

Prévalence et étiologies des grosses jambes aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. *Prevalence and Causes of lower limb swelling in the emergencies of the Abidjan Cardiology Institute*

SOYA Kossa Esaie, N'DJESSAN Yapo Jean-Jacques, KOFFI Kouassi Florent, KOUAMEKoffi Stéphane, KONIN Kouhao Christophe.

Institut de Cardiologie d'Abidjan

Correspondant : SOYA Kossa Esaie, esaiesoya@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction. Les grosses jambes constituent un motif fréquent de consultation car la suspicion de thrombose veineuse profonde est une situation fréquente dans les services d'urgence. En Afrique sub-saharienne les données sur la prévalence des grosses jambes sont mal connues. Le but de cette étude était de déterminer la prévalence et les principales étiologies des grosses jambes aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan.

Méthodes. Il s'agissait d'une étude prospective de juillet 2015 à décembre 2015 réalisée aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. Les critères d'inclusion étaient les patients âgés d'au moins 18 ans admis pour grosses jambes. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique et d'un échodoppler veineux des membres inférieurs avec la sonde 7-12 MHz. Les paramètres étudiés étaient : l'âge et le sexe, les antécédents et les facteurs favorisant la survenue de la grosse jambe les données de l'examen clinique et l'estimation du score de probabilité clinique de Wells les résultats de l'échodoppler veineux des membres inférieurs

Résultats. Au cours de la période d'étude 3447 patients ont été reçus aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan dont 56 pour grosses jambes soit une prévalence de 1,6%. L'âge moyen était de $48,37 \pm 17,15$ ans (extrêmes 20 et 96 ans). Il y avait 32 femmes (57,1%) et 24 hommes (42,9%). Les facteurs étiologiques étaient dominés par l'alitement prolongé (16,1%), la chirurgie (16,1%), et l'obésité (25%). Le score de probabilité clinique de Wells moyen était de $2,05 \pm 1,38$. La topographie gauche de la grosse jambe était la plus fréquente soit 53,6%. Les principales étiologies de la grosse jambe étaient la thrombose veineuse profonde (67,8%), l'érysipèle (25%), le lymphoedème (23,2%). Le score de probabilité clinique de Wells était significativement plus élevé chez les patients atteints de thrombose veineuse que chez ceux n'étant pas atteints ($p < 0,001$).

Conclusion. La prévalence de la grosse jambe est faible et l'étiologie principale est la thrombose veineuse profonde.

MOTS-CLÉS : Prévalence, Jambes, Thrombose veineuse, Membres inférieurs.

ABSTRACT

Introduction. Swelling of lower limb are frequent reason for consultation because the suspicion of deep vein thrombosis is a common situation in emergencies departments. In sub-Saharan Africa data on the prevalence of swelling of lower limb are poorly known. Aim: To determine the prevalence and the main Causes of swelling of lower limb in the Emergency Department of the Abidjan Cardiology Institute.

Methods. This was a prospective study from July 2015 to December 2015 carried out in the Emergency Department of the Abidjan Cardiology Institute. Inclusion criteria were patients aged 18 or older admitted for swelling of lower limb. All patients underwent clinical examination and venous ultrasonography of the lower extremities with the 7-12 MHz probe. The parameters studied were: age and sex, antecedents and factors favoring the occurrence of big-legged clinical examination data and the estimation of Wells's clinical probability score for venous duplex ultrasound results.

Results. During the study period, 3447 patients were admitted to the Emergency Department of the Abidjan Cardiology Institute, of which 56 for swelling of lower limb had a prevalence of 1.6%. The mean age was 48.37 ± 17.15 years (range 20 to 96 years). There were 32 women (57.1%) and 24 men (42.9%). The etiological factors were dominated by prolonged bed rest (16.1%), surgery (16.1%), and obesity (25%). The average Wells clinical probability score was 2.05 ± 1.38 . The left leg topography was the most common at 53.6%. The main causes of swelling of lower limb were deep vein thrombosis (67.8%), erysipelas (25%) and lymphedema (23.2%). the Wells clinical probability score was significantly higher in patients with venous thrombosis than in those who were not affected ($p < 0.001$).

Conclusion. The prevalence of the big leg is low and the main cause is deep vein thrombosis.

KEYWORDS: Prevalence, Swelling, Thrombosis, Lower limb.

INTRODUCTION

Les grosses jambes constituent un motif fréquent de consultation car la suspicion de thrombose veineuse profonde est une situation fréquente dans les services d'urgence. Elles posent un problème de diagnostic étiologique^{16,7}. En Angleterre, chaque année, environ 140000 personnes consultent les services des urgences pour suspicion de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs^{9,10}. En Afrique subsaharienne, les données sur la prévalence des grosses jambes ne semblent pas documentées. Le but de notre étude était de déterminer la prévalence et les principales étiologies des grosses jambes dans un service d'urgence de cardiologie en Afrique subsaharienne.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective de juillet 2015 à décembre 2015 réalisée aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan.

Les critères d'inclusion étaient les patients âgés d'au moins 18 ans admis pour grosses jambes pour suspicion de thrombose veineuse profonde. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique et d'un échodoppler veineux des membres inférieurs avec la sonde 7-12 MHz. Les critères de non-inclusion étaient les grosses jambes dues à une décompensation d'une insuffisance cardiaque déjà connue.

Les paramètres étudiés étaient :

- Les données démographiques : l'âge et le sexe
- les antécédents et les facteurs favorisant la survenue de la grosse jambe
- les données de l'examen clinique et l'estimation du score de probabilité clinique de Wells¹⁷
- les résultats de l'échodoppler veineux des membres inférieurs
- le diagnostic étiologique de la grosse jambe

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés sur le logiciel EPI-INFO version 6.07®. Les données quantitatives sont exprimées en moyenne \pm écart -type et les données qualitatives en proportion suivie de pourcentage. La recherche de facteurs associés à la présence de thrombose veineuse profonde a été déterminée par analyse univariée, et multivariée avec pour variable dépendante la présence ou l'absence de thrombose veineuse profonde, grâce au calcul du rapport des côtes (Odds ratio=OR), confirmé par le test de khi 2 (Comparaison des moyennes) avec un intervalle de confiance (IC) estimé à 95% et un seuil de significativité de 5%.

RÉSULTATS

Au total, 3447 patients ont été reçus aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. Parmi eux 56 (prévalence hospitalière de 1,6%) ont été admis pour grosses jambes pour suspicion de thrombose veineuse profonde.

Les principales caractéristiques épidémiocliniques sont récapitulées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques épidémioclinique de la population / *Epidemiological and clinical characteristics of the population.*

Paramètres	n (%)
Age.....	48,37 \pm 17,15
Sexe.....	32 (57,1%)
<i>Antécédents</i>	
MVTE	7 (12,4%)
Hypertension Artérielle.....	24 (42,8%)
Tabagisme.....	4 (7,1%)
Diabète.....	5 (8,9%)
<i>Circonstances de découverte</i>	
Douleur	46 (82%)
Rougeur	14 (25%)
<i>Facteurs étiologiques</i>	
Alitement prolongé.....	9 (16,1%)
VIH	5 (8,9%)
Voyage de longue durée \geq 6h...	10 (17,9%)
Chirurgie.....	9 (16,1%)
Immobilisation prolongée.....	5 (8,9%)
Obésité	14 (25%)
Cancer	1 (1,8%)

MTEV=Maladie thrombo-embolique veineuse, HTA=Hypertension Artérielle, VIH=Virus de l'Immuno-déficience Humaine.

Le score de probabilité clinique de Wells moyen était de 2,05 \pm 1,38.

La topographie gauche de la grosse jambe était la plus fréquente soit 53,6% (tableau II).

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la topographie de la grosse jambe / *Distribution of patients according to the topography of swelling lower limb.*

Localisation de la grosse jambe	n	%
Gauche.....	30	53,6
Droite	20	35,7
Bilatérale	6	10,7
Total	56	100

Les principales étiologies de la grosse jambe étaient la thrombose veineuse profonde (67,8%), l'érysipèle (25%) et le lymphœdème (23,2%).

Le tableau III représente les principales étiologies des grosses jambes.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de l'étiologie de la grosse jambe / *Distribution of patients according to the etiology of swelling lower limb.*

Etiologie de la grosse jambe	n (56)	%
Thrombose veineuse profonde	37	67,8
Erysipèle	14	25
Lymphœdème	13	23,2
Insuffisance cardiaque	3	5,4
Thrombose artérielle	1	1,8
Dermohypodermite aigue inflammatoire	1	1,8
Insuffisance rénale chronique	1	1,8

Les patients ayant présenté une thrombose veineuse profonde étaient plus jeunes que ceux n'ayant pas de thrombose veineuse profonde sans différence statistiquement significative (46,9±17,7 versus 51,1±6, p=0,39). La présence de certains étiologiques comme l'alitement prolongé (p=0,46, OR=0,56, IC=95%), l'obésité (p=0,62 ; OR=1,38 ; IC=95%), le voyage de longue durée (p=0,30 ; OR=2,34 ; IC=95%) n'étaient plus liés à la survenue de thrombose veineuse profonde. Le score de probabilité clinique de Wells était significativement plus élevé chez les patients atteints de thrombose veineuse que chez ceux n'étant pas atteints (p < 0,001). (Tableau IV)

Tableau IV : Facteurs associés à la présence de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs / *Factors associated with the presence of deep vein thrombosis of lower limbs.*

Données épidémiocliniques	TVP N= 37(%)	Absence de TVP n= 19(%)	IC 95%	OR	P
Age moyen (ans)	46,9±17,7	51,1±16	0,43-4,02		0,39
Sexe.....	22 F(59,5) 15 M(40,5)	10 F(52,6) 9 M(47,4)	-	1,32	0,62
MTEV.....	2 (5,4)	0(0)	0,17-1,67	-	0,30
HTA.....	14(37,8)	10(52,6)	0,18-3,54	0,55	0,29
Douleur du membre.....	30(81,1)	16(84,2)	0,14-2,50	0,80	0,77
Alitement prolongé.....	5(13,5)	4(21,6)	-	0,58	0,46
Cancer.....	1(2,7)	0(0)	0,37-5,20	-	1
Obésité.....	10(27)	4(21)	0,44-12,35	1,38	0,62
Voyage de longue durée.	8(21,6)	2(10,5)		2,34	0,30
Score de Wells moyen...	3	1			<0,001

TVP=thrombose veineuse profonde, MTEV=Maladie thrombo-embolique veineuse, HTA=Hypertension Artérielle.

DISCUSSION

Les principales limites de notre étude est faiblesse de notre échantillon et l'absence du dosage des D Dimères dans les cas de probabilité clinique faible ou intermédiaire.

Toutefois, elle a donné comme résultat une prévalence des grosses jambes de 1,6%. Celle-ci est peu estimée dans la littérature. Cependant celle de la thrombose veineuse profonde non compliquée d'embolie pulmonaire dans la population générale est estimée à 0,78%¹⁴ ; la nôtre étant de 1%. Selon nos résultats qui sont en accord avec les données de la littérature^{3,6}, la maladie veineuse thromboembolique semble être plus fréquente chez la femme que chez l'homme

L'âge de survenue de la grosse jambe est celui de l'adulte. Les patients atteints de thrombose veineuse profonde étaient plus jeunes. Ce constat a été également fait par Engelberger et al.⁵. L'âge moyen de survenue de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs dans certaines séries africaines varie entre 40 et 50 ans^{10,11}.

La topographie de la grosse jambe était le plus souvent gauche dans notre série soit 53,6%. Aguinaldo et al.¹ retrouve également la topographie gauche comme siège préférentiel d'atteinte des symptômes avec 47,3% des cas.

L'étiologie de la grosse jambe était dominée par la thrombose veineuse profonde dans notre étude comme dans celle d'Aguinaldo¹ qui retrouve 49% de cas de thrombose profonde et superficielle. Warner² note 28% de cas de thrombose veineuse profonde. Ces taux sont plus faibles que le nôtre qui est 67,8%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est réalisée dans un centre spécialisé de cardiologie et de maladies vasculaires où sont référencés beaucoup de patients chez qui est suspecté le diagnostic de thrombose veineuse profonde.

Le score de probabilité clinique de Wells était plus élevé chez les patients présentant une thrombose veineuse profonde avec une différence statistiquement significative. Ce score a été développé à l'origine pour les médecins dans les services d'urgence pour le diagnostic de thrombose veineuse profonde^{15,17}. Plusieurs études ont montré la fiabilité du score de Wells dans le diagnostic des thromboses veineuses profondes^{4,8,10,12}. Notre étude, bien que n'ayant pas étudié spécifiquement la sensibilité et la spécificité de ce score, a permis de retrouver un nombre plus élevé de thrombose veineuse profonde chez les patients ayant une probabilité clinique forte à partir du score de Wells (p < 0,001).

CONCLUSION (a revoir)

Notre étude a permis de montrer une faible prévalence des grosses jambes dont l'étiologie principale est dominée par la thrombose veineuse profonde. L'utilisation du score de probabilité clinique de Wells est une aide dans la démarche du diagnostic étiologique.

RÉFÉRENCES

1. **Aguinaldo O, Graciliano F, Enrique A, Paaulo S, Liz A.** Cardiovascular Ultrasound 2008; 6, (53):1-5.
2. **Blattler W, Martinez I, Blattler IK et al.** Diagnosis of deep venous thrombosis and alternative diseases in symptomatic outpatients. Eur J Intern Med 2004;(15): 305-11. [PMID: 15450988]
3. **Dénakpo JL, Zoumènou E, Kérékou A, Dossou F.** Fréquence et facteurs de risque de la maladie thromboembolique veineuse chez la femme en milieu hospitalier à Cotonou, Benin. Med Trop 2012; (9): 5.
4. **Dybowska M, Tomkowsky W, Kuca P, Ubysz R, Jozwk A, Chmielenski D.** Analysis of the accuracy of the Wells scale in accessing the probability of lower limb deep vein thrombosis in primary care setting patients pratrice. Thromb J 2015 ;13(18):2-5.
5. **Engelberger P, Aujesky D, Calanca L, StaegerP,Hugli O, Mazzolai L.** Comparison of the diagnostic performance of the original and modified Wells score in inpatients and outpatients with suspected deep vein thrombosis. Thromb Res 2011;127(6): 535-9.
6. **Fall AOT, Proulle V, AbibatouSall A, Mbaye A.** Risk Factors for Thrombosis in an African Population. Clin Med Insights Blood Disord 2014; (7): 1-6.
7. **FrauchigeraB, Zuberb Jet al.** La grosse jambe. Forum Med Suisse 2001 ;(31):784-92.
8. **Goodacre S, Sutton AJ, Sampson FC et al.** The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. Ann Intern Med 2005;143(2):129-39.
9. **Huerta C, Johansson S, Wallander MA, Garc'iaRodri'guez LA.** Risk factors and short-term mortality of venous thromboembolism diagnosed in the primary care setting in the United Kingdom. Arch Intern Med 2007; (167):935-43. [PMID: 17502535]
10. **Kilroy DA, Ireland S, Reid P, Goodacre S, Morris F.** Emergency department investigation of deep vein thrombosis. Emerg Med J 2003;(20):29-32. [PMID: 12533363].
11. **Konin C, Adoh M., Kramoh E, AevouelieKouassi F, Anzouan-Kacou B, N'guetta R.** Les thromboses veineuses profondes des membres inférieurs en milieu tropical: aspects épidémiologiques et facteurs étiologiques. Méd Afr Nre 2004; 51(8/9):469-73
12. **Patricia C, Ivan K, Samuel Z, Gregory P, Carol B,Ramin K.** Performance of Wells Score for Deep Vein Thrombosis in the Inpatient Setting. JAMA Internal Medicine July 2015 ;175(7) :1112-6.
13. **Sangaré I, Menta I, Ba H, et al.** Thrombophlébite des membres dans le service de Cardiologie du CHU Gabriel Touré. Mali Med 2015; Tome XXX (1): 3-6.
14. **Stein D, Patel KC, Neeraj K, Thar Y, Prathyusha S, Allen S.** Deep Venous Thrombosis in a General Hospital.CHEST 2002; 122:960-2.
15. **Subramaniam RM, Snyder B,HeathR,Tawse F, Sleigh J.** Diagnosis of lower limb deep venous thrombosis in emergency department patients: performance of Hamilton and modified Wells scores. AnnEmerg Med 2006;48(6):678-85.
16. **The Verity Steering Committee.** Venous Thromboembolism Registry Report 2003. Oxfordshire, United Kingdom: Dendrite Clinical Systems Ltd.; 2003.
17. **Wells PS, Hirsh J, Anderson, DR et al.** Accuracy of clinical assessment of deep-vein thrombosis. Lancet.1995;345(8961):1326-30.