

Observatoire LPL-B

Objectifs

Recenser en prospectif tous les nouveaux cas de cette pathologie rare afin de compiler les données biologiques et cliniques sur une large série.

Buts :

- répertorier les cas, décrire les traitements et l'évolution clinique
- Evaluer la fréquence des anomalies cytogénétiques et moléculaires récurrentes, décrire l'évolution clonale
- Etablir des facteurs pronostiques

Critères d'inclusion

Tout nouveau patient étiqueté LPL-B *de novo*.

Il faut avoir pour chaque patient soit une étude cytogénétique, soit du matériel congelé (ADN, cellules), les deux étant l'idéal.

Sont exclues les LLC « mixtes » avec taux de prolymphocytes élevés (<55% des lymphocytes circulants) et les formes secondaires à une autre hémopathie (LLC, LZM).

En accord avec la classification OMS, les cas avec une morphologie similaire mais présentant une t(11;14)(q13;q32) sont exclus, car correspondant à un lymphome du manteau leucémique.

Déroulement

1^{ère} étape : relecture cytologique

Relecture centralisée des frottis sanguins : Karim Maloum, Catherine Settegrana, Lucile Baseggio

Etaptes suivantes si le diagnostic est validé

- recueil des données biologiques et cliniques (fiche d'inclusion)
- relecture des caryotypes en sous-groupe et groupe
- recueil du matériel existant :
 - culot de cytogénétique pour FISH complémentaire
 - cellules en DMSO
 - ADN/ARN si disponible

Suivi des patients

- Mise à jour des données cliniques tous les ans (fiche spécifique)
- Demander si possible des analyses cytogénétiques/moléculaires au cours du suivi (évolution des clones) : transmettre les CR
- Congélation de cellules : localement ou à la Pitié-Salpêtrière

Contacts

Florence Nguyen Khac (florence.nguyen-khac@psl.aphp.fr) **et Elise Chapiro** (elise.chapiro@aphp.fr)

Unité de cytogénétique hématologique
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles Foix
Service d'hématologie biologique
47-83 Bd de l'hôpital, 75013 Paris
tel : 01 42 16 24 60 / 24 51
fax : 01 42 16 24 53

RELECTURE CYTOLOGIQUE

Karim Maloum (karim.maloum@psl.aphp.fr) et Catherine Settegrana
(catherine.settegrana@psl.aphp.fr)

Unité d'Hématologie Cellulaire
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles Foix
Service d'hématologie biologique, Bâtiment Pharmacie
47-83 Bd de l'hôpital, 75013 Paris
tel : 01 42 16 24 55 (K. Maloum) / 24 56 (C. Settegrana)

Lucile Baseggio
Laboratoire d'Hématologie Cellulaire
Hématologie Cellulaire/Immunophénotypage
Centre de Biologie et d'Anatomie Pathologique Sud - Bâtiment 3D
Groupement Hospitalier Sud/HOSPICES CIVILS DE LYON
165, Chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre-Bénite Cédex
Tel: +(33) 478.569.020, Fax:+(33) 478.863.340

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : 3 premières lettres du **nom**, 2 premières lettres du **prénom** :

Date de Naissance (JJ/MM/AA) :

Sexe (M,F) :

CYTOGENETICIEN RESPONSABLE DU DOSSIER

NOM, Prénom :

Centre :

Adresse :

Tel :

Fax:

Mail :

CLINICIEN RESPONSABLE DU DOSSIER

NOM, Prénom :

Centre :

Adresse :

Tel :

Fax:

Mail :

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES

Si RCP, courrier exhaustif, joindre photocopies

Date de diagnostic : (JJ/MM/AA) : __ / __ / __

Antécédents :

Familial : hémopathie maligne (préciser) :

Personnel :

Néoplasie associée (préciser) :

Exposition professionnelle à un agent mutagène (préciser) :

Traitement antérieur (radiothérapie, chimiothérapie, à préciser) :

Autre :

Histoire de la maladie

.....
.....
.....

Localisations tumorales au moment du diagnostic :

Date de l'examen (JJ/MM/AA) : __ / __ / __

Rate :

Adénopathies (préciser les territoires) :

Présence de signes B oui/non, si oui préciser :

Autres :

Biologie au diagnostic

LDH :UI/L ; normes supérieure du laboratoire :

Béta2microglobuline :mg/L

Immunoglobuline monoclonale : oui/non, type éventuel

Traitement

Traitement de 1^{ère} ligne

Type, :

Date de début, nombre de cures, date de fin de traitement :

Réponse en fin de traitement :

Meilleure réponse tardive et date :

Traitement de 2^{ème} ligne

Type :

Date de début, nombre de cures, date de fin de traitement :

Réponse en fin de traitement :

Meilleure réponse tardive et date :

Traitement de 3^{ème} ligne

Type :

Date de début, nombre de cures, date de fin de traitement :
Réponse en fin de traitement :
Meilleure réponse tardive et date :

Autres lignes de traitement :

.....
Evolution :

Progression : oui/non, si oui date et mode de progression :.....

.....
Syndrome de Richter : oui/non, si oui date

Dernières nouvelles du patient (date) :.....

Statut aux dernières nouvelles :

Décès (date) :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

INDISPENSABLES :

Numération Formule Sanguine : *joindre photocopies*

-au moment du diagnostic : Prévoir une lame pour la relecture morphologique

-au moment du (ou des) caryotype(s)

Immunophénotypage au diagnostic : *joindre photocopie*

Caryotype(s) : *joindre photocopie*

Autres:

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| - Myélogramme, ponction ganglionnaire: | <input type="checkbox"/> fait | <input type="checkbox"/> non fait | <i>joindre photocopies</i> |
| - Biopsie médullaire: | <input type="checkbox"/> fait | <input type="checkbox"/> non fait | <i>joindre photocopies</i> |
| - Biopsie ganglionnaire: | <input type="checkbox"/> fait | <input type="checkbox"/> non fait | <i>joindre photocopies</i> |
| - Biopsie rate: | <input type="checkbox"/> fait | <input type="checkbox"/> non fait | <i>joindre photocopies</i> |
| - Statut mutationnel IGHV | <input type="checkbox"/> fait | <input type="checkbox"/> non fait | <i>joindre photocopies</i> |
| - Mutation TP53 | <input type="checkbox"/> fait | <input type="checkbox"/> non fait | <i>joindre photocopies</i> |
| - Panel NGS | <input type="checkbox"/> fait | <input type="checkbox"/> non fait | <i>joindre photocopies</i> |

CONSENTEMENT/FORMULAIRE DE NON OPPOSITION SIGNE

oui non inconnu

Si oui, joindre la photocopie

MATERIEL CONGELE : Préciser les dates

Culot de cytogénétique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date(s)
Cellules DMSO:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date(s)
ADN:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date(s)
ARN:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date(s)

DOSSIER CYTOGENETIQUE : Remplir une fiche par caryotype

Date du prélèvement : (JJ/MM/AA) : __/__/__

Type de prélèvement : Sang Moelle Autre :.....

Temps de culture : 24h 48h 72 96h

Mitogènes (préciser) :

Caryotype: joindre une IMAGE représentative de chaque clone

Bandes : RHG GTG

Nombre de mitoses étudiées :Nombre de mitoses avec anomalie clonale:

Formule chromosomique :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nombre d'anomalies :

[Texte]

[Texte]

Fiche d'inclusion

Etude FISH :

Sonde utilisée	Fournisseur	Profil observé	Nombre de métaphases anormales / normales	Nombre de noyaux anormaux /normaux (%)

Ou formule FISH (non obligatoire) (*à joindre sous format informatique*)

[Texte]

[Texte]

COMMENTAIRES DU SOUS-GROUPE : lieu, date

COMMENTAIRES DU GROUPE : date

FORMULE REVISEE (à joindre sous format informatique)