

Leucémie aiguë de l'enfant à Abidjan. : incidence et facteurs pronostiques / *Acute Leukemia In Children In Abidjan : Incidence And Prognosis Factors*

ATIMERE YN¹, YAO AJJ², COUITCHÉRÉ L², KONE D¹ KOUAKOU B³, MEITÉ N³,
NANHO DC³, OULAI SM²

- 1- Service d'hématologie du CHU de Treichville.
- 2- Service de pédiatrie du CHU de Treichville.
- 3- Service d'hématologie du CHU Yopougon.

Correspondances à : Dr Atimere Yao Nicaise
BP 4359 Abidjan 01
Mail : atimerenicaise@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction. En Côte d'Ivoire, une étude réalisée dans le service de pédiatrie du CHU de Treichville a montré que les leucémies aiguës de l'enfant à Abidjan représentaient 5% des cas de cancer. Cette présente étude se propose de répertorier les problèmes posés dans la prise en charge des leucémies aiguës de l'enfant à Abidjan .

Méthodes : Les dossiers d'enfant admis dans l'unité d'hématologie et oncologie pédiatrique du service de pédiatrie du CHU de Treichville entre janvier 2009 et juin 2012 pour une leucémie aigue ont été revus.

Résultats : Durant la période de l'étude 15 enfants ont été hospitalisés pour une leucémie aigue. Il s'agissait de 5 garçons (33,34%) et de 10 filles (66,66%) avec une sex-ratio à 0,5. Les circonstances de découverte étaient dominées par la polyadénopathie (26,67%) et l'anémie persistante (26,67%). Le type cytologique avait été la leucémie aigue myéloïde dans 33,34% des cas et la leucémie aigue lymphoblastique dans 66,66% des cas. Soixante pour cent des enfants ont reçu une chimiothérapie parmi lesquels 20% des cas ont atteint une rémission complète. 86,67% des enfants sont décédés.

Conclusion : la prise en charge des leucémies aiguës de l'enfant a Abidjan reste problématique. Seul un ensemble de mesures politiques, sociales et médicales pourrais permettre d'améliorer le pronostic.

Mots clés : Leucémies aiguës, Pédiatrie, Incidence, Facteurs pronostiques, Abidjan.

ABSTRACT :

Introduction. In Cote d'Ivoire, a study carried out in the department of pediatrician of the Teaching Hospital of Treichville showed that the acute leukemias of the child in Abidjan represented 5 % of the cases of cancer. This present study suggests listing problems posed in the care of the acute leukemias of the child in Abidjan.

Methods. Child's files admitted in the unit of hematology and pediatric oncology of the department of paediatrics of the Teaching Hospital of Treichville between January, 2009 and June, 2012 for an acute leukemia were revised.

Results(Profits): During the period of the study 15 children were hospitalized for an acute leukemia. It was about 5 boys (33, 34 %) and of 10 girls (66,66 %) with one sex ratio in 0,5. The circumstances of discovery were dominated by the polyadenopathy (26,67 %) and the persistent anemia (26,67 %). The cytological type had been the myeloid acute leukemia in 33,34 % of the cases and the acute lymphoblastic leukemia in 66,66 % of the cases. Sixty percent of the children received a chemotherapy among whom 20 % of the cases reached a complete remission . 86,67 % of the children died.

Conclusion. Care of the acute leukemias of the child in Abidjan remain problematic. Only a set of political, social and medical measures could allow to improve the prognosis.

Keywords: Acute leukemias, Paediatrics, Incidence, Prognosis factors ; Abidjan.

INTRODUCTION

Les leucémies aiguës représentent dans les pays développés 30% des cancers de l'enfant^{1,2}. En Côte d'Ivoire, une étude réalisée dans le service de pédiatre du CHU de Treichville a montré que les leucémies aiguës de l'enfants à Abidjan représentaient 5% des cas de cancer³. Cette étude a pour objectif de répertorier les problèmes posés dans la prise en charge des leucémies aiguës de l'enfant à Abidjan.

MÉTHODES

Les dossiers d'enfant admis dans l'unité d'hématologie et oncologie pédiatrique du service de pédiatrie du CHU de Treichville entre janvier 2009 et juin 2012 pour une leucémie aiguë ont été colligés ; les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées.

RÉSULTATS

Durant la période de l'étude, 15 enfants ont été hospitalisés pour une leucémie aiguë. Il s'agissait de 5 garçons (33,34%) et de 10 filles (66,66%) avec une sex-ratio à 0,5.

Ils étaient âgés en moyenne de 7 ans avec des extrêmes de 2 à 15 ans. Le délai entre l'apparition des premiers signes et la consultation avait été en moyenne de 2,83 mois avec des extrêmes de 2 semaines à 6 mois. Les circonstances de découverte avaient été :

- polyadénopathie : 4 cas (26,67%);
- anémie persistante : 4 cas (26,67%);
- douleurs osseuses : 2 cas (13,33%);
- infection : 2 cas (13,33%);
- masse abdominale : 2 cas (13,33%);
- exophtalmie : 1 cas (6,67%);

L'examen physique avait permis de retrouver les signes suivants :

- pâleur cutanéomuqueuse : 15 cas (100%)
- fièvre : 14 cas (93,80%)
- syndrome hémorragique (purpura ecchymotique, épistaxis, gingivorragie) : 3 cas (20%)
- Syndrome tumoral :-hépatomégalie :8 cas (53,66%)
 - * polyadénopathie : 6 cas (40%)
 - * splénomégalie : 5 cas (33,5%)

Le type cytologique avait été :

- Leucémie aiguë myéloïde : 5 cas (33,34%)
- Leucémie aiguë lymphoblastique : 10 cas (66,66%)

Une chimiothérapie au protocole GFA LAL avait été réalisée chez 9 enfants (60%) dans un environnement ne comportant ni chambre stérile, ni flux laminaire. Aucun enfant atteint de LAM n'a Reçu de chimiothérapie de type LAM. Deux enfants atteints de LAM sont décédés dans l'attente d'une évacuation sanitaire vers la France. Une rémission complète après chimiothérapie à été observé chez trois enfants et un échec thérapeutique chez 6 enfants. L'évolution s'est fait vers le décès chez 13 enfants (9 enfant atteint de LAL et 4 enfants de LAM). Deux enfants étaient vivants au moment de la complétion de l'étude soit 13,33% des cas. L'un de ces enfants atteint de LAM avait reçu un traitement au protocole GFA LAL du fait d'une erreur diagnostic et a été maintenu sur ce protocole du fait de la grande toxicité du protocole LAM. Ce patient était en traitement d'entretien. Le second patient, atteint d'une LAL était lui aussi en traitement d'entretien. La médiane de survie était de 92 jours. La survie à 1 an était de 10%.

DISCUSSION

L'incidence de 4 cas annuels des LA observé dans notre étude à été retrouvé chez des auteurs africains dans les séries hospitalières^{4,5,6}. Ce qui concorde avec l'étude de Parkin selon lequel les leucémies aiguës seraient moins fréquente en Afrique⁷. Mais la méconnaissance des signes cliniques par des agents de santé, les retards de consultation occasionnant des décès précoces et l'éloignement des structures sanitaires observés dans notre étude et décrit par des auteurs africains pourraient expliquer cette faible incidence des leucémies aiguës^{4,5,6}. La prédominance féminine inhabituelle observée dans notre étude n'a pas influencé le pronostic (P=0,2).

Les progrès thérapeutiques réalisés dans la leucémie aiguë de l'enfant ont permis d'observer un taux de guérison de 75 à 80% dans les pays développés^{1,2} et dans certains pays en développement⁸. En Afrique subsaharienne, malgré de récente amélioration du pronostic des leucémies aiguës du à l'inclusion dans un groupe coopérateur traitant les cancers de l'enfant, le GFAOP (Groupe Franco-africain d'oncologie pédiatrique)^{4,5} des unités d'oncologie pédiatrique, de nombreux obstacles demeurent dans la prise en charge de leucémie aiguë.

Les retards de diagnostic rapportés dans notre étude sont dus aux difficultés d'accès aux centres de santé par des populations le plus

souvent démunies et aussi à la méconnaissance des signes cliniques par le personnel de santé non spécialistes, ce qui grève le pronostic de ces affections^{4,5}.

La prise en charge de leucémie aigues dans notre pays est confrontée à plusieurs difficultés :

- La pauvreté de la population;
- L'absence de système de sécurité sociale;
- Les difficultés d'acquisition de médicaments qui restent onéreux et parfois non disponible dans les pharmacies privées et même dans celui de la santé publique;
- Absence de structures sanitaires adéquates (chambres stériles munies de flux laminaire);
- Absence de laboratoire performant pouvant réaliser des examens spécialisés tels que l'examen cytogénétique, immunophénotypique et moléculaire qui permettent d'évaluer le pronostic de ces affection afin d'orienter le protocole thérapeutique.

CONCLUSION

Les leucémies aigues demeurent dans notre pratique des affections de mauvais pronostic. Le diagnostic précoce et la prise en compte des difficultés sus mentionnées devraient permettre d'améliorer le pronostic.

RÉFÉRENCES

- 1- **Chan KW.** Acute lymphoblastic leukemia. *Curr Probl Pediatr. Adolesc Health Care* 2002;32:40-9.
- 2- **Leblanc T, Baruchel A, Auclerc MF, et al.** Leucémie aigue" lymphoblastique de l'enfant. *EMC Pédiatrie* 1994;14 [4-080-D-10].
- 3- **Couitchéré L, Orega M, Oulai SM, et al.** Bilan de cinq ans d'activité de l'unité d'oncologie pédiatrique du CHU de Treichville à Abidjan, côte d'ivoire. *Arch. Pediatr* 2004;11:257.
- 4- **Ekouya B G, Okouango O J D, Ngol L, et al.** Leucémies aigues de l'enfant a Brazzaville. *Arch Pediatr* 2012;19:1121-1124
- 5- **Togo B, Traore´ F, Diakite´ AA, et al.** Leucémie aigue lymphoblastique de l'enfant : 12 observations au Mali. *Med Trop* 2011;71:629-31.
- 6- **Mbensa L, Ngiyulu R, Binda P et al.** La leucémie aigue de l'enfant : incidence et manifestations cliniques en milieu tropical. *Méd Afr Noire*;2000,40: 8-9.
- 7- **Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, et al.** cancer incidence in five continents, vol 6,120. IARC scientific publication, Lyon 1992.
- 8- **Kulkarni KP, Arora RS, Marwaha RK.** Survival outcome of childhood acute leukemia in India: a resource-limited perspective of more than 40 years. *J Pediatr Hematol Oncol* 2011;33:475-9.