

# ÉVALUATION DE LA PRISE DU CANCURE DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS A L'HÔPITAL MILITAIRE RÉGIONAL DE KINSHASA

**Dr Alphonse BOKOLOMBE APANDA  
Dr Francisca SAMATO ZUINA  
Dr Francis EBOLA IYAWA  
Dr Christian TSHIAMBU MUSHIPULA  
Dr Henri NZUKA ENGALE  
Dr Jérémie BODIKA MPUNGA  
Dr Gilbert KABANDA KURHENGA**

# Plan de présentation

1. Introduction
  2. A propos du cancre
  3. Cas cliniques
  4. Commentaires
- Conclusion

# 1. Introduction

Le nom « cancer » fut attribué par Hippocrate aux tumeurs d'évolution maligne, vraisemblablement pour rappeler certains de leurs aspects morphologiques et imager leur évolution destructrice & envahissante.

Le cancer est une maladie caractérisée par une prolifération cellulaire anormalement importante au sein d'un tissu normal de l'organisme, de telle manière que la survie de ce dernier est menacée.

Ces cellules dérivent toutes d'un même clone, cellule initiatrice du cancer qui a acquis certaines caractéristiques lui permettant de se diviser indéfiniment.

Au cours de l'évolution de la maladie, certaines cellules peuvent migrer de leur lieu de production et former des métastases.

Quelle qu'en soit la variété, les tissus cancéreux possèdent des caractères communs:

- ▣ Anomalies morphologiques
- ▣ Anomalies de la biochimie cellulaire
- ▣ Anomalies de la reproduction des cellules

## La cellule cancéreuse

➤ Caractères morphologiques de la cellule cancéreuse :

La cellule cancéreuse possède un noyau volumineux, irrégulier, très riche en chromatine; souvent plusieurs noyaux → Une élévation du rapport nucléo plasmique avec altération variable des éléments du cytoplasme.

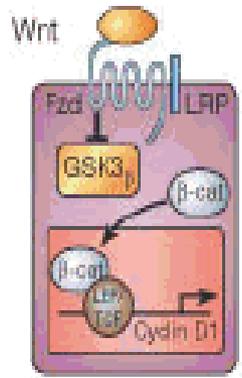
- **Déviations du métabolisme de la cellule cancéreuse:**

Ces anomalies structurelles, cette multiplication anarchique correspondent à une déviation de la biochimie cellulaire aboutissant à la production des substances anormales à quantité abondante par des cellules cancéreuses « marqueurs tumoraux ».

- **Multiplication des cellules cancéreuses :**  
Les mitoses sont de plus en plus fréquentes dans une cellule cancéreuse.

Stem/progenitor cell self-renewal

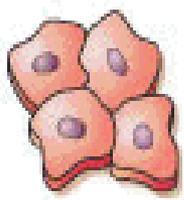
Tumorigenesis



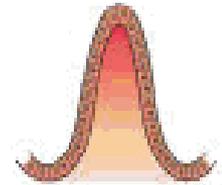
Haematopoietic



Epidermal

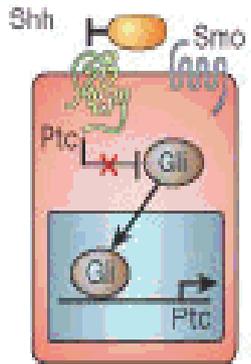


Gut



Colon carcinoma

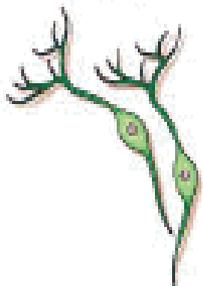
Epidermal tumours



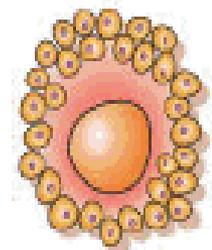
Haematopoietic



Neural

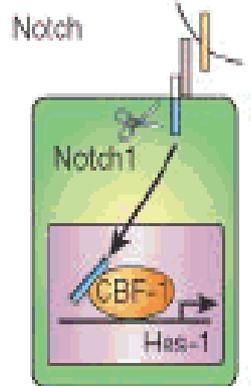
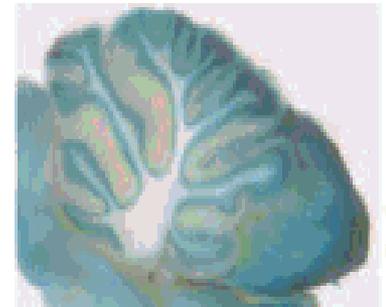


Germ line



Medulloblastoma

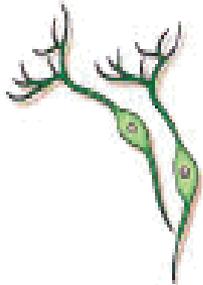
Basal cell carcinoma



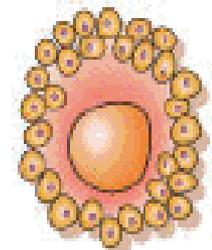
Haematopoietic



Neural

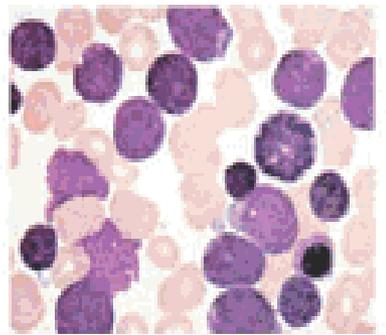


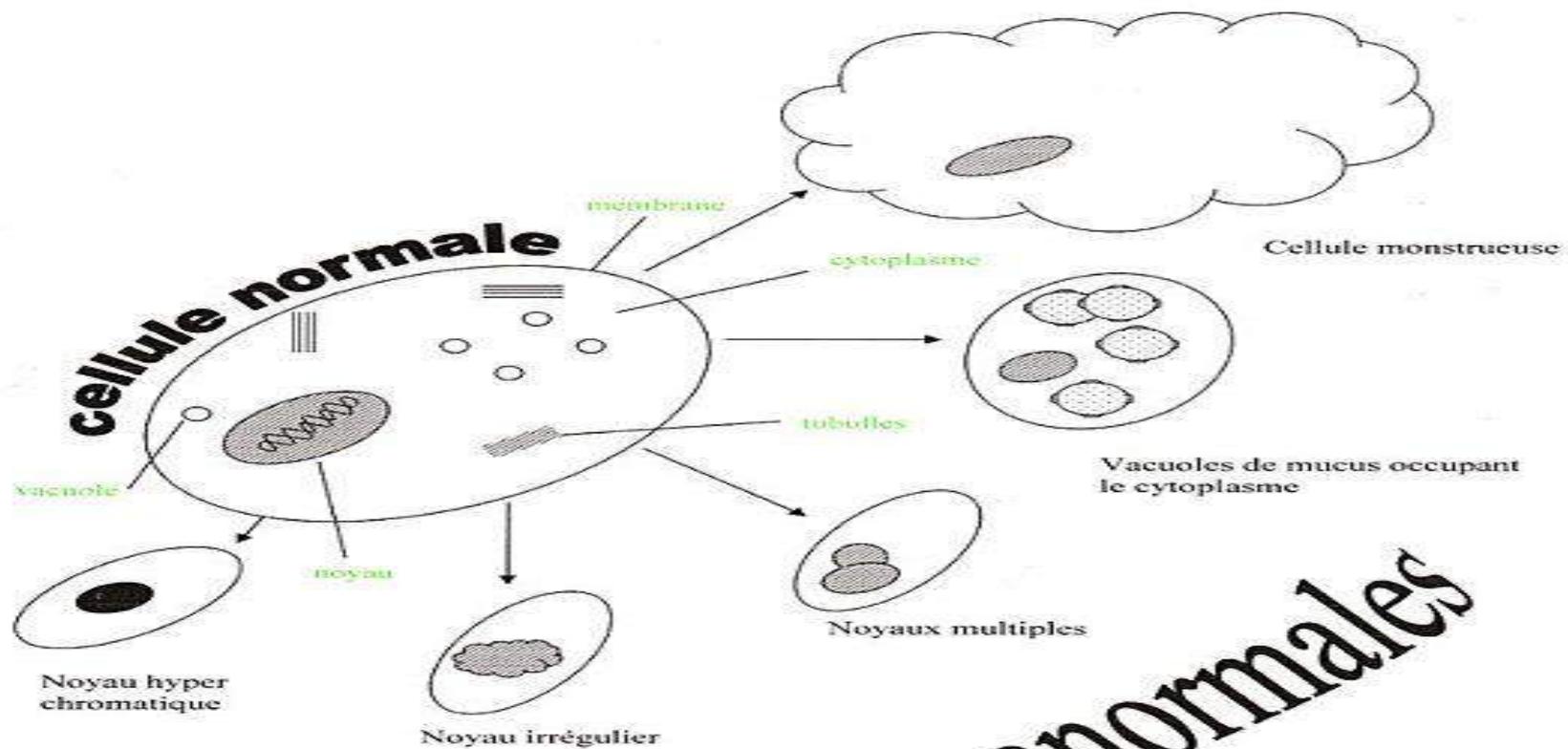
Germ line



Leukaemia

Mammary tumours





**cellules anormales**

# La prise en charge des cancers tient compte:

- De différents stades évolutifs de la maladie,
- Du caractère chimiosensible ou radiosensible de la cellule cancéreuse
- De la durée de l'exposition de la cellule cancéreuse à la drogue et à une concentration suffisante (dose maximale tolérée)

**La difficulté dans la prise en charge des cancers, dans nos milieux, est surtout liée:**

- **à un manque de la culture du dépistage**
- **à un diagnostic tardif**
- **à une chirurgie souvent dépassée**
- **à une difficulté d'accéder à un protocole thérapeutique adéquat**
- **au coût élevé de la thérapie**
- **à l'intolérance et aux effets secondaires de la chimio-radiothérapie**

## 2. A propos de Cancure

- ▣ Le cancure est un produit pharmaceutique à base de plantes médicinales de la Rép. Dém. du Congo
- ▣ fabriqué par le Centre de Recherche et d'Etudes en Phytothérapie et Pharmacopée Africaine Traditionnelle (CREPPAT)
- ▣ Il a déjà été expérimenté en RSA, chez une patiente présentant une leucémie avec une très bonne évolution à savoir:
  - **une guérison ad integrum**
- ▣ Le cancure se présente sous-forme des comprimés dosé à 30 mg de principe actif.

# ETUDE CLINIQUE OUVERTE

- ▣ **N.B.**
- ▣ Les évaluations sont basées sur les données cliniques et lorsque possible, à la fois sur les données cliniques et histo-pathologiques
- ▣ Les normes éthiques ont été respectées:
  - ▣ - Patients volontaires;
  - ▣ - Protocole de prise en charge médicale;
  - ▣ - Formulaire de consentement éclairé;
  - ▣ - Gratuité du traitement

# 3. Cas cliniques

28 cas des différentes formes de cancer ont été suivis avec le cancre dans notre formation médicale dont :

- 4 cas de cancer du col utérin
- 4 cas de cancer de sein
- 3 cas de Rhabdomyosarcome
- 3 cas de Hémangiomes
- 3 cas de HBP et d'adénocarcinome
- 2 cas d'ostéosarcome
- 1 cas de cancer oculaire
- 1 cas de Myélome multiple ou maladie de kahler
- 1 cas de tumeur parotidienne
- 2 cas de cancer digestif
- 1 cas de papillome malpighien
- 1 cas de tumeur xérophytique d'allure sarcomateuse
- 1 cas de Prolactinome



# NEOPLASTIC SPLENOMEGALY TREATED WITH DOUBASE C™, ANTI-HIV AND ANTI-TUMORAL MEDICINE BASED ON AFRICAN TRADITIONAL PHARMACOPOEIA HERB EXTRACTS

## INTRODUCTION

In Sub-Saharan Africa, splenomegaly is fairly common and easily related to sickle cell diseases and infections, such as malaria, schistosomiasis and tropical splenomegaly. However, causes of splenomegaly are multiple. Medical doctors have to think of other infections such as infective endocarditis, portal hypertension, leukaemia, lymphoma, haemolytic anaemia, rheumatoid arthritis, myelofibrosis, kala-azar, chronic myeloid leukaemia, and systemic lupus erythematosus.

Since the advent of the HIV/AIDS pandemic, in general, massive splenomegaly in Africa is encountered more than in the past. Because of poverty, Africans are unable to afford the cost of evaluation and treatment of massive splenomegaly. Even for affluent Africans, complete clinical investigations are not feasible locally.

We describe a 38-year-old black Congolese woman, a dental surgeon native Congolese referred to South Africa without obvious cause of massive splenomegaly. She was treated with Doubase C™, an anti-HIV, anti-tumoral Medicine Based on African Traditional Pharmacopoeia Herb Extracts (1).

Difficulties in defining the histological nature of this neoplastic splenomegaly and the improvement of hematological disturbances when giving Doubase C and performing splenectomy are discussed.

## CASE REPORT

A 38-year-old black female with massive splenomegaly presented on January 9<sup>th</sup> 2002 with following symptoms: weight loss, night sweating, asthenia and exertional dyspnoea.

Family and personal medical histories were virgin. She was noted to be anemic with a hematocrit of 26%, weighing 58 kg for a height of 1.63m (BMI=21.8 kg/m<sup>2</sup>).

Physical examination showed that the patient had hepatomegaly and massive splenomegaly. Her cardiovascular system was normal.

Clinical investigations revealed the following features:

- Cutaneous (PPD intradermoreaction) of 10 mm diameter;
- Chest X-ray showing an interstitial pneumonopathy;
- Analysis of peripheral blood revealing 3950 white cells/mm<sup>3</sup> 12% of neutrophils, 88% of lymphocytes, and 20 mm<sup>3</sup>/hour of ESR;
- Elisa serology anti-HIV after counseling being negative;
- Abdominal ultrasound study showing splenomegaly which reached the hypogastric region.

Thus, a probabilistic diagnosis of spleen tuberculosis was treated with Rifampicin, Ethambutol, Isoniazid and Pyrazinamide during a 6-month period with a worsening general state. A lymphoproliferative process of spleen was suspected in July 2002, and treated with Doubase C™.

This medicine is a mixture of total aqueous extracts of roots and leaves from two plants currently used in the Congolese traditional Pharmacopoeia. The raw materials, one harvested, dried, grinded and then submitted to water extraction, according to pharmaceutical art rules, had been mixed according to a galenic formulation previously described (2).

Thanks to the anti-HIV properties and lack of cytotoxicity demonstrated in vitro and in vivo both by Congolese and US teams, US Patent nE 5,607 673 and Global Patent nE PCT/US96/12769 were granted to this pharmacological product (1). General state was stabilized with Doubase C™.

The patient was referred from the DRC to the Department of Surgery of Prof E.L. Mazwai, Umata, South Africa (SA), for total splenectomy and pathological study of spleen biopsies. Laboratory results of peripheral blood performed on November 27<sup>th</sup> 2002 in Eastern Cape, SA, concluded as follows:

White Cell Differential count:  
 White cell count: 19.2. 10<sup>9</sup>/L, neutrophils : 6 %, Lymphocytes: 90% Platelet count: 39.1 0<sup>9</sup>/L;  
 Splenic marginal zone B-cell lymphoma, target cells and rouleaux formation noted, no tear drop poikilocytes noted, lymphocytosis present, atypical lymphocytes noted, thrombocytopenia without platelet clumping on slides.  
 A bone marrow evaluation was then suggested to exclude bone marrow infiltration.  
 Bone marrow biopsy was not performed, as patient refused to have that investigation.

## MACROSCOPY

On November 30<sup>th</sup> 2002, splenectomy and excision of spleniculus were performed. The nature of the first specimen (I) consisted of brownish tissue sized 2.5x2x0.7 cm. The second specimen (II) consisted of a spleen measuring 24x18x11 cm with total weight of 293.2 grams - see macro photograph Figure 1. Fibre fatty tissue was attached to the serosal surface of the spleen in one area measuring 12x8x0.3 cm. Circumscribed hemorrhagic areas were noted in the substance of the spleen, the largest 5.5 cm in diameter.



FIG 1.



FIG 2



FIG 3

Table 1. IMMUNOHISTOCHEMICAL IBA

PARAMETERS	14/06/02	27/02/02	25/04/02	09/06/02
White cell count x10 <sup>9</sup> /L	12.4	18.3	18.0	9.1
Neutrophils %	12	18	18	14
Lymphocytes %	83	78	79.9	56
Monocytes %	0.12	4.63	0.18	6.18
Platelet count x10 <sup>9</sup> /L	178	162	108	12
Hb %	-	++	++	++
Gamma GT UL			155	
ALP (SGPT) UL			37	
AST (SGOT) UL			38	
LDL UL			128	

## WHITE CELL DIFFERENTIAL COUNT COLLECTED 28/10/02

White cell count	*L 2.0	4.0-10.0	10 <sup>9</sup> /L
Neutrophils %	18.0	%	
Neutrophils abs	*L 0.36	1.90-7.40	10 <sup>9</sup> /L
Lymphocytes %	80.0	%	
Lymphocytes abs	1.00	1.00-4.50	10 <sup>9</sup> /L
Monocytes %	2.0	%	
Monocytes abs	L 0.04	0.20-1.00	10 <sup>9</sup> /L
Nucleated red cells	HP 2X.0	0-1/100 WBC	
Platelet count	*L 24	140-450	10 <sup>9</sup> /L

FBC Comment: Causes of a pancytopenia include aplastic anemia, bone marrow infiltration (eg. Carcinoma, lymphoma, leukemia), hyperparathyroidism, myelofibrosis and megakaryoblastic anemia. Bone marrow examination is usually indicated. If clinically indicated, a serum B12 level may be considered.

## COLLECTED 27/02/03

White cell count	H 19.3	4.0-10.0	10 <sup>9</sup> /L
Neutrophils %	18.0	%	
Neutrophils abs	L 3.47	1.90-7.40	10 <sup>9</sup> /L
Lymphocytes %	84.0	%	
Lymphocytes abs	H 11.19	1.00-4.50	10 <sup>9</sup> /L
Monocytes %	24.0	%	
Monocytes abs	*H 4.63	0.20-1.00	10 <sup>9</sup> /L
Platelet count	162	140-450	10 <sup>9</sup> /L

FBC Comment: Slide submitted for further comment: Lymphocytes resemble those of a "Hairy Cell Leukaemia". As patient refuses to have a Bone Marrow biopsy, flow cytometry is suggested to confirm Hairy Cell Leukaemia. Please submit 2 x Heparin blood samples for flow cytometry.

## COLLECTED 09/06/03

White cell count	9.1	4.0-10.0	10 <sup>9</sup> /L
Neutrophils %	14.0	%	
Neutrophils abs	L 1.27	1.90-7.40	10 <sup>9</sup> /L
Lymphocytes %	84.0	%	
Lymphocytes abs	H 7.64	1.00-4.50	10 <sup>9</sup> /L
Monocytes %	2.0	%	
Monocytes abs	L 0.18	0.20-1.00	10 <sup>9</sup> /L
Platelet count	162	140-450	10 <sup>9</sup> /L

FBC Comment: Reactive lymphocytes present

## HISTOLOGY

Microscopic study of both II and I was performed on October 30<sup>th</sup> 2002. Sections of both the spleniculus (I) and the spleen (II) showed expansion of the marginal zone. Medium sized cells with irregular hyper chromatic nuclei populated this zone. A more diffuse infiltrate of atypical lymphoid cells was noted in the spleen. Marked congestion of the spleen was noted.

These changes (Figure 2) suggested a possible neoplastic expansion of the marginal zone of the spleen (splenic marginal zone lymphoma?). A small piece of pancreatic tissue had been observed in the splenic hilus. Immunohistochemical stains were necessary then to investigate a possible neoplastic lesion. Immunophenotypic analysis of the selected population was performed on March 11<sup>th</sup> 2003, using Flow cytometry. Table 1 summarizes the results of this Immunohistochemical study.

## OUTCOME

Table 2 presents the post-operatively and Doubase CJ treatment evolution of selected blood investigations. As general state and quality of life were fine, chemotherapy had not been administered.

## DISCUSSION

Several interesting observations are evident in this patient referred to South Africa with modern and sophisticated facilities in clinical investigations. Clinical history of this patient was faced with idiopathic splenomegaly with hypersplenism. But the microscopic changes suggested a possible neoplastic expansion of the marginal zone of the spleen in terms of a splenic marginal zone lymphoma.

With HIV/AIDS pandemic spreading, lymphomas are actually increasing in Sub-Saharan Africa. As the patient was not infected by HIV, the diagnosis of lymphoma had not been retained. Lymphocytes of peripheral blood resembled those of Hairy Cell Leukaemia.

As patient refused to have a Bone Marrow biopsy, flow cytometry was suggested to confirm Hairy Cell. Immunophenotypic analysis of this peripheral blood sample revealed 66 % monoclonal (malignant) B-cells showing partial dim CD5 and C19 co-expression, expressing HLA-DR, CD22, FMC-7, partial dim CD23, bright CD20, bright CD52, CD25, CD103 and bright CD 11C with moderate Lambda light chain restriction. These findings were in keeping with B-cell lymphoproliferative disease, best fitting a Hairy Cell Leukaemia.

This is a neoplastic and monoclonal proliferation of well-differentiated lymphocytes. In this chronic lymphocytic leukaemia, they are almost always 99 % B cells in male patients over 40 (3). This patient was a 38-year-old young woman. The present high count of lymphocytes might be interpreted as a reactive lymphocytes process of mononoclonal syndrome with transient alteration of AAT, Phosphatase, ALT, AST, and monocytes. Possible causes are malaria, toxoplasma, cytomegalovirus, Hepatitis virus B, syphilis, blood transfusions, Herpes virus, post-operatively process, autoimmune diseases, HIV virus (4).

Natural history of this Hairy Cell Leukaemia is characterized by a young woman who remains in status quo for years without enlarged nodes and complications such as autoimmune haemolysis, bacterial infection of the respiratory tract, and Bone marrow failure (2).

We are thinking to start with chemotherapy in order to reduce lymphocyte count. As prognosis is good for this young patient with excellent quality of life, Doubase C™ is being given till now in place of chemotherapy. Indeed, chemotherapy is not always needed, but may postpone marrow failure (2). Radiotherapy was not used in absence of lymphadenopathy and spleen. Supportive care (transfusions, prophylactic antibiotics, IV human immunoglobulin) was not necessary.

In conclusion, it appears that Hairy Cell Leukaemia had been confused with splenic marginal zone lymphoma. It is timely for Sub-Saharan Medical Centers to implement laboratories with Immunophenotypic analysis facilities: the best tool of diagnosis of Hairy Cell Leukaemia. When chemotherapy is not needed, Doubase C™, extracted from African herbs, without toxicity, could be used.

## REFERENCES

- BASHENGEZI M. I. K. C., DOUBASE C™. Antiretroviral, anti-HIV medicine Based on African traditional pharmacopoeia herb extracts. Editions Bushini, Bukavu, 2001.
- LONGO-MBENZA B, BASHENGEZI MIBHOJO I. K. C., BOLAMBA ATJINGALLE F., KABANDA KURHENGGA G. Doubase C™ an African traditional pharmacopoeia-based anti-HIV, anti-tumoral medicine, for cardiovascular abnormalities in HIV-infected individuals. Submitted.
- HOPE RA, LONGMORE JM, HOOGETTS TL, RAMRAKJAPS. Oxford Handbook of Clinical Medicine, Third Edition. Oxford University Press, New York, 1995: 570-613.
- BORDESSOULE D. Syndrome mononocleuseux. Orientation diagnostique. La Revue du Praticien 2002; 52: 2179-2183.

## AUTHORS:

LONGO-MBENZA B, BASHENGEZI M. I. K. C, MAIZAI E. L., KABANDA K. G., NGOMBE C, CHRIRISHUNGU C. C. D.

- Centre Medical LOMO MEDICAL, 4th Avenue, Limete, Kinshasa, DRC.
- Centre de Recherche en Phytotherapie et Pharmacopoeie Africaine Traditionnelle (CREPPAT, sup), 7, 14th Avenue, Limete, Kinshasa, DRC
- Professor Surgery and Dean Faculty of Health Sciences, University of Transkei, Umata, Eastern Cape, South Africa.
- Universite de Kinshasa, Faculte de Medecine, Cliniques Universitaires de Kinshasa, M. 1 / Service de Medecine Aerospatiale.

## 2. Patient Mws, 57ans:

- ❖ Diagnostic: Maladie de Kahler (myélome multiple)
- ❖ Retentissement: **Lombo-sciatalgies et Impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs, patient grabataire**
- ❖ Évaluation :
  - Rx Lombo-sacré: images ostéolytiques: Géodes, images de déminéralisations osseuses
  - Rx crâne: Images à l'emporte-pièce au niveau du crâne
  - CT scan lombaire : vertèbre L2 avec déformation cunéiforme par tassement des plateaux sus et sous jacents plaidant pour une maladie systémique d'allure de Kahler

- Labo:
  - **protéines de Bence Jones positives**
  - **Na<sup>\*</sup>:133mmol/l**
  - **K<sup>\*</sup>: ↓↓ à 2,6mmol/l**
  - **Cl<sup>-</sup>:101mmol/l**
  - **VS: ↑↑ à 120 mm à la 1ère heure**

## ❖ **Traitement: Début le 14 Novembre 2011**

- **Prise de cancre 3 X 2 comprimés / jour**
- **Vitaminothérapie B1,B6,B12 2 X2 co/j**
- **Physiothérapie antalgique et de rééducation**

## ❖ **Évolution deux semaines après le début du traitement**

- ❑ **Clinique: mobilisation passive des membres inférieurs et meilleur état général**
- ❑ **Paraclinique:**
  - **Na\*: nl à 139mmol/l**
  - **K\*: nl à 3,4mmol/l**
  - **Cl\*: nl à 105mmol/l**
  - **VS: 80 mm à la première heure**
  - **Rx crâne: diminution des images à l'emporte-pièce**
  - **CT-scan: il demeure le tassement de la L2**

A l'admission Novembre 2011	Contrôle Janvier 2012	Contrôle Mars 2012	Contrôle Avril 2012	Contrôle 03 juin 2012
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impotence fonctionnelle</li> <li>• Grabbataire</li> <li>• VS ↑↑ à 120 mm H</li> <li>• Hypokaliémie</li> <li>• Rx crane: images de géodes à l'emporte-pièce</li> <li>• Ct scan cérébral: tassement des disques vertébraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctions des membres inférieurs retrouvées</li> <li>• VS ↑↑ à 80 mmH</li> <li>• Kalliémie normale</li> <li>• Rx crane: diminution des images de géodes à l'emporte-pièce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliniquement, bon état général, prise de poids, reprise de la marche sans aide</li> <li>• VS ↑↑ à 60 mm H</li> <li>• Rx crane: diminution nette des images à l'emporte-pièce</li> <li>• Ct scan lombaire: persistance des images de tassement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remise du bon pour le myélogramme</li> <li>• Notons que le malade ne se présente plus pour recevoir son traitement, il le reçoit par personne interposée</li> </ul>	<p><b>Arrivé mort</b> à l'HMRKin</p> <p>L'entourage rapporte qu'il était en jeûne et prière depuis environ une semaine dans une église traditionnelle</p>

## 15. Patiente Anm, 75 ans

### ▣ Diagnostic:

- **Néo du col au stade 4a**
- Hypertension artérielle au grade 2
- Anémie non tolérée

### ▣ Retentissement:

- **Hémorragie génitale de contact**
- **Douleur en ceinture, mictalgie**

### ▣ Évaluation:

- **Spéculum: col bourgeonnant avec hémorragie active**
- **TV: infiltration du 1/3 proximal du vagin, hémorragie cataclysmique**

Echographie: Col augmenté de volume,  
Hématométrie importante, Atteinte du  
plancher postérieur de la vessie

□ **Conclusion:** Néo du col de l'utérus au stade 4a  
selon la classification de FIGO

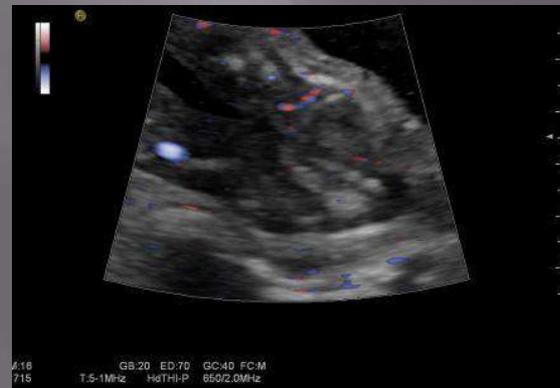
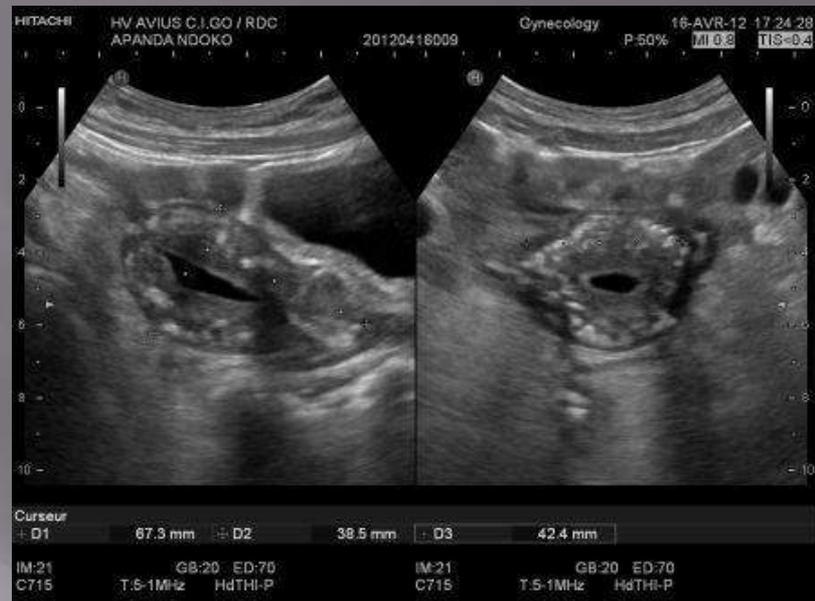
□ **Traitement:**

- cancre 3 X 2 co/j
- Radiothérapie externe
- Transfusion de culot globulaire puis  
supplémentation martiale

- ▣ Évolution: après 3 mois de prise de cancre et 6 semaines de radiothérapie externe
- ▣ Clinique:
  - ▣ Tardissement de l'hémorragie et hydorrhée
  - ▣ Spéculum: col hyperhémie par endroit
  - ▣ TV: assouplissement des parois vaginales, pas d'hémorragie de contact

**Néo du col au stade 2b**

A l'admission Janvier 2012	Contrôle Mars 2012	Contrôle Avril 2012	Contrôle Juin 2012
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hémorragie génitale et myctalgie</li> <li>•Spéculum: col bourgeonnant saignant au moindre contact</li> <li>•TV: induration du 2/3 supérieur de la paroi vaginale, hémorragie de sang frais</li> <li>•Échographie: col majoré de taille 67X66X46 mm, hématométrie d'environ 15ml</li> </ul> <p><b>Néo du col stade 4a</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tariissement de l'hémorragie génitale</li> <li>•Présence d'hydrorrhée</li> <li>•Radiothérapie en cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tariissement de l'hydrorrhée</li> <li>•Spéculum: présence de quelques zones hyperhémées</li> <li>•TV: parois vaginale souple, pas d'hémorragie de contact</li> </ul> <p><b>Néo du col stade 2b</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Spéculum: col sain avec quelques zones d'hyperhémie dans le fond du canal</li> <li>•Tuméfaction sur le mont de Vénus</li> <li>•Tv: sensation de masse rénitente à la FID</li> <li>•Pas de pertes suspectes</li> <li>•Échographie: col de 42X33X35mm de diamètre aux contours réguliers, d'échostructure hétérogène avec une hématométrie de 2,5ml</li> </ul> <p><b>Néo du col stade 2a</b></p>



Janvier 2012

Avril 2012



Juillet 2012

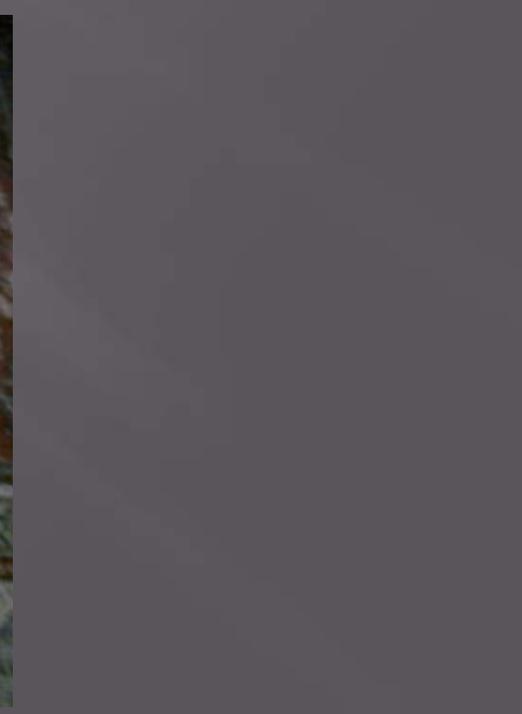


# 3. Cas cliniques

## **1. Patiente NNS, 13ans:**

- ❖ **Diagnostic:** *Neurofibrome de la face externe du dos de pied droit.*
- ❖ **Retentissement:** **Tuméfaction très douloureuse** au niveau du dos de pied droit, opérée auparavant pour la même masse tumorale
- ❖ **Évaluation : -**
  - Radio pied droit: Pas de lésion ostéo-articulaire définie
  - Echographie du pied droit: Lésion charnue du pied droit pouvant faire évoquer un rhabdomyosarcome en 1<sup>ère</sup> hypothèse. Cfr biopsie

- ❖ Biopsie: l'analyse histopathologique du spécimen reçu montre un épiderme par endroit acanthosique un derme superficiel. Collagenisé le derme profond est le siège d'un processus néoplasique bénin fait une prolifération des cellules d'allure fibroblastique dont certains à noyaux ondulants et compatible avec les cellules de Schwann. **Pas de signe de malignité: Neurofibrome**
  
- ❖ **Traitement:** début Décembre 2012
  - Cancure 3 X 2 co/j
- ❖ **Evolution: après 2 mois**  
**Régression de la tuméfaction, amendement de la douleur et reprise de la marche**
- ❖ **Programme :** En instance d'une chirurgie de propreté



### 3. Patient Mwb, 46 ans

- ❖ **Diagnostic:** hypertrophie bénigne de la prostate
- ❖ **Retentissement:** dysurie
- ❖ **Evaluation:**
  - TR: sensible, prostate augmentée de volume, consistance élastique, surface régulière
  - PSA Totales: 0,85ng/ml
  - PSA Libre: 0,08ng/ml
  - ratio: 9,41%
  - écho vésico- prostatique: prostate de 33g aux dépends de la zone de transition

- ❖ **Traitement:** Début le 23 Juin 2012
  - cancre 3 X 2 co/j
- ❖ **Evolution:** - Plus de dysurie, après 2 mois de traitement
  - Bonne évolution clinique, après 9 mois: (amendement des douleurs, miction normale)
- ❖ **Programme:** - Echographie contrôle ( de 33grs à 26grs: normale)
  - PSA (ratio: 10%, normal)

#### **4. Patiente Bin, 51 ans**

Diagnostic: cancer du col utérin au stade 4b

Retentissement: hémorragie génitale et fistule  
vésico-vaginale

Évaluation:

- Spéculum: col bourgeonnant, ulcéré et saignant
- TV: parois vaginales indurées, communication au niveau de la paroi antérieure

## Traitement:

- Hospitalisation
- Cancure 3 X 2 co/j
- Sondage vésical

## Évolution:

- Après 2 semaines de traitement au cancure:  
Tarisement de l'hémorragie,
- Après 4 mois de traitement en hospitalisation :  
Arrêt de fuite urinaire, fermeture de la fistule avec  
contrôle de la miction,
- Gain pondéral visible

## Programme:

- Nous préconisons une UCA:



## **5. Patiente Ndl, 52ans**

### ❖ **Diagnostic:**

- Rhabdomyosarcome sus claviculaire gauche évoluant depuis 3 ans.
- Tuberculose pulmonaire de découverte en cours d'hospitalisation
- Diabète sucré probablement de type 2

### ❖ **Retentissement:** Malade opérée ailleurs pour la même masse tumorale

- douleurs axillaires irradiant au membre supérieur gauche avec Impotence fonctionnelle
- Grabataire
- toux productive avec dyspnée depuis 3 semaines

## ❖ Évaluation:

### □ Biologie:

- Hb: 8,6g%
- Gb: 7700/mm<sup>3</sup> FL: N69%,L 18%
- Vs: ↑↑ 120mm à la 1ère heure
- Glycémie: 266,95mg/dl
- ALAT: 16,1 UI/L
- ASAT: 23,3 UI/L

### □ Ziehl sur crachat: positif à 4 croix

### □ Echographie de la masse tumorale : infiltration hypoéchogène hétérogène avec remaniement du tissu musculaire très suspect d'un **rhabdomyosarcome**; pas d'adénopathies objectivées

▣ **Radio thorax:** opacités homogènes et systématisées au lobe moyen du poumon droit

❖ **Traitement:** Début le 26 Avril 2012

○ Cancure 3 X 2 co/j

○ Supplémentation martiale

○ Anti-tuberculeux

○ Insulinothérapie

❖ **Évolution: 6 mois après**

- ▣ Bon état général
- ▣ Moins de douleurs,
- ▣ Moins de toux et de dyspnée; TBC déclarée guérie

❖ **Evolution: 9 mois après**

- ▣ **Régression importante de la tuméfaction**
- ▣ **Plus de douleur**

## ❖ Programme:

- Biopsie programmée dans 3 mois
- Hémogramme complet
- Fonction rénale (urée et créatinine)
- Fonction hépatique (ASAT et ALAT)
- Glycémie
- Radio thorax



## **6. Patient Nwn, 56 ans**

- ❖ **Diagnostic:** hémangiome hyperplasique du cuir chevelu
- ❖ **Retentissement:** Tuméfaction indurée ovalaire d'environ 3cm de grand diamètre et de 2cm de petit diamètre, circonscrite, superficielle à la région frontale droite, migraines et céphalées
- ❖ **Évaluation:** anapath, hémangiome hyperplasique

- ❖ **Traitement:** Début le 28 Mai 2012
  - Exérèse biopsique
  - Cancure 3 X 2 co/j depuis mai 2012
- ❖ **Evolution:** - Bonne évolution clinique, après 1 année: plus de migraines, ni de céphalées
  - Cicatrice linéaire d'environ 5cm en 1<sup>ère</sup> intention, peu chéloïdienne, pas de masse en place



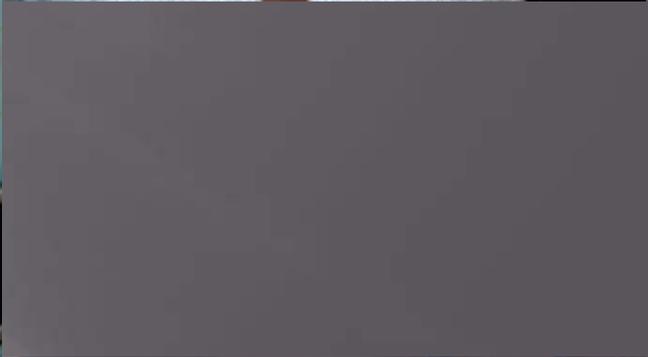
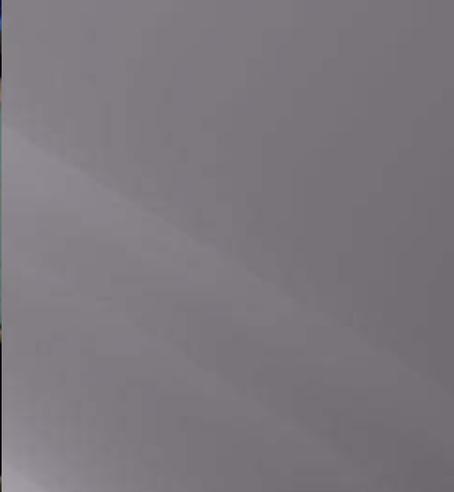
## **7. Patient KAK, 33 ans**

- ❖ **Diagnostic:** Rhabdomyosarcome à la région pariétale
  
- ❖ **Retentissement:**
  - ❑ Grosse tuméfaction douloureuse en regard de la région pariétale de 20cm de grand diamètre et de 18cm de petit diamètre, circonscrite, de surface régulière de consistance ferme, sensible à la palpation
  - ❑ migraines et céphalées
  
- ❖ **Évaluation:** Echographie réalisée au mois de Mars 2013 a fait état d'un Rhabdomyosarcome

- ❖ **Traitement:** Début, fin Mars 2013
  - Antalgique
  - Antibiothérapie
  - Cancure 3 X 2 co/j
- ❖ **Evolution:** - Bonne évolution clinique, après 5 mois : plus de migraines, ni de céphalées
  - Cicatrice linéaire d'environ 20cm en 1<sup>ère</sup> intention, pas de recidive







## 8. Patient Kim, 62ans,

### ▣ Diagnostic:

- ▣ Adénocarcinome de la prostate
- ▣ Diabète sucré probablement de type 2

### ▣ Retentissement:

- **Miction goutte à goutte,**
- **lombalgies,**
- **prostate augmentée de volume (43grs), sillon médian non palpé, de consistance ligneuse et douloureuse**
- **Hyperglycémie (312mg/dl)**

## ▣ Évaluation:

- ▣ **Écho prostatique: discrète hypertrophie bénigne de 43g** sans retentissement rénal
- ▣ PSA totales: 1,4 ng/ml
- ▣ PSA libres: 0,23 ng/ml
- ▣ **Ratio calculé: 16% (probabilité d'un carcinome)**

## ▣ Traitement:

- Cancure 3X2co/j
- Antidiabétique oral

## ▣ Évolution après un mois de prise de cancre:

- Echo prostatique: **33grs**
- PSA totales: 1,65 ng/ml
- PSA libres: 0,5ng/ml
- **Ratio calculé: 30%**

## □ Programme

- Echographie vésico prostatique chaque 3 mois
- PSA + ratio

**A l'admission  
Novembre 2011**

**Contrôle  
Février 2012**

**Contrôle  
Juin 2012**

- Miction goutte à goutte
- PSA totales: 1,4ng/ml
- PSA libres: 0,24ng/ml
- **ratio: 16%**
- Hyperglycémie (312mg/ dl)
- écho prost: discrète hypertrophie de **43gr**
- Anérection

- Miction normale
- Hb: 15g<sup>0</sup>%
- glycémie: 173,74mg/dl
- créat: 0,9mg/dl
- urée: 3,83mmol/l
- PSA totales: 1,65ng/ml
- PSA libres: 0,5ng/ml
- **ratio:30%**
- écho prostatique: HPB de **33gr**
- Anérection

- Miction normale
- Échographie du 06 juin: HPB de **29g** (valeur normal pour l'âge 24± 4g)
- PSA tot: 2,18ng/ml
- PSA libre: 0,5ng/ml
- **ratio: 22%**
- Anérection

## 9. Patient Mm, 72 ans

❖ Diagnostic: adénocarcinome de la prostate

Retentissement: dysurie, hématurie, pesanteur pelvienne

❖ Evaluation:

- ✓ TR: prostate augmentée de volume, douloureuse, consistance ligneuse,
- ✓ sonde vésicale à demeure
- ✓ PSA Totales: > 100 ng/ml
- ✓ PSA libres > 10 ng/ml
- ✓ Ratio: 10%,

❖ Traitement: Début le 14 Juin 2012

➤ Cancure 3 X2 co/j

➤ Pose d'une sonde à 3 voies

❖ Evolution: 6 mois après

✓ Pas de dysurie, hématurie, patient perdu de vue (cas d'abandon thérapeutique)

## **10. Patiente KMJO, 62ans**

- ❖ Diagnostic: Cancer du sein droit
- ❖ Retentissement: présence d'une masse au niveau du sein droit, grossièrement arrondie d'environ 10cm de diamètre, de surface irrégulière, de consistance ferme, sensible au palper profond; adhérent au plan profond, localisée au niveau du quadrant supéro-externe.

Pas d'adénopathies axillaires homolatérales.

❖ Evaluation:

-Mammographie du sein droit: présence d'une opacité de forte densité hydrique par rapport aux tissus avoisinants, de forme irrégulière, aux contours spéculés, mesurant plus de 34x31 mm au niveau du sein droit, contenant en son sein des micro calcifications punctiformes et entraînant une distorsion architecturale. Pas de rétraction des mamelons.

Compatible à une lésion maligne du sein droit de type BIRADS 4.

-Anapath: **carcinome invasif peu différencié du sein droit**

- ❖ Traitement: - Mammectomie du sein droit
  - Antibiothérapie
  - Antalgique
  - Anti œdémateux
  - Sous la chimiothérapie avec Cancure 3x3Cès/j depuis Septembre 2012
  
- ❖ Evolution: après 10 mois
  - Pas de récurrence
  - Pas d'adénopathie

# 11. Patient Ygj, 50 ans

- ❖ Diagnostic: Carcinome canalaire invasif du sein droit **chez un homme**.
- ❖ Retentissement: douleur mammaire droite, masse arrondie récidivante après chirurgie d'environ 6cm de diamètre, de surface lisse, de consistance ferme adhérent au plan profond.
  - antécédent d'une mammectomie du même sein 2 années auparavant, en 2011, pour le même diagnostic.

- ❖ Evaluation: -Biopsie; carcinome canalaire invasif du sein.
- ❖ Traitement : - - Chimiothérapie avec Cancure 3x2Cès/j en Décembre 2012
  - Mammectomie du sein droit en Février 2013
  - Antibiothérapie
  - Antalgique
- ❖ Evolution: 8 mois après
  - cicatrisation de première intention
  - pas de récidence
  - pas d'adénopathie
  - pas de douleurs



# 12. Patient NDM, 40ans

- ❖ Diagnostic: Rhabdomyosarcome du long abducteur de la cuisse droite.
- ❖ Retentissement: Une tuméfaction indolore de consistance ferme et mobilisable au plan superficiel et profond d'environ 15Cm du grand diamètre et 12Cm du petit diamètre avec une circulation collatérale et turgescence des vaisseaux autour de la masse.
- ❖ Evaluation: -Echo-doppler de la masse: grosse masse néoplasique intra-musculaire du long abducteur de la cuisse droite, évoquant le diagnostic de **Rhabdomyosarcome avec varices profonde et superficielle d'origine traumatique.**

## ❖ Traitement :

- Chimiothérapie avec Cancure en Février 2013  
R/ Cancure 3x2Co/J
- Exérèse de la masse tumorale en Avril 2013
- R/ Antibiothérapie
- R/ Antalgique

## ❖ Evolution: 5 mois après

- Cicatrisation en première intention
- Pas de récidence
- Plus de pesanteur

## ❖ Programme: biopsie de la masse



# 13. Patient MBB, 33ans

- ❖ Diagnostic: - Masse bourgeonnante d'allure maligne localisée au niveau du flanc gauche de nature à préciser.
- Opéré auparavant 8 fois pour la même masse tumorale
- ❖ Retentissement:- Masse bourgeonnante, très hémorragique au contact, située au niveau du flanc gauche et à la fosse lombaire, malodorante comportant quelques croutes nécrotiques. La masse chaude, ferme et ligneuse, sensible au pourtour de la peau saine et adhérente au plan profond.
- ❖ Ailleurs, on note une poly adénopathie inguinale et axillaire.

- ❖ Evaluation: - Echographie doppler, Rx ASP, Rx Thorax, bilan inflammatoire, hématologie complète

### Traitement :

- Chimiothérapie avec Cancure 3x3Cès/j en Décembre 2012
- Forte antibiothérapie
- Antalgique
- Anti-inflammatoire
- Exérèse de la masse tumorale en Janvier 2013

- ❖ Evolution: 6 mois après
- Pas de récidence
- En voie de cicatrisation

### Programme:

- Bilan d'extension: Rx thorax, Rx lombo sacré, Hémogramme complet, fonction rénale et hépatique
- Envisager la greffe cutanée



# 14. Patiente KTZ, 31 ans

- ❖ Diagnostic: - Cancer du sein gauche récidivante infecté.
- ❖ Retentissement: -Antécédent de mammectomie en Uganda en 2010 indiquée pour **cancer du sein confirmé par l'anapath.**
  - **Grabataire, état de sepsis, anémie**
  - Une plaie ulcéreuse avec présence des croutes nécrotiques, malodorantes de formes irrégulières,
  - présence d'adénopathies axillaires ulcérées augmentées de volume.

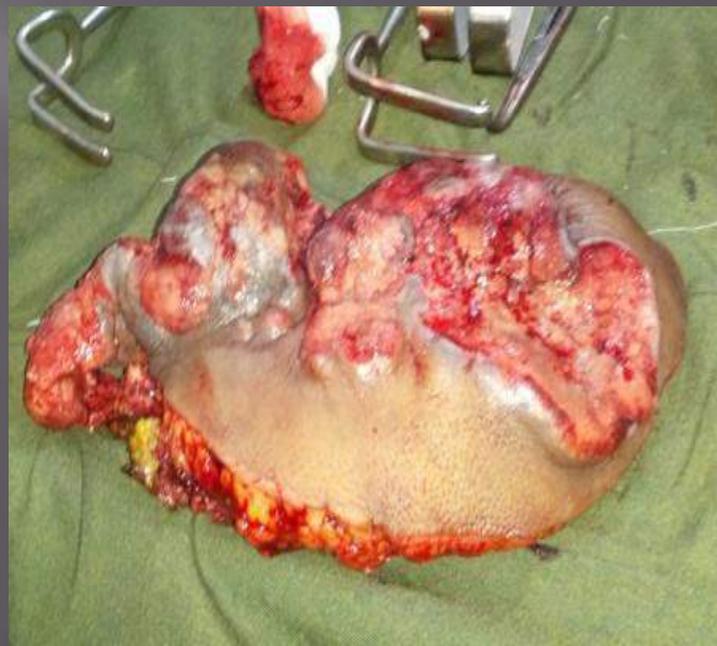
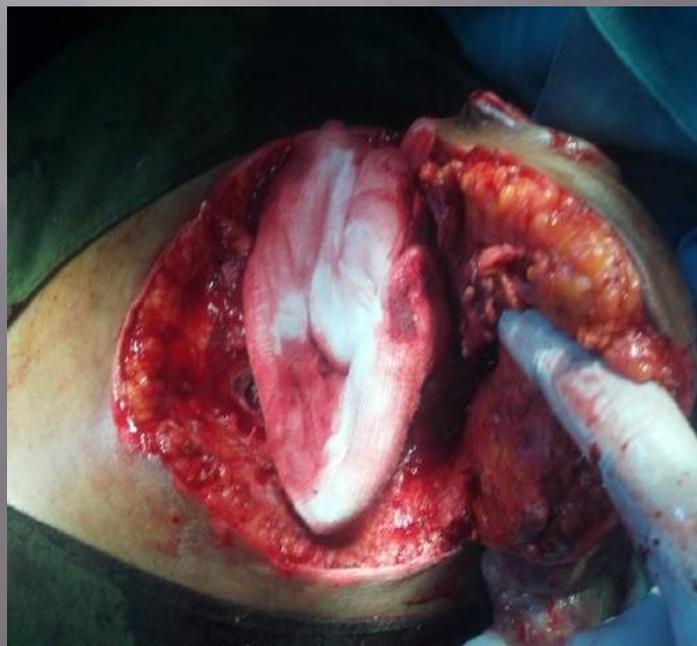
❖ Evaluation: - Rx Thorax, bilan inflammatoire, hémogramme complet.

- Urée: 2,06mmol/L
- Créatinine: 0,4mg/dl
- Hb: 8g%

-Anapath: Carcinome canalaire infiltrant de SBR

8 correspondant au grade III

- ❖ Traitement : - Mesures de réanimation
  - Irrigation goutte à goutte aux antiseptiques
  - Antibiothérapie
  - Antalgiques
  - Vitaminothérapie
  - Chimiothérapie avec Cancure 3x4Cès/j
  - Chirurgie de propreté
  
- ❖ Evolution :
  - Bon état général, gain pondéral visible
  - Lymphoedème du ms gauche
  
- ❖ Programme :
  - **Bilan d'extension** : Rx Thorax, Rx lombo-sacré, Echo doppler du ms gauche, fonction rénale, fonction hépatique, hémogramme complet



# 16. Patiente BRM, 41 ans

- ❖ Diagnostic: Cancer du sein droit avec métastase ganglionnaire, déjà opérée auparavant.
- ❖ Retentissement: Amaigrissement (47Kg).
- ❖ Evaluation:
  - Biopsie : **Carcinome canalaire moyennement différencié de grade 2 type luminal A**
- ❖ Traitement: - Mastectomie droite avec curage ganglionnaire, le 21 Mars 2012
  - Chimiothérapie: Cancure  
3x2Cès/j

❖ Évolution:

2 mois après (Mai 2012)

- Gain pondéral (55Kg)

- Œdème de membre supérieur droit (Lymphoedème)

- Paraclinique: - Echographie abdominale est normale

- CA 15-3: 17,15U/ml (VN: <30)

- Test BR 15-3: (Beckman): 11,7  
(VN: 0 à 35U)U/ml

6 mois après traitement (Sept. 2012):

- Echographie axillaire droite: pas d'adénopathies

- Rx Thorax: normale

15 mois après: - Gain pondéral: 58Kg

# 17. *Patiente AMB, 49 ans*

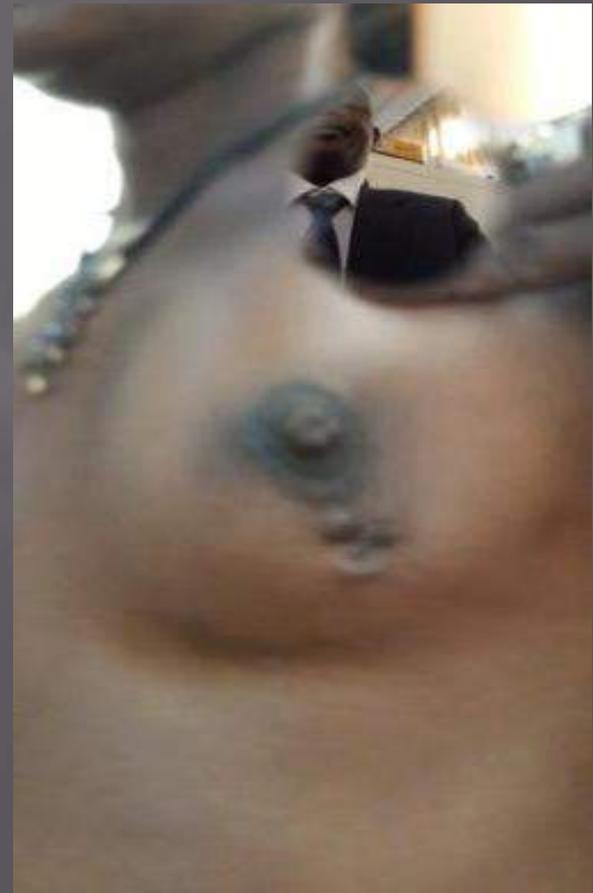
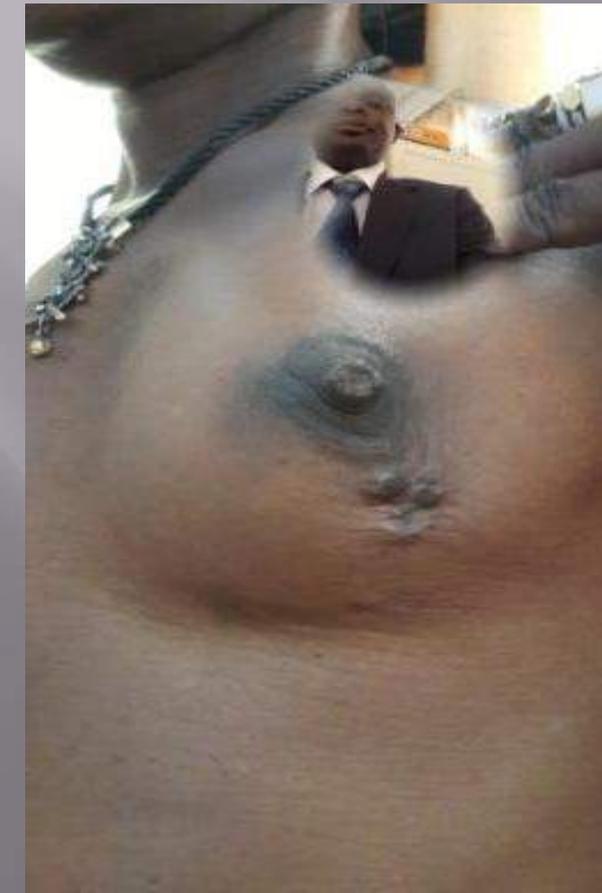
- ❖ Diagnostic: Néo du sein gauche, opéré auparavant.
- ❖ Retentissement: amaigrissement important (63Kg), douleurs intenses à l'hémi-thorax et épaule gauche
- ❖ Evaluation:
  - Anapath (CUK): carcinome canalaire infiltrant de grade 2 (SBRG)
  - Rx thorax: pas d'images en lâcher de ballon
  - Echographie abdominale: Normale, pas d'adénopathie

- ❖ Traitement : - Mammectomie du sein gauche en Août 2011
  - Chimiothérapie avec Cancure 3x3Cès/j
  
- ❖ Evolution: 21 mois après traitement
  - Gain pondéral (93Kg)
  - Disparition des douleurs

# 18. Patiente KUK, 47 ans

- ❖ Diagnostic : Néo du sein gauche
- ❖ Retentissement : - Rétraction mammaire au quadrant infero-externe gauche,
  - la palpation révèle une masse sensible, adhérent à la paroi, légèrement mobile avec un diamètre d'environ 7-8 cm, de consistance ferme et de surface régulière
  - Pas d'adénopathie axillaire objectivée

- ❖ Evaluation : Mammographie : Image compatible avec des lésions de type BIRADS 4 du sein gauche
- ❖ Traitement : Cancure 3\*3 Co/j ( Début le 24/05/2013)
- ❖ Evolution : la patiente signale la régression de la masse et de la douleur
- ❖ Programme : Mammectomie



# 19. Patient BOM, 66ans

- ❖ Diagnostic : Tumeur ostéolytique du maxillaire.
- ❖ Retentissement :
  - Masse d'allure maligne ulcéro-nécrotique au niveau du palais
  - Impossibilité d'ouvrir la bouche
  - Mauvaise haleine
  - Asymétrie faciale

- ❖ Evaluation : Scanner maxillo-facial: tumeur ostéolytique du maxillaire avec envahissement locorégional hémifacial gauche.
- ❖ Traitement : Chimiothérapie Cancure 3 x 3co/jr Début le 26/06/2013
- ❖ Programme : - Alpha foetoprotéine  
- ACE

# CASE REPORT

20. A patient, Belgian citizen, 57 year-old,

was referred to my specialized consultation for the management of a **colic cancer in June 1, 2005.**

- ▣ He was **complaining for wasting syndrome (weight loss and diarrhoea), fever and asthenia.**
- ▣ His colic cancer was biologically and histologically proven in Belgium in April 2005. At that moment, the level of **CEA was 101ng/ml.**

- ▣ Thus, after a treatment with Cancure 30mg tablets; S/ 3x2 tablets/day for 2 months] from June 1st, 2005 to July 21st, 2005, the biological profiles of tumor markers were as follows on July 21st, 2005:

Evolution:

Clinique: **Net amendement de tous les symptômes**

Paraclinique:

- CEA = 4.0 ng/ml (NL: < 5 Non smoking; < 10 Smoking)
- CEA 125 < 4.00 U/ml (NL: 0-35 U/ml)
- CEA 153 = 12.56 U/ml (NL: < 30 U/ml)
- CEA 199 = < 3.00 U/ml (NL: ≤ 37 U/ml)

- ▣ The Tumor markers were performed at LOMO MEDICAL CLINIC according to the BIOMETRIEUX Laboratory (France) procedures and kits (VIDAS®, CA 125II™) and the HUMAN GESELLSCHAFT (Max-Planck-Ring21, Germany CEA).
- ▣ The results are reliable and suggest an effective and strong action of DOUBASE C™ on cancer cells.
- ▣ From July 2005 till now, the patient is feeling well without any symptoms.

Prof Dr LONGO MBENZA, MD, PhD, DSc

**21. Patient SMART 2007: 85 years, Sex; M,**  
**Nationality; Angolese,**  
**Diagnosis; Prostate cancer.**

- Follow up duration; 15 September 2007 to 31 January 2008.

DATE	WORDING	VALUE	NORMAL VALUE	HOSPITAL	COUNTRY
02/05/2007	PSA tot	59.69 ng/ml	< 4 ng/ml	LOMO Medical / Kinshasa	DRC
06/06/2007	PSA tot	82.08 ng/ml	Reference value changing with the age	Gammamedic sprl / Gembloux	Belgium
03/08/2007	PSA tot	74 ng/ml		Clinique et Maternite Ste Elisabeth	Namur / Belgium

## 22. UNDER CANCURETREATMENT

DATE	WORDING	VALUE	NORMALVALUE	HOSPITAL	COUNTRY
15/09/2007	PSA tot	12.4 ng/ml	< 4 ng/ml	LOMO Medical / Kin shasa	DRC
<b>START</b>					
17/10/2007	PSA tot	1.82ng/ml	< 4 ng/ml	LOMO Medical / Kin shasa	DRC
18/01/2008	PSA tot	0.82 ng/ml	< 4 ng/ml		
31/01/2008	Abdominal – pelvial Echography ; HBP	56 gr, stable Post- mictional residue ; not significant.			

# NEOPLASTIC SPLENOMEGALY TREATED WITH DOUBASE C™, ANTI-HIV AND ANTI-TUMORAL MEDICINE BASED ON AFRICAN TRADITIONAL PHARMACOPOEIA HERB EXTRACTS

## INTRODUCTION

In Sub-Saharan Africa, splenomegaly is fairly common and easily related to sickle cell diseases and infections, such as malaria, schistosomiasis and tropical splenomegaly. However, causes of splenomegaly are multiple. Medical doctors have to think of other infections such as infective endocarditis, portal hypertension, leukaemia, lymphoma, haemolytic anaemia, rheumatoid arthritis, myelofibrosis, kala-azar, chronic myeloid leukaemia, and systemic lupus erythematosus.

Since the advent of the HIV/AIDS pandemic, in general, massive splenomegaly in Africa is encountered more than in the past. Because of poverty, Africans are unable to afford the cost of evaluation and treatment of massive splenomegaly. Even for affluent Africans, complete clinical investigations are not feasible locally.

We describe a 38-year-old black Congolese woman, a dental surgeon native Congolese referred to South Africa without obvious cause of massive splenomegaly. She was treated with Doubase C™, an anti-HIV, anti-tumoral Medicine Based on African Traditional Pharmacopoeia Herb Extracts (1).

Difficulties in defining the histological nature of this neoplastic splenomegaly and the improvement of hematological disturbances when giving Doubase C and performing splenectomy are discussed.

## CASE REPORT

A 38-year-old black female with massive splenomegaly presented on January 9<sup>th</sup> 2002 with following symptoms: weight loss, night sweating, asthenia and exertional dyspnea.

Family and personal medical histories were virgin. She was noted to be anemic with a hematocrit of 26%, weighing 58 kg for a height of 1.63m (BMI=21.8 kg/m<sup>2</sup>).

Physical examination showed that the patient had hepatomegaly and massive splenomegaly. Her cardiovascular system was normal.

Clinical investigations revealed the following features:

- Cytoreaction (PPD intradermoreaction) of 10 mm diameter;
- Chest X-ray showing an interstitial pneumonopathy;
- Analysis of peripheral blood revealing 3950 white cells/mm<sup>3</sup> 12% of neutrophils, 88% of lymphocytes, and 20 mm<sup>3</sup>/hour of ESR;
- Elisa serology anti-HIV after counseling being negative;
- Abdominal ultrasound study showing splenomegaly which reached the hypogastric region.

Thus, a probabilistic diagnosis of spleen tuberculosis was treated with Rifampicin, Ethambutol, Isoniazid and Pyrazinamide during a 6-month period with a worsening general state. A lymphoproliferative process of spleen was suspected in July 2002, and treated with Doubase C™.

This medicine is a mixture of total aqueous extracts of roots and leaves from two plants currently used in the Congolese traditional Pharmacopoeia. The raw materials, one harvested, dried, grinded and then submitted to water extraction, according to pharmaceutical art rules, had been mixed according to a galenic formulation previously described (2).

Thanks to the anti-HIV properties and lack of cytotoxicity demonstrated in vitro and in vivo both by Congolese and US teams, US Patent nE 5,607 673 and Global Patent nE PCT/US96/12769 were granted to this pharmacological product (1). General state was stabilized with Doubase C™.

The patient was referred from the DRC to the Department of Surgery of Prof E.L. Mazwai, Umata, South Africa (SA), for total splenectomy and pathological study of spleen biopsies. Laboratory results of peripheral blood performed on November 27<sup>th</sup> 2002 in Eastern Cape, SA, concluded as follows:

White Cell Differential count:  
 White cell count: 19.2. 10<sup>9</sup>/L, neutrophils : 6 %, Lymphocytes: 90% Platelet count: 39.1 0<sup>9</sup>/L;  
 Splenic marginal zone B-cell lymphoma, target cells and rouleaux formation noted, no tear drop poikilocytes noted, lymphocytosis present, atypical lymphocytes noted, thrombocytopenia without platelet clumping on slides.  
 A bone marrow evaluation was then suggested to exclude bone marrow infiltration.  
 Bone marrow biopsy was not performed, as patient refused to have that investigation.

## MACROSCOPY

On November 30<sup>th</sup> 2002, splenectomy and excision of spleniculus were performed. The nature of the first specimen (I) consisted of brownish tissue sized 2.5x2x0.7 cm. The second specimen (II) consisted of a spleen measuring 24x18x11 cm with total weight of 293.2 grams - see macro photograph Figure 1. Fibre fatty tissue was attached to the serosal surface of the spleen in one area measuring 12x8x0.3 cm. Circumscribed hemorrhagic areas were noted in the substance of the spleen, the largest 5.5 cm in diameter.



FIG 1.



FIG 2



FIG 3

Table 1. IMMUNOHISTOCHEMICAL IBA

PARAMETERS	14/06/01	17/02/01	25/04/01	09/06/01
White cell count x10 <sup>9</sup> /L	12.4	89.3	18.0	9.1
Neutrophils %	12	18	91.9	14
Lymphocytes %	83	88	91.9	56
Monocytes %	0.12	4.63	1.08	6.18
Platelet count x 10 <sup>9</sup> /L	178	162	108	112
Hb (%)	-	++	++	++
Iron stain	-	++	++	++
Gamma GT UL			155	
AlP				37
AST (SGOT) UL			39	
ALT (SGPT) UL			10	
LDL UL			128	

## WHITE CELL DIFFERENTIAL COUNT COLLECTED 28/10/02

White cell count	*L 2.0	4.0-10.0	10 <sup>9</sup> /L
Neutrophils %	18.0	%	
Neutrophils abs	*L 0.36	1.90-7.40	10 <sup>9</sup> /L
Lymphocytes %	80.0	%	
Lymphocytes abs	1.00	1.00-4.50	10 <sup>9</sup> /L
Monocytes %	58.0	%	
Monocytes abs	L 0.04	0.20-1.00	10 <sup>9</sup> /L
Nucleated red cells	HP 2X.0	0-1/100 WBC	
Platelet count	*L 24	140-450	10 <sup>9</sup> /L

FBC Comment: Causes of a pancytopenia include aplastic anemia, bone marrow infiltration (eg. Carcinoma, lymphoma, leukodermis, hyperplastic myelofibrosis) and megakaryocytic anemia. Bone marrow examination is usually indicated. If clinically indicated, a serum B12 level may be considered.

## COLLECTED 27/02/03

White cell count	H 19.3	4.0-10.0	10 <sup>9</sup> /L
Neutrophils %	18.0	%	
Neutrophils abs	L 3.47	1.90-7.40	10 <sup>9</sup> /L
Lymphocytes %	84.0	%	
Lymphocytes abs	H 11.19	1.00-4.50	10 <sup>9</sup> /L
Monocytes %	24.0	%	
Monocytes abs	*H 4.63	0.20-1.00	10 <sup>9</sup> /L
Platelet count	162	140-450	10 <sup>9</sup> /L

FBC Comment: Slide submitted for further comment: Lymphocytes resemble those of a "Hairy Cell Leukaemia". As patient refuses to have a Bone Marrow biopsy, flow cytometry is suggested to confirm Hairy Cell Leukaemia. Please submit 2 x Heparin blood samples for flow cytometry.

## COLLECTED 09/06/03

White cell count	9.1	4.0-10.0	10 <sup>9</sup> /L
Neutrophils %	14.0	%	
Neutrophils abs	L 1.27	1.90-7.40	10 <sup>9</sup> /L
Lymphocytes %	84.0	%	
Lymphocytes abs	H 7.64	1.00-4.50	10 <sup>9</sup> /L
Monocytes %	2.0	%	
Monocytes abs	L 0.18	0.20-1.00	10 <sup>9</sup> /L
Platelet count	162	140-450	10 <sup>9</sup> /L

FBC Comment: Reactive lymphocytes present

## HISTOLOGY

Microscopic study of both II and I was performed on October 30<sup>th</sup> 2002. Sections of both the spleniculus (I) and the spleen (II) showed expansion of the marginal zone. Medium sized cells with irregular hyper chromatic nuclei populated this zone. A more diffuse infiltrate of atypical lymphoid cells was noted in the spleen. Marked congestion of the spleen was noted.

These changes (Figure 2) suggested a possible neoplastic expansion of the marginal zone of the spleen (splenic marginal zone lymphoma?). A small piece of pancreatic tissue had been observed in the splenic hilus. Immunohistochemical stains were necessary then to investigate a possible neoplastic lesion. Immunophenotypic analysis of the selected population was performed on March 11<sup>th</sup> 2003, using Flow cytometry. Table 1 summarizes the results of this Immunohistochemical study.

## OUTCOME

Table 2 presents the post-operatively and Doubase CJ treatment evolution of selected blood investigations. As general state and quality of life were fine, chemotherapy had not been administered.

## DISCUSSION

Several interesting observations are evident in this patient referred to South Africa with modern and sophisticated facilities in clinical investigations. Clinical history of this patient was faced with idiopathic splenomegaly with hypersplenism. But the microscopic changes suggested a possible neoplastic expansion of the marginal zone of the spleen in terms of a splenic marginal zone lymphoma.

With HIV/AIDS pandemic spreading, lymphomas are actually increasing in Sub-Saharan Africa. As the patient was not infected by HIV, the diagnosis of lymphoma had not been retained. Lymphocytes of peripheral blood resembled those of Hairy Cell Leukaemia.

As patient refused to have a Bone Marrow biopsy, flow cytometry was suggested to confirm Hairy Cell. Immunophenotypic analysis of this peripheral blood sample revealed 66 % monoclonal (malignant) B-cells showing partial dim CD5 and C19 co-expression, expressing HLA-DR, CD22, FMC-7, partial dim CD23, bright CD20, bright CD52, CD25, CD103 and bright CD 11C with moderate Lambda light chain restriction. These findings were in keeping with B-cell lymphoproliferative disease, best fitting a Hairy Cell Leukaemia.

This is a neoplastic and monoclonal proliferation of well-differentiated lymphocytes. In this chronic lymphocytic leukaemia, they are almost always 99 % B cells in male patients over 40 (3). This patient was a 38-year-old young woman. The present high count of lymphocytes might be interpreted as a reactive lymphocytes process of mononoclonal syndrome with transient alteration of AAT, Phosphatase, ALT, AST, and monocytes. Possible causes are malaria, toxoplasma, cytomegalovirus, Hepatitis virus B, syphilis, blood transfusions, Herpes virus, post-operatively process, autoimmune diseases, HIV virus (4).

Natural history of this Hairy Cell Leukaemia is characterized by a young woman who remains in status quo for years without enlarged nodes and complications such as autoimmune haemolysis, bacterial infection of the respiratory tract, and Bone marrow failure (2).

We are thinking to start with chemotherapy in order to reduce lymphocyte count. As prognosis is good for this young patient with excellent quality of life, Doubase C™ is being given till now in place of chemotherapy. Indeed, chemotherapy is not always needed, but may postpone marrow failure (2). Radiotherapy was not used in absence of lymphadenopathy and spleen. Supportive care (transfusions, prophylactic antibiotics, IV human immunoglobulin) was not necessary.

In conclusion, it appears that Hairy Cell Leukaemia had been confused with splenic marginal zone lymphoma. It is timely for Sub-Saharan Medical Centers to implement laboratories with Immunophenotypic analysis facilities: the best tool of diagnosis of Hairy Cell Leukaemia. When chemotherapy is not needed, Doubase C™, extracted from African herbs, without toxicity, could be used.

## REFERENCES

1. BASHENGEZI M. I. K. C., Doubase C™. Antiretroviral, anti-HIV medicine Based on African traditional pharmacopoeia herb extracts. Editions Bushini, Bukavu, 2001.
2. LONGO-MBENZA B, BASHENGEZI MHIHO I. K. C., BOLAMBA ATJINGALLE F., KABANDA KURHENGGA G. Doubase C™ an African traditional pharmacopoeia-based anti-HIV, anti-tumoral medicine, for cardiovascular abnormalities in HIV-infected individuals. Submitted.
3. HOPE RA, LONGMORE JM, HOOGETTS TL, RAMRAKJAPS. Oxford Handbook of Clinical Medicine, Third Edition. Oxford University Press, New York, 1995: 570-613.
4. BORDESSOULE D. Syndrome mononocleuseux. Orientation diagnostique. La Revue du Praticien 2002; 52: 2179-2183.

## AUTHORS:

LONGO-MBENZA B, BASHENGEZI M. I. K. C, MAIZAI E. L., KABANDA K. G., NGOMBE C, CHRIRISHUNGU C. C. D.

- 1 Centre Medical LOMO MEDICAL, 4th Avenue, Limete, Kinshasa, DRC
- 2 Centre de Recherche en Phytotherapie et Pharmacopoeie Africaine Traditionnelle (CREPPAT, sup), 7, 14th Avenue, Limete, Kinshasa, DRC
- 3 Professor Surgery and Dean Faculty of Health Sciences, University of Transkei, Umata, Eastern Cape, South Africa.
- 4 Universite de Kinshasa, Faculte de Medecine, Cliniques Universitaires de Kinshasa, M. 1 / Service de Medecine Aerospatiale.

# Paciente AsF, ... ans



# Patiente AsF, ... ans



# Patiente AsF, ... ans



# Paciente AsF, ... ans



# Patiente AsF, ... ans



# Paciente AsF, ... ans



# Patiente AsF, ... ans



# Paciente AsF, ... ans



# Paciente AsF, ... ans



# Paciente AsF, ... ans



# Paciente AsF, ... ans



# Paciente AsF, ... ans



# Paciente AsF, ... ans



# 4. Commentaires

- ▣ Il ressort de cette étude que le cancre a apporté des améliorations évidentes:
  - ▣ Un cas du néo du col est passé du stade 4a au stade 2a après 4 mois de traitement
  - ▣ Un cas du néo du col est passé du stade 4b au stade 3a après 2 mois de traitement
  - ▣ Le cas du rhabdomyosarcome a un meilleur état général bien qu'il ne soit qu'à son premier mois
  - ▣ Le cas du carcinome indifférencié de la parotide a présenté une régression de son facial, une réduction de la masse et un meilleur état général, après 1 année de traitement
  - ▣ L'adénocarcinome de la prostate au 7<sup>ème</sup> mois de traitement a une bonne évolution clinique, hormonale et échographique
  - ▣ 3 de nos patients sont passés par une étape d'hypertrophie de la masse

## ▣ Il ressort en outre que:

- ▣ les cancers dans notre milieu sont découverts tardivement et à des stades avancés
- ▣ la mise au point de ces cancers est difficile compte tenu du coût et du fait que certains examens ne sont pas réalisables dans nos milieux

# conclusion

Le cancre, bien qu'à une étape encore expérimentale, nous offre une nouvelle perspective dans la prise en charge de nos patients porteurs des tumeurs, d'autant plus que c'est une thérapie qui ne présente pas d'effets secondaires (confirmé par des études in vitro et in vivo sur des animaux) hormis un appétit accru chez certains patients.