



**Article original**

**Lymphome de Hodgkin et drépanocytose SS à l'Hôpital de Référence de Maradi au Niger à propos d'un cas**

Hodgkin lymphoma and SS sickle cell disease at the Maradi Reference Hospital in Niger a case report

M Elhadji-Chefou\*<sup>1,2</sup>, B Malam-Abdou<sup>3</sup>, MB Moustapha<sup>4</sup>, A Djibrilla-Almoustapha<sup>3</sup>,  
IT Liman Elhadji Ali<sup>1</sup>, O Kimso<sup>2</sup>, A Yacouba<sup>2</sup>, A Baragé<sup>2</sup>, A Alzouma<sup>2</sup>

**Résumé**

Introduction : La drépanocytose est la maladie génétique de l'hémoglobine la plus répandue dans le monde. Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne ; l'un des cancers les plus curables. Les hémopathies malignes sont rarement observées chez les drépanocytaires majeurs.

Cas clinique : Patient de 24 ans, drépanocytaire homozygote SS, irrégulièrement suivi, sans autres antécédents particuliers et facteurs de risque néoplasique, vu en consultation hématologique pour des adénopathies persistantes évoluant depuis environ 5 mois. L'examen physique notait une pâleur intense, un ictère franc, des adénopathies et une hépatomégalie avec fièvre. Il présentait aussi une douleur intense de la hanche droite avec boiterie droite et des ulcères de jambe bilatéraux. L'hémogramme a montré une anémie sévère normochrome normocytaire à 4,8 g/dl. L'adénogramme a mis en évidence des grande cellules bi nucléolées, faisant évoquer la cellule de Reed Sternberg. L'examen histologique de la biopsie ganglionnaire a confirmé le lymphome de Hodgkin (déplétion lymphocytaire) et l'immunohistochimie

était positive aux CD15 et CD30. L'échographie abdominale a montré des adénopathies profondes et une hépatomégalie hétérogène. Au total, lymphome de Hodgkin sur terrain drépanocytaire majeur avec des complications. Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie à base d'Adriablastine, Bléomycine, Vinblastine et Dacarbazine (ABVD) et un traitement de fond de la drépanocytose avec des soins locaux réguliers des ulcères des jambes.

Conclusion : L'espérance de vie des drépanocytaires est nettement améliorée avec le progrès scientifique ; celle-ci augmente leur vulnérabilité aux maladies liées à l'âge, notamment les néoplasies, dont le lymphome de Hodgkin. La prise en charge du lymphome de Hodgkin sur terrain drépanocytaire pose des difficultés thérapeutiques majeures.

Mots-clés : Lymphome de Hodgkin, drépanocytose SS, chimiothérapie.

**Abstract**

Introduction: Sickle cell disease is the most common genetic hemoglobin disorder worldwide. Hodgkin lymphoma is a malignant hematological disease

and one of the most curable cancers. Malignant hematological diseases are rarely observed in patients with major sickle cell disease.

Clinical case: A 24-year-old patient with homozygous SS sickle cell disease, non-adherent to follow-up, with no other significant medical history or risk factors for neoplasia, was seen in hematology consultation for persistent lymphadenopathy that had been developing for approximately 5 months. Clinical examination revealed intense pallor, marked jaundice, lymphadenopathy, and hepatomegaly with fever. He also presented with severe right hip pain, a right-sided limp, and bilateral leg ulcers. The complete blood count showed severe normochromic normocytic anemia with hemoglobin levels of 4.8 g/dL. The lymph node biopsy revealed large binucleolated cells, suggestive of Reed-Sternberg cells. Histological examination of the lymph node biopsy confirmed Hodgkin lymphoma (lymphocyte depletion), and immunohistochemistry was positive for CD15 and CD30. Abdominal ultrasound showed deep lymphadenopathy and heterogeneous hepatomegaly. Overall, Hodgkin lymphoma in a patient with significant sickle cell disease with complications. The patient received chemotherapy with Adriblastine, Bleomycin, Vinblastine, and Dacarbazine (ABVD), and sickle cell disease-modifying therapy was initiated, along with regular care for leg ulcers.

Conclusion: Life expectancy for sickle cell patients has significantly improved with scientific progress. This increases their vulnerability to age-related diseases, particularly neoplasms, including Hodgkin lymphoma. Managing Hodgkin lymphoma in individuals with sickle cell disease presents major therapeutic challenges.

Keywords: Hodgkin lymphoma, sickle cell disease (SS), chemotherapy.

## Introduction

La drépanocytose est la maladie génétique de l'hémoglobine la plus répandue dans le monde,

d'expression très variable et d'évolution émaillée des complications souvent redoutables. Maladie grave, elle affecte profondément la qualité et l'espérance de vie des patients, avec des ressources thérapeutiques extrêmement limitées. Les traitements actuels reposent essentiellement sur l'Hydroxyurée, la greffe de moelle osseuse et la thérapie génique [1]. Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne de bon pronostic, dont la prise en charge reste spécialisée. C'est l'un des cancers les plus curables [2]. Les hémopathies malignes sont rarement observées chez les drépanocytaires majeurs il y a une trentaine d'année, probablement en rapport avec le taux de mortalité élevé chez ces derniers du fait des complications évolutives [3]. La prise en charge du lymphome de Hodgkin chez les drépanocytaires se fait par la chimiothérapie et la radiothérapie, mais nécessite une surveillance accrue en raison de leur toxicité et de la fragilité des patients.

## Cas clinique

Un homme de 24 ans, drépanocytaire majeur SS, irrégulièrement suivi, sans autres antécédents particuliers et facteur de risque néoplasique, vu en consultation hématologique pour des adénopathies persistantes ayant évolué depuis environ 5 mois dans un contexte de fièvre. Le patient présentait à l'examen un syndrome anémique hémolytique avec signes de décompensation ; des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales (bilatérales, fermes, indolores et mobiles, mesurant 2 à 4 cm de diamètre) et d'hépatomégalie avec une flèche hépatique à 17 cm. Il présentait aussi une douleur intense au niveau de la hanche droite (EVA 8/10) avec une boiterie droite et des ulcères aux jambes évoluant depuis plus de 3 ans. L'évolution était marquée par la survenue de fièvre vespérale, des sueurs profuses nocturnes, anorexie et amaigrissement. Ailleurs, l'examen était sans particularité.

L'hémogramme a montré une anémie sévère normochromenormocytaire à 4,8 g/dl. L'adénogramme a mis en évidence des grande cellules bi nucléolées,

faisant évoquer des cellules de Reed Sternberg.

L'examen histologique de la pièce de biopsie ganglionnaire a confirmé le diagnostic de lymphome de Hodgkin avec déplétion lymphocytaire. Les CD15 et CD30 étaient positifs à l'immunohistochimie. La vitesse de sédimentation était à 120 mm à la 1ère heure.

L'échographie abdominale a montré des adénopathies profondes associées à une hépatomégalie hétérogène ; la rate était non visualisée. La radiographie du bassin a montré une nécrose de la tête fémorale droite.

Devant l'atteinte ganglionnaire sus et sous diaphragmatique, la présence des signes d'évolutivité clinique et biologiques (fièvre vespérale, sueurs profuses nocturnes et amaigrissement vitesse de sédimentation à 120 mm) ; au total lymphome de Hodgkin classé Ann Arbob III Bb sur terrain drépanocytaire SS compliqué d'anémie décompensée, de nécrose de la tête fémorale droite et d'ulcères des jambes. La sérologie rétrovirale, l'antigène HbS, l'anticorps anti hépatite C virale étaient négatifs. La glycémie, l'urémie, la créatininémie, les transaminases, la radiographie du thorax et l'échographie cardiaque étaient normales. Le protocole ABVD (Adriblastine 25mg/m<sup>2</sup>, Bléomycine 10mg/m<sup>2</sup>, Vinblastine 6mg/m<sup>2</sup> et Dacarbazine 375mg/m<sup>2</sup>) a été institué, ainsi qu'un traitement de fond de la drépanocytose à base d'hydroxyurée et soins réguliers des ulcères des jambes. Le patient a reçu 6 cycles d'ABVD en raison d'un cycle tous les J1 et J15 (soit 3 cures d'ABVD sur les 6 prévues à défaut de la radiothérapie de consolidation). Ces cycles ont été réalisés avec beaucoup de difficultés dues surtout à l'anémie sévère rapidement décompensée, nécessitant la transfusion sanguine de plusieurs poches ; mais aussi la survenue des crises vaso-occlusives hyperalgique (EVA généralement à 10) et les moyens financiers limités du patient. La prise en charge de l'anémie a consisté en des transfusions sanguines avec un objectif hémoglobinique de 6g /dl avant les cycles (le taux de base du patient étant au tour de 7g/dl). Il a été transfusé de 8 poches de 450 ml ; soit 2 à 3 poches par cures. Son groupe sanguin, B Rhésus négatif (très rare au Niger)

a rendu difficile la transfusion sanguine. Les crises vaso-occlusives ont été gérées par administration des antalgiques de palier II voire III. La radiothérapie n'a pas été réalisée pour insuffisance du plateau technique et les moyens limités du patient. Après ces trois cures, l'évolution clinique était favorable avec disparition des adénopathies superficielles, d'hépatomégalie et des signes généraux. Le taux d'hémoglobine à 8,1g/dl ; absence d'adénopathies profondes et des nodules hépatiques à l'échographie abdominale concluant en une rémission hématologique complète.



Figure 1 : Adénopathies cervicales et axillaires



Figure 2 : Ulcères de jambe

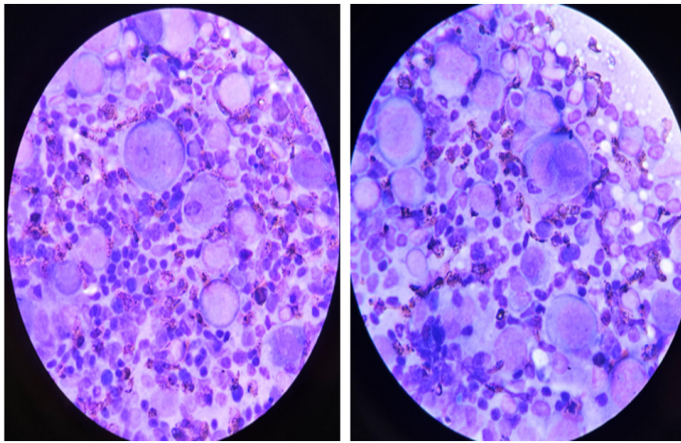


Figure 3 : Cellules de Reed Sternberg à la cytologie ganglionnaire réalisée au laboratoire de l'Hôpital de référence de Maradi



Figure 4 : Hodgkin's Lymphoma (Lymphocyte Depleted)

Ultramedikx Pathology Laboratory  
LAB NUMBER: UH-3857-25

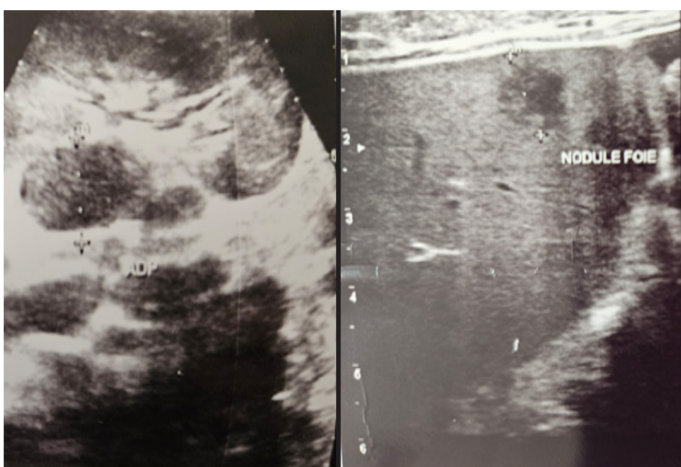


Figure 5 : Adénopathies profondes et hépatomégalie hétérogène

## Discussion

Grâce aux progrès réalisés dans la prise en charge de la drépanocytose, l'espérance de vie des patients a considérablement augmenté, exposant ceux-ci au risque de développer des maladies liées à l'âge, notamment les néoplasies [4]. Bien que rares, les lymphomes surviennent chez les drépanocytaires, nécessitant une prise en charge complexe et adaptée due aux risques de crises vaso-occlusives et de décompensation de l'anémie chronique déclenchées par la chimiothérapie. Nous rapportons un cas de lymphome de Hodgkin chez un jeune drépanocytaire SS, âgé de 24 ans, compliqué d'anémie décompensée, de nécrose de la tête fémorale droite et d'ulcère des jambes. Très peu de cas ont été rapportés par la littérature africaine et internationale. Farah Ashraf et al. ont rapporté en 2019 à l'Hôpital New York-Presbyterian Brooklyn Methodist aux États-Unis, un cas de lymphome de Hodgkin de type mixte avec virus d'Epstein-Barr positif chez drépanocytaire majeur [5]. Olena O Seminog et al. en 2016, trouvaient 5,6 % de lymphome de Hodgkin chez des patients drépanocytaires en Angleterre [6]. Des cas de néoplasies autres que lymphomes de Hodgkin ont été rapportés chez les drépanocytaires majeurs par des auteurs. C'est ainsi ; Padaro Essohana, G M. Koffi et al. en 2024 au Togo ; rapportaient quatre cas d'hémopathies malignes ; dont un cas de lymphome lymphocytaire chez un homme SS de 20 ans [7]. Brunson A et al. en Californie avaient trouvé 26 % de cancers hématologiques chez les drépanocytaires en 2017 [8]. Le traitement combiné par chimiothérapie suivie de la radiothérapie reste un standard dans la prise en charge de lymphome de Hodgkin. Les stratégies modernes visent à adapter l'intensité des traitements en fonction de la réponse du patient et ceci de manière précoce grâce à l'utilisation de la TEP FDG permettant une désescalade thérapeutique chez les patients répondeurs limitant ainsi les effets secondaires à long terme. Certains patients peuvent recevoir des traitements plus intensifs, avec des approches innovantes telles que la thérapie ciblée

ou les inhibiteurs de checkpoint (anticorps anti-PD1 notamment) [9, 10]. Notre patient a reçu 6 cycles d'ABVD (soit 3 cures). Ces cycles ont été réalisés avec beaucoup de difficultés dues surtout à l'anémie sévère rapidement décompensée, nécessitant la transfusion sanguine de plusieurs poches ; le groupe sanguin rare et les crises vaso-occlusives hyperalgiques. La radiothérapie n'a pas été réalisée, car plateau technique insuffisant et les moyens financiers limités. Le cas rapporté par Farah Ashraf et al. a été suivi en consultation externe et après la chimiothérapie (quatre cycles d'ABVD), il a bénéficié d'une radiothérapie de consolidation à la dose de 30 Gy, complétée par une surimpression de 6 Gy sur les ganglions jugulaires hypermétaboliques au PET-scan, de chaque côté. Le patient n'a jamais été hospitalisé pendant toute la durée du traitement [5].

## Conclusion

L'amélioration de l'espérance de vie des drépanocytaires suite au progrès de la médecine augmente leur vulnérabilité aux maladies liées à l'âge, notamment les néoplasies ; dont le lymphome de Hodgkin. La prise en charge du lymphome de Hodgkin sur terrain drépanocytaire pose des difficultés thérapeutiques majeures due aux risques accrus de crises vaso-occlusives et de décompensation de l'anémie chronique.

## \*Correspondance

El hadji Chefou Moustapha

[elcheffoumoustapha@yahoo.fr](mailto:elcheffoumoustapha@yahoo.fr)

Disponible en ligne : 29 Avril 2026

- 1 : Faculté des Sciences de la Santé, Université Dan Dicko Dankoulodo de Maradi, Niger
- 2 : Hôpital de Reference de Maradi, Niger
- 3 : Faculté des Sciences de la Santé, Université

Abdou Moumouni de Niamey, Niger  
4 : Faculté des Sciences de la Santé, Université André Salifou de Zinder, Niger

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

**Conflit d'intérêt :** Aucun

## Références

- [1] Koehl B. Nouveaux médicaments dans la drépanocytose. *J Pediatr Puériculture*. 2025;38(5):239-245. doi:10.1016/j.jpp.2025.07.002.
- [2] Rossi C, Ramla S, Robert P, Burlet B, Peignaux K, Tabouret-Viaud C, et al. Lymphome hodgkinien : surveiller la toxicité des traitements. *Rev Prat Med Gen*. 2020;34(1045):541-545.
- [3] Kamara I, Kouakou B, Silué D, Chefou M, Tolo-Diebkilé A, Koffi KG, et al. Myélome multiple et drépanocytose : problématique de la douleur osseuse. *Rev Int Sci Méd*. 2017;19(1):20-22.
- [4] Guiraud Chaumeil J, Comont T, Sukurdeep G, Beziat G, Castex MP, Cougoul P. Pathologies malignes et drépanocytose : un nouveau challenge ? *Rev Med Interne*. 2021;42(1):A78. doi:10.1016/j.revmed.2021.03.295.
- [5] Ashraf F, Kancharla P, Goldfinger M. Management of Hodgkin lymphoma in a sickle cell patient: a case report. *Case Rep Oncol*. 2019;12(1):224-227. doi:10.1159/000497480.
- [6] Seminog OO, Ogunlaja OI, Yeates D, Goldacre MJ. Risk of individual malignant neoplasms in patients with sickle cell disease: English national record linkage study. *J R Soc Med*. 2016;109(8):303-309. doi:10.1177/0141076816651037.
- [7] Essohana P, Koffi GM, Hèzouwè M, Kodzovi WMC, Yao L, Mandjamana K, et al. Hematological malignancies in sickle cell disease patients: report of four cases in Togo and literature review. *Open J Blood Dis*. 2024;14(1).
- [8] Brunson A, Keegan TH, Bang H, Mahajan A, Paulukonis S, Wun T. Increased risk of leukemia

among sickle cell disease patients in California. *Blood*. 2017;130(13):1597-1599. doi:10.1182/blood-2017-05-783233.

[9] Turpin A, Michot JM, Kempf E, Mazon R, Dartigues P, Terroir M, et al. Le lymphome de Hodgkin : stratégies thérapeutiques actuelles et futures. *Bull Cancer*. 2018;105(1):81-98. doi:10.1016/j.bulcan.2017.11.008.

[10]Herbaux C, Tchernonog E, Al Tabaa Y. Les lymphomes en pratique clinique : nouveaux enjeux cliniques et thérapeutiques. *Med Nucl*. 2024;48(6):241-244.

**Pour citer cet article :**

M Elhadji-Chefou, B Malam-Abdou, MB Moustapha, A Djibrilla-Almoustapha, IT Liman Elhadji Ali, O Kimso et al. Lymphome de Hodgkin et drépanocytose SS à l'Hôpital de Référence de Maradi au Niger à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2026; 10(2): 15-20

<https://doi.org/10.70065/26102.jaccrAfri.003L012904>