

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES COMPARES DE L'ADULTE TEMOINS DE 60 ANS ET DE CEUX DE PLUS DE 60 ANS : A PROPOS DE 102 CAS.

KOUAKOU B, SEUMO HW, N'DATZH-COMOÉ E, NANHO DC, MÉÏTÉ N, SANOGO I.

Service hématologie clinique du CHU de Yopougon

Correspondance : KOUAKOU Boidy

Adresse: 22 bp 1499 abidjan 22

Email: kboidy@yahoo.fr

RESUME

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective, comparative, descriptive et analytique dont l'objectif était les caractéristiques épidémiologiques du myélome multiple chez les sujets de plus de 60 ans et de plus de 60 ans.

Sur un total de 106 dossiers remplissant les critères d'inclusion, plus de la moitié des patients de l'échantillon global était adulte jeune soit 59,49%.

Il existait une légère prédominance masculine dans l'échantillon global et une prédominance masculine chez les patients de moins de 60 ans soit 61,9% tandis que chez les patients âgés de 60 ans et plus la prédominance était plutôt féminine soit 58,14%.

La couche sociale défavorisée semblait être la plus touchée et cela d'autant plus que l'adulte était âgé.

Toutes les régions d'origine étaient concernées par la survenue du myélome multiple chez l'adulte jeune et chez l'adulte âgé.

Le groupe ethnique kwa semblait être le plus touché dans les deux groupes d'âge <60 ans et >60ans.

SUMMARY

We reported in this retrospective and prospective comparative descriptive study the epidemiologic characteristic of the adult below 60 years and the adult more than 60 years.

106 patients were included according the selection criteria, more than half of the patients selected (59.9%) were below 60 years of age.

We note in this study that the group of the patients below 60 years was dominated by men but those after 60 years was dominated by female (58.1%).

There were a predominance of the KWA ethnic group in the both group.

INTRODUCTION

La maladie de KAHLER ou myélome multiple des os est une hémopathie maligne caractérisée par la prolifération médullaire d'un clone plasmocytaire malin ou anormal sécrétant une immunoglobuline (Ig) monoclonale complète ou incomplète.

C'est une affection du sujet adulte d'âge mûr au delà de la cinquantaine avec un pic aux alentours de 60 ans. Néanmoins l'atteinte du sujet adulte jeune est possible et est de plus en plus fréquent avec des formes très agressives comme le révèle certains auteurs^{3,4,6}. L'incidence annuelle est de 3 à 5 cas pour 100 000 habitants. Le myélome multiple est une affection ubiquitaire sans prédominance raciale mais avec prédominance masculine globale¹⁶.

Les agents incriminés dans la pathogénie du myélome multiple sont nombreux mais les preuves de leurs implications sont insuffisantes : benzène ; radiations ionisantes; virus ; agents toxiques utilisés dans l'agriculture^{3,12}.

Le retentissement clinique et biologique est variable et est directement lié à la masse tumorale et aux produits d'excrétion du clone tumoral : cytokines et immunoglobulines monoclonales.

Ces dernières années, des progrès récents ont été observés tant sur le plan de la pathogénie par la mise en évidence de l'interleukine 6 que sur le plan clinique et biologique avec la mise en évidence de nouveaux facteurs pronostiques tels que l'âge, la Beta 2 micro globuline ($\beta 2\mu g$), la C-réactive protéine (CRP), l'index mitotique (IM) ou index cinétique (IC) ; mais aussi sur le plan thérapeutique avec l'avènement de l'interféron α et des nouvelles molécules que sont le velcade revlimid et la thalidomide.

Dans ce cadre nous avons noté la récurrence du myélome multiple chez des sujets adultes jeunes âgés de moins de 60 ans. Le myélome multiple dans ces cas présente un tableau clinique très riche et varié^{5,7} avec un pronostic très réservé. Par ailleurs l'observation quotidienne a permis de noter la récurrence de la maladie chez l'adulte jeune de sexe masculin plus que chez celui de sexe féminin. Nous avons voulu vérifier ce fait sur tout l'échantillon des malades reçus dans le service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon.

I- PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective, comparative, descriptive et analytique

concernant les malades hospitalisés de juillet 1991 à avril 2010 soit une période de 9 ans dans le service d'hématologie clinique du CHU de YOPOUGON.

Pour être dans l'étude les dossiers devraient porter outre le diagnostic de maladie de kahler les paramètres suivants :

- L'âge
- Le sexe
- L'activité
- Le niveau socio-économique
- La résidence habituelle
- La région d'origine
- L'ethnie
- antécédents personnels médicaux et chirurgicaux
- antécédents familiaux

L'étude statistique a été réalisée grâce aux logiciels épidémiologiques Excel 2007, XLSTAT et SPSS version 17.0. La comparaison des données épidémiologiques des deux groupes a été faite par le test H de Kruskal- Wallis (équivalent au Khi2). La différence est significative pour $P < 0,05$.

II- RESULTATS

Durant la période d'étude 106 dossiers ont répondu aux critères d'inclusion dont 63 patients âgés de moins de 60 ans et 43 patients âgés de 60 ans et plus. L'âge moyen de l'échantillon global était de 56,59 ans avec un écart type de 11,124.

L'âge moyen chez les moins de 60 ans était de 49,40 ans avec des extrêmes de 29 à 59 ans.

L'âge moyen chez les 60 ans et plus était de 67,13 ans avec des extrêmes de 60 à 86 ans et un écart type de 6;092.

En ce qui concerne la répartition selon la tranche d'âge on constate que la tranche d'âge 50-59 ans est la plus touchée avec une proportion de 39,22% chez les patients de moins de 60 ans alors que chez les patients de 60 ans et plus la tranche d'âge de 60 à 69 ans est la plus importante avec un pourcentage de 29,68%.

On note une prédominance masculine dans l'échantillon global soit 53,80% avec un sex-ratio de 1,16 de même que chez les moins de 60 ans soit 61,90% avec un sex-ratio de 1,62. Par contre on note une nette prédominance féminine chez

les 60 ans et plus soit 58,14% avec un sex-ratio de 0,72.

L'étude de la répartition des patients selon leur secteur d'activité permettait de noter que tous les secteurs d'activités sont touchés avec une prédominance globale des ménagères soit 25,50%. Dans la série de 60 ans et plus on retrouve également une prédominance des ménagères à 53,5%.

Par contre chez les sujets de moins de 60 ans on ne note pas de prédominance particulière d'un secteur d'activité.

Tous les groupes ethniques sont touchés avec une prédominance nette du groupe kwa dans 40,60% dans l'échantillon global ce qui est également retrouvé respectivement à 31,75% chez les moins de 60 ans et à 53,93% chez les plus de 60 ans.

On note une nette prédominance des sujets à faible niveau socio-économique soit 52,81% dans l'échantillon global.

La prédominance du niveau socio-économique faible est de 31,75% chez les moins de 60 ans et 83,72% chez les patients qui ont 60 ans et plus.

III- DISCUSSION

L'analyse des données sociodémographiques révélait un âge moyen de notre échantillon global de 56,59 avec des extrêmes de 29 et 86 ans. La moyenne d'âge de notre série est conforme à celle des données occidentales⁷ qui confirme que la maladie de Kahler est une pathologie du sujet d'âge mur au-delà de 50 ans.

Dans l'échantillon global, un pic de fréquence est observé dans la tranche d'âge 50-59 ans soit 39,22%. Résultats similaires à ceux de DIOUNOU, KOUASSI, dont les travaux ont montré que la tranche d'âge 50-59 ans est la plus touchée. Par contre certains auteurs européens^{1,10} trouvent un pic de fréquence entre 70-80 ans, alors que OUZZIF Z. observe un pic de fréquence chez les 60-69 ans.

Le pic de fréquence chez les moins de 60 ans se situait entre 50-59 ans soit 58,73%. Ce résultat est en accord avec BATAILLE R. et Coll., Par contre ce résultat est en désaccord avec ceux d'OUZZIF Z. NICOLE G qui trouvent un pic de fréquence qui se situe entre 40-49 ans chez les moins de 60 ans.

Le pic de fréquence dans la tranche d'âge de 60 ans et plus se situait entre 60-69 ans soit 65,11

%¹³. Par contre ce résultat est en désaccord de celui de BATAILLE R. et Coll. pour qui le pic de fréquence se situe entre 70-79 ans chez les 60 ans et plus.

La différence entre nos résultats et ceux de la littérature européenne, pourrait s'expliquer par l'augmentation de l'espérance de vie avec de plus en plus une population occidentale vieillissante.

Dans notre échantillon global, on note une légère prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,16. Cette prédominance masculine a déjà été rapportée par de nombreux auteurs^{6,8}. D'autres études ne montrent pas de différence sensible entre les deux sexes, BATAILLE; rapporte une prédominance féminine.

Dans l'ensemble de notre série des moins de 60 ans, on note une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,62. Nos résultats sont en accord avec ceux de MEITE SYNDOU, GEORGES M qui trouvent respectivement un sex-ratio 3,75 ; 2,27. Ainsi le myélome multiple de l'adulte jeune (< 60 ans) se rencontre principalement chez le sujet de sexe masculin.

Dans la série des 60 ans et plus, on note une prédominance féminine soit 58,14 % contre 41,86 % des sujets de sexe masculin avec un sex-ratio de 1,39. Nos résultats sont en accord avec DIOUNOU qui trouve un sex-ratio de 1,33 femme pour 1 homme. Cette prédominance féminine chez les 60 ans et plus est confirmée par BISSAGNI-FAURE qui rapporte une prédominance féminine chez les patients âgés de 80 à 90 ans soit 52,94 %.

On note donc une prédominance masculine dans l'échantillon global des patients myélomateux et cette prédominance masculine est plus marquée chez les patients âgés de moins de 60 ans tandis que chez les patients âgés de 60 ans et plus la prédominance est plutôt féminine. Cette différence est statistiquement significative superposable à la répartition de la population générale. En effet les femmes vivent plus longtemps que les hommes aussi bien en Europe qu'en Afrique.

Nous avons observé une nette prédominance du groupe ethnique KWA soit 40,60%. Nos résultats sont corroborés par la plupart des études DIOUNOU, MEITE S, TRAZO D.

Cette prédominance du groupe ethnique KWA pourrait s'expliquer par la forte proportion de ce groupe ethnique en Côte d'Ivoire et la situation géographique de notre cadre d'étude qui se situe à Abidjan au sud de la Côte d'Ivoire, région essentiellement peuplée par le groupe KWA. De

ce fait, le groupe KWA ne pouvait être considéré comme plus prédisposé au myélome multiple que les autres groupes ethniques.

La prédominance du groupe ethnique KWA n'est pas aussi nette dans la série des moins de 60 ans (31,75%) comme celle de l'échantillon global où les KWA étaient nettement majoritaire à 40,60% tandis que cette prédominance du groupe ethnique KWA est très nette dans la série des 60 ans et plus soit 53,49%.

Le groupe ethnique KWA était donc le plus atteint par le myélome multiple dans l'ensemble de notre étude. Cependant cette atteinte était plus nette chez les sujets âgés de plus de 60 ans par rapport à ceux de moins de 60 ans. Cette différence n'était pas statistiquement significative.

Aucun groupe ethnique ne pouvait donc être incriminé. La répartition en fonction du niveau socio-économique montre une nette prédominance des patients à faible niveau socio-économique dans l'échantillon global soit 52,81%. Nos résultats concernant cette variable épidémiologique sont en accord avec ceux de DIOUNOU, KAMAGATE, KOUASSI KOUAHO, KOUASSI MARIE-ANGE, MEITE, TRAZO. Pour TOUTOU la forte implication du groupe de bas niveau socio-économique ne permet cependant pas d'incriminer systématiquement cette variable dans la genèse du myélome multiple car la majorité des populations dans les pays en voie de développement a un niveau socio-économique bas. Ce constat de TOUTOU reste encore valable. Il serait donc souhaitable de réaliser une étude de cohorte prospective afin d'apprécier la part réelle du niveau socio-économique dans la genèse du myélome multiple.

La répartition en fonction du niveau socio-économique montre une légère prédominance des patients à faible niveau socio-économique, chez les sujets âgés de moins de 60 ans soit 31,75%. Cette proportion pourrait être sous évaluée compte tenu de la méconnaissance du niveau socio-économique de 31 patients de cette série des moins de 60 ans. Nos résultats sont en accord avec ceux de DIOUNOU et de MEITE. Le niveau socio-économique bas ne constitue pas à notre avis un facteur favorisant la survenue du myélome multiple chez l'adulte jeune.

Chez les sujets âgés de 60 ans et plus la répartition en fonction du niveau socio-économique montre une nette prédominance des patients à faible niveau socio-économique

soit 83,72%. Ce niveau de vie est plus bas que celui de la population de l'échantillon global de notre étude parce que dans cette tranche d'âge la plupart des patients n'ont plus d'activité socio professionnelle et par conséquent n'ont plus de revenus financiers conséquents et stables. Nos résultats sont en accord avec ceux de DIOUNOU qui rapporte une proportion 71,43 % de sujet de niveau socio-économique faible chez les patients âgés de 60 ans et plus. MEITE quand à lui rapporte une proportion égale des sujets ayant un niveau socio-économique faible et ceux ayant un niveau socio-économique moyen chez les 60 ans et plus, soit 41,67% chacun. Le niveau socio-économique bas ne constitue pas à notre avis un facteur favorisant la survenue du myélome multiple chez l'adulte âgé.

Dans notre étude on notait donc une prédominance des patients à niveau socio-économique faible et cette prédominance était plus nette chez les patients âgés de 60 ans et plus par rapport aux patients de moins de 60 ans. Cette différence n'était pas statistiquement significative.

Le niveau socio-économique faible n'influe donc pas sur la survenue de la maladie de Kahler. Nos résultats sont en accord avec DIOUNOU et MEITE.

CONCLUSION

Le myélome multiple semble atteindre plus les sujets de sexe masculin avant 60 ans et concerne plus la femme à partir de 60 ans ; la couche sociale défavorisée semblait être la plus touchée et cela d'autant plus que le patient était adulte âgé.

REFERENCES

1. BATAILLE R., DONADIO D., MORLOCK G., ROSENBERG F., BLOTMAN F., SANY G., SIMON L., IZARN P., SERRE H. Myélome multiple des os : étude rétrospective des facteurs pronostics à partir d'une série de 243 malades. *Rev. Rhum. Mal. ostéo-artic*: 1979, 46, 77-83.
2. BISSAGNI-FAURE A, RAVAUD P, AMOR B, MENKES C.J. Myélome du sujet âgé: Etude rétrospective de 17 patients en 10 ans. *Rev. Rhum.* 1991, 58, 6, 485.
3. BLATTNER W.A Epidemiology of multiple myeloma and related plasma cell disorders. In: Potter M., *Progress in myeloma*, pp.1-65.amsterdam, Elsevier Science pub., 1980.
4. CHERIF M. le myélome multiple du sujet jeune épidémiologie clinique paraclinique évolution [thèse med]. Abidjan : UFR Sc Med ; 2000, n 2553
5. DIOUNOU I. aspects épidémiologiques myélome multiple du sujet jeune [thèse med]. Abidjan : UFR Sc Med ; 2004, n 3125
6. DUPONT T., GOMEZ., CUVILLIER P. La Maladie de Kahler. *Med. Int.* avril 1983, 18, n°4, p 190-196.
7. HAROUSSEAU J myélomes : épidémiologie, étiologie, physiopathologie, diagnostic, principes du traitement, Paris *rev prat* 1995, 45, 1540-5
8. KAMAGATE M. Contribution à l'étude du traitement et du pronostic du myélome multiple des os ou maladie de kahler en Côte d'Ivoire. Thèse Med. UFR Sc Med Abidjan, 1996; n°1837.
9. KOUASSI KOUAHO JEAN CLAUDE Prévalence des complications évolutives du myélome multiple des os à propos de 34 cas colligés au Service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon. Thèse Med. UFR Sc Med Abidjan, 2004; n°3824.
10. KYLE R. A. Multiple myeloma .Review of 869 cases. *Mayo clin. Proc.*, 1975, 50, n°1, 29-40.
11. MEITE SYNDOU Profils biologiques comparés du myélome multiple de l'adulte jeune (< 60 ans) et de l'adulte âgé (≥ 60 ans) dans le service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon. Thèse Med .UFR Sc Med Abidjan, 2004, n°3795.
12. MILHAM S.JR Leukemia and multiple myeloma in farmers' .*Am. J. Epidemiol.*, 1971, 94, 307-310.
13. NICOLE GANDO C. Myélome multiple: aspects épidémiologiques, cliniques et biologiques aux CHU de Cocody et de Yopougon à propos d'une série de 26 cas de 1992 à 2002. *Mem. UFR Sc Med Abidjan*, 2002, n°850.
14. OUZZIF Z., BAHROUCHE L., MAHASSINE F., NAJIM., GHAFIR D., OHAYON V., TOULOUNE F., BENOMAR S. Le myélome multiple : épidémiologie et diagnostic biologique, expérience de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V (Rabat). *Médecine et Armées*, 2002, 30, 333-339.
15. TOUTOU T. Contribution à l'étude du myélome. Thèse Med. Fac Med Abidjan, 1981, n°313.
16. TRAZO D. Myélome multiple ou maladie de Kahler : Profil épidémiologiques et diagnostic .Thèse Med: UFR Sc Med Abidjan 1999,