

EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES THROMBOEMBOLIQUES DANS LE SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DE BAMAKO, MALI.

Auteurs

Traore AM¹,
Soukho-Kaya A²,
Minta DK¹,
Fomba M¹,
Traore HA².

Services

1- Service des Maladies infectieuses, CHU du point G, BP 333-Bamako Mali
2- Service de Médecine interne-CHU Point G.

Correspondance

Dr Abdoulaye Mamadou TRAORE, Service des Maladies infectieuses- Chu du Point G. Email : amtraore_cmbko@yahoo.fr

RESUME

Propos : La thromboprophylaxie n'est pas une pratique courante dans notre service essentiellement par manque d'outil d'évaluation des facteurs de risque des maladies thromboemboliques veineuses (MTEV).

Méthodes : Nous avons entrepris la présente étude pour évaluer les facteurs de risques de MTEV dans le but de proposer un outil d'évaluation. Il s'agissait d'une enquête transversale monocentrique de Novembre 2012 à Janvier 2013 auprès des patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses du CHU du Point G.

Résultats : Au total, 99 patients sur 110 ont été inclus avec une prédominance féminine et un âge moyen de 37,2 ans \pm 12,9. L'hypertension artérielle était retrouvée chez 4,1% des patients. La majorité (77,8%) était infectée par le VIH. Le niveau de risque des MTEV était maximal (14,1%), élevé (47,5%) et modéré (21,1%). Aucun patient n'avait bénéficié d'une thromboprophylaxie. En cours d'hospitalisation, deux cas de thrombophlébite des membres inférieurs ont été diagnostiqués chez des patientes ayant des niveaux de risque élevés, évalués à 4. Une d'entre-elles est décédée dans un tableau d'embolie pulmonaire. Les patients souffraient de tuberculose (15,1%), de pneumopathie non tuberculeuse (11,1%), de toxoplasmose cérébrale (8,1%), de méningite purulente (8,1%), de tétanos (8,1%) et d'infection urinaire (8,1%).

Conclusion : l'évaluation des risques de MTEV pour une thromboprophylaxie adéquate s'impose chez les malades hospitalisés. Les outils pour cette évaluation existe ils doivent être adaptés au contexte de pays à ressource limitée.

Mots clés : Evaluation, risque, maladies thromboemboliques, maladies infectieuses.

ABSTRACT

Background: Prophylaxis of thromboembolic disease is not a common practice in our department because there is no protocol for the evaluation of risk factors for venous thromboembolism (VTE). **Methods:** We conducted this study to evaluate risk factors for venous thromboembolism (VTE) in order to provide an assessment document. It was a cross-sectional study conducted from November 2012 to January 2013 on patients hospitalized in the Infectious Disease Hospital of Point G.

Results: A total of 99 patients were included, with a female predominance and a mean age of 37.2 ± 12.9 years. Hypertension was found in 4.1% of patients. The majority (77.8%) were infected by HIV. The level risk of VTE was highest (14.1%), high (47.5%) and moderate (21.1%). No patient had received a prophylaxis of thromboembolic disease. During hospitalization, two cases of thrombophlebitis of the lower limbs were diagnosed in patients with high levels of risk, estimated at 4. One among them died by pulmonary embolism. The main diagnoses in the patient were: tuberculosis (15.1%), non-tuberculous pulmonary infections (11.1%), cerebral toxoplasmosis (8.1%), meningitis (8.1%), tetanus (8.1%) and urinary tract infection (8.1%).

Conclusion: VTE risk assessment for appropriate prophylaxis is needed in hospitalized patients. Form risk assessment of thromboembolic diseases are, however, must be adapted to the context of limited resource countries.

Keys words: Evaluation, risk, thromboembolic diseases, infectious diseases department.

INTRODUCTION

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est fréquente, avec une incidence annuelle moyenne estimée entre 50 et 200 cas pour 100 000 habitants. Elle est une cause majeure de morbidité et mortalité chez les patients hospitalisés, avec des complications potentiellement graves : décès, hypertension artérielle pulmonaire, syndrome post-phlébitique et récidive [1].

Dans les études récentes, 50 à 70 % des événements thromboemboliques veineux symptomatiques, survenant en milieu hospitalier, concernent des patients issus de services médicaux [1]. De nombreux troubles et facteurs de risque peuvent contribuer à l'apparition d'une MTEV [2]. Plusieurs études ont démontré l'intérêt d'une thromboprophylaxie médicamenteuse chez les patients ayant une pathologie médicale aiguë. À la suite de ces travaux, l'*American College of Chest Physicians* (ACCP) recommande une prophylaxie par l'héparine non fractionnée ou de bas poids moléculaire chez un groupe bien défini de patients [3]. Plusieurs scores d'évaluation du risque thromboembolique global sont proposés [1]. Mais en dépit des données épidémiologiques et des recommandations des sociétés savantes, plus de 50 % des patients hospitalisés à risque d'événements thromboemboliques veineux ne reçoivent pas de traitement prophylactique [4]. Ce constat est le même dans notre service depuis plusieurs années, dû en partie à l'absence d'évaluation du risque thromboembolique. Cette étude préliminaire a pour but d'évaluer les facteurs de risque de MTEV dans notre service, afin de proposer un outil d'évaluation.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons entrepris une étude épidémiologique, transversale sur une période de trois mois, allant de Novembre 2012 à Janvier 2013. Elle a concerné tous les patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses du CHU du Point G (à Bamako-Mali) durant cette période. L'enquête était réalisée à partir du 4^{ème} jour d'hospitalisation. Nous n'avons pas inclus les patients qui sont décédés dans les 72 heures après l'admission. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info 2000. Les variables mesurées étaient relatives aux données sociodémographiques (âge, sexe), à l'anamnèse (antécédents personnels et familiaux), aux données cliniques (IMC, diagnostic, facteurs de risque de maladie thromboembolique) et immunologique (statut sérologique VIH). L'interne ou l'étudiant en thèse de chaque salle était chargé de remplir la fiche d'évaluation pour chaque patient.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Au total, 99 patients sur 110 ont été inclus dans notre étude. Ils se répartissaient entre 47 patients (57,6%) de sexe féminin et 42 (42,4%) de sexe masculin, le sex-ratio était = 0,89. La moyenne d'âge de notre échantillon était de 37,2 ans \pm 12,9 avec une prédominance des 31-45 ans (42,4% des cas). La majorité de nos patients avait une malnutrition (dont 56,6% sévère et 35,4% modérée). L'hypertension artérielle était retrouvée chez 4,1% des patients. La majorité des patients (77,8%) était infectée par le VIH et 48,5% présentaient une infection aiguë à l'admission. (Tableau 1).

Tableau I : Caractéristiques des patients à l'admission

Caractéristiques des patients	Effectif	Pourcentage
Age (ans)		
≤ 15	1	1,0
16-30	33	33,3
31-45	42	42,4
46-64	20	20,2
≥ 65	3	3,0
Age moyen (ans) = 37,2 \pm 12,9 [10-82]		
Sexe		
Féminin	57	57,6
Masculin	42	42,4
IMC* (kg/m²)		
<18	56	56,6
18-24	35	35,4
25-29	3	3
30-39	1	1
Inconnu	4	4
Hypertension artérielle		
Oui	4	4,1
Non	95	95,9
Statut VIH		
VIH positif	77	77,8
VIH négatif	22	22,2
Présence d'infection aiguë		
Oui	48	48,5
Non	51	51,5

IMC* : Indice de masse corporelle ; VIH= virus de l'immunodéficience acquise

Diagnostics retenus

Les principales pathologies pour lesquelles les patients ont été hospitalisés dans notre série étaient la tuberculose (15,1%), la pneumopathie non tuberculeuse (11,1%), la toxoplasmose cérébrale (8,1%), la méningite purulente (8,1%), le tétanos (8,1%) et l'infection urinaire (8,1%). (Tableau 2).

Tableau II : Pathologies diagnostiquées chez les patients.

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Tuberculose	15	15,1
Pneumopathie	11	11,1
Toxoplasmose cérébrale	8	8,1
Méningite purulente	8	8,1
Tétanos	8	8,1
Infection urinaire	8	8,1
Septicémie	5	5,1
Paludisme	5	5,1
Diarrhée fonctionnelle	3	3
Cirrhose hépatique	2	2
Thrombophlébite MI	2	2
Méningite lymphocytaire	2	2
Abcès hépatique	2	2
AVC*	2	2
Autres	18	18,2

AVC* : Accident vasculaire cérébral

Facteurs de risque et survenue de maladie thromboembolique

A l'issue de l'évaluation, le niveau de risque des maladies thromboemboliques était maximal (14,1%), élevé (47,5%) et modéré (21,1%). Aucun patient n'avait bénéficié d'une thromboprophylaxie. En cours d'hospitalisation, deux cas de thrombophlébite des membres inférieurs ont été diagnostiqués. Ces thrombophlébites étaient survenues chez deux femmes, dans les deux cas avec des niveaux de risque élevés, évalués à 4. (Tableau 3). Une d'entre-elles est décédée dans un tableau d'embolie pulmonaire.

Tableau III : Evaluation des facteurs de risques des maladies thromboemboliques

Facteurs de risque thromboembolique	Effectif	Pourcentage
Facteurs de risque à 1 point		
Age de 41 à 60 ans	38	38,4
Affection Respiratoire grave	28	28,3
Cedème des membres inférieurs	19	19,2
Sepsis	17	17,2
Patient alité	11	11,1
Antécédent de chirurgie majeure < 1 mois	4	4
Antécédent de maladie inflammatoire Intestinale	4	4
Obésité (IMC >25)	4	4
Intervention chirurgie mineure prévue	2	2
Insuffisance cardiaque congestive	1	1
Bronchopneumopathie obstructive chronique	1	1
Sténose de l'artère rénale	1	1
Sédentaire	1	1

Facteur de risque à 1 point chez la femme uniquement		
Contraception orale ou THS	2	2
Grossesse ou post partum < 1 mois	4	4
*Antécédent d'accouchement inexpliqué	2	2
Facteur de risque à 2 points		
Alitement > 72 heures	68	68,7
60 à 74 ans	2	2
Traumatisme du genou sans fracture	1	1
Antécédent ou présence de cancer	2	2
Voie d'abord veineuse centrale	2	2
Facteur de risque à 3 points		
≥ 74 ans	1	1
Antécédents familiaux de thrombose	2	2
Prophylaxie de maladie thrombotique		
Non	97	98,0
Oui	2	2,0
Niveau de risque et score (points)		
Faible (0-1)	17	17,2
Modéré (2)	21	21,2
Elevé (3-4)	47	47,5
Maximal (5 ou plus)	14	14,1

*Antécédent d'accouchement inexpliqué (mort-né, avortement spontané, naissance prématurée, nourrisson avec retard

DISCUSSION

La mise en place d'une politique de prévention des MTEV nécessite l'élaboration des outils d'évaluation et des recommandations en matière de prophylaxie. La thromboprophylaxie n'est pas une pratique courante dans notre service, essentiellement par manque d'outil d'évaluation des facteurs de risque de METV et du coût des médicaments. Depuis plusieurs mois, certains services du CHU font cette évaluation et la chimioprophylaxie médicamenteuse à l'aide d'un outil élaboré par le laboratoire Sanofi-Aventis. Pour la mise en œuvre d'une politique de prévention des MTEV dans notre service, nous avons ainsi testé cet outil dans le but de l'amender en fonction de nos réalités avant de le valider. Au cours de notre travail, sur 99 patients, 61 soit 61,6% avaient un risque élevé, voire maximal de présenter une thrombose veineuse profonde. Deux patientes sur 61 soit 3,3% ont présenté une thrombophlébite dont une est décédée par suite d'embolie pulmonaire. Selon Blanchemaison, la prévalence de l'insuffisance veineuse serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme [2]. Ces 61 patients auraient pu bénéficier d'une thromboprophylaxie. Selon Hirsh et al [4], plus de 50 % des patients hospitalisés à risque d'événements thromboemboliques veineux ne reçoivent pas de traitement prophylactique. Pourtant, plusieurs études ont démontré l'intérêt d'une thromboprophylaxie médicamenteuse chez les patients ayant une pathologie médicale aiguë [1, 5, 6, 7]. Certains facteurs de risque n'ont pas pu être déterminés (notamment, la présence de prothrombine 20210A, d'homocystéine, d'anticoagulant lupique, d'anticorps anticardiolipine et la présence de facteurs V de Leiden) dans notre série. Il y a donc nécessité d'adapter cet outil dans notre contexte de pays à ressource limitée.

La majorité (77,8%) de nos patients était infectée par le VIH. En plus, les deux patientes qui ont présenté une thrombophlébite étaient toutes infectées par le VIH. Certains auteurs avaient rapporté l'existence d'une relation entre la MTEV et l'infection par le VIH [8, 9].

CONCLUSION

La maladie thromboembolique est grave et potentiellement mortelle pouvant compliquer l'évolution des patients hospitalisés en milieu médical et augmenter la charge financière de la prise en charge. Il existe une difficulté de prévoir la survenue de la MTEV, d'où la nécessité d'évaluer le risque pour introduire une thromboprophylaxie adéquate chez les malades hospitalisés. Les outils disponibles pour l'évaluation des facteurs de risque sont applicables mais doivent être adaptés à notre contexte.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Tali-Anne Szwebel, Claire Le Jeune. Prévention en médecine de la maladie thrombo-embolique veineuse. *Rev Prat* 2011 ; 61 :1213-19.
2. Blanchemaison Philippe. Dépister la pathologie veineuse. Avis de spécialiste. Editions Médicales Phase 5. Paris 2009.
3. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA Guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 Update. *Circulation* 2002;106:388-91.
4. Hirsh J, Guyatt G, Albers GW, Harrington R, Schünemann HJ. The 8th ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. *Chest* 2008;133:S110-2.
5. Kucher N, Spirk D, Kalka C, et al. Clinical predictors of prophylaxis use prior to the onset of acute venous thromboembolism in hospitalized patients SWISS Venous ThromboEmbolic Registry (SWIVTER). *J Thromb Haemost* 2008;6:2082-7.
6. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, et al. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *Lancet* 2008;371:387-94.
7. Leizorovicz A, Cohen AT, Turpie AG, et al. PREVENT medical thromboprophylaxis study group: randomized, placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *Circulation* 2004;110:874-9.
8. Kane A, Pessinaba S, Sanogo A, NDiaye, NDiaye MB, Mbaye A, Bodian M, Diao M, Sarr M, Kane A, Ba SA. Maladie thromboembolique veineuse et infection à VIH: etude prospective à propos de 78 cas colligés à Dakar. *Angéiologie* 2011 ; 63(2) : 82-89.
9. C Konin, M Adoh, A Adoubi, JB Anzouan-Kacou, R Azagoh, RN'guetta, E Kramoh, R Séka. Thromboses veineuses inhabituelles révélatrices d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine et d'un déficit en protéine S. A propos de deux cas et revue de la littérature. *Rev. Med. Interne* 2009 ; 29(6) :508-511.