



Journée internationale du cancer de l'enfant

«L'allogreffe de moelle osseuse à la rescousse des malades»

- ◆ Le cancer est la deuxième cause de mortalité chez les moins de 15 ans.
- ◆ L'hôpital universitaire international Cheikh Khalifa de Casablanca accueille la première unité d'allogreffe de moelle osseuse pédiatrique aux normes internationales.
- ◆ Entretien avec le Professeur Jihane Toughza, spécialiste en allogreffe, hématologie et oncologie pédiatrique.

Propos recueillis par Ibtissam Z.

Finances News Hebdo : Tout d'abord, expliquez-nous la technique de l'allogreffe, dans quels cas l'utiliser et quels sont les risques de rejet ?

Pr Jihane Toughza : L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques représente aujourd'hui une modalité thérapeutique importante. Elle a connu une grande évolution depuis ses origines, tant dans le choix des sources cellulaires utilisables (moelle, cellules souches périphériques, sang placentaire), des donneurs mobilisables (intra-familiaux, non apparentés, totalement ou partiellement compatibles) que des modalités thérapeutiques entourant la greffe (immunosuppresseurs, manipulations du greffon, soins de support). Les indications de l'allogreffe se sont également élargies à de nombreuses pathologies.

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques consiste à greffer des cellules souches hématopoïétiques saines à des patients dont la moelle osseuse a été détruite ou endommagée, ou lorsque celle-ci ne fonctionne plus correctement. Les indications les plus fréquentes sont les leucémies aiguës myéloïdes et lymphoïdes, les syndromes myélodysplasiques et myéloprolifératifs, les lymphomes non hodgkiniens, les insuffisances médullaires totales en cas d'une anémie aplasique idiopathique ou génétique (anémie de Fanconi, dyskératose congénitale), ou insuffisances médullaires partielles en cas de déficit immunitaire sévère (le SCID ou d'autres déficits immunitaires génétiques), ou dans le cadre d'une hémoglobinopathie (la drépanocytose, la thalassémie majeure). L'indication



d'allogreffe concerne également certaines enzymopathies (maladie Hurler, l'adréno-leucodystrophie, la maladie de Krabbe).

Les protocoles de conditionnement, de prophylaxies anti-infectieuses et de prévention contre la maladie du greffon contre le receveur GVHD (Graft Versus Host Disease), varient selon le patient receveur, la pathologie et le greffon.

Les traitements immunosuppresseurs mis

en place permettent de limiter le risque de rejet de la greffe de moelle par le système immunitaire.

Par contre, l'agression peut provenir des cellules greffées elles-mêmes. Dans ce cas, ces dernières s'attaquent à différents organes du patient : foie, peau, intestins... La GVHD est la principale complication de la greffe de moelle osseuse et peut s'avérer mortelle.

La recherche de nouveaux traitements doit se poursuivre pour améliorer le pronostic des cancers pédiatriques et limiter les séquelles.



F.N.H. : Qu'en est-il du coût de la prise en charge de ce genre d'intervention très lourde ?

Pr J. T. : Fort heureusement, l'allogreffe de moelle osseuse est à ce jour prise en charge en totalité par les mutuelles de santé classiques marocaines (CNOPS, CNSS, FAR ...). Il est à rappeler que les frais de l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques s'élèvent entre 350.000 et 500.000 euros en Europe (soit l'équivalent de 3.745 000 DH et 5.350.000 de DH). Cette intervention délicate et lourde revient au minimum 5 fois moins cher au Maroc.

F.N.H. : La première unité d'allogreffe de moelle osseuse pédiatrique a été mise aux normes internationales en 2020 à Casablanca. Dans votre service, plusieurs opérations lourdes ont été effectuées. Un suivi médical drastique s'impose à ces enfants malades. Parlez-nous-en.

Pr J. T. : En effet, après le conditionnement du patient en chambre stérile, arrive le jour J, qui est le jour de la greffe. Les cellules réinjectées vont alors se loger dans la moelle osseuse et produire au bout de 20 jours environ les nouvelles cellules du sang. Le patient reste hospitalisé en chambre stérile. Il s'agit donc d'une hospitalisation d'un minimum de six semaines. Elle est plus longue encore s'il y a des retards à la pousse de greffe ou des complications. Il s'agit d'une période de soins intensifs où sont traitées les différentes complications toxiques induites par le conditionnement, infectieuses en rapport avec la neutropénie et immunologiques liées à la réactivité du greffon contre l'hôte (GVH).

Le patient sera suivi en hôpital de jour, en moyenne 3 mois, puis en consultation plusieurs années. Il faudra refaire les vaccinations, car la mémoire des vaccins est perdue, et les taux d'anticorps sont bas et protègent mal. Le patient redevient un peu comme un nouveau-né, et même un peu plus fragile.

Le traitement immunosuppresseur permet de prévenir le rejet de la greffe et, surtout, de prévenir ou de traiter une maladie du greffon contre le

receveur, GVHD (Graft-Versus-Host-Disease), principale complication de la greffe de moelle allogénique.

Le traitement est poursuivi pendant au moins 6 mois puis, en l'absence de GVH, diminué très progressivement jusqu'à l'arrêt total.

Le centième jour après la greffe, un bilan complet sera effectué et les contraintes seront précisées au

patient. En règle générale, de la greffe à six mois, mieux vaut ne pas s'éloigner du centre de greffe du fait du risque d'infection et de poussées possibles de GVHD aiguës.

De six mois à un an, le patient doit garder un contact étroit avec son centre de greffe. Durant cette période, le patient court le risque de contracter une infection virale saisonnière

banale, ou de déclarer un zona.

De ce fait, un certain nombre de situations doivent être évitées à tout prix : aller dans la foule et dans les lieux pollués, prendre les transports en commun, se baigner en mer ou en piscine, avoir un animal de compagnie, avoir des rapports sexuels non protégés. En outre, il ne faut pas oublier que l'exposition au soleil

HORS SÉRIE
finances HEBDO
News
PREMIER HEBDOMADAIRE DE L'INFORMATION FINANCIÈRE
www.fnh.ma

Votre étalon information
Nous ne donnons pas juste des informations, mais l'information juste

Tourisme Etat d'urgence absolu !
finances HEBDO
News
PREMIER HEBDOMADAIRE DE L'INFORMATION FINANCIÈRE
N° 47 - Décembre 2021 - Prix de vente 50 DH
Directeur de la publication : Fatima Ouzaghi

Nouvelle majorité
Premiers pas poussifs

Conjoncture
«Plus le coma économique est long, plus on assistera à des faillites»

Recherche & Innovation
Valoriser avec force le capital immatériel

EN VENTE CHEZ VOTRE MARCHAND DE JOURNAUX



Une adolescente de 12 ans est la première patiente à avoir bénéficié, le 22 janvier 2022, d'une allogreffe de moelle osseuse dans un contexte de maladie de Fanconi au Maroc. L'intervention a été réalisée par l'équipe d'hématologie et oncologie pédiatrique de l'hôpital Cheikh Khalifa, avec à leur tête le Pr Jihane Toughza.

cavités osseuses et proliférer pour assurer la reconstruction d'une moelle osseuse saine. La reconstruction hématologique a été observée au bout d'une vingtaine de jours. Pendant la phase initiale d'une allogreffe, le malade est soumis à une surveillance hématologique en raison de la gravité des complications qui peuvent survenir. Durant la période d'aplasie médullaire, qui suit le conditionnement, alors que les taux des globules blancs et de plaquettes sont au plus bas, il existe un risque important d'infection, d'origine bactérienne, fongique ou virale, à l'origine de nombreux décès. Dès qu'elle sera sevrée du support transfusionnel, la patiente pourra sortir de la chambre stérile et poursuivre sa prise en charge en hôpital de jour, puis en consultation.

F.N.H. : La journée internationale du cancer de l'enfant vient nous rappeler combien il est vital de redoubler d'effort pour soulager les enfants en souffrance. Aujourd'hui, les traitements ont fait des progrès importants, avec un taux de guérison de plus de 80% au Maroc. Quel constat faites-vous de l'avancée de cette pathologie ?

Pr J. T. : Les cancers de l'enfant ne ressemblent pas à ceux de l'adulte. Ils sont d'abord beaucoup plus rares et représentent moins de 3% de l'ensemble des cancers. Les leucémies, les tumeurs du système nerveux central et les lymphomes sont les principales pathologies cancéreuses rencontrées chez les moins de 15 ans. Rien à voir donc avec les principaux cancers de l'adulte qui touchent les poumons, le sein ou la prostate. Aujourd'hui, grâce aux progrès réalisés au cours des 4 dernières décennies, 8 enfants sur 10 guérissent. Malheureusement, pour 20% d'entre eux, à l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement pour les guérir. Malgré les progrès conséquents réalisés, le cancer reste la deuxième cause de mortalité chez les moins de 15 ans, après les accidents. Leur seul recours est les progrès de la recherche scientifique. La recherche de nouveaux traitements doit se poursuivre pour améliorer le pronostic des cancers pédiatriques et limiter les séquelles. Pour nos enfants, et pour les générations à venir, je souhaiterais porter une grande ambition: celle de guérir le cancer de l'enfant au 21^{ème} siècle. ♦

est interdite pendant au moins 2 ans si le patient a fait une GVHD. Il est reconnu qu'une exposition au soleil peut déclencher une nouvelle poussée de GVHD.

F.N.H. : L'anémie de Fanconi est une maladie génétique rare, et l'allogreffe de moelle osseuse est le seul traitement curatif pour éviter des tumeurs. Vous avez effectué au Maroc la toute première allogreffe de moelle osseuse de la maladie de Fanconi. Comment l'intervention s'est-elle passée et quelle est la prochaine étape ?

Pr J. T. : L'anémie de Fanconi est une maladie génétique rare de transmission principalement autosomique récessive, caractérisée par un défaut de réparation de l'ADN.

Les signes cliniques sont hétérogènes et associent le plus souvent un retard staturo-pondéral homogène, une dysmorphie faciale caractéristique et des anomalies de la pigmentation cutanée. D'autres malformations sont présentes dans 70% des cas et touchent principalement les reins, le cœur et le squelette (pouce et avant-bras). Les deux principales complications sont la survenue d'anomalies hématologiques (anémie macrocytaire, aplasies, myélodysplasies ou leucémies aiguës myéloblastiques) à partir de la première décennie et

avec une incidence cumulative à 40 ans de près de 100%; ainsi que l'apparition de carcinomes épidermoïdes (bouche, œsophage, vulve, col utérin en particulier) à partir de la 3^{ème} décennie, parfois précédés de leucoplasies.

Le traitement de ces deux complications doit être réalisé dans des centres spécialisés du fait de la radiosensibilité et de la chimiosensibilité exceptionnelles de ces patients qui contre-indiquent les traitements conventionnels.

Le seul traitement hématologique curatif est l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Il est à noter que ces patients allogreffés présentent plus de complications, notamment un risque plus accru de toxicité des muqueuses et de GVH.

Notre patiente, âgée de 12 ans, est la première à avoir bénéficié d'une allogreffe de moelle osseuse dans un contexte de maladie de Fanconi au Maroc.

Elle a bénéficié d'abord d'un conditionnement, un traitement préparatoire par chimiothérapie et immunosuppresseur qui a lieu avant la greffe.

Ensuite, elle a bénéficié de la greffe de moelle osseuse de son frère de 8 ans. En effet, les cellules médullaires du donneur sont introduites dans la circulation sanguine du receveur au moyen d'une simple transfusion veineuse. Les cellules vont, via le flux sanguin, se loger dans les

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques consiste à greffer des cellules souches hématopoïétiques saines à des patients dont la moelle osseuse a été détruite ou endommagée.