

PRESENTATION CLINIQUE ET ETIOLOGIES DE LA THROMBOSE VEINEUSE DES MEMBRES PELVIENS EN CARDIOLOGIE AU CNHU DE COTONOU

HOUÉNASSI M., SACCA-VÉHOUNKPÉ J., TCHABI Y., AKINDÈS DOSSOU-YOVO R., OUSSOU A., D'ALMEIDA MASSOUBODJI M., AGBOTON H.

Unité de Soins d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie (Pr Hippolyte Agboton)-Faculté des Sciences de la Santé

RESUME

L'objectif de cette étude était d'étudier la présentation clinique et les étiologies de la thrombose veineuse des membres pelviens (TVMP).

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui a inclu 85 patients hospitalisés pour TVMI pendant une période de 9 ans 5 mois. La TVMP a été diagnostiquée par échodoppler veineux ou phlébographie

La prévalence de la TVMP était de 02,79 %. La population atteinte était caractérisée par : âge moyen 52,5 ans \pm 14,5 ans - sex-ratio 0,89 - tout niveau socioéconomique et d'instruction. La sémiologie était classique mais l'hospitalisation a été motivée par la survenue d'une embolie pulmonaire dans 47 % des cas. Les facteurs étiologiques classiques ont été retrouvés et la TVMP survenant après alitement ou chirurgie représentait 33 % des cas.

Les auteurs concluent qu'il s'agit d'une maladie de plus en plus fréquente mais mal connue dont la prévention est insuffisante et qui ne semble pas présenter de particularité.

Mots clés : thrombose veineuse - membres inférieurs - embolie pulmonaire - noir africain

SUMMARY

The aim was to study the clinical and aetiological presentations of leg venous thrombosis (LVT). It is a 9 years 5 months retrospective study.

Phlebography or venous echodoppler were required for LVT diagnosis of the 85 cases.

LVT prevalency was 02.79 %. For these 85 patients sex-ratio was 0.89, mean age 52,5 ans \pm 14,5 ans. No importance was found for socio economic status or instruction level. Pulmonary embolism was the admission reason in 47 % despite clinical presentation on the legs was usual. Surgery or medical hospitalization was the aetiologic factor in 33 %.

The authors conclude that LVT become frequent but is not well know yet.

Key-words : venous thrombosis - leg - pulmonary embolism - black african

INTRODUCTION

En Afrique noire subsaharienne où elle avait semblé exceptionnelle la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est de plus en plus rapportée [1,2,3]. Au Bénin son diagnostic de plus en plus fréquent a suscité cette étude pour en préciser les caractéristiques cliniques et étiologiques au niveau des membres inférieurs

I. MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée à l'Unité de Soins d'Enseignement et de recherche en Cardiologie du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert K. MAGA de Cotonou. La période d'étude s'étendait du 1^{er} janvier 1996 au 31 mai 2004.

Tous les patients hospitalisés pour thrombose veineuse des membres pelviens ou inférieurs (TVMP) dans la période de l'étude y ont été inclus. Ceux dont les dossiers ne comportaient pas tous les renseignements recherchés ont été exclus.

La thrombose veineuse avait été diagnostiquée à l'échodoppler veineux ou à la phlébographie. La recherche d'un alitement d'origine médicochirurgicale ou obstétricale

dans le mois précédant l'apparition des symptômes était systématique de même que la recherche d'une néoplasie, d'une contraception oestroprogestative. La réalisation d'une échographie abdominopelvienne à la recherche d'une compression et l'existence d'un allongement du temps de Céphaline avec activateur (TCA) considéré comme évocateur d'un syndrome des antiphospholipides ont été aussi systématiques. En cas d'alitement le risque de thrombose veineuse et la pratique de la prévention ont été évalués selon les recommandations internationales [4] : une injection sous cutanée quotidienne de faible dose (exemple 0,20 ml d'énoxaparine) d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) pour un risque faible de thrombose-dose plus forte (0,40 ml d'énoxaparine) pour les risques plus élevés.

Tous les patients ont été d'abord traités par héparinothérapie : héparine non fractionnée à raison d'un bolus intraveineux de 5000 unités suivie d'une perfusion intraveineuse continue à la seringue électrique commencée à 500 unités par kilogramme et par 24 heures ajustée pour obtenir un temps de céphaline avec activateur (TCA) entre 2 et 3 fois celui du témoin - HBPM à dose curative (par exemple enoxaparine 0,01 ml par kg et par injection sans

dépasser 1 ml par injection à répéter toutes les 12 heures. Un relai précoce en général commencé entre le deuxième et le cinquième jour par un traitement antivitaminé K (acénocoumarol) a été systématique en visant un INR entre 2 et 3. Une réanimation par inotrope (dobutamine et ou dopamine) et un remplissage vasculaire ont été associés dans les embolies pulmonaires massives.

Les variables étudiées se rapportaient aux caractères démographiques, à la séméiologie clinique et paraclinique, aux étiologies. Les données ont été collectées à partir des dossiers des patients sur un questionnaire informatisé ; elles ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm déviation standard.

II. RESULTATS

2.1- Caractères démographiques

Une population de 85 patients atteints de thrombose veineuse documentée des membres inférieurs a été retenue sur un total de 99 cas de suspicion. L'âge moyen de ces 85 patients était de 52,5 ans \pm 14,5 ans (extrêmes de 17 - 95 ans) et la sex-ratio de 0,89. Les analphabètes représentaient 19,3 % de la série, les niveaux d'instruction du primaire du secondaire et du supérieur représentaient respectivement 21,7 % - 24,1 % et 34,9%. La répartition selon le niveau de revenu a retrouvé 29,6% pour un revenu inférieur au salaire Minimum interprofessionnel garanti (SMIG), 39,5 % pour un revenu de 1 à 3 SMIG et 30,9 % pour plus de 3 SMIG.

2.2- Prévalence et séméiologie

2.2.1- Prévalence et répartition

La prévalence de la TVMP parmi les 2954 hospitalisés pendant la période d'étude était de 02,79%. La répartition selon l'année est représentée par la figure n°1. La majorité soit 76,4 % des patients ont moins de 60 ans et la classe d'âge la plus représentée était celle de 30 à 50 ans avec 58,8%.

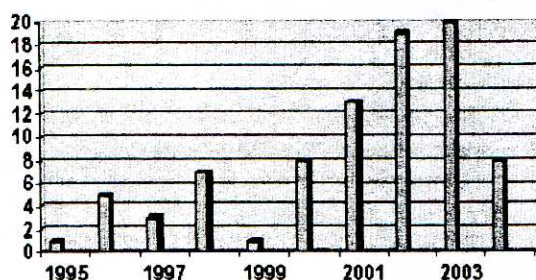


Figure 1 : Répartition des cas de TVMP par année de survenue

2004 : l'étude n'a porté que sur 5 mois

2.2.2- séméiologie

Un œdème chaud et douloureux était présent chez 64 patients soit 75,3 %. Les 21 autres soit 24,7 % avaient une forme atypique non douloureuse. La TVMP était unilatérale chez 83 patients soit 97,6% et dans ce groupe elle siégeait

à gauche chez 59 patients soit 71,1% ; elle était bilatérale chez 2 patients. La thrombose était étendue à la veine cave inférieure dans 3 cas soit 03,5 %, et au réseau iliaque dans 27 cas soit 31,7%. Chez les 55 patients restants soit 64,7% la thrombose était limitée au territoire fémoral.

Cette symptomatologie des membres inférieurs a motivé l'hospitalisation chez 45 patients soit 52,9% alors que chez les 40 restants soit 47,1 % seule l'apparition de signes d'embolie pulmonaire a alerté.

2.3- Etiologie

La répartition selon les circonstances étiologiques est la suivante : TVMP lié à un alitement occasionné par une affection médicale 12 cas soit 14,11 % - TVMP post chirurgicale 16 cas soit 18,82% - grossesse et postpartum 3 cas soit 03,52% - TVMP ambulatoire 54 cas soit 63,53%. Parmi les affections médicales à l'origine de TVMP les cancers sont dominants avec 7 cas sur 12 soit 58,33%. Dans le groupe des TVMP ambulatoires 30 cas soit 55,5% de ce groupe et 35,3% de notre série ne présentaient aucun facteur étiologique (FE) ; les FE retrouvés et diversement associés parmi les 24 restants sont rapportées dans le tableau n°1.

Parmi les 28 patients soit 32,94 % ayant une TVMP d'origine médicale ou chirurgicale le risque de thrombose veineuse était faible chez 2, modéré chez 13 et élevé chez 12. La prévention n'avait été prescrite que chez 2 et sa posologie était insuffisante dans ces 2 cas.

Tableau I : Facteurs étiologiques retrouvés en cas de TVMP ambulatoire

Nature du facteur étiologique	nombre	Importance (%) au sein	
		Des TVMI A	de la série
Varices des membres	7	12,96	08,23
Tumeurs pelviennes	7	12,96	08,23
Antécédent personnel de TVP	6	11,11	07,06
Obésité	6	11,11	07,06
TCA allongé (dont un SAP)	4	07,40	04,70
Antécédent familial de TVP	2	03,70	02,35
Contraception orale	2	03,70	02,35
Voyage aérien > 6 heures	1	01,85	01,17
Déficit en protéine S	2	Recherche non systématique	

TVMP A = thrombose veineuse ambulatoire des membres inférieurs

TVP = thrombose veineuse profonde

TCA = temps de Céphaline avec activateur

SAP = syndrome des anticorps antiphospholipides

III. COMMENTAIRES

3.1- Caractères démographiques

La TVMP atteint comme ailleurs en Afrique [1,2,3 5,6,7] et dans le monde [8,9] toutes les classes d'âge et tous les niveaux socio-économiques. Mais l'âge moyen de notre série est plus élevé que celui des autres séries africaines

qui varie de 34 à 46 ans. Comme Konin et coll en Côte d'Ivoire [7] la TVMP atteint aussi bien l'homme que la femme dans notre série. Ailleurs une prédominance féminine a été rapportée par Niakara et coll à Ouagadougou [5], par Gebremedhin et coll à Addis Abeba [3]. Par contre Igun et coll à Jos au Nigéria [2] ont rapporté une prédominance plutôt masculine.

3.2- Prévalence et séméiologie

Avec une prévalence de 02,79 % la TVMP est une affection courante en milieu cardiologique béninois. Elle est à l'origine de 05,78% des urgences cardiovasculaires observées dans notre service entre le 1^{er} janvier 1998 et le 30 avril 2002 [10]. Son incidence annuelle est croissante au fil des ans comme le montre la figure n°1. Ce profil épidémiologique de la TVMP est similaire à celui observé par Konin et coll en milieu cardiologique à Abidjan pour la période de 1979 à 1999 : prévalence 03,1 % augmentation progressive du nombre de cas de 4 à 30 par an [7]. La prévalence de la TVMP semble moins importante en *cardiologie selon Niakara et coll à Ouagadougou où elle est de 1,1% [5] et selon Kingue à Yaoundé [6].*

Malgré une présentation clinique classique dans 75 % des cas, la TVMP est diagnostiquée au stade d'embolie pulmonaire (EP) dans 47,1%. Cela témoigne d'une mauvaise connaissance de la pathologie en milieu non cardiologique. Ces constatations épidémiologiques et séméiologiques incitent à penser que cette affection est en réalité plus fréquente en Afrique noire, donc sous évaluée encore en raison des méthodes d'investigation utilisées jusque là.

3.3-Etiologies

La fréquence d'environ 33 % des TVMP après une hospitalisation médicale ou une intervention chirurgicale est un témoin de la méconnaissance de la maladie et des moyens de sa prévention. La situation est la même selon Niakara à Ouagadougou [5] et selon Konin à Abidjan [7] où les affections médicochirurgicales sont à l'origine respectivement de 58 % et 54,7% des cas. C'est aussi ce qu'illustre l'étude d'Igun [2] en milieu chirurgical nigérian. Cette étude rapporte 42 cas consécutifs de maladie thromboembolique veineuse post opératoire correspondant à 0,1 % des opérés. Composée de 6 TVMP et 36 cas d'EP dont 25 EP massives ayant toutes abouti au décès, cette série est d'une sévérité extrême qui attire l'attention sur la prévention.

La prédisposition manifestée par la présence de varices, d'antécédent personnel ou familial de thromboembolie veineuse est aussi un facteur étiologique fréquent

dans notre série; ce groupe incite à la recherche plus systématique de facteurs biologiques prédisposants non encore étudiés à Cotonou dans la période d'étude comme les déficits en protéines S et C ou le déficit en antithrombine III, le syndrome des antiphospholipides. Si quelques études préliminaires [11,12] n'ont trouvé aucun cas de résistance à la protéine C activée ou facteur 5 Leiden sur un échantillon de béninois, quelques explorations ciblées ont révélé dans notre série un syndrome des anticorps antiphospholipides parmi les 4 cas de TCA allongé et 2 cas de déficit en protéine S.

L'association classique cancer et TVMP est retrouvée avec les cancers qui représentent l'étiologie chez 7 patients soit 08,23 %, une implication plus prononcée qu'à Abidjan où ils représentent 04,2 % des étiologies [7].

La pathologie gynéco-obstétricale est aussi présente avec la contraception oestroprogestative, la grossesse, le postpartum et les tumeurs pelviennes. Selon une revue récente [13] la contraception orale minidosée engendre un risque de MTEV 3 à 6 fois plus élevé, le traitement hormonal substitutif et les modulateurs sélectifs des récepteurs d'œstrogène multiplient ce risque par 2 à 4, la grossesse et le postpartum par 6 à 10. Un effort de prévention s'impose là encore.

Enfin 35 % des cas sont sans aucun facteur étiologique. Cette proportion est de 40 % en France [8].

Toutes ces similitudes de la TVMP entre les pays d'Afrique subsaharienne d'une part et entre ces pays et les pays européens d'autre part suggèrent que la MTEV est aussi fréquente dans la race noire que dans la race blanche. C'est ce qu'a trouvé l'étude de Stein (9) aux USA qui a montré que l'incidence de l'EP chez les africains américains était significativement supérieure à celle des américains de race blanche (0,26 % contre 0,21% - $p < 0,05$). Une étude collaborative africaine permettrait de mieux préciser la situation épidémiologique de cette affection.

CONCLUSION

La thrombose veineuse des membres inférieurs est une affection non exceptionnelle, de plus en plus fréquente en milieu cardiologique béninois. Ses facteurs étiologiques sont classiques. Sa prévention est insuffisamment pratiquée et elle est trop souvent diagnostiquée au stade d'embolie pulmonaire. Elle ne semble pas présenter de particularité par rapport à la thrombose veineuse du caucasien.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **TOUZE J.E., MONCANY G., AMONKOU A. and al**
La maladie thromboembolique pulmonaire en Côte d'Ivoire (à propos de 13 cas)
Med Trop 1985 ; 45 (1) : 43 - 6
- 2- **IGUN G.O.**
A 10 year review of venous thrombo-embolism in surgical patients seen in Jos, Nigeria
Niger Postgrad med J 2001 ; 8 (2) : 69 - 73
- 3- **GEBREMEDHIN A. and SHAMEBO M.**
Deep venous thrombosis in a university teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia
East Afr med J 1998 ; 75 (7) : 432 - 5
- 4- **GEERTS W.H., PINEO G.F., HEIT J.A. and al**
Prevention of venous thromboembolism : the seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy
Chest 2004 ; 126 (3) : 338 S - 400S
- 5- **NIAKARA A., ZONGO A., OUEDRAOGO N. et al**
Les maladies thromboemboliques veineuses chez le sujet noir africain : étude clinique de 29 cas à Ouagadougou (Burkina Faso)
Rev Afr Anesth med Urg (RAMUR) 2002 ; 7 (1) : 17-23
- 6- **KINGUE S., TAGNY - ZOUKAM D., BINAM F. and al**
La maladie thromboembolique veineuse au Cameroun (à propos de 13 cas)
Med Trop 2002 ; 62 : 47 - 50
- 7- **KONIN C., ADOH M., KRAMOH E. et al**
Les thromboses veineuses des membres inférieurs en milieu tropical : aspects épidémiologiques et facteurs étiologiques
Médecine d'Afrique Noire 2004 ; 51 (8/9) : 469 - 73
- 8- **FERRARI E., BAUDOY M., CERBONI P. and al**
Clinical epidemiology of venous thromboembolic disease. Results of a french Multicenter registry
Eur Heart J 1997; 18 (4) : 685 - 91
- 9- **STEIN P.D., HUANG H.L., AFZAL A. and al**
Incidence of acute pulmonary embolism in a general hospital: relation to age, sex and race
Chest 1999; 116: 909 - 913
- 10- **AGBOTON H., HOUÉNASSI M., SACCA-VÉHOUNKPÉ J. et al**
Nature et importance des urgences au CNHU de Cotonou : à propos de 277 cas
RAMUR 2004 ; 9 (2) : 89 - 93
- 11- **KOUASSI D., DIAFOUKA F, DJIMA M et al**
La résistance à la protéine C activée chez les patients atteints de maladie thromboembolique veineuse à Cotonou (Bénin)
Ann Biol Clin (Paris) 2004 ; 62 (2) : 246 - 7
- 12- **PEPE G., RICKARDS O., CAMACHO VANEGAS O. et al**
Prevalence of factor V Leiden mutation in non europeans populations
Thromb Haemost 1997 ; 78 (2) : 329 - 31
- 13- **KUJOVICH J.L.**
Hormones and pregnancy : thromboembolic risks for women
Br J Haematol 2004; 126 (4) : 443 - 54