



Ulcère gastrique ou leucémie ? Un train peut en cacher un autre
Stomach ulcer or leukemia? A train can hide another one

Mamoudou BN^{1,2}, Guèye AD^{1,2}, Diallo BM^{1,3}, Nandong N^{1,2}, Mouhamadou M^{1,2}
Ndiaye Y^{1,2}, Marone Z^{1,2}, Berthé A^{1,2}, Touré PS^{1,3}, Diop MM^{1,2}, Ka MM¹

1. Université Iba Der Thiam de Thiès - UFR des Sciences de la Santé/Sénégal
2. Service de Médecine Interne Centre Hospitalier Régional de Thiès/Sénégal
3. Service de Médecine interne de l'Hôpital Abdou Aziz Sy Dabakh de Tivaouane/Sénégal

Auteur correspondant : Dr Baba Nana MAMOUDOU / E-mail : nanambaba@gmail.com

Résumé

Introduction : Les hémorragies gastro-intestinales (GI) sont des urgences cliniques fréquentes et multifactorielles. Elles peuvent révéler des affections variées, y compris des hémopathies malignes rares comme la leucémie myéloïde chronique (LMC).

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient de 49 ans admis pour hématemèse massive, méléna et anémie sévère. Le bilan révélait une hyperleucocytose importante et une thrombopénie. La fibroscopie œsogastroduodénale montrait un pseudo-polype ulcéré et un ulcère prépylorique associés à *Helicobacter pylori*. Le myélogramme et la recherche du transcrite BCR/ABL confirmaient une LMC en phase chronique. Le patient a reçu des transfusions sanguines, un traitement éradicateur de *H. pylori*, et de l'hydroxyurée en phase initiale. Un traitement de fond par Imatinib a ensuite été instauré, entraînant une régression rapide de l'hyperleucocytose et une amélioration clinique.

Conclusion : Ce cas illustre la rareté des hémorragies digestives comme mode de révélation d'une LMC. L'association à *H. pylori* peut compliquer le tableau clinique. Le diagnostic repose sur la NFS, le myélogramme et la biologie moléculaire. Le traitement par inhibiteurs de tyrosine kinase constitue aujourd'hui la référence et améliore significativement le pronostic. L'évaluation hématologique doit être systématique devant une hémorragie digestive associée à une hyperleucocytose inexplicée. La reconnaissance précoce d'une LMC et la mise en place d'un traitement adapté conditionnent l'évolution favorable.

Mots-clés : Hémorragie digestive - Leucémie myéloïde chronique - *Helicobacter pylori* - Imatinib.

Summary

Background: Gastrointestinal (GI) bleeding is a common, multifactorial clinical emergency. It may reveal various underlying conditions, including rare malignant hematologic disorders such as chronic myeloid leukemia (CML).

Case Report: We report the case of a 49-year-old patient admitted with massive hematemesis, melena, and severe anemia. Laboratory tests revealed marked hyperleukocytosis and thrombocytopenia. Upper gastrointestinal endoscopy showed an ulcerated pseudopolyp and a prepyloric ulcer associated with *Helicobacter pylori*. Bone marrow aspiration and BCR/ABL transcript detection confirmed CML in its chronic phase. The patient received blood transfusions, *H. pylori* eradication therapy, and initial cytoreduction with hydroxyurea. Subsequently, treatment with Imatinib was initiated, leading to a rapid regression of hyperleukocytosis and clinical improvement.

Conclusion: This case highlights the rarity of GI bleeding as a revealing mode of CML. The coexistence of *H. pylori* infection may further complicate the clinical presentation. Diagnosis relies on complete blood count, bone marrow studies, and molecular biology. Tyrosine kinase inhibitors currently represent the standard of care and significantly improve prognosis. Hematological evaluation should be systematic in cases of GI bleeding associated with unexplained hyperleukocytosis. Early recognition of CML and initiation of appropriate therapy are essential for favorable outcomes.

Keywords: Gastrointestinal bleeding - Chronic myeloid leukemia - *Helicobacter pylori* - Imatinib.

Introduction

Les hémorragies gastro-intestinales (GI) constituent un problème clinique important dans le monde entier, avec des étiologies diverses allant des ulcères gastroduodénaux aux tumeurs malignes [1, 2]. Parmi les diverses affections, les troubles hématologiques tels que la leucémie myéloïde chronique (LMC) peuvent occasionnellement se manifester par des hémorragies gastro-intestinales, ce qui pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques [1]. Nous rapportons un cas de LMC révélé par une hémorragie digestive.

Observation

Il s'agit de Monsieur I.S, 49 ans non éthylique ni tabagique aux antécédents d'épigastralgie d'allure ulcéreuse chronique non documentée, hospitalisé le 25/12/2023 dans le service de Médecine Interne de l'hôpital Régional de Thiès pour hématémèse de grande abondance. Le début de la symptomatologie remonterait au 22/12/2023 marqué par l'apparition progressive d'une douleur abdominale à type de brûlure au niveau épigastrique aggravée par la consommation d'aliments et calmé par la prise des anti-acides. Cette douleur était accompagnée des vomissements sanglants post prandiaux tardifs, de méléna et d'asthénie physique évoluant dans un contexte de fièvre, frissons et sueurs. A l'examen physique, il présentait une Pression artérielle à 140/90 mmHg, un pouls à 115bpm, une FR à 28cpm, une glycémie capillaire à 0.92g/l et une température à 40°C ; syndrome anémique mal toléré caractérisé par une polypnée superficielle, des muqueuses

conjonctivales pâles et un souffle systolique sur tous les foyers. Devant ce tableau, nous avons évoqué comme hypothèses diagnostiques une rupture de varices œsophagiennes ou un ulcère hémorragique. Les explorations biologiques à l'entrée montraient une hyperleucocytose sévère 55 000 éléments/mm³ à prédominance neutrophiles, une anémie sévère à 2,8g/dl normochrome normocytaire, une thrombopénie à 83 000 éléments/mm³ et une hypokaliémie à 1,39mmol/L. La fonction hépatique était normale avec notamment un taux de prothrombine à 82,1%, INR à 1,16 et des transaminases à des taux normaux. La fonction rénale était aussi normale avec une créatinine à 10.9mg/L et un DFG= 92.74ml/min/m². Le frottis sanguin demandé sur le même échantillon montrait une myélémie à 32%. On notait aussi l'absence d'antigène HBs à la sérologie de même que l'absence des anticorps anti VIH et l'ionogramme de contrôle après correction de l'hypokaliémie montrait une kaliémie 3,7mmol/L. Une transfusion encadrée de 5 poches de sang accompagnée d'une réhydratation prudente avec du sérum physiologique 0.9% était instaurée. A 48 heures post-transfusion des 5 poches de sang complet, on avait une légère augmentation du taux d'hémoglobine à 4.4g/dl normochrome normocytaire, une hyperleucocytose à 105 000 éléments/mm³ et une thrombopénie à 138 000 éléments/mm³. La fibroscopie œsogastroduodénale avec biopsies montrait un polype sessile gastrique ulcéré avec stigmate d'hémorragie et un ulcère prepylorique avec également des signes de saignement (Figure 1).

Polype sessile gastrique ulcéré



Figure 1 : Polype sessile gastrique ulcéré avec stigmates d'hémorragie (Biopsies) + Ulcères prepyloriques avec également des signes de saignement (Biopsies)

Les résultats de l'anatomopathologie des biopsies montraient un aspect histologique d'une gastrite antrofundique chronique liée à Helicobacter pylori et absence de signe de malignité. Sur le médullogramme on avait une moelle hypercellulaire avec la présence d'une hyperplasie de la lignée granuleuse sans hiatus de la maturation avec quelques cellules basophiles confirmant un syndrome myéloprolifératif à type de Leucémie

Myéloïde Chronique dans sa phase chronique. La recherche du transcrite BCR/ABL montrait la présence de transcrite MBCR/ABL en faveur d'une LMC. A une semaine d'hospitalisation on notait une bonne évolution sous traitement éradicateur de l'Helicobacter pylori et plusieurs transfusions mais avec persistance de l'asthénie. Un traitement à base de l'hydroxyurée t aussi de l'allopurinol était instauré. A un mois de traitement on notait une



anémie modérée à 11.0g/dl d'hémoglobine normochrome normocytaire et une régression de l'hyperleucocytose à 5 000 éléments/mm³ à

prédominance neutrophile. Nous avons arrêté l'hydroxyurée et débuter l'imatinib comme traitement de fond de la LMC.

Date	GB éléments/mm ³	Hb g/dl	PLQ éléments/mm ³
25/12/2023	55 000	2.8	83 000
27/12/2023	105 000	4.4	138 000
30/12/2023	249 000	9.4	375 000
30/01/2024	25 000	11.0	280 000

Discussion

La leucémie myéloïde chronique (LMC) est une hémopathie maligne résultant d'une prolifération clonale d'une cellule souche hématopoïétique caractérisée par une anomalie cytogénétique, le chromosome Philadelphie [1].

La LMC peut présenter des complications telles que des lésions gastro-intestinales qui peuvent être classées comme hémorragiques, infiltrantes, agranulocytaires et fongiques [2] et peuvent même mimer un carcinome gastrique [3].

L'infiltration leucémique de l'estomac peut se présenter sous forme de nodules, de plis épaissis [4, 5] ou d'ulcères [6]. Ces lésions peuvent être le principal motif de consultation et conduire à la découverte fortuite d'une LMC. Notre patient avait présenté des hématémèses de grandes abondances suite à un pseudo polype ulcéré et un ulcère prépylorique qui était à la base de la découverte fortuite de la LMC. Cette association illustre comment une pathologie digestive banale et fréquente peut conduire à la découverte d'une affection hématologique maligne rare, modifiant radicalement la prise en charge thérapeutique et le pronostic du patient

Une étude menée par Dia D et al en 2008 à Dakar a montré que 78,5% des lésions gastroduodénales étaient associées à *H. pylori* [7]. Nous notons que les ulcères de notre patient étaient également associés à une infection par *H. pylori*.

L'exposition à des niveaux élevés de radiations est le principal facteur de risque de leucémie myéloïde chronique (LMC). Le risque de développer une LMC augmente avec l'âge [8]. Elle apparaît généralement chez les personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui contraste avec la situation de notre patient, qui n'a pas signalé d'antécédents d'exposition aux irradiations et qui n'a que 49 ans.

La numération formule sanguine (NFS) joue un rôle crucial dans le diagnostic de la leucémie myéloïde chronique (LMC) et est également utilisée pour mesurer la gravité des hémorragies gastro-intestinales. La LMC se caractérise généralement par une leucocytose importante, principalement due à une prolifération excessive des granulocytes, en particulier des neutrophiles [9]. Cette augmentation

des leucocytes est l'une des caractéristiques de la LMC, tandis que le degré d'anémie peut donner un aperçu de la gravité de l'hémorragie gastro-intestinale [10]. Dans le cas de notre patient, nous avons constaté une hyperleucocytose persistante et une anémie profonde dans de nombreux résultats de l'hémogramme, ce qui a incité à poursuivre les investigations pour diagnostiquer une LMC avec des complications gastro-intestinales probables. La leucémie myéloïde chronique (LMC) peut entraîner des complications gastro-intestinales par différents mécanismes, notamment l'infiltration leucémique de la muqueuse, la thrombopénie et les anomalies de la coagulation, favorisant ainsi la survenue de lésions ulcéreuses et hémorragiques. Dans notre observation, l'ulcère gastrique prépylorique, bien qu'associé à une infection à *Helicobacter pylori*, peut être interprété comme une complication digestive aggravée par le terrain hématologique particulier de la LMC, marqué par la thrombopénie et l'hyperleucocytose.

Dans un premier temps, un traitement ambulatoire de réduction tumorale par l'hydroxyurée permet d'effacer les signes de la maladie chez la plupart des patients, mais ne modifie malheureusement pas significativement l'évolution de la maladie. L'objectif du traitement, au-delà des premiers mois suivant le diagnostic, est de retarder et si possible d'éliminer l'évolution à moyen terme vers la phase de transformation aiguë, donc un traitement ciblé par des inhibiteurs de tyrosine kinase (ex. imatinib, nilotinib, dasatinib, bosutinib, ponatinib), qui agissent en bloquant la tyrosine kinase anormale produite par le chromosome de Philadelphie doit être mis en place [11]. Dans le cas de notre patiente, nous constatons une évolution remarquable marquée par une régression drastique de l'hyperleucocytose et un amendement des symptômes avec un traitement composé d'hydroxyurée dans un premier temps, puis d'Imatinib comme traitement de fond.

Conclusion

Ce cas illustre la rareté d'une leucémie myéloïde chronique révélée par une hémorragie digestive. L'association avec une infection à *Helicobacter*



pylori a contribué à la complexité diagnostique et thérapeutique. La NFS et la biologie moléculaire demeurent des outils indispensables pour confirmer le diagnostic. Le traitement par inhibiteurs de tyrosine kinase, en particulier l'Imatinib, a permis une évolution favorable. Ce cas souligne l'importance d'une évaluation hématologique systématique devant toute hémorragie digestive inexplicée

La forte prévalence de *H pylori* et de ses complications (Sénégal, 1997, 76,2% ; Maroc, 2011, 69% ;) Cameroun, 2013, 72,5%) en Afrique, ne doit pas faire oublier les possibles associations [12].

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Ebert EC, Hagspiel KD. Gastrointestinal manifestations of leukemia. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012 ; 27(3) : 458-63
2. Prolla JC, Kirsner JB. The gastrointestinal lesions and complications of leukemia. *Ann Intern Med.* 1964 ; 61 : 1084-103
3. Cavins JA, Levin HS, Day HJ. Chronic myelogenous leukemia with gastric infiltration: report of case simulating carcinoma of the stomach. *N Engl J Med.* 1959; 260: 1111-4
4. Kothur R, Marsh F, Posner G, Dosik H. Endoscopic leukemic polyposis. *Am J Gastroenterol.* 1990; 85: 884-6
5. Wahl HR, Hill JH. Gastric lesions in Hodgkin's disease and leukemia. *Am J Pathol.* 1956; 32: 235-51
6. Roy J, Vercellotti G, Fenderson M, Mulvahil A, Snover D, Weisdorf D. Isolated relapse of acute myelogenous leukemia presenting as gastric ulcer. *Am J Hematol.* 1991; 37: 270-3
7. Dia D, Diop EH, Fall F, Sow M, Ka MM, Diouf ML et al. *Helicobacter pylori* et pathologie gastroduodénale à Dakar (Sénégal). *Med Trop (Mars).* 2010 ; 70 : 367-70
8. Société canadienne du cancer. Risques de leucémie myéloïde chronique (LMC) [Internet]. 2024 [cité 2025 juin 21]. Disponible sur: <https://cancer.ca>
9. Hochhaus A, Saussele S, Rosti G, Mahon FX, Janssen JJWM, Hjorth-Hansen H et al. European LeukemiaNet 2020 recommendations for treating chronic myeloid leukemia. *Leukemia.* 2020; 34(4): 966-84
10. Mathurin P, Tran A, Lemoine M. Hémorragie digestive. *La Rev Prat.* 2009, 20; 59 : 545-7
11. Dale DC. Revue générale de la leucopénie. In: *Le Manuel MSD* [Internet]. Vérifié/Révisé févr. 2025 [cité 2025 juin 21]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com>
12. Mnichil Z, Abate D, Mulu W, Abera B. Prevalence and associated risk factors of *Helicobacter pylori* infection in East Africa: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Microbiol.* 2024; 55(1): 51-64