

Le lymphome canin

Dre Andréa Begon Valette

andrea.begon-valette@sirius.vet

DU d'oncologie

Clinique Sirius, 2 Rue de Bourdelas – 87270 Couzeix

Résumé

Le lymphome canin constitue l'une des néoplasies les plus fréquentes chez le chien et représente un groupe hétérogène de proliférations lymphoïdes malignes différant par leur présentation anatomique, leur morphologie, leur immunophénotype, leur comportement biologique et leur réponse au traitement. La forme multicentrique est de loin la plus fréquente, mais des formes extranodales digestives, médiastinales, cutanées ou rénales sont également décrites, avec des tableaux cliniques et des pronostics très variables.

L'approche diagnostique repose sur une combinaison raisonnée de cytologie, d'histopathologie et d'immunophénotypage, ce dernier étant devenu indispensable pour distinguer les lymphomes de lignée B et T et mieux orienter la prise en charge. Les données récentes confirment la place centrale de l'histopathologie couplée à l'immunohistochimie pour la classification complète des lymphomes nodaux, tandis que la cytométrie en flux et les tests de clonalité constituent des outils complémentaires utiles dans certaines situations.

Sur le plan thérapeutique, les protocoles multiagents de type CHOP restent le standard pour les formes multicentriques agressives, en particulier de lignée B, avec des taux de rémission élevés et des médianes de survie pouvant atteindre 8 à 14 mois selon les séries. À l'inverse, les lymphomes T agressifs et les formes extranodales, notamment intestinales, sont généralement associés à une réponse plus limitée et à un pronostic plus réservé.

Malgré les progrès récents, de nombreuses zones d'incertitude persistent en raison de l'hétérogénéité des sous-types et de la prédominance d'études rétrospectives. Cette revue propose une synthèse concise des connaissances actuelles sur l'épidémiologie, les formes cliniques, les outils diagnostiques, les principaux facteurs pronostiques et les stratégies thérapeutiques du lymphome canin.

Introduction

Le lymphome figure parmi les néoplasies les plus fréquemment diagnostiquées chez le chien (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016). En termes de fréquence relative, il représente environ 24 % de l'ensemble des tumeurs documentées et près de 85 % des affections malignes hématopoïétiques (Rocha & al., 2025). D'un point de vue populationnel, son incidence annuelle est estimée entre 13 et 114 cas pour 100 000 chiens (Zandvliet, 2016), certaines études rapportant une fourchette de 20 à 107 cas pour 100 000 (Sayag & al., 2018).

Cette affection ne doit pas être considérée comme une maladie unique, mais comme un ensemble hétérogène de proliférations lymphoïdes malignes résultant d'une expansion clonale de cellules à différents stades de maturation (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025).

Cette hétérogénéité se traduit par une grande variété de présentations anatomiques, de morphologies cellulaires et d'immunophénotypes, qui conditionnent le comportement clinique, le pronostic et la réponse au traitement (Childress & al., 2025 ; Rocha & al., 2025). Si la forme multicentrique est de loin la plus fréquente, représentant environ 84 % des cas, le praticien est également confronté à des formes extranodales plus complexes, notamment digestives, médiastinales ou cutanées (Rocha & al., 2025 ; Sogame & al., 2018).

Au-delà de son intérêt vétérinaire, le lymphome occupe également une place importante en oncologie comparée. Le chien est en effet reconnu comme un modèle spontané pertinent pour l'étude des lymphomes non hodgkiniens humains, en raison de similitudes marquées sur les plans clinique, histopathologique, moléculaire et thérapeutique (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025).

L'objectif de cette revue de littérature est de proposer une synthèse scientifique concise et rigoureuse sur le lymphome canin. À la lumière des données les plus récentes, en particulier des travaux de consensus publiés en 2025, ce document vise à clarifier les principes de classification, à comparer la valeur des différents outils diagnostiques et à exposer les principaux facteurs pronostiques ainsi que les stratégies thérapeutiques actuellement disponibles (Childress & al., 2025 ; Rocha & al., 2025).

Épidémiologie et facteurs de risque

Le lymphome peut être diagnostiqué à tout âge, mais il affecte préférentiellement les chiens d'âge moyen à âgé. Son incidence augmente significativement avec le vieillissement, passant de 1,5 cas pour 100 000 chez les chiens de moins d'un an à 84 cas pour 100 000 chez ceux de plus de dix ans (Zandvliet, 2016). Bien qu'aucune prédisposition sexuelle globale ne soit clairement établie, les femelles entières semblent présenter un risque plus faible, tandis qu'une stérilisation précoce, avant l'âge d'un an, a été corrélée à une augmentation du risque chez certaines races comme le Golden Retriever et le Vizsla (Zandvliet, 2016).

Les races de taille moyenne à grande sont surreprésentées dans les séries cliniques. Une susceptibilité génétique est fortement suspectée dans certaines lignées, notamment chez le Bullmastiff, le Rottweiler et le Terrier écossais, chez lesquels des cas familiaux ont été rapportés (Zandvliet, 2016). D'autres races présentent également une incidence élevée, telles que le Basset Hound, le Boxer, le Berger allemand, le Golden Retriever et le Labrador Retriever (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025). Certaines prédispositions semblent en outre liées à l'immunophénotype : le type T est majoritaire chez l'Irish Wolfhound, le Shih Tzu et le Cocker Spaniel, tandis que le type B prédomine chez le Doberman, le Terrier écossais et le Basset Hound (Zandvliet, 2016).

L'étiologie précise du lymphome canin demeure incomplètement élucidée. Plusieurs facteurs environnementaux et biologiques sont néanmoins suspectés. Parmi eux figurent l'exposition à des produits chimiques ménagers, la proximité de zones industrielles, de sites pollués ou d'incinérateurs de déchets, ainsi que l'exposition aux champs magnétiques. Sur le plan génétique, des polymorphismes du gène de la glutathion-S-transférase (GSTT1) et une capacité réduite de réparation de l'ADN chez certains Golden Retrievers pourraient favoriser la cancérogenèse. Bien que des virus de type gamma-herpès aient été détectés dans certains cas, une origine virale n'est pas à ce jour universellement admise. Enfin, un dysfonctionnement du système immunitaire pourrait également intervenir, comme le suggère l'association observée entre l'atopie et le développement ultérieur de lymphomes cutanés (Zandvliet, 2016).

Présentations cliniques et formes anatomiques

Le lymphome canin se manifeste sous des formes cliniques variées, déterminées par la localisation anatomique initiale de la prolifération maligne. La forme multicentrique demeure la plus fréquemment décrite, avec une prévalence comprise entre 75 % et 84 % des cas. Elle se caractérise principalement par une lymphadénomégalie périphérique généralisée, bilatérale et symétrique, touchant préférentiellement les nœuds lymphatiques mandibulaires et préscapulaires (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025). Cette adénomégalie est classiquement indolore, mais peut s'accompagner de signes systémiques non spécifiques tels qu'une léthargie, une anorexie ou une perte de poids, définissant alors le sous-stade clinique b (Zandvliet, 2016 ; Childress & al., 2025). Des complications paranéoplasiques, notamment une hypercalcémie maligne ou une anémie non régénérative, sont également fréquentes, en particulier lors d'atteinte médullaire correspondant au stade V (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025).

La forme digestive, bien que moins fréquente, représente le site extranodal le plus courant et se distingue en général par l'absence initiale de lymphadénomégalie périphérique (Sogame & al., 2018). Les signes cliniques dominants sont des troubles gastro-intestinaux chroniques, incluant vomissements, anorexie, diarrhée et perte de poids (Sogame & al., 2018). Une particularité majeure réside dans la forte prédominance du phénotype T, rapporté dans 91 % des cas (20 chiens sur 22 testés) dans des séries rétrospectives évaluant spécifiquement le lymphome intestinal primaire (Sogame & al., 2018). À l'imagerie, elle se traduit souvent par un épaississement diffus des parois intestinales avec perte de la stratification pariétale, ou par des masses focales (Sogame & al., 2018).

Le lymphome médiastinal affecte préférentiellement les nœuds lymphatiques médiastinaux crâniens ou le thymus, et concerne souvent des animaux plus jeunes. Le tableau clinique est dominé par une dyspnée sévère, secondaire à l'effet de masse ou à un épanchement pleural compressif (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025). Une autre manifestation caractéristique est le syndrome de la veine cave supérieure, responsable d'un œdème marqué de la face et du cou par obstruction du retour veineux (Zandvliet, 2016). Cette forme est quasi exclusivement associée au phénotype T et s'accompagne très fréquemment d'une hypercalcémie paranéoplasique liée à la production de PTH-rp par les cellules tumorales, à l'origine d'une polyuro-polydipsie parfois marquée (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025).

Les formes cutanées et les autres localisations extranodales présentent des tableaux cliniques extrêmement variés selon l'organe atteint. Le lymphome cutané, souvent épithéliotrope et de lignée T, peut mimer des affections dermatologiques chroniques avec érythème, plaques, nodules ou dépigmentation mucocutanée. Les formes oculaires peuvent se manifester par une uvéite secondaire ou des masses conjonctivales, tandis que les atteintes du système nerveux central provoquent des crises épileptiformes ou des déficits neurologiques multifocaux. Enfin, le lymphome rénal se présente souvent sous la forme d'une insuffisance rénale aiguë ou d'une polyuro-polydipsie, et peut être associé, plus rarement, à une polycythémie secondaire à une sécrétion inappropriée d'érythropoïétine (Zandvliet, 2016).

Démarche diagnostique

Suspicion clinique

La démarche diagnostique du lymphome canin repose sur une progression logique allant de la suspicion clinique à la caractérisation biologique et moléculaire de la néoplasie. L'examen clinique permet de suspecter l'affection principalement devant une lymphadénomégalie périphérique généralisée, bilatérale et symétrique, retrouvée dans environ 84 % des formes multicentriques (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016). Cette suspicion est renforcée par les commémoratifs, notamment la présence de signes systémiques tels qu'anorexie, léthargie ou perte de poids et influence directement les choix de prise en charge (Childress & al., 2025 ; Zandvliet, 2016).

Dans les formes extranodales, la suspicion diagnostique repose davantage sur des signes d'appel chroniques et insidieux.

Cytologie, histopathologie et immunophénotypage

La cytoponction à l'aiguille fine constitue l'examen de première intention, en raison de sa rapidité, de son caractère peu invasif et de sa forte sensibilité, estimée entre 80 % et 90 % pour les formes agressives de haut grade (Childress & al., 2025 ; Zandvliet, 2016). Elle permet souvent de confirmer la malignité par l'observation d'une population monomorphe de grands blastes lymphoïdes (Rocha & al., 2025 ; Childress & al., 2025).

La cytologie présente toutefois des limites importantes, sa précision diagnostique chutant notamment sous les 40 % pour identifier spécifiquement le lymphome T périphérique non spécifié (PTCL-NOS) (Childress & al., 2025). L'histopathologie couplée à l'immunohistochimie demeure donc requise pour un diagnostic et une classification complets selon les critères de l'OMS, tout particulièrement pour les lymphomes nodaux primitifs (Childress & al., 2025). Cette classification de l'OMS adaptée au chien repose sur l'évaluation de critères morphologiques précis tels que le type de croissance, la taille et la morphologie des noyaux, le nombre de mitoses par champ et l'immunophénotype (Valli & al., 2011). L'immunophénotypage est indispensable pour distinguer les lignées B et T, les méthodes les plus fiables étant l'immunohistochimie et la cytométrie en flux, sans qu'aucune ne soit clairement supérieure à l'autre (Childress & al., 2025).

L'immunophénotypage est désormais indispensable, car la morphologie seule ne permet pas de distinguer fiablement une lignée B d'une lignée T (Childress & al., 2025)

; Zandvliet, 2016). Cette distinction est importante, car dans les formes agressives, le phénotype B est généralement associé à une meilleure réponse au protocole CHOP et à un pronostic plus favorable (Rocha & al., 2025 ; Childress & al., 2025). Les deux principales méthodes utilisées sont l'immunohistochimie sur tissus fixés et la cytométrie en flux sur prélèvements frais, toutes deux considérées comme acceptables par les experts (Childress & al., 2025). La cytométrie en flux présente l'intérêt supplémentaire d'identifier des phénotypes complexes et des marqueurs aberrants, comme dans le lymphome de la zone T, souvent caractérisé par une perte d'expression du CD45 (Childress & al., 2025). Les tests de clonalité par PCR (PARR) constituent un outil complémentaire utile dans les cas ambigus, sans toutefois se substituer à l'immunophénotypage direct (Childress & al., 2025).

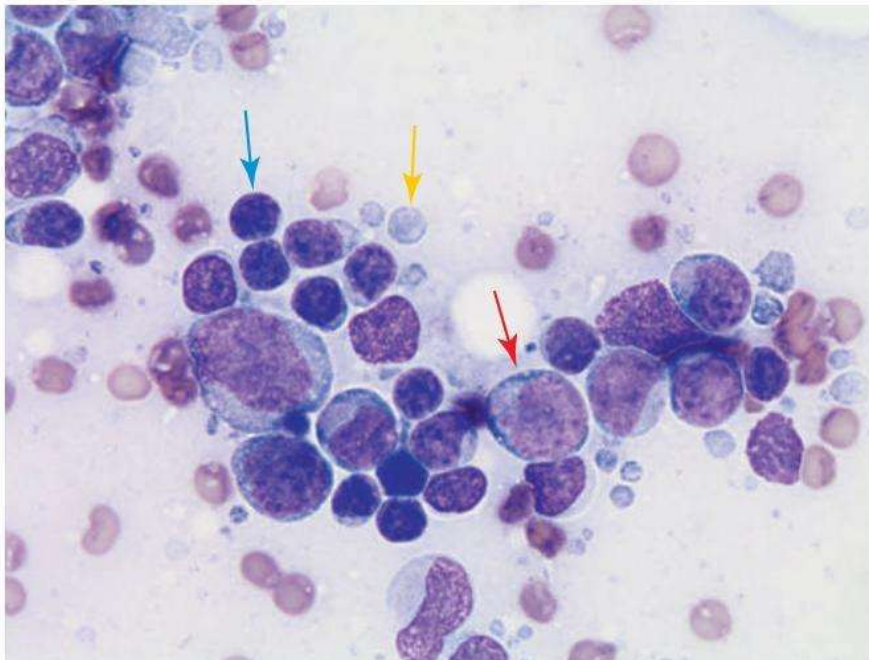


Figure 1 : Caractéristiques cytologiques d'un lymphome à grandes cellules chez un chien. De grandes cellules lymphoïdes néoplasiques (flèche rouge) sont mélangées à de petits lymphocytes normaux (flèche bleue). Noter les corps lymphoglandulaires (flèche jaune), qui correspondent à des îlots de cytoplasme provenant de cellules néoplasiques rompues. (Nelson & Couto, 2019).

Bilan d'extension

Le bilan d'extension vise à préciser le stade clinique de la maladie. Il repose sur un bilan biologique complet associé à l'imagerie médicale. Les anomalies hématologiques, notamment l'anémie non régénérative, rapportée dans 30 % à 77 % des cas, ainsi que l'hypercalcémie maligne, souvent associée au phénotype T, constituent des marqueurs de l'agressivité systémique (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016).

L'échographie abdominale occupe une place centrale pour détecter une atteinte des nœuds profonds, du foie ou de la rate, tandis que les radiographies thoraciques sont utiles pour rechercher une masse médiastinale ou des infiltrats pulmonaires (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025). Bien que l'atteinte de la moelle osseuse définisse le stade

V, la biopsie médullaire n'est pas recommandée en routine de façon systématique, car elle modifie rarement le choix du protocole initial, à moins d'une implication médullaire massive (Zandvliet, 2016).

En pratique, la stadification et la classification servent avant tout à hiérarchiser les options thérapeutiques et à établir un pronostic réaliste. La distinction entre formes agressives et formes indolentes est essentielle, car certaines de ces dernières peuvent relever d'une surveillance simple ou d'un traitement minimal, évitant ainsi une toxicité inutile (Childress & al., 2025). La démarche diagnostique doit donc rester pragmatique, avec un niveau de précision suffisant pour orienter la prise en charge sans compromettre les ressources financières nécessaires au traitement (Childress & al., 2025 ; Sogame & al., 2018).

Niveau	Désignation	Description
Stade I	Atteinte localisée	Atteinte d'un seul nœud lymphatique
Stade II	Atteinte régionale	Atteinte de plusieurs nœuds lymphatiques d'un même côté du diaphragme
Stade III	Atteinte généralisée	Adénomégalie généralisée des deux côtés du diaphragme
Stade IV	Atteinte viscérale	Atteinte hépatique et/ou splénique, avec ou sans atteinte ganglionnaire généralisée
Stade V	Atteinte avancée	Atteinte médullaire, sanguine ou autre atteinte extranodale
Sous-stade a	Absence de signes systémiques	État général conservé
Sous-stade b	Présence de signes systémiques	Présence de signes généraux tels qu'anorexie, léthargie ou amaigrissement

Tableau 1 : Description des différents stades cliniques selon l'OMS.

Facteurs pronostiques

Le pronostic du lymphome canin est marqué par une hétérogénéité importante, déterminée par des variables immunophénotypiques, cliniques et anatomiques (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025). L'immunophénotype constitue l'un des déterminants majeurs de l'évolution dans les formes agressives (Childress & al., 2025). Le phénotype B est associé à une meilleure réponse au protocole CHOP, permettant d'atteindre une survie médiane globale de 8 à 12 mois (Rocha & al., 2025), voire de 10 à 14 mois selon les revues (Zandvliet, 2016). À l'inverse, les phénotypes T agressifs ont une évolution plus péjorative, avec des durées de rémission et de survie significativement plus courtes comparativement aux phénotypes B (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016).

L'étendue de la maladie au moment du diagnostic, définie par le stade et le sous-stade de l'OMS, influence également directement la survie (Rocha & al., 2025). Le sous-stade clinique b, correspondant à la présence de signes systémiques, est systématiquement associé à un pronostic plus sombre comparativement au sous-

stade a (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016). De même, l'atteinte de la moelle osseuse ou du sang circulant, correspondant au stade V, constitue une variable péjorative majeure (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016).

La localisation anatomique a elle aussi une valeur pronostique importante. Les formes extranodales présentent globalement une issue plus réservée que la forme multicentrique (Zandvliet, 2016). Le lymphome intestinal primaire est particulièrement agressif, avec une survie médiane de seulement 62 jours, aggravée en cas d'anorexie ou de péritonite septique au moment du diagnostic (Sogame & al., 2018). D'autres localisations, comme les atteintes médiastinales crânielles ou hépatiques, sont-elles aussi associées à des survies brèves, souvent inférieures à six mois (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016).

Malgré la robustesse de certains indicateurs, leur utilisation en pratique clinique présente des limites. Le consensus de 2025 souligne notamment que le grade histopathologique, fondé uniquement sur le compte mitotique, ne reflète pas toujours l'agressivité clinique réelle, certains lymphomes agressifs pouvant présenter un index mitotique relativement faible (Childress & al., 2025). Par ailleurs, la majorité des données disponibles repose sur des études rétrospectives de niveau de preuve 2b ou 2c, dont la stadification est souvent incomplète, en particulier pour l'évaluation de la moelle osseuse (Sayag & al., 2018). Enfin, la réponse dynamique au traitement paraît parfois plus informative que les paramètres initiaux, notamment dans les situations de rechute : une progression précoce sous protocole CHOP, avec un PFI inférieur à 100–154 jours, constitue un puissant marqueur de mauvaise réponse aux traitements de secours (Parker & al., 2024).

Prise en charge thérapeutique

Principes généraux

La prise en charge thérapeutique du lymphome canin repose principalement sur la chimiothérapie systémique, compte tenu du caractère généralement disséminé de cette néoplasie (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025). L'objectif du traitement est d'induire une rémission complète tout en préservant la qualité de vie de l'animal, la guérison définitive demeurant rare et observée dans moins de 10 % des cas (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016). Les stratégies thérapeutiques varient selon l'agressivité du sous-type histologique, le phénotype immunologique et la localisation anatomique (Childress & al., 2025 ; Sogame & al., 2018).

Protocoles de première ligne

Pour les formes multicentriques agressives, les protocoles multiagents de type CHOP, associant cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone, avec ou sans L-asparaginase, constituent le standard thérapeutique actuel (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025 ; Parker & al., 2024). Ces protocoles permettent d'obtenir des taux de rémission de 80 à 95 %, avec une survie médiane comprise entre 6 et 12 mois (Rocha & al., 2025 ; Parker & al., 2024). Les pratiques actuelles privilégient des protocoles discontinus, sans phase de maintenance, d'une durée de 15 à 19 semaines, les études n'ayant pas montré de bénéfice significatif d'une maintenance prolongée sur la survie globale (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016).

L'utilisation de la prednisone seule doit être considérée comme une stratégie strictement palliative (Rocha & al., 2025). Bien qu'elle améliore souvent transitoirement l'état clinique, la réponse thérapeutique (durée de rémission) dure typiquement 60 à 90 jours (Zandvliet, 2016).

Vigilance concernant les corticoïdes

Un point de vigilance clinique majeur est la nécessité d'éviter autant que possible l'administration de corticoïdes avant l'instauration d'une chimiothérapie multiagents (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025). Une corticothérapie préalable prolongée peut en effet induire une résistance précoce, notamment par up-régulation de la glycoprotéine P, compromettant ainsi l'efficacité des agents cytotoxiques ultérieurs et réduisant les chances de rémission (Zandvliet, 2016 ; Rocha & al., 2025).

Effets indésirables et qualité de vie

La gestion des effets indésirables constitue un élément central de la prise en charge, car elle conditionne l'adhésion du propriétaire au traitement. Les toxicités les plus fréquentes comprennent la myélosuppression, en particulier la neutropénie, qui représente souvent le principal facteur limitant des doses (Rocha & al., 2025 ; Parker & al., 2024). Des troubles gastro-intestinaux, tels que vomissements, diarrhée ou anorexie, sont également fréquents, mais restent généralement contrôlables médicalement (Parker & al., 2024 ; Morgan & al., 2018).

Le maintien d'un bon état corporel constitue par ailleurs un facteur pronostique favorable (Rocha & al., 2025). La préservation de la qualité de vie doit donc rester au centre de toute stratégie thérapeutique, la guérison complète étant rare. La décision thérapeutique repose sur un équilibre constant entre efficacité attendue, toxicités potentielles et faisabilité pour le propriétaire (Parker & al., 2024 ; Rocha & al., 2025).

Traitements de sauvetage

En cas de rechute, le recours à des protocoles de secours est fréquent, mais les taux de réponse et les durées de survie demeurent très variables, avec des réponses d'une durée de 2 à 3 mois en moyenne (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016). Une progression précoce de la maladie sous ou juste après un traitement de première ligne de type CHOP constitue un marqueur de mauvais pronostic (Parker & al., 2024). Par exemple, les chiens présentant une progression avant 86 jours sous CHOP ont une survie post-sauvetage médiane de 49 jours sous un protocole LAP (lomustine, L-asparaginase, prednisone), contre 141 jours pour ceux ayant progressé plus tardivement (Parker & al., 2024). De la même façon, avec la rabacfosadine, une progression avant 154 jours sous CHOP est associée à une survie médiane post-sauvetage de seulement 50 jours, contre 157 jours pour des progressions plus tardives (Parker & al., 2024).

Certaines formes extranodales, notamment le lymphome intestinal primaire, demeurent cependant très peu sensibles aux traitements usuels, avec des résultats souvent décevants quel que soit le protocole employé (Sogame & al., 2018).

Résultats thérapeutiques et survie

Les taux de rémission complète obtenus dans le lymphome multicentrique agressif traité par protocole CHOP sont élevés, généralement compris entre 80 % et 95 % (Parker & al., 2024 ; Rocha & al., 2025). L'utilisation de la rabacfosadine seule ou en alternance avec la doxorubicine permet également d'atteindre des taux de réponse globale de 93 % à 100 % dans les lymphomes de phénotype B (Rocha & al., 2025). Pour les lymphomes T agressifs, un protocole LOPP modifié a permis d'obtenir un taux de réponse globale de 94 %, incluant 83 % de rémissions complètes (Morgan & al., 2018).

En l'absence de traitement, le temps médian de survie est extrêmement court, de l'ordre de 4 à 6 semaines (Rocha & al., 2025 ; Zandvliet, 2016). La corticothérapie seule n'apporte qu'un bénéfice limité, avec une survie médiane de 4 à 8 semaines (Rocha & al., 2025). À l'inverse, les protocoles multiagents de type CHOP permettent d'atteindre une survie médiane de 6 à 12 mois, avec environ 20 % à 25 % des chiens survivant au-delà de deux ans (Parker & al., 2024 ; Rocha & al., 2025).

Le pronostic varie toutefois considérablement selon la localisation anatomique. Alors que le lymphome multicentrique répond globalement favorablement, la forme hépatique primaire présente une survie médiane d'environ 63 jours (Zandvliet, 2016) et la forme intestinale une survie médiane de 62 jours (Sogame & al., 2018), soulignant l'agressivité particulière de ces localisations. Les données ci-dessous doivent être interprétées avec prudence, car elles varient selon le sous-type histologique exact, l'immunophénotype, le stade clinique et le protocole étudié.

Forme clinique et phénotype	Stratégie thérapeutique évaluée	Réponse globale	Temps de survie médian
Multicentrique agressif de lignée B	Protocole CHOP de première ligne	Taux de rémission élevé, généralement de 80 à 95 %	Environ 8 à 12 mois, parfois jusqu'à 10 à 14 mois selon les séries
Multicentrique agressif de lignée B en rechute	Rabacfosadine en traitement de sauvetage	Activité antitumorale élevée dans les séries disponibles, principalement chez les lymphomes B	Environ 337 jours de survie post-sauvetage dans les données disponibles
Multicentrique agressif de lignée T	CHOP ou protocole LOPP modifié	Réponse généralement moins favorable qu'en lignée B sous CHOP ; avec le LOPP modifié, taux de réponse globale de 94 % et 83 % de rémissions complètes	Environ 159 à 235 jours sous protocoles de type CHOP ; 507 jours dans l'étude utilisant le LOPP modifié
Formes T indolentes, notamment lymphome de la zone T	Surveillance clinique ou chimiothérapie peu intensive selon le contexte	Les formes indolentes ne relèvent pas toujours d'une chimiothérapie agressive immédiate	Environ 412 à 637 jours selon les séries
Lymphome intestinal primaire	Protocoles CHOP ou COP, ou CCNU en première ligne	Pronostic globalement défavorable quel que soit le protocole ; dans une série, médiane de 60 jours sous CHOP ou COP et de 144 jours sous CCNU, sans différence statistiquement significative	62 jours toutes formes confondues
Formes extranodales non digestives	Données limitées et hétérogènes selon la localisation	Globalement inférieure à celle de la forme multicentrique	Globalement plus courte que pour les formes nodales ou multicentriques

Tableau 2 : Données pronostiques et réponses aux principales stratégies thérapeutiques selon les principales formes cliniques du lymphome canin.

Conclusion

Le lymphome canin constitue une affection majeure en oncologie vétérinaire, tant par sa fréquence que par la diversité de ses présentations cliniques, biologiques et pronostiques. Loin de correspondre à une entité unique, il regroupe un ensemble hétérogène de proliférations lymphoïdes malignes dont la classification, le comportement clinique et la réponse thérapeutique varient considérablement.

Les progrès récents, notamment en matière de classification histopathologique et d'immunophénotypage, ont permis d'affiner la compréhension de cette maladie et d'améliorer la pertinence de la prise en charge. En pratique, l'approche diagnostique et thérapeutique doit toutefois rester pragmatique, en recherchant un équilibre entre précision scientifique, faisabilité clinique, contraintes économiques et qualité de vie de l'animal.

Enfin, malgré l'abondance relative de la littérature, de nombreuses zones d'incertitude persistent, en particulier en raison de la prédominance d'études rétrospectives et de l'hétérogénéité des cohortes publiées. Une meilleure standardisation des méthodes diagnostiques et des critères d'évaluation thérapeutique, associée à des études prospectives de plus haut niveau de preuve, apparaît indispensable pour faire progresser la prise en charge du lymphome canin dans les années à venir.

Références bibliographiques

1. Rocha MdCP, Araújo D, Carvalho F, Vale N, Pazzini JM, Feliciano MAR, et al. Canine Multicentric Lymphoma: Diagnostic, Treatment, and Prognostic Insights. *Animals*. 2025;15(3):391. <https://doi.org/10.3390/ani15030391>
2. Zandvliet M. Canine lymphoma: a review. *Vet Q*. 2016;36(2):76-104. <https://doi.org/10.1080/01652176.2016.1152633>
3. Sayag D, Fournel-Fleury C, Ponce F. Prognostic significance of morphotypes in canine lymphomas: A systematic review of literature. *Vet Comp Oncol*. 2018;16(1):12-19. <https://doi.org/10.1111/vco.12320>
4. Childress MO, Avery A, Behling-Kelly E, Bennett P, Brockley L, Dickinson R, et al. Diagnosis and Classification of Primary Nodal Lymphomas in Dogs: A Consensus of the Oncology-Pathology Working Group. *Vet Comp Oncol*. 2025. <https://doi.org/10.1111/vco.13064>
5. Sogame N, Risbon R, Burgess KE. Intestinal lymphoma in dogs: 84 cases (1997-2012). *J Am Vet Med Assoc*. 2018;252(4):440-447. <https://doi.org/10.2460/javma.252.4.440>
6. Valli VE, San Myint M, Barthel A, Bienzle D, Caswell J, Colbatzky F, et al. Classification of canine malignant lymphomas according to the World Health Organization criteria. *Vet Pathol*. 2011;48(1):198-211. <https://doi.org/10.1177/0300985810379428>
7. Nelson RW, Couto CG. *Small Animal Internal Medicine*. 6th ed. Elsevier; 2019.
8. Parker AS, Burton JH, Curran KM, Wolf-Ringwall A, Thamm DH. Early progression during or after cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone chemotherapy indicates poor outcome with rescue protocols in dogs with multicentric lymphoma. *J Vet Intern Med*. 2024;38(4):2282-2292. <https://doi.org/10.1111/jvim.17139>
9. Morgan E, O'Connell K, Thomson M, Griffin A. Canine T cell lymphoma treated with lomustine, vincristine, procarbazine, and prednisolone chemotherapy in 35 dogs. *Vet Comp Oncol*. 2018;16(4):622-629. <https://doi.org/10.1111/vco.12430>