

MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE CHEZ LA FEMME AU SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU DE KATI.

Venous Thromboembolic Disease In Women In The Cardiology Department Of The Kati University Hospital

Sonfo B¹, Thiam¹ CA, Kéita A², Camara Y¹, Diarra A¹, Sako M³, Touré M⁵, Konaté M⁴, Sangaré I⁵, Ba HO⁵, Diakité M³, Dembélé B³, Camara H⁵, Daffé S², Fofana D², Coulibaly S³, Menta I⁵.

1. CHU Bocar Sidy Sall de Kati ; 2. CHU Mère-Enfant Luxembourg Bamako ; 3. CHU Point G de Bamako ; 4. Hôpital du Mali. 5. CHU Gabriel Touré.

Auteur correspondant : Dr Boubacar Sonfo, email : sonfo20032001@yahoo.fr , Tel : 223 74200527, service de cardiologie CHU Bocar Sidy Sall de Kati.

RESUME

Introduction : La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) regroupe : la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP). Ce travail a été initié pour identifier les particularités féminines si elles existent. **Matériels et Méthode** : il s'agissait d'étude rétrospective, descriptive réalisée dans le service de cardiologie du CHU de Kati sur une période allant du 01 janvier 2014 au 31 décembre 2021. Ont été incluses les patientes hospitalisées durant la dite période pour maladie thromboembolique veineuse. Les variables étudiées étaient les données sociales démographiques, les facteurs de risque, les paramètres cliniques et paracliniques, les aspects thérapeutiques et évolutifs. **Résultats** : Au total nous avons enregistré 68 cas de MTEV dont 40 (58,8%) femmes. Il s'agissait 12 (30%) cas de TVP, 25 (62,5%) d'EP et leur association dans 3 (7,5%) cas. La majorité (82,5%) des patientes était des femmes au foyer. Le post partum représentait 10% des cas. La probabilité clinique, selon le score de Wells était élevée chez 93% des TVP, intermédiaire pour les cas d'embolie pulmonaire avec 50%. L'angioscanner révélait que l'embolie pulmonaire était bilatérale dans 80% des cas. L'héparine et l'AVK ont été les plus utilisés. La mortalité était de 7,5%. **Conclusion** : les femmes sont plus victimes des maladies thromboemboliques veineuses que les hommes. Le post partum est une situation particulière chez la femme. Les récurrences ne sont pas rares. **Mots clés** : MTEV- Femme - CHU Kati - Mali

ABSTRACT

Introduction: Venous thromboembolic disease (MTEV) includes: deep venous thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE). This work was initiated to identify the female particularities if they exist. **Materials and Method**: This was a retrospective, descriptive study conducted in the cardiology department of the Kati university hospital over a period from January 01, 2014 to December 31, 2021. Patients hospitalized during the period for venous thromboembolic disease were included. The variables studied were demographic social data, risk factors, clinical and para-clinical parameters, therapeutic and evolutionary aspects. **Results**: In total we recorded 68 cases of MTEV of which 40 (58.8%) women. There were 12 (30%) cases of deep vein thrombosis, 25 (62.5%) cases of pulmonary embolism and their association in 3 (7.5%) cases. The majority (82.5%) of patients were housewives. The postpartum accounted for 10% of cases. The clinical probability according to the Wells score was high in 93% of deep vein thrombosis, intermediate for cases of pulmonary embolism with 50%. Angio-CT showed that pulmonary embolism was bilateral in 80% of cases. Heparin and anti-vitamin K were the most commonly used. Mortality was 7.5%. **Conclusion**: women are more victims of venous thromboembolic diseases than men. Postpartum is a special situation for women. Recurrences are not uncommon. **Key words**: MTEV- Woman - CHU-Kati - Mali.

INTRODUCTION :

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est une entité unique qui regroupe deux formes cliniques : la thrombose veineuse profonde (TVP) et sa complication majeure, l'embolie pulmonaire (EP) [1]. La thrombose veineuse profonde est indissociable de l'embolie pulmonaire (complication immédiate) puisque 70% à 90% des embolies pulmonaires sont consécutives à une thrombose veineuse profonde. Elle constitue un enjeu majeur de santé publique car occupant le troisième rang des maladies cardio-vasculaires et responsable d'une morbi-mortalité importante (post-thrombotiques, mort subite). D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge thérapeutique dans un délai relativement court

[2]. La pathogénie de cette affection est plurifactorielle, elle résulte de l'intrication complexe des facteurs génétiques avec des facteurs environnementaux, transitoires et acquis [3]. L'incidence annuelle de l'EP se situerait entre 60 et 111 cas pour 100 000 habitants et elle serait responsable de 10 000 à 20 000 décès par an dans le monde [4]. L'une des particularités de la MTEV du sujet noir africain est sa survenue préférentielle chez la femme. Dans les séries hospitalières africaines, les prévalences variaient d'un pays à un autre. Ainsi Ondze-kafata LI au Congo Brazzaville [5] trouvaient 1,1% de MTEV dont 63,6% concernaient le sexe féminin. Ces proportions étaient respectivement de 2,78% et 0,51% pour Dioum M au Sénégal [6]. Le Mali n'échappe pas

à cette règle où la prévalence hospitalière de la MTEV variait entre 1,88% -5,9% [7,8] avec prédominance féminine également de 53,7 – 63,2%. Cette prédominance est telle liée à une particularité féminine ? D'où l'initiation de ce présent travail afin d'étudier la maladie thromboembolique veineuse particulièrement chez la femme au service de cardiologie du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive réalisée dans le service de cardiologie du CHU de Kati sur une période allant du 01 janvier 2014 au 31 décembre 2021. Cette étude a concerné les patientes en hospitalisation dans le service de cardiologie pour maladie thromboembolique veineuse. Ont été incluses les patientes hospitalisées durant la période pour maladie thromboembolique quel que soit l'âge. Les variables étudiées étaient les données sociales démographiques (l'âge, la profession), les facteurs de risque, les paramètres cliniques (les signes fonctionnels), le score de probabilité clinique selon le score de Wells, les paracliniques (l'échographie doppler veineuse des membres inférieurs, l'angiogramme thoracique), les aspects thérapeutiques (les types d'anticoagulants utilisés) et évolutifs. Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide des logiciels IBM SPSS 26, Excel et Word. La confidentialité des dossiers était strictement observée.

RESULTATS

Durant la période d'étude sur **68** cas de MTEV, **40** étaient des femmes, soit une fréquence hospitalière de **58,8%**. L'embolie pulmonaire représentait 62,5% des cas, suivie de la thrombose veineuse profonde soit 30% et leur association 7,5 %. La tranche d'âge la plus touchée était 50 - 64 ans avec 32,5% des cas. Les Femmes au foyer étaient majoritaires avec 82,5%. Les facteurs de risque étaient dominés par la sédentarité et l'obésité avec respectivement 45 % et 35 %. Le post partum représentait 10 % des cas. La dyspnée représentait 67,5% suivi de la douleur thoracique 45% et de la douleur des membres inférieurs avec 37,7%. Selon le score de WELLS simplifié, 93,3% des TVP avaient une probabilité clinique élevée. Par contre dans les cas d'EP, cette probabilité était faible ou intermédiaire avec 50% chacun. La TVP siégeait préférentiellement au niveau de la fémorale commune et de la poplitée dans 20,6% chacun. L'embolie pulmonaire était bilatérale chez 87,5 % de nos patientes. Le traitement était essentiellement à base d'héparines (97,5%) et d'AVK (92,5%). Seuls 5% des patientes avaient bénéficié d'anticoagulants oraux directs (AOD). L'évolution était favorable chez 92,5 % des cas avec une létalité de 7,5 %

DISCUSSION

Durant la période d'étude sur 68 cas de MTEV 40 étaient des femmes, soit une fréquence hospitalière de 58,8%. Il s'agissait 12 (30%) cas de TVP, 25 (62,5%) d'EP et leur association dans 3 (7,5%) cas. Résultat similaire a été observé dans l'étude réalisée par Camara avec une fréquence hospitalière de 53,7%, l'embolie pulmonaire représentait 57,4 % des cas [8], dans l'étude de Coulibaly les cas de TVP étaient de 37,9 %, l'EP 60,92 % et leur association 1,15% [9]. Cette prédominance de l'embolie pulmonaire pourrait s'expliquer par le caractère le plus souvent brulante de sa symptomatologie conduisant les patients à consulter rapidement. La tranche d'âge la plus touchée était 50 – 64ans avec 32.5% des cas. Par contre dans la série de Coulibaly, la maladie thromboembolique veineuse concernait plus les 21 – 40ans [9]. La petite taille de notre échantillon pourrait être l'explication de cette différence. L'âge moyen de nos patientes était de 50,68 ± 16,32 ans avec des extrêmes de 21 et 83 ans (l'âge moyen pour TVP était de 51,40 ± 15,79 ans et de 50,11 ± 16 ans pour EP). Ce qui est supérieur aux 43,3 ± 13 ans (16 et 86 ans) trouvés par Millogo [10]. Cet écart s'expliquerait par la différence entre nos extrêmes. Les femmes au foyer représentaient la couche socioprofessionnelle la plus touchée avec 82,5%. Ce résultat est en accord, avec l'étude réalisée par Millogo chez la femme noire au Burkina [10], qui rapportait 52,8 % de femme au foyer. Ce qui n'a rien d'étonnant car la majorité des femmes de notre sous-région sont des femmes au foyer. Les facteurs de risque étaient dominés par la sédentarité (45%), suivie de l'obésité (35%). Le post partum représentait 10 % des cas. Ils étaient principalement pour Millogo [10], l'obésité (35,5%) et les oestrogénostatifs (38,0%). La forte présence de la contraception orale dans la série de Millogo s'expliquerait par les proportions élevées des femmes en l'âge de procréer. Quant à la sédentarité, elle semblerait liée au peu d'intérêt des femmes pour le sport dans nos pays. A noter que les récidives et le contexte de post partum représentaient 5,5% des cas chacun. Quant aux signes fonctionnels, la dyspnée représentait 67,5%, suivi de la douleur thoracique 45% et de la douleur des membres inférieurs avec 37,7%. Les signes prédominants dans l'étude réalisée par Coulibaly étaient la dyspnée soit 90,74% et la douleur thoracique soit 85,29% [9], les mêmes signes ont été observés par Camara [8] mais à des proportions différentes (38,9 % et 64,8 %). Selon le score de WELLS simplifié, 93,3% des TVP avaient une probabilité clinique élevée. Par contre dans l'EP, cette probabilité était faible ou intermédiaire dans 50% chacun. Ce score était estimé pour Millogo [10], dans une étude réalisée chez la femme noire, modéré (58,3%) en cas d'EP et élevé (61,1%) pour la TVP. Sur la plan de l'échographie Doppler

veineux, la thrombose était majoritairement 66,7% du côté gauche. Elle siégeait préférentiellement au niveau de la fémorale commune et de la poplitée dans 20,6% chacun. Ce résultat est similaire à celui de Millogo [10], qui avait trouvé dans son étude que 73,3 % des thromboses veineuse était de localisation. L'embolie pulmonaire était bilatérale, à l'angiomodensitométrie, dans la majorité des cas, soit 73,3%. Son siège était principalement lobaire et segmentaire dans 28,1% chacun. En rupture avec Millogo [10], qui avait rapporté que les embolies étaient localisés surtout au niveau de l'artère pulmonaire droite. En concordance avec Coulibaly [9], qui trouvait dans son étude que L'EP était bilatérale chez 46,30% des patients. Toutes nos patientes avaient bénéficié d'une anticoagulation dont 97,5% d'héparine, 92,5% d'AVK et seuls 5% d'AOD. En accord avec les autres auteurs, Soya [11], Coulibaly [9], Dia [12]. L'évolution était favorable chez 92,5 % des cas, seuls 2 patientes avaient présenté une complication (un cas de choc cardiogénique et une hémorragie sous anticoagulant). La mortalité était de 7,5%.

CONCLUSION

La MTEV est de plus en plus fréquente chez la femme, la sédentarité et l'obésité ont été les facteurs de risque les plus observées, le post partum étant une situation particulière chez la femme, sans oublier les récurrences qui ne sont pas rares dans notre milieu, d'où l'intérêt d'une prise en charge efficace et des mesures de prévention afin d'éviter les complications.

Conflits d'Intérêt : pas de conflits d'intérêt.

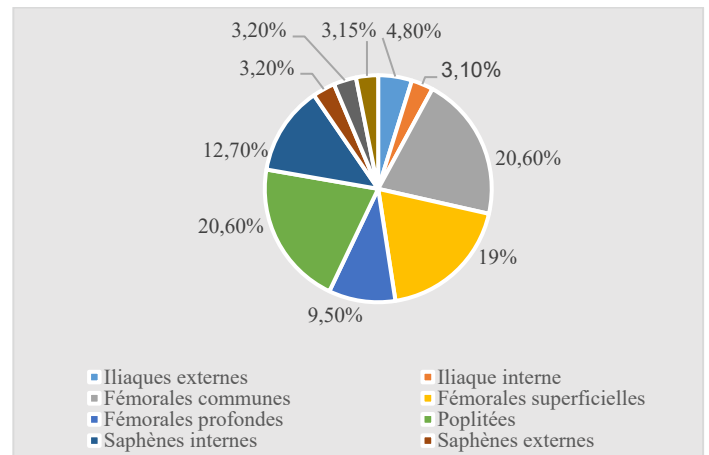
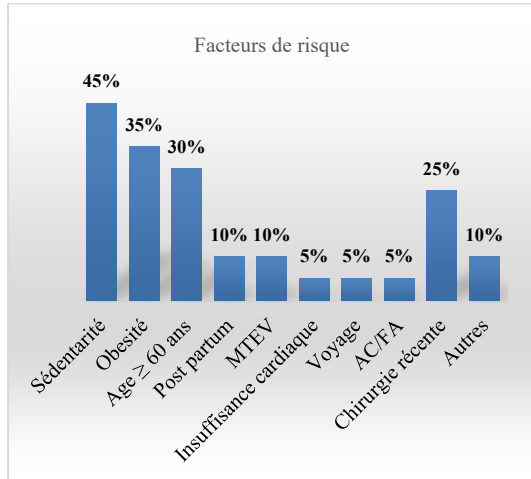
REFERENCE

1. Bourgoin-Hérard H. Maladie thromboembolique veineuse. Stratégies thérapeutiques, préventives et curatives. Doss CNHM.2006.Tome XXVII11 .5-6.
2. HAL Id. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100354> Submitted on 15 Apr 2019.
3. Rosendaal FR. Venous thrombosis. A multicausal disease. Lancet 1999; 353(9159).1167-73.
4. Caillard G. Travel ant risk of venous thrombosis. Lancet 2001 ; 357(9255) : 554-5.
5. Ondze-kafatan et al. La thrombose veineuse des membres inférieurs à Brazzaville. Cardiologie tropicale 2012.
6. Dioum M. Les thromboses veineuses des membres. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. Étude rétrospective sur une période de 09 ans à propos de 148 cas colligés au Service de Cardiologie de l'Hôpital General de Grand Yoff de Dakar. Rev. CAMES Santé 2017. 5 (1) .ISSN 2424-7243.
7. Sangaré I et al. Thrombophlébite des membres dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré. Mali Med2015. Tome XXX(1) .3-6.

8. Camara et al .Maladie Thromboembolique. Aspects Epidémiocliniques et Thérapeutiques au CHU de Kati. Health Sci. Dis April 2022 : Vol 22 (4); PP 86-89
9. Coulibaly et al. Maladie Thromboembolique Veineuse dans le Service de Cardiologie du CHU du Point G à Bamako. Health Sci. Dis June 2018: Vol 19 (2); PP 27-30
10. Georges Rosario Christian Millogo et al. Venous thromboembolic disease of black African women in university hospital in Burkina Faso. Epidemiological and clinical profile. Risk factors and public health implications.Revue Tunisienne de Cardiologie. 1er Trimestre 2020 Vol 16 N°1 : PP 5-13.
11. Soya E et al. Aspects épidémie-clinique et thérapeutique de la maladie veineuse thromboembolique A l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. Journal de la recherche scientifique de l'université de Lomé 2019 : Vol 21 (4-1).
12. Dia K et al. La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) en milieu médical. A propos de 216 cas colligés à l'Hôpital Principal de Dakar (HPD).Cardiologie tropicale 2016 : Vol (143).

Tableau I : Répartition selon les données socio – démographiques.

Données socio – démographiques	Effectifs (n=40)	%
Tranches d'âge (ans)		
21 - 34	6	15,0
35 - 49	12	30,0
50 - 64	13	32,5
≥ 65	9	22,5
Femmes au foyer	33	82,5
Profession		
Fonctionnaire	5	12,5
Commerçant	2	5,0
/ entrepreneur		



Autres : grossesse, pilule, paralysie, rétrécissement mitral

Figure 3: Répartition selon les sièges de la TVP à l'échographie doppler veineuse des membres inférieurs.

Figure 1: Répartition selon le facteur de risque

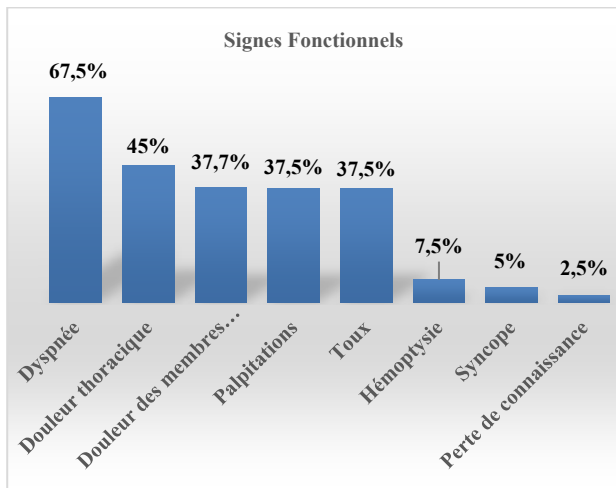


Figure 2: Répartition selon les signes fonctionnels

Tableau III: Répartition selon les sièges de l'EP à l'angioscanner

Localisation pulmonaire	Côté atteint			Total
	Droite	Gauche	Les deux	
AP	1 (14,3%)	-	6 (85,7%)	7 (21,9%)
Lobaires	-	-	9 (100,0%)	9(28,1%)
Segmentaire	2 (22,2%)	1(11,1%)	6 (66,7%)	9(28,1%)
Sous segmentaire	-	-	7 (100%)	7(21,9%)
Total	3 (9,4%)	1 (3,1%)	28 (87,5%)	32 (100%)

Tableau II: Répartition selon le score de Wellssimplifié.

Score de probabilité clinique	MTEV TVP	Types de Embolie pulmonaire	Total
Probabilité faible	1(6,7%)	14 (50%)	15
Probabilité intermédiaire	-	-	14
Probabilité élevée	14(93,3%)	14(50%)	14
Total	15 (100,0%)	28 (100,0%)	43 (10)