

# PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET EVOLUTIF DES LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS (NON BURKITT) CHEZ LE NOIR AFRICAIN

A. TOLO\*\*\*, O. TOURE, A.H. TOURE, G. KOFFI, E.N'DHATZ\*\*\*\*, I. SANOGO\*\*, A. SANGARE\*

## RESUME

Les auteurs rapportent 47 cas de LMNH non Burkitt recensés selon une étude rétrospective dans 3 CHU d'Abidjan.

L'étude épidémiologique, clinique et évolutive a permis de tirer quelques conclusions :

- \* L'âge médian des malades est de 41,12 ans avec une nette prédominance masculine,
- \* Les circonstances de découverte sont dominées par les adénopathies, suivies de l'altération de l'état général,
- \* Les malades sont vus à des stades avancés de la maladie et on note une proportion importante de perdus de vue.

*Mots-clés : LMNH, épidémiologie, clinique, évolution.*

## SUMMARY

47 cases of non Hodgkin malignant lymphoma no Burkitt were performed according to an epidemiological clinical and evolutive retrospective study in University Center Hospital of Abidjan.

- The average age was 41,12 years old,
- Masculine sex was far the most important,
- The most frequency circumstance discovering were adenopathy and losing of general maintenance,
- Patients were seen late, specially on the spreading disease and most of them never come back again.

*Key words : lymphoma - epidemiology - clinical - evolution.*

## INTRODUCTION

Les Lymphomes Malins Non Hodgkiniens (LMNH) se définissent comme étant une maladie tumorale du tissu

\* Professeur Titulaire d'Hématologie - Chef du service d'Hématologie du CHU de Yopougon

\*\* Maître de Conférence Agrégé

lymphoïde, caractérisée par la prolifération d'un ou de deux clones lymphocytaires anormaux.

Il existe un polymorphisme clinique, anatomo-pathologique et pronostique.

Ces LMNH ont été peu étudiés en Côte d'Ivoire du fait de l'absence de structures adéquates et spécialisées, mais actuellement, ce déficit a été comblé.

Le but de cette étude est de dégager le profil épidémiologique, clinique et évolutif des LMNH (non Burkitt) chez le noir africain, afin de définir une meilleure stratégie de prise en charge.

## I - PATIENTS ET METHODES

### I-1 Patients

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers qui s'est déroulée dans les trois Centres Hospitaliers et Universitaires de la ville d'Abidjan.

Le diagnostic de LMNH a été retenu dans 47 cas, sur des critères anatomo-pathologiques.

### I-2 Méthodes

L'étude anatomo-pathologique du ganglion ou de la pièce prélevée comprend 3 étapes :

- \* préparation de la pièce par fixation et déshydratation,
- \* coloration par l'hématoxyline éosine et le Giemsa lent lecture au microscope optique.

Les résultats sont donnés selon la "Working Formulation".

*Sur le plan épidémiologique*, les paramètres suivants ont été pris en compte : l'âge, le sexe, le facteur étiologique.

*Sur le plan clinique*, certains signes ont été particulièrement recherchés, il s'agit de l'amaigrissement, de la fièvre, des sueurs profuses nocturnes, du syndrome tumoral.

*Du point de vue évolutif*, un bilan d'extension, comportant des examens radiographiques, échographiques, tomodensito-

\*\*\* Assistante chef de Clinique

\*\*\*\* Internes et CES

tométriques, et biologiques, a été réalisé à la recherche de toutes les localisations et de signes d'évolutivité biologique.

Le traitement s'est basé sur trois protocoles essentiellement :

- \* le COP dans les faibles grades de malignité,
- \* le CHOP dans les grades intermédiaires,
- \* le CHOP-Bléo dans les hauts grades.

## II - RESULTATS

### II-1 Profil épidémiologique

#### II-1-1 Répartition des LMNH en fonction du grade et du sexe

Cette répartition figure dans le tableau I.

**Tableau I : Répartition en fonction du grade et du sexe**

Grades	Masculin		Féminin		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Faible	8	57,14	6	42,86	14	100
Intermédiaire	12	75	4	25	16	100
Haut	12	70,59	5	29,41	17	100
Total	32	68,09	15	31,91	47	100

La prédominance masculine est nette.

#### II-1-2 Répartition en fonction de l'âge

Cette répartition figure dans le tableau II.

**Tableau II : Répartition en fonction de l'âge**

Tranches d'âge	Total	
	Nb	%
0-9	1	2,12
10-19	3	6,38
20-29	8	17,02
30-39	10	21,27
40-49	12	25,53
50-59	11	23,40
60-69	2	4,25
Total	47	100

La tranche d'âge de 40 à 49 ans est la plus concernée.

#### II-1-3 Répartition en fonction du type histologique

Cette répartition est résumée dans le tableau III.

**Tableau III : Répartition en fonction du type histologique**

Types histologiques		Total	
		Nb	%
A	Petits lymphocytes	8	17,02
B	Folliculaires à petites cellules	2	4,25
C	Folliculaires mixtes à petites et grandes cellules	2	4,25
D	Folliculaires à grandes cellules	2	4,25
E	Diffus à petites cellules clivées	2	4,25
F	Diffus mixtes à petites et grandes cellules	4	8,51
G	Diffus à grandes cellules	8	17,02
H	Grandes cellules immunoblastiques	8	17,02
I	Lymphoblastiques	8	17,02
J	Petites cellules non clivées (Burkitt ou non Burkitt)	0	0
	Divers	3	6,38
	Total	47	100

### II-2 Profil clinique

#### II-2-1 Répartition en fonction des circonstances de découverte

Cette répartition figure dans le tableau IV.

**Tableau IV : Répartition en fonction des circonstances de découverte**

Circonstances de découverte	Nb	%
Adénopathies superficielles	25	28,40
Altération de l'état général	16	18,18
Adénopathies profondes	9	10,22
Fièvre	7	7,95
Splénomégalie	6	6,81
Autres	25	28,40
Total	88	100

Les autres circonstances de découverte sont représentées par : l'hépatomégalie, l'amaigrissement, la douleur épigastrique, la douleur abdominale diffuse ...

Les adénopathies représentent la première circonstance de découverte.

### II-2-2 Répartition en fonction des signes fonctionnels au moment du diagnostic

Cette répartition est résumée dans le tableau V.

**Tableau V : Répartition en fonction des signes fonctionnels au moment du diagnostic**

Signes fonctionnels	Nb	%
Altération de l'état général	23	39,55
Fièvre	8	13,79
Douleurs	12	20,69
Amaigrissement	4	6,89
Autres*	11	18,96
Total	58	100

\* Autres : anémie clinique, asthénie, sueurs nocturnes, brûlure épigastrique ...

L'altération de l'état général est le signe le plus fréquent.

## II-3 Profil évolutif

### II-3-1 Localisations secondaires

L'ensemble des localisations secondaires retrouvées après le bilan d'extension est donné par le tableau VI.

**Tableau VI : Localisations secondaires**

Signes fonctionnels	Nb	%
Envahissement médullaire	7	17,50
Atteinte hépatique	7	17,50
Atteinte splénique	12	30
Atteinte digestive	5	12,50
Localisation pleurale	4	10
Autres*	5	12,50
Total	58	100

\* Les autres localisations secondaires sont ORL, cutanée, testiculaire.

La localisation secondaire splénique est la plus fréquente.

### II-3-2 Signes d'évolutivité clinique et biologique

Les signes d'évolutivité clinique ont été retrouvés dans 14 cas, à type de fièvre, d'amaigrissement, de sueurs nocturnes.

Sur le plan biologique, la vitesse de sédimentation était accélérée dans 24 cas.

### II-3-3 Stades évolutifs au moment du diagnostic

Les différents stades évolutifs d'après la classification d'Ann Arbor figurent dans le tableau VII.

**Tableau VII : Stades évolutifs**

Stades évolutifs	Nb	%
Stade I	4	8,51
Stade II	7	14,89
Stade III	25	53,19
Stade IV	11	23,40
Total	47	100

Il y a une nette prédominance des stades III et IV.

### II-3-4 Evolution globale des malades

Cette évolution est résumée dans le tableau VIII.

**Tableau VIII : Evolution globale des malades**

Signes fonctionnels	Nb	%
Décédé (e) avant traitement	7	14,89
Décédé (e) pendant traitement	10	21,27
Longue rémission	2	4,25
Suivi (e)	2	4,25
Evadé (e) avant traitement	6	12,76
Perdu (e) de vue	20	42,55
Total	47	100

Nous remarquons le nombre important de perdus de vue.

### III - DISCUSSION

#### III-1 Au plan épidémiologique

L'âge des malades dans notre série s'échelonne entre 20 et 59 ans avec un âge médian de 41,12 ans.

Référence faite à la littérature, l'âge médian de nos malades est relativement bas : GENVRESSE I. et collaborateurs (4) retrouvent un âge médian compris entre 50 et 60 ans. Mais nos résultats sont corroborés par ceux de KINLEN L. (5).

La prédominance masculine est nette dans notre série. Le sex-ratio est de 2,1/1. Si ce sex-ratio varie d'une série à l'autre dans la littérature, la prédominance masculine est quasi-constante dans toutes les séries (1, 2, 4, 7).

Concernant les facteurs étiologiques possibles, seule l'infection par le VIH a été retrouvée chez 3 de nos malades.

#### III-2 Au plan clinique

Les circonstances de découverte sont dominées par les adénopathies : 39,53 %. L'altération de l'état général est la deuxième circonstance de découverte : 18,46 %. Cette prédominance des adénopathies a été notée par plusieurs auteurs parmi lesquels ZITTOUN R. (8), GENVRESSE I. (4), SANGARE et collaborateurs (7).

Les localisations initiales sont surtout ganglionnaires dans 70 % des cas. Ceci a été constaté par plusieurs auteurs dont GABARRE J. (3).

#### III-3 Au plan évolutif

Le stade évolutif au moment du diagnostic est dominé par les stades III et IV (77 %) dans notre série, contre 70 % dans les séries publiées par SANGARE et coll. (6), par MILLER T. (5).

Cette différence entre notre série et celle de la littérature est imputable au retard accusé dans la consultation.

Concernant l'évolutivité clinique, une prédominance de la fièvre a été notée (57,14 %) puis viennent l'amaigrissement

(28,57 %) et enfin les sueurs nocturnes (14,28 %) sur un total de 14 cas.

Ce profil évolutif est différent de celui de l'Europe où l'amaigrissement est le premier signe d'évolutivité clinique (7).

L'étude de l'évolutivité biologique a permis de noter une accélération de la vitesse de sédimentation dans 24 cas. Mais nous ne pouvons pas tirer de conclusions, vu que le bilan biologique a été incomplet chez la plupart des malades.

De même, l'évolution globale de la maladie est difficile à apprécier, vu le nombre important des perdus de vue et le nombre très réduit de malades correctement suivis. Cependant, un constat est à faire après une à deux cures de chimiothérapie, la régression du syndrome tumoral est nette, plus particulièrement dans les formes agressives. Il est à noter que la majorité des perdus de vue relève de problèmes d'ordre financier.

### CONCLUSION

Cette étude à propos de 47 cas de LMNH non Burkitt réalisée dans les 3 CHU d'Abidjan a permis de tirer quelques conclusions :

- \* Au plan épidémiologique, un âge médian de 41,12 ans avec une nette prédominance masculine (sex-ratio : 2,1/1) et des lymphomes d'histologie agressive ;
- \* Au plan clinique, les circonstances de découverte sont dominées par les adénopathies (39,53 %) suivies de l'altération de l'état général. L'examen clinique a noté une prédominance des localisations ganglionnaires (70 %) ;
- \* Au plan évolutif, les malades sont vus à des stades très avancés ; les stades III et IV (selon Ann Arbor) représentent 70 %. 42,55 % des malades sont perdus de vue après une ou deux cures généralement pour des problèmes d'ordre financier.

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CHABNER B., JOHNSON R., DE VITA V. et al  
Staging in N.H.L.  
Cancer treat. Rep. , 1977, 61 : 993
- 2 - DELMER, BAUDER.F., RUSKONE A. et al  
Traitement des lymphomes de grande malignité par courte chimiothérapie et intensive de type MACOP-B.  
Bull. Cancer ; 1993 ; 80 : 808-815.
- 3 - GABARRE J., BIKANDOU B., BINET J.  
Localisation des lymphomes.  
Rev. Praticien (Paris) 1993, 43 (13) :1623-39.
- 4 - GENVRESSE I., BOISSONAS A.  
Quand penser au LNH ?  
Gazette Médicale (Médecine interne) 1981, 98 : 35-39.
- 5 - KINLEN L., SHIEL A., PETO J. et al  
A collaborative study of cancer in patients who have received immunosuppressive therapy.  
Br. Med.J., 1972, 2 : 1461.
- 6 - MILLER T., JONES S.  
Initial chemotherapy for clinically localized lymphomas of unfavourable histology.  
Blood, 1983, 62 : 413.
- 7 - SANGARE A., TEA N., BASSIMBIE J., TOUTOUKPO Y., SANOGO I., CABANNES R.  
Aspects cliniques, généraux des LMNH en Côte d'Ivoire.  
Ann. de l'université d'Abidjan, Tome XII, 1988 : 69-80.
- 8 - ZITTOUN R., SAMAMA M., MARIE J.  
Manuel d'hématologie.  
Collection Doin, 1988, 469-79.