

LA LEUCEMIE AIGUE DE L'ENFANT : INCIDENCE ET MANIFESTATION CLINIQUE EN MILIEU TROPICAL

MBENSA L., NGIYULU R., BINDA P., LUKUNI L.

RÉSUMÉ

Parmi 29.406 admissions enregistrées en 17 ans dans le Département de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa (1968 - 1985) 68 cas (0,23 %) de leucémie aiguë furent diagnostiqués.

Parmi eux, nous avons noté 64 cas de leucémie lymphoblastique aiguë (94 %), 2 cas de leucémie myéloblastique aiguë (3 %) et 2 cas de leucémie monoblastique aiguë (3 %). Une nette prédominance masculine fut notée avec un sex-ratio de 2/1.

Les principales manifestations observées ont été les suivantes : anémie (100 %), fièvre (100 %), hépatomégalie (95 %) et polyadénopathies (85 %). La diathèse hémorragique n'est rencontrée que chez un tiers des patients.

Mots clés : *Leucémie aiguë, leucémie lymphoblastique, leucémie monoblastique, sex-ratio et Kinshasa.*

SUMMARY

68 children aged between 1 and 14 years with acute leukemia were observed among 29.406 admissions in 17 years (1968-1985). 64 of 68 (94 %) had acute lymphoblastic leukemia (ALL) ; 2 (3 %) with acute myeloblastic (AML) and 2 (3 %) had acute monoblastic leukemia (Amo).

The patients tended to be male predominant (2/1) and had less frequent bleeding manifestation (33 %). The major findings among the patients were anemia (100 %), hepatomegaly (95 %) and adenopathy (85 %).

Key- Words : *acute leukemia, acute lymphocytic leukemia, acute monoblastic leukemia, sex ratio and KINSHASA.*

INTRODUCTION

La leucémie aiguë chez l'enfant présente un début souvent

Dép. de Pédiatrie Cliniques Universitaires de Kinshasa. Unité d'Oncologie Pédiatrique - BP. 123 KINSHASA XI (ZAIRE)

insidieux. Les manifestations cliniques précoces sont hétérogènes et équivoques. Le diagnostic de la leucémie devient quasi évident quand l'enfant développe les symptômes typiques en concordance avec les anomalies typiques au niveau du sang (2). Sous les tropiques d'autres pathologies, la drépanocytose et la coqueluche peuvent brouiller les cartes en raison de l'intensité de la sollicitation que subit l'organe hématopoïétique. L'absence d'équipement adéquat et de personnel tant médical que paramédical entraîné constitue un handicap majeur dans l'établissement du diagnostic de certitude. Dans cet article, nous avons tenté de classifier les manifestations cliniques et d'établir l'incidence de la leucémie aiguë de l'enfant dans la Ville de Kinshasa.

Si les types de manifestations observées sous les tropiques sont comparables avec celles rencontrées dans les zones tempérées (3), nous devons cependant reconnaître que leur importance hiérarchique varie et de beaucoup dans le milieu tropical de Kinshasa.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

De 1968 à 1985, 68 enfants atteints d'une leucémie aiguë ont été hospitalisés dans le Département de Pédiatrie des Cliniques Universitaires du Mont-Amba. Durant cette période 29.406 admissions furent enregistrées (4, 5).

65 enfants furent atteints de leucémie aiguë lymphoblastique, 2 enfants ont présenté une leucémie myéloblastique aiguë et deux cas furent diagnostiqués comme une leucémie monoblastique aiguë.

L'âge des enfants a varié entre 6 mois et 14 ans. Les transformations leucémiques des lymphomes-malins caractérisées par une atteinte massive des ganglions et par une infiltration massive de la moelle osseuse (blastose médullaire (50 %) furent exclues de la présente étude.

Le diagnostic a été établi par les données cliniques et par l'analyse des frottis de ponction médullaire et du sang périphérique.

RÉSULTATS

L'étude montre que sur un total de 29.406 enfants admis de 1968 à 1985, 68 cas de leucémie aiguë furent observées (0,23 %).

De ces 68 cas, deux enfants avaient leucémie myéloblastique aiguë et deux souffraient de leucémie monoblastique aiguë.

Tableau n° 1 : Répartition selon l'âge et le sexe des enfants leucémiques

Sexe / Age	0 - 1	2 - 4	5 - 9	10 - 14	Total
F	2	10	7	6	25
M	5	15	16	7	43
Total	7	25	23	13	68

Tableau n° 2 : Répartition des manifestations cliniques chez les enfants atteints de leucémie aiguë

Signes Cliniques	Nb de cas	%
Anémie (Hb 4,5 g/dl)	68	100
Fièvre (38,5°)	68	100
Hépatomégalie	64	94
Adénopathies	58	85,29
Splénomégalie	48	70,05
Douleur osseuse	22	32,35
Diathèse hémorragique	22	32,35
Douleur abdominale	22	32,35
Amaigrissement	22	32,35
Nodule cutané	15	22,05
Douleur testiculaire	4	5,88

Le tableau 1 montre la répartition des enfants leucémiques selon l'âge et le sexe. Sur un total de 68 enfants, nous avons observé 25 filles et 43 garçons. Le sex-ratio est de 2/1 avec une prédominance masculine.

La répartition selon la tranche d'âge montre que l'incidence la plus élevée s'observe entre 2 et 4 ans avec 25 cas observés, suivie par la tranche d'âge comprise entre 5 et 9 ans. A partir de l'âge de 10 ans l'incidence diminue pour décroître selon une allure exponentielle.

DISCUSSION

Les manifestations clinique observées chez les 68 enfants atteints de leucémie aiguë sont reprises dans le tableau 2.

L'anémie et la fièvre se rencontrent chez 100 %, l'hépatomégalie et l'adénopathie généralisée semblent constituer les signes majeurs.

L'atteinte splénique est retrouvée dans 70 % des cas ; les autres manifestations se retrouvent chez 1/3 des malades.

Le diagnostic de la leucémie aiguë dépend essentiellement de l'analyse de la ponction médullaire et de la coloration cytochimique qui sert surtout à différencier les différents types de leucémie (1).

Ces dernières années les typages immunologiques et la recherche de la biologie moléculaire ont enrichi les méthodes de diagnostic (3) ; dans le milieu tropical, ces différentes techniques font souvent défaut et l'on est souvent réduit à se baser sur les données biologiques simples.

La ponction médullaire et l'analyse attentive du frottis du sang périphérique devraient être systématiques pour ne pas passer à côté d'une hémopathie maligne, car en milieu tropical beaucoup de maladies présentent une symptomatologie qui peut simuler la leucémie aiguë. Il s'agit principalement de certaines infections virales, et de la trypanosomiase qui refait surface dans plusieurs régions du Zaïre.

Malgré le caractère fatal de la leucémie aiguë due à la limitation des possibilités thérapeutiques et diagnostiques, la leucémie aiguë de l'enfant fait figure de parent pauvre comme cause de mortalité dans le milieu de Kinshasa où la malaria, les diarrhées infantiles et la malnutrition se classent en tête d'affiche parmi les pathologies les plus incriminées dans la morbidité et la mortalité des enfants.

L'incidence clinique est de 0,23 % soit une moyenne de 4 cas par an (4, 5).

CONCLUSION

L'incidence de la leucémie aiguë de l'enfant telle qu'observée aux Cliniques Universitaires de Kinshasa paraît faible. En 17 ans, sur un total de 29.406 admissions nous n'avons observé que 68 cas de leucémie. Les manifestations principales relevées chez ces malades consistent en une anémie, associée à une poussée thermique et une polyadénopathie généralisée.

La diathèse hémorragique n'est rencontrée que chez un 1/3 des malades. Comparée à d'autres pathologies plus courantes de la région, la leucémie aiguë de l'enfant demeure une curiosité clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - HANAWA J.
Epidemiology of cancer in children
ASIAN Med. J. 1985, (6) 335 - 341.
- 2 - IVERSEN T.
Leukemia in infancy and childhood. A Material of 570 Danish case.
Acta Pead. Scand. 1965, suppl. 167
- 3 - LENOIR G.M. PHILIP T., SOHIER R.
Pathogenesis of leukemias and lymphomas : Environnemental influences.
Raven Press , New York 1984.
- 4 - MBENSA M., LUKUNI M. et RUHAYA
L'incidence du cancer de l'enfant au Zaïre.
Afr. Médic 1990 29 (283) 133 - 135.
- 5 - MBENSA M., BINDA Ki M. and NSIMBA T.
Epidemiology of childhood cancer in Zaïre.
Lancet 1989, II, 501.