

THROMBOPHLEBITE DES MEMBRES DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE

The vein thrombosis of the members in the service of cardiology of the CHU Gabriel Touré

Sangar2 I*, Menta I*, Ba HO*, Fofana C A*, Sidib2 N*, Sogodogo A*, Sanogo KM.*

*Service de Cardiologie, CHU Gabriel Touré Bamako

Tirés à part à : Dr SANGARE Ibrahima Service de Cardiologie, CHU Gabriel Touré BP : 267

Tél : 20-22-27-12 / 79-22-78-39 e-mail : flakebus@yahoo.fr

RESUME

Objectif: Déterminer la fréquence des thromboses veineuses profondes des membres supérieurs et inférieurs dans le milieu spécialisé cardiologique. Décrire les signes cliniques et para cliniques. Identifier les facteurs étiologiques. Evaluer l'évolution sous traitement. **Matériel et méthodes:** Il s'agissait d'une étude prospective et longitudinale qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2007 au 31 mai 2008 dans le service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré de Bamako. Etaient inclus tous les patients qui présentaient une thrombose veineuse profonde des membres confirmée échographiquement. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi-info-6.04d. **Résultats:** 22 cas de thrombophlébite confirmée pour un total de 1171 hospitalisations, soit une fréquence de 1,88% avec un âge de survenue entre 30 et 44ans (40,9%) sans aucune préférence de sexe (sex ratio=1). Soixante et trois virgule six pour cent n'avaient aucun antécédent cardiovasculaire connu. Les signes cliniques étaient évocateurs dans 90,9%. L'alitement prolongé était présent dans 59,09% des cas, associé à l'infection au VIH dans 18,1%. L'atteinte du membre inférieur gauche prédominait (72,7%), un seul cas du membre supérieur gauche (4,5%). L'atteinte du réseau profond prédominait (86,3%) avec un siège préférentiellement proximal (72,7%). La veine fémorale a été la plus thrombosée (50%). Quarante et six virgule trois pour cent des patients ont reçu les Héparines de Bas Poids Moléculaire (HBPM) + Anti Vitamine K (AVK) avec 68,18% de guérison sans séquelle. L'évolution s'est compliquée d'embolie pulmonaire dans 13,6% et de décès dans 4,5%. **Conclusion:** La thrombose veineuse profonde des membres occupe une place importante parmi les pathologies cardiovasculaires en milieu spécialisé cardiologique à Bamako et l'infection au VIH semble augmenter sa prévalence. **Mots clés:** Thrombose veineuse profonde, Membres, Embolie pulmonaire.

SUMMARY

Objective: Determine the frequency of thrombosis of the upper and lower limbs in the cardiology specialist unit. Write the clinical and laboratory signs. Identify etiological factors. Evaluate the response to treatment. **Material and methods:** This exploratory study and longitudinal proceeded from the first January 2007 to 31May 2008 in the service of cardiology of the CHU Gabriel Touré of Bamako. Were included in the study all the patients who introduced to the deep vein thrombosis members confirmed at venous ultrasound imaging. The data were analyzed with the software Ear-information-6.04d. **Results:** 12 cases of the deep vein thrombosis confirmed for a total of 1171 hospitalizations, either of 1,88% with a frequency of which has occurred high between 30ans and 44ans (40,9%) without any preference of sex (sex ratio=1). 63,6% did not have any known cardiovascular antecedent. The clinical signs were evocative in 90,9%.The confinement prolonged present in 59,09%, was associated the infection with the VIH in 18,1%. The attack of the left lower limb prevailed (72,7%), only one case of the left upper limb (4,5%).The attack of the major network preferentially prevailed (86,3%) with a seat proximal (72,7%). The femoral vein was reached (50%). 68,3% of the patients received HBPM +AVK with 68,18% of cure without after-effect. The evolution is complicated of pulmonary embolism in 13,6% and death in 4,5%. **Conclusion:** The deep vein thrombosis of the members occupies a significant place among cardiovascular pathologies in Bamako and the infection with the VIH seems to increase its frequency. **Key words:** deep vein thrombosis, members, pulmonary embolism.

INTRODUCTION

La thrombose veineuse profonde des membres et l'embolie pulmonaire (EP) sont deux manifestations cliniques d'une même entité clinique à savoir la maladie veineuse thrombo embolique (MVTE).

La maladie veineuse thrombo embolique des membres est grave de par ses complications aiguës comme l'embolie pulmonaire qui reste potentiellement mortelle, aussi de par ses complications post thrombotiques qui détériorent la qualité de vie des patients. C'est

une pathologie fréquente, malheureusement encore trop souvent ignorée ou délaissée par les cardiologues [1]. Les données épidémiologiques concernant l'incidence de la thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs (MI) sont peu nombreuses et proviennent pour la plupart des cas d'études réalisées dans les pays scandinaves ou bien aux Etats-Unis. Il s'agit en général d'études prospectives comme celle réalisée à Brest [2] qui estime l'incidence annuelle entre 1,12 et 1,36/1000. Les incidences sont assez inhomogènes entre ces différents pays, s'étendant de 0,48 à 1,60 événements/1000 ; elles varient avec l'âge pouvant atteindre 5/1000 après 75ans [3].

Des études réalisées en Côte d'Ivoire et au Sénégal sur la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs ont retrouvé respectivement des prévalences de 0,95% et de 1,17% en médecine interne et en cardiologie [4, 5]. Une étude réalisée au Mali en 2004 [6] et une plus récente en 2008 [7] ont retrouvé respectivement une prévalence de 0,52% et 0,44%.

La fréquence de plus en plus élevée des maladies thromboemboliques veineuses, autrefois considérées comme une rareté africaine [8] et les moyens diagnostiques de plus en plus accessibles ont motivé la réalisation de cette étude en milieu hospitalier cardiologique avec l'objectif de déterminer la fréquence des thrombophlébites des membres supérieurs et inférieurs dans le milieu spécialisé cardiologique, de décrire les signes cliniques et para cliniques, de déterminer les facteurs étiologiques et d'évaluer l'évolution sous traitement.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective de type longitudinal qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2007 au 31mai 2008 dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré de Bamako. Il a été inclus dans cette étude tous les patients hospitalisés dans le service de cardiologie chez qui le diagnostic de thrombophlébite des membres supérieur ou

inférieur a été posé à l'échographie doppler. Tous les patients ont bénéficié systématiquement d'un examen clinique complet, d'un bilan biologique comportant une Numération Formule Sanguine et Vitesse de Sédimentation (NFS-VS), une Glycémie à jeun, une Créatinémie ; d'une radiographie thorax de face, d'un électrocardiogramme standard. L'échographie doppler veineux des membres a permis de confirmer le diagnostic de thrombose veineuse des membres. L'angiostScanner des artères pulmonaire a été réalisée chez les patients avec suspicion d'embolie pulmonaire. Les malades qui ont reçu le traitement à base d'héparine et d'AVK ont bénéficié systématiquement de la numération plaquettaire, le Temps de Céphaline Activé (TCA), le Temps de Prothrombine (TP) et l'International Normalized Ratio (INR). Les données collectées ont été analysées avec le logiciel Epi-info-6.04d.

RESULTATS

Durant les dix sept mois d'étude, il a été hospitalisé 1171 patients dans le service de cardiologie dont 22 cas de thrombophlébite des membres soit une prévalence de 1,88% avec parité de sexe (sex-ratio = 1). L'âge moyen de nos patients était de 41ans avec des extrêmes de 18ans et 80ans. La tranche d'âge la plus atteinte était de 30 à 44ans. Soixante et trois virgule six pour cent n'avaient aucun antécédent cardiovasculaire connu. L'alitement prolongé a été le facteur étiologique fréquemment retrouvé (59,09%), il était associé à l'infection au VIH dans 18,1%. Les signes cliniques étaient évocateurs dans 90,9% notamment l'œdème inflammatoire associé au signe d'Homans positif. L'atteinte des membres inférieurs a prédominé en général avec 95,5% et du gauche en particulier (72,7%). Un seul cas d'atteinte du membre supérieur (4,5%) a été retrouvé. Le réseau profond a été atteint dans 86,3% avec un siège préférentiellement proximal (72,7%). La veine fémorale a été la plus atteinte (50%). Le délai de prise en charge de nos patients après leur admission dans le service a été jugé long dans 55% des cas. Les 86,3% des patients ont reçu les HBPM +AVK. La guérison a été obtenue chez 68,18% des malades sans séquelle. L'évolution a été compliquée d'embolie pulmonaire dans 13,6% (n=3) et de décès dans 4,5%.

DISCUSSION

Nous avons obtenu une fréquence relative-ment supérieure à celle des deux études précédentes réalisées au Mali [6,7] mais très proche de celle retrouvée au Sénégal [5]. Cette augmentation de la fréquence de la maladie veineuse thromboembolique dans les services de cardiologie au Mali pourrait s'expliquer par l'augmentation du nombre de cardiologue et

l'accessibilité à des moyens de diagnostic beaucoup plus performants.

Le sex-ratio est de 1 dans notre série ce qui diffère de certaines observations [7,9] qui retrouvent respectivement une prédominance féminine et masculine.

La tranche d'âge (30ans à 44ans) était la plus atteinte avec une moyenne de 41ans proche de celle retrouvée par certains auteurs [9]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge est plus exposée aux facteurs de risque de la maladie thromboembolique.

L'alitement prolongé a été le facteur le plus fréquemment associé à la survenue de la maladie thromboembolique veineuse. Son association à l'infection au VIH est depuis quelques années suivie avec beaucoup d'intérêt. La fréquence de cette association dans notre étude est supérieure à celles retrouvées dans d'autres séries [7, 9, 10]. L'infection au VIH multiplierait d'au moins par 10 le risque de maladie thromboembolique veineuse [11]. L'œdème inflammatoire comme principale manifestation clinique (95%), la fréquence élevée de l'atteinte du membre inférieur gauche (68%) du réseau veineux profond et proximal s'expliquerait par la compression de la veine iliaque gauche par l'artère iliaque droite primitive. Ce constat ainsi que la rareté de l'atteinte des membres supérieurs sont en accord avec les résultats d'autres études [5, 6, 17, 12, 13]. Nous avons retrouvé une anémie avec accélération de la vitesse de sédimentation chez 64% de nos patients en accord avec une étude [14] qui décrivait l'anémie comme l'un des principaux facteurs de risque. Le délai de prise en charge de nos patients après leur admission dans le service a été jugé long (durée > 6h) dans 55% des cas. Cela s'explique aisément par le manque de système de prise en charge sanitaire sécurisé (sécurité sociale) et l'absence de kit de premiers soins dans nos structures de santé. Soixante et dix-huit pour cent des patients ont reçu un traitement médicamenteux standard associant héparines et anti-vitamine k. Cette prise en charge thérapeutique a été insuffisante chez 9% des patients pour faute de moyens financiers à honorer l'achat des médicaments. Ce même constat a été fait dans d'autres études [7, 9,]. L'évolution à court et à long terme vers la guérison sans séquelle a été observée chez 68% des patients. Elle s'est compliquée d'embolie pulmonaire (EP) dans 13,6% et de décès dans 4,5%. Plusieurs autres auteurs [7, 9, 15] ont rapporté des complications similaires avec des incidences relativement élevées. La mortalité et la morbidité de la maladie thrombo-embolique veineuse profonde sont directement corrélées à la rapidité de son diagnostic et de sa prise en charge thérapeutique. La mortalité baisse

considérable si le diagnostic et le traitement débutent rapidement [16].

CONCLUSION

La maladie thrombo-embolique veineuse des membres n'est pas rare. Elle occupe de plus en plus une place importante parmi les pathologies cardiovasculaires. Elle touche en général les adultes jeunes et l'alitement associé à l'infection au VIH semble augmenter sa fréquence dans nos pays. Les signes cliniques sont ceux décrits classiquement. Le pronostic vital et à long terme dépend de la rapidité de sa prise en charge diagnostique et thérapeutique. L'avènement de l'échographie doppler, sa vulgarisation dans le milieu spécialisé ainsi que l'apport des HBPM et AVK ont facilité cette prise en charge dont le coût très élevé n'est pas toujours à la portée de nos patients.

REFERENCES

1. **DANCHIN N.** Venous thromboembolism. *Ann Cardiol Angeiol* 2002; 51: 123
2. **OGER E, for the EPI- GETBO Study Group.** Incidence of venous thromboembolism: a community-based study in Western France. *Thromb Haemost* 2000 ; 83: 657- 60.
3. **OGER E, LACUT K, SCARABIN P Y.** Incidence and acquired risk factors for thrombophlebitis. *Ann Cardiol Angeiol* 2002; 51: 124-128.
4. **BERTRAND E, CHARLE D, CHOUVET J, COULIBALY A.O, EKKRA A, KERFELEC I, METRAS D, ASSAMOI O.M, RENAMBOT J.** Précis de pathologie cardiovasculaire tropicale. De la rareté de la pathologie thrombo-embolique en région tropicale. Paris: Sandoz, 1979: 319 p
5. **BERTRAND E, CHARLE D, CHOUVET J, COULIBALY A.O, EKKRA A, KERFELEC I.** Précis de pathologie cardiovasculaire tropicale. Thrombose veineuse des membres inférieurs. Paris: Sandoz, 1989: 322 p
6. **B.A.DIALLO, S.YENA, I.B.DIALLO, S.DIAKITE, K.SANOGO, L.KEITA, E.NDIRAHISHA, M.DIAKITE.** Les phlébites des membres inférieurs en milieu hospitalo-universitaire malien. *Ann. Afr. Thor. Cardiovasc.* 2008 ; 3 (2) : 66-69
7. **COULIBALY A.** Phlébite des membres inférieurs : aspect épidémiologique, clinique et évolutif dans les services de cardiologie de l'hôpital du point G à propos de 30 cas. These, Med, Bamako, 2008, 35.
8. **BOUKINDA F, PLANCHON B, OKONDZA J.** La thrombophlébite profonde des membres inférieurs : une curiosité clinique en Afrique Noire. Notre expérience à Brazzaville. *Med Af Noire* 1996; 2: 63-65.
9. **KINGUES S, TAGNY-ZUKAM D, BINAM F, NOUEDOUI C, TEYANG A, MUNA W. F.T.** La maladie thromboembolique veineuse au Cameroun : à propos de 18 cas. *Med Trop* 2002; 1: 62.
10. **NIAKARA A, DRABO Y J, KAMBIRE Y, NEBIE LV, KABORE N J, SIMO N F.** Cardiovascular

disease and HIV infections: study of 79 cases at the national hospital of Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Pathol Exot 2002; 95 (1): 23-6.

11. **SABER AA, ABOOLIAN A, LARAJA RD, BARON H, HANNA K.** HIV/AIDS and the risk of deep vein thrombosis: a study of 45 patients with lower extremity involvement. Am Surg 2001; 67: 645-647.
12. **ELIAS A, BOCALON H.** Thrombose veineuse des membres inférieurs. Ann Cardiol Angeiol 2003; 19: 2000-14.
13. **BOURDARIAS J P, CACOUB P, BIERLING P.** Pathologie cardiaque et vasculaire : hémostasie et thrombose. Paris : Flammarion, 1998 : 365-368 p
14. **ADOH A, KOUAME A N, KOUASSI Y F, N'DORY R, ODI ASSAMBDI M.** Facteurs étiologiques des thromboses veineuses profondes des membres inférieurs chez des sujets noirs africains. Med Trop 1992; 52: 131-137.
15. **TOUZE J.E, MONCANY G, AMONCOU A.** La maladie thrombo-embolique pulmonaire en Côte d'Ivoire. A propos de 13 cas. Med Trop 1985; 45: 43-46.
16. **LAROCHE J P, DAUZAT M, MULLER G, JABON CH.** Le thrombus veineux flottant est-il emboligène ? JEMU1995;16,4:164-69

Tableau 1 : Répartition des patients selon la tranches d'âge

Tranches d'âge en année	Effectif	Pourcentage
15-29	7	31,8
30-44	9	40,9
45-59	1	4,6
60-74	3	13,6
75-89	2	9,1
Total	22	100

Tableau 2 : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	11	50
Féminin	11	50
Total	22	100

Tableau 3 : Répartition des patients selon les facteurs étiologiques

Facteurs étiologiques	Effectif	Pourcentage
Insuffisance cardiaque	2	9,10
Alitement	4	18,18
Infection au VIH	3	13,62
Cancer col utérus	2	14,14
Erysipèle	2	14,14
Broncho-pneumopathies		
Accouchement récent	3	13,62
Immobilisation sous plâtre	2	9,10
Syndrome néphrotique	2	9,10
Aucun	2	9,10
Total	22	100

Tableau 4 : Répartition des patients selon le membre atteint

Membre	Effectif	Pourcentage
Inférieur gauche	16	72,7
Inférieur droit	5	22,7
Supérieur gauche	1	4,6
Supérieur droit	0	0
Total	22	100

Tableau 5 : répartition des patients selon le réseau veineux atteint.

Réseau et siège	Effectif Total	Pourcentage Total
Superficiel	3	13,64
Réseau Profond	22	100
Distal	19	86,36
Siège Proximal	6	27,27
	22	100
	16	72,73

Tableau 6 : Répartition des patients selon l'évolution sous traitement

Evolution à 1an	Effectif	Pourcentage
Guérison sans séquelle	15	68,18
Embolie pulmonaire	3	13,62
Troubles trophiques	3	13,62
Décès	1	4,68
Total	22	100