

CHIRURGIE VASCULAIRE/VASCULAR SURGERY

LES PHLEBITES DES MEMBRES INFERIEURS EN MILIEU HOSPITALO-UNIVERSITAIRE MALIEN

B.A. DIALLO¹, S. YÉNA², I.B. DIALL¹, S. DIAKITÉ³, K. SANOGO⁴,
L. KEITA¹, E. NDIRAHISHA¹, M. DIAKITE¹.

- 1- Service de cardiologie B, Hôpital du Point G (Mali)
- 2- Service de chirurgie A, Hôpital du point G (Mali)
- 3- Service de cardiologie A, Hôpital du Point G (Mali)
- 4- Service de cardiologie, Hôpital Gabriel Touré (Mali)

CORRESPONDANCE : Professeur Sadio YENA, Service de Chirurgie A,
CHU du Point G, BP 333, Bamako (MALI).
E-mail : sadioyena@yahoo.fr

RESUME

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude rétrospective sur les phlébites hospitalisées et documentées pendant cinq années dans les services de cardiologie de l'hôpital du point G. L'objectif y était de dégager les aspects socio-démographiques, cliniques et évolutifs. Etait éligible tout malade des 2 sexes et de tout âge admis pendant la période d'étude pour phlébite de membre inférieur documentée par un écho-doppler veineux. Nous avons colligé ainsi 25 cas soit une prévalence de 0,52 %. La prédominance féminine est nette 56% et l'âge moyen des patients est de 51 ans. L'inflammation locale et l'impotence douloureuse du membre avec des fréquences respectives à 40 et 36% étaient les signes d'appel dominants. Les facteurs étiologiques étaient variés dominés par l'insuffisance cardiaque globale (8fois) et l'immobilisation prolongée (4 fois). La thrombose veineuse superficielle (60%) a constitué la localisation la plus fréquente. L'évolution reste sombre le plus souvent avec des récurrences dans 28 % des cas et une migration pulmonaire chez 12 %. Nous avons conclu, que même rare, les phlébites dans notre pratique restent redoutables par leurs complications mais aussi par le coût élevé de leur prise en charge.

Mots- clés : Phlébite, Épidémiologie, Clinique, Évolution.

SUMMARY

Authors report results of a retrospective study on hospitalised and documented phlebitis during five years in the department of cardiology at the hospital of point G. The objective was there for to describe the socio demographic aspects, clinical signs and study the evolution. Was eligible to the protocol every patient of both sexes and of any age, admitted during the period of study, for an inferior member's phlebitis documented by a venous echo-doppler. During the period of the study, 25 patients will be admitted for phlebitis of inferior member either 0, 52%. The female predominance is clear (56%) and the average age of patients is 51 years. The local inflammation and painful impotence of the member with respective frequencies at 40 and 36 % were the dominant calling signs. The etiological factors were various and dominated by global cardiac insufficiency (8 times) and prolonged immobilisation (4 times). The superficial venous thrombosis (60%) constituted the most frequent localisation. The evolution remains mostly dark with recidivism in 28 % of cases and a pulmonary migration in 12 %. However not frequent, phlebitis stays dreadful in our practice by their complication and their high cost of care.

Key words: Phlebitis, Epidemiology, Clinic, Evolution

Introduction

La phlébite est définie comme une inflammation de la veine associée à un thrombus intraveineux. Sa fréquence est de 0,5 ‰ en France¹ et en région intertropicale elle est rare, constituant selon Bertrand 0,95% des pathologies hospitalisées en médecine interne à Abidjan et 1,17 % des maladies cardio-vasculaires à Dakar².

Peu d'études récentes ont abordé ce chapitre insuffisamment exploré de la cardiologie en Afrique subsaharienne d'où l'intérêt du présent travail pour en étudier à Bamako, les aspects socio-démographique, clinique et évolutif en milieu spécialisé cardiologique.

Matériel et méthode

L'étude est rétrospective et descriptive portant sur tous les dossiers de patients hospitalisés dans les services de cardiologie de l'hôpital du point G pour phlébite entre l'an 2000 et 2005. Etait inclus dans la série tout malade des deux sexes et de tout âge hospitalisé dans lesdits services pendant la période d'étude pour phlébite de membre inférieur documentée par un échodoppler veineux. Ont été exclus, les patients hospitalisés pour phlébite mais non explorés par une échographie doppler veineux des membres inférieurs et les cas de phlébite, explorés mais non hospitalisés.

La thrombose veineuse profonde se définissait par la présence de thrombus dans le réseau veineux profond du membre inférieur (fémoral commun, profond, superficiel, tibiopéronier et tibiodistal) et était considérée comme superficielle toute thrombose au niveau des veines saphènes interne et externe et des veines jumelles. Le diagnostic clinique de phlébite reposait sur la constatation d'un membre douloureux, augmenté de volume, chaud et avec distalité artérielle en regard perçue. L'échodoppler veineux était réalisé sur un appareil de marque HITACHI EUB 6000 Victoria multifonctions avec sonde de 5MHZ permettant des enregistrements vasculaires. Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels World et Excel 2003 et sur Epi info 6.

Résultats

Du 01/01/2003 au 31/12/2005 sur 4750 malades hospitalisés dans les 2 services de cardiologie de l'hôpital du point G, 25 étaient admis pour phlébite des membres inférieurs soit une prévalence de 0,52%. L'échantillon comprenait 25 malades répartis en 11 hommes (44%) et 14 femmes

(56%). L'âge moyen dans la série était de 51 ans avec des extrêmes à 20 et à 82 ans (tableau I). Il était de 51 ans chez les femmes et de 46 ans chez les hommes (tableau II). La classe d'âge modale était la tranche supérieure à 60 ans avec environ la moitié des patients (48%). La distribution selon l'âge dans les 2 sexes n'offrait aucune particularité.

Les signes d'appels dominants étaient l'inflammation locale et l'impotence douloureuse des membres avec des fréquences respectives à 40 et 36 %. Ensemble ces signes ont constitué plus de ¾ (76%) des circonstances diagnostiques.

Tableau I : Répartition selon le sexe et l'âge.

Sexe Age	Masculin	Féminin	Total	%
20- 40 ans	8	3	11	44
41- 60 ans	0	2	2	8
> 60 ans	3	9	12	48
Total	11	14	25	100

Les facteurs étiologiques étaient variés, dominés par l'insuffisance cardiaque globale (8 fois) et l'immobilisation prolongée (4 fois). Trois malades présentaient un terrain infectieux à VIH positif (2 hommes et 1 femme) et chez autant l'accident était post-opératoire. Dans 10 cas (40%) il s'agissait d'une thrombose veineuse profonde et chez 15 patients (60%) la thrombose était superficielle. Les signes d'examen étaient dominés par l'œdème du membre constant suivi par l'existence d'un signe de Homans et de douleur du mollet avec des fréquences respectives à 96% et 84%. Dans la majorité des cas (60%), la thrombose veineuse était superficielle et le plus souvent distale (44%). Chez 10 malades (40%), la localisation était profonde et encore assez souvent distale (7 fois sur 10).

La localisation selon le sexe des thromboses veineuses profondes n'offrait aucune particularité alors que dans les thromboses veineuses superficielles les femmes étaient plus souvent touchées que les hommes (tableau II).

Tableau II : Répartition du siège de la thrombose selon le sexe

Sexe	T.V.P		T.V.S.		Total
	Proximale	Distale	Proximale	Distale	
Masculin	2	4	1	4	11
Féminin	1	3	3	7	14
Total	3	7	4	11	25
%	12	28	16	44	100

T.V.P : Thrombose Veineuse Profonde

T.V.S : Thrombose Veineuse Superficielle

L'immobilisation et la contention élastique ont été les moyens thérapeutiques systématiques chez tous les patients.

Quatorze malades (56%) ont reçu un traitement anticoagulant (initialement héparine de bas poids moléculaire relayée par AVK) et chez 11 patients faute de moyens financiers, le traitement associait uniquement immobilisation, contention élastique et anti inflammatoire non stéroïdien. Un patient a été évacué à l'extérieur et 3 autres ont été référés aux chirurgiens pour amputation de membre devant une gangrène (tableau III).

L'évolution est favorable chez 11 malades marquée par la disparition des signes inflammatoires locaux et la résorption du thrombus à l'écho doppler veineux. Elle est défavorable chez 14 avec récurrence de phlébite chez 28 % des malades et migration pulmonaire chez 12 % (tableau III).

Tableau III : Répartition selon l'évolution clinique

Evolution	Favorable (guérison)	Récidive	Défavorable			Total
			EP	Chirurgie	Décès	
Masculin	4	3	2	2	0	10
Féminin	7	4	1	1	1	14
Total	11	7	3	3	1	25
%	44	28	12	12	4	100

EP : Embolie pulmonaire

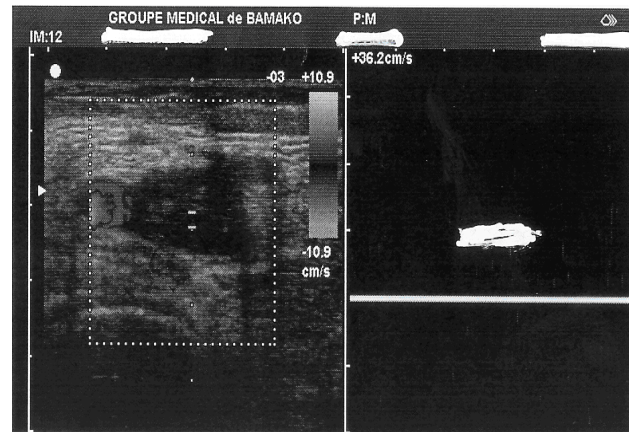


Fig. 2 : Echodoppler veineux du membre inférieur gauche. Veines fémorale commune et superficielle dilatées, non compressibles et avec présence de thrombus luminal

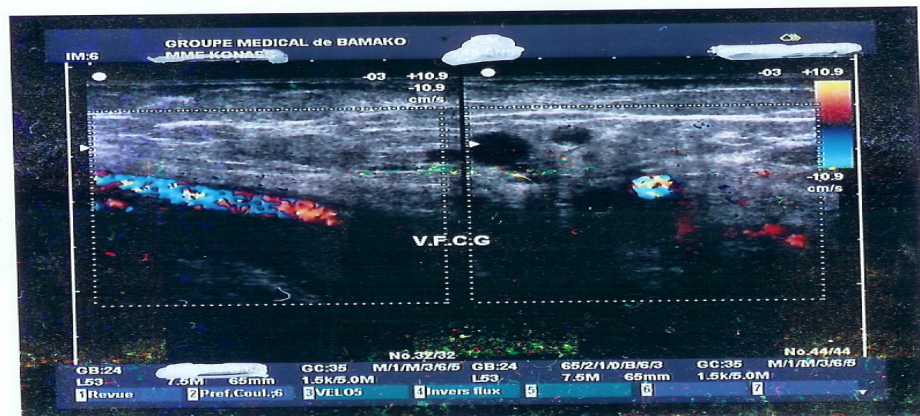


Fig. 1 : Echo doppler veineux du membre inférieur gauche. Dilatation de la veine fémorale commune gauche sans imprégnation couleur sur les incidences transverse et longitudinale

Commentaires

La fréquence des phlébites des membres inférieurs est faible en milieu hospitalier africain. Dans notre étude la prévalence hospitalière des phlébites était de 0,52%. Elle était de 0,95% à Abidjan et 1,17% à Dakar^{2,3}. L'affection est aussi rare à Brazzaville où 5 cas seulement ont été rapportés sur une période de quatre ans en milieu hospitalier⁴.

Ce caractère exceptionnel de la thrombophlébite chez les sujets de race noire en Afrique noire pourrait s'expliquer par l'existence de facteurs raciaux les protégeant de l'hypercoagulabilité sanguine induite par une libération massive de thromboplastine activée [5, 6]. Jadis fréquente dans les pays développés, chez les sujets de race blanche^{5,7,8,9,10,11,12}, la phlébite y est actuellement

rare 0,3 à 1% en Europe, 0,11 à 0,15% aux USA et en Suède)¹ grâce à l'extension des mesures de prévention aux circonstances étiologiques.

Dans notre série, la prédominance était féminine (56%) alors qu'en France les hommes étaient plus touchés¹. L'âge moyen des malades était de 51 ans avec comme classe modale la tranche de plus de 60 ans. Classiquement, la thrombose veineuse est rare chez les sujets jeunes sauf dans les formes familiales^{1,13} et nous observons une corrélation entre l'âge et le risque de survenue de phlébite de membres en accord avec le reste de la littérature¹.

L'inflammation (40%) et l'oedème douloureux du membre (36%) étaient les signes d'appel prééminents ; constat fait Emmerich et Cohen^{13,14}. L'infection à VIH a été retenue comme cofacteur chez 12% des patients. L'immobilisation prolongée (16%) et l'insuffisance cardiaque (32%) étaient comme ailleurs^{2,3,13,14} les facteurs étiologiques dominants.

Leur prépondérance pourrait s'expliquer par l'insuffisance de culture médicale de nos patients et surtout par la fréquence élevée et croissante des cardiopathies dans nos pays¹⁵. Les thromboses veineuses superficielles ont constitué 60% de l'ensemble des localisations ; taux voisin de celui de Cohen¹⁴. Le taux d'évolution favorable dans l'étude de 46% était inférieur à celui des pays développés. Cela peut s'expliquer le retard dans le diagnostic de la malade et sa prise en charge tardive dans notre contexte. Aussi, par la faiblesse du niveau socio-économique des malades rendant réductibles les traitements anticoagulants conventionnels. Enfin nous avons un taux élevé de récurrence (28% dans l'étude contre 5% en France) et de migration pulmonaire (12% dans la série contre 0,5% en France) dans notre série liée probablement à la modicité de nos moyens thérapeutiques et au retard dans le diagnostic.

Conclusion

Dans notre pratique cardiologique quotidienne, les phlébites sont rares (0,52%) mais redoutables par leurs complications et aussi par le coût élevé de leur prise en charge.

La réduction de leur morbi mortalité sera obtenue par :

- l'éducation et l'information des populations sur les maladies cardio-vasculaires;
- l'équipement de nos services de cardiologie en moyens d'exploration non invasifs (échographie

cardiaque, doppler vasculaire);

- et la création de mutuelle pour la prise en charge des soins médicaux.

Références bibliographiques

1. **Elias A. ; Boccalon H.** Thromboses veineuses des membres inférieurs. *Encycl. Med Chir. (Editions scientifiques et médicales Elsevier SMS, Paris). Angéiologie. 19-2030 ; 2000. 14p.*
2. **Bertrand E.; Charles D.; Chauvet J. and al.** De la rareté de la pathologie thromboembolique en région tropicale. *Précis de pathologie cardiovasculaire tropicale par les éditions Sandoz 1979. 319p.*
3. **Bertrand E; Charles D; Chauvet J; Coulibaly A.O.; Ekkra A; Renambot J.** Thromboses veineuses des membres inférieurs. *Précis de pathologie cardiovasculaire tropicale par les éditions Sandoz 1979. 322p.*
4. **Boukinda F; Planchon B; Okondza J.** La thrombophlébite profonde des membres inférieurs : une curiosité clinique en Afrique noire. *Notre expérience à Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire : 1996 ; 43(2) : 61-65.*
5. **Imbert P; Mathieu J.P; Touati Y; Cardon J.M.** Thromboses veineuses profondes des membres inférieurs. In : *Eléments de pathologie cardiovasculaire. Edit. DGDL, Paris, 1983.*
6. **Lavarde G.** Le risque thrombo-embolique en chirurgie. In: *Pathologie chirurgicale. J. C. Patel. 3eme édit., Masson, Paris, 1978.*
7. **Borow M.; Goldson H.** Postoperative venous thrombosis. Evaluation of five methods of treatment. *Am. J. Surg. 1981; 141: 245.*
8. **Coon W.W.** The spectrum of pulmonary embolism: twenty years later. *Arch Surg, 1976; 111: 398.*
9. **Greenfield L.H.; Zocco J.J.** Intraluminal management of acute massive pulmonary thromboembolism. *J. thorac. Cardiovasc. Surg 1979; 77: 402.*
10. **Hull R; Delmore T; Carter C; and al.** Adjusted subcutaneous heparin vs warfarin sodium in the long-term treatment of venous thrombosis. *N Engl J Med 1982; 306: 189.*
11. **Kakkar V.** Prevention of fatal postoperative pulmonary embolism by low doses of heparin. *Lancet, 1975; 2 : 45.*
12. **O'Donnell T.F; Browse N.L; Burnand K.G; Thomas M.L.** The socioeconomic effects of an iliofemoral venous thrombosis. *J Surg Res., 1977 ; 22 : 483.*
13. **J. Emmerich.** Phlébites. *Les urgences cardio-vasculaires ; 2eme édition par Flammarion 2000. 611p.*
14. **Cohen A.** Thromboses veineuses profondes ; 1ere édition par Estem, 817p.
15. **Touré A. L. épouse Sidibé.** Morbidité et mortalité cardiovasculaires dans le service de cardiologie B de l'hôpital national du point G. Bko ; Etude sur 4 ans. Thèse Médecine, Bamako 2005 : 54p. n°54