



DOSSIER  
LEUCÉMIE MYÉLOÏDE  
CHRONIQUE : LA RÉVOLUTION  
DU PRONOSTIC VITAL PAGE 10

# Leucémie myéloïde chronique : la révolution du pronostic vital

Le traitement de ce cancer des globules blancs sanguins, d'évolution lente, est désormais beaucoup mieux maîtrisé et personnalisé.

PAULINE LÉNA

**CANCÉROLOGIE** « La leucémie myéloïde chronique peut désormais être traitée dans 90 à 95 % des cas », s'enthousiasme le Pr Philippe Rousselot, professeur d'hématologie à l'université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. L'apparition des traitements par anticorps monoclonaux, à la fin des années 1990, a révolutionné la prise en charge de ce cancer dont le diagnostic, jusque-là, annonçait le début d'un parcours du combattant dont l'issue était rarement positive.

La leucémie myéloïde chronique (LMC) est désormais réellement une maladie chronique qui modifie peu l'espérance de vie dans la majorité des cas. Elle représente 15 à 20 % des leucémies de l'adulte. Environ 8 000 personnes en sont atteintes en France où 700 nouveaux cas sont découverts chaque année. Elle touche plus les hommes que les femmes, principalement après 50 ans.

La LMC est un cancer du sang dont l'évolution est lente : dans de nombreux cas, sa découverte est fortuite et se fait à l'occasion d'une analyse de sang qui révèle un trop grand nombre de globules blancs. L'analyse du frottis révèle la présence de nombreuses cellules immatures passées dans le sang, signalant un dérèglement de la moelle osseuse. Un myélogramme, qui nécessite une ponction sternale de moelle osseuse, est nécessaire pour confirmer le diagnostic et déterminer le caryotype des cellules immatures. Les cellules affectées par la LMC ont en effet subi une

translocation de matériel génétique, échangé entre 2 chromosomes pour former un gène spécifique retrouvé sur le chromosome dit de Philadelphie.

Il est désormais possible d'examiner ce chromosome au niveau moléculaire pour identifier le type exact de translocation. « Ce chromosome et le type de modification qu'il porte permettent de confirmer le diagnostic mais servent également à confirmer l'efficacité des traitements, dont l'un des objectifs est de les rendre indétectables », souligne le Pr Philippe Rousselot.

Le diagnostic complet repose donc sur des analyses qui, selon la disponibilité des laboratoires capables de les réaliser, peuvent prendre de 1 à 4 semaines. « Il n'y a pas d'urgence dans la très grande majorité des cas », rappelle le Pr Rousselot. Selon les cas, un premier traitement, destiné à ralentir l'activité débordante de la moelle osseuse, peut être appliqué pendant cette période d'attente. La maladie évolue en trois stades, définis par le taux de cellules immatures dans le sang. Plus de 90 % des patients présentent un taux inférieur à 6 % avec une maladie qui est qualifiée de chronique, sans symptômes.

## Anticorps monoclonaux

Un traitement sera néanmoins appliqué pour éviter l'évolution vers la phase accélérée, où les cellules anormales peuvent atteindre 30 %. Leur prolifération commence alors à perturber la production d'autres cellules sanguines, plaquettes et globules rouges, et les premiers symptômes peuvent apparaître.

La phase blastique, lorsque les cellules immatures dépassent 30 %, correspond à une évolution très rapide de la maladie, qui met en cause le pronostic vital.

Lorsque le diagnostic est confirmé, le spécialiste présentera les options de traitement, qui repose désormais sur l'utilisation d'une thérapie ciblée à base d'anticorps monoclonaux et, en premier lieu, l'imatimib qui reste le traitement de référence depuis 2002 en France et se montre efficace pour deux tiers des patients. Les médecins ont désormais accès à d'autres anticorps monoclonaux pour les patients qui développent une résistance à l'imatimib, ceux qui n'y répondent pas assez bien ou qui le supportent mal.

« Entre 90 à 95 % des patients trouvent aujourd'hui un traitement qui leur convient », souligne le Pr Rousselot. Ces traitements peuvent être pris par voie orale, avec des modalités précises, et devront être suivis au minimum pendant plusieurs années, parfois à vie. La majorité des échecs sont d'ailleurs liés à un défaut de prise en charge, le plus souvent parce que le patient se lasse d'un traitement qui dure aussi longtemps, parfois parce que le traitement est mal adapté.

Ces traitements sont particulièrement coûteux, d'autant plus que leur efficacité sauve désormais de nombreux patients et qu'ils doivent être pris pendant de nombreuses années. L'arrivée de génériques de l'imatimib devrait alléger leur poids pour l'Assurance-maladie.

« Les équipes françaises sont particulièrement avancées sur des études qui vi-





sent à trouver des combinaisons thérapeutiques permettant à la fois de détruire les cellules leucémiques et de moduler le système immunitaire pour protéger du risque de rechute, indique le Pr François Guilhot, directeur de recherche Inserm et responsable du service d'oncologie hématologique et thérapie cellulaire au CHU de Poitiers. Le grand défi est aujourd'hui d'envisager de se permettre d'arrêter le traitement lorsque la rémission moléculaire est atteinte. » ■

**700**

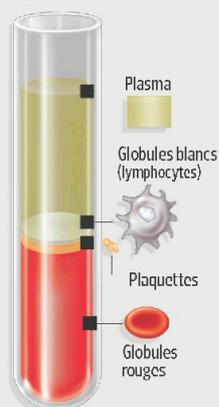
nouveaux cas

de LMC sont découverts chaque année en France

Les 2 types de leucémies chroniques

COMPOSITION DU SANG

Sang normal

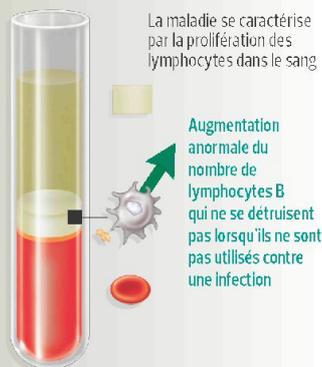


Le plasma représente 55 % du volume sanguin, les globules rouges 99 % du volume restant et les globules blancs et les plaquettes 1%.

Illustration: Sophie Jacopin  
 Infographie: LE FIGARO

**1** Leucémie lymphoïde

La maladie se caractérise par la prolifération des lymphocytes dans le sang



Augmentation anormale du nombre de lymphocytes B qui ne se détruisent pas lorsqu'ils ne sont pas utilisés contre une infection

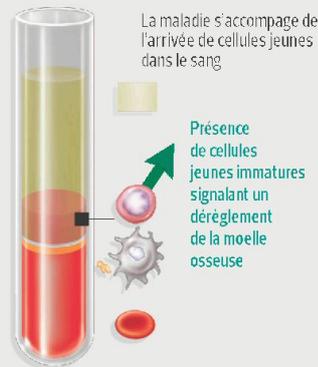
ÉVOLUTION POSSIBLE DE LA MALADIE

- Augmentation modérée des lymphocytes
- Gonflement de la rate et des ganglions
- Baisse anormale des globules rouges et des plaquettes

Ces deux maladies ont une évolution lente, elles apparaissent le plus souvent tard dans la vie (après 50 ans). Elles peuvent, après un diagnostic précis, rester un certain temps sans traitement.

**2** Leucémie myéloïde

La maladie s'accompagne de l'arrivée de cellules jeunes dans le sang



Présence de cellules jeunes immatures signalant un dérèglement de la moelle osseuse

ÉVOLUTION POSSIBLE DE LA MALADIE

- Moins de 6 % des cellules du sang sont anormales
- 6 à 30 % de cellules anormales
- Plus de 30 % des cellules sont anormales

Le grand défi est aujourd'hui d'envisager de se permettre d'arrêter le traitement lorsque la rémission moléculaire est atteinte

PR FRANÇOIS GUILHOT,  
 DIRECTEUR DE RECHERCHE  
 INSERM