

Ministère des Enseignements Secondaires
Supérieurs et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur

Année 1996

N° 47

Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

TITRE:

LES HEMOPATHIES MALIGNES DANS LE SERVICE DE MEDECINE
INTERNE, A L'HOPITAL NATIONAL DU PONT "G" A BAMAKO
(A PROPOS DE 118 CAS)

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le1996 devant l'Ecole Nationale de
Médecine et de Pharmacie du Mali

Par Monsieur

ADAMA AGUISSA DICKO

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY:

Président: Professeur Marouf Mamadou KEITA
Membres: Docteur Hamar Alassane TRAORE
Ibrahim Izétiéyouma MAIGA
Directeur de Thèse: Professeur Dapa A. DIALLO

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995- 1996

ADMINISTRATION

Doyen: Issa TRAORE - Professeur

1er Assesseur: Boubacar S. CISSE - Professeur

2ème Assesseur: Amadou DOLO - Maître de conférence agrégé

Secrétaire général: Bakary CISSE - Maître de conférence

Econome: Mamadou DIANE- Contrôleur des finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA

Ophthalmologie

Mr Bocar SALL

Ortho- Traumato-Sécourisme

Mr Souleymane SANGARE

Pneumo- phtysiologie

Mr Yaya FOFANA

Hématologie

Mr Mamadou L. TRAORE

Chirurgie Générale

Mr Balla COULIBALY

Pédiatrie

Liste du personnel enseignant par D.E.R & par grade

D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Chef D.E.R de Chirurgie

Mr Sambou SOUMARE

Chirurgie Générale

Mr Abdou Alassane TOURE

Ortho-Traumatologie

Mr Kalilou OUATTARA

Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO

Gynéco-Obstétrique

Mr Djibril SANGARE

Chirurgie Générale

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW
Mr Salif DIAKITE

Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Sekou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Stomatologie
Ophtalmologie
O.R.L.
Gynéco-Obstétrique
Anesth-Réanimation
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie générale
Ortho-traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho-Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R DES SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.

Chimie Analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A. DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'Yenigue Simon KOITA	Chimie Organique
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
-------------------	-------------------

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med. Int. Chef de D.E.R
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie

Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA

Radiologie
Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumanie SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Dapa Aly DIALLO

Pédiatrie
Pneumo-Phthysiologie
Cardiologie
Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Amar A. TRAORE
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Mamady KANE
Mr Sharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY

Médecine Interne
Gastroenterologie
Dermato-Leprologie
Médecine interne
Psychiatrie
Gastroenterologie
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Adama D. KEITA
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Arouna KEITA

Matière Médicale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Boukassoum HAIDARA
Mr Ousmane DOUMBIA
D.E.R)
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacie Chimique (Chef
Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matière Médicale
Galénique

5. ASSISTANTS

Mr Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (Chef D.E.R)

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Sory I. KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléyman GUINDO	Gestion
Mme Sira DEMBELE	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOGONA	Hygiène du milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I. DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie

PERSONNEL D'ENCADREMENT(STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I. SOGONIKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B. SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F. S. DANO

Pr M. L. SOW

Pr S. S. GASSAMA

Pr D. BA

Pr M. BADIANE

Pr B. FAYE

Pr Eric PICHARD

Dr G. FARNARIER

Hydrologie

Médecine Légale

Biophysique

Bromatologie

Pharmacie Chimique

Pharmacodynamie

Médecine interne

Physiologie.

DEDICACES

JE DEDIE CE MODESTE TRAVAIL

A mon père et à mère
Aguissa Boureïma DICKO
Samahatou Walet MOHAMED

Vous qui m'avez couvert de toute votre affection,
Vous qui m'avez donné cette éducation dont les règles d'or sont: politesse, gentillesse, honnêteté et croyance religieuse,
Vous m'avez toujours dit « Ne pense jamais à un moment de ta vie du mal de ton prochain et tu iras plus loin dans tes études; en m'évitant les obstacles pendant mes premiers pas, jusqu'à faire de moi l'homme que je suis aujourd'hui ».
A l'aube de ce grand jour, recevez cette dédicace comme la plus grande reconnaissance qu'un fils puisse témoigné à l'égard de ses parents.

AU Professeur Aly Nouhoum Diallo et Mme Diallo Aminta Touré

Pour avoir su être pour moi harmonieusement un père et une mère. Pour vos prestations d'anges gardiens .Pour tous les sacrifices toujours consentis pour mon épanouissement. Dans la confession de ce travail , une motion particulière vous revient
« Infinie reconnaissance »

A tous mes oncles et tantes
Ma sincère affection, puisse nos liens familiaux se resserrés d'avantage.

A Attaher Mohamed et épouse
Pour leur noble sens de la famille .Pour leur disponibilité

A Aboubacar Touré et épouse
J'ai trouvé auprès de vous une franche sympathie, l'ambiance familiale et une disponibilité fraternelle. Profonde reconnaissance pour votre soutien que vous m'avez apporter pour l'aboutissement de ce travail.

Je vous dédie sincèrement et très amicalement ce travail, que tu a tenu jusqu'au bout avec ton courage et ta disponibilité. Il est également à notre chère femme Zarha et notre petite fille AICHE pour qui ce travail doit servir un exemple à atteindre mais aussi a dépassé.

A mes soeurs

Fadimata DICKO, Hamsatou TOURE, Fanta DICKO, Aïssa TOURE, Zeïnabou TOURE, Safiétou DICKO

Durant toutes ces années vous m'avez soutenu sur tous les plans, je vous dédie cette thèse, témoignage de ma profonde affection et vous souhaite de réussir vos aspirations les plus chères

A ma fiancée

Pour tous les sacrifices consentis pour moi. Pour toute affection dont vous ne cessez de m'inonder chaque jour d'avantage. Puisse ce travail vous servir de modèle et de gage de notre profond amour.

Espoir que vous ne serz la compagne des bons et mauvais jours.

A mes beaux parents

Par votre sens d'éducation familiale, vous m'avez accepté comme votre fils je vous adresse toute ma gratitude.

A mes belles soeurs

Merci pour votre soutien moral et matériel, ma profonde gratitude.

A ma tante Mme MAIGA Sanda DICKO

Merci des conseils, sincère reconnaissance

A mes cousines

Aïché MAIGA, Zahara MAIGA, Adizatou MAIGA, Zalihatou MAIGA, Fadimata DICKO, Siyatou TOURE

A tous les neveux et toutes les nièces

Votre oncle vous dédie ce travail afin que cela soit pour vous un objectif à atteindre.

A tous les malades atteints d'hémopathies malignes, pour que ce travail puisse servir aux hommes de science afin que votre problème soit banni à jamais.

REMERCIEMENTS

A Sidi DIALLO

Nous avons vécu dans une camaraderie exemplaire, bravant ensemble la fastiduité des cours. Vous avez su m'encourager dans mes moments faibles. Trouvez ici ma profonde gratitude et ma sympathie.

A tous les membres de la famille Aly N. DIALLO
A mes amis et frères

Mahamane Talibo, Aly Almahamouda, Ibrahim Hassane, Moussa DIALLO, Kalil MAIGA
C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute ma considération.

Au docteur Idrissa CISSE
C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute ma considération et mon profond attachement

Au Docteur Abdoulaye DIALLO
Merci pour tous les sacrifices consentis pour moi

A Monsieur Thierno DIARRA
Mes sincères remerciements et ma profonde reconnaissance

Aux familles

BERTHE
KONE (N'Tomikorobougou)
DIAKITE Zoumana (Hypodrome)
BAH (Darsalam)

Pour votre aide et vos sages conseils et votre entière disponibilité

Aly Alhassane TOURE

A mes grands frères

Mr MAIGA Malick
Mr TOURE Abdoukrim
Mr TOURE Harouna
Mr TOURE Yeya Moussa
Mr TOURE Abdoulaye

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et ma sympathie

A mes amis de groupe

Gogo SIMA

Abdoul Aziz Faical SOW et Mme

Almouner Talibo MAIGA et Mme

Dr Alou Kayo

Dr Charles Muhizo, Salif DIARRA, Paul, Youssouf DIALLO

Pour leur dire que les meilleurs amis sont ceux qui restent à vos côtés pendant les moments difficiles.

Au major TOURE Abdoulhabi

Pour vos sages conseils et votre entière disponibilité

A mes camarades de promotion

Bourama KANE, Mme TOURE Leïla, Yaya SIDIBE, Chouaïdou KEITA, Abdoul Chafar DIAKITE, Oumar MAGASSOUBA, Bassirou DOUMBIA, Berthin Thimbou, Ibrahim Halidou, Albachar MAIGA, Amidou Issa, Alhassane TOURE, Idrissa COULIBALY

A tous les cadets de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie,

A tout le personnel du Labo « Bernard Dufflo » de l'ENMP et du service de Médecine "A", "B", "C", et "D"

Nos remerciements à nos Maîtres

- Professeur Aly N. DIALLO, Président Assemblée Nationale, Professeur Agrégé de Médecine Interne
- Professeur Eric Pichard Professeur agrégé de Maladies Infectieuses et Tropicales
- Professeur Dapa A. DIALLO, Praticien Hospitalier en Médecine, Professeur Agrégé en Hématologie
- Docteur Hamar A. TRAORE, Assistant Chef Clinique, Spécialiste en Médecine Interne
- Docteur Sidibé Aïssa, Spécialiste en Endocrinologie
- Docteur Mamadou DEMBELE, Spécialiste en Médecine Interne

Par vos compétences respectives et votre amicale collaboration

Vous nous avez appris à être ce que nous sommes aujourd'hui

Veillez trouver ici l'expression de notre admiration et notre reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

A notre Président de thèse.

Monsieur le Professeur Mamadou M. KEITA Professeur de Pédiatrie à l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali, Chef de service de Pédiatrie à l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako (Mali). Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse.

Au cours de notre formation médicale, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos connaissances étendues, vos qualités de grand praticien et votre capacité de transmettre vos connaissances.

Vous avez été et vous resterez pour nous un grand Maître.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère admiration. Merci pour votre collaboration.

Au Docteur Hamar A. TRAORE.

Assistant chef de clinique, spécialiste en médecine interne.

La qualité de votre enseignement à l'E.N.M.P. comme au lit du malade ont fait naître en nous la plus vive admiration.

Au cours de notre stage dans votre service nous avons été étonné de la confiance et de l'affection dont vous nous faites l'honneur; ce qui pour nous a été une source inépuisable d'émulation. Soyez assuré de notre infinie reconnaissance.

Au Docteur Ibrahim Izétiégouma MAIGA.

Assistant de bactériologie, chef du laboratoire de l'Hôpital National du Point "G".

Nous avons été honoré de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges. Nous avons eu à apprécier vos hautes qualités humaines et professionnelles au cours de notre formation médicale.

Veillez accepter l'expression de nos vifs remerciements, de nos sentiments respectueux et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse Professeur Dapa Aly DIALLO.

Maître de conférence, Agrégé d'hématologie, Praticien hospitalier en médecine interne à l'Hôpital National du Point "G".

Nous avons pu apprécier au cours de ce travail, vos immenses qualités d'homme de science connu pour sa rigueur scientifique, son engouement à la recherche et son amour du travail bien fait.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et notre fidèle attachement.

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION:	2
MALADES ET METHODE	
1 - MALADES ETUDIES	6
2 - METHODE	6
RESULTATS	
1 - DONNEES GENERALES	9
1.1 - ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES	9
1.1.1 - EFFECTIF DE L'ECHANTILLON	9
1.1.2 - REPARTITION DES MALADES SELON LE SEXE	9
1.1.3 - REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE	9
1.1.4 - REPARTITION DES MALADES SELON L'ETHNIE	10
1.1.5 - REPARTITION DES MALADES SELON LEUR ACTIVITE	11
1.1.6 - REPARTITION DES MALADES SELON LA RESIDENCE	11
1.1.7 - INCIDENCE DES HEMOPATHIES MALIGNES	12
1.2 - ASPECTS CLINIQUES	14
1.2.1 - ANCIENNETE DES SIGNES CLINIQUES	14
1.2.2 - MOTIFS D'HOSPITALISATION	14
1.2.3 - SIGNES GENERAUX	15
1.2.4 - SIGNES PHYSIQUES	15
1.3 - ASPECTS THERAPEUTIQUES	16
1.3.1 - TYPE DE TRAITEMENT	16
1.3.2 - TYPE DE PROTOCOLE	16
1.3.3 - NOMBRE MOYEN DE CURES (ET LEURS EXTREMES) RECUES PAR LES MALADES	17
1.3.4 - LA REPONSE AU TRAITEMENT	17
1.4 - ASPECTS EVOLUTIFS ET PRONOSTIQUES	17
1.4.1 - DUREE DE SUIVI DES MALADES	17
1.4.2 - LES DECES	18
1.4.3 - LES RECHUTES	18
1.4.4 - LES COMPLICATIONS LIEES AU TRAITEMENT	18

2 - LES DONNEES ANALYTIQUES	18
2.1 - EPIDEMIOLOGIE	18
2.1.1 - LES TYPES D'HEMOPATHIES MALIGNES REBCONTREES ET LEUR FREQUENCE RELATIVE	18
2.1.2 - EVOLUTION DU NOMBRE DE CAS ANNUELS DES HEMOPATHIES	19
2.1.3 - TYPES DE LEUCEMIES AIGUES	19
2.1.4 - TYPES DE LMNH	19
2.1.5 - REPARTITION DES CAS D'HEMOPATHIES SELON L'AGE DES MALADES	20
2.1.6 - REPARTITION DES CAS D'HEMOPATHIES SELON LE SEXE DES MALADES	21
2.1.7 - REPARTITION DES CAS D'HEMOPATHIES SELON L'ETHNIE DES MALADES	21
2.1.8 - REPARTITION DES CAS D'HEMOPATHIES SELON L'ACTIVITE DES MALADES	22
2.1.9 - REPARTITION DES CAS D'HEMOPATHIES SELON LA RESIDENCE DES MALADES	22
2.1.10 -REPARTITION DES CAS D'HEMOPATHIES SELON L'AGE ET LE SEXE DES MALADES	23
CLINIQUE	
2.2 - CLINIQUE	24
2.2.1 - ANCIENNETE DES SIGNES CLINIQUES SELON LE TYPE D'HEMOPATHIES MALIGNES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	24
2.2.2 - MOTIFS D'HOSPITALISATION	24
2.2.3 - SIGNES GENERAUX	25
2.2.4 - FREQUENCES DES SIGNES PHYSIQUES SELON LES HEMOPATHIES	25
2.3 - ASPECTS THERAPEUTIQUES	26
2.3.1 - SCHEMAS THERAPEUTIQUES UTILISES	26
2.3.2 - TYPES DE PROTOCOLES RECUS PAR LES MALADES	26
2.3.3 - LA REPONSE AU TRAITEMENT DANS LES DIFFERENTES HEMOPATHIES	27
2.4 - ASPECTS EVOLUTIFS ET PRONOSTIQUES	28
2.4.1 - DUREE DE SUIVI DES MALADES	28
2.4.2 - LES DECES OBSERVES	28
2.4.3 - LES RECHUTES	29
2.4.4 - COMPLICATIONS LIEES AU TRAITEMENT	29
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	
1 - METHODOLOGIE	31
2 - ASPECTS GENERAUX	31

3 - ASPECTS ANALYTIQUES	32
3.1 - LA LEUCEMIE MYELOIDE CHRONIQUE	32
3.2 - LES LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS	34
3.3 - LA MALADIE DE HODGKIN	35
3.4 - LES LEUCEMIES AIGUES	36
3.5 - LA LEUCEMIE LYMPHOIDE CHRONIQUE	37
3.6 - MYELOME MULTIPLE	38
CONCLUSION	41
RESUME	43
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES (ABREVIATION, FICHE D'ENQUETE)	
SERMENT	

INTRODUCTION

Les hémopathies malignes regroupent des entités nosologiques variées. On distingue schématiquement deux grands groupes: les leucoses ou leucémies à point de départ intramédullaire et les syndromes immunoprolifératifs développés initialement le plus souvent au niveau des organes lymphoïdes secondaires, plus exceptionnellement, au niveau de la moelle osseuse.

1 - Parmi les leucoses, on individualise les leucémies aiguës (LA) et les leucémies chroniques. Les LA sont caractérisées par une prolifération monoclonale de précurseurs hématopoïétiques peu différenciés bloqués dans leur maturation. Selon que le précurseur est lymphoïde ou granuleux, on parlera de leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) ou myéloïde (LAM). Dans ces cas, la prolifération cellulaire est d'emblée généralisée à la moelle osseuse et à d'autres tissus. Les LA concernent les sujets de tous les âges (18). Leur pronostic dépend du type cytologique, de l'âge du malade, de la précocité du diagnostic et des anomalies génétiques éventuelles. Des guérisons définitives sont actuellement observées dans certains pays (28, 47).

Les leucémies chroniques regroupent essentiellement les syndromes myéloprolifératifs, la leucémie lymphoïde chronique (LLC) et la leucémie à tricholeucocytes qui elles, sont actuellement rattachées au groupe des syndromes immunoprolifératifs.

A l'intérieur du groupe des syndromes myéloprolifératifs, on individualise la leucémie myéloïde chronique (LMC), la polyglobulie primitive ou maladie de Vaquez, la splénomégalie myéloïde, la thrombocytémie essentielle, la leucémie myélomonocytaire chronique, la leucémie à éosinophiles. Ces affections ont en commun, la prolifération monoclonale de précurseurs hématopoïétiques sans blocage de maturation cellulaire et l'évolution vers la leucémie aiguë. Hormis la LMC, elles sont observées chez le sujet adulte ou âgé. Leur pronostic jadis fatal est de plus en plus amélioré grâce à l'introduction récente de thérapeutiques nouvelles notamment le recours à l'interferon α et à la greffe de moelle osseuse (16, 17, 52).

2 - Les syndromes immunoprolifératifs regroupent un ensemble de pathologies malignes ayant en commun, la prolifération maligne de cellules immunocompétentes.

- La LLC et la leucémie à tricholeucocytes sont de ce fait rattachées à ce groupe d'hémopathies malignes. Il s'agit d'affections qui sont observées classiquement chez le sujet âgé de plus de 50 ans (35). La LLC a une évolution généralement paisible (35), la

leucémie à tricholeucocytes a une évolution plus rapide, mais elle a vu son pronostic considérablement amélioré ces dernières années grâce à l'utilisation thérapeutique de l'interferon (10).

- Les lymphomes malins constituent le groupe le plus fréquemment observé parmi les syndromes immunoprolifératifs. Ils regroupent la maladie de Hodgkin (MDH) et les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH).

La MDH est définie par une cellule tumorale particulière, la cellule de Reed Sternberg. C'est une affection de l'adulte jeune et de l'adolescent. Les cas survenant chez les sujets âgés de moins de 10 ans sont rares. Le pronostic de la maladie dépend du stade évolutif. Mais des guérisons sont plus fréquemment observées chez les malades atteints de cette affection. Grâce aux progrès thérapeutiques actuels, la MDH guérit chez plus de 50% des malades tous stades confondus dans les pays occidentaux (41).

Les LMNH sont des affections qui s'observent à tous les âges, leur type cytohistologique conditionne leur présentation clinique, leur traitement et leur pronostic. On distingue les formes de faibles grades de malignité faites de proliférations de cellules lymphoïdes matures, qui sont l'apanage du sujet d'âge mûr, des formes de malignité intermédiaire ou de haut grade de malignité faites de proliférations à la fois de cellules lymphoïdes matures ou exclusivement de cellules lymphoïdes jeunes; ces formes affectent globalement les sujets de tous les âges (39). Les premières ont un meilleur pronostic que les secondes.

Le myélome multiple (MM) est une affection du sujet âgé (12). Il est caractérisé par une prolifération intramédullaire de plasmocytes malins ; cette prolifération clonale est le plus souvent associée à la sécrétion dans le plasma, d'une immunoglobuline monoclonale (12). Son pronostic jadis mauvais est amélioré actuellement par l'avènement des traitements par interféron (53) et des greffes de moelle osseuse (3).

Les hémopathies malignes sont des affections cosmopolites. Leur incidence semble varier cependant dans le monde. Ceci tient à des raisons multiples: la plupart des travaux publiés sont les travaux rapportés par des services hospitaliers spécialisés, le recrutement des cas dépend du niveau de développement socio-économique et de spécialisation des services de santé des pays, on connaît aujourd'hui de multiples facteurs favorisant la survenue de la malignité notamment, les facteurs génétiques et environnementaux (9, 24, 30).

Dans les pays en développement, notamment en Afrique, les hémopathies

malignes sont longtemps apparues comme des affections rares. L'amélioration de plus en plus croissante du niveau de médicalisation dans ces pays permet cependant de constater que ces affections sont plus fréquentes qu'on ne le croyait et qu'elles pourraient devenir dans les années à venir, de sérieuses préoccupations pour les praticiens des pays en développement (5, 8, 20, 32, 37, 45).

Leur traitement curatif a connu des progrès énormes ces dernières années. Ces progrès ont été obtenus au prix de moyens thérapeutiques lourds à la disposition des seuls services spécialisés en cancérologie et en hématologie. Ces moyens par contraste, ne sont pas actuellement accessibles aux pays en développement. Peut-être qu'ils ne le seront pas dans un avenir proche. Ce qui laisse penser que l'approche thérapeutique la plus opérationnelle pour les pays en développement dont le notre est la prévention primaire.

C'est dans le but de préciser les profils épidémiologiques, cliniques, évolutifs et pronostics des hémopathies malignes dans un service de médecine interne que nous avons voulu conduire ce travail, 12 ans après un autre réalisé à l'Hôpital National du Point "G"(33). Les attentes de ce travail étaient de deux ordres:

- 1- identifier les caractéristiques particulières de l'ensemble des hémopathies malignes ou à certaines d'entre elles permettant d'entreprendre des actions de prévention primaire, secondaire, sinon tertiaires,
- 2- disposer d'un guide pour orienter les futures travaux de recherche sur les hémopathies malignes au Mali.

**MALADES ETUDIÉS ET
METHODOLOGIE DE TRAVAIL**

1: MALADES ETUDIÉS

Notre étude a concerné les malades hospitalisés dans le service de médecine interne de l'Hôpital National du Point "G" de 1983 à 1994 tous sexes, âges, ethnies et professions confondues.

2: METHODOLOGIE DE TRAVAIL

2.1: CRITERES D'INCLUSION

Ont été inclus dans notre étude tous les malades hospitalisés dans le service de médecine interne de l'Hôpital National du Point "G", chez qui le diagnostic d'hémopathie maligne a été retenu.

2.2: CRITERES D'EXCLUSION

Les malades exclus étaient ceux qui ont été hospitalisés en dehors de notre période d'étude et ceux pour lesquels le diagnostic d'hémopathie maligne n'a pu être retenu formellement.

2.3: SUPPORT DES DONNEES

Les renseignements relatifs aux malades et à la maladie ont été recueillis sur un support des données standard présenté en annexe.

2.4: MOYENS DE DIAGNOSTIC

Le diagnostic des leucémies était cytologique à travers l'hémogramme et le myélogramme. Ces examens ont été effectués pour la plupart des malades au laboratoire de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali. Pour les lymphomes, le critère de diagnostic retenu a été anatomopathologique. Les pièces biopsiques étaient interprétées dans le service d'anatomie pathologique du service de santé des armées du Pharo (Marseille France) et/ou de l'I.N.R.S.P. à Bamako au Mali.

2.5: MODE DE RECUTEMENT

L'étude a comporté deux volets:

- un volet rétrospectif: il a concerné les données des malades hospitalisés durant la période de 1983 à 1993,

- un volet prospectif: il a intéressé les malades hospitalisés entre 1993 et 1994.

Ces malades ont été suivis par nous-même.

2.: EXPLOITATION DES RESULTATS

L'analyse des aspects épidémiologiques et cliniques des hémopathies malignes a concerné l'ensemble des dossiers rétrospectifs et prospectifs. Pour ce qui concerne les données thérapeutiques pronostiques et évolutives, nous les avons analysées en tenant compte des seuls dossiers des malades que nous avons suivis sur la période de 12 mois (1993 - 1994).

L'exploitation statistique des résultats a utilisé le calcul des moyennes, test χ^2 corrigé de Yates, le calcul de l'Odd Ratio.

RESULTAT

1: LES DONNEES GENERALES

1.1: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1.1.1: EFFECTIF DE L'ECHANTILLON :

Au terme de notre recrutement 118 dossiers de malades ont été retenus. Ces malades représentent 1,3 % des patients hospitalisés en médecine interne durant la période de 1983-1994. Quatre vingt cinq dossiers ont été glanés dans les archives de 1983 à 1993, trente trois ont été recrutés au cours de notre étude prospective de 12 mois (1993-1994).

1.1.2: REPARTITION DES MALADES SELON LE SEXE

La distribution de nos cas en fonction du sexe des malades montre une prédominance pour le sexe masculin (sexe ratio = 1,26). Cette distribution est présentée dans le tableau 1

Tableau 1 : Répartition des malades selon le sexe:

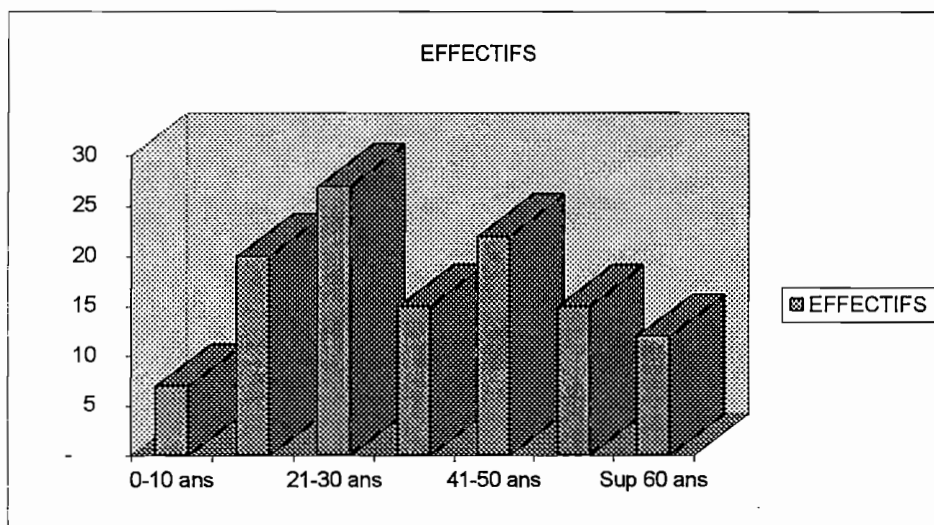
SEXE	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
Hommes	66	55,9
Femmes	52	44,1
Sexe ratio	1,26	1,26

1.1.3: REPARTITION SELON L'AGE

Le tableau 2 et l'histogramme 1 permettent de constater que les hémopathies malignes concernent les sujets de tous les âges. Notre plus jeune malade avait 2 ans et le plus âgé avait 84 ans. Le Pic de fréquence se situait cependant entre la tranche d'âge 20 à 50 ans.

Tableau 2 : Répartition des malades selon l'âge

CLASSE D'AGE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
0-10 ans	7	5,9
11-20 ans	20	17,0
21-30 ans	27	23,0
31-40 ans	15	12,7
41-50 ans	22	18,6
51-60 ans	15	12,7
Sup 60 ans	12	10,1
TOTAL	118	100,0



Histogramme 1: répartition des malades selon l'âge

1.1.4: REPARTITION SELON L'ETHNIE

Le tableau 3 montre que les ethnies prédominantes étaient, le bambara, suivi du sarakolé, du peulh puis du malinké. Cette distribution reflète celle de la distribution ethnique de la population de Bamako.

Tableau 3 : Répartition des malades selon l'ethnie

ETHNIES	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
Bambara	40	33,9
Malinké	12	10,2
Peulh	17	14,4
Sarakolé	18	15,3
Sonrhai	7	5,9
Autres	24	20,3
TOTAL	118	100,0

Autres : Dogon = 4, Maure = 3, Senoufo = 4, Kassonké = 4 , Minianka = 2 , Toucouleur = 3, Bozo = 3, tamachéc=1, ouolof = 2

1.1.5: REPARTITION DES MALADES SELON LEUR ACTIVITE

Plus d'un tiers des malades étaient des femmes au foyer. Cette catégorie professionnelle était suivie par les élèves, les cultivateurs puis les fonctionnaires; les commerçants ne représentaient que 2,7 %.

Tableau 4 : Répartition des malades selon l'activité

ACTIVITE	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
Cultivateurs	22	18,6
Femmes au foyer	39	33,1
Fonctionnaires	19	16,1
Elèves/Etudiants	22	19,4
Commerçants	3	2,7
Autres	13	10,1
TOTAL	118	100,0

Autres : Tailleurs = 1, chauffeurs = 3, domestique = 1, forgeron = 1, Bijoutier = 1, Boucher = 1, Boulanger = 1, Commerçant = 1, Mécaniciens = 1, enfant = 2 (2 ans et 4 ans).

1.1.6: REPARTITION DES MALADES SELON LA RESIDENCE

Plus de la moitié de notre effectif venait du District de Bamako (73 cas soit 61,9 %) suivi de Koulikoro et de Kayes.

Tableau 5 : Répartition des malades selon la résidence

RESIDENCE	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
Bamako	73	61,9
Kayes	8	6,8
Koulikoro	14	11,9
Sikasso	7	6,0
Ségou	3	2,5
Mopti	3	2,5
Tombouctou	1	0,8
Gao	5	4,2
Ailleurs	4	3,4
TOTAL	118	100,0

Ailleurs : Guinée = 1, Mauritanie = 1, Domicile non précis = 2

1.1.7: INCIDENCE DES HEMOPATHIES MALIGNES

Le tableau 6 et les histogrammes n° 2, 3, 4 montrent l'incidence des hémopathies malignes recrutées dans le service de 1983 à 1994. On constate que cette incidence n'a pas varié de façon significative d'une année à l'autre. Lorsqu'on considère les hémopathies malignes par rapport aux cas de cancers recrutés durant cette période, on constate une augmentation importante du nombre de cas à partir de 1986. Entre cette date et 1994 il n'apparaît pas de variation significativement importante quant au nombre des cas annuels recrutés.

Tableau 6 : Incidence des hémopathies malignes

ANNEES	HOSPITALISATIONS	CANCER	HEMOPATHIE	POURCENTAGE HEMOPATHIE	
				P1	P2
1983	1 048	75	10	0,95%	13,33%
1984	779	51	9	1,16%	17,65%
1985	830	48	4	0,48%	8,33%
1986	652	40	13	1,99%	32,50%
1987	692	26	6	0,87%	23,08%
1988	575	30	9	1,57%	30,00%
1989	748	29	7	0,94%	24,14%
1990	783	22	6	0,77%	27,27%
1991	747	23	8	1,07%	34,78%
1992	955	47	13	1,36%	27,66%
1993	794	59	12	1,51%	20,34%
1994	714	74	21	2,94%	28,38%
TOTAL	9 317	524	118	1,3%	22,52%

Cas d'hémopathies par année

$$P_1 = \text{-----}$$

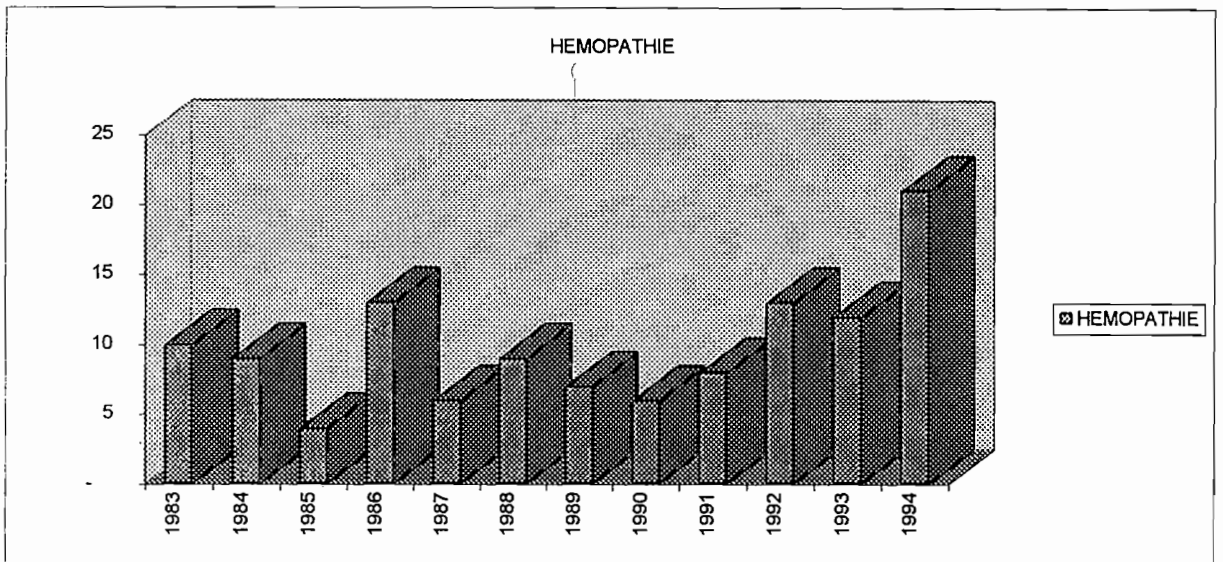
Nbre d'hospitalisés de la même année

Cas d'hémopathies par année

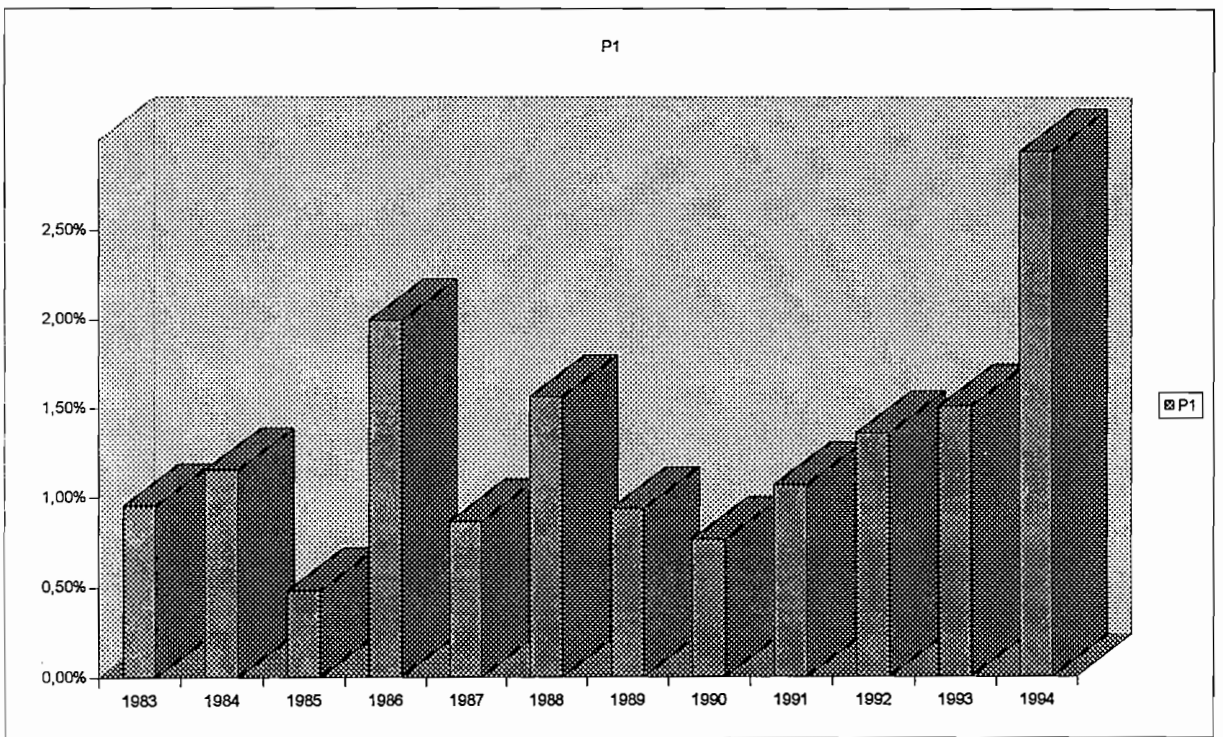
$$P_2 = \text{-----}$$

Nbre de cancers de la même année

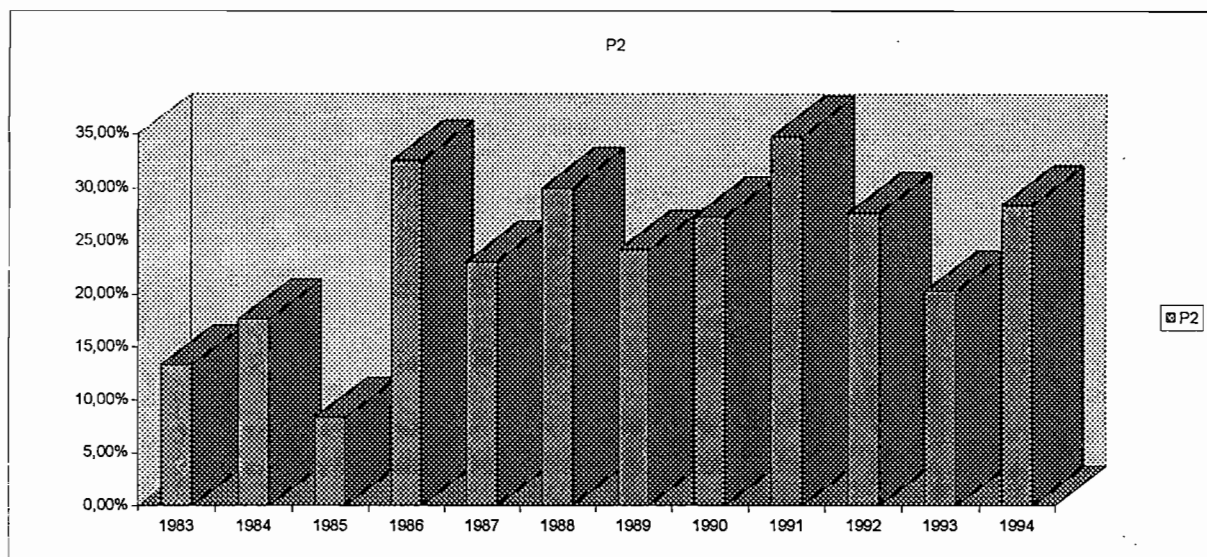
Histogramme 2: évolution annuelle des hémopathies



Histogramme 3: pourcentage annuel des hémopathies par rapport au nombre des hospitalisations



Histogramme 4: pourcentage annuel des hémopathies par rapport au nombre de cancers



1.2: ASPECTS CLINIQUES

1.2.1: ANCIENNETE DES SIGNES CLINIQUES

Le Tableau 7 montre un délai globalement long entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation à l'Hôpital. Plus d'un malade sur 2 ont été vus pour la première fois en consultation 6 mois après le début de la maladie.

Tableau 7 : Ancienneté des signes cliniques:

ANCIENNETE DES SIGNES CLINIQUES	EFFECTIFS	POUCENTAGE
0-1 mois	11	11,8
1-2 mois	8	8,6
2-3 mois	9	9,7
3-4 mois	5	5,4
4-5 mois	3	3,2
5-6 mois	8	8,6
Plus de 6 mois	49	52,7
TOTAL	93	100,0

1.2.2: MOTIFS D'HOSPITALISATION

Le Tableau 8 montre que le syndrome tumoral représenté par les adénopathies, les masses abdominales, la splénomégalie associée ou non à une hépatomégalie était le motif d'hospitalisation de plus de la moitié des malades.

Tableau 8 : Motifs d'Hospitalisation des malades

MOTIF D'HOSPITALISATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Adénopathie et/ou masse abdominale	47	40,00
Splénomégalie et/ou hépatomégalie	28	23,70
AEG/amaigrissement	8	6,80
Dx abdo et/ou Troubles digestifs	5	4,20
Anémie	9	7,60
Dx ostéo articulaire ou polyarthralgie	5	4,20
Syndrome hémorragique	3	2,50
Autres	13	11,00
TOTAL	118	100

1.2.3: SIGNES GENERAUX

Les signes généraux ont été dominés par une asthénie retrouvée pratiquement chez tous nos malades, puis par l'amaigrissement (99 fois) et la fièvre (89 fois). Ces signes sont regroupés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Signes généraux

SIGNES GENERAUX	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Amaigrissement	99	29,30
Fièvre	89	26,30
Asthénie	112	33,10
Sueur nocturne	30	8,90
Prurit	8	2,40
TOTAL	338	100

1.2.4: SIGNES PHYSIQUES

Le Tableau 10 montre que l'hypertrophie des organes lymphoïdes était le signe physique le plus fréquemment rencontré, suivi de l'hyperthrophie du foie; la paleur muqueuse ou cutané-muqueuse était observée chez plus d'un malade sur 4.

Tableau 10: Signes physiques

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Adénopathie	81	33,3
Splénomégale	31	12,8
Hépatomégalie	7	2,9
Hépatosplénomégalie	25	10,3
Ictère	15	6,2
Ascite	4	1,6
Pâleur	77	31,7
Syndrome Hémorragique	3	1,2
TOTAL	243	100,0

1.3: ASPECTS THERAPEUTIQUES**1.3.1: TYPES DE TRAITEMENT**

Parmi les 33 malades suivis par nous-même, 8 ont bénéficié d'une monochimiothérapie, 20 d'une polychimiothérapie, 5 autres n'ont pas pu recevoir de traitement soit pour des raisons financières (3 cas), soit pour grossesse (1 cas) soit pour évasion (1 cas).

1.3.2: TYPES DE PROTOCOLE

Parmi les protocoles de polychimiothérapie, le CVP et le MOPP ont été les protocoles les plus souvent utilisés. Les monochimiothérapies avaient recours à l'hydréa le plus souvent. Les schémas utilisés sont présentes dans le tableau n° 11.

Tableau 11: Fréquence des types de Protocole

PROTOCOLE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
CVP	9	32,10
MOPP	5	18,00
MOPP/ABV	2	7,10
CHOP	1	3,60
Chloraminophène	2	7,10
Chloraminophène + autres	2	7,10
Ara-c + Soluprèd	1	3,60
Hydrea	6	21,40
TOTAL	28	100

Autres: oncovin + solupred

1.3.3: NOMBRE MOYEN DE CURES (ET LEURS EXTREMES) REÇUES PAR LES MALADES

Le nombre moyen de cures de chimiothérapie reçus par les malades atteints de LMNH sont de 3 avec des extrêmes de 1 et 6. Chez les malades Hodgkiniens, on constate des extrêmes de 1 et 8 cures avec une moyenne de 3. Tous les malades atteints de LA ont bénéficié d'une chimiothérapie d'induction. Un seul malade a suivi un traitement d'entretien avec des réinductions. Le traitement a été souvent interrompu au cours des LLC et LMC en raison d'un manque de disponibilité des produits ou d'un manque de moyens financiers pour le malade.

1.3.4: LA REPOSE AU TRAITEMENT

Parmi les 28 malades qui ont reçu un traitement, une rémission complète a été observée chez seulement 7 malades. La rémission a été partielle chez 19 malades. Aucune réponse significative n'a été observée chez les 2 autres malades.

1.4: ASPECTS EVOLUTIFS ET PRONOSTIQUES

1.4.1: DUREE DE SUIVI DES MALADES

La durée maximale de suivi de nos malades a été de 12 mois. Moins de 10% ont été revus 6 mois après le diagnostic de la maladie. Le tableau n° 12 montre les effectifs en fonction des durées du suivi.

Tableau 12: Durée de suivi des malades

DUREE DE SUIVI DES MALADES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
0 - 15 jours	7	21,20
15 - 6 mois	20	60,60
6 - 1 an	4	2,10
Sup à 1 an	2	6,10
TOTAL	33	100

1.4.2: LES DECES

Nous avons constaté 9 décès parmi les 33 malades suivis. Deux décès sont survenus dans les 2 semaines suivant le diagnostic de la maladie, 6 entre 2 semaines et 6 mois et 1 entre 6 mois et 12 mois. Le décès a été constaté au cours du traitement pour 8 malades. Une fois, le décès est survenu chez une malade en arrêt de traitement dont l'affection était en évolution pour cause de grossesse.

1.4.3: LES RECHUTES

Neuf rechutes ont été observées. Ces rechutes se sont manifestées 7 fois sous forme d'une réapparition du syndrome tumoral, 1 fois sous forme de lyse osseuse.

1.4.4: LES COMPLICATIONS LIEES AU TRAITEMENT

Sur le plan clinique, les complications thérapeutiques les plus fréquemment observées ont été les troubles digestifs qui s'expriment sous forme de vomissements, de diarrhées et ou de douleurs abdominales (13 cas), alopecie (2 cas), de syndrome hémorragique (2 cas).

Biologiquement, une granulopénie chez 2 autres malades.

2: LES DONNEES ANALYTIQUES

2.1: EPIDEMIOLOGIQUES

2.2.1: LES TYPES D'HEMOPATHIES MALIGNES RENCONTREES ET LEUR FREQUENCE RELATIVE

Le tableau 13 permet de constater que l'hémopathie maligne la plus fréquemment rencontrée était la leucémie myéloïde chronique (LMC). Elle était suivie à égalité par les lymphomes malins non Hodgkiniens (LMNH) et la maladie de Hodgkin (MDH) puis par les leucémies aiguës (LA), la leucémie lymphoïde chronique (LLC) et le myélome multiple.

Tableau 13 : Type d'hémopathies rencontrées et leur fréquences relatives

ETIOLOGIES	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
LA	11	9,30
LLC	10	8,50
LMC	31	26,30
LMNH	30	25,40
MDH	30	25,10
MM	6	5,10
TOTAL	118	100

2.1.2: EVOLUTION DU NOMBRE DE CAS ANNUELS DES HEMOPATHIES

Comme le montre le tableau n°14, le nombre des cas des LMNH semblent en augmentation depuis 1992, alors qu'il est stable pour les autres hémopathies malignes.

Tableau 14 : Evolution du nombre de cas annuels des Hemopathies

TYPE D'HEMOPATHIE	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
LA	1	0	1	2	0	2	0	0	1	1	2	1	11
LLC	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	1	4	10
LMC	4	4	2	2	3	2	1	2	4	1	1	5	31
LMNH	1	0	0	4	0	0	3	0	2	6	6	8	30
MDH	3	1	1	3	3	5	3	3	1	2	2	3	30
MM	1	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	6
TOTAL	10	9	4	13	6	9	7	6	8	13	12	21	118

2.1.3: TYPES DE LEUCEMIES AIGUES

Les leucémies aiguës rencontrées regroupaient 9 cas de leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL) et 3 cas de leucémies aiguës myéloblastiques (LAM).

2-1-4: TYPES DE LMNH

Parmi les 30 cas de L M N H observés, plus de la moitié (17 cas) appartiennent au groupe des L M N H de Haut grade de malignité. Les LMNH de faible malignité ne représentaient que 16,6 % (Tableau 15).

Tableau 15 : Répartition des types de LMNH

TYPE DE LMNH	EFFECTIF	POURCENTAGE
Faible malignité	5	16,6
Malignites intermédiaire	8	26,7
Haut grade de malignité	17	56,7
TOTAL	30	100

2.1.5: REPARTITION DES CAS D'HEMOPATHIES SELON L'AGE DES MALADES

Comme il apparaît sur le tableau 16, les leucémies apparaissaient ici comme une affection du sujet très jeune dans notre série. Nous n'avons pas trouvé de sujet âgé de plus de 50 ans atteint de cette affection. La LMC était une affection plus fréquente chez les sujets jeunes, mais elle affectait tous les âges. La leucémie lymphoïde chronique et le myélome multiple n'étaient observés globalement que chez les malades âgés de plus de 40 ans. Le diagnostic de LLC a pu cependant être retenu chez un malade âgé de 25 ans. Les LMNH s'observaient à des fréquences égales dans les différentes tranches d'âge à partir de 10 ans. La MDH avait un pic de fréquence compris entre 21 et 30 ans, 3 malades sur 30 atteints de cette affection avaient moins de 11 ans, mais notre plus jeune malade était âgé de 2 ans et 5 mois.

Tableau 16 : Répartition des types d'hémopathies malignes selon l'âge des malades

CLASSE D'AGE/HEMOPATHIE	LA	LLC	LMC	LMNH	MDH	MM	TOTAL
0-10 ans	3	0	0	1	3	0	7
11-20 ans	4	0	3	7	6	0	20
21-30 ans	1	1	8	6	11	0	27
31-40 ans	2	0	5	5	3	0	15
41-50 ans	1	3	7	5	3	3	22
51-60 ans	0	5	4	2	3	1	15
Sup à 60 ans	0	1	4	4	1	2	12
TOTAL	11	10	31	30	30	6	118

2.1.6: REPARTITION SELON LE SEXE DES MALADES

Lorsqu'on analysait les fréquences de distribution des effectifs selon le sexe à l'intérieur des groupes des lymphomes, on constatait une prédominance pour le sexe masculin avec un sexe ratio respectivement égal à 2,33 et 2 pour les lymphomes malins non Hodgkiniens et la maladie de Hodgkin. On ne notait pas en revanche de distribution différente en fonction du sexe pour les autres hémopathies malignes (tableau 17).

Tableau 17 : Répartition selon le sexe des malades

ETIOLOGIE	HOMMES	FEMMES	TOTAL	SEXE RATIO
LA	4	7	11	0,57
LLC	4	6	10	0,66
LMC	15	16	31	0,93
LMNH	20	10	30	2,00
MDH	21	9	30	1,33
MM	2	4	6	0,50
TOTAL	66	52	118	1,27

2.1.7: REPARTITION SELON L'ETHNIE DES MALADES

L'étude du tableau 18 montre que la distribution de fréquence des lymphomes, des LLC, des LMC et du myélome multiple en fonction de l'ethnie suivait celle de la distribution ethnique de notre échantillon. Pour la LA par contre, on observait une plus grande fréquence chez l'ethnie peulh, sans que la différence soit statistiquement significative (OR = 4,13 p = 0,05).

Tableau 18: Répartition des types d'hémopathies malignes selon l'ethnie des malades

ETHNIES\HEMOPATHIES	LA	LLC	LMC	LMNH	MDH	MM	TOTAL
Bambara	1	5	13	10	10	1	40
Malinké	1	2	1	3	5	0	12
Peulh	4	0	4	4	5	0	17
Sarakolé	1	1	6	3	5	2	18
Sonrhāi	1	0	2	3	1	0	7
Autres	3	2	5	7	4	3	24
TOTAL	11	10	31	30	30	6	118

Autres: dogon: 4, Maure: 3, Sénoufo: 4, Kassonké: 2, Miniaka: 2, Ouolof: 2

Tamachec: 1, Toucouleur: 3, Bozo: 3

2.1.8: REPARTITION SELON L'ACTIVITE DES MALADES

Dans le groupe des malades atteints de LA, la majorité se recrutait significativement parmi les élèves (OR = 10,73, Chi2 = 16,19, P = 0,0006), tandis que les malades souffrant de LLC étaient représentés essentiellement par les femmes au foyer (OR = 5,54, Chi2 = 6,68, P = 0,01) et les cultivateurs (2 cas / 10). La LMC s'observait surtout chez les femmes au foyer (OR = 2,87, Chi2 = 6,39, P = 0,02). Nous n'avons pas de commerçant parmi les malades atteints de LMNH ou de myélome. Les cas de MDH se répartissaient de façon à peu près homogène entre les différentes catégories professionnelles. Cette répartition est présente dans le tableau 19.

Tableau 19: Répartition des types d'hémopathies malignes selon l'activité des malades

ACTIVITEHEMOPHATIE	LA	LLC	LMC	LMNH	MDH	MM	TOTAL
Cultivateurs	0	2	5	9	6	0	22
Femmes au foyer	1	7	14	8	7	2	39
Fonctionnaires	3	0	5	3	5	3	19
Elèves/Etudiants	7	0	2	6	7	0	22
Commerçants	0	0	2	0	1	0	3
Autres		1	3	4	4	1	13
TOTAL	11	10	31	30	30	6	118

2.1.9: REPARTITION SELON LA RESIDENCE DES MALADES

Le Tableau 20 montre que toutes les régions du pays étaient représentées avec cependant une prédominance pour le district de Bamako.

Si toutes les Hémopathies malignes étaient observées chez les malades résidant à Bamako, on constate que les affections rencontrées chez les malades des autres régions étaient exclusivement des affections d'évolution chronique. Hormis à Gao, aucun cas de LA n'avait été recruté en dehors du district de Bamako.

Tableau 20: Répartition des types d'hémopathies malignes selon la résidence des malades

PROVENANCEHEMOPATHIE	LA	LLC	LMC	LMNH	MDH	MM	TOTAL
Bamako	10	8	18	11	22	4	73
Kayes	0	0	0	5	2	1	8
Koulikoro	0	0	6	4	4	0	14
Sikasso	0	1	2	3	0	1	7
Ségou	0	1	0	1	1	0	3
Mopti	0	0	2	1	0	0	3
Tombouctou	0	0	0	1	0	0	1
Gao	1	0	1	3	0	0	5
Ailleurs	0	0	2	1	1	0	4
TOTAL	11	10	31	30	30	6	118

Ailleurs: Guinée = 1, Mauritanie = 1, Domicile non précis = 2

2.1.10: REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE DES MALADES

La distribution des cas présentée dans le tableau 21 montre une prédominance masculine pour les lymphomes dans toutes les classes d'âge étudiées; pour les MM et LLC les femmes étaient plus représentées lorsque l'âge était avancé. A partir de 20 ans, la prédominance du sexe féminin apparaît pour les LA.

Tableau 21: Répartition des types d'hémopathies malignes selon l'âge et le sexe des malades

HEMOPATHIE CLASSE D'AGE\SEXE	LA		LLC		LMC		LMNH		MDH		MM		TOTAL
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
0-10 ans	1	2	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	7
11-20 ans	3	1	0	0	1	2	5	2	4	2	0	0	20
21-30 ans	0	1	1	0	4	4	3	3	7	4	0	0	27
31-40 ans	0	2	0	0	3	2	3	2	3	0	0	0	15
41-50 ans	0	1	1	2	3	4	5	0	2	1	1	2	22
51-60 ans	0	0	2	3	3	1	0	2	2	1	0	1	15
Sup de 60 ans	0	0	0	1	1	3	4	0	1	0	1	1	12
TOTAL	4	7	4	6	15	16	20	10	21	9	2	4	118

2.2: CLINIQUE

2.2.1: ANCIENNETE DES SIGNES CLINIQUES SELON LE TYPE

D'HEMOPATHIE MALIGNE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

La majorité des LA ont été vues dans un délai compris entre 0 et 4 mois (9/10). 50% de LMNH ont été dignostiqués entre 5 et 6 mois après le début de la maladie. En ce qui concerne les LLC, LMC, MDH et le MM leur diagnostic a été porté dans plus de 50% des cas au delà de 6 mois après le début des symptômes.

Tableau 22: Ancienneté des signes cliniques selon le type d'Hémopathie maligne

ANCIENNETE DES SIGNES\HEMOPATHI	LA	LLC	LMC	LMNH	MDH	MM	TOTAL
0-1 mois	3	1	2	5	0	0	11
1-2 mois	2	0	0	2	2	2	8
2-3 mois	1	0	3	2	3	0	9
3-4 mois	3	1	1	0	0	0	5
4-5 mois	0	0	0	1	2	0	3
5-6 mois	0	0	2	5	1	0	8
Sup à 6 mois	1	7	16	8	15	2	49
TOTAL	10	9	24	23	23	4	93

NB : Le fait que le total des hémopathies sur ce tableau 22 soit inférieur à 118, s'explique par l'omission de la date de debut de l'affection pour certains dossiers.

2.2.2: MOTIFS D'HOSPITALISATION

Le Tableau 23 montre que la grande fréquence des adénopathies parmi les motifs d'hospitalisation est liée au recrutement des hémopathies lymphoïdes, celle de l'hypertrophie de la rate associée ou non à une hépatomégalie, volontiers au recrutement des LMC. L'amaigrissement en tant que motif d'hospitalisation a été retrouvé dans les seuls cas de LMC, MDH ou LMNH. L'anémie a constitué le motif d'hospitalisation surtout dans les cas de LA et LMC.

Tableau 23: Motifs d'Hospitalisation

MOTIF D'HOSPITALISATIONHEMOPATHIE	LA	LLC	LMC	LMNH	MDH	MM	TOTAL
Adénopathie et/ou masse abdominale	4	3	1	24	15	0	47
Hépatomégalie et/ou Splénomégalie	1	7	18	1	1	0	28
Amaigrissement	0	0	3	1	4	0	8
Dx Abdominale et/ou Troubles digestifs	0	0	3	1	1	0	5
Anémie	5	0	3	0	0	1	9
Dx ostéoarticulaire ou polyarthralgie	0	0	0	0	0	5	5
Syndrome Hémorragique	1	0	2	0	0	0	3
Autres	0	0	1	3	9	0	13
TOTAL	11	10	31	30	30	6	118

3-2-13: SIGNES GENERAUX

Le Tableau 24 montre que l'amaigrissement, la fièvre, l'asthénie étaient des signes généraux très fréquents quelque soit le type d'hémopathie rencontrée. Les sueurs nocturnes et le prurit se rencontraient plus volontiers au cours de la MDH, mais elles pouvaient être retrouvées à des fréquences moindres au cours de toutes les hémopathies malignes.

Tableau 24: Signes généraux

HEMOPATHIESIGNES GENERAUX	AMAIGRISSEMENT	IEVRE	ASTHENIE	SUEUR NOCTURE	PRURIT
LA	10/11	8/10	11/11	2/6	1/8
LLC	9/10	8/10	8/10	3/9	0/9
LMC	25/31 (80,6%)	25/31	30/31 (96	8/27	2/26
LMNH	25/30 (83,3%)	21/30	28/29	3/29	1/31
MDH	25/28	23/29	29/29	14/27	4/28
MM	5/6	4/6	6/6	0/6	0/6

2 2 4: FREQUENCES DES SIGNES PHYSIQUES SELON LES HEMOPATHIES**MALIGNES**

L'Hypertrophie des organes lymphoïdes était observée au cours de toutes les hémopathies malignes sauf le myélome multiple. Si les fréquences les plus élevées étaient observées au cours des hémopathies lymphoïdes, une population très importante des malades atteints de LMC présentaient un syndrome d'hypertrophie ganglionnaire (15 cas/29). La splénomégalie était plus fréquemment observée au cours des LMC, mais elle n'était pas rare au cours des autres affections notamment les LLC, les LMNH et les LA (Tableau 25).

Tableau 25: Fréquence des signes physiques

HEMOPATHIE/SIGNES PHYSIQUES	ADENOPATHIES	SPLENOMEGALI	HEPATO	HEPATOSPLENO	ICTERE	ASCITE	PALEUR	SYND, HEMO
LA	9/11	3/11	2/10	3/11	3/10	0/11	10/11	1/11
LLC	4/10	6/10	1/9	2/10	0/10	0/10	8/10	0/10
LMC	15/29	17/31	0/31	1/31	5/31	0/31	22/31	2/31
LMNH	25/30	3/30	2/30	7/30	1/30	2/30	15/30	0/30
MDH	28/29	2/28	2/30	3/30	6/29	2/29	17/29	0/29
MM	0/6	0/6	0/4	0/5	0/5	0/5	5/6	0/6

2.3: ASPECTS THERAPEUTIQUES**2.3.1: SCHEMAS THERAPEUTIQUES UTILISES**

Le tableau n° 26 montre que tous les malades traités pour LA, MDH ou LMNH ont bénéficié d'une polychimiothérapie. Parmi les 4 malades traités pour LLC, 2 ont reçu une polychimiothérapie.

Tableau 26: Type de traitement reçu par les malades

TYPE DE TRAITEMENT\HEMOPATHIE	LA	LLC	LMC	MDH	LMNH	TOTAL
Monochimiothérapie	0	2	6	0		8
Polychimiothérapie	3	2	0	3	12	20
TOTAL	3	4	6	3	12	28

2.3.2: LES TYPES DE PROTOCOLE REÇUS PAR LES MALADES

La polychimiothérapie a consisté le plus souvent en un protocole de type CVP au cours des LMNH (7 fois/12). Les malades atteints de MDH ont bénéficié d'un protocole de type MOPP ou MOPP/ABV. Tous les malades traités pour LMC ont reçu l'hydroxyurée, tandis que 2 malades atteints de LLC ont reçu du chloraminophène. Les LA ont été traités le plus souvent par l'association cyclophosphamide, vincristine et prednisolone; une fois le malade a reçu un traitement par cytarabine à faible dose.

Tableau 27: Type de protocole reçu par les malades

TYPE DE PROTOCOLE/HEMOPATHIE	LA	LLC	LMC	MDH	LMNH	TOTAL
CVP	2	0	0	0	7	9
MOPP	0	0	0	2	3	5
MOPP/ABV	0	0	0	1	1	2
CHOP	0	0	0	0	1	1
Hydrea	0	0	6	0	0	6
Chloraminophène	0	2	0	0	0	2
Chloraminophène + autres	0	2	0	0	0	2
Ara-C + Solupred	1	0	0	0	0	1
TOTAL	3	4	6	3	12	28

Autres: oncovin + solupred

2.3.3: LA REPOSE AU TRAITEMENT DANS LES DIFFERENTES

HEMOPATHIES

Globalement les rémissions partielles sont plus fréquentes quel que soit le type d'hémopathie considérée. Aucune rémission complète n'a été observée pour les malades traités pour LA ou pour LLC. Deux cas d'échec thérapeutique ont été observés pour les malades ayant reçu une chimiothérapie pour LMNH.

Tableau 28: Réponse au traitement dans les différentes hémopathies

REMISSION/HEMOPATHIE	LA	LLC	LMC	MDH	LMNH	TOTAL
Rémission Complète	0	0	2	1	4	7
Rémission Partielle	3	4	4	2	6	19
Résultat inconnu	0	0	0	0	2	2
TOTAL	3	4	6	3	12	28

2.4.: ASPECTS EVOLUTIFS ET PRONOSTIQUES

2.4.1: DUREE DE SUIVI DES MALADES

La durée de suivi des malades n'a jamais excédé 6 mois pour ceux qui avaient une LA ou une LLC. Aucun malade atteint de LLC n'a été revu plus d'un an après le diagnostic de la maladie. En ce qui concerne les malades atteints de LMNH ou de MDH, quelques malades ont été revus un an après le diagnostic de la maladie, mais on constate que les durées de suivi inférieures à 6 mois sont plus importantes.

2.4.4: COMPLICATIONS LIEES AU TRAITEMENT

Parmi les complications observées au cours du traitement, la mucite et les troubles digestifs à type de vomissements et/ou de diarrhées ont été les plus fréquemment rencontrés. De façon générale ces complications ont été rencontrées au cours des traitements des LMNH. La granulopénie a été observée surtout au cours des LMNH (tableau 30).

Tableau 30: Complications liées au traitement

COMPLICATION LIEE AU TRT/HEMOPATHIE	LLC	LA	LMC	LMNH	MDH	TOTAL
Alopécie	0	0	0	1	1	2
Mycite	0	1	0	4	1	6
Trouble digestif (vomissement et/ou diarrhée)	0	1	0	4	2	7
Granulopénie	0	0	0	2	0	2
Syndrome hémorragique	0	1	0	1	0	2
Cholestase hépatique	0	1	0	0	0	1
TOTAL	0	4	0	12	4	20

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1 - METHODOLOGIE

Notre étude est basée essentiellement sur les dossiers de malades glanés dans un service de médecine interne. Elle s'est voulue aussi exhaustive que possible. Mais force est d'admettre qu'une étude rétrospective concernant un sujet aussi spécialisé que le notre peut sous-estimer l'incidence réelle des pathologies recherchées. C'est ainsi que cinq dossiers ont été rejetés par manque de précision diagnostique. En ce qui concerne les hospitalisations nous avons dû nous inspirer des registres d'hospitalisation, des dossiers médicaux au niveau des archives de la médecine interne. Ce qui pourrait également apporter un biais dans l'estimation de l'incidence des hémopathies malignes. Malgré ces difficultés et compte tenu de la rareté des affections, l'effectif rapporté nous semble ici suffisant pour analyser les aspects généraux des hémopathies malignes en médecine interne.

2 - ASPECTS GENERAUX

Sur 12 années d'étude nous avons recruté 118 dossiers d'hémopathies malignes, ce qui représente un recrutement annuel de 9,8 cas. Ce recrutement est de loin inférieur à ce qui a été rapporté par Maïga à l'Hôpital National du Point "G" en 1982 soit 24 cas par an (33). Il est également inférieur à celui rapporté par Lokrou et collaborateurs en 1988 à Abidjan soit 13,8 cas par an (32). Au Bénin, Lamie et collaborateurs rapportent une incidence plus faible de 7 cas par an (27). Il faut noter que l'étude de Maïga a porté sur 3 ans et que cette étude a été entièrement prospective. Ce qui pourrait expliquer en partie la grande différence entre nos recrutements. Mais il est possible que ce recrutement annuel reflète une baisse réelle de l'incidence des hémopathies malignes dans le service de médecine interne de l'Hôpital National du Point "G". Le faible taux d'incidence observé par Lamie et collaborateurs par rapport au notre pourrait s'expliquer par le mode de recrutement. En effet, notre étude a concerné les malades hospitalisés dans un service de médecine interne, alors que celui de Lamie et collaborateurs intéresse un recrutement de laboratoire, qui naturellement pourrait sous-estimer certaines hémopathies malignes comme les leucémies pour lesquelles une biopsie n'est pas systématiquement demandée. Ce recrutement représente 22,52% des cancers diagnostiqués dans le service de médecine interne pendant notre période d'étude. Ce résultat est comparable à celui rapporté par

Lamie et collaborateurs soit 22,2%, mais nettement supérieur à celui rapporté par Boiron (en 1986) (8). Les hémopathies malignes apparaissent dans notre étude comme dans celles de Maïga et d'autres études africaines comme une affection du sujet jeune (32, 33). Ce phénomène s'explique probablement par la jeunesse de la population des pays en développement de façon générale (selon la Banque Mondiale (2) seulement 3,4 à 6% de la population au sud du Sahara a plus de 60 ans). Mais également par un effet d'environnement. L'étude de notre population des malades en fonction de l'ethnie ne montre pas de prédominance pour une ethnie donnée, le sexe masculin apparaît le plus souvent touché. Cet aspect est celui rapporté par Lokrou et collaborateurs (32). La prédominance des sujets provenant du District de Bamako et Koulikoro s'explique vraisemblablement par la proximité des malades par rapport à l'hôpital. Mais un effet lié au caractère évolutif de l'hémopathie n'est pas exclu.

L'analyse de l'ancienneté des signes cliniques chez nos malades montre globalement un délai très long entre le début de la maladie et la consultation. Ce phénomène est bien connu dans les pays en développement. Il est à rapprocher d'un niveau socio-économique particulier: la croyance aux thérapeutiques traditionnelles qui constituent les premiers moyens auxquels les malades ont recours le plus souvent, l'insuffisance des moyens financiers et de structures spécialisées (20). Le mode de révélation habituel de ces hémopathies malignes est un syndrome tumoral souvent important associé dans la quasi totalité des cas, à l'existence des signes généraux. Ce constat peut s'expliquer par le retard au diagnostic, mais également par la prédominance des hémopathies lymphoïdes. Ces formes concernent en effet 53,7% de nos malades.

3 - ASPECTS ANALYTIQUES

3.1 - LA LEUCEMIE MYELOIDE CHRONIQUE

La LMC représente l'hémopathie maligne la plus fréquemment rencontrée dans le service de médecine interne du Point "G" avec un recrutement annuel moyen de 2,6 cas. Il semble que ce recrutement annuel augmente depuis 1994 lorsqu'on se réfère au nombre de LMC diagnostiquées au cours de cette année soit 5 nouveaux cas et à l'étude de Kané menée dans le même service de 1993 à 1995 et qui rapporte 7 nouveaux cas annuels (25). Comme il a été rapporté dans plusieurs études africaines (33, 44, 49), la

LMC apparaît dans notre étude comme une maladie du sujet très jeune. Ce constat diffère de celui des études menées dans les pays développés (21, 22, 23, 26, 51). Il s'explique probablement par l'incidence élevée des sujets jeunes et adolescents (2). Il peut s'expliquer également par une biologie particulière de la LMC. La répartition de nos cas selon le sexe du malade ne montre pas de différence significative. Un résultat similaire a été rapporté par Linhard et collaborateurs entre 1961 et 1972 à Dakar (31) et par Kané à Bamako en 1996 (25). Certains auteurs trouvent une prédominance masculine (7, 21, 33, 43, 46). A propos d'une étude portant sur 19 cas à Dakar, Tchao lui, rapporte en 1981 une prédominance plutôt féminine (48). Lorsqu'on étudie la distribution des cas selon l'ethnie des malades, on ne constate pas de prédominance particulière de l'affection pour une ethnie donnée. L'étude des professions des malades laisse apparaître par contre une fréquence significativement élevée de la LMC chez les femmes au foyer et les cultivateurs. Ce constat a été fait également par Kané (25). Maïga dans son recrutement effectué de 1980 à 1983 trouvait une prédominance des cultivateurs et des fonctionnaires (33).

La majorité de nos malades ont été hospitalisés pour une splénomégalie associée ou non à une hépatomégalie. Nous ne notons pas des cas diagnostiqués sur un hémogramme systématique. Ce phénomène est à rapprocher de la pratique non systématique de l'hémogramme dans notre pays, de la méconnaissance des myélémies, de l'insuffisance des laboratoires de biologie. Plus de la moitié des malades ont été consultés plus de 6 mois après le début de leur maladie. Ce délai long pourrait s'expliquer par l'évolution chronique de la maladie qui est souvent longtemps bien tolérée mais également, par un itinéraire thérapeutique long comportant le plus souvent une phase initiale de traitement traditionnel. Ce délai long permet de comprendre la grande fréquence de l'anémie et des adénopathies considérées comme rares dans les pays où les malades consultent plus précocement (40, 50) et où 20% des LMC sont diagnostiquées à l'occasion d'un hémogramme systématique (34, 56).

La totalité des malades que nous avons suivis ont reçu de l'hydroxyurée en monothérapie. On constate une rémission complète chez seulement 2 malades sur 6. Ceci pourrait faire penser à une inefficacité de ce traitement. Ce résultat est à rapprocher en réalité d'une thérapeutique souvent mal conduite à cause du coût élevé du médicament et des ruptures fréquentes d'approvisionnement par les pharmacies.

Les aspects évolutifs et pronostiques de la LMC restent encore à préciser étant

donné le faible effectif recruté de façon prospective et l'importante déperdition des malades au delà d'un an de suivi médical. Aucun cas de résistance à l'hydroxyurée n'a été observée, les rechutes sont en général secondaires à un abandon thérapeutique décidé par le malade lui même. Le cas de décès observé dans le service concerne une femme enceinte qui a présenté une insuffisance respiratoire à cause d'une leucostase pulmonaire.

3.2. - LES LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS

L'incidence des lymphomes malins non hodgkiniens est variable dans le monde. Certaines études rapportent une incidence plus élevée en Afrique, en Europe et en Amérique (39). Ces pathologies apparaissent dans notre étude comme les plus fréquentes après la LMC avec un recrutement annuel moyen de 2,5 cas. L'étude de l'évolution du nombre des cas annuels montre un recrutement significativement important à partir de 1992. Ce constat s'explique probablement par un biais de recrutement lié au fait que depuis la publication de certains travaux, le service de médecine interne se voit de plus en plus référer les cas d'hypertrophies ganglionnaires par les structures périphériques (38). Mais plusieurs études rapportent l'augmentation parallèle de l'incidence des LMNH à celle de certaines infections virales notamment l'infection par le VIH (9, 20, 29). Peu de nos malades ont bénéficié d'une sérologie rétrovirale durant la période de 1992 à 1994. Les LMNH représentent 5,7% des cancers diagnostiqués chez les malades hospitalisés dans le service de médecine interne de 1983 à 1994. Cette incidence est de loin inférieure à celle rapportée par Lamie et collaborateurs au Bénin, mais il faut souligner que cette étude, contrairement à la notre porte sur un recrutement biopsique en laboratoire (27). Comme la LMC, les LMNH apparaissent dans notre étude comme une affection du sujet jeune avec des taux plus élevés chez l'adolescent et l'adulte jeune. La faible proportion des sujets âgés de moins de 11 ans reflète probablement le recrutement adulte du service de médecine interne. Ce profil est celui rapporté par plusieurs études africaines (1, 15, 20, 42). Comme Maïga, nous trouvons une prédominance masculine dans notre population de LMNH (33). Mais nous ne constatons pas de différence selon la distribution ethnique des cas ou la distribution selon l'activité des malades ou leur provenance.

50% des malades atteints de LMNH ont été vus entre 1 et 6 mois après le début de la maladie. Ce délai est intermédiaire entre celui constaté par les LLC, les LMC, et les

MM. L'explication à ce phénomène doit tenir compte de deux paramètres:

1- les types histologiques rencontrés se recrutent pour plus de 50% parmi les formes de haut grade de malignité donc, dévolution souvent rapide;

2 - le recours des malades initialement à des thérapeutiques traditionnelles qui rend leur itinéraire souvent long (20), le mode de révélation est le plus souvent un syndrome tumoral important. Il nous semble devoir souligner ici l'importance particulière des formes à début abdominale en particulier hépatique (2 cas à point de départ hépatique dans notre série). Il s'agit le plus souvent d'un syndrome tumoral important associé dans la majorité des cas à l'existence de signes généraux, donc des formes d'évolution très avancées. Ce mode de présentation clinique est celui rapporté par Sankalé en 1958 (42) à propos d'une revue générale sur des cas africains. Maïga a fait le même constat en 1982 dans le service de médecine interne du point "G" (33).

La totalité des LMNH que nous avons suivis au cours de l'étude prospective (12 cas), ont été traités par une polychimiothérapie utilisant le plus souvent le CVP. Ce choix était motivé le plus souvent par l'importance de la masse tumorale, le souci de minimiser les effets secondaires de la lyse tumorale et le coût du traitement. Parmi ces malades traités on constate 4 rémissions complètes contre 6 rémissions partielles. Dans 2 cas la réponse thérapeutique n'a pas pu être appréciée pour cause de décès précoce.

La durée de suivi de l'essentiel de ces malades a été inférieure à 6 mois, 4 malades sont décédés dont 2 au cours du traitement. Les rechutes ont été fréquentes puisqu'on constate 5 cas sur 12. Les complications liées au traitement s'expriment le plus souvent sous forme de mucite ou de troubles digestifs.

3.3. - LA MALADIE DE HODGKIN

Le recrutement annuel du nombre de cas de MDH représente dans notre série 2,5 cas soit 0,3% des hospitalisations, 5,7% des cancers diagnostiqués et 25,4% des hémopathies malignes durant la période de recrutement. Maïga constate au terme de son étude en 1982 (33) 13 cas de MDH sur 73 hémopathies malignes soit 17,8%. Il apparaît donc que si le recrutement annuel des cas de MDH n'augmente pas depuis une dizaine d'années, leur proportion par rapport aux autres hémopathies est en nette augmentation. La MDH apparaît dans notre étude comme dans plusieurs études dans les pays en développement comme une affection du sujet jeune avec 30% des sujets de moins de 20

ans, malgré un recrutement effectué dans un service de médecine interne (4, 5, 6, 14, 32, 36, 55). L'analyse de la distribution des sujets selon le sexe montre une prédominance masculine. Ce constat est celui observé par la plupart des études. Il n'apparaît pas cependant de différence de distribution lorsqu'on considère l'activité des malades ou leur résidence.

L'étude de l'ancienneté des signes cliniques et des motifs d'hospitalisation met en évidence dans notre étude que plus de la moitié des malades sont vus plus de 6 mois après le début de la maladie et que les signes généraux sont observés chez plus de 50% des malades au moment du diagnostic. La présentation clinique est celle d'une adénopathie généralisée chez 96% des malades, une anémie est observée chez 58,8% des malades. Ceci est le reflet comme cela a été rapporté par plusieurs études africaines, d'un retard au diagnostic.

Parmi nos malades suivis dans le cadre de l'étude prospective 3 malades ont reçu le traitement, il s'agit dans 2 cas d'une polychimiothérapie de type MOPP, dans 1 cas d'une polychimiothérapie de type MOPP/ABV. En terme de réponse thérapeutique, on constate seulement une rémission complète. Ce résultat est contraire à ce qui est observé habituellement du moins, dans les pays développés. Il s'explique en fait par le fait de thérapies incomplètes. Cet aspect explique également les décès observés au cours de cette affection. Les complications observées au cours de ces chimiothérapies ont été en général à type d'alopécie, de mucite ou de troubles digestifs.

L'évolution de la MDH et son pronostic dépendent du stade évolutif de la maladie mais également et surtout de l'adhésion des malades au traitement. Dans notre série un malade sur cinq seulement a été revu plus d'un an après le début de la maladie.

3.4. - LES LEUCEMIES AIGUES

Le recrutement annuel de leucémies aiguës dans notre série est de 0,9 cas. Maïga avait trouvé en 1982 deux cas annuels (33). L'ensemble de ces de leucémies aiguës représente 9,30% des hémopathies malignes observées. Cette incidence est plus faible que celle rapportée par les auteurs abidjannais (32) ou sénégalais (45). Le pic de fréquence de l'affection se situe entre 11 et 20 ans. Nous n'avons pas observé de malade âgé de plus de 50 ans. Les sujets âgés de moins de 10 ans ne représentent que 3 cas. On peut expliquer cette caractéristique épidémiologique par le fait qu'au niveau du service

de médecine interne on hospitalise rarement les enfants, que les leucémies aiguës constituent de façon générale une affection de l'enfant, que la proportion des sujets âgés de plus de 50 ans est faible dans notre recrutement. Contrairement à certaines études nous ne trouvons pas de prédominance masculine (45, 54). Lokrou et collaborateurs, dans leur étude, trouvent une prédominance du sexe masculin mais uniquement pour les LAL (32, 45). La répartition selon le type cytologique dans notre série rapporte 9 cas de LAL contre 3 cas de LAM.

Cliniquement les symptômes qui amènent le plus souvent à la consultation sont l'anémie et le syndrome tumoral à type d'adénopathie. Les signes physiques retrouvés sont surtout les adénopathies et la pâleur. L'amaigrissement, l'asthénie et la fièvre sont les signes généraux presque constamment retrouvés. Ces aspects cliniques s'expliquent à notre avis par la proportion très importante des types cytologiques de type LAL dans notre recrutement, mais également comme cela a été rapporté pour toutes les hémopathies malignes un retard à la consultation. On constate en effet, que seulement 3 cas sur 10 de LA ont été diagnostiqués dans le courant des 3 premiers mois de la maladie.

Au cours de notre étude prospective 3 cas de LA ont été recrutés, 2 ont reçu une chimiothérapie comportant le cyclophosphamide, la vincristine et la prednisolone; il s'agissait dans ces 2 cas, de LAL; le troisième cas a reçu de l'aracytine à faible dose associée à des transfusions. Dans les 3 cas le résultat obtenu a été une rémission partielle, 2 malades sont décédés dans les premiers mois après le diagnostic de la maladie.

Le pronostic des leucémies aiguës dans notre série, malgré leur type cytologique essentiellement lymphoblastique est mauvais. Ceci tient certainement aux difficultés actuelles auxquelles le service de médecine interne est confronté en matière de chimiothérapie.

3.5. - LA LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE

Elle représente dans notre série comme dans celle de Maïga (33), 8,5% des hémopathies malignes. Les cas sont retrouvés le plus souvent chez le sujet dont l'âge est compris entre 41 et 60 ans. Un cas de LLC a été observé cependant chez un sujet de 25 ans. Comme cela a été souligné par Maïga (33) et par plusieurs auteurs africains, la LLC apparaît en Afrique comme une affection du sujet jeune (19, 31). Il faut souligner qu'en Europe cette affection apparaît le plus souvent après l'âge de 50 ans et qu'elle est

considérée comme exceptionnelle avant l'âge de 30 ans (13, 35). La distribution des cas en fonction du sexe ne montre pas de différence significative contrairement à ce qui été rapporté par les auteurs européens, mais notre échantillon est petit. On observe par contre une nette prédominance pour la profession de femme au foyer. On n'observe aucune différence selon le lieu de résidence des malades.

La symptomatologie clinique s'exprime dans la quasi totalité des cas sous forme d'un syndrome tumoral à type d'hépatomégalie associée ou non à une splénomégalie ou d'adénopathie (3 cas sur 10). Les formes splénomégalies sont donc plus fréquentes dans notre série. Le syndrome tumoral est associé quasi constamment à des signes généraux sous forme de fièvre, amaigrissement et d'asthénie. Cette observation rejoint celle de Izzia Kela (19). La pâleur cutanée est observée chez pratiquement 80% des malades. Cette pâleur n'a pas été explorée au cours de cette étude, elle pourrait traduire un stade avancé de la maladie au moment du diagnostic ou le fait d'une hémodilution importante liée à l'hypertrophie splénique.

Parmi les 4 cas de LLC diagnostiqués et suivis par nous mêmes, 2 ont reçu une monochimiothérapie à base de chloraminophène, les deux autres ont reçu une polychimiothérapie associant le cyclophosphamide et la prednisolone, faute de chloraminophène qui n'existe pas sur le marché malien. Aucune rémission complète n'a été observée chez l'ensemble de ces malades. Ce phénomène est lié probablement à une thérapeutique très courte. Aucun de ces malades n'a été revu plus d'un an après le début du traitement. Aucune complication n'a été observée au cours du suivi thérapeutique.

L'évolution et le pronostic des LLC dans cette série est difficile à apprécier dans la mesure où le nombre des malades était réduit et la durée de suivi des malades très courte. Certains auteurs ont rapporté en Afrique, une évolution particulièrement rapide des LLC (19), Linhard rapporte par contre un suivi prolongé de 4 à 5 ans à Dakar en 1977 (31).

3.6 - MYELOME MULTIPLE

Cette affection apparaît comme la moins fréquente des hémopathies malignes, il ne semble que le recrutement annuel ait été sensiblement modifié depuis 12 ans. Le myélome multiple est observé dans notre série à partir de 40 ans, ce qui situe nos malades parmi les plus jeunes comparativement aux séries occidentales (12). Les malades chez

qui, le diagnostic de myélome multiple a été rapporté 4 sont du sexe féminin. En ce qui concerne l'activité des malades, on ne constate pas de cas de myélome chez les cultivateurs.

Cliniquement la symptomatologie est marquée par les douleurs ostéoarticulaires ou la polyarthralgie, l'asthénie est retrouvée chez tous nos malades. Nous n'avons pas retrouvé d'hypertrophie du foie ou des organes lymphoïdes chez nos malades, ce qui est une observation classique pour les cas occidentaux.

LES AUTRES HEMOPATHIES MALIGNES

Notre recrutement ne fait pas apparaître certaines hémopathies malignes. C'est le cas des autres syndromes myéloprolifératifs, de la leucémie à tricholeucocytes. Ce constat s'explique soit par la rareté de ces affections, soit par leur méconnaissance.

CONCLUSION

A la lumière de ce travail descriptif portant sur 118 dossiers de malades recrutés, il apparaît qu'à travers les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, pronostique de ces cas, les hémopathies malignes recrutées dans le service de médecine interne de l'Hôpital du Point «G» se singularisent des cas occidentaux par:

- leur survenue à un âge jeune, donc chez une population active.
- leur diagnostic tardif, à des stades d'évolutivité clinique quasi constamment avancés;

- Les difficultés thérapeutiques, sous entendues par un niveau socio économique particulier

- En fin leur mauvais pronostic, en rapport avec les difficultés thérapeutiques, les diagnostics tardifs, mais également les croyances particulières.

- Par rapport au cas des pays en développement et particulièrement les cas africains on observe peu d'originalité. Comme partout ailleurs en Afrique, il semble que l'incidence est actuellement sous-estimée et que ces affections pourraient devenir dans les années à venir une préoccupation majeure pour les praticiens. C'est pourquoi des études plus approfondies sur les facteurs étiologiques nous paraissent d'un intérêt fondamental. Une stratégie de prévention de ces affections dans nos régions nous paraît en effet la seule approche opérationnelle efficace pour « éradiquer ces affections dans nos régions » dans la mesure où il est permis de penser que l'approche thérapeutique curative ne sera pas accessible à tout le monde. En outre, cette approche curative n'est pas efficace chez tous les malades.

On devrait arriver à cet objectif de prévention par une formation accrue de personnel spécialisé, le développement des services de diagnostic tant cliniques que biologiques, l'information et la sensibilisation de nos populations sur l'intérêt des bilans médicaux systématiques et de diagnostic précoce de la maladie cancéreuse.

l'hydroxyurée, mais le coût élevé de ce traitement motive les abandons thérapeutiques source d'échec.

Les LMNH occupent le 2^e rang des hémopathies diagnostiquées; contrairement aux autres hémopathies, l'incidence de ces affections augmente significativement depuis 1992. Les malades sont vus à un stade clinique avancé marqué par un syndrome tumoral important. Histologiquement les lymphomes les plus fréquents appartiennent au groupe des LMNH à haut groupe de malignité. Au plan thérapeutique, peu de malades ont pu conduire un traitement médical correcte.

La MDH est aussi fréquente que les LMNH, il s'agit d'une affection du sujet jeune dont le pronostic reste encore mauvais à cause des diagnostics tardifs, des traitements incomplets et de l'absence de possibilités de radiothérapie.

Les leucémies aiguës sont dominées par les formes lymphoblastiques, leur pronostic reste encore sombre malgré cet aspect cytologique.

La LLC et le MM représentent les hémopathies malignes les plus rarement diagnostiquées. Ces affections se singularisent par leur survenue à un âge relativement jeune et leur mauvais pronostic.

Nous n'avons pas observé au cours de ce recrutement certains syndromes myéloprolifératifs, comme la polyglobulie primitive, la splénomégalie myéloïde, la leucémie myélomonocytaire chronique, la leucémie à éosinophilie, ainsi que certains syndromes immunoprolifératifs notamment la leucémie à tricholeucocytes, l'histiocytose maligne, la maladie des chaînes lourdes, la maladie des chaînes légères.

MOTS CLES:

Hémopathies malignes

Cancers

Syndrome tumoral

Epidémiologie

Traitement

Pronostic

RESUME

A partir de 118 dossiers de malades hospitalisés de 1983 à 1994, nous avons tenté de préciser les profils épidémiologiques, cliniques, évolutifs et pronostiques ainsi que les aspects thérapeutiques des hémopathies malignes dans le service de médecine interne de l'Hôpital National du Point "G" à Bamako. Parmi ces 118 dossiers, 85 concernent des malades hospitalisés durant la période de 1983 à 1992, 33 concernent des malades que nous avons suivis nous-même de 1993 à 1994.

Au terme de cette étude il apparaît que:

- 1) Les hémopathies malignes sont diagnostiquées chez 1,3% des malades hospitalisés et représentent 22,52% des affections cancéreuses du service de médecine interne.
- 2) L'incidence annuelle de ces hémopathies semble, globalement en diminution.
- 3) Ces affections sont des affections du sujet jeune. Leur diagnostic se fait à un stade d'évolution tardif de la maladie. Leur pronostic est globalement mauvais et tient à un contexte socio-économique et à des aspects thérapeutiques particuliers.
- 4) Au plan nosologique la LMC constitue l'hémopathie la plus fréquente, c'est une affection du sujet jeune, volontiers du sexe féminin, elle répond favorablement au traitement par l'hydroxyurée, mais le coût élevé de ce traitement motive les abandons thérapeutiques source d'échec.

Les LMNH occupent le 2^e rang des hémopathies diagnostiquées; contrairement aux autres hémopathies, l'incidence de ces affections augmente significativement depuis 1992. Les malades sont vus à un stade clinique avancé marqué par un syndrome tumoral important. Histologiquement les lymphomes les plus fréquents appartiennent au groupe des LMNH à haut groupe de malignité. Au plan thérapeutique, peu de malades ont pu conduire un traitement médical correcte.

La MDH est aussi fréquente que les LMNH, il s'agit d'une affection du sujet jeune dont le pronostic reste encore mauvais à cause des diagnostics tardifs, des traitements incomplets et de l'absence de possibilités de radiothérapie.

Les leucémies aiguës sont dominées par les formes lymphoblastiques, leur pronostic reste encore sombre malgré cet aspect cytologique.

La LLC et le MM représentent les hémopathies malignes les plus rarement diagnostiquées. Ces affections se singularisent par leur survenue à un âge relativement jeune et leur mauvais pronostic.

Nous n'avons pas observé au cours de ce recrutement certains syndromes myéloprolifératifs, comme la polyglobulie primitive, la splénomégalie myéloïde, la leucémie myélomonocytaire chronique, la leucémie à éosinophilie, ainsi que certains syndromes immunoprolifératifs notamment la leucémie à tricholeucocytes, l'histiocytose maligne, la maladie des chaînes lourdes, la maladie des chaînes légères.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ABDURRAHMAN MB .

Aetiology of persistent peripheral and lymphadenopathy in nigerian children,
Trop and geographical, 1980; 32: 126- 131

2 - BANQUE MONDIALE

World demographic Data world population profil; 1994

3- BARLOGIE B, HALL R, ZANDER A.

High dose melphélan with autologous bone marrow transplantation for multiple myéloma.
Blood, 1986; 67: 1298-1301

4 - BEDOYA V

Hodgkin disease in Medelin, colombia. A clinico pathologie study of 452 cases.
Z Krebs forsh, 1977; 89: 297 - 310

5 - BELGADI B, EGHBALI H, HOERNI B.

La maladie de hodgkin dans les pays en voie de développement
Bul cancer, 1990; 77: 967- 72

6 - BELHADJ - MER ZOUG K, HENM T, ANDRIEN JM, COLONNA

Evolution des caractéristiques de la maladie de hodgkin (MD) à Alger: 1966 - 1985.
Bul cancer, 1988; 75: 612

7 - BERNARD J.

Hématologie . col Med chir (Paris - france) Flammarion
1976 ; (2) : 1752 - 92

8 - BOIRON M, DIOMONDE I, D'HORPOCK AF, HEROIN P, ETTEM M, DAGO

A, et al.

Evolution des cancers en Côte d'Ivoire.

Revue Méd. de Côte d'Ivoire, 1986; 75: 81 - 85

9 - BOIRON M.

Virus et hémopathies malignes .

Sem. Hop. Paris, 1990; 66: 824 - 830

10 -CASTEIGNE S, FLANDRIN G.

La leucémie à tricholeucocytes

Encycl. Méd. Chir (Paris-France), SANG, 13014H 10, 3-1989, 4p.

11 - DINSKOW, PONDA S, ADVANI S et al

Pediatric hodgkin's disease in india.

J clin oncol, 1985; 3: 1605 - 1612

12 - DIVINE et CLAUVEN JP

Myélome multiple.

- In: J BRETON GORUIS, REYS F, ROCHANT H, ROSA I, VERNAND JP eds.

L'hématologie de Bernard Dreyfus 3è éd. Paris-France, Flammarion, 1992: 974 - 984

13 - FARCET JIPE

Leucémie lymphoïde chronique à cellule B

- In: J BRETON GORUIS, REYS F, ROCHON H, ROSA I, VERNAND

eds. L'hématologie de Bernard Dreyfus 3è éd. Paris-France, Flammarion, 1992: 974-984

14 - GADAEEL MWALA N, EL DEEB BB, ABU - GABAL et al,

Pédiatrique hodgkin's disease in Egypt.

Cancèr (1983);52: 1129 - 1131

15 - GARBI HA, NASSINE W, BRAUNER MW, ABESEMEN, SALED H.

Lymphomes malins non hodgkiniens, chez l'enfant.

Med chir dig, 1982; II: 181 - 183

16 -GORIN N. C.

L'autogreffe de moëlle en hématologie

Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), SANG, 13060A¹⁰, 7- 1988, 8p.

17 -GUILLOT F.

Traitement de la leucémie myéloïde chronique par les interférons α .

MS, 1991; 7: 453-459

18 - HENDERSON E.S.

Acute leukemia.

-In: William WJ BEUTLER E, ERSLER et al

Hematology. McGraw-Hill, New York(USA), 1972.

19 - IZZIA KELA, WE.

La leucémie lymphoïde chronique au Zaïre, à propos de 39 cas . Méd d'Afr noire, 1977;

24 : 255-59

20 - JACOBS P.

The malignant lymphomas in Africa .

Hématol . oncol. clin. north. Am., 1991; 5: 953 - 982

21 - JONTE F BEREZ A, SOTO I, RAYON C, CARRERA C, CARRERA D,
COMA A, PEREZ - LANDEROL J, ARRIBAS M.

Features of chronic myeloid leukemia of diagnosis , study of a série of 134 cas .

Sangre, 1992; 27: 345- 350

22 - JONTE F, FERNANDEZ - FUESTER F, CECCHINI C, HINO E,

ORDONEZ A, FERNANDEZ C, SUAREZ P, LAUSIN A, FERNANDEZ J.

Cause of death, survival and prognostic factor in a series of 98 patients with chronic
myéloïde leukemia. Sangre, 1992; 38 : 351 -354

23 - JONTE F, RAYON C, MEDMA J, GARCIA GALA J, GARCIA JALON A,
FANGUL, MORANTE C, FRESNO , COMA A, ARRIBAS A.

Epidémiological data on chronic myeloid leukemia in Australia , 1972- 1986.

Sangre, 1993; 38: 1- 4

24 -JOSKE D, KNECHT H

Epstein-Barr Virus in lymphomas: a review. *haematol. blood*, 1993; 7:215-222.

25 - KANE B

Leucémie myéloïde chronique dans le service de médecine interne de l'Hôpital National du Point "G", Bamako: 33 cas

These Méd . Bamako 1996

26 - KWIATKOWSKI A.

Trends in the incidence of leukemia in Poland , 1963 -90: an epidemiologic study.

European Journal of cancer Prevention. 1993; 3 (3): 277 - 283

27 - LAMMIE J, SCHERRER Y, BAILEY R, THOMPSON D, DANGAR D.

Analyse de 315 biopsies malignes dans un hôpital rural au Bénin.

Méd . d'Afr. noire, 1994; 41 (5): 312-4

28 -LAMPERT F,HENZE G, LANGERMAN, HJ et al.

Acute lymphoblastic leukemia: Current status of therapy in children, recent results.

Cancer Res.,1984; 93: 161

29 - LEVINE AM.

Non - Hodgkin's lymphomas and other malignancies in the acquired immune syndrome.

Sem. oncol., 1987; 14:34

30 -LICHTMAN SM, BRODY J, KAPLAN MH, SUSIN M, KODURU P,

GOH JC.

Hodgkin's disease and non-hodgkin's lymphoma in HIV positive patient.

Leuk. Lymphoma, 1993; 9: 393-398

31 - LINHARD J, DIOP B, DIEBOLTG.

Les leucémies en Afrique noire.

Méd . d'Afr. noire, 1974; 2(6):137 p

32 - LOKROU A, TOUTOU T, DIALLO A, BADA N, OUEDRAGO Y,
et al.

Les leucoses et lymphomes dans un service de médecine interne à Abidjan.

Méd. d'Afr. noire, 1988; 35 (4):305-10

33 - MAIGA O.

Les hémopathies malignes au Mali (à propos de 73 observations)

Thèse Méd. Bamako, 1983; n° 4: 67 p

34 - MAIGRE M, HAROUSSEAU JL.

La leucémie myéloïde chronique (acquisition récente)

Conc. Méd. (nante-France), 1990; 112 (9): 1760- 1768

35 - MERLE - BERAL.

Leucémie lymphoïde chronique, diagnostique, évolution, pronostique, traitement.

Rev. Prat. (Paris), 1993; 20 (43): 2713-7

36 - NALK KJ, BNAGWALDEN SP.

Hodgkin disease in Zambia.

E. Afr. Med, 1976; tome: 459

37 -OMS.

Journal Panafricain de la douleur. 1994; 17: 10-11.

38 - OUTTARA A.

Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des adénopathies en service de médecine interne à Bamako.

Thèse Méd. Bamako, 1992

39 - PEUCHMAUR M

Etude analytique des différents types de lymphomes non hodgkiniens. Aspect clinique, immunohistochimique.

- In: SOLAL - CELIGNY, BOUSSE N, REYES F, GISSEZ BRECHT C, COIFFIER B.
Les lymphomes malins non hodgkiniens. (Saint Etienne - France)

Frison - Rucho, 1991; 103 - 370.

40 - REIFFERS J, MONTASTRUE M, BILHOU - NABERA CH.

La leucémie myéloïde chronique: diagnostic, évolution, pronostique, traitement.

Rev. Prat. Paris, 1990; 40 (20): 1879 - 1885

41 - REYES F.

Maladie de hodgkin.

Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), SANG 13016 A⁰⁵, 2-1990, 17p

42 - SANKALE M et Coll.

Les tumeurs malignes des tissus hématopoïétiques en milieu africain au Soudan Français.

Sem. Hop. Edit - Paris, 1958, 34: 2680 - 2683

43 - SANOGO I, SANGARE A, METIE M, PADJA B, BOUGOUMA A, SOMBO M,
CABAPNNEES B.

A propos d'un cas d'accutisation d'une leucémie myéloïde chronique en leucémie aiguë lymphoblastique.

Rev. Méd. n° 77: 31 - 33

44 - SARR S.

Contribution à l'étude des leucémies au Sénégal à propos de 78 cas observés en 10 ans (1965 - 1979).

Thèse Méd., 1975, n° 38: 117p

45 -SOW GOERGER MT, ELAMINE M, DIOUF ML, HANNOL, BARABE P, BAO O.

Les leucémies aiguës à Dakar, étude retrospective à partir de 36 cas.

Dakar Méd., 1989, n°34

46 - SPIERS AS

Clinicol manifestation of chronic granulocytic leukemia.

Seminars in oncology, 1995; 22 (4): 380 - 395

47 -STRUCKMANS F.

Les greffes de moëlle dans le traitement des leucémies aiguës.

Xè congrès de la Soc. Fr. Hematol. Rouen 14-17juin 1989; Programme éducationnel: 47-55.

48 - TCHAO IAM.

Contribution à l'étude de la LMC de l'adulte au Sénégal (à propos de 19 cas observés de 1976 à 1980) à l'hôpital A. Le DANTEC.

Thèse Méd. Dakar, 1981; n° 91: 198p

49 - TEA DAIGNEKPON, YAO, J. D RAIN, ABSE AGBA, DANHA BASSIBRE J, ANGLOW N, KONE M.

La leucémie myéloïde Chronique en Côte d'Ivoire à propos de 69 observations.

Pub. Méd. Afr. n° 125: 48 - 50

50 - TEILLET - THIEBAUD F, DUBEUIL M. L, TEILLET F.

La leucémie myéloïde Chronique: Etude Clinique.

Encycl. Méd. Chir. Paris SANG 13011 B²⁰, 7 1986 pp 1 - 10

51 - TEILLET F, TEILLET - THIEBAUD F.

La leucémie myéloïde chronique: étiologie, épidémiologie, physiopatologie.

Encycl. Méd. Chir. Paris SANG 13011 B¹⁰, 7 1986, 1p.

52 - THOMAS ED, CLIFT RA.

Indications for marrow transplantation in chronic myelogenous leukemia.

Blood, 1989; 73: 861.

53 - TROUSSARD X, BANDUER F, LEPORRIER M.

Myélome multiple: Approches thérapeutiques actuelles.

Bull. Cancer, 1992; 79: 231-242.

54 - VERNAND JP.

Leucémie aiguë: étiologie, physiopathologie et signes cliniques

- In: J BRETON GORUIS, REYS F, ROCHANT H, ROSA I,

VERNAND JP eds. L'hématologie de Bernard Dreyfus 3^e éd,

Paris France, Flammarion, 1992: 974 - 984

55 - WRIGHT DH.

Epidémiology and Histology of Hodgkin's disease in Uganda.

Nath cancer Inst. Monofr, 1973; 36: 25

56 - YANG C, ZHANG Y.

Incidence Survey of Leukemia in China;

Chinese Medical Science journal, 1991; 6 (2): 65-70

ANNEXES

ABREVIATIONS

Abdo:	Abdominal
ABV:	adriamycine ,Bléomycine ,Velbé
AEG:	Altération de l'état Général
ARA-C:	Aracytine
CHOP:	Cyclophosphamide,adriblastime,Oncovin,Prednisone
CVP:	Cyclophosphamide,Vincristine Prednisone
Dx:	Douleur
Hémo:	Hémorragique
Hépatospléno:	Hépatosplénomégalie
INRSP:	Institut National de Recherche en Santé Publique
LA:	Leucémie Aiguë
LAL:	Leucémie Aiguë Lymphoblastique
LAM:	Leucémie Aiguë Myéloblastique
LLC:	Leucémie Lymphoïde Chronique
LMC:	Leucémie Myéloïde Chronique
LMNH:	Lymphomes malins non Hodgkinien
MDH:	Maladie de Hodgkin
MM:	Myélome Multiple
MOPP:	Méchlorétamine ,Oncovin (T), Procarbazine, Prednisone
Nbre:	Nombre
OR:	Odd Ratio
Synd:	Syndrome
TRT:	Traitement

PROTOCOLE HEMOPATHIES MALIGNES .

I. NOM PRENOM AGE..... SEXE

Profession antérieure Profession actuelle
Ethnie Domicile actuel permanent
Service Lit

II. Motif d'hospitalisation :

Date d'hospitalisation.....
Taille Poids antérieur actuel
Surface corporelle

III. ATCD

Ancienneté de la maladie (semaine, mois ou année).....

IV. Examen clinique

* Anémie O / N * Ictère O / N * Fièvre O / N * Asthénie O / N

* Amaigrissement O / N * Sueurs nocturnes O N

* Peau : purpura O / N Lésions spécifiques O / N Prurite O / N

* Adénopathie O / N Fistulisée O / N Consistance : Ferme dure molle
Sous maxillaire D / G , . Cervicale D / G occipitale D / G
sous claviculaire D / G , maxillaire D / G , épithrochlénne D / G
inguinale D / G retrocrurale

* Splénomégalie O / N Taille cm Stade

Surface lise ! _____ ! nodulaire ! _____ !

Hépatomégalie O / N : Consistance Nle ! _____ ! Ferme ! _____ ! dure

Bord inf : mou ! _____ ! Tranchant ! _____ !

douleur O / N Souple O / N RHJ O / N

* Ascite O / N . circulation collatérale O / N

* Gorge : Angine O / N type à préciser Stomatie O / N

* Gencives : nle Hypertro : Ulcérées

* thorax : Poumon Plèvre Coeur

* Syst nerveux : Synd meningé Synd deficit :

* Appareil ostéoarticulaire

Glande salivaire Testicule Seins.....

* TR TV.....

V. Bilan Biologique

Hémogramme

Dates :

- GR
- HB
- HT
- VGM
- CCHM
- RETIC
- PLAQU
- VS
- GB
- PN
- PE
- PB
- LY
- M
- AUTRE

Electrophocèse Hb Dosage G6PD **Fer serique** TIBC.....
 Saturation TP : TCK :
 PAL Glycémie Protidestotaux :
 PL FODG ECG.....

Albumine : & 1 & 2 B & Pic : O / N HIV I
Myelogramme : Proéry ERB ERP ERA HIV II
 Hemoblaste : Myeloblaste Promyelo Myelo Metamyelo
 PN PE PB LY M Plasmocyte
 Megacaryocytes Richesse Autres cellules

* Biopsie gg Ponction gg Biopsie Hepatique (ou PAF):

Autre biopsie
 Urée sang Creatininemie Proteinurie (24 h).....

VI. Résultat endoscopique.....

VII. Résultat radiologique.....

Résultat ochographique.....

V. Traitement

PRODUIT	DOSES	DEBUT	FIN

IX. Evolution

* Complications spontanées :

 Date survenue

 Type :

* Complications iatrogènes

 Date de survenue :

 Type :

* Remission complète : Oui / Non

 Si oui date

* Remission partielle Oui / Non

 Si oui date :

Décès : Date

Perdu de vue

X. Résumé:

.....

.....

.....

.....

.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom: DICKO

Prénom: Adama

Titre de la Thèse: Les hémopathies malignes dans le service de médecine interne à l'Hôpital National du Point "G" (à propos de 118 cas)

Année: 1996 - 1997

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de départ: Bibliographie de l'école de Médecine et de Pharmacie

Secteur d'intérêt: Hématologie

Résumé:

A partir de 118 dossiers de malades hospitalisés de 1983 à 1994, nous avons tenté de préciser les profils épidémiologiques, cliniques, évolutifs et pronostiques ainsi que les aspects thérapeutiques des hémopathies malignes dans le service de médecine interne de l'Hôpital National du Point "G" à Bamako. Parmi ces 118 dossiers, 85 concernent des malades hospitalisés durant la période de 1983 à 1992, 33 concernent des malades que nous avons suivis nous-même de 1993 à 1994.

Au terme de cette étude il apparaît que:

- 1) Les hémopathies malignes sont diagnostiquées chez 1,3% des malades hospitalisés et représentent 22,52% des affections cancéreuses du service de médecine interne.
- 2) L'incidence annuelle de ces hémopathies semble, globalement en diminution.
- 3) Ces affections sont des affections du sujet jeune. Leur diagnostic se fait à un stade d'évolution tardif de la maladie. Leur pronostic est globalement mauvais et tient à un contexte socio-économique et à des aspects thérapeutiques particuliers.
- 4) Au plan nosologique la LMC constitue l'hémopathie la plus fréquente, c'est une affection du sujet jeune, volontiers du sexe féminin, elle répond favorablement au traitement par