

PLACE DE LA DRÉPANOCYTOSE DANS LE SERVICE DE MÉDECINE INTERNE DU CHU YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU (CHU - YO)

NACOULMA E.W.C.

Service de Médecine Interne et Laboratoire d'Hématologie du Centre Hospitalier
Universitaire Yalgado Ouedraogo.

Correspondance : Docteur NACOULMA Eric, 01 B.P. 2251 Ouagadougou 01/Burkina -Faso.
Fax : (00226) 50356157.
E-Mail : eric_nacoulma@univ-ouaga.bf

RESUME

Contexte : Le Burkina Faso est un pays où les hémoglobinopathies en général et la drépanocytose en particulier sont fréquentes.

Objectif : Préciser la place de la drépanocytose dans le cadre des activités de consultation d'hématologie dans le service de médecine interne du CHU-YO.

Matériels et méthodes : L'étude rétrospective a concerné la période de Janvier 2000 à Décembre 2004. La source des données était les dossiers des malades et le registre des consultations. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe et le diagnostic retenu. L'étude n'a inclus que les sujets adultes.

Résultats : 577 dossiers ont été retenus. Les hémoglobinopathies venaient en tête de la pathologie bénigne avec 63 % des cas dont 56,46 % pour les formes majeures de la drépanocytose avec 40,64 % pour la forme SC.

Conclusion : Ces résultats devraient inciter à la création d'un centre national de prise en charge de la drépanocytose telle que recommandée par les conférences internationales sur le sujet

MOTS-CLÉS : HÉMATOLOGIE, CONSULTATION, HÉMOPATHIES, HÉMOGLOBINOPATHIES, DRÉPANOCYTOSE.

SUMMARY

Background : Hemoglobinopathies are common in BURKINA FASO particularly sickle cell disease.

Objective : Specify the place of sickle cell anemia in the consultations unit of hematology of the internal medicine service in university teaching hospital YALGADO OUEDRAOGO.

Methodology : The retrospective study has concerned the period of January 2000 to December 2004. The data have been gathered from the patients files and the registration documents. Age, sex and the diagnosis were the main variables which have been considered. Only adults have been included.

Results : 577 files have been selected. The hemoglobinopathies were in the first position among benign pathologies with 63 % of the cases of which 56,46 % concerned major forms of sickle cell disease and 40,64 % concerned the SC form of sickle cell disease.

Conclusion : These results may lead to create a national center for sickle cell disease management as recommended by the international conferences on the subject.

KEY-WORDS : HAEMATOLOGY, CONSULTATION, HEMATOLOGIC DISEASES, HEMOGLOBINOPATHIES, SICKLE CELL DISEASE.

INTRODUCTION

La drépanocytose constitue un problème de santé publique au Burkina-Faso. C'est ce qui a justifié sa participation aux états généraux sur la drépanocytose à Brazzaville² qui ont montré la nécessité pour nos pays d'asseoir des programmes nationaux de lutte contre cette première affection génétique en Afrique à laquelle le Burkina-Faso paye un lourd tribut. Le troisième congrès scientifique international tenu à Dakar a conclu à la même nécessité¹⁴. C'est pourquoi après cinq ans d'activités de consultation d'hématologie, nous avons voulu faire le point sur les affections courantes reçues afin de dégager la place des maladies drépanocytaires. Le but est d'améliorer la prise en charge par une meilleure organisation du cadre de travail.

I- PATIENTS ET METHODES

CADRE DE L'ÉTUDE

Il s'est agi d'une étude rétrospective sur dossiers et ou à partir du registre des consultations d'hématologie du service de médecine interne du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo allant de janvier 2000 à décembre 2004. Elle a concerné tout patient âgé de plus de quinze ans et reçu en consultation d'hématologie. Tous les patients sans diagnostic précis ont été exclus. Ainsi, 577 dossiers ont été retenus.

La collecte des données et le traitement statistique

Dans chaque dossier, nous nous sommes intéressés à l'âge, au sexe, et au diagnostic retenu. Ces différentes données ont été saisies à partir d'une fiche d'enquête préalablement établie.

II- RESULTATS

Sur les 577 dossiers, les affections non hématologiques représentaient 23 cas soit 3,9%. Il s'agissait principalement du diabète, de l'hyperthyroïdie, de l'hypertension artérielle.

Nous avons enregistré 342 hommes pour 235 femmes, soit un sex ratio de 1,45.

L'âge moyen était de 34,25 ans avec des extrêmes de 7 et de 75ans.

La répartition des patients selon le type de pathologie est rapportée dans le tableau n°I ci-dessous.

Tableau n°I : Répartition des patients selon le type de pathologie

Type de pathologie	Effectif	Pourcentage
Affections hématologiques	500	86,6
Affections non hématologiques	23	3,9
Patients en exploration	49	8,4
Autres spécialités	05	0,8
Total	577	100

1) PATHOLOGIE BÉNIGNE

Elle a été diagnostiquée dans 509 cas soit 88,2% des cas. Les principaux diagnostics sont consignés dans le tableau suivant.

Tableau n°II : Répartition des patients selon le type d'affection hématologique bénigne

Type d'affection / état	Effectif	Pourcentage
Hémoglobinopathies	278	63,03
Autres anémies	92	20,86
Myélodysplasie liée au VIH	13	2,94
Thrombopénie	8	1,81
Leucopénie physiologique	16	3,62
Neutropénie iatrogène	5	1,13
Fièvre bilieuse hémoglobinurique	02	0,45
Tuberculose ganglionnaire	5	1,13
Hypersplénisme par paludisme chronique	12	2,72
Aplasies médullaire	8	1,81
Hyperéosinophilie	2	0,45
Total	441	100

Dans le groupe des hémoglobinopathies, nous avons observé :

- 44 cas d'homozygotes SS, soit 15,82%
- 113 cas de double hétérozygotes SC, soit 40,64 %
- 36 cas d'homozygote CC, soit 12,9 %
- 48 cas de porteurs du trait drépanocytaire AS, soit 17,2 %
- 31 cas de porteurs du trait C (AC) soit 11,1 %
- 6 cas de S/bêta thalassémie, soit 2,1 %.

le tableau suivant donne la répartition des anémies selon le type.

Tableau n°III : Répartition des patients selon le type d'anémie

	Effectif	Pourcentage
AMH Hyposidémique*	63	68,47
AMH Hypersidémique	04	4,34
Anémie macrocytaire	10	10,86
Anémie de Biermer	03	3,26
Anémie liée au VIH	12	13,04
Total	92	100

* AMH = Anémie Microcytaire Hypochrome.

2) PATHOLOGIE MALIGNNE.

Elle est représentée par les leucémies aiguës, les syndromes myéloprolifératifs et lymphopro-

lifératifs avec respectivement 1% (n = 5), 3,6% (n = 18) et 7,2% (n = 36) de la pathologie hématologique soit un total de 11,8% (n = 59).

Tableau n°IV : Répartition des patients selon le type d'hémopathie maligne

Syndrome	Type d'affection	Effectif	Pourcentage
Lymphoïde	Leucémie aiguë lymphoblastique	02	3,3
	Leucémie lymphoïde chronique	15	25,4
	Myélome Maladie de Kahler	05	8,4
	Lymphome malin non Hodgkinien	11	18,6
	Lymphome de Burkitt	04	6,7
	Maladie de Hodgkin	01	1,6
			38
Myéloïde	Leucémie aiguë myéloïde	03	05
	Thrombocythémie essentielle	02	3,3
	Leucémie myéloïde chronique	13	22
	Maladie de Vaquez	03	05
			21
Total		59	100

DISCUSSION

577 patients nous semblent faible pour une période de 5 ans. En effet, la consultation d'hématologie du CHU de Yopougon a reçu 1714 consultants pour une période de 2 ans soit 857 malades par an¹⁰. Cette différence majeure est le résultat de l'absence:

- d'un service d'hématologie clinique qui pourrait servir de centre de référence.

- d'un centre de prise en charge de la drépanocytose et du nombre très insuffisant de médecins spécialistes en hématologie. La répartition des malades selon le sexe ne reflète pas la situation démographique nationale et est proche de celle de Touré en république de Cote

d'Ivoire¹¹. C'est donc dire que les femmes ne consultent pas fréquemment à l'opposé des hommes. Cela serait peut être le fait de pesanteurs socioculturelles et économiques. Néanmoins, les affections hématologiques viennent en tête avec 86,65% des cas. Cette situation surprenante du fait de l'absence d'un service d'hématologie clinique pourrait s'expliquer par :

- l'intégration de l'hématologie à la Médecine Interne expliquant les 3,9% d'affections relevant de la médecine interne ;
- la bonne collaboration au sein du service de médecine interne ;
- l'assez bonne organisation des rendez-vous de consultation par le secrétariat médical. En effet, le pourcentage des affections hématologiques reçues en consultation est supérieur à celui de Touré dans le service d'Hématologie Clinique du CHU de Yopougon¹¹.

Dans le groupe de la pathologie bénigne, les hémoglobinopathies dominent largement le pool des consultants avec 63%. Cependant, il est en deçà de celui de Touré qui est de 86,74%. Cela est lié au fait que le service ne reçoit que des adultes. En effet, les enfants atteints d'hémoglobinopathies sont suivis en pédiatrie. Les syndromes drépanocytaires majeurs reçus en cinq ans sont largement inférieurs aux 132 se répartissant en 109 SS, 22 SC et 1 S beta zéro thalassémie, reçus par Gbadoe et coll. après une année de suivi ambulatoire au Togo³ si l'on traduit nos résultats en moyenne annuelle. A défaut d'un centre de prise en charge de la drépanocytose, nous pensons comme Thuilliez et coll. qu'une unité annexée à la Pédiatrie serait d'un grand apport dans la réduction de la létalité infantile dans nos pays aux ressources limitées¹³. Il faut saluer la mise sur pied de programmes nationaux de lutte contre la drépanocytose dans certains pays africains qui constitue un bel exemple¹².

La forme majeure homozygote SS est faiblement représentée contrairement à la forme double hétérozygote SC. En effet, du fait de l'absence de diagnostic néonatal et prénuptial systématique, beaucoup d'homozygotes meurent avant leur cinquième anniversaire, de complications souvent anémiques¹³. Cela n'est pas le cas pour les doubles hétérozygotes SC qui sont moins anémiés et qui voient leurs manifestations débiter tardivement, vers l'âge de 6 ans. De plus, le Burkina-Faso constitue l'épicentre de l'hémoglobinoïde C expliquant la forte représentativité des nouveaux nés SC dans plusieurs études^{5,8}. C'est une forme non anémique avec beaucoup de complications ischémiques.

La prévalence des homozygotes CC qui ne sont pas du tout retrouvés dans le travail de Touré vient confirmer si besoin était que le Burkina-Faso constitue l'épicentre de l'hémoglobinoïde C. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette hémoglobine est souvent considérée à tort ou à raison comme asymptomatique et ne nécessitant aucun suivi⁸. Son association à l'hémoglobine S en fait une forme majeure avec des complications ischémiques⁶. Cette hémoglobine C reste pour nous d'un grand intérêt scientifique quand on prend en compte les travaux de Mondiano et Olson qui estiment qu'elle serait un facteur de protection contre le paludisme^{7,9}.

Dans le grand groupe des anémies, l'infection VIH a été incriminée dans 13% des cas et a été retenue comme responsable de myélodysplasies dans 2,9% des cas. Les atteintes hématologiques du VIH sont variées et s'aggravent au fur et à mesure que l'immunodépression s'accroît. L'anémie au cours de l'infection VIH constitue un facteur de mauvais pronostic comme le souligne l'étude de Diallo et coll. à Bamako⁴. C'est dire encore l'importance des campagnes de communication pour le changement de comportement face à cette pandémie. L'anémie microcytaire hypochrome hyposidérémique est insidieuse et bien tolérée du fait de l'adaptation de l'organisme. Elle a été observée dans 43,3 % des anémies microcytaires hypochromes dans l'étude de Ouermi dans le même service¹⁰. Cela explique en partie sa forte représentation dans les consultations externes comme dans l'étude de Touré¹¹.

Le caractère retrospectif de l'étude ne nous a pas permis d'accéder à un diagnostic plus précis quant aux 4 cas d'anémie hypochrome microcytaire hypersidérémique.

La pathologie maligne est caractérisée par la quasi inexistence de cas de maladie de Hodgkin. Cela pourrait être liée à la difficulté d'obtenir une biopsie ganglionnaire. En effet, du fait de la pandémie du VIH, la biopsie ganglionnaire n'est plus facilement acceptée par les chirurgiens déjà en nombre insuffisant et débordés par les urgences. Cela n'est pas le cas pour le lymphome de Burkitt qui admet un diagnostic cytologique et qui est beaucoup plus fréquent en pédiatrie. La leucémie myéloïde est retrouvée à une fréquence proche de celle de notre première étude sur ce syndrome myéloprolifératif dans ce même service : 30 cas en 11 ans¹.

CONCLUSION

Les hémopathies suivies en ambulatoire au CHU- Yalgado Ouédraogo, malgré l'absence d'un service d'hématologie clinique sont qualitativement superposables à celles d'autres services africains. Cela est le résultat d'une bonne collaboration de l'équipe de médecine interne. Cependant, devant la forte prévalence des syndromes drépanocytaires majeurs, les perspectives devraient s'orienter vers la création d'un centre national de prise en charge de la drépanocytose tel que recommandé par les états généraux tenus sur la maladie.

Par ailleurs, devant le nombre important d'hémopathies malignes et d'affections dont le suivi ambulatoire est long et émaillé de complications, la nécessité d'un service d'Hématologie Clinique se dégage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Drabo Y J, Nacoulma E W C, Diakhate L, Thiam D, Sanon H, Kabore J, A Lengani J. Les leucémies myéloïdes chroniques : à propos de 30 cas diagnostiqués à Ouagadougou. *Burkina médical*, 2000 -2001, 4 ; 1 -2 ; 32 -36.
- 2- Etat généraux de la drépanocytose. Brazzaville (République du Congo) du 21 au 23 décembre 2005
- 3-Gbadoe AD, Atsou K, Agbodjan-Djossou OA, Tsolenyanu E, Nyadanu M, Dogba AD, Assimadi JK. Ambulatory management of sickle cell disease : evaluation of the first year follows up of patients in the paediatric department of Lome (Togo). *Bull Soc Pathol Exot*. 2001, 94 (2) : 101 - 5
- 4- Diallo DA, Baby M, Dembélé M, Keita A, Sidibé AT, Cissé IAH, et al. Fréquence, facteurs de risque et valeur pronostique de l'anémie associée au VIH/SIDA chez l'adulte au Mali. *Bull Soc Pathol Exot* 2003 ; 96 : 123 - 127.
- 5- Kafando E, Sawadogo M, Cotton F, Vertongen F, Gulbis B. Neonatal screening for sickle cell disorders in Ouagadougou, Burkina Faso : a pilot study. *J Med Screen*. 2005 ; 12 (3) : 112-4
- 6- Lin M J, Nagel R L, Hirsch R E. Acceleration of haemoglobin C crystallization by haemoglobin S. *Blood* 1989 Oct ; 74 (5) : 1823 - 1825.
- 7- Modiano D, Luoni G, Sodiomon B, Sirima, Simporé J, et al. Haemoglobin C protects against clinical *Plasmodium falciparum* Malaria. *NATURE* 2001, 414, 305
- 8- Nacoulma E W C, Kabore A, Meda, Kabore J, Lengani A, Drabo Y J. Les hémoglobinoopathies AC et CC au Burkina-Faso. *Mali médical*, 2003, 13-16
- 9- Olson JA, Nagel RL. Synchronized cultures of P falciparum in abnormal red cells: the mechanism of the inhibition of growth in HbCC cells. *Blood* 1986 ; 67 (4) : 997-1001
- 10- Ouermi A S. Les anémies microcytaires hypochromes dans le service de Médecine Interne du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Th. Méd.* 2004 UFR/ SDS Ouagadougou.
- 11- Touré A H, Koffi KG, Chetcha B, N'dhatz E, N'hanho D C. Pathologies courantes rencontrées dans un service de consultation d'hématologie en Afrique : expérience du CHU de Yopougon. *Rev Int Sci Méd*, 2000 ; 2 (4) : 98 - 103.
- 12- Tshilolo. La drépanocytose en république démocratique du Congo : Aperçu sur la situation actuelle et perspectives d'avenir. *Congo médical*, 2003, 3 (12) : 1044-51
- 13- Thuilliez V, Vierin Y. The importance of sickle cell anaemia in a paediatric environment in Gabon. *Santé Publique*. 1997 ,9 (1) : 45 - 60.
- 14- Troisième congrès scientifique international sur la drépanocytose. Dakar (SENEGAL), Hotel Méridien du 22 au 24 novembre 2006.