



LES HEMOPATHIES LYMPHOÏDES CHRONIQUES A BRAZZAVILLE

CHRONIC LYMPHOID MALIGNANCIES IN BRAZZAVILLE

NGOLET LO, OKOUANGO NGUELONGO OVA JD, ELIRA DOKEKIAS

*Service d'Hématologie Clinique, CHU Brazzaville, Service d'Hématologie Clinique
du Centre Hospitalier Universitaire, 13 avenue Auxence Ikonga. Brazzaville-Congo,
BP : 32.*

E-mail : lngolet@yahoo.fr

RESUME

Objectif : *L'épidémiologie des hémopathies lymphoïdes chroniques au Congo n'est pas connue. L'objectif de cette étude est de rapporter la distribution des hémopathies lymphoïdes chronique à Brazzaville.*

Matériel et Méthode : *Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée dans le Service d'Hématologie Clinique du CHU de Brazzaville au Congo. La période étudiée est de 10 ans (du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2015). Etaient inclus dans l'étude tous les dossiers de consultation et d'hospitalisation portant le diagnostic d'hémopathie lymphoïdes chroniques.*

Résultats : *150 cas d'hémopathies lymphoïdes chroniques ont été diagnostiquées durant la période d'étude. Parmi elles, le myélome multiple représentait 52% de la population étudiée (n=78), le lymphome malin non Hodgkinien 22,67% (n=34), le lymphome de Hodgkin et la leucémie lymphoïde chronique respectivement 9,33% (n=14) et la leucémie à tricholeucocyte 6,67% (n=10). La distribution était essentiellement féminine (sex-ratio=0,70). Les pathologies lymphoprolifératives chroniques étaient plus observées dans la tranche d'âge de 45 à 49 ans (66,7%).*

Conclusion : *Les hémopathies lymphoïdes chroniques constituent par leur fréquence un problème sanitaire. Elles plaident pour des études épidémiologiques analytiques afin de mettre en place une politique préventive de celles-ci.*

Mots-clés : *Hémopathies lymphoïdes chroniques, Brazzaville, Congo*

ABSTRACT

Objective: *The epidemiology of chronic lymphoid malignancies in Congo is not known. The objective of this study is to report the distribution of chronic lymphoid malignancies in Brazzaville.*

Patients and Methods: *This is a descriptive cross-acted study conducted over 10 years in the Department of Hematology Clinic of the University Hospital of Brazzaville in Congo over 10 years (from 1 January 2006 to 31 December 2015). Were included in the study all medical records with the diagnosis of chronic lymphoid malignancies.*

Results: *150 cases of chronic lymphoid malignancies were diagnosed during the study period. Multiple myeloma accounted for 52% of the studied population (n=78), non-Hodgkin lymphoma 22.67% (n=34), Hodgkin lymphoma and chronic lymphoid leukemia respectively 9.33% (n=14) and hairy cell leukemia 6.67% (n=10). Female gender distribution was observed in all malignancies (sex ratio=0.70). Chronic lymphoproliferative disorders were more common in the age group of 45 to 59 years (66.7%).*

Conclusion: *Chronic lymphoid malignancies are by their frequency a health problem. They advocate for analytical epidemiology studies.*

Key words: *chronic lymphoid malignancies, Brazzaville, Congo*

INTRODUCTION

Les hémopathies lymphoïdes chroniques (HLC) ou syndromes lymphoprolifératifs chroniques constituent des affections ubiquitaires dont l'atteinte des tissus originels lymphoïdes, représentent les localisations les plus observées dans les services d'Hématologie Clinique (1-6). Schématiquement, on oppose les HLC d'origine B et ceux d'origine T. Les HLC se distinguent par leur diversité cliniques, cytologiques, histologiques et cytogénétiques (7).

L'apport des études immuno-histochimiques et cytogénétiques a considérablement modifié la classification, définition et pronostic des HLC [8].

Par conséquent, dans les pays à ressources limitées comme le Congo où les plateaux techniques indispensables au diagnostic sont limités, l'identification des HLC peut être incomplète, non confirmée voir erronée.

Les publications relatives à l'épidémiologie générale des HLC au Congo Brazzaville sont rares [9]. L'objectif de cette étude est de rapporter l'épidémiologie des HLC dans le service d'Hématologie Clinique du CHU de Brazzaville, pendant une période de 10 ans. Le but poursuivi est de constituer le cliché initial d'une situation sanitaire dont l'évolution pourra être évaluée et comparée aux résultats d'études ultérieures.

MATERIELS ET METHODES

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale descriptive analytique. Elle s'est réalisée sur les dossiers d'hospitalisation et de consultation couvrant la période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2015 (soit 10 ans). Cette étude a intéressé tous les patients suivis dans le service d'Hématologie Clinique pour un HLC.

Le diagnostic de HLC a été posé selon sa nature par l'étude histologique de la pièce anatomique, la cytologie d'un prélèvement sanguin périphérique et le dosage des immunoglobulines monoclonales.

Cent cinquante dossiers (150) portant le diagnostic d'HLC ont été inclus dans l'étude. Pour chaque dossier, nous avons collecté les données épidémiologiques, cytologiques et histologiques.

Les incidences hospitalières moyennes ou annuelles ont été obtenues en rapportant les nombres de cas collectés à la durée de la période de l'étude. Les taux brut d'incidence annuelle ont été obtenus en rapportant l'incidence hospitalière à l'effectif de la population générale (recensement 2013).

Patients

Le service d'Hématologie Clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville constitue l'unique structure spécialisée où sont référés l'ensemble des hémopathies soupçonnées ou étiquetées.

Durant la période d'étude 3609 patients ont été admis dans le service d'Hématologie Clinique pour une pathologie hématologique. Deux cents soixante-deux l'ont été admis pour une hémopathie maligne. Parmi elles, 150 cas d'HLC ont été documentées soit 57,25% de l'ensemble des hémopathies malignes et une fréquence hospitalière de 4,15%.

Analyse statistique

Les données recueillies ont été enregistrées sur des fiches individuelles puis analysées à l'aide du logiciel EXCEL Microsoft 2007. La moyenne et la fréquence ont été calculées pour les caractères socio-démographiques et diagnostic.

RESULTATS

Nous avons inclus dans notre travail 150 cas de d'HLC confirmées soit une incidence hospitalière de 15 nouveau cas par an et une incidence brut de 0,11 nouveau cas pour 100.000 habitants. Il s'est agit de 62 hommes et 88 femmes (sex-ratio de 0,70). Les patients étaient âgés en moyenne de 34.2 ans, extrêmes (3 et 77ans).

Le myélome multiple représentait le sous type nosologique le plus fréquent avec une incidence hospitalière moyenne de 7,8 nouveaux cas par an suivis des lymphomes malin non hodgkinien(LMNH) avec 3,4 nouveaux cas par an. La maladie de Hodgkin (MDH) et de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) étaient le troisième type d'HLC avec des incidences hospitalières respectives de 1,4 nouveaux cas par an. Tableau I.

Tableau I. Répartition des patients selon les sous type nosologique d' HLC recensées

HLC	Effectifs (%)	Age moyen en Année (extrêmes)	Incidence hospitalière (nouveau cas/an)	Incidence brut (cas/10 ⁵ habitants/ an)	Sex-ratio (H/F)
Myélome multiple	78 (52)	58 (45-71)	7,8	0,6	0,70
LMNH	34 (22,67)	38 (3-67)	3,4	0,25	0,56
MDH	14 (9,33)	32 (12-35)	1,4	0,07	4
LLC	14 (9,33)	55 (56-62)	1,4	0,1	0,75
Leucémie à tricholeucocyte	10 (6,67)	61 (65-77)	1	0,07	1
Toute la cohorte	150	48,8 (3-77)	15	1,09	0,70

Tranche d'âge

Les HLC ont une distribution pyramidale. Les HLC étaient plus fréquents chez les patients âgés de plus de 45 ans (120 cas/150). La tranche d'âge la plus concernée était celle de 45 à 59 ans avec 76 cas diagnostiqués (Tableau II).

Tableau II. Répartition des patients selon leurs tranches d'âge et le sous type nosologique d'HLC

Tranche d'âge	Myélome Effectifs (%)	LMNH Effectifs (%)	MDH Effectifs (%)	LLC Effectifs(%)	Leucémie A tricholeucocyte Effectifs (%)	Total Effectifs (%)
0-14	0(00)	8(23,53)	6(42,86)	0	0(00)	14(9,33)
15-29	0(00)	0(00)	2(14,28)	0	0(00)	2(1,33)
30-44	4(5,13)	4(11,76)	6(42,86)	0	0(00)	14(9,33)
45-59	52(66,67)	16(47,06)	0(00)	7(50)	1(10)	76(50,67)
≥ 60	22(28,20)	6(17,65)	0(00)	7(50)	9(90)	44(29,34)
Total	78	34	14	14	10	150(100)

DISCUSSION

Fréquence

Nous avons diagnostiqué 150 cas d'HLC sur une période de 10 ans. Dans une durée similaire, les auteurs Burkinabais ont notifié 108 cas, Nigériens 292 et Ivoirien 1337 cas [1,3,4]. Dans un intervalle de temps plus court (2 ans), 181 cas d'HLC ont été diagnostiqués à Bamako au Mali et 202 au Yémen [1,10]. Tandis qu'au Maroc, 507 cas d'HLC ont été reportés [11].

Les HLC représentent en moyenne plus de la moitié des HM diagnostiquées. Elles représentent 57,25% de l'ensemble des HM dans notre étude. Des fréquences plus importantes de l'ordre de 61,02% ont été comptabilisées au Burkina, 78,91% au Nigeria et 79,5% en Côte d'Ivoire [2,3,4].

Distribution nosologique des hémopathies malignes

Les HLC notifiées dans notre étude ont été par ordre décroissant, les myélomes multiples (78 cas) suivis des lymphomes 48 cas, enfin la LLC et lymphome de Hodgkin avec 14 cas chacun. Cette distribution sous nosologique n'est pas de règle en Afrique ni ailleurs ou le groupe nosologique dominant est le lymphome (1-6, 10-13).

L'ensemble des différences notées doit tenir compte de plusieurs facteurs qui en affectent leur pertinence. Il s'agit par exemple et sans être exhaustif, de la durée des études menées qui diffèrent, de leur lieu de collecte des données, des plateaux techniques différents, ainsi que de l'organisation disparate des services spécialisées selon les hôpitaux et les pays. Ainsi, de nombreux cas d'HLC affectant les organes non lymphoïdes (peau, système digestif et nerveux) sont comme l'a rapporté Thiam et coll admis et hospitalisés ailleurs que dans le service concerné [5]. Ceci a pour conséquence d'augmenter le nombre de cas non colligés. A titre d'exemple, le lymphome de Burkitt décrit comme étant le cancer le plus fréquent chez l'enfant en Côte d'Ivoire et Madagascar, est pris en charge dans le service de carcinologie à Brazzaville [2,14]. Ceci a sans aucun doute sous estimé la place du lymphome dans notre série. De surcroît, les difficultés du plateau technique du laboratoire

d'anatomie pathologie et le nombre limité de pathologistes dans la ville de Brazzaville sont autant de facteurs qui ont contribué à méconnaître la place du lymphome parmi les hémopathies malignes dont la fréquence hospitalière de 3,4 nouveau cas par an est la plus basse à ce jour rapportée [1-6,10-13,15].

A l'opposé, la prise en charge centralisée du myélome multiple dans le service d'Hématologie Clinique a permis d'obtenir une distribution épidémiologique plus précise de l'hémopathie.

Les infections, en dehors des facteurs environnementaux, occuperaient une place plus importante en Afrique dans la survenue des HLC [16-18]. Le statut VIH de nos patients n'ayant pu être systématiquement évalué, son incidence dans la population ayant une HLC comparativement à la population en générale n'a pu être étudiée. Comme pour le VIH, l'association de l'EBV dans les HM reste peu étudiée et se limite en règle générale à des cas clinique rapportés [19].

Les HLC affectent toutes les tranches d'âge dans notre étude comme celle rapportées sur le continent et en Occident [1-6,10-12]. La distribution majoritairement féminine (sex ratio= 0,70) des HLC diffère des études antérieures [1-6,10-13,15]. La prévalence plus importante des hémopathies malignes en général et des HCL en particulier dans la population masculine serait le résultat d'une exposition plus importante aux facteurs de risque que sont le tabac, l'alcool ainsi que certains facteurs génétiques et hormonaux [12,20].

L'analyse individuelle des pathologies lymphoïdes chronique note certaines similarités avec les données de la littérature. La distribution épidémiologique du myélome dans notre enquête comme dans celle des autres auteurs Africains est semblable ; l'âge moyen de survenue varie de 56 à 58 ans (1-6, 15). La leucémie à tricholeucocyte fait partie des HLC les moins représentées.

CONCLUSION

Les HLC représentent malgré les difficultés techniques décrites les HM les plus fréquemment diagnostiquées. Des études approfondies de chaque variété de HCL, assistées d'analyses immuno-histochimiques, cytogénétiques et de biologies moléculaires permettront d'affiner l'épidémiologie descriptive d'une part mais aussi analytique des hémopathies lymphoïdes. Par conséquent une collaboration internationale est nécessaire afin de mettre en place ces projets.

REFERENCES

1. Diallo DA, Cissoko LS, Cissoko Y, Diallo Y, Baby M et al. Epidémiologie actuelle des hémopathies malignes dans les services d'hématologie oncologie médicale et de médecine interne de l'hôpital du Point G, Bamako, Mali. *Mali Médical* 2005; 20 (4): 1-8.
2. Sawadogo D, Yapo AVDP, Sangaré O, Tolo A, Yayo-Ayé M. Caractéristiques épidémiologiques des patients atteints d'hémopathies malignes à Abidjan au cours de la décennie 1995-2004. *J. Afr. Cancer* 2009; 1: 4-10.
3. Koulidiaty J, Ouedraogo DD, Tieno H, Bationo B, Kafando E et al. Les hémopathies malignes de l'adulte à Ouagadougou (Burkina Faso): aspect épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. *Rev Cames Santé* 2015; 3(2): 1-7.
4. Babatunde A, Amiwero C, Olatundji P, Durotoy I. Pattern of haematological malignancies in Ilorin, Nigeria: ten year review. *The Internet Journal of Hematology* 2008; 5(2): 1-8.
5. Thiam D, Diop S, Diop TM, Tallarmin F, Toure AO, Diakhate L. Epidemiology and therapy of malignant hemopathies in Senegal. *Hematol Cell Ther* 1996; 38(2): 187-91.
6. Weldetsadik AT. Clinical characteristic of patients with hematological malignancies at Gondar university hospital, North West Ethiopia. *Ethiop Med J* 2013; 1: 25-31.
7. Jaffe LS, Harris NL, Stein H, Vardimmar JW. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of hematopoietic and lymphoid tissues. IARC press, Lyon 2001.
8. Jaffe AS, Harris NL, Stein H, Isaacson PG. Classification of lymphoidneoplasms : the microscope as a tool for diseasediscovery. *Blood* 2008; 112(12): 4384-99.
9. Peko JF, Nsossani-Koutoupot B, Ondzotto G, Massamba D, Kokolo J, Ngolet A. Maladie de Hodgkin: profil épidémiologique et morphologique à Brazzaville. *Med d'Afr Noire* 2010, 57 (10) : 466-8.
10. Al-Kahiry W. Hematologicalmalignancies in Al-Amal OncologyUnitm Aden. *Indian J Hematol Blood Transfusion* 2012; 28(1): 19-23.
11. Errahhali ME, Errahhali ME, Bouluiz R, Ouazane M and Bellaoui M. Distribution and features of hematologicalmalignancies in Eastern of Morocco : A retrospective study over 5 years. *BMC cancer* 2016; 16 : 1-10.
12. Hossain MS, Iqbal M, Ahmed Khan M, Rabbani MG, Khatun H, Munira S et al. Diagnosed hematological malignancies in Bangladesh- a retrospective analysis of over 5000 cases from 10 specialized hospitals. *BMC Cancer* 2014; 14: 1-7.
13. Rodriguez-Abreu D, Bordani A and ZuccaE. Epidemiology of hematological malignancies. *Annals of oncology* 2007; 18(1): I3-I8.
14. Rafaramino F, Maminirina RAM, Razafindrabe JAB, Rabarijaona L, Randriamampandry A et al. Aspect épidémiologique du lymphoma de Burkitt de l'enfant à Madagascar. *Bull SocPatholExot*, 2001; 94(5): 85-8.
15. Herzog CM, Dey S, Hablas A, Khaled HM, Sefeldin IA, Ramadan M et al. Geographic distribution of hematopoietic cancers in the Nile delta of Egypt. *Annals of oncology* 2012; 23: 2748-55.
16. Parkin DM. The global health burden on infection associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 2006; 118(12): 3030-44.
17. Del Maso L and Franceschi S. Epidemiology of non-Hodgkin lymphomas and other haemolymphopoietic neoplasms in people with AIDS. *Lancet Oncol* 2003; 4: 110-9.
18. Mantina F, Wiggil TM, Carmona S, Perner Y, Stevens WS. JAcquir Defic Syndr 2010; 53(5): 656-60.
19. Elira Dokekias A, Kocko I, Atipo Galiba FO, Martin A. *Bull Soc Pathol Exot* 2007; 100 (4): 261-3.

19. Litchman MA. Battling the hematological malignancies: the 200 years' war. *Oncologist* 2008; 13 (2): 126-38.

20. Gorini S, Stagnaro E, Fontana V, Miligi L, Ramazzotti V et al. Alcohol consumption and risk of leukemia: a multicenter case-control study. *Leuk Res* 2007; 31(3): 379-86.