

Profil Epidémiologique Des Lymphomes Malins Non-Hodgkinien Gastrique Au Maroc

Ben khali Abdellah

Belamalem Souad

Qyou Ali

Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kenitra, Maroc.

Houria Chahed Ouazzani

Centre Hospitalier Universitaire, Ibn Sina ,Service d'hepato- gastro enterologie, Rabat Maroc

Soulaymani Abdelmajid

Laboratoire de Génétique et Biométrie, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kenitra, Maroc.

doi: 10.19044/esj.2016.v12n36p378 [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n36p378](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n36p378)

Abstarct

Retrospective study was done on some cases having Malin Lymphoma Non-Hodgkin's gastric recorded in Hepato-Gastroenterology department of University Hospital in Rabat during the period 2000 to 2010. The objective of this work is to identify primary and clinics Non Hodgkin lymphomas Malins of the stomach lymphosarcoma type. During the study period we registered 47 cases of Hodgkin's Lymphoma Non Malin, an average of 4 ± 0.59 cases / year. The majority of cases were from Kenitra-Rabat-Sale with 40% of cases. Males were the most affected with 55%. The chi-square test showed no significant difference between gender ($\chi^2 = 0.53$, $P > 0.05$). 56 ± 2.8 years. The average age of the patients was hospitalized with ends from 19 years to 85 years, a predominance of the age group [70-80 [with 24%.

The majority of patients have a low socioeconomic level (95%). The most registered clinical signs are generally: Alteration of the general state (17%), fever (12%), anemia (10%), epigastric burn type and epigastric cramping in 8% for each of them.

The location Antro - pyloric was the most frequent (54%), then the fundus location (18%) and diffuse forms in 9%.

Keys words: Epidemiology-gastrics lymphomas-localization.

Résumé

Une étude rétrospective a été réalisée sur des cas enregistrés atteints de lymphome malin non Hodgkinien gastrique au niveau de service d'hépatogastro-entérologie au Centre Hospitalier Universitaire de Rabat durant la période 2000 à 2010. L'objectif de ce travail vise à déterminer les principales caractéristiques épidémiologiques et cliniques des Lymphomes malins non Hodgkiniens de l'estomac de type lymphosarcome.

Durant cette période de l'étude, nous avons enregistré 47 cas de lymphome malin non Hodgkinien, soit en moyenne de $4 \pm 0,59$ cas/an. La majorité des cas étaient en provenance de Rabat-Salé-Kénitra avec 40 % des cas. Les hommes étaient touchés avec 55 %. Le test khi-deux n'a pas montré de différence significative entre le sexe ($\chi^2=0,53$; $P>0,05$). L'âge moyen des patients hospitalisés était de $56 \pm 2,8$ ans avec des extrémités allant de 19 ans à 85 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge de [70-80[(24 %). La majorité des patients ont un niveau socio-économique bas (95%). Les signes cliniques les plus enregistrés sont : altération de l'état général (17 %), fièvre (12 %) anémie (10 %), épigastralgie à type de brûlure et épigastralgie à type de crampe dans 8 % pour chacun d'eux.

La localisation antro - pylorique était la plus fréquente (54 %), ensuite la localisation fundique (18 %) et les formes diffuses dans 9 %.

Mots clés : Epidémiologie-Lymphomes gastriques- Localisation.

Introduction

Avec la diminution de la fréquence des maladies infectieuses ainsi le développement de type d'Antibiotiques à large spectre contre les maladies transmissibles et l'augmentation de l'espérance de vie, le cancer constitue actuellement un des problèmes majeurs de santé publique à l'échelon mondial. En effet, ce fléau est responsable de 13 % de la mortalité mondiale, avec presque trois quarts des décès survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Ferlay et al, 2010). Au Maroc, la situation est aussi alarmante car il y a environ 30 000 nouveaux cas de cancer par an, et le cancer est responsable de 7,2 % cas de décès (PNPCCM, 2009).

Dans ces dernières années, les lymphomes non hodgkiniens (LNH) ont suscité un intérêt grandissant en raison, d'une part, d'une meilleure connaissance de la cellule lymphoïde à l'origine de ces tumeurs et, d'autre part, de l'amélioration de la prise en charge des malades. Ceci s'applique en particulier aux LNH primitifs digestifs qui prennent leur origine au niveau du tissu lymphoïde associé (MALIK et al, 1976).

L'objectif de ce travail est de décrire les particularités épidémiologiques et cliniques des Lymphomes malins non Hodgkiniens

(LMNH) de l'estomac de type Lymphosarcome collecté au niveau de service d'hépto-Gastro-entérologie au Centre Hospitalier Universitaire de Rabat.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 11 ans entre 2000 et 2010, collectés d'après les dossiers des patients hospitalisés dans les quels on a consulté leurs biopsies faites au moment de l'examen de leurs estomacs par la fibroscopie au sein de service d'hépto-Gastro-entérologie au Centre Hospitalier Universitaire de Rabat, provenant de toutes les régions du Maroc.

La méthodologie statistique a été basée sur le calcul des fréquences ou des moyennes de chaque variable étudiée. Les variables concernent les caractéristiques épidémiologiques des patients (antécédents, âge, sexe, origine, provenance, les habitudes toxiques,...) biologiques (le taux d'hémoglobine, la vitesse de sédimentation, les marqueurs antigéniques,...) et cliniques (symptômes, degré de gravité..).

Les données ont été analysées par un logiciel statistique. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et en écart type et les variables qualitatives en nombre et en pourcentage. Le test khi-deux était utilisé pour dégager des différences significatives.

Résultats

Durant la période d'étude, 47 cas de lymphomes ont été colligés avec une moyenne de $4 \pm 0,59$ cas/an. La figure 1 montre la répartition des cas selon les années, avec des pic enregistré en 2004 et 2010 avec une fréquence de 16 %.

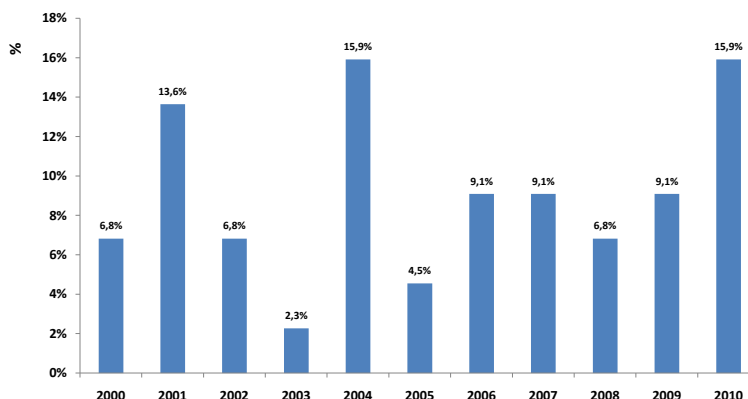


Figure 1 : Evolution annuelle du nombre de cas de lymphomes malins non Hodgkinien.

L'âge moyen des patients hospitalisés était de $56 \pm 2,8$ ans, avec des extrémités allant de 19 ans à 85 ans (Figure 2), avec une prédominance de la

tranche d'âge de [70-80[(24 %) des cas, suivie par la tranche [40-50[(18 %) des cas puis celles de la tranche [50-60[et [60-70[(16 %) pour chacun d'eux.

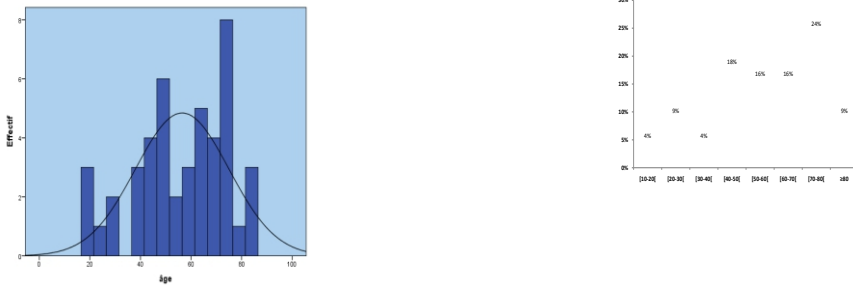


Figure 2 : Répartition des patients atteints de lymphome selon les tranches d'âges.

La prédominance masculine des patients était marquée, les hommes étaient 1,2 fois plus touchés que les femmes (Figure 3). Mais le test khi deux n'a pas montré de différence significative entre le sexe ($\chi^2=0,53$; $P>0,05$).

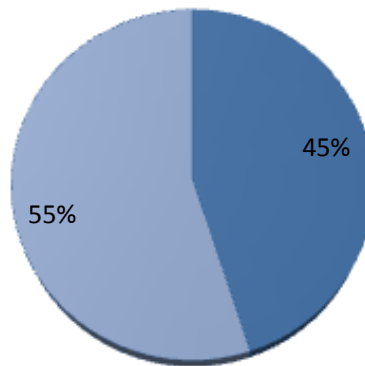


Figure 3 : Répartition des patients hospitalisés selon le sexe.

La répartition des lymphomes malins non Hodgkinien par région de provenance est schématisé dans le tableau ci-dessous. La région la plus touchée était la région de Rabat-Salé-Kénitra avec 40% des cas, suivie de la région de l'Oriental et Rif (13 %) et celle de Tanger-Tétouan (11 %). L'analyse de la profession des patients montre une prédominance dans les couches sociales à faible niveau de vie avec 85 % de cas sans profession et 11 % avec profession (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des patients selon la catégorie socio-professionnelle et leurs provenances.

| | n | % |
|--------------------|----|-----|
| Rabat-Salé-Kénitra | 19 | 40% |
| Oriental et Rif | 6 | 13% |
| Tanger-Tétouan | 5 | 11% |

| | | |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Béni Mellal-Khénifra | 3 | 6% |
| Fès-Meknès | 3 | 6% |
| Marrakech-Safi | 2 | 4% |
| Casablanca-Settat | 2 | 4% |
| Drâa-Tafilalet | 2 | 4% |
| Laâyoune-Saguia al Hamra | 1 | 2% |
| Souss –Massa | 1 | 2% |
| Inconnu | 2 | 4% |
| Total | 47 | 100% |
| profession | 5 | 11% |
| sans profession | 40 | 85% |
| Inconnu | 2 | 4% |
| Total | 47 | 100% |

Le tableau 2 rend compte des signes fonctionnels et physiques relevés à l'admission des malades. D'après les résultats de ce tableau, les signes cliniques les plus observés sont généralement : altération de l'état général (17 %), fièvre (12 %) anémie (10 %), epigastralgie à type de brûlure et Epigastralgie à type de crampe dans 8 % pour chacun d'eux, vomissement précoce (7%). Les antécédents médicaux cités par les patients au moment de consultation médicale étaient dominés par des problèmes gastriques de type ulcères avec une fréquence de 32 %, suivis de maladie diabétique dans 12 % puis des Cirrhoses hépatiques et cardiaque réparties en 6 % pour chacune.

Tableau 2 : Répartition des signes fonctionnels et physiques

| Signes | n | % |
|-----------------------------------|----|-----|
| Altération de l'état général | 45 | 17% |
| Fièvre | 31 | 12% |
| Anémie | 27 | 10% |
| Epigastralgie à type de brûlure | 21 | 8% |
| Epigastralgie à type de crampe | 20 | 8% |
| Vomissement précoce | 18 | 7% |
| Amaigrissement | 15 | 6% |
| Vomissement retardé | 15 | 6% |
| Cachexie | 12 | 5% |
| Hématémèse | 11 | 4% |
| Asthénie | 10 | 4% |
| Adénopathie | 9 | 3% |
| Régurgitation gastro-œsophagienne | 6 | 2% |
| Méléna | 5 | 2% |
| Métaplasie intestinale | 4 | 2% |
| Constipation | 2 | 1% |

| | | |
|-----------------------|-----|------|
| Diarrhée | 2 | 1% |
| Douleur abdominale | 2 | 1% |
| Dysphagie | 2 | 1% |
| Hyperplasie gastrique | 1 | 0,4% |
| Métastase péritonéale | 1 | 0,4% |
| Total | 259 | 100% |

La topographie de la tumeur était précisée dans 100 % des cas. Le siège antro - pylorique était le plus fréquent (54 %) suivi des localisations fundiques (18 %) les formes diffuses (9 %) (Tableau 3)

Tableau 3 : Répartition des aspects anatomo-pathologiques

| Localisation | n | % |
|-----------------|----|-----|
| Antrale | 43 | 54% |
| Fundique | 14 | 18% |
| Forme diffuse | 7 | 9% |
| pan gastrique | 6 | 8% |
| médio-gastrique | 4 | 5% |
| sous cardinal | 4 | 5% |
| Cardial | 2 | 3% |
| Total | 80 | 100 |

Discussion

Les Lymphomes Non Hodgkiniens (LNH) sont des hémopathies malignes, développées à partir des cellules lymphocytaires B ou T rarement NK, entraînant une hypertrophie des organes lymphoïdes, notamment les ganglions mais aussi les organes non lymphoïdes. Ils se traduisent par une diversité clinique morphologique et biologique reflétant la complexité des classifications histopathologiques modernes.

Les LMNH de l'estomac constituent un problème important de la pathologie cancérologique du tube digestif (Malik et al., 1976 ; Onuigbo, 1975). Elles conservent leur redoutable gravité malgré les progrès réalisés sur le plan thérapeutique. Cette gravité est encore plus alarmante en Afrique où les consultations hospitalières sont tardives et l'arsenal thérapeutique encore modeste (Bagnan et al., 1994).

Au Maroc, un total de 1 901 cas a été identifié durant la période 1 985 au 2 002 d'après l'Institut National d'Oncologie de Rabat (WHO, 2011).

Notre étude a permis de colliger 47 cas du LMNH durant la période d'étude. La région de Rabat-Salé-Kénitra occupe la première place avec une fréquence de 40 %, ceci pourrait être expliqué de faite de la proximité du Centre Hospitalier Universitaire de Rabat d'une part, d'autre part la région de Rif Oriental occupe la 2^{ème} position des atteintes des LMNH, ceci pourrait être à l'exposition à des mauvaises conditions de vie et d'habitat, de conservation d'aliments et d'hygiène (Ammor, 2005).

La prédominance masculine (avec un sex –ratio de 1,2 a été enregistré dans notre série) ainsi que l'atteinte prédominante des personnes âgées de plus de 40 ans. Ces résultats rejoignent les données de la littérature (Bouillot et al., 1988 ; Derrien et al, 1978). L'âge moyen des patients hospitalisés était de $56 \pm 2,8$ ans, ce qui semblable avec d'autres publications (Salamatou et al., 2013) avec une prédominance de la tranche d'âge de 40 à 86 ans. La majorité des patients ont un niveau socio-économique très faible (85%), ce qui est décrit dans la littérature (Guindo et al., 1979).

Les lymphomes malins non Hodgkiniens dans notre série représentent 18 % de l'ensemble des cancers de l'estomac, dans la publication de Kadende, ils sont de l'ordre de 6% (Kadende et al., 2004), dans d'autre publication, ils représentent 36 % (Ruskone-Fourme, 2004).

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine des lymphomes malins non Hodgkinien, parmi lesquels on peut citer les facteurs de risques qui sont connus de type : système immunitaire affaibli, trouble auto-immune, certaines infections, traitement déjà administré, antécédents familiaux des lymphomes non hodgkinien, exposition aux pesticides, alimentation, exposition au trichloréthylène, exposition professionnelle, colorant capillaire, obésité. La localisation antro-pylorique était la plus dominante avec une proportion de 54 % suivi des localisations fundiques (18 %) puis les formes diffuses dans 9 % des cas.

Les LMNH se traduisent habituellement par une adénopathie (augmentation de volume d'un ou plusieurs ganglions) ni douloureux ni inflammatoires et grossissent lentement. L'augmentation de la taille des ganglions est due à la prolifération anormale des lymphocytes malades qui les composent. Selon la localisation des ganglions lymphatiques atteints, d'autres manifestations peuvent apparaître, comme un gonflement du visage et du cou (ganglions thoraciques) ou des jambes (ganglions de l'aine). Cependant d'autres, patients ne présentent pas de ganglions volumineux décelables visuellement. D'autres signes, peu évocateurs, sont fréquemment importantes sueurs nocturnes, perte de poids inexpliquée ou encore fièvre persistante. Dans 40 % des cas, les cellules cancéreuses se situent au niveau d'un ou plusieurs organes et les ganglions ne sont pas forcément atteints. Les symptômes dépendent alors de la localisation du lymphome. Par exemple, un lymphome qui touche l'estomac (le lymphome du tissu lymphoïde associé aux muqueuses, appelé lymphome MALT) peut engendrer des douleurs qui évoquent un ulcère gastrique sous forme d'épigastralgie.

Conclusion

Les lymphomes malins non Hodgkinien constituent un véritable problème de santé d'où la nécessité d'organisation des compagnes d'information et d'éducation pour la santé, afin d'inciter les populations à

consulter dès le début des signes fonctionnels et procéder à une prise en charge des malades précocement afin d'avoir des bons résultats et augmenter le pronostic vital vu l'amélioration de l'arsenal thérapeutique et le bon diagnostic via le développement des études immunohistochimiques. alors un diagnostic précoce pourra réduire la maladie et améliorer les résultats thérapeutiques.

Conflits d'intérêts : aucun

References:

1. FERLAY J, SHIN H. R, BRAY F, FORMAN D, MATHERS C & PARKIN D. M.. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 29,2010.
2. PNPCCM : Plan national de prévention et de contrôle du cancer au Maroc (National plan for cancer prevention and control in Morocco 2010-2019). Rabat, Association Lalla Salma de lutte contre le cancer/ Ministère de la Santé, 2009. www.contrelecancer.ma/fr/
3. AGNES RUSKONE-FOURMESTRAUX. Helicobacter pylori et lymphome gastrique. Hépatogastro & Oncologie Digestive;3(2):91-5,1996.
4. MALIK M.O.A., ZAKI EL DIN Z.A., EL MASRI S.H. Cancer of alimentary tract in the Sudan. A study of 546 cases. Cancer, 37, 2533-2542,1976.
5. ONUIGBO W.I.B. Alimentary tract carcinoma in Nigeria Igbos. Arch. Surg, 110, 349,1975.
6. BAGNAN K.O., PADONOU N., KODJOH N., HOUANSOU T. le cancer de l'estomac à propos de 51 cas observés au CNHU de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire, 41 (1) ,1994.
7. WHO. World health organization. Rapport de situation prevention et lutte anticancereuses, 2011. EMRO Regional Committee for the Eastern Mediterranean.
8. AMMOR S, BAALI A., CHERKAOUI M, & HUBERT A. Facteurs alimentaires et environnementaux de risque du cancer du rhinopharynx au Maroc et leur répartition géographique. Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris, (17 (1-2)), 73-88,2005.

9. BOUILLOT J.L., MENEGAUX F., ALEXANDRE J.H. Cancer de l'estomac. Etude rétrospective et pronostique à propos de 210 malades opérés. *Ann. chir*, 42, (6), 395-401, 1988.
10. DERRIEN J.P., MONNIER A., MERRIEN Y., COURBIL L.S. Confrontations endoscopiques et chirurgicales dans les cancers de l'estomac observés à l'hôpital principal de Dakar *Méd. Afr. Noire*, 1978, 25, (3), 159-161.
11. SALAMATOU MAMOUDOU GARBA, HAROUNA MAHAMADOU ZAKI, AMINE ARFAOUI, HINDE HAMI, ABDELMAJID SOULAYMANI, HASSAN NOUHOU, ALI QUYOU. Epidemiology of cancers in Niger, 1992 to 2009. *Bulletin du Cancer*. Vol 100(2) ,2013.
12. GUINDO A., DUFLO-MOREAU B., DEMBELE M et coll. Le cancer de l'estomac au Mali. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 70 cas. *Ann. Gastroentérol, Hépatol*, 1979, 15, (1), 23-26.
13. KADENDE P, ENGELS D, NDORICIMPA J, NDABANEZE E, HABONIMANA D, MARERWA G, BIGIRIMANA V, BAZIRA L, AUBRY P. Les cancers digestifs au BURUNDI Premiers résultats d'une enquête menée à BUJUMBURA. *Médecine d'Afrique Noire* : 37 (10),1990.
14. RUSKONE-FOURMESTRAUX.A MALT, Gastric Lymphomas. *La revue de médecine interne* 25 (573–581, 2004.