



Article Original

Prise en Charge des Hémopathies Malignes au Centre National d'Oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara d'Abidjan

Management of hematologic neoplasms at the Centre National d'Oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara of Abidjan

Condé A¹, Danho NC¹, Diakité M², Diallo I², Diallo TA², Doukouré AS¹, Epoh M¹, Mankpi AE¹, Kodzovi MCW¹, Djeket RE¹, Kouakou B¹, Kanga KD¹, Koffi G¹

- (1) Service de l'hématologie clinique du CHU de Yopougon, Abidjan (Côte d'Ivoire);
- (2) Service d'hématologie de l'hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.

Auteur correspondant :
 Dr Condé Abdoulaye
 Adresse e-mail :
 condeabdala@gmail.com
 Boîte postale : 1439 Abidjan 04
 Tel +2250789214894

Mots-clés : Hémopathies malignes, épidémiologie, traitement, réponse thérapeutique.

Keywords: Hematological malignancies, epidemiology, treatment and therapeutic response.

RÉSUMÉ

Introduction. Les hémopathies malignes sont des proliférations anormales et anarchiques de cellules hématopoïétiques à point de départ médullaire ou périphérique. Notre étude qui avait pour objectif de faire le bilan de la prise en charge des hémopathies malignes au Centre national d'oncologie médicale et de radiothérapie Alassane Ouattara. **Méthodes.** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive d'une durée de 2 ans 3 mois allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 Mars 2020 portant sur 80 dossiers de malades porteurs d'hémopathies malignes et prise en charge dans le centre. **Résultats.** Notre étude a permis de recenser 2,2% d'hémopathies malignes sur les 3650 cas de pathologies cancéreuses recensées au CNRAO, soit une incidence 26,66 cas/an avec un sex-ratio 1,2. Les syndromes lymphoprolifératifs (SLP) sont les plus fréquents (96,25 %), sous trois principales formes: lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) non Burkitt (51,25%), leucémie myéloïde chronique (20%) et le myélome multiple (16,25%). Les LMNH représentent 51,25% des HM recensées avec 41,46 % de lymphomes de haut grade de malignité. La chimiothérapie était de mise chez tous nos patients. Ainsi sur 41 cas de LMNH, seulement 12 (29,27%) ont bénéficié du protocole R-CHOP. On notait 46,34% de réponse complète. Dans notre étude, le LH représentait 8,75% il était traité à 71,43% avec le protocole ABVD avec une réponse complète chez 6 patients. 37,5% des patients porteurs de leucémie myéloïde chronique ont reçu le Rituximab; ils ont été traités par les protocoles COP (31,25%), CHOP (31,25%), RCVP (12,5%) et R-CHOP (25%). La réponse thérapeutique était complète à 68,75%. Le protocole utilisé dans le traitement du myélome multiple a été le VMCD-REV à 76,92% avec pour réponse thérapeutique complète chez 6 patients, 3 réponses partielles et 4 en cours de traitement. **Conclusion.** Les SLP qui sont les plus fréquents des HM avec trois principales formes: LMNH non Burkitt, leucémie myéloïde chronique et myélome multiple. Nous avons cependant des difficultés quant à la mise en route de la chimiothérapie.

ABSTRACT

Introduction. Hematologic neoplasms are abnormal and anarchic proliferations of hematopoietic cells with a medullary or peripheral starting point. Our study aimed to report the management of hematological malignancies at the Centre National d'Oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO). **Methods.** This was a descriptive retrospective study lasting 2 years 3 months from January 1st, 2018 to March 31st, 2020 concerning 80 patients with hematologic neoplasms who were managed in the CNRAO. **Results.** Hematologic neoplasms represented 2.2% of cancers (80/3650) at CNRAO, giving an annual incidence of 26.66 cases. The sex ratio was 1.2. Lymphoproliferative syndromes were the most common subgroups (96.25%). These were mainly non-Burkitt non Hodgkin lymphoma (51.25%), high grade lymphomas (41.46%), chronic lymphocytic lymphoma (20%) and multiple myeloma (16.25%). Chemotherapy was administered to all patients. Among 41 cases of non-Hodgkin lymphoma, 12 (29.27%) benefited from the R-CHOP protocol and full response was observed in 46.34% of them. We found 7 patients with Hodgkin lymphoma (8.75%) and the ABVD protocol was used for 6 cases (71.43%). Six out of these seven patients were in complete response. Among the 16 patients with chronic lymphocytic leukemia, 6 (37.5%) received Rituximab. The distribution of the patients with chronic lymphocytic leukemia was as follows: COP 31.25%, CHOP 31.25%, RCVP 12.5% and R-CHOP 25% and 68.75% had full response. The most common treatment protocol for multiple myeloma was VMCD-REV (76.92%). Six patients had complete response, 3 had partial response and 4 were in the course of treatment. **Conclusion.** In our practice, hematologic neoplasms are mainly lymphoproliferative syndromes and the most common varieties are non-Burkitt non Hodgkin lymphoma, high grade lymphomas, chronic lymphocytic lymphoma and multiple myeloma. We have difficulties in getting chemotherapy started.

POINTS SAILLANTS

Ce qui est connu du sujet

Les dernières études sur le sujet en 2012 ont montré une prévalence des hémopathies malignes de 9.11 % et 53.36 nouveaux cas par an. L'ouverture en 2018 d'un nouveau centre de traitement a été l'occasion d'actualiser ces données.

La question abordée dans cette étude

Typologie des hémopathies malignes au CNRAO et protocoles thérapeutiques utilisés.

Ce que cette étude apporte de nouveau

Les hémopathies malignes au CNRAO sont essentiellement des syndromes lymphoprolifératifs (lymphome malin non hodgkinien non Burkitt, leucémie myéloïde chronique et myélome multiple). Les protocoles standards sont utilisés mais la mise en route de la chimiothérapie connaît des difficultés liées au coût des médicaments.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Il y a nécessité de recherches plus approfondies et une politique de prise en charge des médicaments doit être mise en place.

INTRODUCTION

Les hémopathies malignes (HM) sont des proliférations anormales et anarchiques de cellules hématopoïétiques à point de départ médullaire ou périphérique [1]. Sur le plan nosologique, elles se répartissent en leucémies aiguës (LA), en syndromes myéloprolifératifs (SMP), en syndromes lymphoprolifératifs (SLP) et en syndromes myélodysplasiques (SMD) [2]. Elles résultent d'une prolifération anarchique de cellules anormales matures ou immatures [3].

La prévalence croissante de ces affections malignes hématologiques est liée à l'augmentation de l'espérance de vie, aux modifications environnementales, notamment l'urbanisation [2] et à l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont elles constituent les facteurs de risque les plus redoutables et les plus fréquentes [1].

La plupart des hémopathies malignes n'ont pas d'étiologie identifiée mais l'on identifie les facteurs de risques. Elles résultent probablement de mutations ou de translocation qui se produisent dans un clone cellulaire, suite à des accidents survenus sur l'ADN lors de sa duplication au cours des mitoses [4].

Les thérapies ciblées constituent des progrès thérapeutiques considérables ces dernières années dans le traitement des hémopathies malignes. Elles ont permis d'obtenir de bonnes réponses thérapeutiques et de prolonger la survie des patients [4].

Le rapport de l'OMS de 2000 rapportait pour 14 pays dans le monde, 405 995 nouveaux cas de lymphomes et de myélomes multiples responsables de 236 496 décès et 255 932 nouveaux cas de leucémies responsables de 209 328 décès [5]. Environ deux tiers des cas sont des hémopathies lymphoïdes (lymphome de Hodgkin (LH) et lymphomes non hodgkiniens (LNH)). Cinq entités représentent 53% des nouveaux cas d'HM : le myélome multiple/plasmocytome (13%), le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)

(11,3%), les syndromes myélodysplasiques (10,6%), la leucémie lymphoïde chronique (LLC) / lymphome lymphocytaire (10,4%) et les leucémies aiguës myéloïdes (LAM) (7,6%). Les taux standardisés monde (TSM) par 100 000 personnes-années les plus élevés étaient respectivement : LH 3,7 hommes contre 2,7 femmes ; LLC 04 hommes contre 00 femme ; LBDGCB 4,7 hommes contre 3,2 femmes ; MM 4,2 hommes contre 2,9 femmes [5].

En 2012 à Abidjan, N'dhatz Comoe E et al [6]. ont enregistré que sur un total de 6441 patients hospitalisés, on dénombrait 587 cas d'hémopathies malignes soit une prévalence de 9,11% avec une incidence globale de 53,36 nouveaux cas par an. La prévalence globale des LA (leucémies aiguës) était de 1,94% avec une incidence globale de 11,36 nouveaux cas par an et la LAM (leucémie aiguë myéloïde) était le type leucémique le plus fréquent avec une prévalence globale de 1,20%. Quand aux syndromes lymphoprolifératifs, on notait une prévalence globale de 6,13% et une incidence de 35,91 nouveaux cas par an. Parmi les affections lymphomateuses, le lymphome de Burkitt était le lymphome le plus fréquent avec une prévalence de 2,14% et une incidence de 12,55 nouveaux cas par an. La prévalence globale des syndromes myéloprolifératifs était de 1,04% ayant comme chef de file la LMC (leucémie myéloïde chronique) avec une prévalence de 0,99% et une incidence annuelle de 5,82.

Ces valeurs qui datent de 9 années constituent, à notre connaissance, les dernières données sur les hémopathies malignes disponibles en Côte d'Ivoire. Ainsi, avec l'ouverture du CNRAO en janvier 2018, nous nous sommes fixés comme objectif d'actualiser les données hospitalières de la prise en charge des hémopathies malignes au centre national de radiothérapie d'Abidjan.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude rétrospective à visée descriptive s'est déroulée sur 2 ans 3 mois (1^{er} janvier 2018 au 31 Mars 2020) dans le Centre National d'Oncologie Médical et de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO).

Le bilan diagnostic réalisé comprenait selon les cas une cytoponction, une biopsie avec examen anatomopathologique, un myélogramme, une biopsie ostéoméduillaire, un examen cytogénétique et un immunophénotypage.

Les paramètres étudiés ont été l'incidence, la prévalence, l'âge, le sexe, le traitement et la réponse thérapeutique.

RÉSULTATS

Durant notre période d'étude s'étalant du 1^{er} Janvier 2018 au 31 Mars 2020, nous avons enregistré 80 cas d'hémopathies malignes (HM) soit 2,2% sur les 3650 cas de pathologies cancéreuses recensées au CNRAO, ce qui représente un recrutement annuel d'environ 26,66 cas (Figure 1).



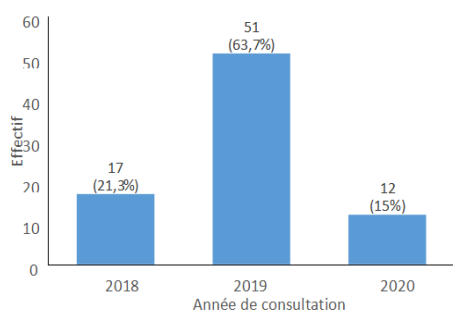


Figure 1 : Prévalence annuelle des hémopathies malignes

Il est ressorti que la prévalence des HM décroissait avec l'âge, elle est plus marquée après 40 ans avec une prédominance entre 50 et 59 ans. Nous avons noté une prédominance masculine (sex-ratio H/F de 1,2).

Les syndromes lymphoprolifératifs (SLP) sont les plus fréquents des sous-groupes nosologiques avec 96,25 % des HM recensées. L'incidence des HM malignes a montré que les trois principales formes étaient respectivement les LMNH non Burkitt (51,25%), LLC (20%) et le Myélome multiple (16,25%) chez l'homme et la femme (Tableau I). Les LNH représentent 51,25% des hémopathies malignes recensées avec à leur tête les lymphomes de haut grade de malignité soient 41,46 % des cas.

Syndromes	Type nosologique	n =	%
80			
Syndrome lympho-prolifératif	LMNH Burkitt	2	4,88
	Malt gastrique	8	19,51
	BDGC	17	41,46
	Zone marginale	14	34,15
	LH	7	8,75
	LLC	16	20,0
Syndrome Myéloprolifératif	Myélo Fibrose Primitive	3	3,75
	MM	13	16,25

La chimiothérapie était de mise chez tous nos patients (Tableau II). Dans notre étude, sur 41 cas de LMNH, seulement 12 soit 29,27% ont bénéficié du protocole R-CHOP.

LMNH n = 41	n	%
CHOP	29	70,73
R-CHOP	12	29,27
LH n = 7		
BEACOPP	2	28,58
ABVD	5	71,42
LLC n = 16		
COP	5	31,25
R-CHOP	4	25,00
R-CVP	2	12,5
CHOP	5	31,25
MM n = 13		
VRD	2	15,38
VMCD-REV	10	76,92

La réponse thérapeutique des LMNH était de : 19 patients soit 46,34% en réponse complète, 7 en réponse partielle, maladie stable 1, en rechute ou en progression 2 et 12 étaient en cours de traitement (Tableau III). La maladie de Hodgkin représentait 8,75% des HM. Le protocole ABVD était le plus souvent administré aux malades (5 malades sur 7). Les malades soumis au protocole BEACOPP étaient moins nombreux et la réponse thérapeutique était de ; 6 patients en réponse complète et 1 était en cours de traitement (Tableau III).

Tableau III : Réponses thérapeutiques

LMNH n= 41	n	%
Réponse complète (CR)	19	46,34
Réponse partielle (PR)	7	17,07
Maladie stable (SD)	1	2,4
Rechute ou Progression (PD)	2	4,8
Malade en cours de traitement	12	29,39
LMNH n= 7		
Réponse Complète	6	85,71
Malade en cours de traitement	1	14,29
LLC n= 16		
Réponse complète (CR)	11	68,75
Réponse partielle (PR)	1	6,25
Malade en cours de traitement	4	25
LMNH n= 13		
Réponse complète stricte	6	46,15
TBRP	2	15,38
Réponse partielle	1	7,7
Malade en cours de traitement	4	30,77

Sur les 16 patients suivis pour LLC 6 ont reçu le Rituximab soit 37,5% et la réponse thérapeutique était de : 11 patients soit 68,75% en réponse complète et 1 patient en réponse partielle soit 6,25%, et 4 patients étaient en cours de traitement (Tableau III). Le myélome multiple (MM) ou maladie de Kahler représentait 16,25% des cas d'HM dans notre étude. Le protocole le plus utilisé dans le traitement du myélome multiple a été le VMCD-REV avec 76,92%. La réponse thérapeutique était de : 6 patients en réponse complète strict, 2 en très bonne réponse partielle, 1 patient en réponse partielle 1 et 4 étaient en cours de traitement (Tableau III).

DISCUSSION

Prévalence des hémopathies

La prévalence croissante des hémopathies malignes est liée à l'augmentation de l'espérance de vie, aux modifications environnementales, notamment l'urbanisation [2] et à l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont elles constituent les complications les plus redoutables et les plus fréquentes [7].

Durant notre période d'étude s'étalant du 1^{er} Janvier 2018 au 31 Mars 2020, nous avons enregistré 80 cas d'hémopathies malignes soit 2,2% sur les 3650 cas de pathologies cancéreuses recensées au CNRAO, ce qui représente un recrutement annuel d'environ 26,66 cas. Ce résultat rapporté dans notre série est inférieur à celui rapporté par N'dhazt Comoe E et al. à Abidjan [1] qui ont recensé un total de 6441 patients hospitalisés, et dénombré 587 cas d'hémopathies malignes soit une prévalence de 9,11% avec une incidence globale de 53,36 nouveaux cas par an, ceci

pourrait s'expliquer par le fait que les deux études se sont déroulées dans des services aux capacités différentes. Elle est aussi faible par rapport aux 303 et 454 cas rapportés respectivement par Thiam et al. à Dakar, Diallo et al. à Bamako et Moueleu Ngalagou P.T. et al [8-10].

Notons cependant que ces derniers ont pris en compte les patients de moins de 15 ans et les patients hospitalisés et ceux suivis en consultation externe, ce qui n'était pas le cas dans notre étude. En effet les patients de moins de 15 ans d'âge relèvent de la pédiatrie et notre étude s'est déroulée dans un centre de prise en charge des adultes.

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.

Selon les années de consultation, nous avons observé une proportion élevée de cas d'hémopathie en 2019 avec 51 cas soit (63,7%).

Caractéristiques sociodémographiques

La prédominance masculine (sex-ratio H/F de 1,2) trouvée dans notre étude est comparable aux résultats rapportés dans les études conduites au Sénégal (1,6/1) [11], au Mali (1,9/1) [12], au Burkina Faso (1,4/1) [3] et en République démocratique du Congo (1,75/1) [13]. La prévalence plus importante des hémopathies malignes dans la population masculine serait le résultat d'une exposition plus importante aux facteurs environnementaux de par leur activité professionnelle (utilisation des herbicides et pesticides), le tabac, l'alcool ainsi que certains facteurs génétiques et hormonaux [14].

La répartition des HM développées selon les tranches d'âge a permis de noter que les HM avaient une distribution ubiquitaire. Cependant dans notre étude, il est ressorti que la prévalence des HM décroissait avec l'âge, elle est plus marquée après 40 ans avec une prédominance entre 50 et 59 ans, ce constat est partagé par Sawadogo et al. en Côte d'Ivoire [1]. Nous n'avons pas trouvé dans la revue de la littérature une justification de ce constat, cependant des études analytiques ultérieures pourraient mieux documenter ce constat.

Les hémopathies malignes prises en charge

Les SLP sont le plus fréquent des sous-groupes nosologiques avec 96,25 % des HM recensées. Cette observation est en conformité avec celles d'autres études menées en Côte-d'Ivoire [1], ailleurs en Afrique [15,16] et aux États-Unis [15].

Parmi ces entités, la tendance de la prédominance des lymphomes parmi les différentes HM est partagée par plusieurs auteurs ivoiriens et maliens [1, 8, 11, 17].

L'incidence des HM malignes a montré que les trois principales formes étaient respectivement les LMNH non Burkitt (51,25%), LLC (20%) et le Myélome multiple (16,25%) chez l'homme et la femme. Les taux décrits pour ces trois principales HM sont différents de ceux obtenus par Echimane et al [3] à Abidjan et d'autres études réalisées à Abidjan par Téa et al [19], Lokrou et al [15] et ailleurs en Afrique [7, 15]. Toutefois, ces taux restent très inférieurs à

ceux décrits dans les pays développés [15]. Cet écart pourrait s'expliquer par la multiplicité des structures sanitaires spécialisées, l'existence d'une couverture sociale permettant un meilleur diagnostic et l'existence d'un système de surveillance épidémiologique plus efficace dans ces pays développés.

Lymphome non hodgkinien : prévalence, protocoles et réponses thérapeutiques

Le lymphome non hodgkinien est le cinquième cancer mondial. C'est actuellement l'hémopathie maligne la plus fréquente. Son incidence est en constante augmentation dans tous les pays développés où il existe des registres du cancer. Des études isolées permettent de penser qu'il en est de même dans les pays en voie de développement [16]. Il est important de souligner que les lymphomes non hodgkiniens représentent la seule hémopathie maligne dont l'incidence augmente significativement depuis les années 70, et ce d'environ 5% par année [16].

Les LNH représentent 51,25% des hémopathies malignes recensées contre 4,50% en Ouganda [20], 8,50% au Kenya [21] et 5,60% au Rwanda [22]. Sa répartition en fonction du sexe on constate que les hommes sont plus atteints que les femmes avec un sex-ratio de 18/16, soit 1,12.

Les lymphomes de haut grade de malignité prédominaient avec 41,46 % des cas de LNH. Cette observation a été également faite au Togo [23] et au Mali [11], avec des proportions respectives de 90,6 et 90,7 % des cas de lymphomes. L'importance des HM de type histologique indéterminé était un reflet des difficultés diagnostiques rencontrées par les praticiens, notamment l'absence de confirmation biologique de certains cancers en Côte-d'Ivoire et ailleurs en Afrique [15, 24].

L'actualité thérapeutique dans les lymphomes est en accélération permanente depuis plusieurs années. D'une part, de nouveaux traitements ont permis de révolutionner la prise en charge des patients, telles que les thérapies ciblées contre des kinases ou contre des protéines anti-apoptotiques, mais aussi les progrès de l'immunothérapie qui est devenu une pratique courante allant même jusqu'à évincer les chimiothérapies classiques des nouveaux régimes thérapeutiques [25].

La chimiothérapie était de mise chez tous nos patients. Elle était fonction du type d'hémopathie maligne. Tous nos patients ont été traités à base de chimiothérapie seule ou chimiothérapie associée à un immunomodulateur. Cette chimiothérapie était faite essentiellement de Cyclophosphamide (C), la vincristine (O), la prednisone (P), doxorubicine (H), Rituximab (R), revlimid (REV), velcade (V), Melphalan (M), Dexaméthasone (D).

Parmi les nombreuses avancées dans la prise en charge des LNH de type B, deux doivent être particulièrement soulignées : d'une part l'introduction de l'anticorps anti-CD20 Rituximab (R) à la chimiothérapie, qui en fait maintenant le traitement de référence (l'apport majeur de l'immunothérapie anti-CD20 a été confirmée sur la survie globale à 10 ans, estimée à 43,5% pour R-CHOP versus 27,6% pour le CHOP [25].

Dans notre étude, sur 41 cas de LMNH, seulement 12 soit 29,27% ont bénéficié du protocole R-CHOP. Cela s'expliquerait par des raisons financières du fait du coût du Rituximab.

Selon la réponse thérapeutique des LMNH : 19 patients soit 46,34% étaient en réponse complète, 7 en réponse partielle, malade stable 1, en rechute ou en progression 2 et 12 étaient en cours de traitement.

Lymphome hodgkinien : prévalence, protocoles et réponses thérapeutique

Le lymphome hodgkinien est une entité anatomo-clinique bien individualisée dont la fréquence est stable. Elle est largement inférieure à celle des lymphomes non hodgkiniens. Dans notre étude, la maladie de Hodgkin représentait 8,75% des HM.

Notre résultat est comparable à ceux constatés au niveau du registre de la Basse Normandie et au CHU de Marrakech, où le lymphome de hodgkin représente respectivement 5% et 10% des hémopathies malignes [26, 27].

Le protocole ABVD était le plus souvent administré aux malades (5 malades sur 7). Les malades soumis au protocole BEACOPP étaient moins nombreux.

En France, comme dans beaucoup d'autres pays, le schéma ABVD (doxorubicine, bléomycine, vincristine, dacarbazine) reste actuellement le plus utilisé en première ligne, avec un rapport bénéfice-risque plutôt élevé [28].

Selon la réponse thérapeutique : 6 patients étaient en réponse complète et 1 était en cours de traitement

LLC : Protocoles et réponses thérapeutique

Sur les 16 patients suivis pour LLC 6 ont reçu le Rituximab soit 37,5%.

Les patients porteurs de LLC ont été traités avec COP 31,25%, CHOP 31,25%, RCVP 12,5% et R-CHOP 25%.

Selon la réponse thérapeutique : 11 patients soit 68,75% étaient en réponse complète & 1 en réponse partielle soit 6,25%, et 4 étaient en cours de traitement.

MM : prévalence, protocoles et réponses thérapeutique

Selon une estimation de la société américaine de cancérologie, chaque année près de 12000 nouveaux cas de MM sont observés et environ 9000 décès imputables à cette affection se produisent aux états unis [29]. Alors qu'en France 3600 nouveaux cas et 2300 décès se produisent chaque année [30]. Le myélome n'est donc pas une maladie rare, même s'il ne représente que 1% de tous les cancers et 2% de mortalité par cancers [31]. Il est classé deuxième cancer du sang le plus courant après le lymphome non hodgkinien [31].

Le myélome multiple (MM) ou maladie de Kahler représentait 16,25% des cas d'HM dans notre étude. Il représente environ 10% des HM dans la revue de la littérature, Tea et al. à Abidjan, rapportait un taux de 12,2% [17].

Dans le cadre thérapeutique des myélomes multiples, de nombreux progrès ont été faits avec l'avènement de nouvelles molécules thérapeutiques supplantant la chimiothérapie conventionnelle. Ceci a bouleversé la stratégie thérapeutique avec amélioration de la survie des patients [31].

Ces nouvelles molécules thérapeutiques composées de revelimid (REV), velcade

(V) et tant d'autres sont disponibles en Afrique mais inaccessibles du fait du coût élevé

Le protocole le plus utilisé dans le traitement du myélome multiple a été le

VMCD-REV avec 76,92%

Selon la réponse thérapeutique : 6 patients étaient en réponse complète strict, 2 en très bonne réponse partielle, réponse partielle 1 et 4 étaient en cours de traitement

Dans notre étude nous avons noté : 2 patients perdus de vue et 21 étaient en cours de traitement.

CONCLUSION

Cette étude a permis une meilleure connaissance de l'épidémiologie des HM au CNRAO avec la mise en évidence d'une augmentation des taux d'incidence au cours des années notamment avec le lymphome non hodgkinien. Cette étude a également mis en évidence une tendance dégressive de la prévalence des HM avec l'âge ainsi que la difficulté de la mise en route de la chimiothérapie. Ce travail pourrait stimuler de nouvelles recherches portant sur les aspects épidémiologiques, cliniques, pronostique, thérapeutique et la survie globale des hémopathies malignes à Abidjan et sur tout le territoire ivoirien.

Conflit d'intérêt : Aucun

Financement : Aucun

Contributions des auteurs : Dr Condé Abdoulaye (MD) : auteur principal; Danho Nanho Clotaire, Dohoma Alexis Silué, Renée Paule, Diakit Mamady, Packo Saint-Cyr, Kanga Kouame Davd ,Romeo Ayemou, Kouakou Boidy, Doukouré Aboubacar Sidiki, Kamara Ismael, : ont participé à la prise en charge de la patiente et à la rédaction de l'article ; Tolo Aissata I, Gustave Koffi, Ibrahima Sanogo sont Responsables pédagogiques au service de l'hématologie clinique du CHU de Yopougon ont participé à l'encadrement scientifique et à la correction.

RÉFÉRENCES

1. Sawadogo D, Yapo AVDP, Sangaré M, 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.
2. Echimane AK, Ahnou AA, Adoubi I, Hien S, M'Bra K, D'Horpock A, et al. Cancer incidence in Abidjan, Ivory Coast: first results from the cancer registry, 1995-1997. *Cancer* 2000; 89: 653-62.
3. Ouédraogo SM, Hien F, Bazié W, Millogo A, Drabo YJ. Place des hémopathies malignes en service de médecine interne du CHU Souro Sanou (Burkina Faso). *Mali Med* 2011; 21(3): 17-21.
4. Kharbouch J. Les hémopathies malignes : Expérience de laboratoire d'hématologie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech [Internet][Thèse Med]. Marrakech: Faculté de médecine et de pharmacie Université Cadi Ayyad; 2016[Consulté le 18/09/2021], n°98. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2016/these98-16.pdf>
5. Soumaré DM. Le Bilan de prise en charge des hémopathies malignes dans deux services hospitaliers de Bamako au Mali: à propos d'une étude rétrospective portant sur huit années d'activité [Internet][Thèse Med]. Bamako: Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'odonto-Stomatologie Université de Bamako; 2005[Consulté le 18/09/2021]. 86p. Disponible sur: http://www.keneya.net/fmpos/theses/2005/med/pdf/05_M250.pdf
6. N'dhatz Comoe E et al. Prévalence et incidence des hémopathies malignes au CHU de Yopougon ; *Rev int sc méd* 2012;14,3:205-208.

7. Koulibaly M, Kabba IS, Cisse A, Diallo SB, Diallo MB, Keita N, et al. Cancer incidence in Conakry, Guinea: first results from the Cancer Registry 1992-1995. *Int J Cancer* 1997; 70(1):39-45
8. 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: 187-91.
9. Diallo DA, Cissoko LS, Cissoko Y, Diallo Y, Baby M, Mouhaha J, et al. Epidemiologie actuelle des hemopathies malignes dans les services d'hématologie oncologie médicale et de médecine interne de l'hôpital du Point G, Bamako, Mali. *Mali Med* 2005; 20: 1-8.
10. Moueleu Ngalagou PT, Ngoudjeu Dongho Tsakeu E, Ngo Sack F, Eboumbou Moukoko EC. Epidemiologie des hemopathies malignes recensées en milieu hospitalier au Cameroun. *Med Sante Trop* 2018; 28(1): 61-6.
11. Diallo DA, Cissoko LS, Cissoko Y, Diallo Y, Baby M, Mouhaha J, 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 Med* 2005; 20: 1-8.
12. Percy C. Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3). 3^e Ed. Paris: Lavoisier ; 2008. 286p.
13. Mufuta NJP, Mbayo K, Kayembe NZ, Gini EK, Mbuyi M. Cytologie des hémopathies malignes dans deux formations médicales de Kinshasa. *Annales Africaines de Médecine* 2013; 6(4): 1-80.
14. 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.
15. Lokrou A, Toutou T, Diallo A, Grogga-Bada N, Ouedraogo Y, Koutouan A, et al. Leucoses et lymphomes dans un service de médecine interne à Abidjan. *Med Afr Noire* 1988; 35(4): 305-10
16. Drouet F, Cahu X, Pointreau Y, Denis F, Mahé MA. Lymphomes malins non hodgkiniens. *Cancer/Radiothérapie* 2010; 14: S210–S229.
17. Diagnekpo T, Toutoukpo Y, Abissey A, Anoh J, Rain JD. Panorama des hémopathies diagnostiquées au laboratoire central du CHU de Treichville bilan de 10 années d'activités. *Med Afr Noire* 1996; 39(4): 268-9.
18. Diop S, Deme A, Dangou JM, Ndiaye FS, Toure AO, Thiam D, et al. Les lymphomes non hodgkiniens à Dakar: étude réalisée sur 107 cas diagnostiqués entre 1986 et 1998. *Bull Soc Pathol Exot* 2004; 97(2): 109-12.
19. Hurez D. Epidémiologie des gammopathies monoclonales. *Rev Prat* 1993; 43(3): 271-4.
20. Amsel S, Nabembezi JS. Two years survey of haematological malignancies in Uganda. *Journal du National Cancer Institute* 1974; 52(5): 1397-401.
21. Kasili EG, Tula RB. Malignant lymphoma in Kenya: Patterns and pathology excluding Burkitt's lymphoma. *East Afr Med J* 1977; 54: 480-90.
22. Ngendahoyo P, Shmanz R. Pattern of malignant lymphoma in Rwanda. *Bull Cancer* 1992; 79(11): 1087-96.
23. Sawadogo D, Nanho DC, Sangaré M. (2006) Les tumeurs hématologiques en Afrique : aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques. In: *Le cancer en Afrique*. Paris: Institut National du Cancer; 2006. p.293–301.
24. Belgadi B, Eghbali H, Hoerni B. La maladie de Hodgkin dans les pays en voie de développement. *Bull Cancer* 1992; 79: 566–73.
25. Coiffier B, Thieblemont C, Van Den Neste E, Lepage G, Plantier I, Castaigne S, et al. Longterm outcome of patients in the LNH-98.5 trial, the first randomized study comparing rituximab- CHOP to standard CHOP chemotherapy in DLBCL patients: a study by the Groupe d'Etudes des Lymphomes de l'Adulte. *Blood* 2010; 116(12): 2040–5.
26. Rhafel A, Mahmal L. Bilan d'activité du service d'hématologie du CHU Mohammed VI (2009-2013). Marrakech: Faculté de médecine et de pharmacie; 2014. 5p.
27. Observatoire Régional de la santé de Basse-Normandie. Mortalité par hémopathies malignes en Basse-Normandie. Le Bulletin de l'observatoire régional de la santé de Basse-Normandie [Internet] 1997 [Consulté le 19/09/2021]; (11): 1-4. Disponible sur : <http://orscreainormandie.org/wp-content/uploads/2017/10/bulletin11.pdf>
28. Tolo DA, Sawadogo D, Nanho DC, Kouakou B, Méité N, Ayémou R, et al. Characteristics and Results of the Treatment of Multiple Myeloma in the Subject under the Age of 65 at the University Hospital of Yopougon in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Adv Hematol* 2013; 2013: 1-5.
29. Hurez D. Epidémiologie des gammopathies monoclonales. *Rev Prat* 1993; 43(3): 271-4.
30. Kharbouch J. Les hémopathies malignes : Expérience de laboratoire d'hématologie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech [Internet] [Thèse Med]. Marrakech : Faculté de médecine et de pharmacie Université Cadi Ayyad; 2016[Consulté le 21/09/2021], n°98. 117p. Disponible sur : <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2016/these98-16.pdf>
31. Bataille R, Harousseau JL. Multiple myeloma. *N Engl J Med* 1997; 336: 1657-64.