

## LYMPHOMES GASTRO-INTESTINAUX AU TOGO: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET HISTOPRONOSTIQUES.

### GASTROINTESTINAL LYMPHOMAS IN TOGO: EPIDEMIOLOGICAL AND PROGNOSIS ASPECTS.

Amégbor K\*, Napo-Koura GA\*, Songne-Gnamkoulamba B\*\*, Redah D\*\*\*, Tekou A\*\*\*\*

\* Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques ; \*\* Pavillon militaire, Service de Chirurgie ;  
\*\*\* Service d'Hépatogastroentérologie ; \*\*\*\* Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Tokoin Lomé Togo.

**Correspondance:** Dr. Koffi Amégbor Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie Université de Lomé BP 1515, Lomé, TOGO Téléphone : (228) 912 50 43 E. mail : f6kamegbor@yahoo.fr

#### RESUME

Le tube digestif est le site principal des lymphomes non hodgkinien extra ganglionnaires. Le but de notre travail était de décrire l'épidémiologie et l'histopronostic des lymphomes gastro-intestinaux au Togo. Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur 32 cas diagnostiqués au Togo pendant 20 ans. Les lymphomes gastro-intestinaux constituent une affection peu fréquente au Togo représentant 5,6% des cancers du tube digestif et survenant à un âge moyen de 37 ans avec un sex-ratio H/F à 1,5. Au plan histologique, les lymphomes de grade intermédiaire étaient les plus observés suivant la classification de la Working Formulation (62,6%), alors que ce sont les lymphomes de MALT de haut grade de malignité qui prédominaient suivant la classification d'Isaacson. Leur topographie préférentielle était l'estomac (59% des cas). L'étroitesse du plateau technique de notre Laboratoire d'Anatomie Pathologique pose d'énormes problèmes diagnostiques de ces lymphomes.

**Mots clés :** Lymphomes, gastro-intestinal, Togo

#### ABSTRACT

The digestive tract is the principal site of the extranodal non hodgkin lymphomas. The purpose of our work was to describe the epidemiology and the prognosis of gastro-intestinal lymphomas in Togo. It was about a retrospective study relating to 32 cases diagnosed in Togo during 20 years. The gastro-intestinal lymphomas are not very frequent affection in Togo accounting for 5.6% of cancers of the digestive tract and occurring at 37 years an average age with a sex-ratio H/F to 1.5. Histologically, the lymphomas of intermediate rank were most observed according to the classification of Working Formulation (62.6%), where in fact the MALT lymphomas of high rank of malignity prevailed according to the classification of Isaacson. Their preferential topography was the stomach (59%). The narrowness of our technical plate poses enormous diagnostic problems of these lymphomas.

**Keys words:** Lymphomas, gastrointestinal, Togo.

#### INTRODUCTION

Les lymphomes gastro-intestinaux (LGI) sont des proliférations lymphoïdes localisées à l'un des segments du tractus digestif, sans atteinte antérieure des ganglions périphériques [1]. Ils sont les plus fréquents des lymphomes extra ganglionnaires et bien que les lymphomes gastriques soient des tumeurs rares, ils sont la localisation la plus fréquente au tube digestif de ces tumeurs. Leur pronostic est plus mauvais que celui des lymphomes ganglionnaires correspondants [2,3]. Le but de notre travail était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et histopronostiques de ces LGI au Togo.

#### MATERIEL ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 32 cas de LGI diagnostiqués entre janvier 1987 et décembre 2006 (20 ans) au laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-Tokoin de Lomé. Ces cas ont été colligés à partir des registres dudit laboratoire. Le matériel d'étude était constitué de biopsies et de pièces

opératoires fixées dans du formol à 10% et provenait des différentes structures sanitaires du Togo. Ces prélèvements étaient traités selon les techniques d'histologie conventionnelle. Une relecture des lames ou une recoupe des blocs de paraffine avait été réalisée pour examens complémentaires. Les cas de LGI avec localisation antérieure aux ganglions périphériques ont été exclus de cette étude.

#### RESULTATS

Au cours de notre période d'étude nous avons observé 32 cas de LGI représentant 5,6% des cancers du tube digestif diagnostiqués pendant la même période. Ces 32 LGI étaient repartis entre 19 hommes et 13 femmes soit un sexe ratio de 1,5.

L'âge de nos malades variait de 5 ans à 80 ans avec un âge moyen de 37 ans. Le tableau I montre la répartition de ces LGI en fonction de l'âge.

Au plan topographique, ces tumeurs étaient localisées à l'estomac dans 59 % des cas, au grêle dans 28 % des cas et au gros intestin dans 13 % des cas, représentant

respectivement 7,3 % des cancers de l'estomac, 14,8% de ceux du grêle et 4% des cancers colorectaux.

Du point de vue histologique, suivant la classification de Isaacson, il s'agissait du lymphome de MALT dans 68,8% des cas, suivi du lymphome de Burkitt observé dans 15,6% des cas. Les autres types histologiques étaient représentés par 4 lymphomes du manteau et un lymphome lymphoblastique.

Les lymphomes de MALT étaient de haut grade de malignité dans 72,7% des cas et de bas grade dans 27,3% des cas, et étaient localisés à l'estomac dans 71% des cas, au grêle dans 17% des cas et au gros intestin dans 12% des cas. Ils étaient observés chez 14 hommes et 8 femmes à un âge moyen de 42,5 ans.

Les lymphomes de Burkitt étaient observés au grêle dans 4 cas et au gros intestin dans un cas et à un âge moyen de 19 ans.

Les lymphomes du manteau étaient de localisation gastrique (3 cas) ou iléale (1 cas).

Selon le degré de malignité suivant la classification internationale à usage clinique (Working Formulation), les lymphomes de grade intermédiaire étaient les plus observés : 62,6% des cas dont 47,1% de lymphomes diffus à grades cellules. Les lymphomes de faible et de haut grades de malignité représentaient chacun 18,7% des cas (tableau II).

## DISCUSSION

Le tube digestif est fréquemment le siège de localisation secondaire au cours des lymphomes ganglionnaires. Les localisations primitives sont beaucoup plus rares ; environ 4,5 à 8,7% des lymphomes non hodgkiniens [2,4]. De plus les lymphomes primitifs gastro-intestinaux ne représentent que 3% des cancers gastriques, moins de 1% de ceux du colon et du rectum et 12 à 18% des cancers du grêle eux-mêmes très rares [5]. La fréquence beaucoup plus élevée de lymphomes que nous avons observée comme dans la plupart des pays africains notamment au Burkina Faso et à Madagascar où le lymphome représente respectivement 8,5 et 6,9% des cancers gastriques, serait liée au sous-développement et à la gastrite chronique associée à *H. pylori* dans ces milieux.

Les lymphomes gastro-intestinaux peuvent s'observer à tout âge avec une plus grande fréquence entre 40 et 60 ans [5]. Dans notre cas, ils étaient observés à tous les âges avec les mêmes fréquences, le lymphome de Burkitt étant observé à un plus jeune âge comme dans la littérature. La prédominance masculine que nous avons observée est également comparable à celle de la littérature [5].

L'estomac est le siège de prédilection des lymphomes du tube digestif [2,5], représentant

59% des cas de notre série. Ce sont essentiellement des lymphomes de type MALT, le plus souvent de haut grade. Mais si l'on considère ces lymphomes du point de vue de la classification internationale à usage clinique (Working Formulation), ils sont le plus souvent de grade intermédiaire.

En effet, pendant longtemps, il était habituel d'appliquer les classifications des lymphomes ganglionnaires à ceux du tube digestif. Mais, les cliniciens étaient surpris par l'extension et l'évolution rapide de ces lymphomes par rapport à leurs homologues ganglionnaires. D'où la classification des lymphomes gastro-intestinaux proposée par Isaacson et al. [6] qui fut plus tard améliorée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la bases des caractéristiques morphologique, immuno-histochimiques et moléculaires [7-9]. La notion nouvelle et importante est le découplage entre la taille des cellules et l'évolutivité du lymphome. En effet, si les lymphomes à grandes cellules sont associés à une notion de forte agressivité, ceux à petites cellules peuvent correspondre soit à des maladies peu agressives soit à des maladies parfois très agressives et l'on ne peut assimiler tous les lymphomes à petites cellules à des lymphomes de bas grade de malignité. Ainsi dans ces nouvelles classifications, nous observons près de 70% de lymphomes de haut grade de malignité contre seulement 18,7% dans la classification internationale à usage clinique. C'est dire tout l'intérêt de la caractérisation immuno-histochimique et moléculaire de ces lymphomes, techniques qui manquent encore dans nos pays en développement.

Du point de vue étiogénique *H. pylori* est incriminé dans la genèse du lymphome de MALT gastrique, et l'éradication de cette bactérie, au cours de la gastrite chronique folliculaire, entraîne une régression du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) qui va faire le lit du lymphome [10]. De plus le lien entre *H. pylori* et lymphomes gastriques semble encore plus évident quant une régression du lymphome est prouvée par immuno-histochimie et biologie moléculaire après éradication de l'*H. pylori* [11,12]. Au début, ce sont des lymphomes de faible degré de malignité d'évolution indolente et généralement localisés et pouvant se transformer en lymphome de haut grade de malignité lorsque apparaît un ou plusieurs contingents de grandes cellules. C'est dire toute l'importance de l'éradication de *H. pylori* dans la gastrite chronique folliculaire même en l'absence de la bactérie aux colorations de routine à l'hématéine éosine safran [13].

## CONCLUSION

Les lymphomes gastro-intestinaux sont des tumeurs rares mais de pronostic fâcheux. Au Togo, ils sont dominés par le lymphome de MALT gastrique de haut grade de malignité. Leur diagnostic histologique est avant tout morphologique surtout dans nos pays en développement, mais l'immuno-histochimie est devenue d'une importance incontournable pour leur meilleur caractérisation, indispensable à une prise en charge thérapeutique plus adéquate de ces tumeurs.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Dawson IMP, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumours of the digestive tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. *Br J Surg.* 1961; 49:80-9.
- [2] Freeman C, Berg JW, Culter SJ. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. *Cancer.* 1972; 29:252-60.
- [3] Isaacson PG, Wright DH. Malignant lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. A descriptive type of B cell lymphoma. *Cancer.* 1983; 52:1410-6.
- [4] Hermann R, Panahon AM, Barcos MP, Walsh D, Stutzman L. Gastrointestinal involvement in non Hodgkin lymphoma. *Cancer.* 1980; 46:215-22.
- [5] Ruskone-Fourneaux A, Lavergne-Slove A, Delmer A. Lymphomes gastro-intestinaux. *Gastroenterol Clin Biol.* 2002 ; 26 :233-41
- [6] Isaacson PG, Spencer J, Wright DH. Classifying primary gut lymphomas. *Lancet.* 1988; 2:1148-9.
- [7] Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW. World Health Organisation classification of tumours. In: P Kleinhaus and LH Sobin. Pathology and genetics of the hematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC Press; 2001.
- [8] Molina T, Diebold J. Classification des lymphomes. *Rev Prat.* 2002 ; 52 :951-8.
- [9] Isaacson PG, Du MQ. Gastrointestinal lymphomas. Where morphology meets molecular biology. *J Pathol.* 2005; 205 :255-74.
- [10] Stolte M. Helicobacter pylori and gastric lymphoma. *Lancet.* 1992; 339:745-6.
- [11] Bayerdörffer E, Neubauer A, Rudolph B, Thiede C, Lehn N, Eidt S, Stolte M. Regression of primary gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue type after cure of Helicobacter pylori infection. *Lancet.* 1995; 345:1591-4.
- [12] Delchier JC. Lymphome gastrique du MALT, une tumeur maligne potentiellement curable par l'éradication de H. pylori. *Gastroenterol Clin Biol.* 2003 ; 27 :453-8.

**Tableau I** : Répartition des lymphomes gastro-intestinaux en fonction de l'âge

	Nombre de cas	Pourcentage
0 – 14	6	18,8
15 – 24	4	12,5
25 – 34	5	15,6
35 – 44	4	12,5
45 – 54	5	15,6
55 – 64	4	12,5
65 et plus	4	12,5

**Tableau II** : Répartition des LGI selon le degré de malignité suivant la classification de la Working Formulation.

Degré de malignité	Classes histologiques	Nombre de cas	% (100)
		(32)	
Faible malignité	A- à petits lymphocytes	6	18,7
Malignité intermédiaire	E- diffus à petites cellules clivées	4	12,4
	F- diffus mixte	1	03,1
	G- diffus à grandes cellules	15	47,1
Malignité élevée	I- lymphoblastique	1	03,1
	J- à petites cellules non clivés (Burkitt)	5	15,7