Ibn Sina, Rabat-Maroc

Mot clés : Mycosis fongoïde – Adénocarcinome de la prostate – Chimiothérapie – Immunothérapie

Introduction : L'association entre lymphome cutané et tumeur solide est rare .Nous rapportons un cas de mycosis fongoïde associé à un adénocarcinome de la prostate.

Observation : Patient âgé de 65 ans, suivi depuis 9 ans pour mycosis fongoïde stade IIa, traité initialement par PUVA thérapie (30 séances ,avec dose cumulée 375 j/cm²), puis interféron alpha (Roféron A®) pendant 5 ans à raison de 3 MU 3 fois /semaine puis dégression progressive avec maintien d'une dose d'entretien d'1 MU /semaine, jusqu'à arrêt il y'a 9 mois ,pour transformation du mycosis fongoïde en lymphome T CD30–, traité par méthotrexate, actuellement sous 5 mg /15 jours (dose cumulée de 1342 mg) avec bonne évolution.

Le patient a bénéficié, il y a 5 ans, d'une résection transurétrale de la prostate pour un adénome de la prostate. Le contrôle a objectivé une élévation du taux de l'antigène spécifique de la prostate .Une biopsie prostatique réalisée, était en faveur d'un adénocarcinome prostatique grade 4+4 de Gleason. L'IRM prostatique a montré une lésion tumorale de siège postérieur au niveau de l'union des lobes postérieurs, sans signes d'extension locorégionale .La scintigraphie osseuse était normale .Une prostatectomie radicale a été réalisée .L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a objectivé un adénocarcinome moyennement différencié score 9 de Gleason, tumeur classée pT2bN0. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion : L'association de lymphome cutané et de tumeur solide est rare .Après revue de la littérature, des études publiées ont tenté d'établir un lien entre cette association. Selon une étude rétrospective, descriptive, portant sur tous les cas de lymphomes primitifs, suivis dans le service de dermatologie du CHU de Reims s'étalant sur 15 ans : 14 cas sur 63 des lymphomes T (dont 47 cas de mycosis fongoïdes) avaient un cancer associé. Dans 8/14 cas, le cancer était antérieur au diagnostic du lymphome T. Dans 4 cas, ce délai était 2 ans et dans 2 cas, le cancer était découvert à l'occasion du bilan initial du lymphome T.

Des mutations dans le gène *BTNL2*, un gène qui code pour une protéine impliquée dans la régulation des lymphocytes T et la production de cytokines, deux facteurs clés de la fonction immunitaire augmentent le risque de développer un cancer de la prostate. Cette découverte d'une équipe de l'University of Washington, présentée dans la revue *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, permet d'éclairer la forte composante génétique du cancer de la prostate. Car on estime, expliquent les auteurs, que 42% des cas de cancer de la prostate sont liés à l'hérédité ou à des variations génétiques présentes à la naissance. 5 à 10% de ces cas résultent de mutations héréditaires rares. Et c'est un risque multiplié par 2,5 à 2,7 qui vient d'être associé à la présence d'une des 2 mutations identifiées.

Le Pr. Janet Stanford, du Fred Hutchinson Cancer Research Center et son équipe ont identifié ces mutations chez des patients atteints de cancer de la prostate appartenant à des familles touchées par ce cancer de manière héréditaire. En utilisant une technique de séquençage de nouvelle génération, le séquençage de l'exome, les chercheurs identifient plusieurs gènes présentant des mutations mais ce sont 2 variantes du gène BTNL2 (butyrophiline-like 2) qui apparaissent les plus fortement liées au développement du cancer de la prostate et qui sont confirmées, ensuite, sur un nouveau groupe de patients. Les recherches montrent qu'environ 1,5% des hommes atteints du cancer de la prostate présentent une des mutations.

Plusieurs hypothèses ont été suggérées concernant l'étiopathogénie de cette association :

Serait-ce une association fortuite, due à des facteurs de risque classiques ?

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent après l'âge de 50 ans. Les seuls facteurs de risque identifiés avec certitude sont l'origine ethnique et/ou les antécédents familiaux d'un cancer du même type. L'hétérogénéité génétique de la prédisposition au cancer de la prostate est associée à la diversité de l'origine ethno-géographique des familles. Dans certaines formes familiales, l'association d'un cancer de la prostate à un autre type de cancer suggère l'existence de gènes de prédisposition communs.

Serait-ce une oncogenèse induite par les traitements reçus : Chimiothérapie, immunothérapie et PUVA thérapie ?

L'effet immunosuppresseur est responsable de la réplication de virus oncogènes, et de la diminution de la réponse immune anti-tumorale. L'effet immunomodulateur s'oppose aux cellules anormales, mais aussi normales dans certaines conditions, par développement d'auto-anticorps anti tissus. L'UVA thérapie entraîne une mutation d'ADN et défaut de sa réparation, favorisant ainsi l'apparition de cancer.

Conclusion : L'intérêt de cette observation est de rapporter un cas de lymphome cutané type mycosis fongoïde associé à un cancer de la prostate, association rarement décrite dans la littérature .Le mécanisme d'oncogenèse qui peut être induit par chimiothérapie ou immunothérapie est encore inconnu. Soulignons l'intérêt de la surveillance clinique et paraclinique des malades suivis pour mycosis fongoïde sous traitement afin de dépister une néoplasie associée.

CA98. MYCOSIS FUNGOIDES LYMPHEDEMA TURNS ON A SECONDARY NODE CURAGE : SPECIFIC ASSOCIATION.

A. Taghy¹, C. Ramwolf², M. Bagot², K. Snouci², B. Hassam².

1: Resident in Dermatology - 2: Associate Professor of Dermatology Department of Dermatology CHU Ibn Sinae, Rabat .

INTRODUCTION : Mycosis fungoides transformed is an aggressive entity of high- grade classic mycosis fungoides that is seen in 8 % to over 55 % of the cases. Factors facilitating this transformation are poorly clarified; however, two hypotheses were established in our observation.

OBJECTIVE : To draw attention to sometimes serious secondary lymphedema consequences when it occurs in a particular field.

OBSERVATION : Mrs. E.F 36 years old was operated one year ago for the bladder cancer with bilateral inguinal lymph nodes dissection and adjuvant radiotherapy. Shortly after treatment, the patient presented a bilateral lymphedema of the early proximal lower limbs. Two months later, it had emerged erythematous-squamous lesions , pigmented, infiltrated places, itchy , variable in size , initially serving in areas of lymph nodes dissection and extending in one month to 60% of skin surface. The examination of dander found temporo-frontal hair loss, loss of eyelashes and eyebrows and a total body depilation and the rest of the examination was normal. The histological aspect directed to the diagnosis of mycosis fungoides (MF) pilotropic with follicular mucinosis and the patient was put under PUVA therapy that we had stopped after four months in front of the persistence of lesions and the appearance of three facial nodules measuring one centimeter. A nodule biopsy of the chin showed a pleomorphic infiltrate 30% of large CD30 + cells, suggesting a transformed MF. PCR showed the same clone T in the plates and in the nodules without circulating identical T clone. The staging was negative. Treatment with interferon alfa was started and the current decline is in one month.

COMMENT : This observation recalls the non- fortuitous association between lymph nodes dissection and the occurrence of lymphedema. The originality of this case is mainly due to the appearance of mycosis fungoides lesions, strictly localized at the beginning in the territory of the drainage after lymph nodes dissection, their quick spread , The young age of the beginning and quick transformation to a large cell lymphoma . This can be explained by the low lymph flow or by radiation-induced local immunosuppression probably causing oncogenic regulations. In the latter immunological hypothesis led us to choose the first-line interferon rather than multi chemotherapy. The classic mycosis fungoides is a low-grade lymphoma with a very slow progress. However, some patients see appearing tumors at the end of the evolution, reflecting a shift to an aggressive form. The transformation is clinically reflected by the appearance of nodules and histologically by a diffuse infiltrate tumor containing more than 25% of large CD30 + lymphoid cells. The epidermotropism is less pronounced and the nuclei are nucleoli lose their cerebriform shape. At this stage, there is a clonal gene rearrangement of the T cell receptor.

CONCLUSION : This observation underlines the scarcity of a particular association between mycosis fungoides with fast progression towards an aggressive lymphoma higher grade and post- secondary lymphedema therapy which appears to be in addition to local immunosuppression, one of the factors contributing to onset and fast transformation of mycosis fungoides.

KEY WORDS: Mycosis fungoides, lymphedema, lymph node dissection.

CA99. LYMPHOME B GANGLIONNAIRE REVELE PAR DES METASTASES CUTANÉES : A PROPOS D'UN CAS

A .Kissou⁽¹⁾, K. El Morabet⁽¹⁾, F. El Amrani⁽¹⁾, N.I. El Makrini⁽¹⁾, A. Saidi⁽²⁾,
N. Ismaili⁽¹⁾, M. Aitourhroui⁽¹⁾, K. Senouci⁽¹⁾, B. Hassam⁽¹⁾.
1-Service de dermatologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc
2- Centre d'anatomie pathologique « Nations Unies » Rabat, Maroc

Introduction : Les lymphomes cutanés constituent un groupe hétérogène du point de vue clinique, histologique, moléculaire, évolutif, pronostique, et thérapeutique. L'association à une forme ganglionnaire est très fréquente.

Nous décrivons un cas de métastases cutanées d'un lymphome à point de départ ganglionnaire

Observation :

- Z.R, âgé de 41ans, tabagique chronique (20PA), sans antécédents pathologiques notables, ayant consulté pour des nodules érythémateux violines ,de surface mamelonnée, indolore, non prurigineux siégeant au niveau du dos, au nombre de 12, confluent par endroits,(Fig:1) évoluant depuis 03ans, sans signes extra-cutanés.
- Une biopsie cutanée avait objectivé un lymphome non hodgkinien type B à grandes cellules (type centre germinatif) : CD20+ CD10+Bcl2+ avec expression du Ki67.
- Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avait montré la présence d'une adénopathie latéro-aortique et coelio-mésenterique et des adénopathies axillaires et inguinales infracentimétriques.
- La biopsie ostéo-médullaire était normale.
- Une métastase cutanée d'un lymphome B ganglionnaire a été donc retenue .
- Le patient a été mis sous chimiothérapie (protocole: RCHOP) avec disparitions des masses tumorales observée dès la 3ème séance(Fig2)

Discussion

- Les lymphomes non hodgkiniens sont un groupe hétérogène de maladies définies par une prolifération anormale de cellules lymphoïdes de type B dans 80% des cas, elle se présente le plus souvent par une atteinte ganglionnaire mais peut être révéler par une atteinte extra-ganglionnaire le plus souvent cutanée comme dans notre cas (3).
- Les lymphomes B centro-folliculaire sont des lymphomes de faible malignité, se manifestent cliniquement par des lésions sous forme de papules, nodules ou bien des plaques infiltrées. L'histologie montre un infiltrat séparé de l'épiderme par une bande de tissu sain, folliculaire ou diffus, constitué de proportions variables de centrocytes et de centroblastes associés à des lymphocytes T réactionnels. Les lymphocytes B tumoraux sont CD20+, bcl-6+. CD10 peut être exprimé dans les formes folliculaires. Contrairement aux lymphomes folliculaires ganglionnaires et secondairement cutanés , les lymphomes folliculaires cutanés n'expriment pas bcl-2 (1).

- Le diagnostic repose sur la confrontation de données cliniques, histologiques et immunohistochimiques ainsi qu'un bilan d'extension bien muni comprenant au minimum une tomодensitométrie (TDM) thoracique, abdominale et pelvienne, avec mesure des lésions tumorales cibles qui servira de référence initiale pour l'évaluation de la réponse au traitement et une biopsie ostéo-médullaire, généralement complétée par un myélogramme (recherche d'une atteinte médullaire) (2).
- Le pronostic est favorable dans tous les cas (1). Le traitement repose essentiellement sur la chimiothérapie et le suivi repose sur l'examen clinique, la biologie et l'imagerie.
- La récurrence peut être ganglionnaire ou extra-ganglionnaire, quel que soit le site initialement atteint (2). Tout élément clinique inhabituel et persistant doit faire évoquer et rechercher une rechute.
- Le patient doit être informé des signes cliniques faisant suspecter une évolution de la maladie et devant l'amener à consulter

**CA100. LYMPHOME NON HODGKINIEN EXTRAGANGLIONNAIRE
PRIMITIF DIFFUS A GRANDE CELLULES B DE LA LANGUE : A PROPOS DE
3 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.**

*F. Rais¹, N. Benhmidou¹, A. Maghous¹, H. Loughlimi¹, G. Rais², K. Bellahamou²,
H. Elkacemi¹, T. Kebdani¹, N. Benjaafar¹.*

1. Department of Radiotherapy, National Institute of Oncology, Rabat.

2. Department of chemotherapy, National Institute of Oncology, Rabat.

Introduction : Les lymphomes constituent un groupe de tumeurs malignes avec un large éventail de caractéristiques cliniques et pathologiques. Les lymphomes extraganglionnaires de la tête et du cou constituent 8 à 13% de tous les lymphomes. Le Lymphome non-Hodgkinien primitif de la base de la langue est lui-même une localisation très inhabituelle, seulement des cas sporadiques ont été publiés, et la survie à 5 ans spécifique à ce site a été évalué à 47%.

Le traitement standard repose sur une chimiothérapie (à type de CHOP-Rituximab) suivie d'un traitement de consolidation sous forme d'une radiothérapie centrée sur l'atteinte initiale. Cette dernière trouve sa place dans les stades localisés.

Matériels et Méthodes : Trois patients ont été traités à l'institut national d'oncologie de RABAT entre 2007 et 2009, pour un lymphome malin non Hodgkinien de la base de la langue confirmé à la biopsie du site primitifs. Les données cliniques ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patients. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan d'extension comportant une TDM cervico-thoraco-abdominopelvienne et un bilan biologique. Les patients ont été stadifiés selon la classification d'Ann Arbor. Un traitement par protocole R CHOP a été administré chez les trois patients à raison de 4 à 6 cures. Une radiothérapie externe complémentaire a été réalisé dans tous les cas, délivrée à la dose de 36 Gy.

Résultats : Nous avons colligé 3 patients, 2 femmes et un homme. Les patients sont âgés respectivement de 54, 48 et 65 ans. L'œdème local, la douleur et la gêne à la déglutition ont été retrouvés chez tous les patients. Un ulcère de la masse a été rapporté chez 2 patients. Les signes généraux n'ont été notés chez aucun de nos patients. La TDM cervicale a retrouvé une masse irrégulière de la base de la langue dans tous les cas de taille variant de 5 à 7 cm. Des adénopathies cervicales Homolatérales ont été retrouvées chez deux patients. La VS et LDH ont été élevés chez uniquement un patient. Deux patients ont été classé stade IIA et un patient a été classé stade IA. Les deux patients classés stade II ont reçu six cures de RCHOP suivies de la radiothérapie externe, alors que le patient classé stade I a reçu seulement 4cures suivies de la radiothérapie. La réponse chez les trois patients était complète. Après une médiane de suivi de 48 mois, aucune rechute n'a été détectée à ce jour.

CONCLUSION : Le lymphome localisé de la base de la langue doit être considéré dans le diagnostic différentiel avec les autres lésions. L'association du Rituximab à l'arsenal thérapeutique a permis d'améliorer le pronostic de cette localisation rare. La radiothérapie de consolidation trouve son indication dans les stades localisés.

CA101. LYMPHOMES T CUTANES ET SECONDES NEOPLASIES PRIMITIVES

*N. Guerouaz, H. Zaouri, K. Senouci, B. Hassam
Service de dermatologie, CHU Ibn Sina, Rabat – Maroc*

Introduction : Le mycosis fongoïde (MF) et le syndrome de Sézary (SS), communément appelés lymphomes T cutanés (LTC), sont caractérisées par une prolifération cutanée maligne de lymphocytes T .

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective descriptive incluant les patients présentant un LTC associé à une autre néoplasie cutanée ou extracutanée colligés sur une période de 12 ans (2001-2012). Le LTC était classé selon la classification EORTC/ISCL 2007. Nous avons analysé les données cliniques, biologiques, anatomopathologiques, et thérapeutiques.

Résultats : Nous avons colligés 120 patients présentant un LTC, dont 5 avaient une autre néoplasie associée. Il s'agit de 2 hommes et 3 femmes d'âge moyen de 53,4 ans. Le LTC était un MF dans 3 cas et un SS dans 2 cas. Les néoplasies associées étaient : l'adénocarcinome pulmonaire, le mélanome acrolentigineux, le carcinome épidermoïde du larynx, la leucémie lymphoïde chronique B et la maladie de Hodgkin. Ces néoplasies précédaient le LTC chez 2 patients ayant reçu une chimiothérapie, et étaient de découverte concomitante dans 2 cas et 6 ans plus tard chez une patiente traitée par méthotrexate.

Discussion : L'association LTC et autre processus malin primitif reste rare. Il s'agit le plus souvent de néoplasies solides, ou d'hémopathies malignes. Ces associations pourraient résulter de facteurs environnementaux (tabagisme), génétique, d'une infection sous-jacente par un virus oncogène, par l'effet mutagène des chimiothérapies ou par des anomalies des lymphocytes T.

Conclusion : Les explorations initiales et de suivi des lymphomes cutanés primitifs sont loin d'être standardisées. Un contrôle périodique est nécessaire pour un dépistage précoce de ces associations.

CA102. PYODERMA GANGRENUM ATYPIQUE COMPLIQUANT UNE LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE B

*N. Guerouaz, A. Kissou, L. Benzekri, K. Senouci, B. Hassam
Service de dermatologie, CHU Ibn Sina, Rabat – Maroc*

Introduction : Le pyoderma gangrenosum (PG) appartient au spectre de dermatoses neutrophiliques et qui peut être idiopathique ou secondaire à plusieurs maladies. Bien que l'association avec des hémopathies myéloïdes soit bien connue, l'association avec une hémopathie lymphoïde est extrêmement rare.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 65 ans suivie pour leucémie lymphoïde chronique B stade C traitée par fludarabine et cyclophosphamide. Elle a présenté depuis deux mois des lésions nodulaires de la joue droite évoluant vers une ulcération de 5 cm à bords circulaires et encerclée par un halo bleu violacé. La surface de la lésion était inflammatoire avec des puits pustuleux internes. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose majeure et un syndrome inflammatoire. L'écouvillonnage de la lésion n'a pas objectivé d'agents pathogènes. La biopsie cutanée a objectivé un infiltrat inflammatoire riche en neutrophile avec un infiltrat lymphocytaire pericapillaire. L'évolution était favorable sous chlorambucil.

Discussion : Le PG est une maladie inflammatoire décrite initialement par Brocq, en 1916. Elle est caractérisée par l'infiltration neutrophile du derme associée à une destruction tissulaire. Cliniquement, on distingue 4 formes : ulcéreuse, pustuleuse, bulleuse et végétative. Le PG ulcéreux existe sous deux formes: classique et atypique. Le PG ulcéreux atypique se caractérise par des ulcères ou des érosions superficielles, comme chez notre patiente. Le diagnostic différentiel inclut d'autres dermatoses neutrophiliques notamment le syndrome de Sweet. Dans la littérature, de nombreux cas étaient associés à des maladies inflammatoires de l'intestin, aux arthrites ou aux affections malignes hématologiques. Il existe un seul cas adulte associé à une leucémie biphénotypique, et un cas pédiatrique associé à une leucémie aiguë lymphoblastique. Au meilleur de nos connaissances, nous décrivons ici le premier cas de pyoderma gangrenosum atypique de l'adulte associé à la leucémie lymphoïde chronique B.

Conclusion : Ce cas souligne l'importance d'évoquer le PG devant toute lésion ulcéreuse atypique associée à une hémopathie maligne lymphoïde

CA103. LES LYMPHOMES CUTANES : LA CORRELATION ANATOMO CLINIQUE.

*A. Kelati, M. Meziane, S. Guellouj, F. Mernissi
Service de Dermatologie du CHU Hassan II de Fès*

Introduction : Les lymphomes cutanés (LC) constituent une entité très hétérogène, c'est la localisation extra ganglionnaire la plus fréquente après les lymphomes digestifs.

En pratique, plusieurs pathologies dermatologiques peuvent mimer les lymphomes cutanés sur le plan clinique d'où l'intérêt d'une confrontation anatomo- clinique .

Notre objectif: était d'étudier la confrontation anatomo-clinique des LC et de détecter les pathologies mimant les lymphomes cutanés.

Matériels et Méthodes : c'était une étude rétro prospective (rétrospective depuis 2008 jusqu'au juin 2013 et prospective du juin 2013 au février 2014) uni centrique colligeant des patients suivis en dermatologie et chez qui le diagnostic de LC a été suspecté.

Résultat : notre série comportait 400 cas, L'âge moyen des patients était de 53.5 ans \pm 17,6 et la plupart de nos patients avaient un âge > 45 ans (66.2%). On avait une légère prédominance masculine : (54%) et la plupart des patients avaient une durée d'évolution de leur pathologie 5 ans (44%).

Sur le plan clinique : signes cliniques les plus fréquemment retrouvés étaient : le prurit (63%), les plaques érythémato squameuses (35.5%) ,le caractère résistant aux traitements habituels (11.3%) et l'éythrodermie (9.8%) .

Les lésions siégeaient essentiellement au niveau des zones cachées avec un pourcentage de 35.8% et 23 % au niveau des zones photo exposées

Le diagnostic évoqué cliniquement était celui de LC de phénotype T dans 75.5% (surtout le mycosis fongoïde 61%) et de LC de phénotype B dans 17%, la papulose lymphomatoïde dans 0.3% et les manifestations cutanées des hémopathies dans 2%.

Sur le plan histologique, les LC primitifs étaient confirmés dans 18.5% (74 cas) ; il s'agissait de Les LC T dans 17.5% et de LC B dans 3.7% des cas. Par ailleurs on notait un cas de LMNH périphérique de phénotype T de type angioblastique et 2 cas de localisations cutanées d'un lymphome ganglionnaire B.

Par ailleurs, Les autres pathologies évoquées initialement par le dermatologue étaient un eczéma chronique ou subaigu dans 14.8%, un psoriasis dans 7.8%, des remaniements inflammatoires non spécifiques dans 6.8% et un parapsoriasis dans 1.3% pour les LC T. Pour les LCB : 2.5% des cas étaient des carcinomes épidermoïdes ,0.8% des carcinomes basocellulaires ,0.8% un dermatofibrosarcome de darrier ferrand, 0.8% une dermite granulomateuse.

Concernant la confrontation anatomo clinique : 74.6% des lymphomes évoqués cliniquement étaient écartés histologiquement ,24.8% des LC étaient évoqués et confirmés histologiquement avec 2 cas (0.6%) non évoqués et confirmés histologiquement.

Discussion : Peu nombreuses les études qui se sont intéressées à la réalisation d'une corrélation anatomo clinique concernant les LC. Les LC peuvent être polymorphes sur le plan clinique ce qui peut pousser les dermatologues à évoquer ce diagnostic en excès.

En effet, dans notre série, 74.6% des lymphomes évoqués cliniquement étaient écartés histologiquement ce qui peut être expliqué par la phobie des médecins de passer à coté du des LC d'une part vue leur fréquence et l'absence de signes dermoscopiques, biologiques ou radiologiques spécifiques. Ainsi, l'histologie et l'immunohistochimie gardent une place de choix pour confirmer le diagnostic.

En effet ,dans notre série ,on ne savait pas si le diagnostic retenu était évoqué en 1ère intention ou non surtout dans les stades précoces des lymphomes cutanés et surtout le mycosis fongoide qui peut prêter confusion avec l'eczéma chronique ,le parapsoriasis sur le plan histologique d'où l'intérêt de préciser le degré de suspicion des diagnostics évoqués pour orienter l'histopathologie et limiter les biopsies cutanées non concluentes .

Par ailleurs, on avait 2 cas de lymphomes cutanés de phénotype B non évoqués cliniquement et confirmés histologiquement ce qui implique plus de vigilance de la part des dermatologues .

Conclusion : Dans notre série, La confrontation anatomo clinique nous amène à insister sur l'intérêt de la collaboration anatomo-clinique pour écarter les dermatoses mimant cette pathologie.

CA104. LES LYMPHOMES CUTANES PRIMITIFS DE PHENOTYPE B : EXPERIENCE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHU HASSAN II DE FES.

*A. Kelati, M. Meziane, S. Guellouj, F. Mernissi
Service de Dermatologie du CHU Hassan II de Fès*

Introduction : Les lymphomes cutanés primitifs de phénotype B (LCPB) représentent 20 à 25% en Europe et ils sont plus rares aux états unis. Nous rapportons les particularités de cette pathologie dans notre contexte .

L'objectif de notre étude: était d'étudier le profil clinique, histopathologique, thérapeutique des lymphomes cutanés de phénotype B dans notre expérience.

Matériels et Méthodes : il s'agit une étude rétro prospective (rétrospective depuis 2008 jusqu'au juin 2013 et prospective du juin 2013 au février 2014) uni centrique colligeant des patients suivis pour des lymphomes cutanés de phénotype B au service de Dermatologie du CHU Hassan II de Fès.

Résultat : notre série comportait 12 cas, L'âge moyen des patients était de 55ans \pm 16,5 et la plupart de nos patients avaient un âge > 45 ans (63,6 %). On notait une prédominance masculine (75%) et 85,7% des patients avaient une durée d'évolution 5 ans.

Les lésions siégeaient au niveau des zones découvertes dans 83,3% des cas ; elles se présentaient essentiellement sous forme de lésions résistantes aux traitements habituels (83,3%), de plaques pigmentées (50%), de plaques érythémateuses (16,7%), d'ulcérations (50%), de tumeurs (58,3%) et de nodules (16,7%).

Sur le plan biologique : on avait une augmentation du taux du LDH et de la B2 microglobuline dans presque la plupart des cas.

Sur le plan histologique : Le type histologique prédominant chez nos patients était le LCPB à grandes cellules (41.6%, 5 cas) suivi par le LCPB type jambe (25%, 3cas), le LCPB centrofolliculaire (16.6%,2 cas), le LCPB de la zone marginale (8.3%,1 cas) .

Pour le volet thérapeutique, la plupart des malades ont été mis sous traitement systémique et 33.3% ont bénéficiés d'une polychimiothérapie. 1 patiente avait par ailleurs bénéficié d'une radiothérapie.

Discussion : Les lymphomes cutanés primitifs de phénotype B est un groupe hétérogène et rare des proliférations lymphocytaires de phénotype B.

La particularité clinique chez nos patients est la présence de plaques et de nodules pigmentés et la difficulté d'assoir le diagnostic vu la non disponibilité des moyens de biologie moléculaire pour l'étude de la clonalité lymphocytaire. En effet, le diagnostic différentiel avec les pseudo lymphomes cutanés T peut se poser dans ce contexte .

Dans notre série, le type histologique prédominant était le LCPB à grandes cellules suivi par le

lymphome cutané type jambe qui sont connus de mauvais pronostic contrairement aux séries occidentales où les lymphomes cutanés indolents de la zone marginale et centro folliculaire sont les plus fréquents ce qui explique la gravité et la difficulté du traitement des lymphomes cutanés primitifs de phénotype B dans notre contexte. En plus du manque des moyens thérapeutiques disponibles et le faible niveau socioéconomique de nos malades ce qui rend la prise charge de nos malades encore plus difficile.

Conclusion : Dans notre série, les LCPB les plus fréquents sont connus pour avoir un mauvais pronostic. Leur diagnostic précoce permettra certainement d'améliorer la prise en charge de nos patients.

CA105. UN CAS DE LYMPHOME CEREBRAL EN REMISSION APRES DEUX ANS DE CHIMIOTHERAPIE ET RADIOTHERAPIE

*Abou DAO, oncologie option radiothérapie.
Centre Oncologie/radiothérapie Ibn Rochd. Casablanca/Maroc*

Introduction : Le lymphome diffus cérébral à grandes cellules B est le plus fréquent des Lymphomes Cérébraux Primitif, mais reste rare avec 1% de l'ensemble des lymphomes, moins de 0,5% de l'ensemble des lymphomes non hodgkiniens et 3-5% des tumeurs cérébrales.

Observation : Nous rapportons, le cas d'un patient de sexe masculin, 55 ans, sans antécédents pathologiques connus. Au décours de crises convulsives en février 2012, le patient a été admis en urgence où l'examen initial a rapporté une hémiparésie gauche et un syndrome d'hypertension intracranienne. L'examen ophtalmologique initial était normal (pas d'uveite). Une tomodynamométrie a mis en évidence une lésion temporale droite. L'IRM cérébrale faite en complément a permis de noter des lésions temporales droites en hypersignal FLAIR, rehaussées après injection du produit de contraste.

Une biopsie stéréotaxique a été faite et l'examen anatomopathologique a conclu à un Lymphome cérébral malin primitif à grandes cellules. Le patient a été adressé au service d'hématologie où une chimiothérapie à base de méthotrexate haute dose et de cytarabine ont été administrés.

Une radiothérapie a été faite en raison de 2*13 Gy sur l'ensemble du cerveau avec boost sur la lésion de 2*15Gy. Le traitement a pris fin 25/05/2012.

Cette combinaison thérapeutique a permis d'obtenir une rémission complète clinique et radiologique. Le patient, toujours en rémission, est régulièrement suivi tous les 3 mois par examen clinique et radiologique (IRM) tous les 3 mois et un examen ophtalmologique annuelle.

Conclusion : Nonobstant une prise en charge peu standardisée et des séquelles thérapeutiques redoutable, une approche multidisciplinaire peut améliorer la survie avec une bonne qualité de vie.

CA106. PYODERMA GANGRENUMUS REVELANT UN LYMPHOME T ANAPLASIQUE GANGLIONNAIRE

*H. Boudhir, I. Ramli, M. Mael-ainin, A. Akazane, K. Senouci, B. Hassam
Service de dermatologie CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc*

Introduction : Le pyoderma gangrénumus est une dermatose neutrophilique rare. elle peut être isolée ou associée à une pathologie inflammatoire ou à une néoplasie en particulier les hémopathies. Nous rapportons le cas d'un pyoderma gangrénumus révélant un lymphome T anaplasique ganglionnaire

Observation : L.H, âgé de 55 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consultait pour une ulcération douloureuse de l'avant bras droit évoluant depuis 2 mois. Cette lésion a débuté par une papulo-pustule qui a augmenté progressivement de taille puis s'est rompue laissant sourdre un liquide purulent et hémétique. L'examen clinique notait un ulcère de la face post de l'avant bras droit bien limité, mesurant 5 cm de grand axe à bordure surélevée, et à surface fibrino nécrotique avec une peau périulcéreuse érythémateuse.

Le reste de l'examen somatique a objectivé une masse sous angulo mandibulaire gauche de 6 cm de grand axe ovalaire non inflammatoire fixe par rapport au plan profond.

Une biopsie de la lésion ulcéreuse a été réalisée montrant un aspect en faveur d'un pyoderma gangrénumus et la biopsie de la masse a objectivé une prolifération lymphomateuse, avec à l'immunomarquage des Ac anti CD20 -, anti CD4 -, anti CD8 -, anti CD3 + et anti CD30 +, ALK-, permettant de retenir le diagnostic d'un lymphome ganglionnaire T anaplasique à grande cellules. Un bilan biologique a montré une lymphopénie à 750 éléments/mm³, une anémie avec un taux d'hémoglobine à 11,8g/dl normochrome normocytaire, LDH légèrement élevé à 385 UI/L et le bilan d'extension était normal (une radiographie thoracique, TDM 3 étages Biopsie ostéoméduillaire). Le patient a été mis sous corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j et une chimiothérapie générale de type CHOP. L'évolution a été marquée par le début d'amélioration de l'ulcération, mais le patient est décédé 1 mois après la première cure du traitement.

Discussion : Les lymphomes anaplasiques à grandes cellules sont rares. Ils représentent 3 à 5 % des lymphomes non hodgkiniens de l'adulte surtout chez le sujet jeune de sexe masculin.

Le PG s'associe à une pathologie sous jacente dans la moitié des cas en particulier les hémopathies à type de leucémies, syndrome myéloprolifératif, myélodysplasies.

Notre observation rapporte une association exceptionnelle de PG avec un lymphome anaplasique ganglionnaire T. A notre connaissance, il s'agit du premier cas rapporté dans la littérature.

**CA107. LES SYNDROMES LYMPHOPROLIFERATIFS CHRONIQUES :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET CYTOLOGIQUES.
A PROPOS DE 101 CAS**

*A. El Khalfi, M. Aitameur, I. Benjeloune, M. Chakour
Hématologie Biologique Hôpital Militaire Avicenne Marrakech*

Introduction : Les syndromes lymphoprolifératifs chroniques (SLPC) regroupent un ensemble, relativement hétérogène, d'hémopathies malignes tant par la nature des cellules malignes (à l'origine des différentes entités qui le composent) que par les stratégies thérapeutiques spécifiques ou leur pronostic très variable. C'est une prolifération maligne sans blocage de maturation, touchant les cellules de la lignée lymphoïde (lymphocytes ou plasmocytes), qui peut être localisée au niveau de la moelle et du sang (Leucémie lymphoïde chronique, Waldenstrom), la moelle uniquement (Myélome Multiple) ou les organes lymphoïdes secondaires (Lymphomes). Matériels et méthodes : Nous présentons le bilan d'une étude rétrospective sur les syndromes lymphoprolifératifs diagnostiqués au laboratoire d'hématologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V sur une période de six ans. Résultats : Sur les 101 cas colligés, le myélome représentait 58.4 % des syndromes lymphoprolifératifs contre 34.6 % de leucémies lymphoïdes chroniques, 5 % de syndromes de Sezary et 2 % de leucémies à pro lymphocytes et de leucémies à tricholeucocytes. Les deux sexes sont concernés avec une nette prédominance masculine sauf pour la leucémie à pro-lymphocytes et la leucémie à tricholeucocytes. S'agissant de la leucémie lymphoïde chronique ainsi que le myélome, ils touchent plus particulièrement le sujet âgé de plus de 40 ans, alors que le syndrome de Sezary est l'apanage des sujets âgés de plus de 65 ans. Conclusion : Au terme de ce bilan de six années d'étude, ayant porté sur 101 cas de syndromes lymphoprolifératifs chroniques, nous pouvons conclure que ces hémopathies malignes touchent surtout les sujets âgés plus de 40 ans pour le myélome multiple et la leucémie lymphoïde chronique, et plus de 65 ans pour le syndrome de Sezary, touchant les deux sexes avec une nette prédominance masculine sauf pour la leucémie prolymphocytaire B et la leucémie à tricholeucocytes. La similitude dans la présentation clinique et cytologique des différents SLPC rend parfois le diagnostic positif difficile, d'où l'intérêt de rassembler ses syndromes pour une démarche diagnostique pluridisciplinaire. Le diagnostic doit être évoqué devant une hyperlymphocytose sanguine excédant $5 \times 10^9/l$ et persistante plus de trois mois. Cette hyperlymphocytose doit inciter le biologiste à réaliser un frottis sanguin à la recherche d'anomalies cellulaires. Ceci peut conduire au diagnostic dans les cas faciles qui ne posent pas le problème de diagnostics différentiels. Dans la plupart des cas c'est l'immunophénotypage qui apporte la certitude du diagnostic.

CA108. MANAGEMENT OF PRIMITIVE CUTANEOUS LYMPHOMAS IN SIDI BEL ABBES

*A. Hadjeb, M. Benlazar, F. Ouaddah, N. Zemri, Z. Zouaoui,
Hematology department, Hospital of Sidi Bel Abbes, ALGERIA.*

Background : Primitive cutaneous lymphomas (PCLs) include a diverse group of lymphoid neoplasms with widely variable clinical presentations, histologic findings, and prognosis. This is the second extranodal localization after digestive lymphoma. The management of PCL is multidisciplinary, made by hematologists, dermatologists and radiotherapists.

Purpose : The aim of our study is to describe the epidemiological, clinical, prognostic and therapeutic aspects of patients treated in our department for PCL.

Methods : This is a retrospective study over a period of 10 years, from January 2002 to December 2012. Clinical records and pathological reports, data related to age, sex, site and extent of lesion, nodal, visceral and blood involvement, treatment, extranodal involvement and disease status were obtained at the last follow-up.

Conclusion : PCL are heterogeneous, requiring early diagnosis and treatment, especially in the T subtypes.

CA109. CLINICAL AND THERAPEUTIC EVALUATION OF CUTANEOUS LYMPHOMA. CHU SETIF (ABOUT 8 CASES) .

Z. Bouhadda, I. Bouras, A. Kechichi, H. Hamouda, S. Hamdi.
Hematology - CHU de Setif

Background : Cutaneous lymphomas are a heterogeneous group of clinical standpoint , morphological , molecular,

evolutionary , therapeutic and prognostic . T-cell lymphomas represent 75% of cutaneous lymphomas .They are usually low grade but there are few entities that are very poor prognosis .

Purpose : Clinical and therapeutic evaluation of cutaneous lymphomas

Methods : Analysis of 8 cases made on record and record patients. Diagnosis was made in all cases of skin biopsy with histological and immunohistochemical study. All cases had a biological and radiological staging .the first-line treatment was CHOP or RCHOP based phenotype + / - Radiotherapy .Patients were reclassified according to the WHO histological classification 2008 (2 cases in high-grade and low-grade in 6 cases) and according to the classification EORTC / ISCL 2007 cutaneous lymphomas .

Findings : Our series consists of 8 cases : 6 men and 2 women . a sex ratio M / F : 3. Average age : 59 years (43

years - 80), diagnostic tool time : 8 months (6-15 months), the representation Clinique was: yth at closet dorsal location : 3 cases (37.5 %) , at hands : 2 cases (25%) and scalp : 1 case (12.5 %) pruritic erythroderma scope : 1 case (12.5 %) and diffuse nodules throughout the body : 1 case (12.5 %). PS <2 in 100 % of cases. Histological and immunohistochemical study highlights : 5 cases (62.5 %) large cell NHL phenotype B and 3 cases (37.5 %) large T-cell NHL including 1 case has evolved into a Sezary syndrome . Complete blood counts were normal in all patients except in the case of Sezary syndrome or leukocytosis has 84000 cells / mm³ was noted. Normal LDH 6 cases (75%) and > 500 U/l 2 cases (25%) . classified clinically stage IA (n = 4 = 50%) , IB (1 case = 12.5 %), IIB (1 case = 12.5 %), IVA1 (1 case = 12.5 %), IVB (1 case = 12.5 %) Therapeutic results : 1 not evaluable . RC : 6 cases (86%). One case died (Sezary syndrome) (14 %) The overall survival was 81.28 months.

Conclusion : The frequency of NHL skin remains very low compared to other extranodal lymphomas (digestive and ENT) . Was noted in our series a predominance of phenotype B with good overall survival.

CA110. EVALUATION OF PATIENTS WITH PRIMARY CUTANEOUS LYMPHOMA. A RETROSPECTIVE STUDY

Bougherira, Lamri, A. Guemriche, N. Boucheloukh, F. Grifi
Hematology department, Annaba, Algeria

Background : Primary cutaneous lymphomas (PCL) are defined as malignant cell proliferations presenting with

cutaneous involvement alone and no evidence of extracutaneous manifestations when complete staging has been performed. After the gastrointestinal lymphomas, PCLs are the second most common group of extranodal NHL with an estimated annual incidence of 1/100 000. They have a different behaviour from histologically nodal lymphoma. Within the group of PCL distinct types of cutaneous T-cell lymphoma (CTCL) and cutaneous B-cell lymphoma (CBCL) can be distinguished.

Purpose : - The aim of this study is to collect the epidemiological data, clinical characteristics and histological

behaviour - To evaluate the therapy of this disease

Methods : We carried this retrospective study to investigate the epidemiological and clinical features of PCL

treated in our department, from January 2005 to December 2013. 22 patients with PCL were investigated. The patients with secondary cutaneous lymphoma were excluded from this study. The

diagnosis was confirmed histologically, and an immunohistochemical study was performed ; all patients were classified according to WHO-EORTC 2005 (World Health Organization - European Organization for Research and Treatment of Cancer)

Findings : Median age at diagnosis 59,5 [22-82] years; male-to- female ratio:10-12: 0,83. Clinical findings: 17

patients had localized disease with the back involvement, and skin lesions in trunk, scapula, frontal, elbow and thigh sites. Three patients have extra- cutaneous dissemination to lymph nodes. Sezary

syndrome occurred on one patient with combination erythroderma, lymphadenopathy and Sezary cells in peripheral blood. A total body computed tomography (CT) scans excluded localization in other sites. Histological examination showed features of diffuse large cell lymphoma in seven cases, anaplastic 3 patients, and three were classified as follicle centre cell (FCC) lymphoma. 55% were cutaneous T-cell lymphoma (CTCL) and 45% were cutaneous B-cell lymphoma (CBCL). Among CTCL, mycosis fungoides (MF) represented 33% in our cohort. The patients underwent chemotherapy based on CHOP-like regimens +/- Rituximab, the single agent chemotherapy with Methotrexate was used in 1 patient. Objective response was achieved in 50%. After 36 months of follow-up, nine patients were still alive without any evidence of disease.

Conclusion : - Primary cutaneous lymphomas involve skin only as initial site of disease - It has a distinct clinical behavior and prognosis, and therefore requires a different therapeutic paradigm, as compared with the primary nodal equivalents.

CA111. ICONOGRAPHY, DIAGNOSIS AND HISTOLOGY OF THE CUTANEOUS T CELL LYMPHOMA BETWEEN DERMATOLOGY AND HEMATOLOGY : EXPERIENCE OF THE CHU TLEMCEM

Y.M. Maliki⁽¹⁾, N. Amrani⁽²⁾, O. Boudghene Stambouli⁽²⁾, N. Mesli⁽¹⁾

(1) Hematology Tlemcen (2) Dermatology Tlemcen

Background : Cutaneous T cell lymphoma is a term that applies to T cell lymphoma first manifested in the skin. They represent in order of frequency the third type of lymphomas after hematologic lymphomas and digestive. Mycosis fungoides is the most common cutaneous lymphoma. The (OMS-EORTC) classification is based on clinical criteria, dermatopathology and immunohistochemistry. Prognosis related to stage.

Purpose : We present in this work our experience in medical management of the cutaneous T cell lymphoma in dermatology and hematology with iconographic documents, as well as the clinical and histological profile also the therapeutic study.

Methods : Our study is retrospective; we have 8 cases of cutaneous T cell lymphoma over 2 years, diagnosed in dermatology and treated between the dermatology and the haematology department. The parameters study are: epidemiology, clinical and histological diagnosis, immunohistochemistry, classification and treatment. We also present a completed iconography documents.

Findings : It is about 8 cases (6 men and 2 women), the average age: 61 years (40-81 years), of varied origin

(Tlemcen, Bechar and Tindouf). Initial cutaneous clinical examination: Infiltrated patches erythematous squamous pruriginous with chronic evolution (5 patients); papulo nodules (2 patients); Ulcerous crusted papule (1 patient) and erythroderma at two patients. These cutaneous damages can be isolated or associated. The diagnosis is based on the clinical, histological (multiple biopsies are often necessary to finally establish the diagnosis), dermatopathology confrontation and peripheral blood smear (FSP) in search of cells of s ary. In our cutaneous cell T lymphoma we have 5 cases of mycosis fungoides, two cases of s ary syndrome and one lymphomatoid papulosis(CD30+). Immunohistochemistry was realized at all our patients showing mainly CD3+, CD20-.CD4+, CD8-. Classification TNM: skin damage T2 (+10%) and T4 (erythroderma) are majority. 4 patients developed ganglionated localizations after the diagnosis. No metastases at our patients. Biology: the LDH was increased at two patients. Treatment: variable going from the local treatment (dermocorticoides of high class) to methotexate, interf on alpha 2a, and one patient Received Chemotherapy CHOP. The evolution: 1 death, 2 lost to follow-up, 2 treatments of the second line and 3 are in good evolution. So the overall remission is more of 50%.

Conclusion : The diagnosis of the cutaneous cell T lymphoma remains difficult so much on the clinical plan that histological seen the diversity of the differential diagnosis (the pseudo lymphoma, eczema, psoriasis, lichen plan and toxidermia). The prognosis of cutaneous T cell lymphoma mainly the mycosis fungoides remains favorable. In the absence of extracutaneous damages, the treatment is based on topical local (dermocortico es, Caryllysine) or the phototherapy. The resisting cases can be treated by interf on alpha, m hotrexate or bexarot e and polychemotherapy.

CA112. MANAGEMENT OF CUTANEOUS LYMPHOMA

D. Saber Cherif, S.E. Belakehal, R. Benhabiles, F.Z. Ardjoun

Background : INTRODUCTION Lymphomatous localization skin can be primary or secondary . Primitive cutaneous lymphomas represent in order of frequency the type of lymphoma after 3rd ganglion and digestive lymphomas . They are divided into AML which represents 20 to 25% , and LCT representing approximately 3%. Secondary cutaneous lymphomas see most often during relapse of aggressively lymphoma They are a heterogeneous group of clinical standpoint , morphological , molecular, evolutionary .

Purpose : congrès maghrébin d'hématologie

Methods : MATERIALS AND METHODS Over a period of 10 years , 5 cases of cutaneous lymphomas were diagnostic , including 3 cases of primary LC and 2 cases of secondary cutaneous relapse nodal lymphoma. There are 4 males and 1 female with an average age of 61 years (50 _ 70).

Findings : RESULTS Age ANS Sex Type Year NHL of Type of lesion diagnosis apparition des l'ions cutanes

Processing Time Evolution January 61 F Follicular primitive . 2010 comedo : front. Diagnosis 8RCHOP+ maintains RITUXIMAB by RC 38 months February 50 H Diffuse large B-cell primitive. 2013 bluish skin nodules : shoulder. Diagnosis RCHOP 6 RC 3 months March 63 1993 H mycosis fungoides primary cutaneous nodule purplish : cervical , and nipple root members . Diagnosis 6 CHOP + RT RC 72mois then relapse GG April 70 H Follicular secondary . 2005 Skin Nodule: face and trunk. After 21months of RC 8 RC RCHOP 21 months May 64 H Diffuse large B-cell secondary. Papular lesion 2002 : diffuses throughout the body. 11 years after RC 6 RC RCHOP 2 months

Conclusion : DISCUSSION AND CONCLUSION Primary cutaneous lymphoma B 1 is a rare entity , since it represents 25 % -20 primitive cutaneous forms , whereas the LCT represents only 3 % of LC In our series we had four NHL phenotype B, and 1 case . phenotype T. Diffuse large cell cutaneous lymphoma represents only 4 % of primary cutaneous lymphomas , he sits at 2 members as tumor budding and sometimes ulcerated localized or disseminated , hue, often reddish or ecchymotic . They respond well to the protocol RCHOP associates or without radiotherapy . According to a multicenter study of KIM4 and AI , the 5-year survival of large cell lymphomas was 52% against 94% of follicular lymphomas Centro . In addition, the LCT 3 is indolent lymphoma , evolving over several years or decades , and mycosis fungoides is the most common form . The prognosis is usually favorable , depends on the extent of the disease , which joined the presentation and evolution of our observation that MF had a survival of 11years. Cutaneous DLBCL represents a heterogeneous group of lymphoma , primitive forms are more frequent. The diagnosis is easy, and is based on clinical presentation , immunohistochemistry and histology. Their treatment and prognosis depend on the type of lymphoma, and the extent of damage.

CA113. CUTANEOUS LYMPHOMA : A PROSPECTIVE STUDY OF 07 YEARS

*H. Makhloufi . S. Bourakh . N. Dali, H. Ait-Ali
Hematology department, Tizi Ouzou, Algeria*

Background : Cutaneous lymphomas are a frequent location extra nodal malignant non-Hodgkin lymphoma , they are usually type B and evolve so indolent over many years We report our experience of management of cutaneous lymphomas over a period of 07 years

Purpose : diagnostic frequency treatment and survival

Methods : This is a descriptive study of patient records over a period of a janvier2007 December 2013 (7 years) retrospective diagnosis was posed by histological examination and immunohistochemical study of skin biopsies

Findings : Our series consists of 03 men and 03 women whose average age is 48 years Sex ratio = 1 none of the cases has a history of benign skin lesions presents a case history of neoplasia in the family the most common presenting clinical signs is the appearance of a skin lesion Histological study completed by immunohistochemical examination is one for a great NHL cells type B in 4 cases, large cell NHL type T in one case , and a small NHL B cell in a one case The staging has allowed us to stadifier 3 cases were in stage locates . A case in stage II , 2 cases at stage IV with liver disease by a case in the other case by vertebral involvement LDH was elevated in only 1 case treatment with multidrug therapy was instituted, and 4 patients were treated with the Protocol RCHOP (6-8 cycles), one patient treated with CHOP , a protocol patient was lost sight of before the start of treatment was achieved complete remission in 3 patients lost a patient before beginning treatment for another 03 after cure Currently 03 patents are still alive and in complete remission

Conclusion : cutaneous lymphomas are a heterogeneous group of diseases whose diagnosis is difficult and requires clinical , histological , and immunohistochemical and full extension , early diagnosis and treatment instituted balance confrontation quickly ensures better survival

CA114. CUTANEOUS LYMPHOMAS: ABOUT 3 CASES

L. Louanchi, M. Ramaoun, S. Nekkal, M. Belhani
Hematology department, Beni Messous, Algeria

Background : Introduction: Cutaneous lymphomas are lymphocyte proliferations with a cutaneous's starting point, without involvement extra skin at diagnosis. They represent the third type of lymphoma after

hematological and gastrointestinal lymphomas.

Purpose : Objective: Present the clinical and pathological evolutionary aspects and prognosis.

Methods : Materials and methods: We report 3 cases of cutaneous lymphomas a total of 380 over 10 years of evolution (June2003-juin2013), diagnosed and supported by Beni Messous hospital. Results: 1st observation: patient 36 years 3 months ago presents a generalized erythroderma with intense itching, dermatology consult a skin biopsy with histological study concluded a Sezary lymphoma. Clinical examination revealed a skin look like a dark red card desquameuse with inguinal lymphadenopathy cervical axillary whose diameter varies from 1 to 2 cm. At blood count we found leukocytosis a+++++ associated with blood and spinal massive lymphocytic infiltration, the patient received 8 cycles of CHOP, a complete remission is achieved but progressive recovery six months later. then the patient was lost sight of. 2nd observation: patient 52 years with a history of Raynaud's for 10 years without treatment in dermatology consults for left temporal papular lesions, biopsy anapath study concludes with a centro-follicular lymphoma primary cutaneous CD20 +, the staging came back negative, the patient receives a radiation dose of 40 gy,

Findings : 2nd observation (continued): 7 months later new lesions on the left side of the face and radiological assessment has to classify stage IV lung and the patient was treated with five courses of RC2H2OPA the PET scan reevaluation found a complete remission to date. 3rd observation: patient 88 years with no particular history consults for a mass at the lodge right ear without other associated signs, a biopsy of the tumor reached a large primary cutaneous lymphoma cells CD30 +, the staging is negative and the patient receives a radiation dose of 40 gy, a few days later appearance of a skin nodule on the cheek with a supraclavicular lymphadenopathy satellite, a biopsy is performed on the skin nodule which confirms the primitive CD30 + lymphoma; the patient is put under COP because of his age, living in incomplete remission. comments: Cutaneous T-cell lymphomas are more common than B (2T / 3). The clinical and histologic findings are varied. The development of cutaneous lymphoma is fast. 2 out of 3 are in treatment failure, the prognosis is bad.

Conclusion : Conclusion: Cutaneous lymphomas are a heterogeneous group of entities, with very diverse clinical, histoimmunological and evolutionary aspects. Treatment is based on collaboration between hematology and dermatology.

CA115. MANAGEMENT OF PRIMARY CUTANEOUS LYMPHOMAS IN HEMATOLOGY

B. Berber, R. Khiat, B. Benzineb, F. Bensmail, N. Mesli
DEPARTMENT OF CHU TLEMCEM

Background : Primary cutaneous lymphomas are considered the most common extranodal lymphomas after digestive lymphoma. They represent 1.4% of all lymphomas with an annual incidence of 0.3/100,000 to 1/100000 inhabitant / year. They constitute a heterogeneous group by clinical, histological, phenotypic and prognosis.

Purpose : The aim of our work is to analyze these characteristics clinical, histological, phenotypic and prognosis and to evaluate the response to treatment and the median survival on a series of 14 patients

Methods : This is a retrospective study (2004 to 2013) of records of patients followed in clinical hematology for primary cutaneous lymphoma diagnosis retained after histological study. TNM classification proposed by (ISCL / EORTC) was used for staging of our patients. All our patients received chemotherapy.

Findings : 14 patients, including 10 men, Sex- ratio . 2.5, median age 52 years (39-69 years) The initial clinical examination found nodular lesions (64%) cases , erythematous, scaly plaques pruritic in more 50 % of cases, rarely associated with skin ulceration and exfoliative dermatitis in 1 case ; These lesions can sometimes be associated. The diagnosis was confirmed after biopsy and histological study. Mycosis fungoides (MF) was found in half of the patients, other T-cell lymphoma (CTCL) (36%) and B-cell lymphomas (CBCT) in 2 patients, but no cases of Sezary syndrome . Staging according to the TNM classification :T1 (28%) , T2 (21%) , T3 (36%) , T4 (7%) ,;the presence of lymphadenopathy (64%); In 2 cases visceral involvement was found . For therapeutic 70% of our patients received CHOP plus (Rituximab in 2 cases) , the others received M othrexate more or less Interferon and one patient received fludarabine and cyclophosphamide . After evaluation there was complete remission in 5 cases ; partial remission in 4 cases failure in 5 cases. Actually only 4 of 14 patients are alive. Median survival is estimated at 26 months

Conclusion : Primay cutaneous lymphomas includes various entities Prognosis depends on the initial stage and histological type, with a better prognosis for mycosis fungoide;However management remains poorly standardized. The recent characterization of genetic and molecular abnormalities has identified potential therapeutic targets for a glimpse the progress in the treatment of these lymphomas

CA116. PARTICULARITES ANATOMO-CLINIQUES ET EVOLUTIVES DES LYMPHOMES B CUTANES PRIMITIFS PRIS EN CHARGE A CASABLANCA

T. Paluku, N. Khoubila, M. Lamchahab, M. Rachid, M. Quachouh, A. Madani, S. Benchekroun, A. Quessar

Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique. Hôpital du 20 Août- CHU Ibn Rochd - Casablanca

Introduction : Les lymphomes B cutanés représentent 25% des lymphomes cutanés. Leurs caractéristiques cliniques et pronostiques diffèrent des lymphomes systémiques avec extension cutanées secondaires. L'objectif de notre étude est de présenter les aspects cliniques et évolutifs des lymphomes B cutanés primitifs.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, couvrant la période de 2008 à décembre 2013 au sein du service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Casablanca. Les critères d'inclusion étaient un lymphome B cutané primitif sur base d'un examen clinique complet, et confirmé par un examen anatomo et immunohistologique des biopsies cutanées. Tous les patients avaient bénéficié d'un bilan biologique minimal complété par un bilan radiologique (échographie abdominale, TDM). La classification OMS-EORTC était utilisée. Le traitement avait consisté à une polychimiothérapie dans la majorité des cas.

Résultats : Seize cas ont été colligés. La majorité des patients (78.6%) provenait du service de dermatologie. L'âge médian est de 56 ans [40-76], avec un sex-ratio H/F de 1.6. La durée moyenne d'évolutivité de la maladie avant la prise en charge au service était de 18 mois [3-120]. Sur le plan clinique, les lésions sont localisées à la peau sans extension à d'autres sites extra-cutanés de types nodules cutanés (62.5%), masse ulcérée (25%) et lésion du cuir chevelu (12.5%). Les signes B (amaigrissement et/ou fièvre et/ou sueurs nocturnes) sont absents chez 12 (75%) patients. L'atteinte extracutanée ganglionnaire ou splénique était absente chez tous les patients. Sur le plan biologique, le taux de LDH était élevé chez 1 patient. Sur le plan immuno-histologique, les patients étaient classés en 8 (50%) B diffus à grandes cellules, 6 (37.5%) centrofolliculaire, 1 (6.3%) de la zone marginale SALT, et 1 (6.3%) B diffus à grande cellule type jambe. Sur le plan thérapeutique, différents protocoles ont été utilisés en première ligne, notamment le R-CHOP chez 6 patients, le CHOP chez 4 patients, le COP+CHOP chez 1 et le COP seul chez 2. Un patient a bénéficiée d'une radiothérapie seule à 40 Gray. Seuls 12 patients sont évaluable. Le taux de réponse en terme de rémission complète était de 91.7% contre 8.3% seulement d'échec thérapeutique. Avec un recul médian de 16 mois, 8 patients sont en rémission complète maintenue, 3 sont réfractaires aux traitements de rattrapage et 1 perdu de vue. La survie sans événement est estimée à 70%.

Conclusion : De l'analyse de nos résultats, nous confirmons que les lymphomes B cutanés restent de bon pronostic. D'où, la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire précoce, entre le dermatologue et l'onco-hématologue.

CA117. LA LEUCEMIE A TRICHOLEUCOCYTES A CASABLANCA : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, THERAPEUTIQUES ET VOLUTIFS

N. Zouhair, M. Lamchaheb, M. Rachid, M. Quachouh, T. Moutiqi, S. Bck, A. Quessar

Introduction : La leucémie à tricholeucocytes (LT) est une prolifération lymphoïde B chronique, représente 2% des leucémies de l'adulte. Le but de cette étude est de déterminer le profil épidémiologique, clinico-biologique et d'évaluer les résultats thérapeutiques dans notre centre.

Patients et méthodes : Étude rétrospective menée dans le service d'hématologie et oncologie pédiatrique d'hôpital 20 aout Casablanca, ayant été inclus tous les patient ayant une LT entre juillet 2003 et décembre 2013, ont été étudié les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et para cliniques. Le diagnostique a été retenu sur l'aspect cytologique et immun histochimique (Ac anti DBA44), la cytométrie en flux n'a pas été systématique, les patients été traité par différentes modalités suivants la période et les moyen, la survie a été calculé selon la méthode Kaplan moyen de même que la survie sans événements.

Résultats : Vingt-deux cas colligés, l'âge médian été de 54 ans (35-87), la sex-ratio été de 3, 30% provenait de Casablanca et régions. Le délai médian entre l'apparition des symptômes et le diagnostique était de 4 mois.les signe cliniques été dominés par un syndrome anémique (82%), infection a répétition (50%), l'altération de l'état général (45%), une douleur de l'hypochondre gauche (40%) . l'examen clinique retrouvait systématiquement une splénomégalie, la pan cytopénie a été retrouvée dans 90% des cas, avec une hémoglobine a 8.1 g/dl(2,6-15) avec une neutropénie à une médiane de 760 élément (90-4360) , le diagnostique a été retenu devant l' aspect morphologique et l' expression du récepteur DBA44 a coté des récepteurs B(19,CD20, 22).l'échographie avait mis en évidence, outre la SPM des ADP profondes dans 33%. 16 patient ont été évaluables pour le traitement.

Type de traitement	Nombre de patient	Réponse	devenir	Reculé (mois)
Splénectomie	2	-RC -ECHEC	-Vivant -décès (infection)	-36
Interféron	1	-RP	vivant	-48
Analogue de purines	12	-RC(10) -échec(1) -perdu de vue.	-Vivants -décès.	-Médiane de 50,9 (7-94)

Discussion et conclusion : La LT atteint surtout les jeune, avec prédominance masculine, le profil épidémiologique est compatible avec la littérature, le pronostique est favorable et les méthodes diagnostique doivent être améliorés et le traitement fait appel surtout aux analogues de purines dont les résultats sont souvent favorables ce qui est compatible avec les études similaires.

CA118. CD4+/CD56+ HEMATODERMIC NEOPLASM PRESENTING IN THE SKIN : A TUNISIAN CASE REPORT AND CURENT REVIEW OF THE LITERATURE.

H. Regaieg, E. Bouslema, B. Achour, M. Romdhani, H. Haj Messaoud, M. Zaier, K. Zahra, Y. Ben Youssef, A. Khelif

Department of Clinical Hematology Farhat Hached University Hospital-Sousse-Tunisia.

The CD4+/ CD56+ hematodermic neoplasm is a rare aggressive systemic neoplasm for wich effective therapies have not yet been established, It is clinically characterized by cutaneous involvement with spread to bone marrow, blood and poor prognosis with current chemotherapy regimens. Our objective is to report diagnosis and treatment difficulties of CD4+/CD56+ hematodermic neoplasm. We describe here a Tunisian man who presented with subcutaneous ulcerated lesion localized in the right leg and multiples generalized nodules. Skin biopsy showed an atypical lymphoid cell infiltration with an angiocentric pattern and extensive necrosis by immunohistochemical analysis, these cells were positive for CD4, CD56, granzyme B and negative for CD8, CD123, CD20 and CD30. T-cell rearrangement and Epstein –Barr-virus (EBV) in situ hybridation studies were negative. The patient underwent 5 cycles chemotherapy SMILE regimen monthly sandwiched with radiotherapy on the residual lesions of the right leg with great tolerance but he relapsed within 8months with skin, blood, bone marrow, lung, and cerebrospinal involvement. Based on these findings, the patient was diagnosed with CD4+ CD56+ hematodermic neoplasm (blastic NK-like T-cell lymphoma) treated with one course of hyper-CVAD regimen, he died within 20 days with a septic chok. Despite the use of L-Asparaginase and radiotherapy the prognosis is very poor, we suggest the exploration for highly active drugs, hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is crucial to improve survival.

CA119. CUTANEOUS LYMPHOMAS : A RETROSPECTIVE STUDY OF 26 CASES.

*H. Belhadj Messaoud, B. Achour, H. Regaieg, N. Ben Sayed, M. Romdhani,
M. Zaier, Z. Kmira, Y. Ben Youssef, A. Khélif
Departement of hematology Farhat Hached Hospital, Sousse Tunisia.*

Introduction : Cutaneous lymphomas are the most frequent extra nodal lymphomas after digestive lymphomas.

Objective : To describe the clinical and therapeutic management of cutaneous lymphoma.

Materials and methods : A retrospective study on 26 cases collected in clinical hematology department Farhat Hached hospital between 1993 and 2011.

Results: Twenty six patients, 18 men and 8 women . The average age was 46 years (range between 11 and 78 years). The delay between the onset of lesions and the diagnosis is on average 26 months (range 1 month to 20 years) with 65% of patients have consulted in the first year. Skin lesions are presented in the form of nodules 10 cases, 4 cases papules, erythematous cupboard in 6 cases, budding polymorphic tumor lesions in the remaining cases. The lesion size varies between 1 and 20 cm with an average of 5.16 cm. Skin lesions are located on the trunk in 12 cases, 10 cases members, head and neck in 7 cases. The lesions are unique in 40 % of cases. 23.1% of patients presented with lymphadenopathy.. The general condition of the patients was preserved in 92% of cases with WHO score 1. A Biology , in most cases the count was correct with one case of anemia was 7.5 g / dl and 2 cases of thrombocytopenia ($< 100000\text{elts/mm}^3$) LDH was increased in half of the cases. A hepatic cytolysis 2 times normal was recorded in two cases with proper renal function in all patients. Radiological assessments primarily a thoraco – abdomino-pelvic CT scan revealed the deep lymph nodes in two cases. Bone marrow infiltration was noted in 5 cases.

Skin biopsy found a large B-cell lymphoma cells in 41.7 % of cases, LT small cells in 25% of cases and large cell in 15.4% of cases, undifferentiated in 7.6% of these and lymphoma T / NK nasal -type in 3.8 % of cases.

Treatment was defined according to the histological type and grade clinico- radiological with complete remission in 65.2 % of cases, an increase in 14.3 % of cases and treatment resistance in 9.5 % of cases. The relapse was noted in 28.6 % within 18weeks average (range 1 to 66 weeks) with rapid progression to death in 50 % of cases even in treatment of relapse.

The average decline was 37.5 with a median 13 months; progression to death was noted in 19.2 % of cases by a multigrain failure in half of the cases or septic shock following a febrile aplasia in the other half.

Conclusion : Despite its superficial clinical expression, late diagnosis is a prognostic factor associated with histological type and grade the response to treatment.

CA120. MYSCOSIS FUNGOIDES: A GREAT MIMIC

*I. Chamj¹, K. Sellami¹, A. Masmoudi¹, H. Chaabene¹, H. Bellaj², M. Elloumi²,
M. Mseddi¹, H. Turki¹*

1. Dermatology department, CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

2. Hematology department CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction : A considerable number of reports have documented mycosis fungoides (MF) mimicking other dermatoses. Due to his highly variable presentation, the diagnosis can be difficult in its early stages. MF was largely considered as the great imitator, which may explain diagnosis delay. We report the cases of 10 patients with MF mimicking other dermatoses .

Methods and materials : Our study was retrospective. We have consulted medical observations of patients with MF being hospitalized in our department from 2008 to 2013. The diagnosis of MF was not suspected clinically but was based on histopathologic findings. We identified initial clinical symptoms.

Results : The majority of the patients were men with a sex ratio of 7/3. The mean age was 57 years, with extremes ranging from 43 to 78 years. Symptoms evolved for a mean period of 17 years, with extremes ranging from 1 to 40 years. A total of 3 dermatoses were mentioned: psoriasiform plaques were noted in 7 cases. Lesions were erythematous and pruritic, suggesting eczema in 2 cases, and we noted erythematous macules with fine scales, suggesting tinea versicolor in one case. A skin biopsy confirmed MF in all cases.

Discussion : MF is the most common type of cutaneous T-cell lymphoma. Typically, neoplastic T cells are localized to the skin and produce patches, plaques, tumours or erythroderma. Despite the typical presentation of MF, initially described by Alibert and Bazin, Zackheim and Mc Calmont in 2002, showed that MF is a great imitator that can simulate more than 50 other dermatological conditions. In early stages of MF characteristic lesions consist of erythematous macules or papules which resemble an eczema, often some degree of scaling is observed similar to psoriasis.

The diagnosis is based on a combination of clinical, histological and immunohistochemical examination.

Conclusion : MF had a wide spectrum of clinicopathological manifestations and unpredictable course. It should not be misdiagnosed particularly in atypical form.

CA121. FLOW CYTOMETRY CRITERIA IN SCREENING OF CIRCULATING SÉZARY CELLS

I. Safra*, S. Mahjoub, Z. Manai, H. Ghedira, M. Barmet*, C. Fouzai*, Ben Romdhane, S. Menif*.

*Service d'hématologie La Rabta, Tunis *laboratoire d'hématologie. Institut Pasteur de Tunis*

BACKGROUND : The phenotyping of circulating neoplastic T cells in Sézary syndrome (SS) is most often accomplished by flow cytometry (FC) using various non-standardised strategies.

OBJECTIVES : The purpose of this study was to analyse, by Six-color flow cytometry, specific criteria involved in SS diagnosis.

METHODS : Lymphocytes T population's aberrancies were studied on 14 peripheral blood specimens from patients with increased lymphocyte counts and erythrodermic inflammatory skin diseases.

RESULTS : Subsequent change in immunophenotype allowed diagnosis of erythrodermic cutaneous T-cell lymphoma in 6 patients: 3 patients with phenotypic aberrancies, including dim CD2 in one case, absent CD4 in another case and absent CD5 in one case. 2 patients with a CD4/CD8 ratio of 10 or higher caused by an increase in circulating T CD4 cells and 1 patient with increased lymphocyte counts with evidence of a TCRgd CD4 T-cell clone in the blood. In the other patients CD4/CD8 ratio was elevated but not a lot to retain Sézay syndrom.

CONCLUSIONS : Flow cytometry (FC) is frequently used to detect aberrant peripheral blood (PB) T cells «Sézary cells», The lack of specific markers for patients makes it difficult both to ascertain the presence of clonal cells and to quantify the tumour burden in the peripheral blood, Three aberrant phenotypes must be studied (aberrant antigen expression, CD4/CD8 ratio and Clonality) to screen SS peripheral blood cells. Specific aberrant antigen expression or lost should allow better identification and quantification of circulating Sézary cells and may contribute to staging disease.

CA122. BLASTIC PLASMACYTOID DENDRITIC TUMOR (BPDCT) REVEALED BY CUTANEOUS LESIONS CELLS : A CASE REPORT

*F. Ghribi¹, D. Jaber¹, R. Mansouri¹, K. Kacem¹, R. Doghri², M. Zarrouk¹,
M. Bechir¹, H. Ben Nejj¹, Y. Ben Abdennebi¹, L. Aissaoui¹, Z. Bel Hadj Ali¹,
H. Ben Abid¹, K. M'rad², R. Ben Lakhal¹, B. Meddeb¹*

1. Clinical hematologic department- AZIZA OTHMANA Hospital

2. Anatomopathologic department – SALAH AZAIEZ Institute

Introduction : Cutaneous malignant tumor proliferation CD4 + / CD56 +, is an extremely rare disease. It previously called "Hematodermie CD4/CD56 "currently classified under myeloid acute leukemia according to the WHO renamed «cell tumor plasmocytoid dendritic blast (BPDCT).» This tumor arises in plasmocytoid dendritic cells. This is a very aggressive tumor with poor prognosis.

Observation : A 65 years old man with a 2 years history of nodular skin lesions, scattered all over the body and of different ages without systemic signs or tumor syndrome at clinical examination .Histological study of cutaneous biopsy revealed a lack of expression of lymphoid and myeloid markers with only a co-expression of CD4, CD56 and CLA. By staging, neither lymph node nor hepato splenomegaly was found. The bone marrow biopsy specimen was showed an infiltration by the same cells. The patient was treated with chemotherapy type mini CHOP with disappearance of skin lesions after the first cycle.

Discussion : BDPCT is a rare disease characterized by skin tropism involvement. Systemic signs are often late. Phenotypically, tumor cells showed a lack of expression of markers of B or T lymphocyte cell lines or the myeloid lineage with an expression of plasmacytoid dendritic cell markers: CD4, CD56 and TCL1. It should be differentiated from AML with aberrant expression of CD4/CD56 or lymphoma / leukemia NK. This disease had a behavior similar to acute leukemia (AL). Data are quite poor for therapeutic strategies. Published cases are treated as aggressive lymphoma or as AL. Prognosis are poor with a median survival of less than 12 months for chemotherapy alone. It can reach 30 months with autologous transplantation.

Conclusion : Given the rarity of BDPCT, need for multicentric study is mandatory to better understand.

CA123. CUTANEOUS LYMPHOMA IN TUNIS

R. Mansouri¹, S. Zriba², M. Bahri², F. Rabhi³, K. Kacem¹, H. Ghedira², M. Zarrouk¹, M. Bechir¹, H. Ben Neji¹, Y. Ben Abdennebi¹, L. Aissaoui¹, Z. Bel Hadj Ali¹, H. Ben Abid¹, K. Jaber³, N. Doss³, F. M'saddek², R. Ben Lakhal¹, B. Meddeb¹

1. Clinical hematologic department- AZIZA OTHMANA Hospital

2. Clinical hematologic department- Military Hospital

3. Dermatologic department- Military Hospital

Introduction : Cutaneous Lymphoma (CL) are the second type of extra nodal lymphoma. The incidence of CL is increased in the world.

AIM : A retrospective study of cutaneous lymphoma diagnosed between 2008 and 2013 in two departments of hematology: In AZIZA OTHMANA hospital and Military hospital. The aim is to describe epidemiologic and therapeutic characteristics.

RESULTS : 17 CL are diagnosed: 13 patients with primary CL (PCL) and 4 cases of secondary CL. The median age of PCL is 51 years old (33-71) with a sex ratio near of 1 (6M/7F). The phenotype T is predominant (61.5%). There is 2 mycosis fungoïde, 3 sezary syndrom, 2 anaplastic T, ALK negative and 1 case of pleomorph T. PCL was of B phenotype in 4 cases: 3 Centro-follicular and 1 of diffuse large B cell lymphoma type Leg. One case of anaplastic lymphoma of phenotype nul, ALK negative. PCL are localized in 8 cases and they are classified T1 NOMO while in 5 cases lesions are generalized and they are classified as T3NOMO. One patient was dead before treatment and two patients were lost. Wait and watch is preferred in two patients due to localized lesions. One of them has a progression disease after 18 months. Two patients had a local treatment in dermatology department and they are alive in CR. 6 patients have received chemotherapy: 1 CHOEP, 3 CHOP, 2 R-CHOP. Among them, 4 are alive in CR1, one still receiving his treatment. One case of refractory disease requiring Hyperbare Oxygenotherapy and radiotherapy.

Among nodal lymphoma, we have noted 4 cases of secondary CL: 2 of B phenotype (DLBCL and follicular lymphoma), 1 anaplastic T lymphoma, ALK negative and one of anaplastic non B non T lymphoma. The median age is 42 (29-71) with a sex ratio of 1.

Treatment was based on national guidelines for treatment of nodal lymphoma: 2 CHOP, 1 R-CHOP. Cutaneous lesions are present in relapsed nodal lymphoma and it was treated by ICE cycles and peripheral stem cell transplantation. 3 relapses occurred with refractory disease and death occurred after an overall survival of 10, 28 and 32 months. Only one patient is alive in RC1 after 17 months of diagnosis.

DISCUSSION : 13 cases of CL in two centers over 6 years are quite insufficient to discuss CL. Certainly the frequency is under estimated because they are often treated in departments of oncology and dermatology. Prognosis depends on the type of primary or secondary lymphoma and on histologic, biologic and anatomoclinical characteristics. Treatment recommendations should emanate from a multidisciplinary consultation.

CONCLUSION : Multicentric studies are necessary to evaluate CL in our population.

CA124. LYMPHOME DE HODGKIN DE L'ENFANT : ETUDE DESCRIPTIVE DE 104 PATIENTS AU CHU DE CASABLANCA.

W. Kaddouri, N. Khoubila, S. Cherkaoui, A. Madani, S. Benchekroun, A. Quessar
Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, Hôpital 20 Aout 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Introduction : Le lymphome de hodgkin (LH) de l'enfant représente 5% des tumeurs malignes de l'enfant. Les taux actuels de survie globale à 5 ans dépassent 90%. Les principes thérapeutiques sont de plus en plus basés sur l'adaptation et donc la personnalisation du traitement mais aussi la minimisation des effets secondaires tardifs.

La prise en charge du LH de l'enfant dans les pays en voie de développement notamment au Maroc, souffre de plusieurs entraves, en particuliers le retard du diagnostic et l'absence d'alternative thérapeutique immédiate en cas de rupture médicamenteuse.

Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs du LH chez l'enfant.

Patients et méthodes : Etude rétrospective descriptive menée au service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, concernant les patients atteints de LH âgés de moins de 20 ans, entre 2008 et 2013. Le diagnostic était confirmé par une étude anatomopathologique de biopsie complétée par immunohistochimie. Les patients ont été traités par différents protocoles (MDH-04, OEPA-COPDAC et ABVD) selon la disponibilité des médicaments.

Résultats : nous avons colligé 104 patients âgés entre 3 ans et 20 ans (médiane : 15,5 ans), Le sex-ratio était de 1. Les adénopathies cervicales représentaient le mode de révélation dans 84% des cas. La durée moyenne d'évolution des symptômes avant diagnostic était de 7 mois (1-36 mois). Nous avons retrouvé 63,5% de formes localisées (stades I-II) et 36,5% de formes étendues (III-IV). Le type scléronodulaire était le plus fréquent (63,5%), l'immunohistochimie était faite dans 72% des cas. Onze malades non traités ont été exclus du traitement, 3 sont décédés et 8 abandons. Parmi les 93 malades éligibles au traitement, 78,5% ont été mis en rémission complète (RC), 4% en rémission partielle, 11% en échec de traitement. Nous avons compté au cours du traitement 2 décès et 6 abandons. 22% des malades mis en RC ont rechutés dont 5 malades ont été autogreffés (29%). Le taux de survie globale était de 86%.

Conclusion : malgré un taux de survie globale assez satisfaisant, l'inhomogénéité des traitements, le taux de décès avant et durant le traitement et l'abandon constituent un handicap majeur à une optimisation des résultats.

CA125. LOCALISATION ANALE D'UN LYMPHOME PLASMABLASTIQUE VIH POSITIF

M. Lahjaouj, M. Lamchahab, S. Marouane, M. Rachid, M. Qachouh, A. Madani, S. Benchekroun, A. Quessar

Service d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique Hôpital 20 Août 1953, CHU IBN Rochd Casablanca

Introduction : Le lymphome plasmablastique(PBL) est une entité spécifique qui se produit presque exclusivement chez les patients infectés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et implique la cavité buccale et la mâchoire .Ce lymphome est caractérisé par une croissance diffuse des cellules tumorales avec un gros MIB-1 à haut indice de prolifération, de la présence d'immunoglobuline à chaînes lourdes et l'expression des antigènes CD38 et CD138. Des cas exceptionnels de PBL ont été signalés au niveau de l'estomac, du poumon, de la cavité nasale et au niveau du nœud lymphatique chez des malades séronégatives.

Nous rapportons un cas clinique inhabituel de PBL de localisation anale diagnostiqué dans notre service.

Observation : Il s'agit de Mr MM âgé de 35 ans, marié et sans enfants, ayant comme antécédent une tuberculose pulmonaire traitée. Il a présenté 3 mois avant sa première consultation en hématologie, des épisodes de réctorragies qui ont été considérés et traités comme des hémorroïdes. Une fibroscopie oeso-gastro-duodenale avait montré une gastrite chronique modérée atrophique légère à HP+++ avec infiltrat lymphoïde réactionnel. La coloscopie été normale. L'anuscopie retrouvait une formation pseudo tumorale thrombosée et ulcérée, avec à la pièce de résection anale un aspect de localisation digestive pariétale d'une prolifération plasmablastique. L'étude immunohistochimique retrouvait CD138+, CD20-, chaînes légères d'immunoglobulines kappa- lambda-, CD5-, CyclinD1-, protéine de latence membranaire de l'EBV(LMP1)-, ki67 à 90% concluant ainsi à un lymphome plasmablastique. Devant le contexte une sérologie VIH a été demandée qui s'est révélée positive. Le bilan d'extension fait de TDM thoraco-abdomino-pelviennne a montré la présence d'adénopathie axillaire gauche,et de multiples adénopathies mésentériques,LDH était à 317UI/l,l'électrophorèse des protéines sériques a objectivé un pic gamma à 28.9% (8_16)et hypoalbuminémie à 45.6%(60_71),la numération formule sanguine était normale, le bilan d'hémostase était correct ,les sérologies virales de l'hépatite B et C sont négatives.il s'agit donc d'un LNH plasmablastique stade IIIe Bb. Le patient a été traité par des cures de CHOP plus trithérapie et suivi par les infectiologues. La rémission complète a été obtenue à 4cures et depuis maintenue avec un recul de 9mois.

Discussion : Lymphome plasmablastique (PBL) est une tumeur des cellules B avec un rare comportement clinique agressif qui se produit principalement dans la cavité buccale et chez les patients positifs pour le VIH. Cependant, il a été récemment reconnu que PBL peuvent également être extra-buccale,et affecter les personnes sans infection par le VIH, et a suggéré que ces tumeurs présentent des caractéristiques différentes clinico-pathologiques entre les patients VIH-positifs et négatifs.Etant donné la rareté, la morphologie, et l'absence d'expression de CD20 dans le PBL,la localisation extra-buccale et l'immunocompétence reste un défi de diagnostic.

CA126. LOCALISATION GASTRIQUE D'UN LYMPHOME DU MANTEAU CHEZ UN SUJET JEUNE

*M. El Makkaoui, F. Haddad, M. Tahiri, W. Hliwa, A. Bellabah, W. Badre
Service de gastro-entérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc*

INTRODUCTION : Le lymphome à cellule du manteau représente moins de 10 % des Lymphomes Primitifs gastro-intestinaux de type B. La localisation gastrique s'intègre essentiellement dans le cadre d'une polypose lymphomateuse, elle est exceptionnellement isolée, et associée de façon constante à la localisation colique. Ce lymphome qui touche le plus souvent des hommes de plus de 50 ans, diagnostiqué à un stade avancé, est souvent agressif.

OBSERVATION : Nous rapportons l'observation d'un jeune patient de 18 ans qui se plaint depuis 3 mois d'épigastalgies, avec à l'examen une masse épigastrique dure douloureuse, sans adénopathies périphériques palpables, évoluant dans un contexte d'altération profonde de l'état général. La fibroscopie œsogastroduodénale retrouve un processus tumoral antro-fundique ulcéro-bourgeonnant. Les biopsies gastriques ont montré un processus lymphomateux diffus à grandes cellules, avec à l'étude immuno-histochimique un phénotype B (CD20+/CD3-), avec expression de CD5 et de la cycline D1. Le Ki67 révèle un taux de prolifération élevé de l'ordre de 80%. Le scanner thoraco-abdominal a retrouvé une poly-adénopathie intra, rétro péritonéale et précarinaire, avec une hépatomégalie multinodulaire. La recherche d'autres localisations s'est révélée négative notamment pas d'atteinte colique, ORL, ni médullaire. Le diagnostic d'une localisation gastrique d'un lymphome B à cellules du manteau dans sa forme blastoïde à cellules pléomorphes a été retenu. A j10 de son hospitalisation l'évolution a été marquée par le décès du patient.

CONCLUSION : Le lymphome à cellule du manteau est une prolifération lymphoïde B maligne très hétérogène mais bien définie par la présence d'une translocation t(11\14)(q13\q32) dérégulant la cycline D1. Ce lymphome est caractérisé par une évolution clinique rapidement péjorative notamment dans la forme blastoïde qui survient le plus souvent lors des rechutes. L'originalité de cette observation est due à La localisation gastrique d'un lymphome du manteau sans atteinte colique, avec la particularité de son aspect endoscopique. Exceptionnelle survenue chez le sujet jeune de la forme blastoïde « de novo » qui est particulièrement agressive.

CA127. LES LYMPHOMES GASTRIQUES (A PROPOS DE 29 CAS)

*M. El Makkaoui, F. Haddad, M. Tahiri, W. Hliwa, A. Bellabah, W. Badre
Service de gastro-entérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc*

INTRODUCTION : Les lymphomes gastriques constituent une pathologie rare, puisqu'ils ne représentent que 3% des tumeurs gastriques. Cependant ils constituent la localisation la plus fréquente des lymphomes digestifs. Il est démontré que l'infection par *Helicobacter Pylori* (HP) est impliquée dans le développement de ces lymphomes, d'où la possibilité de prévention voire de curabilité de certains lymphomes sous éradication de l'HP.

L'objectif de notre travail est de préciser le profil épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des lymphomes gastriques.

MATERIELS ET METHODES : Nous rapportons 29 cas de lymphomes gastriques colligés au service d'hépatogastro-entérologie du CHU IBN ROCHD sur une période de 6 ans entre Mars 2008 et Décembre 2013.

RESULTAT : L'âge moyen est de 52 ans, avec une prédominance masculine (sex ratio : H/F= 1,9). Le tableau clinique était dominé par l'altération de l'état général dans 89%, suivi de l'hémorragie digestive dans 38% des cas, et les épigastalgies dans 34,5% des cas. Le diagnostic est posé sur la fibroscopie digestive haute en montrant un aspect macroscopique d'un processus ulcéro-bourgeonnant dans 69% des cas, des gros plis dans 33% et une muqueuse infiltrée dans 31% des cas. L'étude histologique des biopsies a confirmé le diagnostic en montrant des LMNH avec des lésions indifférenciées et infiltrantes dans 31% des cas, et présence de l'HP dans 83% des cas. L'immuno-histochimie a révélé des lymphomes de Malt dans 27,6% des cas, et 41,4% de lymphomes B à grandes cellules. Le bilan d'extension est basé sur un examen ORL, une colonoscopie, une échographie abdominale, une tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne qui a montré un épaississement circonférentiel pariétal irrégulier de la région antrale dans 33%, une biopsie ostéo-médullaire et un transit du grêle. Ce bilan d'extension a révélé 13,8% des lymphomes localisés stade I, et 41,4% des lymphomes stade IV. Le traitement s'est basé sur l'antibiothérapie pour les lymphomes de Malt localisés ; et la poly chimiothérapie pour les lymphomes étendus.

CONCLUSION : Le diagnostic repose sur l'endoscopie digestive de toute lésion suspecte complétée par une étude histologique et immunohistochimique. La découverte de l'implication de l'HP dans la carcinogenèse des lymphomes gastriques a permis un traitement adapté des lymphomes gastriques localisés. Le bilan d'extension détermine le pronostic et la stratégie thérapeutique.

CA128. LEUCEMIE A TRICHOLEUCOCYTES : EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE CLINIQUE DE L'HMIMV DE RABAT

S. Regragui, N. Alami Drideb, S. Amelal, EM Mahtat, H. El Maaroufi, K. Doghmi, M. Mikdame

Introduction : La leucémie à tricholeucocytes (LT) est un désordre lymphoprolifératif chronique de la lignée B, caractérisé par une splénomégalie, une pancytopenie et une fibrose médullaire réactionnelle. Le diagnostic repose sur la présence de cellules « chevelues » sur le frottis sanguin et l'aspect histologique et immunohistochimique de la moelle osseuse. En dehors de LT classique, au moins quatre formes variantes ont été décrites et qui sont caractérisées par une hyper lymphocytose avec un profil immunologique caractéristique.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective, menée entre Janvier 2006 et Avril 2014 dans le service d'Hématologie Clinique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat, et qui a inclue tous les cas de leucémie à tricholeucocytes aussi bien dans sa forme classique que variante.

Résultats : six patients ont été colligés. L'âge moyen est de 58,4 ans (38 à 70 ans). Le sex ratio H/F est de 5/1. Le délai moyen de diagnostic est de 5 mois (1 à 12 mois). La présentation clinique est caractérisée par un syndrome anémique isolé chez quatre patients (50%), un syndrome tumoral sous forme d'une hépato-splénomégalie chez deux patients (33,3%). Dans deux cas (33,3%), la découverte était fortuite. Sur le plan biologique, quatre patients (66,6%) avaient une leucopénie $<4.103/mm^3$ et un patient (16,6%) a présenté une hyperleucocytose $>20.000/mm^3$ définissant une leucémie à tricholeucocyte variante. Tous les patients avaient une anémie et une thrombopénie, avec un taux d'hémoglobine moyen de 7,4g/dl (4 à 10g/dl) et un taux de plaquettes moyen de 47,4 G/l (32 à 63G/l).

Le diagnostic est confirmé par le frottis sanguin et l'immunophénotypage des lymphocytes sur le sang périphérique dans tous les cas. Le médullogramme est réalisé chez deux patients (33,3%) et la biopsie ostéo-médullaire chez un autre (16,6%).

Quatre patients ont bénéficié d'un traitement par 2-chlorodésoxyadénosine (2-CdA) ou Cladribine en première ligne, alors que les deux autres l'ont reçu en deuxième ligne après échec du Rituximab. L'évolution était marquée par une rémission complète chez cinq patients (80%) de durée moyenne de 9 mois (1 à 24 mois). Le sixième patient est décédé suite à un syndrome d'activation macrophagique sévère. Une seule rechute après 18 mois de rémission complète, a été observée chez un seul patient et a été traitée par une deuxième cure de cladribine avec obtention d'une deuxième rémission complète persistante depuis 22 mois.

Conclusion : Les résultats de notre série, malgré le petit nombre de patients et le court délai de suivi, montrent une tendance à obtenir un bénéfice en termes de réponse précoce et tardive avec les analogues des bases puriques. Nous continuons cette étude afin d'obtenir un nombre de patients et un recul statistiquement plus satisfaisants.

CA129. APPORT DU TEP SCAN AU 18-FDG DANS L'ÉVALUATION DES LYMPHOMES DE HODGKIN : EXPÉRIENCE DU SERVICE D'HÉMATOLOGIE CLINIQUE DE L'HMIMV DE RABAT.

*N. Alami Drideb¹, F. Boukhchach¹, M. Kerbout¹, M. Bouaouad, A. Biyi²,
A. Doudouh², K. Doghmi¹, M. Mikdame¹*

1 : Service d'hématologie clinique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

2 : Service des radio-isotopes – Médecine Nucléaire, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : La Tomographie par Emission de Positons au 18-FDG (TEP au 18-FDG) est une méthode d'imagerie métabolique permettant de réaliser une cartographie corporelle biochimique. Véritable imagerie fonctionnelle du corps entier, son application dans les lymphomes et les tumeurs à haute activité métabolique, à diverses étapes de la maladie, est en passe de devenir un standard dans la prise en charge de ces pathologies.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur quarante patients (40 pts) atteints de lymphomes de hodgkin (LH), colligés dans le service d'hématologie clinique de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V à Rabat, durant une période de 06 ans (2007 -2013).

Le but de notre travail est d'analyser l'apport de TEP-SCAN au 18-FDG dans la prise en charge de cette pathologie.

RESULTATS : L'âge moyen de nos patients est de 45 ans avec des extrêmes d'âges allant de 17 à 76 ans. Le sex-ratio est de 26 hommes pour 14 femmes. L'imagerie fonctionnelle par le TEP-SCAN au 18-FDG a été réalisée chez tous nos patients dans le cadre du bilan initiale et/ou de réévaluation post-thérapeutique.

La TEP-SCAN réalisé dans le cadre du bilan initial a permis la re stadification de 4 patients (de stade II au stade IV). Concernant la réévaluation, 13 patients considérés en réponse partielle ou incertaine vu la persistance d'ADP ou de masse résiduelle ont été déclarés en réponse métabolique complète. Par ailleurs, cette exploration a permis de découvrir des foyers hypermétaboliques témoignant d'une poursuite évolutive chez 11 patients, pour lesquelles un protocole de chimiothérapie de deuxième ligne a été instauré.

CONCLUSION : La TEP est fortement recommandée lors du bilan initial de la maladie ainsi qu'en fin de traitement. Sa supériorité à la TDM est indiscutable en cas de masse résiduelle après chimiothérapie.

CA130. PREMIER CAS DE LEUCEMIE A TRICHOLEUCOCYTES COMPLIQUÉE DE SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE.

*A. Raissi, M. Zine, S. Astat, S. Amelal, S. Regragui, N. Alami Drideb, M. Doghmi, M. Mikdame
Service d'Hématologie Clinique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat.*

Introduction : Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est lié à une stimulation inappropriée des cellules macrophagiques, responsables d'une hémophagocytose. Il peut être primaire ou bien secondaire à une infection, à une maladie auto-immune ou à une néoplasie.

Les hémopathies malignes représentent moins de 10% des néoplasies compliquées d'un SAM, mais aucun cas de leucémie à tricholeucocytes n'a été décrit.

Nous rapportons la première observation d'une leucémie à tricholeucocytes (LT) compliquée d'un SAM.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 70 ans, admis dans un tableau d'insuffisance médullaire (syndrome anémique, syndrome hémorragique et syndrome infectieux), sans syndrome tumorale (notamment pas de splénomégalie).

Le bilan biologique objective une anémie sévère macrocytaire arégénérative, une thrombopénie profonde, une neutropénie, une monocytopenie avec une lymphocytose. Le frottis sanguin retrouve des tricholeucocytes.

Le diagnostic d'une LT est confirmé par l'immunophénotypage des lymphocytes circulants (FMC7, CD25, CD11c et CD103 positifs ; CD5 négatif). La BOM initiale est infiltrée par des tricholeucocytes. Il n'a pas été observé de macrophages.

Le patient est mis sous traitement par Cladribine (0,14 mg/kg/j pendant 5 jours), avec l'obtention d'une disparition des tricholeucocytes sur le frottis sanguin. Cependant on a observé à J30 du traitement, l'apparition d'une aplasie profonde et prolongée malgré les facteurs de croissance hématopoïétiques.

Une 2ème étude de la moelle a objectivé des images d'hémophagocytose en faveur d'un SAM. D'autres stigmates biologiques, à savoir une élévation des LDH, des triglycérides et de la ferritinémie sont venus conforter le diagnostic de SAM.

Malgré les moyens thérapeutiques déployés, le patient est décédé dans un tableau de candidose systémique invasive .

Discussion : Le SAM est une maladie rare mais potentiellement fatale. Sa pathophysiologie, non encore complètement élucidée, est probablement secondaire à une stimulation inappropriée du système immunitaire via la prolifération de lymphocytes T activés et de macrophages associée à une apoptose inadéquate des cellules immunogéniques.

La survenue d'un SAM au cours de l'évolution d'une LT n'a jamais été rapportée.

Notre patient présentait, au moment du diagnostic du SAM, un sepsis sévère sur candidose invasive, lui-même favorisé par l'aplasie très prolongée après traitement par cladribine. Ceci rend difficile l'imputabilité du SAM à l'un ou l'autre de ces facteurs prédisposant et qui sont l'hémopathie et le sepsis.

Conclusion : Ce cas clinique illustre la possibilité de la survenue d'un SAM au cours d'une leucémie à tricholeucocytes malgré l'instauration d'un traitement adapté. Le prolongement anormal de la période d'aplasie post chimiothérapie par analogues de purines doit alerter le thérapeute et impose la réalisation d'une exploration médullaire à la recherche d'un SAM afin de le traiter rapidement.

CA131. MACROGLOBINEMIE DE WALDENSTROM (MW) SECONDAIRE A UN LYMPHOME DE LA ZONE MARGINALE (LZM) EXTRA-NODAL DE TYPE MALT: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.

*A. Raissi, EM. Mahtat, S. Amelal, M. Bouaouad, S. Jennane, F. Boukhchach, N. Alami Drideb, H. El Maaroufi, K. Doghmi, M. Mikdame
Service d'Hématologie Clinique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat.*

Introduction : La MW est une hémopathie lymphoïde chronique caractérisée le plus souvent par une prolifération lympho-plasmocytaire associée à la présence d'une immunoglobuline monoclonale de type IgM. L'association avec un LZM n'a pas été bien étudiée dans la littérature, ne faisant l'objet que de quelques cas rapportés.

Nous décrivons l'évolution clinico-biologique d'une patiente ayant présenté une MW au cours de l'évolution d'un LZM extra-nodal de type MALT.

Observation : il s'agit d'une patiente de 57 ans, chez qui a été diagnostiqué en 1997 (à l'âge de 40 ans) un lymphome de MALT gastrique avec présence d'*Helicobacter pylori* (HP) et qui a reçu initialement une antibiothérapie seule. La patiente rechuta en 2003 sous forme disséminée : atteinte pulmonaire, gastrique et grêlique. Elle a été traitée par chlormaminophène et corticoïdes (20 cures). Elle présente en 2007 une deuxième rechute qui a été traitée par 4 cure R-CHOP permettant l'obtention d'une rémission durant 2 ans.

En décembre 2009, la patiente présente un pic monoclonal au niveau des gammaglobulines avec une IgM à l'immunofixation sérique dont l'exploration est revenue en faveur d'une MW. La patiente, étant asymptomatique, est restée sous simple surveillance clinico-biologique et radiologique jusqu'en février 2014 où elle commença à présenter des signes cliniques d'hyperviscosité. Elle est alors mise sous chimiothérapie selon le protocole RCD (Rituximab-Cyclophosphamide-Dexaméthasone).

Discussion : l'association d'une MW avec des lymphomes non hodgkiniens (autres que le lymphome lymphoplasmocytaire ou la LLC/lymphome lymphocytaire) est rarement décrite. Nous rapportons l'association d'une MW et d'un lymphome du MALT digestif et pulmonaire, en soulignant l'intérêt de la surveillance de l'électrophorèse des protéines sérique et parfois urinaire car la découverte de la protéine monoclonale peut précéder de plusieurs années la symptomatologie clinico-radiologique de la MW comme l'illustre notre cas clinique.

Conclusion : L'évolution d'un lymphome de MALT vers une MW reste une éventualité rare mais pas impossible. Il faut donc inclure l'exploration des protéines sériques dans la surveillance à long terme des patients traités pour lymphome du MALT.

CA132. LOCALISATION THYROÏDIENNE ET MUSCULAIRE SQUELETTIQUE DU LYMPHOME DE MALT. A PROPOS D'UN CAS.

F. Boukhchach, M. Bouaouad, N. Alami Drideb, K. Doghmi, M. Mikdame.

Service d'hématologie clinique de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat.

Introduction : Le lymphome de la zone marginale extraganglionnaire développé à partir du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) est une prolifération lymphomateuse de type B qui se développe généralement au niveau des muqueuses digestives. Les localisations thyroïdienne et musculaire squelettique sont rares.

Observation : Mme K.F âgée de 56 ans, diabétique, a consulté devant l'apparition de deux tuméfactions temporo-jugale gauche et basicervicale antérieure évoluant progressivement depuis un mois, sans notion d'altération de l'état général ni signes de dysthyroïdie, ni de compression. Le bilan radiologique a révélé un goitre multinodulaire pour lequel la patiente a bénéficié d'une isthmo-lobectomie gauche avec ablation d'un nodule droit. L'examen anatomo-pathologique est revenu initialement en faveur d'une tuberculose, aussitôt la patiente fut mise sous traitement antibacillaire. L'évolution s'est marquée par une augmentation du volume de la tuméfaction jugale. Une tomodensitométrie cervico- faciale a révélé un processus tumoral intramusculaire intéressant le muscle temporal et le masséter gauche, d'allure maligne. L'étude immuno-histologique de la biopsie de la tumeur a noté un lymphome à petites cellules de phénotype B cadrant avec un lymphome de MALT (CD20+, CD3-, CD5-, CD43-, CD23-, CD138-). Une relecture de pièce thyroïdienne initiale a conclu au même diagnostic. Le bilan d'extension est revenu négatif. La patiente a bénéficié d'une polychimiothérapie selon le protocole R-CHOP totalisant 08 cures avec une rémission complète à l'issue.

Discussion : Le lymphome de MALT ne représente que 7 à 8% des lymphomes non hodgkinien. Des arguments morphologiques, phénotypiques et moléculaires sont en faveur du développement de ces lymphomes à partir de la zone marginale des follicules lymphoïdes associés aux muqueuses. Décrit à l'origine dans le tube digestif (principalement dans l'estomac), le concept de lymphome de type MALT a été ultérieurement étendu à d'autres lymphomes extraganglionnaires : bronches, glandes salivaires, peau, sein, annexes oculaires, etc. L'atteinte thyroïdienne primitive reste rare. En effet, la thyroïde est une glande dépourvue de tissu lymphoïde. Le développement d'un MALT serait associé le plus souvent à une atteinte auto-immune (thyroïdite d'Hashimoto). L'atteinte musculaire squelettique est par contre rarissime et représente moins de 1% des lymphomes de MALT.

Conclusion : Les localisations thyroïdienne et musculaire squelettique du lymphome de MALT restent exceptionnelles et posent un réel problème diagnostique différentiel. La prise en charge thérapeutique et les modalités de suivi de ces patients restent encore controversées.

CA133. LYMPHOME PALPEBRAL BILATERAL DE LA ZONE MARGINALE DE TYPE MALT : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

*N. Alami Drideb, M. Bouaouad, H. Eddou, S. Regragui, K. Doghmi, M. Mikdame
Service d'hématologie Clinique, hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat,
Maroc*

INTRODUCTION : Le lymphome de type MALT (Mucosal Associated Lymphoid Tissue) de la conjonctive appartient au groupe des lymphomes B de la zone marginale. Il s'agit d'une localisation classique mais rare. Nous rapportons l'observation d'un patient prise en charge dans le service d'hématologie clinique de l'HMIMV à Rabat.

OBSERVATION : Homme de 65 ans, artéritique avec une cardiopathie rythmique, qui consulte pour une tuméfaction rose et symétrique des deux paupières inférieures. L'examen histologique sur biopsie de la tuméfaction abouti au diagnostic de lymphome de la zone marginal de type MALT. Un bilan d'extension radiologique par TDM orbitaire et thoraco-abdomino-pelvien montrait un épaissement des parties molles palpébrales bilatérales associé à des adénopathies sus et sous diaphragmatiques.

Un traitement par poly chimiothérapies R-CHOP à permis d'obtenir une rémission complète. Douze mois plus tard réapparaît la tuméfaction palpébrale bilatérale mais sans adénopathie ni autre localisation viscérale. Un traitement par radiothérapie locale à 24 Gy a permis d'avoir de nouveau la rémission complète. Le suivi sans récurrence est de 18 mois.

DISCUSSION : Les lymphomes conjonctivo-orbitaires demeurent une affection rare et représentent 5 à 10 % des tumeurs de l'orbite. La fréquence du LMNH extra nodal de faible malignité de type MALT parmi les lymphomes non hodgkiniens orbitaires n'a pas souvent été étudiée en raison de son identification plus récente. La bilatéralité des lésions pourrait constituer un facteur de récurrence. Le traitement du lymphome conjonctival de type MALT est standardisé. La radiothérapie offre une excellente efficacité pour les formes localisées.

CONCLUSION : Les lymphomes représentent les néoplasies les plus fréquentes de l'orbite et des tissus péri-oculaires au sein des rares tumeurs orbitaires primitives. Le type histologique le plus fréquent est le lymphome de type MALT. Le plus souvent localisé et de bon pronostic, il est caractérisé par sa curabilité même par des traitements peu agressifs, ce qui n'exclut pas un suivi régulier à long terme.

CA134. MYCOSIS FONGOÏDE PILOTROPE A EVOLUTION FATALE.

*H. Baha, S. Chiheb, F. Marnissi, M. Rachid, A. Quessar, M. Bagot, H. Benchikhi
Service de dermatologie¹, service d'anatomopathologie² CHU IBN ROCHD de
Casablanca, Service d'hématologie³ hôpital 20 Août de Casablanca, Service de
dermatologie Hôpital Saint Louis de Paris*

Le mycosis fongoïde pilotrope est une variante du mycosis fongoïde qui est distincte par ses aspects clinique et histologique, son caractère souvent réfractaire au traitement ainsi que par son mauvais pronostic.

Nous rapportons le cas d'une jeune patiente de 44 ans, suivie depuis 2006 pour un mycosis fongoïde pilotrope mimant une acné au niveau du visage, réfractaire aux différents traitements locaux et systémiques et d'évolution fatale.

Le MF pilotrope est une forme rare et méconnue des lymphomes primitivement cutanés. L'atteinte pilaire réalise cliniquement des lésions évocatrices (papules folliculaires, kystes, comédons, alopecie). Les comédons peuvent constituer le mode de début de cette entité mimant ainsi une dermatose bénigne. Le pronostic est variable malgré une prise en charge précoce. Cette observation illustre l'agressivité de cette variante de mycosis fongoïde et son caractère réfractaire au traitement.

CA135. MYCOSIS FONGOÏDE FOLLICULOTROPE CHEZ UN ENFANT : EFFICACITE DU CHLORAMBUCIL

H. Ramid, F. Hali, A. Quessar, H. Benchikhi

Service de Dermatologie et d'Hématologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction : Le Mycosis Fongoïde folliculotrope (MFF) est une forme particulière du mycosis fongoïde(1).

Rare chez l'enfant, il atteint surtout les adultes d'âge moyen entre 40 et 60 ans (80% > 45 ans) (2).

Nous rapportons une observation particulière d'un MFF avec mucinose, survenant chez un enfant de 10 ans.

Observation : Un garçon de 10 ans présentait depuis l'âge de 5 ans un prurit féroce, une érythrodermie ichtyosiforme, des lésions micropapuleuses diffuses, une pachydermie des extrémités, des lésions de molluscum contagiosum touchant le visage et la nuque, une atteinte phanérienne à type d'alopécie en larges plaques non cicatricielle et une onychodystrophie des 20 ongles. L'examen notait de plus des adénopathies cervicales, sus-claviculaires, axillaires et inguinales.

L'histologie montrait un aspect de mycosis fongoïde pilotrope avec mucinose folliculaire, le bilan d'extension était négatif permettait de stadifier le MFF en IIIA.

Le patient était traité initialement par des dermocorticoïdes associés à une photothérapie UVB. Devant la non amélioration, 6 cures de cyclophosphamide à la dose de 300 mg/m²/jour étaient prescrites en association avec prednisonne à 1 mg/kg/jour, sans efficacité.

Par suite, le patient était mis sous interféron à la dose de 3 millions d'unités au rythme de 3 injections par semaine, avec une légère amélioration, Cependant, le patient a présenté une hépatite médicamenteuse imposant l'arrêt de l'interféron .

Il était mis ensuite sous chlorambucil à la dose de 4mg/jour avec bonne tolérance clinique, nette amélioration de l'érythrodermie, désinfiltration des lésions, atténuation du prurit et diminution considérable de la taille des adénopathies. Le recul est de 9 ans, avec un état stationnaire.

Discussion :

Notre observation rapporte un cas de MFF avec mucinose folliculaire, forme rare chez un enfant de 10 ans, résistant à plusieurs traitement, ayant bien répondu au chlorambucil.

Le MFF est une forme particulière du mycosis fongoïde, définie par un tropisme particulier de l'infiltrat lymphomateux pour les follicules pilosébacés avec ou sans dégénérescence mucineuse (1).

Du fait de sa résistance thérapeutique, le pronostic du MFF est plus défavorable que celui du MF classique (60 à 70% de survie à 5 ans) (3).

Sur les 22 dernières années l'incidence du MFF chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans est comprise entre 0 % à 9% de l'ensemble des MF(1).

La rareté des données de la littérature et la disparité des résultats des différentes études laissent la prise en charge thérapeutique des MFF chez les enfants basée sur les mêmes données que chez l'adulte(5).

Le premier cas publié de MF ayant répondu favorablement au Chlorambucil était décrit en 1968 (6).

Conclusion : Les formes tardives du MFF ne sont pas exceptionnelles chez l'enfant, elles sont réputées être résistantes aux traitements locaux. Notre observation confirme le succès du chloraminophène dans les MFF.

Référence :

1. Emilia Hodak, MD,a,f Iris Amitay-Laish
Juvenile mycosis fungoides: Cutaneous T-cell lymphoma with frequent follicular involvement
J Am Acad Dermatol 2013.12.029
2. Wechsler J. [Importance of the new classification of primary cutaneous lymphomas elaborated by the EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) group]. Ann Pathol 1998 ; 18(4):315-323.
3. F. GRANGE
Pronostic des lymphomes T cutanés primitifs Ann Dermatol Venereol 2005;132:5513-20
4. J. WECHSLER
Mycosis fongioïde Ann Dermatol Venereol 2004;131:849-52
5. H.-R. Moon, W.J. Lee
Paediatric cutaneous lymphoma in Korea: a retrospective study at a single institution DOI: 10.1111/jdv.12440
6. Mante C, Brodtkin RH, Cohen F
Chlorambucil in mycosis fungoides. Report of a case of successful treatment.

Acta Derm Venereol. 1968;48(1):60-3.

CA136. MYCOSIS FONGOÏDE TRANSFORME EN LYMPHOME A GRANDES CELLULES CD30+ ATYPIQUE.

H. Moundib, F. Hali*, F. Marnissi**, H. Benchikhi*.*

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca.*

*Service d'anatomo-pathologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca**.*

INTRODUCTION : Le mycosis fongoïde transformé est le plus souvent révélé par l'apparition de tumeurs cutanées et, plus rarement, de découverte fortuite sur la biopsie cutanée d'une lésion infiltrée.

Son incidence est très variable entre les séries, allant de 8% à 55%, avant que ses critères histopathologiques de diagnostic ne soient mieux définis (1,2).

Nous rapportons l'observation d'un homme présentant un mycosis fongoïde transformé de présentation clinique atypique.

OBSERVATION : Monsieur R.B, 73 ans, était suivi au privé pour des lésions papulonodulaires érythémateuses de la joue gauche et de la paupière supérieure droite, apparues 3 mois auparavant, et traitées comme rosacée sans aucune amélioration. L'évolution fut plutôt marquée par l'augmentation brutale de la taille des lésions de la joue en l'espace d'un mois, finissant par confluer et réaliser une tuméfaction nodulaire tumorale de 6 cm de grand axe déviant la cloison nasale et occupant la région médiofaciale, dans un contexte de fléchissement de l'état général. L'examen clinique retrouvait par ailleurs des plaques infiltrées érythémateuses finement squameuses non prurigineuses au niveau du bras droit, de la racine du membre inférieur gauche et des fesses, pour lesquelles le patient n'a jamais consulté et qui évoluaient depuis près de 15 ans, associées à de volumineuses adénopathies sous-maxillaires, jugulocarotidiennes, prétragiennes et inguinales bilatérales.

Plusieurs biopsies de la tumeur cutanée nasale montraient une prolifération lymphocytaire T en nappe diffuse faite de grandes cellules dépassant 25% de la prolifération et exprimant le CD30, un pilotropisme manifeste avec destruction des follicules, sans épidermotropisme manifeste. L'histologie des plaques infiltrées était celle d'un lymphome T épidermotrope à petites cellules. Sur ces éléments, le diagnostic de mycosis fongoïde transformé était retenu.

L'examen tomodensitométrique cérébro-thoracoabdominopelvien ne décelait pas de lyse osseuse faciale ou de localisation encéphalique, ni d'adénopathies profondes ou de localisation extracutanée. La biopsie ostéoméduillaire ne montrait pas d'envahissement. La lecture d'une biopsie ganglionnaire montrait un envahissement par un lymphome T à grandes cellules. Malgré 8 cures de polychimiothérapie type CHOP, on observait une régression de la tumeur nasale mais aussi l'apparition d'une tumeur palpébrale supérieure droite témoignant d'une progression cutanée.

DISCUSSION : La particularité de cette observation réside dans la survenue d'une tumeur nasale volumineuse prêtant cliniquement à confusion avec le lymphome T/NK nasal.

Le diagnostic du mycosis fongoïde transformé peut être difficile en raison des critères histopathologiques

qui ont une faible reproductibilité, et de l'existence de plusieurs diagnostics différentiels cliniques et/ou histopathologiques. L'anamnèse et l'examen clinique complet du patient ont été des éléments clés pour porter le diagnostic.

La transformation cytologique du mycosis fongoïde marque un tournant péjoratif de la maladie, avec une évolution clinique en règle agressive, et une médiane de survie après transformation de 22 mois. Toutefois une proportion de cas peut évoluer de manière indolente, ce pourquoi la définition des facteurs pronostics fait l'objet de nombreuses études : la progression extracutanée (taux de survie à 5 ans des stades IIB-IV respectivement de 26,9% et 10,6%), la transformation précoce (<2 ans après le diagnostic de mycosis fongoïde), la négativité du CD30, le MF folliculotrope, l'étendue des lésions cutanées, sont de mauvais pronostic, exigeant une approche thérapeutique agressive. Le stade IV et le pilotropisme manifeste avec destruction des follicules retrouvés chez notre patient compromettaient son pronostic (3,4,5).

L'impact sur la survie d'un diagnostic histopathologique précoce de transformation avant la progression clinique doit être confirmé par des études prospectives (3).

La prise en charge des formes transformées de mycosis fongoïde est souvent difficile. Les polychimiothérapies permettent d'obtenir une réponse complète dans seulement 38 % des cas. Ce sont dans ces formes évoluées de la maladie, en cas d'échec des autres thérapeutiques, tel que fut le cas de notre patient, qu'on a été réalisées les greffes autologues de cellules souches ou allogéniques (6).

CONCLUSION : Les critères clinico-pathologiques ou biologiques prédictifs de cette transformation restent peu connus à ce jour, à l'exception de l'expression de l'antigène CD25 qui peut identifier un sous-ensemble de patients atteints de MF à risque (7).

REFERENCES

- (1) : Dmitrovsky E, Matthews MJ, Bunn PA et al. Cytologic transformation in cutaneous T-cell lymphoma: a clinicopathologic entity associated with poor prognosis. *J Clin Oncol.* 1987;5:208
- (2) : Cerroni L, Rieger E, Hodl S, Kerl H. Clinicopathologic and immunologic features associated with transformation of mycosis fungoides to large-cell lymphoma. *Am J Surg Pathol.* 1992;16:543
- (3) : Vergier B, de Muret A, Beylot-Barry M. Transformation of mycosis fungoides: clinicopathological and prognostic features of 45 cases. French Study Group of Cutaneous Lymphomas. *Blood.* 2000;95:2212-8.
- (4) : Barberio E, Thomas L, Skowron F, Balme B, Dalle S. Transformed mycosis fungoides: clinicopathological features and outcome. *Br J Dermatol.* 2007;157:284-9.
- (5) : Benner MF, Jansen PM, Vermeer MH, Willemze R. Prognostic factors in transformed mycosis fungoides: a retrospective analysis of 100 cases. *Blood.* 2012;119:1643-9
- (6) : E. Diamandidou, P. Cohen, R. Kurzrock. Mycosis fungoides and Sezary syndrome. *Blood,* 1996;88:2385–2409
- (7) : Stefanato CM, Tallini G, Crotty PL. Histologic and immunophenotypic features prior to transformation in patients with transformed cutaneous T-cell lymphoma: is CD25 expression in skin biopsy samples predictive of large cell transformation in cutaneous T-cell lymphoma? *Am J Dermatopathol* 1998; 20:1-6.

CA137. HAIRY CELL LEUKEMIA : TUNISIAN MONOCENTRIC EXPERIENCE

*M. Zarrouk, A. Mejri, H. Ben Abid, Y. Ben Abdenebi, R. Mansouri, H. Ben Neji, M. Bechir, K. Kacem, L. Aissaoui, R. Ben Lakhel, Z. Belhaj Ali, R. Jeddi, B. Meddeb
Department of hematology Aziza Othmana hospital Tunis/TUNISIA.*

Hairy cell leukemia (HL) was identified in 1958 and represents 2% of leukemia. The diagnosis is based on morphological identification of circulating tumor cells and / or bone marrow. The hairy cells are B lymphoid hairy not expressing membrane CD5 molecule but expressing CD103 and DBA-44. This hematologic malignancies remains a unique model with a transformed prognostic by purine analogues.

Between September 2005 and November 2011, 12 patients with HL were identified in the Aziza Othmana hematology departemnent Tunis / Tunisia

Objective : Identify the epidemiological, clinical, biological and evolutionary profile, and evaluate the response to different treatments in our patients

Results and Discussion : 12 patients are monitored and treated at Aziza Othmana hospital between September 2005 and November 2011. The sex ratio is 3 (9 men / 3 women). The median age is 50.5 years (40-71 years)

The circumstances of discovery: a functional anemic syndrome in 5 cases, an infectious syndrome in 3 cases and an incidental finding in 3 cases. Splenomegaly was present in 10/12 patients

Biology: anemia was noted in 11 cases (median hemoglobin was 9.8 g / dl with a range of 6.7 to 12.8 g / dl), leukocytosis is between 900 to 12,200 cells / mm³ with a median of 2500E/mm³. Monocytopenia is present in 3/4 cases with a median of 200 E / mm³. Pancytopenia is present in 8/12 patients

The diagnosis is suggested by the circulating blood cell and bone marrow. He was confirmed by histological and immunohistochemical study in all patients.

One patient is treated by splenectomy and 11 by cladribine

Of 11 patients treated with cladribine: 8 are in complete response, one impartial response, one patient died due to septic shock while complete response, 1 is failed after two cycles and he obtains Complete response after splenectomy. The median time to hematologic reconstitution after cladribine is 30 days (17 -735 days).

Since today no relapse was observed. Event-free survival was 77% at 96 months with a plateau obtained from the 30th months. Cladribine therapy was well tolerated.

2 patients treated with splenectomy: 1 patient is alive in complete response and one is died by septic shock.

Conclusion : The real challenge in the management of HL by purine analogues are infectious complications that may arise later and life-threatening patients even if they are in complete response. Strict and prolonged monitoring as well as making timely and effective management of infections could improve the survival of this Disease

CA138. UNE ICTHYOSE ACQUISE RÉVÉLANT UN MYCOSIS FONGOÏDE

M. Mael-ainin, F. El Amrani^a, Houda Boudhir^a, Jihanne Koufane^a, M. Ait Ourhrouj^a,
F. Kettani^b, K. Senouci^a, B. Hassam^a

a : Service de Dermatologie, CHU Ibn Sina, université Med V, Souissi, Rabat, Maroc

b : Cabinet d'anatomopathologie «Nations unies», Rabat, Maroc

Introduction : Les lymphoproliférations cutanées sont rarement associées à l'ichtyose acquise. Cette dernière constitue le plus souvent un syndrome paranéoplasique révélateur du lymphome. Cependant dans le cas particulier du MF, elle peut correspondre dans de rares cas à une atteinte cutanée spécifique déterminant une entité particulière et rare appelée MF ichtyosiforme. Nous rapportons une observation faisant suggérer l'intérêt d'une biopsie cutanée devant une lésion d'ichtyose acquise.

Observation : Un patient de 56 ans, tabagique chronique, sans notion de prise médicamenteuse, avait consulté pour une éruption ichtyosiforme des membres inférieurs évoluant depuis 2 ans, associée à des maculo-papules discrètement prurigineuses du tronc d'apparition plus récente et une polyadénopathie. L'examen dermatologique retrouvait un aspect ichtyosiforme des membres et du dos, plus marqué sur les jambes, fait de squames brunes et adhérentes avec une infiltration cutanée importante. Une biopsie cutanée avait révélé l'aspect d'un mycosis fongicoïde ichtyosiforme au niveau des lésions de l'ichtyose et l'aspect d'un MF classique sur les lésions du tronc. Le marquage des lymphocytes était fortement positif pour les CD3 et les CD4 et faiblement positif pour les CD8. Il n'y avait pas d'atteinte ganglionnaire histologique. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien était normal. Le diagnostic retenu était celui d'un MF stade IIa dans sa forme classique sur le tronc et les membres supérieurs et de type ichtyosiforme sur les jambes. Une PUVA thérapie était indiquée chez le patient avec une bonne évolution après 3 mois. Un traitement d'entretien par PUVA thérapie était entrepris à raison d'une séance/semaine.

Discussion : Les états ichtyosiformes sont rarement associés aux lymphomes cutanés. Il s'agit particulièrement de lymphoproliférations cutanées de type T. Isolés, ils feraient souvent suggérer en premier l'hypothèse paranéoplasique. Dans le cadre particulier du MF, l'éruption ichtyosiforme peut aussi correspondre dans de rares cas, comme celui de notre patient, à une entité particulière appelée MF ichtyosiforme. Cette nouvelle variante, rare, du MF est définie par un aspect clinique évocateur d'une ichtyose vulgaire et une histologie associant l'aspect spécifique d'un mycosis fongicoïde et celui d'une ichtyose vulgaire. Un déficit en fillagrine au niveau de la couche granuleuse ou une surexpression des facteurs de croissance au niveau de l'épiderme sont les deux hypothèses physiopathologiques avancées par les différents auteurs. Aux stades précoces du MF ichtyosiforme, une réponse thérapeutique est souvent rapportée avec la puvathérapie seule ou associée aux rétinoïdes. Notre patient a également bien évolué sous puvathérapie.

Conclusion : Devant un patient présentant une ichtyose acquise isolée ou associée à des lésions spécifiques, il paraît judicieux de réaliser une biopsie cutanée. Quoique le MF ichtyosiforme soit une entité rare, il faut toujours y penser.

CA139. KÉRATODERMIE PALMO-PLANTAIRE RÉVÉLANT UN MYCOSIS FONGOÏDE : À PROPOS DE 4 CAS.

M. Mael-ainin, H. Boudhir, FZ. Lamchahab, A. Akazane, B. Hassam, K. Senouci
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Sina
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V Souissi, Rabat, Maroc

Introduction : Le mycosis fongoïde représente la variante la plus fréquente de lymphomes cutanés primitifs. Le MF primitivement localisée au niveau des paumes et des plantes (MFPP) est rare et cliniquement non spécifique. Ainsi, ce lymphome cutané peut prêter à confusion avec plusieurs dermatoses inflammatoires ou infectieuses ce qui est à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques cliniques, histologiques et évolutives des MFPP colligés dans notre formation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU Ibn Sina Rabat –Maroc portant sur une période de 11ans incluant quatre patients présentant un MFPP

Résultats : Il s'agissait de trois hommes et une femme. L'âge moyen était de 57 ans. La durée d'évolution moyenne était de 18 mois. Après un bilan d'extension, tous les patients étaient classés IA. Trois patients étaient traités par puvathérapie locale dont 2 ayant nécessité le recours au Méthotrexate. Un seul patient était traité par dermocorticoïde. L'évolution était favorable chez tous les patients.

Conclusion : Le MFPP est une variante clinique atypique du mycosis fongoïde, peu d'études étaient publiées sur ce sujet. Le diagnostic est histologique, d'où l'intérêt de réaliser une biopsie cutanée devant toute kératodermie palmoplantaire résistante au traitement habituel.

Sa prise en charge thérapeutique est non codifiée. L'évolution du MFPP est le plus souvent insidieuse.

CA140. VITESSE DE SEDIMENTATION, MARQUEUR PRONOSTIQUE DU MYCOSIS FONGOÏDE

H. Boudhir, F. El Amrani¹, M. Mael-ainin¹, L. Bahij², L. Benzekri¹, K. Senouci¹, B. Hassam¹

¹ : Service de Dermatologie, CHU Ibn Sina, université Med V, Souissi, Rabat, Maroc

² : Laboratoire de Biostatistique et de Recherche Clinique et Epidémiologie, université Med V, Souissi, Rabat, Maroc

Introduction : Le mycosis fongoïde (MF) est le sous-type le plus fréquent des lymphomes cutanés primitifs de type T. Son pronostic a été amélioré ces dernières années. Plusieurs études se sont attachées à préciser les facteurs pronostiques du MF, aussi bien cliniques, biologiques, histologiques que moléculaires. L'apport de la vitesse de sédimentation (VS) dans le MF a été rapporté dans une seule étude.

Patients et Méthodes : Dans une étude monocentrique rétrospective, réalisée au service de Dermatologie du CHU de Rabat, 65 patients ayant un MF confirmé ont été colligés. Ont été exclus les patients ayant une anémie, une macrocytose ou une hypergammaglobulinémie car elles augmentent la VS. Différents paramètres ont été enregistrés : le sexe, l'âge au moment du diagnostic, la VS sur le dossier et la VS ajustée à l'âge et l'évolution du malade (rémission, aggravation, décès, rechute après traitement). Les stades avancés de MF étaient identifiés à partir du stade IIB (T3N0-1M0)

Résultats : Il existe une corrélation hautement significative ($p < 0,001$) entre la VS accélérée et l'évolution défavorable de la maladie (aggravation, rechute après traitement ou décès). La corrélation entre VS accélérée et les stades avancés de MF était également statistiquement significative ($p = 0,018$).

Conclusion : La VS accélérée au moment du diagnostic du MF est un facteur de mauvais pronostic.

CA141. MYCOSIS FONGOÏDE ET MÉTHOTREXATE : ETUDE DE 31 CAS

H. Ramid, H. Abarji, F. Hali, H. Benchikhi

Service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Le mycosis fongoïde (MF) est un lymphome cutané T épidermotrope qui pose des problèmes thérapeutiques par sa chronicité et ses récurrences fréquentes [1].

Le Méthotrexate (MTX) constitue l'un des traitements du MF résistant au traitement local, surtout au stade de plaques [1].

Le but de ce travail est d'évaluer l'efficacité du MTX dans le traitement du MF aux différents stades.

Patients et méthodes : Une étude rétrospective était menée au sein du service de Dermatologie du CHU de Casablanca sur une durée de 14 ans (Janvier 2000 - Décembre 2013) incluant les patients suivis pour MF confirmé par l'histologie et l'immunomarquage et traité par MTX.

Une fiche pré-établie était remplie : âge, sexe, stade du MF, évolution, délai de réponse clinique et effets secondaires.

La réponse était qualifiée de rémission complète (blanchiment cutané), partielle (amélioration de 50% des lésions initiales), stationnaire (amélioration de 50% et aggravation de 25%) ou échec en absence de réponse.

Résultats : Sur les 121 dossiers de patients atteints de mycosis fongoïde, 31 patients soit 17 hommes et 14 femmes étaient traités par Méthotrexate. La moyenne d'âge était de 52 ans (21 – 88 ans). Les stades cliniques étaient répartis en : stade IB : 4 cas (13 %), stade IIA : 10 cas (32%), stade IIB : 4 cas (13%), stade III : 8 cas (26%) et stade IV : 5 cas (16 %).

Le Méthotrexate était prescrit à la dose de 10 à 50 mg par semaine en injection hebdomadaire intramusculaire (IM), sur une durée moyenne de 18 mois (6 à 25 mois). Le délai moyen d'action du Méthotrexate était de 9 semaines. L'évolution était favorable avec rémission complète chez 9 patients (29%) : 2 IB, 6 IIA et 1 IIB. Une rémission partielle était obtenue chez 10 patients (34 %) : 1 IB, 1 IIA, 3 IIB et 5 IIIA. L'évolution était stationnaire dans 5 cas (17%) : 1 IB, 4 IVB. Cinq patients (2 IIA, 1 III et 2 IVA) avaient interrompu le Méthotrexate devant une aggravation. Deux patients sont décédés.

Parmi les principaux effets secondaires, nous avons relevé des troubles digestifs dans 2 cas, une pneumopathie interstitielle dans 2 cas, une cytolyse hépatique dans 2 cas, une réaction phototoxique dans un cas, un rash maculopapuleux dans un cas et une gynécomastie dans 1 autre. Le recul moyen était de 17 mois.

Discussion : Dans notre étude, le recours au MTX était indiqué essentiellement dans les stades précoces de MF (stade IB, IIA). Cette série a démontré l'efficacité du MTX à une dose moyenne de 25 mg/semaine. Cette dose a permis une réponse favorable dans 45% des cas, confirmant ainsi les

données de la littérature [2]. Des stades plus avancés ont nécessité des traitements systémiques plus agressifs.

Le MTX peut être utilisé en monochimiothérapie à faibles doses en IM chez des patients ayant un MF du stade IB au stade III (< 30 mg/semaine) avec une tolérance satisfaisante et un taux de rémission complète variant de 15 à 60% des cas [3]. Outre, de fortes doses de MTX peuvent être utilisées dans les MF avancés avec des réponses favorables mais brèves dans 50% des cas [4].

Parmi les effets secondaires rarement décrits du MTX, on cite la gynécomastie, des éruptions cutanées et la transformation du MF en lymphomes à grandes cellules [5].

Conclusion :

Le MTX, médicament bien toléré, peu coûteux et facile à administrer, reste un traitement efficace dans la prise en charge du MF surtout au stade précoce. Notre série a prouvé son efficacité à une dose supérieure ou égale à 25 mg/semaine.

Références :

- [1] MT. Paoletti, F. Comozi, A. Domp martin-Blanchere, M. Bagot, N. Ortonne. Le MF interstitiel: une variante rare de mycosis Fongoïde. *Annal patholo.* 2011 ; 31 : 36-40
- [2] P. Zinzani, A. Ferreri, L. Cerroni. Mycosis fungoides. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology.* 2008; 65: 172-82
- [3] R. Aghoram, D. Thappa, R. Kumari, VS. Negi, RP. Swaminathan, S. Jayanthi. Tumor d'emblee responding to methotrexate and prednisolone. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009;75:199-201
- [4] Herschel S, Zackheim MD. Low-dose methotrexate to treat mycosis fungoides : a retrospective study in 69 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 49, 5: 873-8.
- [5] Dereuve O. Traitements systémiques des lymphomes cutanés T épidermotropes (hors interféron et photophérèse). *Ann Dermatol Venereol.* 2005; 132 : 5S31-6.
- [6] F. GRANGE Pronostic des lymphomes T cutanés primitifs *Ann Dermatol Venereol* 2005;132:5S13-20.

**COMMUNICATIONS
AFFICHÉES**

DIVERS

CA142. APPROCHE DES FACTEURS A L'ORIGINE DE LA SOUS DECLARATION DES ACCIDENTS TRANSFUSIONNELS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT DE L'HOPITAL D'ENFANTS DE RABAT

M. Hakam⁽¹⁾, K. Frith⁽²⁾, B. Razoukh⁽²⁾, M. Benajiba⁽¹⁾

(1) Centre National de transfusion Sanguine et d'Hématologie(CNTSH), RABAT, MAROC ;

(2) Institut de formation des cadres de santé(IFCS), RABAT, MAROC

La déclaration des accidents transfusionnels est un outil essentiel d'hémovigilance.

En 2011, le taux de déclaration des accidents transfusionnels chez les receveurs de l'hôpital d'enfants de Rabat n'a pas dépassé 0,17‰ des produits sanguins labiles transfusés. Cette sous-déclaration risque d'engendrer une perte de la capacité du système de surveillance à détecter les risques liés à la transfusion sanguine.

But de l'étude : Déterminer les facteurs à l'origine de la sous-déclaration des accidents transfusionnels chez les receveurs de l'hôpital d'enfants de Rabat.

Méthodologie : Pour élaborer ce travail, deux outils de collecte de données ont été utilisés à savoir : (a) questionnaire adressé au personnel soignant; (b) des entretiens menés auprès des membres du comité d'hémovigilance de l'hôpital.

Résultats : 107 questionnaires étaient analysés Les principaux facteurs mis en évidence :

– facteurs institutionnels : absence d'application de la loi relative à la déclaration des accidents transfusionnels (100 %) : La loi d'hémovigilance a été publiée en 2005, mais aucun décret d'application de cette loi n'a été diffusé.

– facteurs organisationnels : 53,6 % du personnel de l'étude ne sont pas informés de l'existence d'une procédure interne de déclaration des accidents transfusionnels ;

– des facteurs personnels : formation (93 %) et connaissance du circuit déclaratif (91,1 %) ; démotivation à cause de l'absence de retour d'information à propos des cas déclarés (45%);

Conclusion : Cette étude permet de mettre à la disposition des acteurs de l'hémovigilance de l'hôpital d'Enfants de Rabat, les axes à cibler pour améliorer la déclaration des accidents transfusionnels.

Une analyse complémentaire d'autres outils d'hémovigilance, tel que la traçabilité et le suivi post-transfusionnel, fournirait ainsi des données pertinentes à la prise de décision en matière de détection des risques liés à la transfusion sanguine.

CA143. EVALUATION DU CONTENU DE 47 DOSSIERS TRANSFUSIONNELS DANS UN CENTRE HOSPITALIER DE RABAT (HÔPITAL SHEIKH ZAID)

*M. Hakam⁽¹⁾, A. Bousaidi⁽²⁾, S. Bakrim⁽²⁾, H. Drissi⁽³⁾, K. Hajjout⁽⁴⁾, M. Benajiba⁽¹⁾
(1) Centre National de transfusion Sanguine et d'Hématologie(CNTSH), RABAT, MAROC; (2) Institut de formation des cadres de santé(IFCS), RABAT, MAROC; (3) Hôpital universitaire Cheikh Zaid, RABAT, MAROC ; (4) Centre régional de transfusion sanguine de Rabat, RABAT, MAROC*

L'adoption du concept d'hémovigilance au Maroc, et la formalisation des pratiques transfusionnelles au niveau de la région de Rabat, nous a amené à réaliser une étude évaluant le contenu du dossier transfusionnel dans un établissement de soin.

Objectifs : Sensibiliser le personnel à la systématisation du rassemblement de tous les documents transfusionnels dans le dossier du patient.

Dégager un modèle d'audit en hémovigilance.

Méthodologie : L'étude comporte deux étapes : la sensibilisation suivie de l'évaluation. L'échantillonnage est aléatoire simple à partir d'un listing de tous les patients transfusés pendant la durée de l'étude. La méthode utilisée est un audit clinique utilisant une grille à 14 questions.

Résultats : Quarante-sept dossiers médicaux de receveurs ont été étudiés.

Points forts :

- présence constante du dossier transfusionnel ;
- la copie de la demande nominative, la carte de groupe sanguin, le bon de livraison ainsi que la fiche transfusionnelle sont présents dans plus des 75 % des dossiers.

Points faibles :

- le compte rendu de la transfusion sanguine n'existe dans aucun des dossiers transfusionnels examinés ;
- absence de tout document attestant la réalisation du suivi post-transfusionnel à trois mois ;
- le consentement écrit du patient ou de son tuteur est absent de tous les dossiers.

Conclusion : Ce type d'évaluation est un outil à la disposition du service des soins infirmiers et du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance pour apprécier les besoins en information et pour suivre ultérieurement l'impact des actions entreprises.

Par ailleurs, l'étude peut servir de modèle d'audit en hémovigilance dans un établissement de soins.

CA144. ETATS DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DES PRODUITS SANGUINS LABILES A L'UNITE D'HEMATOLOGIE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DE RABAT

*F. Mnebhi, M. Elkhorassani, M. El Kababri, L. Hessissen, A. Kili, M. Khattab
Centre d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, Hôpital d'enfants de Rabat*

Introduction : La transfusion des produits sanguins labiles (PSL) est une situation fréquente, dont les indications sont précises. L'objectif de ce travail est d'évaluer la consommation des produits sanguins labiles dans une unité d'hématologie et d'oncologie pédiatrique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée sur une période allant du 1er Février au 31 Mars 2014. Etaient inclus, tous les patients suivis à l'hôpital de jour et hospitalisés à l'unité d'hématologie oncologie pédiatrique, ayant nécessité une prescription des produits sanguins labiles. Les paramètres étudiés étaient les données démographiques, les motifs de transfusion de PSL, les différents produits labiles utilisés et le coût.

Résultats : 542 patients ont été colligés. L'âge moyen de nos patients était de 10,47 ans (extrêmes de 1 à 32 ans). Une prédominance masculine a été notée (sex-ratio de 1,26). 41,65% des patients sont de milieu rural et 58,35% des patients habitent en urbain. 55% sont de la région de Rabat, 24,1 % sont de la région du nord, 55% sont de la région de Rabat, 10,62% sont de la région de Fès-Meknès-Tafilalet, 5,85 % sont de la région de l'oriental, 1,3% sont de la région de Casablanca, 1,3% sont de la région de Souss et 1,73% sont de la Mauritanie. Pour la couverture sanitaire : 82,11% sont ramédistes, 16,17% sont mutualistes et 1,72% sont payants. Les pathologies ayant nécessité le recours aux PSL étaient : Thalassémie (54,8%), les leucémies aiguës (25%), l'aplasie médullaire (7,7%), l'hémophilie (5%), la drépanocytose (4 %), LMNH (0,82%), UCNT (0,62%), érythroblastopénie (0,62%), neuroblastome (0,62%), rhabdomyosarcome (0,62%), et néphroblastome (0,2%). Tous nos patients ont reçu des pochettes de culots globulaires phénotypés déleucocytés soit 767 CG (509 MAD), 644 pochettes de culot plaquettaire CP (298 MAD) et 113 pochettes de plasma frais congelé PFC (298 MAD) ont été prescrites .

Conclusion : Le recours aux PSL est fréquent. La Transfusion des PSL est un acte thérapeutique non anodin, aussi bien pour le patient, que pour les structures de soin (coût thérapeutique) ; d'où l'intérêt d'un comportement transfusionnel rationnel.

CA145. CONNAISSANCE DU PERSONNEL INFIRMIER EN TRANSFUSION SANGUINE DANS LA GREFFE DE MOELLE

*M. Chafaj, I. Tazi, H. Abou El Houda, K. Jalouni, L. Mahmal
Centre d'Oncologie et d'Hématologie, CHU Mohammed VI Marrakech, Maroc*

Introduction : la transfusion sanguine est un acte médical dont le comportement du personnel soignant et les facteurs organisationnels représentent deux maillons importants dans la sécurité transfusionnelle. Cette sécurité transfusionnelle est encore plus importante quand il s'agit d'une greffe de moelle.

But de l'étude : cette étude a pour but de déterminer le niveau global des connaissances du personnel infirmier en matière de pratique transfusionnelle.

Matériel et méthodes : les données ont été collectées prospectivement à l'aide d'un questionnaire préétabli portant sur les règles et les mesures encadrant la procédure transfusionnelle pour évaluer les connaissances du personnel infirmier en transfusion sanguine dans la greffe de moelle en Avril 2014 au Centre d'Oncologie et d'Hématologie du CHU Mohammed VI Marrakech.

Résultats : durant la période d'étude, 25 infirmiers ont été interrogés. L'âge moyen était de 28 ans +/- 2 ans. Le sexe ratio H/F est identique. 32 % seulement de notre personnel ont eu une formation en matière de transfusion sanguine. 88% des infirmiers affirment respecter les mesures de vérifications de l'identité et du groupage à transfuser. 64% des enquêtés pratiquent les mesures de vérification ultime au lit du malade. En cas d'incompatibilité sur le contrôle ultime, 60% seulement du personnel ont adopté une attitude appropriée. 48% des infirmiers effectuent le prélèvement du groupage dans les bonnes conditions. Pour les mesures de transport et de conservation des PSL, nous avons obtenus un taux de bonne réponse de 88%. Les réponses concernant la connaissance des incidents transfusionnels et les réactions anormales étaient bonnes chez 36%. Les mesures de traçabilité étaient respectées chez 52% des personnes enquêtées. 36% ont répondu correctement à la question concernant l'irradiation et la filtration des PSL. 28% connaissent les complications dues à la transfusion de PSL inappropriés et seulement 20% connaissent les complications post-greffe en cas de résistance à la transfusion des PSL.

Conclusion : notre étude a mis en évidence une insuffisance de connaissance du personnel infirmier en transfusion sanguine au cours de la greffe de moelle.

**CA146. UTILITE DU POURCENTAGE DE PLAQUETTES RETICULEES DANS LE MONITORING DES TRANSFUSIONS EN PLAQUETTES CHEZ PATIENTS THROMBOPENIQUE POST CHIMIOTHEAPIES
ASSESSMENT OF AN IMMATURE PLATELET FRACTION (IPF) ON MONITORING OF THROMBOCYTOPENIA IN BONE MARROW FAILURE AFTER CHEMOTHERAPY**

F. Lahlimi*, W. Kaddouri*, B. Oukkache*, M. Lamchahab**, A. Qessar**

*Laboratoire d'hématologie, CHU Ibnrochd, Casablanca, Maroc

**Service d'Hématologie, Hôpital 20 Août Casablanca

Introduction : la thrombopénie secondaire à la diminution de l'activité mégacaryocytaire en post chimiothérapie au niveau de la moelle expose le patient à des complications hémorragiques qui peuvent être fatales, la prise en charge de ces patients est basée sur un support transfusionnel adéquat et bien conduit, Sa gestion dépend du taux de plaquettes, de l'évaluation clinique régulière et prudente, et du protocole adopté par chaque équipe soignante. La capacité de prévoir la régénération plaquettaire par la moelle devrait permettre une approche plus raisonnable de l'acte transfusionnel et une optimisation de l'utilisation de ces produits onéreux et difficilement disponibles dans notre contexte. Un nouveau paramètre récemment développé par les nouveaux automates basé sur la quantification des plaquettes jeunes réticulés par cytométrie en flux, exprimé par fraction des plaquettes immatures (IPF), son taux augmente de façon précoce avec l'augmentation de la production médullaire des plaquettes et diminue avec sa diminution, il permettrait ainsi une évaluation rapide de la production médullaire par un simple prélèvement de sang périphérique. Notre travail a pour but de valider l'IPF sur grande échelle comme paramètre sensible dans le monitoring des patients thrombopéniques sous chimiothérapie et l'établir comme élément de base dans la gestion du traitement transfusionnel

Méthode : Nous avons mesuré l'IPF à l'aide d'un XE500 chez 100 échantillons appartenant à des sujets sains, pour établir les valeurs normales et puis nous avons étudié le changement de l'IPF (comparé au VPM) chez 50 patients suivi pour LAM durant toute leur période d'aplasie

Résultats : le pourcentage de l'IPF augmente en moyenne 1à 2 jours avant le taux de plaquette alors que le changement du VPM reste non significatif (figure 1)

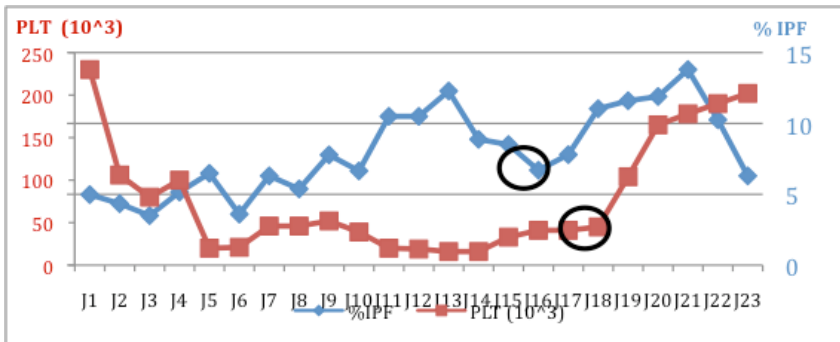


Figure 1 : changement de l'IPF et du taux de plaquettes en post chimiothérapie

Conclusion : l'IPF est un paramètre sensible dans l'évaluation de la régénération médullaire et peut être utile dans le monitoring des patients aplasiques sous chimiothérapie ainsi la transfusion des plaquettes chez un patient en aplasie ne se conçoit que si sa régénération médullaire exprimé par l'IPF est encore loin d'être suffisante

CA147. DEFICIT CONGENITAL EN FACTEUR VII ET CHIRURGIE.

*I. Atiki⁽¹⁾, S. Cherkaoui⁽²⁾, H. Nassik⁽¹⁾, N. Koubila⁽²⁾, A. Bensaid⁽¹⁾, Y. Miloudi⁽¹⁾,
A. Quessar⁽²⁾, S. Benchekroun⁽²⁾, N. Al Harrar⁽¹⁾*

(1) Service d'anesthésie réanimation - (2) Service d'hématologie – Oncologie pédiatrique - Hôpital 20 août 1953, CHU Ibn Rochd – Casablanca

Le déficit en facteur VII (FVII) est une maladie hémorragique héréditaire rare, due à la diminution ou l'absence du FVII de la coagulation, elle est transmise selon le mode autosomique récessif et est due à des mutations du gène F7 (13q34) codant pour le FVII. La prévalence est estimée à environ 1/300 000. Seuls les patients homozygotes ou hétérozygotes composites peuvent présenter un syndrome hémorragique, les sujets hétérozygotes sont asymptomatiques. Comme l'organisme produit moins de facteur VII que la normale ou encore que le facteur VII ne fonctionne pas adéquatement, le processus de coagulation s'interrompt rapidement et il n'y a pas de formation de caillot. Généralement seuls des taux de FVII <30% sont symptomatiques. Le tableau clinique peut être très sévère avec la survenue précoce d'hémorragies intracérébrales, ou d'hémarthroses, ou au contraire modéré avec des hémorragies cutanéomuqueuses (épistaxis, ménorragies) ou des hémorragies provoquées par une intervention chirurgicale. Il existe de nombreux sujets totalement asymptomatiques malgré un taux de FVII très bas.

Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 4 ans suivi au service d'hématologie pour un déficit constitutionnel en facteur VII, programmé pour chirurgie ORL à type d'ablation d'un kyste du tractus thyroïdienne et ayant comme antécédent une circoncision à l'âge de 2 ans qui s'est déroulé sans incidents.

Le bilan préopératoire avait retrouvé un taux d'hémoglobine à 9,7g/dl, des plaquettes à 445 000/dl, un TP bas à 28 %, un TCA à 32,2 sec, le dosage du facteur V à 73%, facteur X à 90% avec découverte fortuite d'un déficit en facteur VII à 15% contrôlé.

Une transfusion de PFC et de concentré de facteur VII recombinant (rFVIIa) a été prévue en cas de saignement excessif en peropératoire. L'intervention s'est déroulée sous anesthésie générale et a duré une heure, sans aucun incident hémorragique per ou postopératoire.

Le déficit constitutionnel en FVII est une pathologie de bon pronostic. Cependant, elle reste très invalidante voire mortelle chez les sujets présentant les formes les plus sévères et ne bénéficiant pas d'une prophylaxie substitutive.

Il n'existe pas de consensus sur le taux hémostatique de FVII à atteindre. Des taux de 20 à 30 % sont suffisants pour stopper ou prévenir une hémorragie et des taux de 50% environ seraient préconisés au moment d'une intervention chirurgicale. Cette observation insiste sur l'intérêt de l'analyse au cas par cas des situations cliniques (anamnèse et examen clinique) plutôt que sur des valeurs et des pourcentages.

CA148. INHIBITEURS ANTI FACTEUR VIII ET ANTI FACTEUR IX CHEZ L'HEMOPHILE

*F. Mnebhi, M. Elkhorassani, M. Elkababri, L. Hessissen, A. Kili, M. Khattab
Centre de traitement de l'hémophilie et des maladies hémorragiques
constitutionnelles. Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, Hôpital
d'enfants de Rabat*

Introduction : Les facteurs anti-hémophiliques deviennent de plus en plus disponibles. Ils sont de plus en plus sur, mais sont tous immunogènes. L'apparition des inhibiteurs Anti-VIII et Anti-IX chez l'hémophile reste la complication la plus redoutée.

Les inhibiteurs compromettent l'efficacité du traitement substitutif. Leur traitement reste aléatoire : induction de la tolérance immune (ITI) contraignante et incertaine et limite des fractions activées.

Le pronostic fonctionnel voir vital peut ainsi être remis en cause

Le but de ce travail est d'exposer à travers une série de patients colligés dans notre centre, les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et de souligner les difficultés thérapeutiques.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective, menée au centre de traitement de l'hémophilie de Rabat, au service d'oncologie hématologie pédiatrique, à l'hôpital d'enfants de Rabat, sur une période de 14 ans (2000-2013).

Résultats : Nous avons colligés 170 patients hémophiles chez qui un suivi était régulier et chez qui une surveillance de l'apparition des inhibiteurs était codifiée. 18 patients hémophiles ont développé un inhibiteur, soit 10,5%; 17 sont des hémophiles A, et 1 patient a une hémophilie B. L'âge moyen de nos patients est 15,1 ans [9-24ans]. Dans notre série : 66,7% des patients ont une hémophilie sévère (n=12), 27,8% ont une hémophilie modérée (n= 5) et 5,5% ont une hémophilie mineure (n=1). La méthode de détection utilisée était le test de correction (Nijmegen modifié). Les résultats étaient exprimés en pourcentage d'inhibition. On ne pouvait pas obtenir le titre des inhibiteurs. L'âge de début du traitement substitutif de nos patients : 11,1% avant l'âge de 6 mois (n=2), 66,7% entre 6 et 12 mois (n=12) et 22,2% après 12 mois (n=4). Le délai moyen entre le début du traitement substitutif et l'apparition d'inhibiteurs est de 10,47ans +/-6. 4 de nos patients ont une histoire familiale d'inhibiteurs anti hémophilique (présence d'inhibiteurs dans la fratrie). Les circonstances de découverte sont : 44,45% hémarthrose extensive (n=7), 27,78% gingivorragies après extraction dentaire (n=5), 11,1% hémorragie digestive (n=2), 5,5% cas hématome musculaire (n=1), 5,5% hémothorax (n=1), 5,5% hématome intracérébral (n=1), et 5,5% après circoncision (n=1). Avant l'apparition d'inhibiteurs, nos patients ont reçu du plasma frais congelé (n=18), facteur recombinant (Kogenate, Refact, Betafact) (n=18), facteur plasmatique (Factane, Octanate) (n=6), à la demande, par voie veineuse périphérique. La prise en charge thérapeutique après l'apparition d'inhibiteurs a fait appel le plus souvent au plasma frais congelé, 3 de ces patients ont bénéficié de facteur VII recombinant (Novoseven) dont un patient qui a effectué une intervention chirurgicale lourde.

Conclusion : Les patients hémophiles avec inhibiteurs positifs posent des difficultés thérapeutiques. Ces inhibiteurs anti VIII et anti IX compromettent l'efficacité des traitements substitutifs, pouvant ainsi mettre en jeu ainsi le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

CA149. HEMOPHILIE B : EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DE RABAT

*I. Elberdai, M. Elkhorassani, L. Hessissen, A. Kili, M. Elkababri, M. Khattab
Service d'hémo-oncologie de Rabat*

Introduction : L'hémophilie B est une maladie hémorragique constitutionnelle chronique, due à un déficit en facteur IX de coagulation, maladie héréditaire récessive, liée au chromosome X, elle touche environ un garçon sur 25000. Le but de notre travail est de décrire les aspects épidémiologiques des cas suivis au service, les moyens entrepris pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique, ainsi que les complications survenus au cours de l'évolution.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant du 1er Décembre 2001 au 31 Décembre 2011, qui a porté sur l'ensemble des patients hémophiles suivis ou s'étant présenté au service. Les dossiers ont été répertoriés dans le registre du service.

Résultats : L'étude a inclut 23 patients. La forme sévère de l'hémophilie B représentait 43.5, la forme modérée 43.5 et la forme mineur de 13. L'âge des premiers signes de l'hémophilie était de 7.1 mois, la moyenne d'âge des patients lors du diagnostic était de 15.77 mois. Lors du diagnostic, les hémorragies extériorisées, les ecchymoses et les hématomes étaient les symptômes les plus fréquents (retrouvés respectivement dans 34.8, 30.4, 21.7 des cas). Le lien familial entre les patients suivis au service d'origine de Skhirat a été établit par un arbre généalogique. Le traitement des épisodes hémorragiques portait sur l'administration du facteur IX pour certains cas, le plasma frais congelé était utilisé dans 95 du fait de la non disponibilité du facteur de coagulation. Les complications survenues étaient : arthropathie hémophilique chez 4 patients, hépatite B chez un patient et accidents immunoallergiques chez trois malades.

Conclusion : Ce travail rapporte les caractéristiques épidémiologiques et les difficultés du suivi des patients hémophiles dans un pays émergents. Des solutions adaptées et adéquates pour promouvoir la prise en charge de l'hémophilie au Maroc ont été entreprise et ont largement amélioré la situation des hémophiles

CA150. EVALUATION DU BILAN PREOPERATOIRE D'HEMOSTASE A TRAVERS UNE ENQUETE REALISE AU SEIN DES CHU DE RABAT ET CASABLANCA -MAROC-

*K. EL Andaloussi, I. Hajji, H. Zahid, A. Yahyaoui, A. Belmekki, N. Messaoudi
Laboratoire d'Hématologie et d'Immunohématologie de l'Hôpital d'instruction
Mohamed V de Rabat*

Objectifs : Evaluer la nécessité d'effectuer ou non un bilan d'hémostase standard en préopératoire.

Type d'étude : Etude épidémiologique descriptive et comparative

Matériels et méthodes : L'enquête a été menée sur plusieurs mois dans deux hôpitaux, le premier est l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V à Rabat et le second est le CHU IBN ROCHD à Casablanca. Un questionnaire préétabli en concertation avec plusieurs collègues de différentes spécialités est distribué à plus de 100 chirurgiens et anesthésistes, (la traumatologie adulte, les services des urgences, la gynécologie, la réanimation, la chirurgie proctologique et viscérale, le service de chirurgie cardio-vasculaire, le centre national des brûlés, la chirurgie pédiatrique, la réanimation chirurgicale pédiatrique, la chirurgie viscérale et la traumatologie pédiatrique, le service de consultation pré anesthésique) .le questionnaire qui a concerné les patients admis ou programmés pour un acte chirurgical , s'intéressait au antécédents hémorragiques ou thrombotiques des malades ,à la présence ou non d'un bilan d'hémostase, aux examens biologiques complémentaires, à la situation clinique et aux risques hémorragiques et thrombotiques péri et post-opératoire.

Résultats : Un bilan d'hémostase a été prescrit dans 57% des cas, ce qui représente à peu près les deux tiers des spécialistes ayant remplis ce questionnaire, avec un taux de 56% de NFS, 67% de TP et 58% de TCA. Les autres examens prescrits sont le fibrinogène, les D-dimères, le dosage des facteurs de la coagulation, le dosage du complexe protéine S et C, l'antithrombine et le temps de saignement. Rare sont les spécialistes qui ont estimé pouvoir s'en passer dans des situations cliniques tel que les sujets sans tare, avec un examen clinique normal ou ayant des pathologies bénignes avec des interventions chirurgicales à faible risque hémorragique.

Conclusions : Cette étude a montré que le bilan d'hémostase en préopératoire est prescrit le plus souvent systématiquement et qu'au total, il s'agit d'une fausse sécurité du risque hémorragique et souvent, c'est une source de contrôles inutiles et de retards coûteux d'intervention chirurgicale. Ces résultats plaident en faveur d'une approche différente des connaissances scientifiques pour espérer modifier les prescriptions de ces bilans.

CA151. DECOUVERTE FORTUITE AU LABORATOIRE D'UN DEFICIT ISOLE DU FACTEUR VII DE COAGULATION

*I. Hajji, K. Elandaloussi, A. Yahyaoui, H. Zahid, A. Belmekki, N. Messaoudi
Laboratoire d'hématologie HMIMV Rabat*

INTRODUCTION : La proconvertine est un facteur de la coagulation vitamino-K dépendant qui intervient dans la voie exogène de la coagulation. Le déficit congénital en facteur VII de la coagulation est une affection rare dont la prévalence est estimée à 1/1 000 000. Les déficits acquis et isolés en FVII sont exceptionnels. Nous en rapportons l'observation d'un patient hospitalisé pour un œdème des membres inférieurs dont l'exploration a conclu à un déficit sévère en facteur VII.

OBSERVATION : Il s'agit d'un patient âgé de 57ans. Le début de symptomatologie remonte à 20j par l'installation progressive des œdèmes des membres inférieures et supérieures. Le bilan d'hémostase révélait un taux de prothrombine à 38 %, avec un temps de céphaline activée à 34,9s. Devant ce tableau clinique, un dosage des facteurs de coagulation est réalisé et met en évidence un déficit isolé en facteur VII estimé à 4 %. L'enquête génétique familiale n'a pas été réalisée.

DISCUSSION : Le déficit en facteur VII est une maladie héréditaire de transmission autosomique récessive. Seuls les patients homozygotes peuvent présenter un syndrome hémorragique. Le tableau clinique de cette maladie est variable et la sévérité du syndrome hémorragique n'est pas corrélée aux taux résiduels en facteur VII. Le déficit peut cependant rester inaperçu et ne se révéler qu'à l'occasion d'un traumatisme (comme dans le cas que nous rapportons), d'une intervention chirurgicale ou d'une enquête familiale. Le diagnostic se fait devant un allongement du temps de prothrombine et un TCA normal. Le dosage de l'activité du facteur VII identifie alors le déficit isolé. Devant un déficit en FVII, les options thérapeutiques comprennent le plasma frais congelé, peu efficace, le complexe prothrombique humain (PPSB) qui est de moins en moins utilisée, le concentré de FVII et le FVIIa recombinant se caractérise par une excellente efficacité. Le traitement est indiqué en cas d'accident hémorragique aigu, ou en prophylaxie avant une intervention chirurgicale.

CONCLUSION : Cette affection héréditaire rare, dans sa forme grave, peut mettre en jeu le pronostic fonctionnel, voire vital. Le pronostic de cette maladie, accessible à une thérapeutique, reste lié au risque de survenue d'hémorragies graves. Nous insistons sur l'importance de l'enquête familiale et sur le conseil génétique chez les parents d'un enfant atteint.

CA152. ANEMIE FERRIPRIVE ET HELICOBACTER PYLORI

H. Oulammou, F. Haddad, M. Ezziti, W. Hliwa, A. Belbah, M. Tahiri, W. Badr
Service de gastro-enterologie du CHU de Casablanca

Introduction : L'Helicobacter Pylori (HP) est de plus en plus incriminé dans la survenue de l'anémie ferriprive.

But : Déterminer la prévalence de l'infection à HP chez les patients ayant une anémie ferriprive et préciser l'intérêt de l'éradication de l'HP sur la régression de l'anémie.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective entre Janvier 2011 et Décembre 2013 colligeant tous les patients pris en charge dans le service de gastro-enterologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour une anémie ferriprive et dont l'exploration digestive était normale.

Une cause gynécologique était éliminée chez toutes les femmes. Tous les patients ayant une infection à HP ont reçu une trithérapie avec NFS de contrôle.

Résultats : il s'agissait de 92 patients répartis en 50H et 42F avec un âge moyen de 45 ans et des extrêmes allant de 16 ans à 75 ans.

L'examen anatomopathologique des biopsies gastriques avait mis en évidence :

- Une gastrite chronique à HP + dans 93% des cas.
- Une atrophie gastrique à HP + dans 2,4% des cas.
- Une gastrite chronique à HP – dans 4,6% des cas.
- Les métaplasies intestinales étaient observées dans 30% des cas.

Un traitement d'éradication a été instauré chez tous les patients ayant une infection à HP, la NFS de contrôle a montré une amélioration chez 93% des malades après 2 mois.

Conclusion : L'association d'anémie ferriprive et de gastrite à HP repose sur des arguments scientifiques solides, d'où la nécessité de l'éradication de l'HP désormais recommandée dans le traitement de l'anémie ferriprive.

CA153. EVALUATION OF RETICULOCYTE HAEMOGLOBIN CONTENT AS MARKER OF IRON DEFICIENCY IN MOROCCAN HAEMODIALYSIS PATIENTS

FZ. Lahlimi⁽¹⁾, R. Abid⁽¹⁾, H. EL Oury⁽²⁾, K. Mabrouk⁽²⁾, S.S. El khayat⁽²⁾, B. Oukkache⁽¹⁾

(1) Department of Hematology laboratory, Ibnrochd university hospital, Casablanca, Morocco - (2) Department of nephrology, Ibn Rochd university hospital, Casablanca, Morocco

Renal anemia is a frequent complication of end-stage renal failure, Correction of this anemia includes the administration of both recombinant human erythropoietin and intravenous iron, the evaluation of iron status in these patients provides information essential to the planning of adequate treatment, the percentage of erythrocytes with a low hemoglobin content (% Hypo-He) and equivalent of the reticulocyte hemoglobin content (Ret-He), were proposed as alternative to traditional biochemical tests. Ret-He is a new parameter measured during reticulocyte analysis by automated hematology analyzers on the basis of automated fluorescent flow cytometry these values adequate with reticulocyte hemoglobin content .Our aim was to verify the clinical usefulness of biochemical and cellular parameters as predictors of iron deficiency in patients undergoing long term hemodialysis.

We initially compared Ret-He and Hypo-He with such habitual iron parameters as serum ferritin levels, transferrin saturation and serum iron level, secondly we investigated the changement in Ret-He and % Hypo-He during iron supplementation for iron-deficit patients to determine the usefulness of these markers on the monitoring of iron sufficiency. We studied 34 patients undergoing hemodialysis 3 times weekly, and receiving rhuEPO therapy.

Iron deficiency was defi

ned as having a transferrin saturation TSAT<20% or serum ferritin < 250ng/ml, Ret-He mean value was: 30,1 pg, for %Hypo-He it was: 2,22% , a weak correlation was noted between Ret-He and serum ferritin (r: 0,19, p<0,01), like the correlation between Ret-He and TSAT, the coefficient of correlation became higher as serum ferritin level became lower, (r:0,24, p<0,01) in patients with serum ferritin below 250ng / ml, sensibility and specificity of Ret-He were 45,4% and 41,6% (cut-off level : 32pg), respectively concerning %Hypo-He, the correlation was stronger with all of the biochemical markers (r: 0,54, p<0,01) with sensibility and specificity: 65,3% and 43,1% respectively (cut-off level: 2,7). After 2 weeks of administration of iron in 13 iron-deficient subjects, % Hypo-He and Ret-He significantly increased when the changement of hemoglobin value was not significant.

Ret-He and % Hypo-He seemed to be potentials advantages in the estimation of iron status in hemodialysis patients.

CA154. ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE DES DREPANOCYTOSES AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

R. Tissir, F. Lahlimi, S. Elfakir, I. Tazi, L. Mahmal

Service d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique Hôpital Mohammed VI, CHU de Marrakech

Introduction : La drépanocytose est une maladie génétique autosomique récessive liée à la présence d'une hémoglobine anormale S.

L'objectif de ce travail était de rapporter les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des patients suivis pour une drépanocytose au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Patient et méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive menée entre janvier 2007 et Mars 2014 à l'unité d'hématologie au centre d'oncologie du CHU Mohammed VI de Marrakech. La collecte de donnée est faite sur fiche d'exploitation. La population étudiée est représentée par les malades colligés au service et atteints de drépanocytose. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet, le diagnostic était fait sur électrophorèse d'hémoglobine.

Résultats : Nous avons inclus 16 patients durant la période d'étude. L'âge moyen des patients au diagnostic était de 8,5 ans (1 – 24 ans). Le sexe ratio H/F était de 1,3 avec une prédominance masculine. Aucun antécédent pathologique particulier n'a été retrouvé de façon significative. La plus part des malades sont originaire du sud marocain. La notion de consanguinité était retrouvée chez 2 patients et non précisé chez 8 patients. L'enquête familiale était faite chez 12 patients retrouvant des cas similaire chez 4 patients. Les circonstances de découvertes étaient : le syndrome anémique chez 8 patient, douleur de l'hypochondre gauche chez 2 patients fortuite chez 1 patient, ostéomyélite chez 1 patient, douleur ostéo-articulaire chez 1 patient et non précisé chez 3 patients. La drépanocytose était homozygote chez 5 patients, hétérozygote chez 11 patients dont 2 patients avait une double hétérozygotie thalasso-drépanocytose et 9 hétérozygotie composite S/C. Le taux moyen de ferritinémie était de 654 (9 - 2357 ng/l). Aucun patient n'a bénéficié d'une exploration de surcharge martiale. Cinq patients étaient traités par des transfusions avec une moyenne de 2CG/ mois. Le traitement chélateur était démarré chez 2 patients avec bonne réponse. Les complications retrouvées chez les patients sont : l'allo immunisation chez 3 patients, le syndrome thoracique aigue chez 1 patient et des crises vaso-occlusive chez 5 patients. Dix patients sont perdus de vue.

Conclusion : L'organisation de la prise en charge sur le territoire marocain est très importante pour permettre simultanément un suivi de proximité et un accès aux services spécialisés

CA155. FAMILIAL MYELODYSPLASTIC SYNDROMES : ABOUT A CASE

F. Boufarissi, I. Tazi, F. Lahlimi, K. Raji , M. Bouchtia, M. Sifessalam, H. Hafiane, R. Tissir, I. Mahmal

Service d'hématologie Clinique, CHU Mohammed VI, Marrakech

Introduction : Familial cases of myelodysplastic syndromes are rare, but are immensely valuable for the investigation of the molecular pathogenesis of myelodysplasia in general. Recently, there has been an increase in the number of reported cases, allowing for better understanding of the incidence, clinical features, and pathogenesis of this disorder.

Case : We report the case of three brothers who present since childhood chronic anemia and for whom the diagnosis of myelodysplastic syndrome was made on bone marrow aspiration. The karyotype could not be done, and monitoring of these patients was based on blood transfusion with iron chelator

Discussion : Significant progress has been made in delineating the molecular pathophysiology of myelodysplastic syndrome. Ineffective apoptosis and disordered cell differentiation arise from the acquisition of genetic insults by a hematopoietic stem cell. These genetic lesions may be inherited or acquired, but their exact nature is poorly understood for most patients. The presence of an initiating event is required to increase the susceptibility of the affected progenitor cell to further DNA damage, leading to an accumulation of secondary genetic aberrations that ultimately results in the development of overt myelodysplastic syndrome. These can include structural chromosomal abnormalities, gene mutations, and epigenetic changes, and may be influenced by immune dysregulation and the marrow microenvironment.

Conclusion : Considerable advances have been made in understanding familial MDS. Heightened awareness of clinicians, as evidenced by the recent increase in reported cases, will continue to help identify familial cases of myelodysplastic syndrome.

CA156. ASSOCIATION CHRONIC MYELOID LEUKEMIA AND BREAST CANCER : ABOUT A CASE

F. Boufarissi, I. Tazi, K. Raji, F. Lahlimi, M. Bouchtia, M. Sifessalam, H. Hafiane, R. Tissir, I. Mahmal

Service d'hématologie Clinique, CHU Mohammed VI, Marrakech

Introduction : therapy-related myeloid neoplasms are one of the most important concerns among oncologists/hematologists. Although myeloid neoplasms that develop after treatment with topoisomerase II inhibitors, alkylators, or ionizing radiation are well documented, there are few reports about t-MN caused by antimetabolite-based treatment.

Case : 32-year-old women followed for breast cancer that ended his chimiothérapie (3 cycle of FEC- Docetaxel). 9 months after it has developed a splenomegaly with leukocytosis 60000G/mm³; the bone marrow aspiration has objectified a chronic myeloid leukemia; the karyotyping showed a t(9, 22). the patiente received treatment with imatinib with right answer

Discussion : There is a known association between exposure to radiation and/or cytotoxic chemotherapy and therapy-related chronic myeloid leukemia. This relationship is best described after adjuvant treatment for breast cancer, but has also been reported in patients treated for lymphoma, testicular cancer and colorectal cancer. As for the causative treatment, almost all of the patients examined in the review had been treated with radiotherapy; hence, it was suggested that there is no significant association between Chronic Myeloid Leukemia and exposure to chemotherapy alone. Thus, it remains unknown whether Chronic Myeloid Leukemia that develops after chemotherapy alone represents secondary, or as de novo leukemia. However, a causal relationship between chemotherapy and the development of t(9;22)-positive leukemia has been suggested to exist.

Conclusion : the number of patients treated with S-1 might increase in future it is important for oncologists/hematologists to be aware that secondary CML can occur as a late toxicity of S-1 treatment.

CA157. LE SOIGNANT FACE A L'ECHEC THERAPEUTIQUE

*Y. Hafiani, I. Tazi, R. Tissir, L. Mahmal
Service d'hématologie , CHU Mohamed VI, Marrakech*

Introduction : L'échec thérapeutique se définit par la situation où le patient est au-delà de toute ressource thérapeutique

Matériel et méthodes : C'est une étude prospective chez le personnel médical et paramédical au niveau du centre d'oncologie et d'hématologie du CHU MOHAMED VI.

Résultats : 20 médecins et 10 infirmiers ont répondu au questionnaire, 6 personnes ont refusé de répondre.

Les soignants de sexe féminin acceptent mieux l'échec thérapeutique (52%).

80% de l'équipe du centre oncologie hématologie pensent que le niveau socio-économique contribue à la survenue de l'échec thérapeutique.

87% pensent que la famille idéale est celle qui reconnaît la compétence de l'équipe soignante malgré l'échec thérapeutique.

93% pensent qu'une famille mieux informée est une source d'aide face à l'échec thérapeutique.

67% des soignants n'ont pas expliqué clairement la possibilité d'un échec thérapeutique dont l'attitude diffère lors de sa survenue.

83% pensent que l'échec thérapeutique est incriminé dans l'épuisement professionnel.

L'annonce d'un échec ne se fait pas correctement dans 67% des cas.

97% des soignants préfèrent la collaboration avec un psycho-oncologue.

Conclusion : L'amélioration des mesures thérapeutiques au stade palliatif passe par l'amélioration de la relation patient, malade et sa famille.

CA158. PROFIL CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET EVOLUTIF DES PATIENTS SUIVIS POUR LEUCEMIE MYELOIDE CHRONIQUE AU SEIN DU SERVICE D'HEMATOLOGIE DU CHU MOHAMED VI DE MARRAKECH

*F. Lahlimi, S. ELFakir, R. Tissir, I. Tazi, L. Mahmal
Service d'hématologie clinique, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc*

La leucémie myéloïde chronique (LMC) est un syndrome myéloprolifératif rare (environ un cas pour 100 000 habitants et par an) qui évolue classiquement en trois phases : après une phase chronique ou stable de 36 mois environ, les malades présentent une phase accélérée, puis une crise blastique à partir de laquelle la médiane de vie n'est que de 3 mois. L'utilisation des inhibiteurs de la tyrosine kinase (imatinib) a modifié le pronostic et la prise en charge de ces patients ayant une LMC.

Ce travail a pour but de mettre la lumière sur les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives des patients suivis pour LMC dans notre contexte

Patients et méthodes : les données ont été collectées rétrospectivement des dossiers médicaux des patients ayant une LMC suivis dans le service d'hématologie clinique du CHU Mohammed VI Marrakech entre janvier 2004 et décembre 2013

Résultats : nous avons colligé 40 patients, l'âge moyen était de 43 ans, (14-80 ans), le sexe ratio était de 0,4 avec un prédominance masculine, au diagnostic nos patient avaient une SPM dans 86% des cas mesurant en moyenne 12cm, leur taux moyen de leucocytes était de 233G/L (30-913G/L), et un taux de plaquette était de 617G/L (130-930G/L), la leucémie était dans sa phase chronique chez 91% des patients, accéléré chez 2 patients et transformé chez un patient, un chromosome Philadelphie a été trouvé chez 91% des cas. Selon le score de sokal 25%, 38% des patients ont été classé bas et intermédiaire risque respectivement et 36% ont été considérés comme haut risque, tous nos patients ont été mis sous Imatinib après traitement par l'hydroxyurée dans 61%, une rémission hématologique complète a été obtenu chez 83% des patients, 6 patients n'ont pas répondu au traitement dont 4 étaient en phase chroniques, une évaluation cytogénétique a été effectuée chez 8 patients montrant une rémission majeure chez 3 patients, partielle chez 2 patients, et 3 patients ont été en échec moléculaire, à un recul de 16 mois en moyenne, 32 patients étaient en phase chronique, 2 en phase accélérée et 1 décédé

Conclusion : nos résultats ont montré un taux de rémission hématologique qui rejoint celui rapporté par la littérature, mais l'accès difficile aux examens cytogénétiques limite l'évaluation du profil moléculaire de nos patients sous traitement entravant ainsi une meilleure prise en charge de ces patients

CA159. ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE DES SYNDROMES THALASSEMIQUES AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

*R. Tissir, F. Lahlimi, S. El Fakir, I. Tazi, L. Mahmal
Service d'Hématologie, CHU de Marrakech*

Introduction : Les syndromes thalassémiques sont un groupe très hétérogène de maladies génétiques, de transmission autosomique récessive, caractérisées par l'insuffisance de production d'une chaîne de globine

L'objectif de ce travail est de rapporter les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des patients suivis pour un syndrome thalassémique au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Patient et méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive menée entre janvier 2007 et Mars 2014 à l'unité d'hématologie au centre d'oncologie du CHU Mohammed VI de Marrakech. La collecte de donnée s'est faite sur fiche d'exploitation. La population étudiée est représentée par les malades colligés au service et atteints de syndrome thalassémique. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet, le diagnostic était fait sur électrophorèse d'hémoglobine.

Résultats : Nous avons inclus 20 patients durant la période d'étude. L'âge moyen des patients au diagnostic était de 11 ans (8 mois– 30 ans). Le sexe ratio H/F était de 1,5 avec une prédominance masculine. Aucun antécédent pathologique particulier n'a été retrouvé de façon significative. La majorité des malades sont originaire du sud marocain. La notion de consanguinité était retrouvée chez un patient et non précisé chez 14 patients. L'enquête familiale était faite chez 11 patients retrouvant des cas similaire chez 8 patients. Les circonstances de découvertes étaient : le syndrome anémique chez 12 patient, l'ictère chez 2 patients, l'SPM chez 1 patient et non précisé chez 5 patients. Le faciès mongoloïde était retrouvé chez 7 patients tous avec un retard staturo- pondéral. La thalassémie était homozygote chez 7 patients dont 2 majeurs, hétérozygote chez 11 patient et 2 patients avait une double hétérozygotie thalasso-drépanocytose. Le taux moyen de ferritinémie était de 814 (2976 - 4000 ng/l). L'échographie cardiaque était faite chez 2 patient était normal. Aucun de nos patient n'a bénéficié de l'exploration T2. Neuf patients étaient traités par des transfusions avec une moyenne de 1CG/mois. Sept patients étaient PDV et 4 patients non traité. Parmi les patients traités 5 patients étaient sous chélation avec bonne réponse.

CA160. PLASMOCYTOME PULMONAIRE

Soufya Majdoul

Centre de radiothérapie et d'oncologie de Casablanca

Introduction : Les plasmocytomes extramédullaires sont des tumeurs rares, siégeant préférentiellement au niveau des voies aérodigestives supérieures. L'atteinte pulmonaire primitive est exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'un patient qui a présenté un plasmocytome isolé sous la forme d'une masse parenchymateuse pulmonaire et qui a bénéficié d'un traitement chirurgical élargi

Observation : Patient de 40 ans tabagique chronique à 30 PA, son père est décédé d'un néo de larynx dont l'histoire de la maladie débute par des hémoptysies de faible abondance associées à des douleurs scapulaires .La Radiographie du thorax montre une opacité pulmonaire apicale gauche, une TDM révèle un processus tissulaire au contact de l'œsophage et des vaisseaux. Une bronchoscopie non concluante

Une ponction biopsie transpariétale a été faite : amas de cellule tumoraux indifférenciée

Le patient fut opéré, il a bénéficié d'une lobectomie supérieure gauche extrapleurale avec curage ganglionnaire. L'examen anatomopathologique montre une prolifération tumorale peu différencié, invasive de 7 cm nécrosée à 80%, infiltrant la plèvre sans la dépasser, limite bronchique à 2 cm, la limite vasculaire est saine, le curage ganglionnaire est négatif, quant à l'IHC montre un marquage négatif avec le marqueur épithélial anti AE1/AE3 et positif avec l'anti CD138 ce qui confirme la nature plasmocytaire de la prolifération, il s'agit donc d'un plasmocytome

Le bilan du myélome ainsi que le bilan d'extension sont négatif.

Le traitement a consisté en une simple surveillance après la chirurgie, dont les suites étaient normales.

Discussion : Les données sur le plasmocytome pulmonaire isolé sont assez rares. Les plasmocytomes extra-médullaires, en l'absence de myélome, sont préférentiellement situés au niveau des voies aériennes supérieures, quelquefois dans le tractus digestif ou le système lymphatique , mais exceptionnellement au niveau pulmonaire. L'âge moyen se situe autour de 50 ans avec un sex ratio de 3/1. La présentation clinique est à la fois variée et peu informative. Elle associe une toux, une dyspnée, une altération de l'état général et parfois des hémoptysies.

Le diagnostic repose, d'une part sur l'absence d'argument en faveur d'un myélome et, d'autre part, sur l'examen anatomopathologique d'une pièce opératoire, de biopsies transpariétales au mieux guidées par l'examen tomодensitométrique, plus rarement sur l'étude cytologique du lavage bronchoalvéolaire ou de biopsies transbronchiques, est établi par l'immunohistochimie qui permet de mettre en évidence des immunoglobulines monoclonales intracytoplasmiques au niveau des cellules tumorales.

Le traitement de référence reste l'exérèse chirurgicale élargie, pratiquée le plus souvent sous la forme d'une lobectomie avec curage ganglionnaire. La radiothérapie, chez les sujets non opérables, semble donner des résultats similaires pour une dose comprise entre 40 et 50 Gy, permettant un excellent contrôle local

Conclusion : Les Plasmocytomes extramedullaire (PEM) pulmonaires constituent une forme rare de PEM d'expression clinique et radiologique variée et peu spécifique, le diagnostic est essentiellement immunohistochimique, le traitement est surtout chirurgicale

Le pronostic est difficile à établir car les séries sont peu nombreuses et les chiffres discordant.

CA161. ANOMALIES DE L'HEMOGRAMME AU COURS DE LA CIRRHOSE

*H. Derouich, F. Haddad, M. Elmmekkaoui, W. Badre, M. Bellabah, W. Hliwa,
S. Nadir, R. Alaoui*

Service de Gastro-entérologie CHU IBN ROCHD-CASABLANCA- MAROC

L'hémogramme est souvent anormal au cours de la cirrhose. Les étiologies sont multiples et fréquemment associées.

But : Evaluer la prévalence et le type des anomalies de l'hémogramme chez les patients cirrhotiques.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique colligeant tous les patients hospitalisés pour cirrhose entre janvier 2002 et septembre 2013. Nous avons précisé pour chaque malade en plus des données de l'hémogramme, les données démographiques (âge et sexe), l'étiologie de la cirrhose, le score de Child Pugh, les éventuelles complications ou décompensation de la maladie.

Résultats : 163 patients étaient colligés pendant la période de l'étude. Il s'agissait de 87 hommes et de 76 femmes d'âge moyen de 58.5 ans (extrêmes 19-87 ans). L'étiologie virale était prédominante avec une cirrhose post hépatitique C et B dans respectivement 49% et 20% des cas. La cirrhose était décompensée dans 79% des cas, le plus souvent selon le mode oedémato-ascitique (46% des cas). Le tiers des malades présentaient d'emblée une complication de la maladie dominée par l'hémorragie variqueuse. L'hémogramme était anormal dans 96% des cas avec une bicytopenie (anémie et thrombopénie) dans 44% des cas ,une pancytopenie dans 23% des cas, une thrombopénie isolée dans 19% des cas ,une anémie isolée dans 14% des cas ,une bi cytopenie(thrombopénie et leucopénie)dans 5% des cas. Deux malades avaient une bi cytopenie (anémie et leucopénie) et un seul malade avait une leucopénie isolée.

Conclusion : L'anémie et la thrombopénie sont les anomalies les plus fréquentes en cas de cirrhose. Notre population est caractérisée par une fréquence élevée des formes compliquées et avancées de la maladie. Une étude prospective serait utile pour déterminer les premières anomalies qui apparaissent en cas de cirrhose compensée

CA162. A LIPOMA PERISUDORAL OF FOREARM

*A. Taghy, F. Lamchahhab, MR. Ait Aougharoui, K. Senouci, B. Hassam
Department of Dermatology, CHU Rabat*

INTRODUCTION : The adénolipome or pérисudoral lipoma is a distinct variant of cutaneous lipomas, first described in 1993 by Hitchcock et al.

OBSERVATION : Mr EA 53 years old, consults for a sessile tumor, rounded flesh color, painless, firm, fixed, smooth, gradually increasing in volume over the past four years to three centimeters in diameter and sitting at the third upper- rear of the left forearm. Molluscum pendulum, primary diagnosis that we could talk was rapidly cleared after palpation. The firm consistency of the tumor allowed to mention other diagnoses such as a lipoma or a neurofibroma. The macroscopic appearance of the tumor after resection was yellowish, lobulated, of lipomatous appearance and histological examination showed a benign tumor formation consists of encapsulated fat lobules, with no evidence of malignancy. We also noted the presence of multiple normal eccrine sweat glands, deep location and predominant in the periphery of the tumor. The histological appearance was consistent with the diagnosis of lipoma pérисudoral.

DISCUSSION : The adénolipome pérисudoral is a distinct variant of cutaneous lipomas. This benign tumor is characterized by the presence of an epithelial component within a lipomatous structure, hence the name «adénolipome» and by the presence of normal exocrine sweat glands in the proliferation fat . This is a skin tumor that affects adults of a certain age, no sex predominance. The lesion preferentially in roots members, thighs, shoulders, arms and also the upper chest. The tumor size is variable. This nonspecific clinical appearance may confusingly molluscum pendulum. Histological aspect allows the diagnosis but may suggest a lipomatous hamartoma or a common lipoma. Macroscopically, this is a yellowish tumor.

CONCLUSION : The pérисudoral lipoma is a benign tumor whose incidence is underestimated, soit is a diagnosis to evoke in any atypical molluscum pendulum sitting at the root of the lower limbs.

CA163. DRESS IN CHILDREN : A CASE-CONTROL

A. Taghy¹, N. Ismaili¹, B.Hassam².

1: Resident in Dermatology 2: Associate Professor of Dermatology Department of Dermatology CHU Ibn Sinae , Rabat .

INTRODUCTION : The drug hypersensitivity syndrome or DRESS (drug rash with Eosinophilia and systemic syndrome) initially defined as a severe drug eruption, is now considered as a drug-induced syndrome that can be life-threatening. We report through this observation a case of child DRESS.

OBJECTIVE: to describe the features of DRESS and evoke despite its rarity in children, especially after taking a suspected drug to avoid life-threatening complications.

OBSERVATION : The child M.K 10 years old, hospitalized for febrile morbilliform skin rash progressing quickly to erythroderma. This eruption had appeared five weeks after taking the drug carbamazepine. The exam also found swelling of the face, with purpuric skin lesions at the extremities, lymph node and fever at 39 ° C. At the biological exam, we noted hypereosinophilia, hepatic cytolysis and cholestasis. The diagnosis of DRESS syndrome has been selected with a RegiSCAR to 6. The pharmacovigilance survey concluded that accountability of Carbamazepine with a score of 5 to Naranjo. The action to be taken was to stop the offending drug and use systemic corticosteroid. The outcome was favorable but a relapse had occurred three weeks after putting the child under sodium valproate , can be either a new delayed hypersensitivity reaction of the valproate , or a recurrence of the first episode to carbamazepine favored by the degression of widespread steroid.

DISCUSSION : The DRESS is a severe drug eruption responsible for an estimated 10 % of mortality due to the occurrence of severe visceral manifestations that may progress to multiple organ failure. It is characterized by a triad of clinical-biological made febrile macula-papular rash, confluent and interesting especially the trunk; a circulating eosinophilia and a uni- or multi visceral. These events appear beyond three weeks after taking the drug at risk. Its evolution is often extended beyond two weeks after stopping the causal drug. The mucosal involvement in 10% of the cases is a poor prognostic factor. The drugs which are the most commonly implicated are anticonvulsants with cross-reactivity between phenobarbital, carbamazepine and phenytoin. Its pathophysiology remains incompletely understood and involves reactivation of herpes virus (HHV- 6, HHV-7, EBV, CMV) and a strong run against the virus immune response. Drugs may be involved both in the epigenetic control to promote viral reactivation and antiviral Lymphocyte T immune response (LT) by interacting with the receptor of the major histocompatibility complex genetically predisposed individuals. The prognosis is poor in the absence of treatment and it is mainly based on the eviction of the drug in question associated with corticosteroids.

CONCLUSION : The DRESS syndrome is a rare entity, especially in children, but extremely serious in its originality link between inducing drugs, viral reactivation and antiviral immune response. The prescription of drugs implicated in its occurrence must be reasonable and careful.

KEY WORDS: DRESS, child, drug rash.

CA164. EPIDEMIOLOGICAL SITUATION AND MANAGEMENT OF HIV IN MOROCCO

A. Taghy¹, B. Hassam²

1: Resident in Dermatology, Department of Dermatology, CHU Rabat.

2: Professor of Dermatology, Department of Dermatology, CHU Rabat.

Since the first case of AIDS reported in Morocco in 1986, the number of cases HIV / AIDS has been increasing exponentially to reach till the end of September 2012 a number of 7018 among which 4433 at the AIDS stage and 2583 asymptomatic carriers of the HIV. However, there is a low prevalence of HIV in the general population, estimated at 0.15 %. According to the estimations of the Ministry of Health and UNAIDS, the number of people living with HIV in Morocco at the end of 2012 is 29,000. 78 % of the reported cases are in urban areas including the Souss Massa Draa, Marrakech Tensift Al Haouz and the greater Casablanca which accumulate 58 % of cases. According to sentinel surveillance data of the HIV and bio- behavioral studies, 67% of new infections occur among the population mostly exposed to the risk of infection .These populations are essentially represented by commercial sex workers, men who have sex with men in Agadir and injecting drug users in Tangier, Tetouan and Nador .71 % of the cases are young adults and 2 % are children under 15 years. The female population has reached almost 50 % of the cases, 71% of them were infected by their affected spouse.

In 1988, it was created the National Program for the Fight against AIDS as well as the Moroccan Association for the Fight against AIDS (ALCS), which thanks to its dynamism and its often forward thinking position, was with the support and the increasing involvement of the Ministry of Health, to make of Morocco a pioneer in the region : opening of anonymous and free screening centers , implementation of prevention programs targeting the population most at risk, lobbying the government to improve the management conditions of persons living with the virus, lobbying of the pharmaceutical industry to reduce the cost of treatment , lobbying for the access to treatment for illegal migrants , including media campaigns organization» Sidaction « ...

Today, Morocco seems to have covered all the important aspects of a comprehensive response to HIV infection. However, much more remains to be done , the number of new infections is still increasing , with elements of gravity such as feminization of infections, a tendency to the concentration in certain regions and populations most at risk , even if the country remains in low prevalence . Furthermore, a mobilization of more resources is necessary to face the increasing expenses generated by the management and the support of persons living with the virus.

KEYWORDS : Epidemiology, management, HIV, Morocco.

CA165. FACIAL GUM REVEALS A LATE CONGENITAL SYPHILIS

A. Taghy¹, Mr. Askour¹, N. Majja¹ Mr. Mahhou¹, B. Hassam¹.

1: Resident in Dermatology

2: Associate Professor of Dermatology Department of Dermatology CHU Ibn Sinae, Rabat .

INTRODUCTION : Syphilis, the bacterial sexually transmitted disease due to *Treponema pallidum*, has emerged at the end of the XVth century and continued to generate great interest after more than six centuries. The trans-placental transmission is possible. We distinguish in this case early and late congenital syphilis.

OBJECTIVE : To evoke a late congenital syphilis even for a teenager for an early treatment that can prevent the aftereffects.

OBSERVATION : Miss N.J 18 year-old, unique child of non- consanguineous and had no particular pathological history. She was admitted for subcutaneous swelling of the right cheek, oval, gradually increasing in volume for 4 months measuring five centimeters of long axis, copper-red color, painless, non itchy, initially with a firm consistency then becoming fluctuant palpation. The rest of the examination mucosal-cutaneous and systemic was normal. A syphilitic serology had objectified a blood level of TPHA 1/ 320 and VDRL in 1/4. These rates were negative in the cerebrospinal fluid with protein to 0.14 g /L and less than 2 white elements per mm³. The diagnosis of late congenital syphilis was held in front of the absence of risk factors in the patient and the history of syphilis in the mother and a skin biopsy had confirmed the diagnosis. The patient was treated with benzathine benzylpenicillin; 2.4 million per a week for 6 weeks with slowly favorable clinical evolution and persistence of positive syphilis serology but with a reduction in VDRL 4 times less than the initial rate.

DISCUSSIONS : The congenital syphilis become rare in industrialized countries in the 1990s thanks to the succession of the penicillin and systematic screening of pregnant women , its resurgence since 2000 is confirmed particularly among homosexuals and HIV + , calling for more vigilance . It is still a major public health problem in developing countries. Mother-to-child transmission is more important than maternal syphilis recent and as we approach the birth and is seen even during breastfeeding. Contrary to the neonatal congenital syphilis, the late congenital syphilis which is expressed between the ages of 2 to 30 years in the absence of adequate treatment is exceptional and considered as the congenital equivalent of tertiary syphilis. It is asymptomatic in 40% of the cases, but may be complicated by ocular, neurological, cochlear, osteoarticular, rarely mucosal-cutaneous gums as well as other visceral. Serological tests (TPHA, VDRL and FTA- abs) remain the most appropriate tests for the diagnosis of congenital syphilis. Although there is no consensus in the therapeutic management, the treatment based on penicillin G intramuscular in progressive dose to avoid the Herxheimer reaction and to therapeutic response was clinically and serologically estimated. However, lesions of the late syphilis regress much more slowly and incompletely and treponemal tests seem to remain indefinitely positive. The prevention relies on the systematic screening and the early treatment of infected mothers.

CONCLUSION : This observation underlines the rarity of late congenital syphilis, the exceptional character of its revelation by skin gum and good prognosis allowed by an early treatment. The congenital syphilis remains a concern form of syphilis where the necessity for a systematic screening of pregnant women.

Gum, face, late congenital syphilis

CA166. LYMPHEDEMA SCROTAL REVEALS A PROSTATE CANCER

A. Taghy¹, Mr. Askour¹, N. Maja¹, Mr. Mahhou¹, B. Hassam¹.

1: Resident in Dermatology 2: Associate Professor of Dermatology Department of Dermatology CHU Ibn Sinae, Rabat.

INTRODUCTION : The scrotal elephantiasis (scrotal lymphedema) is increased, sometimes significantly, the volume of awards that occurs mainly in areas of filarial endemic disease giving an unattractive appearance and a psychological impact. In our context, the tumoral causes are the most frequent.

OBJECTIVES : Having the reflex in our context to a scrotal lymphedema seek an underlying neoplasia and treat it before the development of metastases and describe the new therapeutic modalities for an aesthetic result.

OBSERVATION : Mr M.O 52 years old , without significant pathological history , had consulted for a scrotal lymphedema lasting for two years, complicating of a gravity, multiple vesicular- papular lesions , keratotic sitting in a diffuse way at the level of the scrotum and the mictional difficulties. In front of this chart, a paraneoplastic balance sheet was performed revealing a prostate cancer stage T2a, N2, Mo. After destruction of lymphatic vesicles by laser, the patient was immediately transferred to the urology service, where a radical prostatectomy was performed. A surgical treatment under general anesthesia and prophylactic antibiotic was performed later by a plastic surgeon specialized in lymphatic pathologies and consisted of plastic excision Z in a time associated with a surgical drainage by blade maintained for 3 days at the level of the scrotum. With a decline of six months from the surgery, the results were favorable and the patient is still followed in urology for close clinical and biological surveillance.

DISCUSSION : Genital lymphedema occurs mainly in filarial endemic areas. Outside these areas, the disease is rare and often idiopathic. In children, there are congenital primitive forms that appear a few years after the birth. In adults, the LO are primary or secondary origins in the destruction of pelvic and /or inguinal lymph nodes or in the most common cancers: cervical, prostate, bladder, rectum, vulva, testicle, Merkel tumor, melanoma, Hodgkin or non-Hodgkin lymphoma sub diaphragmatic. However, there are other rarer causes. Induced complications are mostly functional, esthetic and infectious sounding the quality of life, represented by heaviness, lymphatic vesicles responsible for very disabling flows and infectious gateway with sometimes very painful genital erysipelas. The sexual problems are difficult to study because the disease at the origin of the LO can itself generate it. The treatment is essentially surgical difficult and involves wide resection of tissue lymphoedematous with plastic-Z, may be associated with thin skin grafts or skin pedicle flaps grafts.

CONCLUSION : The scrotal elephantiasis is a rare pathology. The diagnosis is clinical and the radiological explorations can eliminate a secondary cause. The treatment is always surgical, with a wide plastic pathological scrotal skin and scrotal tuck from two scrotal flaps posterior side, allowing a good functional and esthetic result.

KEY WORDS: scrotal lymphedema, cancer, prostate

CA167. WHEN ERYTHEMA CAN SAVE A LIFE

A. Taghy, B. Hassam

Department of Dermatology, CHU Rabat

INTRODUCTION : Uncommon dermatosis first described by Darier in 1916 whose etiology and classification are still controversial.

OBSERVATION : A patient of 74 years , hospitalized a centrifugal annular erythema histologically confirmed and sitting at the side faces of the trunk and flanks as pruritic erythematous annular plates , finely scaly in places , up to seven centimeters in diameter and evolving from centrifugally two years. An assessment carried paraneoplastic (NFS, abdominal ultrasound, CT thoraco-abdomino- pelvic UGIE , colonoscopy) had objectified microcytic anemia, normal serum ferritin and thrombocytopenia , which led us to a complete BOM , a myelogram and electrophoresis proteins that have a proliferation of plasma cells found in favor of a non -secreting myeloma (Bence Jones proteinuria negative radiographs and bone osteolysis objectifying diffuse) . The patient is currently hospitalized in hematology for etiological treatment .

DISCUSSION : The centrifugal annular erythema often has no known cause , but sometimes we discover a drug cause (aspirin, vaccine) , infectious (streptococcal infection, tuberculosis , infectious mononucleosis, trypanosomiasis , flu) , food (mostly blue cheese or tomato) chronic dermatitis (pemphigus , subacute cutaneous lupus erythematosus) or cancerous lesions remote damage (lung, prostate , uterus , leukemia , myeloma). This translates into more or less pruritic erythematous annular plaques evolving centrifugally in spurts over several weeks or months. There are no specific tests that can be performed to confirm the diagnosis , testing should be performed to rule out other possible diseases. Treatment is only as the etiological cause is identified .

CONCLUSION : The significance of this observation is to have the reflex to a centrifugal annular erythema push investigations in search of an underlying cancer that may cause the vital prognosis.

CA168. EPIDERMIZATION BUDS FLESHY : A POST SURGICAL COMPLICATIONS OF INGROWN TOENAIL

A. Taghy, B. Hassam

Department of Dermatology, CHU Rabat

INTRODUCTION : The epithelialization of granulations is one of the complications of surgical treatment of badly made an ingrown toenail , occurring long term.

OBSERVATION : We reporting a case of a young man of 21 years , made a year ago for a triple incarnation of the left big toe nail (previous incarnation and right and left side) , then put in protected amoxicillin for ten days to bud bilateral anterior and fleshy , infected and inflamed, without removal of the latter. The evolution was marked by epidermization long buds , hindering the patient walking and wearing shoes and limiting regrowth of the nail with an early post-traumatic inflammation of the lateral folds enlarged. Resection of three folds in ascending method (hemi Dubois) was then given with a good evolution.

DISCUSSION :The ingrown toenail is due to excessive curvature of the nail , in favor of a fragile path , causes hypertrophy of the bead which ignites and sometimes infected. The complete removal of the bud at the disembodiment after surgical treatment of the infection is essential to prevent its epidermization long term. In this case, the soft tissue surgery peri- nail épidermisés aims to reduce the volume declines , without affecting the matrix or tablet: en bloc resection of decline followed by wound healing , increasing the fold resection (hemi Dubois) , transposition flap (Tweedie and Ranger) , resection in « Super U » (Peres Rosa) , the technique of Noel's , resection of Howard Dubois

CONCLUSION : The significance of this observation is to observe all stages of a surgical cure an ingrown toenail to avoid heavier subsequent interventions.

CA169. ASPECTS PARTICULIERS DES SYNDROMES MYELOYDYSPLASIQUES EN MILIEU DE MEDECINE INTERNE

*A. Allaoui, K. Echchilali, A. Moudatir, FZ. Alaoui, H. El Kabli
Service de médecine interne, CHU Ibn Rochd de Casablanca*

Introduction : Les syndromes myéloydysplasiques (SMD) sont des hémopathies clonales des cellules souches hématopoïétiques. Caractérisés par une hématopoïèse inefficace et une évolution vers une leucémie aiguë dans 40% des cas. Les SMD peuvent être révélés par des manifestations systémiques ou être associés à une maladie autoimmune. Le but de ce travail est de décrire des aspects particuliers des SMD dans un service de médecine interne.

Patients et méthodes : Six observations de SMD ont été colligées rétrospectivement au service de médecine interne durant une période de 4 ans de janvier 2009 à décembre 2013. Le diagnostic de SMD a été retenu sur les données cytologiques et sur l'aspect au myélogramme, et en éliminant les autres causes de dysmyélopoïèse.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 65,5 ans (extrêmes 36 à 70). Il s'agissait de trois femmes et trois hommes. Les SMD étaient révélés par des manifestations systémiques dans deux cas (phénomène de raynaud, polyarthrite chronique et pneumopathie interstitielle diffuse (1cas), et une thrombose veineuse profonde (1cas)), par un syndrome anémique, associé à des manifestations digestives chez deux patients, et par une splénomégalie chez un patient ayant posé un problème diagnostique avec un syndrome myéloprolifératif (mutation Jack2 négative). Les SMD étaient faits de cytopénie réfractaires avec dysplasie multilignées (5cas) et une anémie réfractaire avec excès de blastes (1 cas). A l'hémogramme, quatre patients présentaient une anémie macrocytaire arégénérative associée dans trois cas à une bicytopénie des lignées granuleuses et mégacaryocytaires, une anémie hémolytique autoimmune était notée dans un cas. Le SMD était associé à des maladies autoimmunes dans trois cas (une maladie de Biermer associée à une thyroïdite dans un cas et isolée dans un autre, et un lupus érythémateux systémique). L'étude cytogénétique a révélé une délétion 5q dans un cas. Le score IPSS variait de faible à Intermédiaire 1.

Conclusion : En plus de s'associer à des maladies autoimmunes, les SMD peuvent avoir des manifestations systémiques parfois révélatrices, qui devraient faire rechercher un SMD autant qu'une maladie de système surtout en présence d'une cytopénie réfractaire.

CA170. ACTUALITE DU METABOLISME DU FER

*A. El Khalfi, I. Benjelloun, Aaabali, Mitameur, Mchakour
Hématologie Biologique Hôpital Militaire Avicenne Marrakech*

Le fer est élément indispensable à la vie, ses anomalies perturbe la genèse des globules rouges et induit des anémies, on distingue 2 grandes entités des anémies par carences martiales : soit des anémies par insuffisance d'apport ou par pertes excessive. La deuxième constitue les anémies rencontrées dans 80% des cas, dues à défaut d'utilisation du fer a différents compartiments: absorption, transit, stockage, métabolique et l'excrétion. A travers ce travail qui est le fruit d'une recherche bibliographique nous rapportons les actualités de la physiologie du métabolisme du fer et ainsi que sa physiopathologie, dont l'intérêt est de mettre le point sur les nouvelles anomalies des protéines impliquées dans l'absorption et utilisation du fer par Le fer est élément indispensable à la vie, ses anomalies perturbe la genèse des globules rouges et induit des anémies, on distingue 2 grandes entités des anémies par carences martiales : soit des anémies par insuffisance d'apport ou par pertes excessive. La deuxième constitue les anémies rencontrées dans 80% des cas , dues à défaut d'utilisation du fer a différents compartiments: absorption, transit, stockage, métabolique et l'excrétion. A travers ce travail qui est le fruit d'une recherche bibliographique nous rapportons les actualités de la physiologie du métabolisme du fer et ainsi que sa physiopathologie, dont l'intérêt est de mettre le point sur les nouvelles anomalies des protéines impliquées dans l'absorption et utilisation du fer par l'entérocyte

CA171. SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS CHEZ L'ENFANT DANS LE SERVICE D'HEMATOLOGIE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DE CASABLANCA

*S. Belaaroussi, S. Cherkaoui, N. Khoubila, A. Madani, *M. Ouhadouss, ** N. Ait mouddene, M. Lamchaheb, M. Rachid, M. Qachouh, S. Benchekroun, A. Quessar.*
Service d'hématologie oncologie pédiatrique, hôpital 20 Août.

**CLIN CHU IBN ROCHD, CASABLANCA.*

***LABORATOIRE D'INFORMATIQUE MEDICALE.*

Introduction : Les infections associées aux soins représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les patients neutropéniques ; ils sont souvent responsables de l'allongement du temps d'hospitalisation et l'augmentation des coûts de soins .Un programme de lutte contre les infections associées aux soins a été menée au service d'hématologie oncologie pédiatrique depuis 2010. L'objectif de ce travail est de surveiller l'incidence de ces infections et les mesures de prévention pendant l'année 2013.

Matériels et méthodes : Dans le cadre de ce programme, nous avons effectué une étude prospective longitudinale ouverte, étalée sur une période de 12mois (du Janvier au Décembre 2013), cette étude inclue : les enfants atteints du cancer, hospitalisés dans notre formation pendant cette période et exclue les patients traités en hôpital du jour. Nous avons considéré comme infection associée aux soins : toute infection survenant au cours ou à la suite d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique ou préventive. Les données ont été recueillis à travers d'une fiche d'exploitation, remplie par les médecins traitants et analysés par le service d'informatique médicale.

Résultats : Parmi 707 hospitalisations chez 274 patients,179 avaient une infection associée aux soins (25%),le taux d'incidence était de 26,30 par mille personne jour, la leucémie aigue myéloblastique avait constituée le premier diagnostic (42,9 %) . le sexe ratio était de 10,6 ans .La voie veineuse centrale et la neutropénie étaient corrélés à un risque statiquement significatif d'infection . les bacilles gram négatif étaient les agents pathogènes les plus fréquents et l'évolution était marquée par le décès dans 2,2% des cas.

Conclusion : Notre étude a permet de révéler une incidence élevée des infections associées aux soins dans notre unité mais en baisse par comparaison à 2011 et 2012 et d'évaluer les mesures de prévention à savoir l'hygiène des mains, les soins des cathéters centraux et l'information et formation du personnel soignant ; afin de réduire la morbidité et la mortalité en hématologie oncologie pédiatrique.

CA172. COMMENT TRAITER EFFICACEMENT LA LEUCEMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE (LMC) A MOINDRE COÛT

M. Bouaouad, L. Bouqlila, S. Regragui, H. Eddou, H. Elmaaroufi, K. Doghmi, M. Mikdame.
Service d'Hématologie Clinique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V (Rabat)

Introduction: La leucémie myéloïde chronique est une hémopathie maligne appartenant au groupe des syndromes myéloprolifératifs. Elle est caractérisée par la présence du chromosome Philadelphie, dérivé de la t(9;22)(q34 ;q11) qui conduit à la formation du gène de fusion BCR-ABL. Ce dernier code pour une protéine chimérique ayant une activité tyrosine kinase dérégulée, responsable de la leucémogénèse et qui est devenue cible des inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK). L'Imatinib Mesylate (GLIVEC®) des laboratoires Novartis a révolutionné la prise en charge de la LMC au prix d'un coût exorbitant (3000\$ par mois).

Le but de notre travail est de rapporter l'expérience du service d'hématologie clinique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V (HMIMV) de Rabat dans la prise en charge de la LMC par un générique du GLIVEC®, et de comparer nos résultats avec celles de ce dernier.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, étalée sur 10 ans (2004-2013), menée dans le service d'hématologie clinique de l'HMIMV de Rabat et portant sur 43 patients, tous traités par l'Imatinib Mesylate fabriqué en Inde (Imatinib Cooper®).

Résultats : la moyenne d'âge des patients est de 43,70± 14,17 (16 à 79 ans). Le sexe ratio (F/H) est de 1,15. Le syndrome tumoral représente le principal motif de consultation chez 80% des patients. L'hémogramme a montré une hyperleucocytose pouvant s'élever au-delà de 400G/L avec myélocémie, une anémie chez la moitié des patients et une thrombocytose dans 16% des cas. Le myélogramme a objectivé un taux de blaste moyen de 4,5% (0 à 27%), et le caryotype médullaire a mis en évidence la présence de la t(9,22) chez 93% des pts, dont cinq (soit 12%) avaient des anomalies chromosomiques additionnelles.

Selon le score de Sokal, 56% de nos patients sont de risque faible, 27% de risque intermédiaire et 17% de risque élevé. La majorité des patients sont diagnostiqués en phase chronique (82%), 16% en phase accélérée et un seul patient en phase blastique.

Tous les pts ont été traités par l'Imatinib Cooper® à la dose de 400 mg/j chez 83,72% des pts et de 600 mg/j chez 7 patients (16,29%).

La survie globale est aux alentours de 90%, la survie sans progression est de 91%, et la survie sans événements est de 74%. Les effets indésirables grade 3 et 4 ont été observés chez 10 pts (23%) ayant nécessité soit la réduction des doses ou l'arrêt momentané du traitement, soit le recours aux ITK de deuxième génération (ITK2) chez deux pts.

Discussion : La comparaison de nos résultats avec ceux de l'étude IRIS ne montre pas de différence significative en matière de survie globale, de survie sans progression et de survie sans événements. Par ailleurs il n'a pas été observé d'effets secondaires plus marqués dans notre étude par rapport

à l'étude IRIS. Mais une différence qui reste très remarquable, le prix du GLIVEC® qui est dix fois plus cher que son concurrent indien que nous avons utilisé.

Conclusion : Malgré le nombre limité des pts inclus dans notre étude, ce travail objective l'efficacité du générique (Imatinib Cooper®) dans le traitement de 1ère ligne de la LMC dans les pays à faible revenu.

CA173. TRAITEMENT DE 2^{ÈME} LIGNE PAR FOSCAVIR® DES INFECTIONS A CYTOMEGALOVIRUS (CMV) CHEZ LES PATIENTS ALLOGREFFES.

*N. Alami Drideb, C. Pautas, A. Toma, S. Maury, C. Cordonier
Service d'hématologie clinique, CHU Henri-Mondor, Créteil, France*

Introduction : Les infections à CMV continuent d'être des complications fréquentes après allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Il peut s'agir de primo-infection, d'infection acquise pendant la greffe ou de réactivation chez les receveurs CMV+.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'étudier l'efficacité et la tolérance du Foscavir® en 2ème ligne dans le traitement des infections à cytomégalovirus (CMV) en échec d'une première ligne dans un contexte d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

Méthodes : Etude descriptive, rétrospective, mono-centrique menée dans le service d'hématologie de l'hôpital Henri Mondor portant sur une période de 6 ans (entre décembre 2006 et Mars 2012). Les dossiers ont été sélectionnés à partir du système informatique des compte-rendus d'hospitalisation. L'item Foscavir®; ou Foscarnet a permis d'identifier 38 dossiers. Seuls ont été retenus les patients allogreffés recevant le traitement en 2ème ligne pour une infection ou une maladie à CMV. Un total de 19 patients a pu être sélectionné.

Résultats : L'âge moyen était de 44 ans. Le sexe ratio était de 1.3 (11H/8F). Les patients ont été allogreffés principalement pour une leucémie aigue myéloblastique (27%), un syndrome myélodysplasique transformé (27%), et une leucémie aigue lymphoblastique (21%). Tous les patients étaient en rémission complète au moment du diagnostic de l'infection. Dix sept patients (89%) ont présenté une GvHD aigue, dont 70,1% de grade II et 29% de grade III. Les traitements immunosuppresseurs utilisés au moment de la survenue de l'infection virale étaient la corticothérapie systémique (94.4%), associée à la Ciclosporine (11 cas soit 61%) ou au Mycophénolate mofétil (MPP) (27.7%) ou la triple association (22%). La réponse au foscarnet à J14 a été complète (négativation des tests) chez 17 patients (89%), Seuls deux patients ont gardé une charge virale supérieure à 1000 copies/ml à J14. Un traitement antiviral a été repris par foscarnet chez 3 patients, par Ganciclovir chez 5 patients, et par MARIBAVIR® chez un patient. Avec un recul moyen de 44 mois.

Conclusion : Le ganciclovir reste le traitement de référence de l'infection à CMV, mais environ un tiers des patients développe soit des cytopénies sévères, soit des résistances au

ganciclovir. Le foscarnet est une alternative appropriée chez les patients ne pouvant pas recevoir le ganciclovir ou qui sont en échec de ce traitement avec une efficacité

importante.

CA174. HEMOPATHIES MALIGNES ET GROSSESSE : PARTICULARITES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES. A PROPOS DE 08 CAS

N. Alami Drideb, S. Regragui, H. Eddou, K. Doghmi, M. Mikdame

Service d'hématologie Clinique, hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

INTRODUCTION : Les hémopathies malignes représentent 25% des cancers compliquant la grossesse, avec une prédominance des lymphomes et les leucémies. Situation rare mais non exceptionnelle, l'instauration d'une poly chimiothérapie peut poser un risque pour le fœtus, ce qui soulève des dilemmes thérapeutiques, éthiques, moraux et sociaux.

MATERIEL ET METHODES : Etude portant sur huit observations d'hémopathies malignes diagnostiquées au cours de la grossesse, colligées au sein du service d'hématologie clinique à l'HMIMV, de la maternité des orangers de Rabat, du service de gynécologie-obstétrique de l'HMIMV et de l'Institut National d'Oncologie de Rabat sur une période de 8 ans (entre 2005 et 2013). L'objectif de notre travail est d'enrichir les données limitées de la littérature afin d'optimiser la prise en charge de l'association hémopathie maligne et grossesse.

RESULTATS : L'âge médian était de 23 ans (extrêmes 18-27 ans). Le terme au diagnostic variait entre 12 et 33 semaines d'aménorrhée avec une moyenne de 20 semaines. La répartition des patientes en fonction de la pathologie était la suivante : deux cas de leucémie aigue myéloblastique, un cas de leucémie myéloïde chronique, deux cas de lymphome B à grandes cellules, un cas de lymphome T anaplasique, un cas de lymphome de Burkitt et un cas de lymphome hodgkinien. Les thérapeutiques instaurées variaient entre surveillance, support transfusionnel, radiothérapie, et chimiothérapie pour le dernier cas. L'évolution était marquée par six accouchements par voie basse dont une grande prématurité, une césarienne pour souffrance fœtale, et un cas de mort fœtale in utero. Dans ces deux derniers cas, le décès de la maman est survenu dans un tableau de choc septique et de maladie réfractaire évolutive.

DISCUSSION : L'hémopathie maligne au cours de la grossesse est une situation extrêmement délicate. La prise en charge doit s'atteler à sauver d'abord la vie de la maman et ensuite celle du fœtus si possible. La quasi-totalité des lymphomes et des leucémies survenant pendant la grossesse sont des formes graves. La chimiothérapie doit être instaurée sans délai si l'hémopathie maligne est agressive. La doxorubicine et les alcaloïdes de pervenche sont les combinaisons recommandées. La radiothérapie représente une option dès le second trimestre pour les atteintes sus-diaphragmatiques.

CONCLUSION : La prise en charge d'une hémopathie maligne chez la femme enceinte doit être multidisciplinaire et adaptée au cas par cas. La patiente et sa famille doivent être clairement informées de la gravité de la maladie et du risque encouru par la maman et son fœtus.

La collaboration entre gynécologue et chimiothérapeute, aidés parfois par un psychothérapeute reste indispensable.

CA175. ENCEPHALITE LIMBIQUE AIGUE A HHV6 (HERPÈS VIRUS HUMAIN 6) COMPLIQUANT UNE GREFFE DE MOELLE OSSEUSE

*N. Alami Drideb, C. Pautas, A. Toma, S. Maury, C. Cordonier
Service d'hématologie clinique, CHU Henri-Mondor, Créteil, France)*

Introduction : L'encéphalite à herpès virus humain de type 6 (HHV-6) peut être à l'origine de troubles neurologiques graves conduisant au décès chez les sujets immunodéprimés. Dans le contexte post-greffe, le diagnostic est difficile du fait d'une symptomatologie fruste et de l'absence de signes clinique ou paracliniques spécifiques.

Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 41 ans ayant développé cette infection après greffe hématopoïétique allogénique de cellules souches pour une leucémie aiguë myéloblastique. Nous discutons les aspects cliniques, radiologiques, et thérapeutiques de cette affection redoutable.

Observation clinique : Patiente de 41 ans admise pour greffe phénoïdétique 10/10 avec conditionnement myéloablatif pour une Leucémie aiguë myéloblastique de risque intermédiaire en première rémission complète. Au 10^{ème} jour post-greffe, apparition d'un syndrome confusionnel avec hallucinations et désorientation temporo- spatiale, hypoxémie, et acidose respiratoire. La TDM et l'IRM cérébrales étaient normaux ainsi que la ponction lombaire, et l'hypothèse d'une toxicité médicamenteuse a été retenue d'où l'arrêt des traitements suspects. L'évolution a été marquée par la persistance d'un délire de persécution avec des hallucinations visuelles et aggravation de la détresse respiratoire. C'est ainsi que la 2^{ème} PL a montré une méningite lymphocytaire et l'IRM cérébrale une atteinte bilatérale et symétrique compatible avec une encéphalite limbique, mise alors sous foscarnet. A j17 sortie d'aplasie apparition d'un érythème cutané (GVH ?, PCR HHV6 faiblement positive), et d'un état de mal tonico clonique. La PCR quantitative de l'HHV6 dans le LCR était positive. Sur le plan de la GVH, il a été noté l'apparition de lésions évolutives ayant nécessité l'introduction de corticoïdes à la dose de 2 mg/kg/j. Le décès est survenu par SDRA à *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant.

Discussion : Dans le cadre de la greffe de cellules hématopoïétiques, les réactivations de HHV-6 sont fréquentes dans plus de 70%, liées à diverses complications post-transplantation.

L'encéphalite se développe sporadiquement si le niveau de réactivation sanguine est élevé.

Conclusion : L'infection par HHV6 s'avère globalement fréquente avec une plus grande gravité chez l'immunodéprimé. Elle survient précocement après la greffe de moelle et est davantage associée à la survenue d'encéphalites, de pneumopathie, de myélosuppression et d'éruption cutanée.

CA176. HISTIOCYTOSE LANGERHANSIENNE DE L'ADULTE : A PROPOS D'UN CAS

*M. Bouaouad, N. Alami Drideb, A. Raissi, F. Boukhchach, H. Eddou, EL. Mahtat,
K. Doghmi, M. Mikdame.*

Service d'Hématologie Clinique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V (Rabat)

Introduction : L'histiocytose langerhansienne est une maladie systémique liée à une accumulation dans les tissus de cellules de Langerhans. Tous les organes peuvent être atteints, en premier lieu l'os. Sa prévalence est comprise entre 1 à 2 cas pour 100 000 habitants. La majorité des cas surviennent dans l'enfance. La décision thérapeutique dépend du bilan d'extension initial. Le traitement des formes de l'adulte reste bien moins codifié.

Observation clinique : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 25 ans, sans antécédents particuliers, admis initialement en neurochirurgie pour dorsalgies invalidantes avec des névralgies sous costales d'allure inflammatoire dans un contexte d'altération de l'état général. Le bilan radiologique est en faveur d'un tassement vertébral de D12 ainsi que des lésions ostéolytiques au niveau des corps vertébraux D12 et L1 pour lesquelles le patient a bénéficié d'une laminectomie avec ostéosynthèse. L'examen anatomopathologique de la biopsie osseuse a répondu en faveur d'une histiocytose Langerhansienne. L'évolution clinique était favorable.

Une année après, le patient se présente en consultation pour chute dentaire sans traumatisme. La radiographie panoramique dentaire objective la présence de lésions ostéolytiques mandibulaires en faveur d'une rechute de l'histiocytose et qui a été confirmée par l'examen anatomopathologique d'une deuxième biopsie réalisée à ce niveau. La scintigraphie osseuse objective l'apparition de nombreux foyers d'hyperfixation au niveau du crâne, de la clavicule droite et du rachis dorsolombaire. Sur le plan thérapeutique, le patient est mis sous chimiothérapie selon le protocole LCH III incluant corticoïdes plus Vinblastine et ayant permis l'obtention d'une rémission complète. Un traitement de maintenance fait de 15 cures selon le même protocole a permis maintien de la réponse complète.

Discussion : L'histiocytose Langerhansienne est une granulomatose qui intéresse en générale les enfants de moins de 10 ans. Cependant, des formes de l'adulte ont été décrites mais restent exceptionnelles. L'os est l'organe le plus souvent touché (80%), puis la peau (35%) et l'hypophyse (25%). Le diagnostic d'histiocytose Langerhansienne repose en règle sur l'examen histologique et immunohistochimique du tissu atteint. La décision thérapeutique dépend du bilan d'extension et comprend la chirurgie ou la chimiothérapie systémique associée à la corticothérapie. Le pronostic reste bon car plus de 90% des patients ont une survie de 3 à 5 ans après le diagnostic.

Conclusion : L'Histiocytose Langerhansienne est une granulomatose rare touchant habituellement l'enfant. Sa prise en charge implique une approche multidisciplinaire du fait du caractère polymorphe et chronique de la maladie. Le traitement des formes de l'adulte est moins bien codifié.

CA177. PLASMOCYTOME SOLITAIRE EXTRAMEDULLAIRE DU FOIE : A PROPOS DE 1 CAS.

*L. Bouqlila, H. El Maaroufi, M. Bouaouad, K. Doghmi, M. Mikdame.
Service d'Hématologie Clinique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de
Rabat, Maroc.*

Introduction : Les plasmocytomes primitifs solitaires extramédullaires sont peu fréquents, mais ont un meilleur pronostic que les plasmocytomes osseux. Ils touchent en général les hommes après l'âge de 60 ans.

Le diagnostic est souvent difficile à confirmer et repose essentiellement sur l'exclusion du myélome multiple. Rares sont les cas de plasmocytomes primitifs hépatiques qui ont été rapportés dans la littérature. Ils sont souvent accompagnés d'une gammopathie monoclonale dans le sérum et / ou dans les urines.

Nous présentons ici le premier cas de plasmocytome localisé extramédullaire hépatique sans preuve de myélome ailleurs.

Observation clinique : Monsieur E, âgé de 55 ans, sans antécédents particuliers en dehors d'un tabagisme de 10 paquets années sevré, est admis initialement pour la découverte fortuite d'une masse hépatique à l'échographie. L'examen clinique était sans particularités.

La tomodensitométrie (TDM) abdominale avec injection de produit de contraste a été réalisée et a montré une masse au dépens du segment VI du foie mesurant 2 x 2 cm. L'imagerie par résonance magnétique du foie (IRM) a révélé une masse bien définie dans le segment VI avec hyposignal en T1 et hypersignal en T2. Le diagnostic de tumeur hépatique hypervasculaire est évoqué.

Sur le plan biologique, la fonction hépatique était normale et les sérologies virales étaient négatives. L'alpha foetoprotéine n'était pas augmentée. Une ponction biopsie du foie a été réalisée et dont l'examen histologique et immunohistochimique a révélé un plasmocytome à IgG Kappa. La biopsie ostéo-médullaire est revenue normale à l'examen anatomopathologique et le bilan radiologique et biologique du myélome multiple est revenu négatif (calcémie, B-2 microglobuline, immunoelectrophorèse des protéines sériques et urinaires).

Le patient a été traité par radiothérapie (5000 cGy) avec une bonne réponse clinique et radiologique avec un recul de plus de 6 mois.

Discussion : Le plasmocytome extramédullaire est une entité rare (<2% de toutes les hémopathies et 3 à 4 % de l'ensemble des plasmocytomes) mais doit être évoquée en cas de lésion extra-osseuse. 90 % des plasmocytomes sont observés au niveau de la tête et du cou, en particulier dans le tractus respiratoire supérieur (fosses nasales, sinus, oropharynx, glandes salivaires, larynx). Le second site est le tractus gastro-intestinal qui représente 10 % des localisations extramédullaires.

Les rares cas de plasmocytomes extramédullaires rapportés dans la littérature sont accompagnés d'une gammopathie monoclonale dans le sérum et / ou les urines. Notre patient, lui, s'est présenté

avec un plasmocytome solitaire extramédullaire hépatique sans aucune détection de protéine monoclonale dans son sérum et / ou ses urines. Seule la biopsie du foie a permis d'affirmer le diagnostic.

Le traitement actuel de choix est la radiothérapie car ces tumeurs sont très radiosensibles. Une dose de 4000 à 5000 cGy sur une durée de 4 à 5 semaines a été associée à un risque de récurrence locale inférieur à 5%. Dans notre cas, le plasmocytome est situé au niveau du segment VI du foie, et le patient a été traité par radiothérapie (5000 cGy) englobant la tumeur primaire avec une marge suffisante.

Le plasmocytome solitaire extramédullaire a un pronostic relativement favorable. Au moins 70% des patients restent en rémission à 10 ans, et moins de 30 % peuvent développer un myélome multiple ou d'autres tumeurs extramédullaires. .

Conclusion : Les plasmocytomes extramédullaires primaires sont des tumeurs rares qui peuvent avoir une présentation clinique atypique. Le diagnostic positif est difficile, en particulier lorsque les lésions se produisent sur des sites inhabituels et le traitement repose essentiellement sur la radiothérapie. L'évolution est souvent favorable et peut se faire vers le myélome multiple dans 11 à 32 % des cas.

CA178. PRISE EN CHARGE EN HEMATOLOGIE DE 203 EPISODES DE NEUTROPENIE FEBRILE A HAUT RISQUE DE L'ADULTE

*M. Igala, J. Guelongo Okouango Ova, S. Fares, N. Khoubila, M. Lamchahab,
M. Rachid, S. Benchekroun, A. Quessar*

Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique, CHU IBN ROCHD Casablanca Maroc

INTRODUCTION : La neutropénie fébrile (NF) constitue la complication la plus fréquente en oncologie pédiatrique. En l'absence d'un traitement probabiliste, le pronostic vital peut être rapidement mis en jeu, la mortalité est élevée de 5 à 11%.

OBJECTIFS DE L'ETUDE : Identifier les facteurs de risque, l'écologie bactérienne du service d'hématologie et évaluer la stratégie de prise en charge de ces résultats.

PATIENTS ET METHODES : Etude rétrospective, menée entre Janvier 2012 et Juin 2013 dans le service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Casablanca. Ont été colligés, tous les épisodes de neutropénies fébriles à haut risque (définition de IDSA 2010) déclarés chez les patients âgés de 20ans et plus, hospitalisés pour une hémopathie maligne. Un bilan avait été réalisé systématiquement : clinique, biologique (hémocultures, CBU, écouvillonnage, sérologie et antigénémie pour l'aspergillose et le candida) et radiologique (image thoracique et TDM selon les signes d'appel). La bi-antibiothérapie à large spectre avait été initiée en première intention puis modifiée selon l'évolution. Les paramètres étudiés avaient été: le sexe, l'âge, les facteurs de risque, les signes d'appel, les résultats du bilan infectieux et l'évolution sous traitement. L'analyse des données avait été faite grâce au logiciel Epi-info 6.4.

RESULTATS : Sur 780 hospitalisations 203 épisodes de NF ont été analysés. Les pathologies sous-jacentes étaient surtout des leucémies aiguës : LAM et LAL. La fièvre est souvent l'unique signe d'appel, la toux et la diarrhée étaient retrouvées dans 10,8% et 9,4% respectivement. Les facteurs de risque étaient: durée médiane d'hospitalisation de 24 jours (1-90j), durée de la neutropénie supérieure à 14 jours, la mise en place du cathéter central. Les hémocultures sur milieu standard ont été réalisées dans 152 cas (74,9%), positive à 16,4% pour les bacilles gram négatifs avaient été retrouvés dans 48% des cas, et les Cocci Gram Positif dans 44%. Les Hémocultures sur Sabouraud, réalisées lors de 124 épisodes (61,1%) étaient positives dans 4%. Les radiographies du thorax montraient des anomalies dans 31% des cas. Au terme du bilan, la fièvre est demeurée d'origine indéterminée dans 62,5% des cas, cliniquement et microbiologiquement documenté pour 16,7% et 14,7%. Le traitement dont la durée médiane était de 10j (1-70) a été initié dans les 24 premières heures dans 193 (95%) épisodes. La modification du traitement était justifiée par la persistance de la fièvre dans 75,4% des cas alors qu'une médiane de 3 jours (1-25j) était nécessaire pour obtenir une apyrexie. Il a été enregistré 91,1% d'évolution favorable et 6,2% de décès. Cinq (2,6%) patients sont sortis d'hospitalisation contre-avis médical.

CONCLUSION : La prise en charge du patient neutropénique constitue une urgence médicale et demeure très difficile, source de morbidité et de mortalité. L'amélioration des résultats est tributaire de règles d'hygiène draconiennes et d'une stratégie rigoureuse diagnostique et thérapeutique, prenant en considération tous les facteurs de risque.

CA179. AGGLUTININE FROIDE A LARGE ACTIVITE THERMIQUE : A PROPOS D'UN CAS

*F. Ousti, D. Bennani, H. Zahid, M. Bahji, M. Belmaki, M. Benkirane.
Laboratoire d'Hématologie et Centre de Transfusion Sanguine.
H.M.I. Med V Rabat.*

Introduction : Les anémies hémolytiques auto-immunes (AHA) constituent un modèle remarquable des maladies auto-immunes. Elles sont définies par un état d'hyperhémolyse lié à la présence d'auto-anticorps fixés à la surface des globules rouges. Le diagnostic biologique repose sur l'identification de l'auto-anticorps par le test de coombs direct. Les formes froides des AHA dites « cryopathiques » sont rares ; elles sont définies par l'activité d'un auto-anticorps de classe Ig M à une température basse (+ 4°C). Exceptionnellement, certains auto-anticorps Ig M montre une grande diversité d'action thermique avec capacité d'agglutiner les hématies à une température de + 4°C jusqu'à + 45°C et de les hémolyser à + 37°C.

Observation : Dans ce travail, les auteurs rapportent l'observation d'un cas particulier d'anémie hémolytique auto-immune caractérisée par la présence d'une agglutinine froide ayant une large activité thermique. Il s'agit d'une patiente de 40 ans, hospitalisée pour une anémie profonde chronique. L'hémogramme a montré une anémie profonde fortement régénérative (Hb : 4,1 g/dl, VGM : 167 fl, Ret : 250000/mm³), alors que l'étude immuno-hématologique a été au début difficile vu la forte agglutination du sang à la température ambiante et à + 37°C. Un traitement spécifique de cet échantillon (lavage des hématies à 37°C, élution du sérum....) a permis le groupage et le phénotypage corrects de la patiente (O Rh+, Ccee, K positif). Le test de Coombs direct est positif à l'anti-C3d et le test d'auto-agglutination est très positif à + 4°C et moyennement positif à + 37°C. Le taux sérique de l'agglutinine froide est de 1/32. Le bilan étiologique à la recherche d'une infection concomitante, d'une maladie dysimmunitaire ou d'une néoplasie s'est révélé négatif.

Conclusion : L'existence de formes particulières d'agglutinine froide incite tout biologiste à établir des conduites à tenir et des algorithmes, au sein de son laboratoire, devant toute suspicion d'anémie hémolytique auto-immune ou difficulté de groupage sanguin.

CA180. INFECTIONS ET NEUTROPENIE FEBRILE

*I. Adnane, N. Khoubila, S. Cherkaoui, A. Madani, S. Benchekroun, A. Quessar
Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique,
Hôpital 20 Août 1953 Casablanca Maroc*

Introduction : La neutropénie fébrile est définie par un taux de polynucléaires neutrophiles inférieur à $1000/\text{mm}^3$ et une fièvre supérieure à $38,3^\circ\text{C}$. C'est une complication fréquente secondaire aux chimiothérapies lourdes et à la nature même de la maladie. Elle entraîne un risque grave de mortalité et de morbidité élevée. Sa prise en charge est difficile du fait de l'émergence de nouveaux germes résistants et l'absence de stratégie thérapeutique standardisée.

Objectifs de l'étude : L'identification des facteurs de risque et de l'écologie bactérienne du service, l'évaluation des résultats thérapeutiques et l'élaboration d'une stratégie de prise en charge curative et préventive optimale des neutropénies fébriles dans notre contexte.

Patients et méthodes : Etude rétrospective menée entre Janvier 2012 et Juin 2013, sont colligés tous les épisodes de neutropénies fébriles chez les malades hospitalisés à l'unité pédiatrique du service. Les paramètres étudiés sont : L'âge, le sexe, les facteurs de risque, la présentation clinique, les résultats du bilan (biologique et radiologique) et enfin l'évolution après traitement.

Résultats : Sept cent soixante douze cas de patients hospitalisés durant cette période ont été analysés, on a colligé 155 cas de patients infectés, 122 épisodes de neutropénies fébriles ont été recensés, âgés de 0 à 20 ans (moyenne=11 ans) La symptomatologie clinique était variée et était dominée par les manifestations respiratoires (20%), les signes digestifs (16,4%), les septicémies (14,8%), les manifestations cutanées (10,9%), l'infection urinaire (8,7%), et la sphère ORL (6,8%).

Au terme du bilan infectieux biologique, un germe a pu être identifié dans 31,6% cas. Il s'agissait, dans 45% des cas de Bacille gram négatif, dans 35% des cas de Cocci Gram positif et dans 28% des cas de mycoses. Nos malades ont bénéficié d'une antibioprofylaxie dans 21,5% des cas et d'une antibiothérapie probabiliste instaurée à J0 de la fièvre (93,6%). On a eu recours au traitement de première ligne dans 100% des cas (30% ceftriaxone+/-aminoside et 70% ceftazidim+/-aminoside), au traitement de deuxième ligne dans 49% des cas. Dans 55% des cas, nous avons eu recours aux glycopeptides prescrits en moyenne à J5 de l'antibiothérapie pour une durée moyenne de 12 jours avec 90% des réponses favorables et au traitement antifongique dans 33% des cas, qui était introduit en moyenne à J9 du traitement fait d'amphotéricine B (57%), voriconazole (23%) et fluconazole (19%) avec 96% des réponses favorables. La durée moyenne du traitement était de 14 jours. Globalement l'apyrexie était obtenue chez 94% des malades et 6% sont décédés par infection.

Conclusion : Malgré les progrès constants aussi bien diagnostiques que thérapeutiques, la prise en charge du patient neutropénique demeure très difficile. Elle est confrontée à plusieurs problèmes notamment l'insuffisance des investigations para cliniques à visée étiologique. Un traitement antibiotique empirique doit être instauré dans les meilleurs délais et adapté ultérieurement aux données cliniques, radiologiques et biologiques. Une stratégie codifiée, basée sur la flore bactérienne locale, doit être mise en place afin d'améliorer la morbidité et mortalité de la neutropénie fébrile.

CA181. INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES CHEZ LE NEUTROPENIQUE

I. Adnane, N. Khoubila, S. Cherkaoui, A. Madani, S. Benchekroun, A. Quessar
Service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique, Hôpital 20 Août 1953 Casablanca Maroc

Introduction : La pneumopathie infectieuse chez le neutropénique est une affection fréquente, caractérisée par une symptomatologie polymorphe non spécifique, un diagnostic étiologique souvent difficile et une mortalité élevée.

But de l'étude : Evaluer le profil clinique, biologique, radiologique et thérapeutique des patients neutropéniques présentant une pneumopathie.

Etablir une stratégie de prise en charge standardisée.

Patients et méthodes : Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective menée au sein de l'unité pédiatrique du service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique de Casablanca, entre Janvier 2012 et Juin 2013, concernant 122 patients neutropéniques (Fièvre supérieure à 38,3°C et PNN < 1000/mm³) ayant présenté une pneumopathie infectieuse. Les paramètres étudiés sont : la durée de la neutropénie, la symptomatologie clinique, les résultats des examens radiologiques (Radio du thorax +/- TDM thoracique) et bactériologiques (Hémocultures, sérologies Candida et Aspergillaire) et enfin l'évolution après traitement.

Résultats : Vingt cinq cas de pneumopathies infectieuses ont été colligés dans notre service durant cette période, représentant environ 20% des épisodes infectieux chez le neutropénique, chez des patients d'âge moyen de 11 ans (0-20 ans). La pathologie initiale est représentée essentiellement par les leucémies aiguës myéloblastiques (85%). La neutropénie était de grade 4 de l'OMS dans 92% des cas. La pneumopathie infectieuse était symptomatique chez 60% des patients. Le bilan radiologique comportait systématiquement une radiographie standard du thorax, complétée par un scanner thoracique dans 56% des cas. Les hémocultures, réalisées chez tous nos patients n'ont pu isoler un germe que dans 20% des cas. Les sérologies candida et Aspergillaire étaient réalisées dans 47% des cas et étaient positives chez 14% des malades. L'évolution après traitement était bonne dans 87% des cas avec apyrexie et nettoyage radiologique, 13% des malades sont décédés.

Conclusion : Malgré les progrès constants des méthodes de détection, l'étiologie spécifique reste souvent méconnue. Par conséquent, la décision thérapeutique doit tenir compte des données cliniques, radiologiques et de l'épidémiologie locale de chaque institution. Le pronostic reste étroitement lié à la précocité de mise en place du traitement approprié.

CA182. THROMBOPENIES CONSTITUTIONNELLES : L'INTERET D'UNE ETUDE ATTENTIVE DU FROTTIS SANGUIN

S. Sayagh, S. Benkirane*, A. Kili**, A. Lamrabet*, L. Doukkali Khalfi*,
C. Benabdallah Guedira*, A. Masrar**

**Laboratoire Central d'Hématologie, CHU Ibn Sina, Rabat*

***Service d'Hématologie Oncologie Pédiatrique, CHU Ibn Sina, Rabat*

Introduction : Les thrombopénies s'accompagnent volontiers d'une symptomatologie hémorragique d'autant plus sévère que le déficit est profond, et engageant alors le pronostic vital. L'étiologie la plus souvent évoquée en l'absence d'une anémie et /ou d'une leucopénie, d'un syndrome tumoral est le purpura thrombopénique auto-immun (PTAI). Cependant, une chronicité de la thrombopénie, notamment après introduction des thérapeutiques classiques du PTAI, doit amener à une remise en question du diagnostic. Une meilleure connaissance des thrombopénies constitutionnelles pourrait permettre d'éviter l'erreur diagnostique et la mise en œuvre de traitements inappropriés.

Objectifs : L'objectif de ce travail est de rapporter le cas d'une famille pour laquelle une suspicion de thrombopénie constitutionnelle est évoquée et en cours de diagnostic ainsi que de rappeler les critères diagnostics et les différentes étiologies de ce type d'anomalie.

Observation : N. B. est une fille âgée de 10 ans d'une fratrie de cinq, issue d'un mariage consanguin au premier degré. La découverte de la thrombopénie remonte à l'âge de 8 ans, contemporaine de mélénas, ayant fait suspecter une hémopathie. Devant l'absence de signes d'envahissement médullaire, une corticothérapie était instaurée ; le taux de plaquettes, de 3 000/mm³ au moment de la consultation initiale, demeurait bas. L'examen minutieux du frottis sanguin, réalisé plus récemment, a objectivé la présence de plaquettes géantes et de pseudo-corps de Döhle au niveau des polynucléaires neutrophiles. L'enquête familiale a retrouvé les mêmes anomalies chez la petite sœur âgée de 2 ans. Une analyse moléculaire génétique est en cours.

Commentaires : La présence de thrombopénie persistante depuis la naissance, la présence de cas similaire dans la famille du patient, la présence de notion consanguinité, la faible réponse aux traitements habituels dirigés contre le PTAI et la présence d'une efficacité du traitement par transfusion sont tous des éléments qui doivent orienter vers une thrombopénie constitutionnelle. L'examen du frottis sanguin permet de consolider cette hypothèse étant donné que ces thrombopénies sont le plus souvent associées à des anomalies de taille et/ou de forme. Cet examen permet d'apprécier la taille et la granularité des plaquettes et de rechercher des anomalies sur toutes les autres lignées.

Avant de passer à l'étude moléculaire, une première classification en fonction de la taille plaquettaire (volume plaquettaire moyen ou VPM) a été suggérée par certains auteurs, quelques étiologies sont citées au niveau du Tableau 1.

Tableau 1. Classification des thrombopénies constitutionnelles en fonction du VPM

VPM<7fL	7<VPM<10fL	10fL<VPM
Syndrome de Wiskott-Aldrich Thrombopénies liées à l’X	Amégacaryocytose congénitale Thrombopénies familiales autosomiques dominantes Syndrome plaquettaire Québec	Syndromes MYH9 Macrothrombopénie familiale méditerranéenne Syndrome de Bernard Soulier Syndrome des plaquettes grises Thrombopénie Paris-trousseau

Conclusion : L’incidence des thrombopénies constitutionnelles est plus faible que celle du PTAI. Cependant la consanguinité qui persiste dans notre pays peut expliquer une plus grande fréquence et justifier l’attention particulière qui devrait être accordée à ce diagnostic ; un examen simple et peu coûteux tel que l’examen du frottis sanguin permet d’éviter cet écueil diagnostic à condition qu’il soit réalisé par un œil averti. Il est ainsi possible d’éviter au patient de supporter un traitement inapproprié.

Par ailleurs, est-il utile de rappeler que l’étude des pathologies plaquettaires rares a permis de grandes avancées dans la connaissance de la physiologie plaquettaire.

CA183. THROMBOSIS AND HEMATOLOGIC MALIGNANCIES A STUDY OF 14 CASES.

B. Achour, R. Bouriga, H. Regaieg, H. Belhadj Messaoud, M. Zaier, Z. Kmira, Y. Ben Youssef, A. Khélif

Departement of hematology at Farhat Hached Hospital, Sousse Tunisia

Hematologic malignancies are major risk factors for thrombosis. Occurrence of thrombosis in a patient with hematologic worsens the prognosis with mortality and a higher risk of recurrence.

We conducted a retrospective study of 14 patients with hematologic malignancies complicated by thrombosis.

The average age at diagnosis was 22.8 years (9-50 years). Sex ratio was 1. As risk factors for thrombosis associated with a blood disease we found a diabetes patient, tobacco in another and oral contraception in two patientes. 6 patients with acute lymphoblastic leukemia, a case of aplastic anemia, 2 cases of non Hodgkin lymphoma, 4 cases of Hodgkin lymphoma, and a case of acute myeloblastic leukemia, the thrombosis occurred during chemotherapy in 13 patients and before in one cas. we have found 2 cases of superficial thrombosis, and 12 cases of deep thrombosis (two pulmonary embolism, cerebral thrombosis 5, thrombosis of the superior vena cava, an internal jugular thrombosis, and 3 cases of venous thrombosis of the lower limb).

4 patients received L asparaginase, none of our patients had a central venous line, the average plate was 100000lthe thrombophilia was negative in 13 cases and revealed a resistance to activated protein c in one case.

All patients received treatment with low weight heparin moleculaire. duration of treatment varied between 3 and 6 months. The evolution was marked by venous recanalization in all cases. 11 of our patients are in complete remission and 3 died of their hemopathy. This study encourages us to systematically search for risk factors for thrombosis in all patients with hematologic malignancies to adopt a preventive anti thrombotic attitude.

CA184. EVALUATION OF KNOWLEDGE PARAMEDICAL STAFF IN BLOOD TRANSFUSION : THEORETICAL EVALUATION

E. Aloui, M. Jebali, B. Mahjoub olfa, S. Mahjoub, H. Baccouche, N. Ben Romdhane,

Department of hematology; Rabta hospital Tunis, Tunisia

Introduction : Blood transfusion is the field of ultra- safe. The daily management of transfusion practices cannot be conceived that if continuous assessment and quality training are conducted.

It is proposed to assess the knowledge of paramedical staff in blood transfusion through a questionnaire which will provide a basis for reflection for a training program.

Materials and methods : The questionnaire included 30 questions with single or multiple-choice and short answer questions divided by theme (general knowledge immune-hematology , characteristics of blood product (BP) , a transfusion act , including the interpretation of the ultimate test at the bedside . The questionnaire was distributed to paramedical staff of cardiovascular surgery.

He was taken into account in the analysis of responses correct answer rate (CAR) , incorrect responses , and missing responses. A score was assigned to each question. The total scores for each question were then calculated for each chapter.

Results : the Immuno-hematological tests are subject to a confusion in their definition, CAR varies between 5and 25%. On the characteristics of BP, the platelet concentrate is the least known product since the CAR does not exceed 50 %. Controls corresponds to the reception is generally performed in 5 % of cases. A proper interpretation of the ultimate test at the bedside is found in 10-30 % of cases.

Conclusion : This initial inventory has allowed us to develop non - conformity and deficiencies relating to a breach or non- compliance of blood safety. At the end of this work, we plan to implement a training policy and evaluation for all health personnel including doctors for monitoring and maintaining skills for optimal management of patients

CA185. RITUXIMAB FOR THE TREATMENT OF 2 PATIENTS WITH AUTOIMMUNE ANEMIA FOLLOWING HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

M. Ouederni, R. Hassouna, M. Ben Khaled, N. Dhouib, A. Haoua, S. Thraya, F. Mellouli, M. Bejaoui

Service d'Immuno-Hématologie pédiatrique, Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis

Introduction : Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) is a well-recognized complication after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) and may be refractory to conventional therapy with corticosteroids. Rituximab appears to be an effective therapy for AIHA, although no long term studies have been completed, and few cases have been reported.

We describe 2 patients having HSCT one for acute myeloid leukemia, the other for beta thalassemia major.

Case1:

A 10 years-old female who had HSCT for acute myeloid leukemia. She developed AIHA at day +140 of the HSCT, raised by CMV reactivation. She received continuous corticosteroids, stopped for steroid induced diabetes, corticoid dependence and osteonecrosis of the femoral head. Subsequent to this she received rituximab. After treatment with rituximab, the patient demonstrated a complete response without aggravation of her immune deficiency.

Case 2:

A 2 years-old male who had HSCT for beta-thalassemia. He developed AIHA at day +104 of the HSCT, raised by a Chlamydia pneumonia infection (serologic testing showed positive immunoglobulin M result).

Corticosteroids combined with a macrolide were initiated leading to a partial remission. Because of the cortico-dependence at high doses, treatment with Rituximab was prescribed followed by a favorable outcome.

Conclusion:

Autoimmune hemolytic anemia after HSCT is rare, it is still not well characterized, and it often represents a life-threatening situation. These cases show that lower dose of rituximab, with satisfactory safety and efficacy was better than the conventional glucocorticoid in the therapeutic management of patients with AIHA following HSCT.

CA186. CHRONIC MYELOID LEUKEMIA IN INAUGURAL BLAST PHASE : ABOUT 5 CASES

R. Krichen¹, O. Kassar¹, H. Bellaaj¹, M. Chaari², M. Mdhaftar¹, S. Mni⁴,
H. Sennana³, M. Charfi¹, M. Ghorbel¹, S. Hdjji¹, CH. Kalle², A. Saad³, M. Elloumi¹

1- Service d'hématologie clinique Hedi Chaker Sfax

2- Laboratoire d'hématologie biologique Habib Bourguiba Sfax

3- Laboratoire cytogénétique Farhad Hached Sousse

4- Laboratoire biologie moléculaire Institut Pasteur Tunis

INTRODUCTION : Blast crisis is the most severe form of chronic myeloid leukemia (CML). It is rarely inaugural. Inhibitors of the tyrosine kinase have improved the prognosis of this disease. We report 5 cases of CML inaugural blast phase.

MATERIALS AND METHODS : Our study is retrospective including patients with CML in inaugural blast phase diagnosed between September 2005 and October 2013 in hematological department in Sfax hospital. CML blast phase is considered if the rate of blasts is more than 20% in bone marrow or blood level or to the presence of a blast extramedullary location. A form was designed collecting clinical, biological, therapeutic and evolutionary characteristics.

RESULTS : We collected 5 cases of CML inaugural blast phase during 8 years. There are 4 men and 1 woman. The median age was 46 years (range: 34-76 years) and all patients had an anemic syndrome and splenomegaly. Two patients had bilateral lymphadenopathies. The mean white blood cell count at diagnosis is 182000/mm³. The Philadelphia-chromosom was found in all cases associated with additional cytogenetic abnormality in one case (trisomy 8). Two patients had a blast transformation only in the lymph-node. Blast transformation is myeloid in 3 cases and lymphoid in 2 cases. The following table summarizes the treatment modalities and response to treatment of our cases:

	Age (years)	Type of LA	Treatment	Evolution
Patient n°1	34	AML	Glivec 800 mg/d	Alive in CMR persistent
Patient n°2	46	B-cell ALL	Glivec 800 mg/d then Dasatinib 140 mg/d +chemotherapy	Alive in CCR persistent
Patient n°3	35	AML	Dasatinib 140 mg/d+chemotherapy	Died in septic shock in induction phase
Patient n°4	43	AML	Dasatinib 140 mg/d	Alive in MMR persistent
Patient n°5	76	T-cell ALL	Hydrea + corticosteroid	No response died

Table1 : Therapeutic modalities and evolution

COMMENTS : The extramedullary blastic transformation is rare. Blast transformation of myeloid type is most common in our study (60%) which is comparable to the literature (60-75%). The treatment is based on ITK 1st or 2nd generation alone (such as 2pts) or in combination with chemotherapy (such as 3pts). Despite the innovation of ITK, the response to treatment is good for 3pts / 5 and fatal for 2pts / 5 which explains the severity of this blast phase .

CA187. COMPARISON OF THREE APTT REAGENTS FOR THE DETECTION OF LUPUS ANTICOAGULANT

M. Oueslati, H. Kallel, R. Ellouze, H. Khenine, S. Guermaz
Laboratoire d'hématologie à l'hôpital Charles Nicolle

Introduction : Anti-phospholipids are a large and heterogeneous group of immunoglobulins identified by their ability to extend coagulation tests that depends on phospholipids (particularly APTT) like lupus anticoagulant (LA) and by immunological methods such as Elisa type, anticardiolipin (aCL) and anti-beta2-glycoprotein I (anti 2GPI). The lupus anticoagulants are very heterogeneous. So both sensitive and specific tests are necessary for their identification. Our study aims to compare the activated partial thromboplastin time (APTT) made by different reagents with different sensitivity for the detection of inhibitors.

Materials and methods : Our study was performed on 173 patients with different ages and genders. Most of them has developed thrombosis (arterial or venous) or recurrent fetal losses. The reagents sensitivity for the detection of LA by APTT has been studied with: STA- Cephascreen , STA – CKPrest, STA-PTTLA. Mixing studies are performed when M/T ratio >1.2. Prothrombin time and thrombin time were normal in all patients. We have considered a positive result when IR \geq 12%.

Results : We detected 21 inhibitors with the 4 reagents tested. The most sensitive reagent for detecting inhibitors of coagulation is PTT-LA (n=21), then Cephascreen (n=13) and finally CK Prest (n=5). Some patients are only positive with PTT-LA (n=8), Positivity with both CPH and PTT-LA is found in 8 plasmas. We found 5 samples positive for PTTLA, CPH and CK Prest. All inhibitors detected by CK Prest were positive with the three others reagents.

Discussion : For the realization of APTT, each reagent is characterized by its own profile and fits roughly well to the detection of a factor deficiency or ACC. In the identification of LA, we must use the reagent with the poorest phospholipids and the most sensitive activator to phospholipids such as silica. Thereby, PTTLA appears the most sensitive reagent for the determination of ACC. The CPH seems to be the intermediate reagent, while CK-prest is the less sensitive one for the detection of LA, since it is rich in phospholipids. However, as CK-prest is the most sensitive for the detection of deficiencies factors, all its benefits are in the 4th stage of the ISTH criteria.

CA188. A MAINTAINED HEAMATOLOGIC RESPONSE IN A MDS PATIENT WITH DEL(20Q)

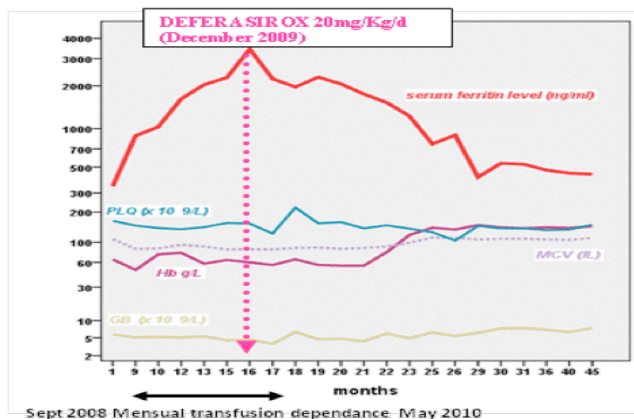
H. Ghédira, S. Zriba, F. M'Sadek

Clinical hematology department, military hospital of Tunis, Tunisia

Background. Deferasirox is an iron chelating agent approved for the treatment of transfusional iron overload. Reduction in transfusion requirement have been noted by several cases reports and small studies and associated with iron chelation therapy in transfusion-dependant patients, including those with myelodysplastic syndrome.

Case Report. We report a patient who achieved a marked improvement of hematopoiesis with the use of deferasirox (DSX) for transfusional iron overload: A 69-year-old male with no significant medical history who was diagnosed with refractory anemia in September, 2008. The cytogenetic study showed a del(20q) with lower-risk disease according to the IPSS classification. He required regular red blood cell (RBC) transfusion of 4 units /month with a median pre-transfusion haemoglobin of 65g/l (49–98) prior to commencement of DSX. He was started on DSX treatment at a dose of 20 mg/Kg once a day in December, 2009 when iron status assessment showed a serum ferritin level of 2265 ng/ml. Four months after the treatment, he became transfusion independent, and has maintained hemoglobin levels of around 13 g/dl until today. This improvement was concomitant with the marked decrease in serum ferritin level (Fig n°1). A medullary control showed persistent signs of myelodysplasia and del (20q). Achieving durable transfusion-independency with a single use of DSX is a rare event. Reduction in oxidative stress has been proposed as a possible explanation for the observed hematologic improvement.

Conclusion. Additional studies, into the mechanisms involved in this response and whether any factors can predict response, are warranted to enhance understanding of this additional benefit of deferasirox.



CA189. AUTOIMMUNE HEMOLYTIC ANEMIA : DESCRIPTIVE STUDY OF 91 CASES

H. Regaieg, M. Romdhani, E. Bouslema, B. Achour, H. Belhadj Messaoud, M. Zaier, Z. Kmira, Y. Ben Youssef, A. Khélif

Department of Clinical Hematology Farhat Hached University Hospital-Sousse-Tunisia.

Introduction : Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) is caused by autoantibody-induced hemolysis (the premature destruction of circulating red blood cells); usually idiopathic, it is also associated with infection, lymphoproliferative disorders, autoimmune diseases, and some drugs.

Objectives : Study the epidemiological, clinical, biological, etiological and therapeutic aspects of AIHA.

Materials and Methods : This is a retrospective and analytic study about 91 cases of autoimmune hemolytic anemia (AIHA) observed in the hematology and the two internal medicine departments of Sousse, over a period of 14 years. In this work, we have tried to describe the clinical aspects of these AIHA and evaluate the contribution of different diagnosis exploration and therapeutic means used.

Results : It was 33 men and 58 women (sex ratio = 0.56) with a mean age of 51 years [14 – 87]. Regarding the medical history, 19 patients were hypertensive, of whom 8 were receiving Methyldopa, 9 patients were diabetic, 7 had thyroid dysfunction and 18 had a history of autoimmune disease. The circumstances of discovery were an anemic syndrome in 75.8% of patients, mainly due to paleness and asthenia found in 76.9% and 65.9% respectively. Physical examination revealed icterus in 47.2% of cases, splenomegaly in 45% of cases, hepatomegaly in 8.7% of cases, adenopathies in 17.5% of cases and fever in 23% of cases. Concerning biology, regenerative anemia was normocytic in 41 cases (45%) and macrocytic in 43 cases (47.2%), thrombocytopenia below 100000/mm³ was observed in 13 patients. There were also biological signs of hemolysis : hyperbilirubinemia in 41.7% of patients, high LDH rate in 65.9% of patients and decreased level of haptoglobin in 10.9% of patients. Direct Coombs test was positive for IgG in 50cases, C in 10cases, Ig G + C in 21cases, IgA in 1 case, IgG+C +IgM in 3 cases and cold agglutinins search returned positive in 6cases. There was Evans syndrome in 13 patients. AIHA was idiopathic in 39 cases including 3 cases of pregnancy. In the other cases, it was secondary : lymphoproliferative disorders in 16 cases, autoimmune disorders in 26 cases, 8 cases were secondary to Methyldopa, 1 case was associated with a myelodysplastic syndrome and 1case of CMV infection. The therapeutic consisted of transfusion in 40.6% of cases and all patients underwent a corticosteroid treatment in addition to folic acidtherapy in 70.3% of cases and etiological treatment in the non idiopathic cases. We were thus able get a complete remission in 57% of cases. In severe cases of chronicity or relapse, immunosuppressive therapy was prescribed in 14 patients, anti-CD20 monoclonalantibody were prescribed in 4 patients and splenectomy was performed in 3 patients.

Conclusion : Glucocorticoids and/or intravenous immunoglobulins are the mainstay of the treatment in the majority of patients with warm AIHA. When these treatments fail, patients often require cytotoxic drugs or splenectomy. The current research in many other autoimmune diseases that can sometimes be associated with AIHA should still allow a better understanding of the mechanisms involved in the occurrence of these diseases and to refine treatments whose essential aim is to improve the effectiveness of both new and already available treatments (including rituximab) in order to limit the use of corticosteroids.

CA190. FREQUENCY OF JAK2 V617F, JAK2 EXON 12 AND MPL515 MUTATIONS IN MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASMS: A STUDY OF 528 PATIENTS

S. Hadhri¹, H. Guedria¹, L. Ifa¹, A. Laatiri², B. Meddeb³, M. Elloumi⁴, A. Khelif⁵, H. Skouri¹

1 Laboratory of Hematology and Blood Bank, CHU Sahloul-Sousse-Tunisia.

2 Department of Hematology, CHU Fattouma Bourguiba-Monastir-Tunisia.

3 Department of Hematology, CHU Aziza Othmana-Tunis-Tunisia.

4 Department of Hematology, CHU Hedi Chaker -Sfax-Tunisia.

5 Department of Hematology, CHU Farhat Hached-Sousse-Tunisia.

Since the discovery of the gain-of-function mutation JAK2 V617F in 2005, an increasing number of mutations have been described in myeloproliferative neoplasms (MPN) and related myeloid malignancies.

The aim of this study was to assess the frequency of JAK2 V617F, JAK2 exon 12 and MPL515 mutations in a cohort of Tunisian patients with polycythemia vera (PV), essential thrombocythemia (ET) and primary myelofibrosis (PMF).

Two hundred and forty two cases of PV, 223 of ET and 63 of PMF were received from the all Tunisian Hematology Departments, between December 2007 and December 2013.

DNA samples, extracted from neutrophils, were screened for the presence of all mutations by allele specific polymerase chain reaction.

Investigations of JAK2 V617F JAK2 mutation, exon 12 mutations (N542-E543del, K539L H538QK539L, N542-E543del) and MPL mutations (W515K and MPL W515L) were performed for all patients.

The JAK2 V617F mutation was detected in 113 cases of PV (46.7%), in 101 cases of ET (45.2%) and in 20 cases of PMF (31.7%). The MPL W515L mutation was found in 6 cases of ET and 1 case of PMF. The MPL W515K mutation was detected in 2 MFP patients.

Only the N542-E543del JAK2 exon 12 mutation was found in 2 patients with PV and in one ET patient who have concomitantly the JAK2 V617F mutation.

The results of this study show that detection of JAK2 V617F, JAK2 exon 12 and MPL515 mutations are useful tools in the diagnosis of MPN, making it more precise.

CA191. CORRELATION BETWEEN SERUM FERRITINE CONCENTRATION AND LIVER IRON OVERLOAD IN BETA THALASSEMIA MAJOR

M. Ouederni, S. Thraya, M. Ben Khaled, N. Dhouib, R. Hassouna, A. Haoua, F. Mellouli, M. Bejaoui

Service d'Immuno-Hématologie pédiatrique, Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis

Introduction : Transfused Beta thalassemia major patients are at risk of iron overload and identifying such patients is important to prevent associated complications. Our aim was to assess the efficacy of serial serum ferritin (SF) measurements in identifying patients with hepatic iron overload as assessed by liver MRI T2*.

Patients/Methods : We retrospectively compared the results of 100 liver MRI T2* with the median serum ferritin (MSF) values for 100 beta thalassemia major patients followed in The Pediatric Immuno-Hematological Department (CNGMO Tunis) over the year 2012. The iron overload was mild when the Liver Iron Concentration (LIC) (mg Iron/g dry wt) was between 2 and 7, moderate (7-15), and severe ≥ 15 (mg/gdw). The patients were divided into two groups: G1: LIC < 7 and G2: LIC ≥ 7 (mg/gdw).

Results: The mean age of our patients was 16,2 (10-29). The sex-ratio was 1,1 and 89% of the patients were splenectomized. The iron level was normal in 5% of cases. However, it was mild, moderate and severe, respectively in 30, 40, and 25% of the cases. The serum ferritin concentration was significantly correlated with the grades of iron deposition in liver seen on MRI T2* images ($p=0.001$).

Conclusion: Serial serum ferritin measurements in transfused Beta thalassemia major patients, have a high sensitivity for identifying patients with iron overload and are of great value in guiding decision making regarding initiation or monitoring of chelation therapy and, therefore, reduced costs (which is important in developing countries where thalassemia is most prevalent).

CA192. INCIDENCE AND RISK FACTORS FOR EARLY-ONSET HYPERTENSION AFTER ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION IN CHILDREN

M. Ouederni, R. Hassouna, M. Ben Khaled, N. Dhouib, A. Haoua, S. Thraya, F. Mellouli, M. Bejaoui

Service d'Immuno-Hématologie pédiatrique, Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis

Background and Objectives : Survivors of pediatric hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) are at risk for developing hypertension.

The objectives of this study are to evaluate the prevalence and risk factors of early onset hypertension during the engraftment period after HSCT.

Subjects and Methods : This is a retrospective study of 42 consecutive patients (mean age at HSCT= 3,7 years) who underwent HSCT for leukemia (n=5), severe aplastic anemia (n=9), hemoglobinopathy (n=13), primary immunodeficiency (n=12) and metabolic disease (n=2). Hypertension was defined as having systolic and/or diastolic blood pressure 95th percentile according to age, gender, and height. To analyze the risk factors related to hypertension, data including patients' demographic and transplant characteristics, were reviewed.

Results : Hypertension developed in 14 patients (33%). The hypertension appeared at mean date of fourteen days after HSCT. Duration of treatment was 5,7 months between one month and one year. Younger age, acute graft-versus-host disease, sinusoidal obstruction syndrome, treatment with corticoid, and greater increase in serum creatinine (Cr) levels were associated with hypertension. Multivariate analysis showed that sinusoidal obstruction syndrome was an independent risk factor for hypertension.

Conclusion : Prevalence of hypertension during immediate post-HSCT period is high, especially in younger children. Sinusoidal obstruction syndrome was significantly associated with hypertension. Further study is needed to elucidate long-term cardiovascular complications in pediatric HSCT survivors.

CA193. CHAMBRE A CATHETER IMPLANTABLE (CCI) : TECHNIQUES DE MANIPULATION ET D'ENTRETIEN

Aazddin Biouih. L Mahmal

Service d'hématologie COH CHU Mohammed VI Marrakech

Depuis quelques décennies, la chimiothérapie par voie intraveineuse occupe une place prépondérante dans le traitement des affections malignes, l'injection par voie intraveineuse au niveau des voies périphériques de médicaments corrosifs altère ces dernières et expose au risque d'extravasation des médicaments. Le recours aux chambres à cathéters implantables(CCI) s'est imposé au fil du temps. La chambre à cathéter implantable permet de disposer d'un abord veineux profond et fiable, améliorant la qualité de vie des patients et rendant aisé le travail du personnel médical et infirmier. Toutefois le non respect des règles d'hygiène et d'asepsie pendant la manipulation et l'entretien de ce dispositif, expose le malade au décès par un choc septique. Ce poster conçu pour l'affichage permanent dans les postes de soins, met en évidence la technique adéquate lors de la pose d'une aiguille de Huber, sa manipulation et sa surveillance, la réalisation d'un prélèvement sanguin, l'administration d'un médicament, ainsi que la conduite à tenir devant les principaux incidents survenant au moment de l'utilisation de la CCI. L'objectif de ce poster est de prévenir l'infection lors de la manipulation et l'entretien de la CCI, uniformiser la procédure d'utilisation de la CCI et assurer une surveillance quotidienne de la CCI et du patient.

CA194. L'EXTRAVASATION DES ANTICANCEREUX : QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Aazddin Biouih. L Mahmal

Service d'hématologie COH CHU Mohammed VI Marrakech

Les abords veineux périphériques ou centraux sont particulièrement sollicités chez les patients atteints de cancer. Dans ce contexte, une extravasation a plus de risque de se produire et d'être à l'origine de graves séquelles cutanées, fonctionnelles et psychologiques.

Devant la fréquentation des extravasations des produits cytotoxiques, nous avons pris conscience de l'absence de procédure formalisée dans notre établissement. Nous avons décidé de mettre en place une exploration pour identifier et mettre en évidence les points les plus sensibles de la procédure.

Les résultats de l'exploration dégagent que la prévention et la reconnaissance d'une extravasation sont bien connues. Par contre, elle met en évidence des lacunes pour identifier les toxicités individuelles des cytotoxiques en cas d'extravasation ou pour agir spontanément en cas d'incident.