

REVUE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DU TOGO

JOURNAL DES MEDECINS, PHARMACIENS, VETERINAIRES ET BIOLOGISTES

1. PRESIDENT D'HONNEUR

S. E. Faure Essozimna GNASSINGBE
Président de la République Togolaise

2. COMITE D'HONNEUR

ADUAYOM Messan Adjimado
Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche

AGBA Charles Kondi
Ministre d'Etat, Ministre de la Santé Publique

3. COMITE SCIENTIFIQUE

3.1. Directeur Scientifique : N'DAKENA K.

Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lomé

AGBETRA A.
d'ALMEIDA A.
AMEDOME A.
ASSIMADI K.
EDEE M.

GNAMEY D. K.
JAMES K.
KEKEH K.
NAKPANE N.
KESSIE K.

3.2. Rédacteur en Chef : GNAMEY D. K.

3.3. Comité de rédaction

AGBERE A.
AGBO A.
ATAKOUA A.

LOCOH-DONOU G.
NAPO-KOURA G.

SOUSSOU B.
VOVOR A.

3.4. Comité de lecture

AKPADJA K.
ASSIMADI K.
AYITE A.
BAETA S.
BAKONDE B.
BALO K.

BALOGOU A.
BRUCE-AHLONKO T.
DOVI-AKUE J.P.
GRUNITZKY K.
KPEMISSI T.
MIJIYAWA M.

N'DAKENA K.
PRINCE-DAVID M.
SEGBENA A.
TATAGAN AGBI K.
TCHANGAI-WALLA K.
TEKOU A.

4. COMITE DE PATRONAGE

AGBOTON H. (Cotonou)
ALVEZ M. (Brésil)
ANGATE Y. (Abidjan)
ATTISSO M. (Montpellier)
BEAU A. (Nancy)
BERTRAND E. (Marseille)
CABANNE F. (Dijon)
CAMAIN R. (Nice)
COPE O. (Boston)
DEBRE B. (Paris)

DELBARRE F. (Paris)
DESNOS M. (Paris)
DIEBOLD B. (Sénégal)
DIOP M. (Sénégal)
DIOUF S. M. (Sénégal)
GUERMONPRIEZ J.L. (Paris)
GUIZE L. (Paris)
HAGEGE A. A. (Paris)
HOUNTONDJI A. (Cotonou)
JOHNSON A. (Recteur U.L.)

MARSHALL J.O (San Diego)
MONEKOSSO G. L. (OMS)
OLIVIERA M. (Gabon)
PAYET M. (Paris)
PENE P. (Marseille)
SCHULTZE (Bonn)
SIDI D. (Paris)
SICARD A. (Paris)
WAREMBOURG H. (Lille)
WERTHEIMER (Lyon)

et le Président de la Société Médicale et Biologique du Togo

5. SECRETARIAT DE LA REDACTION : GOEH-AKUE E. Tél : +(228) 9167979

Président : GNAMEY D. K.
Secrétaires Généraux : GOEH AKUE E. et ANOUKOUM T.
Nouvelles brèves : DENKE A.
Rédaction : Revue des Sciences Médicales et Biologiques du Togo
B.P. : 1515 Lomé

Publicité : GNAMEY D. K. B.P. : 1515 Lomé Tél : +(228) 9282768

SOMMAIRE

	Pages
EDITORIAL.....	4
SINUSITES MAXILLAIRES CHRONIQUES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE : ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 70 CAS COLLIGES A L'HOPITAL NATIONAL DE NYAMEY BOKO E., ABDOU D.	5-9
TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DE L'ADULTE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DE LOME GOEH AKUE E., SADJI D., BARAGOU S., DAMOROU F., ASSOU C., SOUSSOU BL.....	13-19
ANALYSE DES POTENTIALITES BIOMEDICALES AU TOGO : RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES OUWASSI K. D. C. , ANOUKOUM T. , EDOH K.	23-26
INSUFFISANCE RENALE AIGUE (IRA) : ASPECTS CLINIQUE ET ECHOGRAPHIQUE A PROPOS DE 24 CAS ADJÉNOU K.V., GOEH AKUE E., AGODA K., N'TIMON B., KOSSIDZE K., DOUGBLO S., SONHAYE L., N'DAKENA K.....	29-32
LA CHIRURGIE DES HYPERTHYROÏDIÉS AU CNHU HKM COTONOU ADJIBABI W., BIAOU O., MEHINTO D.K., BALLE M.C., LOKOSSOU T., HOUNKPATIN-AMOUSSA K., HOUNKPE Y.Y. C.	35-39
PREVALENCE DE L'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE CHEZ LES PATIENTS HYPERTENDUS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TOKOIN DE LOME GOEH AKUE E. , DAMOROU F. , BARAGOU S. , NOAMESHIE A.A. , ASSOU K. , SOUSSOU BL.....	43-51
L'HYPERTENSION ARTERIELLE CHEZ LE DIABETIQUE AU TOGO PREVALENCE, FACTURES DE RISQUE ASSOCIES : ETUDE MULTICENTRIQUE DAMOROU F., PESSINABA S., LAWSON B., GOEH AKUE E., BARRUET E., SOUSSOU BL., TCHOUA E., AMEDEGNATO D.	55-62
PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE A L'HÔPITAL SECONDAIRE DE BE DAMOROU F., PESSINABA S., TOGBOSSI E., GOEH AKUE E., BARAGOU R., BARIKA Y., SOUSSOU BL.	65-71
LYMPHOME DE BURKITT ADJIBABI W., LOKOSSOU T., BIAOU O., ALAMOU S., AVAKOUDJO F., HOUNKPATI S.R., BALLE MC., HOUNKPE Y.Y.C.	75-78
LES FRACTURES TRAUMATIQUES DE LA FACE ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES A PROPOS DE 99 CAS AU CHU DE LOME- TOKOIN AMANA B., KPÉMISSI E., AGODA P., BOKO E., AMOUSSOU G., AGODA-KOUSSÉMA L., AMAGLO S.	81-86
CŒUR MALFORMATION ET CYTOGENETIQUE GNAMEY D.K.	
VALVE DE L'URETRE POSTERIEURE	
DIABETE ET GENETIQUE GNAMEY D.K.	89-91
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS	-
INSTRUCTIONS AUX AUTEURS	-
NOUVELLES BREVES DENKE A.	

LYMPHOME DE BURKITT : ASPECTS THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS AU CNHU-HKM DE COTONOU

ADJIBABI W.¹ ; LOKOSSOU Th.² ; BIAOU O.³ ; ALAMOU S.⁴ ;
AVAKOUDJO F.¹ ; HOUNKPATIN S.R.⁵ ; BALLE MC.⁶ ; HOUNKPE Y Y C.¹ ;

INTRODUCTION

Le lymphome de BURKITT est un lymphome malin non Hodgkinien de haut grade de malignité caractérisé par la prolifération monoclonale des lymphocytes B. La forme retrouvée en Afrique est endémique et est liée au virus d'Epstein Barr. La forme sporadique a été décrite aux USA et en Europe. L'intérêt suscité par les lymphomes de BURKITT connaît actuellement un regain qui apparaît lié à 2 facteurs : Le premier réside dans les aspects radiocliniques particuliers de cette tumeur. Le second est d'ordre thérapeutique ; en effet la généralisation des différents protocoles notamment le CHOP (cyclophosphamide, hydroxy-adriamycine, oncovin, prednisone) a fait naître un espoir dans la survie des patients ; mais il se pose le problème de tolérance aux drogues antimitotiques et celui d'accessibilité financière dans une population africaine déjà fragile et pauvre. Le présent travail se propose d'évaluer la prise en charge des lymphomes de BURKITT au CNHU-HKM de Cotonou.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant la période du 1^{er} Janvier 1987 au 31 Décembre 2006. Elle concernait les dossiers des patients pris en charge pour lymphome.

Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers des patients ayant bénéficié :

- d'une biopsie de la tumeur avec examen anatomopathologique confirmant le lymphome de BURKITT.
- d'un examen clinique, panendoscopique, d'une imagerie médicale pour objectiver la lésion initiale et déterminer les extensions ; ainsi les malades ont été regroupés selon la classification de ZIEGLER [12].
- d'une chimiothérapie selon 2 protocoles : mono ou poly chimiothérapie type CHOP (cyclophosphamide, hydroxy adriamycine, oncovin, prednisone).

La mono chimiothérapie était faite de cyclophosphamide à la dose moyenne de 700 mg/m²/j sans dépasser 1000 mg/m²/j pour un cycle de 5 jours. Le nombre de cycles variait selon la tolérance des médicaments sans dépasser une dizaine de cycles avec un intervalle de 3 semaines. La polychimiothérapie était faite de cyclophosphamide à la dose de 750 mg/m²/j pendant 1 cycle de 5 jours, d'hydroxy adriamycine à la dose de 50 mg/m²/ repartis en parts égales sur J2 et J4 du cycle, d'oncovin à la dose de 1,4 mg/m²/ en parts égales sur J3 et J5 et de prednisone à la dose de 1 mg/kg/j pendant le cycle de 5 jours. Le nombre de cycles variait entre 3 et 6 avec un intervalle de 3 semaines entre 2 cycles.

Le traitement adjuvant systématique consistait en une réhydratation, aux soins locaux buccaux, à l'administration d'antiémétiques et au besoin en une transfusion. Chaque protocole était précédé d'examens biologiques comportant : un hémogramme complet avec taux de reticulocytes et de plaquettes, un bilan rénal (urée, créatinine et ionogramme sanguin), un bilan hépatique (transaminases), un échodoppler cardiaque, une sérologie VIH et une intra dermo réaction à la tuberculine (IDR). Entre 2 cycles il a été pratiqué un hémogramme et une créatininémie. Ont été exclus les dossiers incomplets, les dossiers des patients ne répondant pas aux critères de sélection et ceux des patients ayant une réaction positive à l'intra-dermo-réaction à la tuberculine et à la sérologie VIH. Le dosage de la lactate déshydrogénase (LDH) n'a pas été réalisé chez les patients de la présente étude. Un examen clinique a été pratiqué tous les 2 mois associé au besoin à un examen d'imagerie médicale. Ont été étudiées les caractéristiques thérapeutiques et évolutives concernant les 35 dossiers de Lymphome de BURKITT sur les 254 cas de tumeur de la face recensés.

Lésions tumorales	
Stade 1	Localisation maxillo-faciale isolée
Stade 2	Localisations multiples sans atteinte de l'abdomen, du thorax, du système nerveux central ou de la moelle
Stade 3	Localisation abdominale ou thoracique avec ou sans autre tumeur mais sans atteinte du système nerveux central ou de la moelle
Stade 4	Localisation neuro-méningée ou médullaire

RESULTATS

Aspects thérapeutiques
Chimiothérapie

Les signes généraux conditionnent la tolérance de l'organisme aux différentes drogues anti-mitotiques. Il s'agit de :

- l'altération de l'état général notée chez 16 patients, cet état était conservé dans les autres cas,
- la pâleur conjonctivale retrouvée chez 20 patients.
- une hyperthermie notée dans 5 cas.

La chimiothérapie a été réalisée chez 25 sur 35 patients (69,5%).

72% des patients (18 malades) avaient bénéficié de monochimiothérapie et 28% (7 malades) d'une polychimiothérapie CHOP.

Aspects évolutifs

Le tableau suivant résume les différentes réponses thérapeutiques observées en fonction du protocole de chimiothérapie.

Tableau II : Résultats thérapeutiques à court terme

	Rémission complète	Rémission incomplète
Cyclophosphamide	4	5
CHOP	7	-

Tableau III : Résultats thérapeutiques à moyen terme

	Rémission complète	Récidive	Décès	Aucune réponse	Total
Cyclophosphamide	4	2	4	8	18
CHOP	7	0	(1)	0	7
Total	11	2	5	8	25

Le seul cas de décès noté dans le protocole CHOP a connu une rémission complète avant sa disparition.

DISCUSSION

Les lymphomes sont des cancers exclusivement chimio sensibles ; leur traitement est bien codifié et basé sur l'application d'une polychimiothérapie à hautes doses [7, 11, 6]. Le lymphome de BURKITT répond au même principe thérapeutique. Ce dernier permet d'obtenir, la rémission complète et durable chez plus de 85% voire 90% des enfants quelque soit le stade [11, 9], mais le management thérapeutique est difficile à réaliser chez les enfants africains. L'altération de l'état général, la dénutrition et l'anémie obligent à un choix de molécules antimitotiques mieux tolérées par des enfants malades vus à un stade tardif. Près de la moitié des patients était dans un mauvais état général. Un tel état a été signalé par d'autres auteurs africains à des degrés et des taux variables [8, 1, 10, 7, 2].

Selon OGUONU, la majorité des enfants atteints de Lymphome de BURKITT appartiennent à un milieu socio-économique bas [7, 3] ; le lymphome de BURKITT vient dégrader l'état de ces enfants, déjà malnutris et poly parasités. Le coût prohibitif des antimitotiques réduit leur accessibilité, ce qui semble expliquer la tendance à la mono chimiothérapie observée dans la prise en charge de la maladie.

Dans notre étude, la rémission a été observée dans la moitié des cas de patients sous mono chimiothérapie. Ce résultat a été proche de celui de BONKOUNGOU au Burkina Fasso [1]. L'évolution immédiate apparemment favorable sous mono chimiothérapie est à l'origine d'une inobservance complète du traitement, du refus d'hospitalisation et de la surveillance.

Le taux de rémission incomplète et de récive a été élevé dans notre étude comme dans celle de SEGBENA. La mono chimiothérapie à base de cyclophosphamide reste un moyen thérapeutique d'induction. Elle a été préconisée comme thérapeutique devant toute présomption clinique de lymphome de BURKITT notamment en l'absence ou en cas de retard du résultat anatomopathologique [5, 4]. La morbidité du traitement liée au syndrome de lyse constitue une limite dans le choix des associations de drogues trop agressives et à hautes doses. Le protocole CHOP semble répondre à cet impératif, constituant une variante de polychimiothérapie de base à laquelle peuvent s'ajouter d'autres antimitotiques dont le méthotrexate dans les atteintes neuro méningées [9, 11, 7, 8].

Pour KOFFI en Côte d'Ivoire l'association Cyclophosphamide Méthotrexate Cytosine arabinoside a donné 100% de rémission complète comparable à nos résultats avec le protocole CHOP. Avec une association de 2 à 3 antimitotiques OGUONU a obtenu un taux moyen de 48% de rémission complète.

D'autres résultats signalés dans la littérature ont été moins bons [10, 8]. La grande variabilité de ces protocoles explique la disparité de leurs résultats. Différentes études ont démontré la grande efficacité de la poly chimiothérapie par rapport à la monothérapie [7, 2, 10, 8]. Les taux de rémission complète de moraliété et de récives obtenus dans notre étude l'ont confirmée.

CONCLUSION

Le Lymphome de BURKITT est une tumeur maligne grave mais chimiosensible. Le niveau socio-économique bas en Afrique réduit l'accessibilité aux médicaments antimitotiques empêchant l'observance de la polychimiothérapie, seul gage de rémission durable.

REFERENCES

1- BONKOUNGOU P. ; SAWADOGO A. ; BALAKA B. ; DABOUE A. ; ASAWADOGO A. Le lymphome de BURKITT en milieu hospitalier du Burkina Fasso : Aspects thérapeutiques et évolutifs. Mali Médical 2005, 20 (4) : 9-11.

2- KOFFI K. G. ; BOSSON N. M. ; AKA-ADJO M. A. ; DIOP S. ; N'DHATZ E. ; AHMEDOU O. ; SANOGO I. ; SANGARE A. Résultat du traitement du Lymphome de BURKITT Africain : expérience du service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon (Abidjan). Médecine d'Afrique Noire 1997, 44(12) : 635-639

3- KONSEM T. ; MEDA N. ; OUEDRAOGO D. ; OUOBA K. Problématique de la prise en charge de la maladie de BURKITT au CHU-YO-Burkina Fasso. Médecine d'Afrique Noire 2006-53 (10) : 545-549

4- MORENO JL. ; NSIE OBAME H. ; NARDOU M. ; GENDREL D. Lymphome de BURKITT au Gabon. Ann Pédiatr(Paris), 1994, 41 : 253-258

5- MOUDEN C. ; DURAND JP. ; GARRIGUE GP. Le Lymphome de BURKITT au Cameroun Bull Soc Pathol Exot, 1998, 8 : 15-23

6- MUNCK JN. Lymphomes des voies aéro-digestives supérieures. Elsevier Paris du 25 Janvier 2007, Oto-rhino-laryngologie [20-957-A-10] (2001)

7- OGUONU T. ; EMODI I. ; KAINE W. Epidemiology of Burkitt's lymphoma in Enugu, Nigéria. Ann Trop Paediatr. 2002 ; 22(4) : 369-374

8 - RAFARAMINO F. ; MAMINIRINA R. A. M. ; RAZAFINDRABE J. A. B. ; RABARIJAONA L. ; RANDRIAMAMPANDRY A. ; RAKOTOBÉ P. Le lymphome de BURKITT de l'enfant à Madagascar. Formes anatomo-cliniques, aspects thérapeutiques et évolutifs. Bull Soc Pathol Exot, 2001, 94 (5): 389-393

9 - RIBRAG V. ; BOSQ J. Lymphomes de BURKITT Elsevier Paris du 25 Janvier 2007, Hématologie [13-016-A-50] (2002)

10- SEGBENA A. Y. ; KUEVIAKUE M. ; VOVORA. ; TATAGAN-AGBI K. ; ASSIMADI K. ; NAPO-KOURA G.A. ; KPODZRO K.

Le lymphome de BURKITT au Togo Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif. Médecine d'Afrique Noire, 1997, 44 (3) : 141-146

11- SIMON F. ; NICOLAS X. ; JEANDEL P. Les atteintes osseuses au cours des tumeurs endémiques viro-induites : exemples de la maladie de Kaposi et du Lymphome de BURKITT Elsevier Paris du 29 Janvier 2007, Revue du rhumatisme [00000030] (2003).

12- ZIEGLER J. L. ; MAGRATH I. T ; OLWENY C. L. M. Cure of Burkitt's lymphoma. Ten year follow-up of 157 Ugandan patients Lancet, 1979, 1, (8279) : 936-938.

Adresse des auteurs

- 1- ORL/CCF au CNHU Cotonou,
BP 386 Email : Wadjib27@yahoo.fr
- 2- Service polyvalent d'Anesthésie
Réanimation
- 3 - Radiologie CNHU Cotonou
- 4 - Ophtalmologie CMC
- 5- ORL Hôpital de Parakou
- 6 - Anatomopathologie Hôpital de Parakou