

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

SUPERIEUR ET DE LA

Un Peuple - Un But - Une Foi

RECHERCHE SCIENTIFIQUE



=====]]=====

UNIVERSITE DE BAMAKO

*Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto Stomatologie*



Année Universitaire 2009-2010

Thèse N° /___/

**SCORE DE PREDICTION
CLINIQUE DES
THROMBOSES VEINEUSES
DANS LES SERVICES DE**

THESE

présentée et soutenue publiquement le...../...../2010

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

par *Monsieur Soumana SANOGO*

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président : Pr. Filifing SISSOKO

Membres : Pr. Zimogo Zié SANOGO

Dr. Drissa TRAORE

Directeur : Pr. Abdoul Kader TRAORE dit DIOP

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

DIEU :

Louange à Allah de m'avoir aidé, guidé et orienté dans l'élaboration de cette thèse. Ce n'est que de par sa grâce que les bonnes œuvres sont accomplies. Tous les mérites de cette thèse reviennent à lui, les erreurs et les insuffisances possibles sont les nôtres.

Au Prophète Mohamed (PSL) :

Il me plaît de dédier cette thèse à l'ami sauveur universel de l'enfance, le bien aimé illettré, doux prophète Mohamed (PSL), le messager de la vérité dont le savoir est semblable à un intarissable océan donnant paix et joie à celui qui s'en abreuve.

Trouvez en cette thèse l'expression de mes sentiments les plus passionnés.

A mon Père Idrissa SANOGO :

Cher père ; tu es adorable, distingué, dévoué et très engagé pour la cause de ses enfants. Ta grande sagesse et ta compréhension à l'égard de ta famille nous ont donné une tranquillité d'esprit. Ce travail est le fruit de tes multiples efforts.

Retrouves ici l'expression de ma très haute considération et de mon profond amour. Je prie Dieu le tout puissant d'Allah de te garder auprès de nous aussi longtemps que possible (Amen).

A ma chère mère Mariam SAMAKE :

Chère mère, ce travail est le fruit de tes nombreux sacrifices et de tes bénédictions, tu n'as ménagé aucun effort pour notre réussite. Tu as été une confidente, une amie et a été toujours avec nous dans le bonheur comme dans le malheur.

Chère mère adorable et distingué, retrouves ici toute ma reconnaissance et mon amour. Je prie le tout puissant d'Allah de te garder aussi longtemps que possible auprès de nous (Amen).

A ma mère Aïchata COUMARE :

Chère mère, ce travail est le fruit de ton amour et de tes encouragements. Reçois ici l'expression de toute mon affection. Que la grâce du seigneur chaque jour te comble de bonheur auprès de nous (Amen).

A mon oncle Modibo SANOGO :

Cher oncle, les mots me manquent pour dire à quel degré je suis fier de toi. Ton encouragement, ton appui matériel et financier depuis l'école fondamentale m'ont jamais manqué.

Puisse l'être suprême nous guider dans le droit de l'honneur et t'accorde une très longue vie pleine de bonheur, de santé et de paix (Amen).

A mes sœurs et frères :

Salimata, Kadidiatou, Djénéba, Assitan, Bourama, Amadou Koila, Bina, Karamoko, Moctar, Sanoussi, Lassana, Mariko, Mamadou, Yacouba et Moussa.

Vos encouragements et vos soutiens n'ont jamais fait défaut. Ce travail est le votre. Trouvez ici toute ma sympathie et restons unis par le lien sacré du sang.

A tous mes parents :

Trouvez ici l'expression de mon profond amour et de ma sincère reconnaissance.

A ma fiancée Oumou COULIBALY :

Trouves ici toute ma reconnaissance et mon profond amour ; ce travail est le tien.

A mon fils Idrissa SANOGO :

Tu es un cadeau du ciel pour nous, que Dieu te bénisse.

A mon ami Dr Modibo Berthé :

Cher ami, les mots me manquent pour te qualifier à ta juste valeur, tu es plus qu'un ami, ce travail est le tien. Je prie Dieu pour que tu puisses réaliser tes rêves (Amen).

A mes amis et compagnons de tous les jours :

Dr Lassana SIDIBE, Dr Niambouré CAMARA, Dr Moctar COULIBALY, Dr Mohamed KEITA, Dr Issa COULIBALY, Dr Badara Aliou TRAORE, Oumar SANOGO, Momby KOITA et tous ceux qui n'ont pas été cités pour leur affirmer toute ma sympathie.

A cher beau frère Souleymane KEITA :

Cher beau frère les mots me manquent pour m'affirmer, ce travail est le votre. Recevez toute ma reconnaissance, je prie Dieu pour que vous puissiez réaliser vos rêves (Amen).

REMERCIEMENTS

A mon pays le Mali :

Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie HPG

Que la paix et le développement soient la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance chère patrie.

A la FMPOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

A tous mes maîtres de la chirurgie B :

Pr KOUMARE, Pr DIOP, Pr SISSOKO, Pr ONGOIBA, Dr TOGOLA, Dr COULIBALY, Dr TRAORE, DR TEMBELY et Dr BAH.

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés.

Merci pour la formation de qualité dont nous avons bénéficié. Les bonnes manières de l'apprentissage de la chirurgie sont à acquérir à vos côtes ; merci encore de nous avoir initié.

A tous les CES de chirurgie :

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Dr KEITA, Dr FOMBA, Dr OULD, Dr MARIKO, Dr TRAORE, Dr SISSOKO et Dr COULIBALY :

Trouvez ici toute ma reconnaissance pour vos soutiens et vos encouragements.

Je prie Dieu le tout puissant d'Allah pour que vous puissiez réaliser vos rêves (Amen).

A tous les majors, les infirmiers, la secrétaire et les manœuvres du service pour vos soutiens.

**A tous les thésards du service : DIARRA, THIAM, COULIBALY M,
COULIBALY S et KEITA.**

Pour tout votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.
Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A tous mes maîtres de la chirurgie A :

Trouvez ici, chers maîtres l'expression de notre profonde reconnaissance.

A tous les majors et les infirmiers de la chirurgie A pour vos soutiens.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Filifing SISSOKO

*Maître de conférences en chirurgie générale à la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.*

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté la présidence de ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sagesse, votre esprit scientifique, votre courage surtout votre spontanéité ; je cite « la médecine est un investissement personnel » font de vous un modèle à suivre.

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves de par votre qualité humaine et professionnelle.

Cher Maître, veuillez accepter ici notre grande admiration et trouvez le témoignage de notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Zimogo Zié SANOGO.

Agrégé en chirurgie générale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Cher maître,

C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger dans ce jury.

Votre rigueur dans le travail, votre esprit de méthode et d'organisation, votre simplicité et votre abord facile ont forcé notre admiration.

cher maître, soyez rassurer de notre reconnaissance et profonde estime.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Drissa TRAORE

Maître assistant en chirurgie générale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Cher maître,

Votre disponibilité, votre courage et votre esprit de science, font de vous un exemple.

Recevez ici notre reconnaissance pour la qualité des enseignements que nous avons reçu de vous.

Cher maître, nous vous souhaitons bonne continuation pour la réalisation de vos rêves. AMEN.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP

Professeur titulaire en chirurgie générale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,

Chef de département d'enseignement et de recherche en chirurgie générale et spécialités chirurgicales.

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir dirigé ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, nous avons beaucoup appris avec vous tant sur le plan médical que social.

Homme de science et littéraire, merci de nous avoir donné l'opportunité, de profiter de votre polyvalence.

Recevez ici cher maître notre reconnaissance et l'expression de notre dévouement absolu.

ABREVIATIONS

TVP : Thrombose veineuse profonde.

MTE : Maladie thromboembolique.

EP : Embolie pulmonaire.

HTA : Hypertension artérielle.

RCH : Rectocolite hémorragique.

INR: International Normalized Ratio.

FIV: Fécondation in vitro.

IMC : Indice de masse corporelle.

MI : Membre inférieur.

TP : Taux de prothrombine.

TCA : Temps de Céphaline Activée.

ATIII : Antithrombine III.

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire.

AVK : Anti-vitamine K.

RPCA : Résistance à la Protéine C Activée.

VCI : Veine cave inférieure.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

OMI : Œdème des membres inférieurs.

IVD : Insuffisance ventriculaire droite.

IV : Intraveineuse.

SOMMAIRE	Pages
1 INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1- 3
2 GENERALITES	4
2-1-Définition.....	4
2-2-Historique.....	4
2-3-Physiopathologie.....	4 - 7
2-4-Etiologie.....	7
2-4-1-Circonstances de découvertes.....	7
2-4-1-1-Circonstances chirurgicales.....	7 - 8
2-4-1-2-Circonstances médicales.....	8 - 9
2-4-1-3-Circonstances obstétricales.....	9
2-4-1-4-Anomalies de l'hémostase.....	9
2-4-1-5-Facteurs étiologiques de la maladie thromboembolique veineuse.....	10 - 11
2-5-Examen clinique.....	11
2-5-1-Description de la forme typique.....	11 - 12
2-5-2-Les formes cliniques.....	12 - 13

2-6-Diagnostic différentiel.....	13
2-7-Examens complémentaires.....	13
2-7-1-Biologie.....	13
2-7-2-Imagerie.....	13 - 14
2-8-Complications.....	14
2-9-Traitement.....	14
2-9-1-Traitement curatif.....	14
2-9-1-1-Buts.....	14
2-9-1-2-Moyens, indications et surveillance du traitement anticoagulant de la TVP.....	14 - 16
2-9-1-3-Surveillance.....	16
2-9-1-4-Traitement de la maladie thrombotique.....	16 - 18
2-9-2-Traitement préventif de la TVP.....	18
2-10-Score de Wells.....	18 - 21
3-METHODOLOGIE.....	22 - 25
4-RESULTATS.....	26 - 59
5-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	60 - 69
6-CONCLUSION.....	70
7-RECOMMANDATIONS.....	71
8-BIBLIOGRAPHIE.....	72 - 76
9- ANNEXES.....	77- 81

1-INTRODUCTION :

La thrombose veineuse profonde (TVP), est due à l'activation localisée de la coagulation, avec constitution d'un thrombus dans le système veineux profond [1].

C'est une maladie fréquente, dont l'incidence est évaluée à un cas pour 1000 chez le sujet jeune, et un cas pour 100 chez le sujet âgé [2].

Elle est indissociable de sa complication immédiate qu'est l'embolie pulmonaire (EP), ce qui justifie le concept de maladie thromboembolique (MTE). Plus de 80% des EP sont dues à une TVP des membres inférieurs.

La TVP et l'embolie pulmonaire constituent les deux manifestations cliniques de la maladie thromboembolique.

Les estimations concernant l'incidence de la MTE sont très imprécises faute d'éléments diagnostiques fiables puisque même le diagnostic post-mortem est soumis à discussion.

Aux Etats-Unis, on estime à 600 000 le nombre de cas annuels de MTE dont 250 000 TVP et 30% de décès.

En France, l'incidence annuelle de la MTE est de l'ordre de 50 à 100 000 cas. Elle est responsable de 5 à 10 000 décès. On constate une augmentation régulière de l'incidence de la MTE notamment en milieu médical [3].

En Afrique au sud du Sahara, la thrombose veineuse des membres inférieurs est mal connue. Très peu d'études ont été rapportées :

- A Abidjan, **Adoh A et al.** ont rapporté 7,3% de cas de thrombose veineuse chez les malades opérés sans traitement anticoagulant préventif [4].

- Au Congo Brazzaville, **Boukinda F et al.** ont rapporté 2 cas sporadiques de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs concernant 2 congolaises de 21 et 48 ans [5].

-Au Mali, **Diallo Y** a rapporté 78 cas de thrombophlébite soit 18,4% sur une période de 15 ans à l'hôpital national du Point G [6].

Youba a rapporté 4 cas de thrombophlébite soit 2,5% sur une période de 3 mois au CHU du Point G en 2007[7].

Il existe plusieurs facteurs favorisant de la thrombose veineuse : l'âge élevé, le cancer, l'obésité, l'insuffisance veineuse chronique, l'alitement, l'immobilisation et la sédentarité sont les facteurs favorisant classiques. Les autres étiologies sont chirurgicales, obstétricales ou médicales. Dans les étiologies chirurgicales, on distingue les interventions à haut risque (pelviennes, orthopédiques et carcinologiques) et les autres interventions chirurgicales comportant un risque moindre. Les TVP post chirurgicales sont fréquentes et de diagnostic difficile. Le risque de TVP, en absence de prophylaxie, varie en fonction du type de chirurgie, de 10 pour cent en chirurgie générale à plus de 50

pour cent en chirurgie orthopédique d'urgence. La chirurgie carcinologique est à plus haut risque de thrombose [8].

Sur 1000 interventions de chirurgie générale sans traitement anticoagulant préventif, 300 sujets font une thrombose veineuse, 70 à localisation poplito-fémoro-iliaque, compliquée d'extension dans 20 cas et d'embolie pulmonaire dans 10 cas. Ainsi le nombre d'embolies pulmonaires mortelles chez les malades n'ayant pas eu de prophylaxie est en moyenne, selon le type de chirurgie, de 8 pour 1000 interventions [1].

Les localisations les plus fréquentes des thromboses sont les veines profondes des membres inférieurs. A ce niveau, le thrombus est « constamment »occlusif. La thrombose veineuse peut être asymptomatique et se révéler par une embolie pulmonaire. Sa recherche est systématique, notamment, en postopératoire, en post-partum et chez tout patient alité [8].

La TVP est une maladie grave et mortelle du fait de sa complication majeure qui est l'embolie pulmonaire menaçant le pronostic vital à court terme. C'est une maladie fréquente en chirurgie, sa fréquence est estimée à 30% en chirurgie générale sans traitement anticoagulant préventif [1]. Son traitement est difficile et coûteux, estimé à **279 350 franc CFA** d'où l'utilité d'identifier les patients à risque de TVP enfin qu'ils puissent bénéficier d'un traitement anticoagulant préventif.

L'évaluation de la probabilité clinique de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire (EP) fait partie intégrante de tous les algorithmes diagnostiques de la MTE. Cette évaluation est désormais facilitée par l'emploi de règles de prédiction qui permettent de stratifier les patients en trois catégories de probabilité clinique de MTE (faible, moyenne et forte), qui correspondent à des prévalences de TVP et d'EP croissantes. Elles assurent l'identification d'un sous groupe de patients dont la prévalence de TVP ou d'EP est inférieure à 10% (faible probabilité clinique) [9].

C'est dans cette logique que nous avons mené une étude transversale sur le score prédictif de Wells d'utilisation facile pour l'identification des patients à risque de TVP dans les services de chirurgie générale du CHU du Point G.

Les objectifs de cette étude sont :

✓ **Objectif général :**

Etablir le score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie générale du CHU du Point G.

✓ **Objectifs spécifiques :**

-Déterminer la fréquence de la thrombophlébite.

-Etablir le score de Wells.

-Identifier les patients à risque par rapport à l'apparition d'une TVP sur la base du score de Wells.

2-GENERALITES :

La thrombose veineuse est l'existence d'un thrombus oblitérant en partie ou totalement la lumière veineuse. C'est une affection fréquente et grave en raison des complications majeures : l'embolie pulmonaire (**EP**) et la maladie post-phlébitique [8].

2-1) Définition :

La thrombose veineuse est l'obstruction d'une veine par un thrombus. Elle peut toucher :

- les veines superficielles : thrombose veineuse superficielle

- les veines profondes : thrombose veineuse profonde [10].

2-2) Historique :

En 1866, il était reconnu grâce à **Spencer Wells**, que la thrombose veineuse était une complication chirurgicale. L'autre grand pas dans la compréhension physiopathologique de la thrombose veineuse fut fait par **Virchow** en 1860 [2].

En 1993, **Bjorn Dahl Back** en Suède montre la relation entre une résistance anormale du plasma à l'action de la protéine C activée et la survenue d'épisodes thrombotiques chez les patients qui avaient une histoire personnelle et familiale de thrombose [2].

2-3) Physiopathologie :

La circulation dans les veines est relativement lente et la pression y est toujours très faible, soit légèrement supérieure à la pression atmosphérique, soit légèrement inférieure. Les différences n'atteignent que quelques centimètres d'eau alors que la pression artérielle est de 13 cm Hg [11].

Selon la triade décrite par **Virchow** en 1856, 3 facteurs concourent à la formation d'un thrombus : la stase sanguine, l'altération de la paroi vasculaire et le contenu sanguin avec en particulier les éléments figurés du sang mais aussi les facteurs de la coagulation [1].

❖ La stase :

Elle peut être favorisée par l'alitement, l'insuffisance cardiaque, l'immobilisation plâtrée, la compression extrinsèque, l'obstruction séquelle d'un thrombus ou la dilatation des veines [1].

❖ L'altération de la paroi vasculaire :

Un traumatisme direct peut conduire à une altération des cellules endothéliales en cas de chirurgie de la hanche, de présence traumatique ou prolongée d'un cathéter. Certaines pathologies inflammatoires comme le lupus ou la maladie de

Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie HPG

Behçet peuvent également entraîner une altération de la paroi vasculaire. Un rôle pourrait également être joué par l'hypoxie engendrée par la stase veineuse [1].

❖ **Le contenu sanguin :**

• **Rappel sur les facteurs de la coagulation**

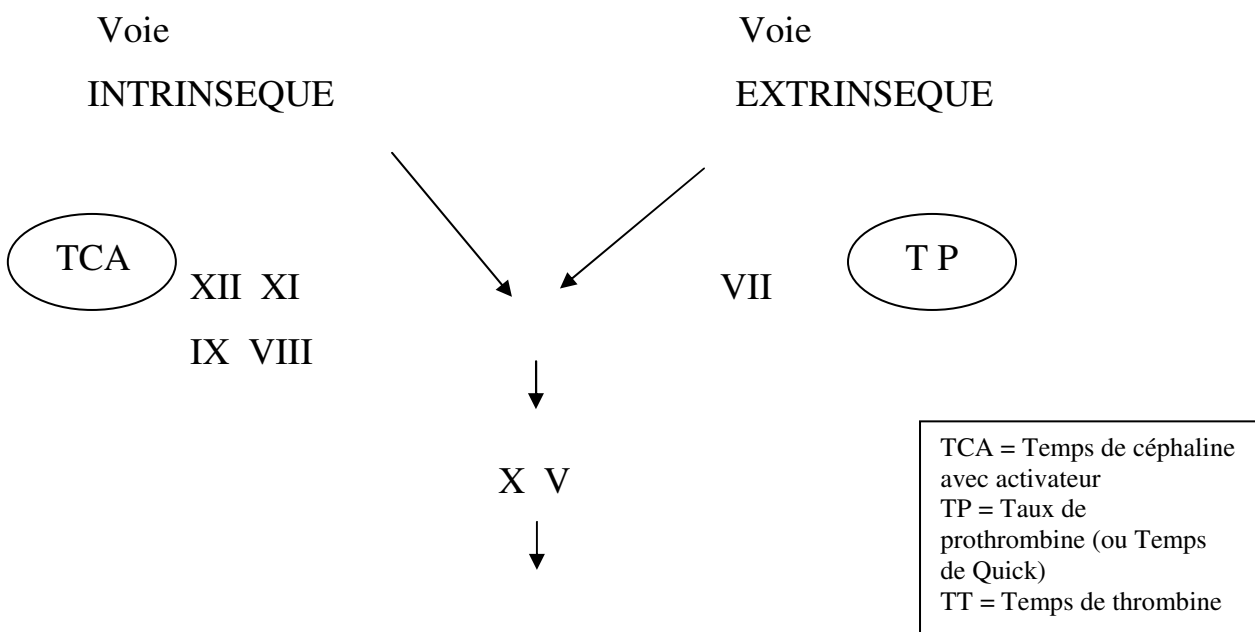
L'hémostase se compose :

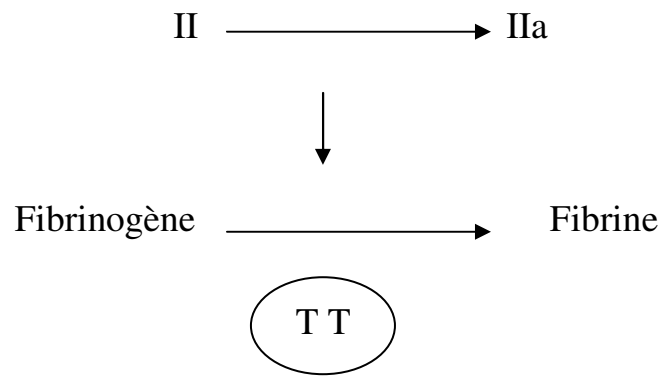
- a) De l'hémostase primaire
- b) De la coagulation (cascade enzymatique)
- c) De la fibrinolyse

2-3-1) L'hémostase primaire

→ met en jeu surtout les plaquettes et le facteur Willebrand

2-3-2) La coagulation





2-3-3) La fibrinolyse

→ Lyse du caillot de fibrine par la plasmine [10].

- L'apparition des premières traces de thrombine concourt à l'activation plaquettaire et à l'activation de la coagulation avec transformation du fibrinogène en fibrine d'abord soluble, puis stabilisée sous l'action du facteur XIII. Ce système de coagulation met également en jeu ses inhibiteurs, principalement les protéines C, S et l'antithrombine III. Un équilibre s'exerce habituellement entre la formation de thrombine et l'inhibition de la formation de celle-ci. La balance penche du côté de la génération de thrombine en cas d'activation de la coagulation et/ou en cas de déficit en protéines inhibitrices ; conduisant au concept d'hypercoagulabilité. Parallèlement est mis en jeu le système fibrinolytique, par la voie de l'activateur tissulaire du plasminogène d'origine endothéliale. L'équilibre en faveur soit du système de la coagulation, soit du système fibrinolytique conduit à la diminution du thrombus, à la stabilisation de celui-ci, à la propagation des produits de dégradation de la fibrine qui sont des marqueurs de l'action du système fibrinolytique [1].

La thrombose veineuse profonde forme avec l'embolie pulmonaire la maladie veineuse thromboembolique [10].

2-4) Etiologies :

2-4-1) Circonstances de découvertes :

Les facteurs de risque de la maladie thromboembolique sont nombreux. Il est indispensable de les connaître car dans de telles situations, il faudra envisager le diagnostic de maladie thromboembolique. Il existe des facteurs de risque liés uniquement au patient : l'âge, l'obésité, les antécédents notamment thromboemboliques et l'existence de varices, etc. L'immobilisation est le facteur commun le plus fréquent [8].

2-4-1-1) Circonstances chirurgicales :

Les TVP post-chirurgicales sont fréquentes et de diagnostic difficile. Le risque de TVP, en l'absence de prophylaxie, varie en fonction du type de chirurgie de 10% en chirurgie générale à plus de 50% en chirurgie orthopédique d'urgence [8].

La chirurgie carcinologique est à plus haut risque de thrombose. Toute immobilisation prolongée, même le port d'une botte plâtrée, engendre un risque de thrombose. Ces chiffres doivent être modulés en fonction des facteurs de risque propres au patient [8].

2-4-1-2) Circonstances médicales :

Les études épidémiologiques en milieu médical sont très rares en dehors des populations spécifiques.

- **Les cardiopathies** : l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde et les valvulopathies mitrales, HTA.
- **Les tumeurs malignes (+++)** : " La phlébite de Trousseau " est un facteur de risque très important surtout en chirurgie. Le risque thrombogène est

maximum pour les cancers du pancréas, de la prostate, du poumon (PPP), du côlon, du rein, de l'utérus et du sein (rôle des thromboplastines tissulaires).

La TVP complique souvent un cancer connu mais peut en être la première manifestation dans 5 à 10% des cas, nécessitant des investigations minimales dans certains cas sélectionnés.

- **Les hémopathies** : leucémies, lymphomes, polyglobulies, anémies hypochromes hyposidérémiques et thrombocytémiés sont aussi génératrices de TVP.
- **La chimiothérapie anticancéreuse** : peut dans certains cas majorer le risque de thrombose [8].
- **Les maladies systémiques** de type lupus érythémateux disséminé, maladie de Behçet, RCH. s'accompagnent volontiers de thromboses veineuses.
- **L'accident vasculaire cérébral** imposant une immobilisation et une paralysie chez des patients âgés surtout à partir de la 2^{ème} ou 4^{ème} semaine de l'accident, se complique souvent d'une E.P. Le risque de TVP demeure à distance.
- **Les causes d'origine médicamenteuse** sont nombreuses : l'héparinothérapie (INR < à 1%) les contraceptifs oraux de type œstroprogestatifs (le risque est multiplié par six si la dose est supérieure à 50 microgrammes d'œstrogène) et les anti-estrogènes (Tamoxifène).
- **Les causes iatrogènes** : les cathéters veineux périphériques et centraux et après phlébographie.
- **Le syndrome de Cockett** et de la traversée **thoraco-brachiale** : disposition anatomique particulière favorisant la survenue d'une TVP.

- **Les autres causes** possibles telles que l'insuffisance respiratoire, le syndrome néphrotique de l'adulte et les infections aiguës notamment les septicémies [8].

2-4-1-3) Causes obstétricales :

Pendant la grossesse, le risque de TVP est 6 fois plus élevé que celui d'une femme de même âge sans contraception orale. L'incidence est cependant faible, environ 0,1% des grossesses surtout en fin de grossesse et en post-partum. Ce risque est majoré en cas de césarienne. Dans les cas particuliers de fécondation in vitro (FIV), les thromboses intéressent surtout le territoire cave supérieur et sont de survenue précoce durant la grossesse (les 2 premiers mois) [8].

2-4-1-4) Anomalies de l'hémostase :

Il faut toujours y penser si la TVP survient chez un patient jeune (< à 50 ans), sans facteur déclenchant évident et/ou s'il existe une histoire familiale de TVP et/ou si la TVP intéresse un territoire inhabituel. Les déficits en antithrombine III, en protéine C, en protéine S, la résistance à la protéine C activée "RPCA" (facteur V de Leiden), l'existence d'un anticorps anti-phospholipide (anticoagulant circulant ou antiprothrombinase /anticardioline) constituent les principales anomalies responsables de TVP [8].

2-4-1-5) Facteurs étiologiques de la maladie thromboembolique veineuse :

- **Facteurs transitoires (situations à risque) :**
 - Chirurgie : orthopédie, arthroscopie du genou, abdominale lourde.
 - Traumatologie : fractures, contusions, entorse.
 - Obstétrique : grossesse, accouchement, césarienne, post-partum, avortement.
 - Immobilisation : alitement, paralysie, immobilisation plâtrée, voyage [3].
- **Facteurs permanents (liés au sujet) :**

- Age : risque progressivement croissant avec l'âge.
- Thrombophilies constitutionnelles : les déficits en antithrombine, en protéine C et en protéine S, la mutation du facteur V Leiden, la mutation 20210 du gène de la prothrombine, l'élévation du facteur VIII coagulant, l'hyperhomocystéinémie et l'antécédent familial de MTE.
- Thrombophilies acquises : le syndrome des antiphospholipides, le syndrome néphrotique, antécédent personnel de MTE.
- Cancers et leucémies, syndromes myéloprolifératifs, dysglobulinémies.
- Maladies inflammatoires : les infections chroniques, les entéroopathies inflammatoires (Behçet, Lupus, Buerger).
- Médicaments : les œstroprogestatifs, le syndrome d'hyperstimulation ovarienne, le traitement hormonal substitutif de la ménopause, Nolvadex*, les chimiothérapies.
- Maladies cardio-vasculaires : l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque, le cœur pulmonaire chronique, l'artériopathie décompensée, le moignon d'amputation, l'insuffisance veineuse chronique.
- Compression veineuse : le syndrome de Cockett, le syndrome du soléaire.
- Obésité (IMC > 30) [3].

2-5) La clinique :

Plusieurs études ont montré le caractère hasardeux du diagnostic clinique d'une TVP des membres inférieurs (M.I), avec une erreur dans environ 50% des cas à cause du caractère insidieux, trompeur ou absent des signes cliniques [8].

2-5-1) Description de la forme " typique " : Phlegmatia alba dolens (il s'agit du stade tardif évolutif de la phlébite).

Dans sa forme classique, elle associe :

- **Signes généraux :**
 - La fébricule,
 - La tachycardie progressive (pouls grim pant de Mahler : dissociation entre la température et le pouls).

- **Signes fonctionnels :**
 - La pesanteur,
 - Les paresthésies,
 - Les crampes,
 - La douleur spontanée et provoquée du mollet : signe de **Homans** (douleur à la dorsiflexion du pied et le long d'un trajet veineux).

- **Signes physiques :**
 - L'œdème de la jambe ou du membre inférieur, blanc, dur, ne prenant pas le godet, associé à une augmentation du volume du mollet.
 - Les signes inflammatoires locaux : une hypersudation, une cyanose unguéale ;
 - La dilatation des veines superficielles ou l'apparition d'une circulation veineuse collatérale [8].

La probabilité clinique à priori d'une TVP est d'autant plus élevée que coexistent des facteurs de risque (transitoires ou permanents), (c.f T1 et T2) et que les signes cliniques (œdème et douleur) sont unilatéraux. Elle diminue si un autre diagnostic peut être évoqué (érysipèle notamment).

L'évaluation de la probabilité clinique à priori est utile pour décider si la mise en route d'un traitement anticoagulant doit être immédiate ou doit attendre le résultat des examens complémentaires dont elle module l'interprétation [3].

2-5-2) Les formes cliniques :

- **Les formes topographiques :**

- **Les phlébites iliaques et/ou caves :**

Il s'agit de douleurs lombaires ou abdominales associées à des œdèmes du membre inférieur remontant jusqu'au creux inguinal. Leur gravité est liée au risque de migration du thrombus vers la VCI (veine cave inférieure) avec risque d'embolie pulmonaire.

- **Les phlébites pelviennes :**

Elles surviennent après une chirurgie abdomino-pelvienne, une grossesse. Le diagnostic est difficile d'où l'intérêt des touchers pelviens.

- **Les phlébites récidivantes :**

Le diagnostic est particulièrement difficile.

- **Les phlébites ischémiques (phlébites bleues) ou pnegmatia cœrulea dolens :**

La TVP intéresse tout un carrefour veineux (ex : confluent fémoral et saphène), bloquant totalement le retour veineux, engendrant une ischémie aiguë du membre inférieur avec un risque de gangrène [8].

- **Les phlébites superficielles ;**

- **Les phlébites du membre supérieur.**

2-6) Diagnostic différentiel :

De nombreuses affections des membres inférieurs peuvent mimer la douleur d'une thrombose veineuse profonde :

- un kyste synovial poplité,
 - un épanchement synovial,
 - un hématome,
 - une déchirure musculaire,

- une tendinite,
- une lymphangite,
- un œdème ou un lymphœdème.

Le diagnostic différentiel le plus difficile à éliminer est celui d'une douleur sur un trajet veineux associée à un œdème des chevilles chez les femmes [12].

2-7) Examens complémentaires :

2-7-1) Biologie :

Devant toute phlébite, il faut réaliser :

- **un bilan standard** (numération formule sanguine, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, ionogramme), bien qu'il n'existe aucun marqueur biologique spécifique. Ce bilan servira de référence au cours de l'évolution sous traitement [12].
- Dosage des D-Dimères, dosage de l'antithrombine III, dosage de la protéine C et de la protéine S [1].

2-7-2) Imagerie :

- **La phlébographie et/ou la cavographie**, la phlébographie nécessite une injection d'iode à la recherche de caillots qui se traduisent par une lacune veineuse ; elle n'a plus que deux indications potentielles : la suspicion de TVP alors que l'échodoppler est négatif et l'existence d'une TVP iliaque où cave pour situer le niveau supérieur du thrombus (qui peut également être apprécié par le scanner) [3].

Elle constitue l'examen invasif de référence mais n'est quasiment plus jamais réalisé aujourd'hui, sauf en cas de forte suspicion clinique avec discordance entre D-Dimères (positif) et échographie (négative) [13].

- **L'échographie Doppler veineux :**

Le signe fondamental recherché par cet examen est la disparition de la compressibilité de la veine. L'examen est très performant pour les thromboses fémorales et poplitées, moins pour les veines de jambe [13].

- **La phlétygmographie [1].**

2-8) Complications :

Il peut s'agir d'extension de la thrombose, d'une récurrence, d'embolie pulmonaire ou de maladie post-phlébitique [1].

2-9) Traitement :

2-9-1) Traitement curatif :

2-9-1-1) Buts :

Le principal but du traitement est la lyse de la thrombose. La recherche d'une embolie pulmonaire sera systématique [12].

2-9-1-2) Moyens, indications et surveillance du traitement anticoagulant de la thrombose veineuse profonde :

- ❖ **Le traitement local** associe l'alitement, la surélévation des membres inférieurs et la contention veineuse élastique (utilisation de bas de contention).
- ❖ **Le traitement anticoagulant :** l'interrogatoire et les antécédents peuvent retrouver une contre-indication absolue à un traitement anticoagulant [12].
 - **Les héparines de bas poids moléculaires (HBPM)** constituent le traitement de choix et peuvent être administrées à l'aide d'une injection sous-cutanée quotidienne ou biquotidienne. La mesure de

l'activité anti Xa n'est réalisée que chez les personnes présentant une insuffisance rénale, les obèses et les femmes enceintes [12].

- En cas d'alternative, **l'héparine standard** peut être utilisée en traitement discontinu toutes les 2 ou 3 heures, mais ce traitement comporte un risque hémorragique accru. L'administration à la seringue électrique est préférable. La posologie est de 500 UI/kg/jour parfois précédée par une dose de charge de 50 UI/kg. Elle doit être adaptée au TCA de la 6^e heure, puis tous les jours, afin d'obtenir une valeur comprise entre 1,5 et 2,5 fois celui du témoin [12].
- **L'héparinate de calcium (Calciparine)** est utilisée à la dose de 0,1 ml/ kg/ 12heures après une éventuelle dose de charge par héparine standard. Le TCA juste avant l'injection doit être de 1,5 fois celui du témoin [12].
- **Le relais par anti-vitamine K** est nécessaire. On privilégie les molécules à une demi-vie longue ou intermédiaire. La surveillance est faite par l'INR pour lever l'influence de la thromboplastine utilisée.

Il doit être compris entre 2 et 3. Le relais par anti-vitamine K se fait dès le 1^{er} jour. L'obtention d'un INR compris entre 2 et 3 fait poursuivre l'héparinothérapie à doses efficaces pendant encore 24 heures [12].

Dans le déficit en antithrombine III (ATIII), le relais par anti-vitamine K doit être le plus précoce possible. Une adjonction d'ATIII afin de maintenir un taux supérieur à 80% peut être faite [12].

Les anti-vitamines K sont poursuivis pendant au moins 3 mois en cas de thrombose surale, 6 mois en cas de thrombose fémorale. Après ces délais, le choix de la poursuite est laissé à l'appréciation du clinicien. Il est bien évident qu'un contexte favorisant telle qu'une anomalie de la coagulation (ou une

néoplasie) doit faire poursuivre le traitement, surtout s'il n'avait pas de facteur déclenchant précis [12].

2-9-1-3) Surveillance :

En dehors de la surveillance de l'anticoagulant intégrée dans le traitement, la numération formule sanguine doit être faite en début de traitement puis au moins 2 fois par semaine sous l'héparine. Les complications liées au traitement sont la thrombopénie due à l'héparine et la survenue d'hémorragies [12].

Une surveillance du TP-INR s'impose pour équilibrer le traitement par AVK.

2-9-1-4) Le traitement de la maladie thrombotique :

- Le traitement thrombolytique permet une dissolution rapide du caillot, sans influence cependant sur les complications de la maladie. Les indications et protocoles n'ont pas encore fait l'objet d'un consensus.

Les indications :

- la phlegmatia coerulea qui est l'indication préférentielle
- l'EP récente grave avec hypotension ou signes d'IVD et obstruction artérielle pulmonaire supérieure à 50%.

Les contre-indications :

Il s'agit essentiellement de l'âge avancé, de la période post-opératoire immédiate, des antécédents d'accident vasculaire cérébral, de l'HTA mal contrôlée, de toute maladie hémorragique...

Le résultat :

C'est une revascularisation plus précoce en 24 à 72 heures ; les complications sont plus fréquentes car s'ils dissolvent directement le caillot, ils entraînent des hémorragies plus ou moins sévères dans 6 à 8% des cas (hémorragie cérébrale 1%).

Les molécules de référence :

- L'Urokinase (Actosolv-urokinase) :

Flacons : 100 000 et 600 000 UI

Posologie : 1000 à 2000 UI par kg par jour en IV.

- La streptokinase (STREPTASE injectable) :

Flacons : 1500 000 UI, 750 000 UI, 250 000 UI.

Posologie : 250 000 à 500 000 UI en dose initiale (en 30 minutes) puis 100 000 UI/ heure pendant 24 à 96 heures en IV.

Alteplase : (Actilyse)

Flacons : 50 mg, 20 mg, 10 mg.

Posologie : 10 mg en bolus en IV 1 à 2 mn puis 90 mg en perfusion IV en 2 heures sans dépasser 1,5 mg/ kg chez un sujet > 65 kg [12].

- La thrombectomie chirurgicale garde quelques indications, en particulier la phlegmatia cœrula où elle est associée à une chirurgie aponévrotique.
- Les indications de la pose d'un filtre cave temporaire ou définitive sont :
 - une contre indication à un traitement anticoagulant ;
 - une thrombose proximale s'étendant malgré un traitement bien conduit ;
 - un caillot flottant ilio-cave ;
 - des E.P récidivantes ;
 - une E.P avec contre-indication du traitement anticoagulant ;
 - une E.P chez une insuffisance rénale chronique

NB : En cas de contre-indications d'un traitement anticoagulant, un traitement par anti-vitamine K est associé à la pose du filtre [12].

2-9-2) Le traitement préventif de la thrombose veineuse profonde :

- Le lever précoce au décours d'une chirurgie, la mobilisation des membres, leur surélévation et la contention élastique préventive sont les mesures à instituer [12].

Le traitement médicamenteux fait appel aux héparines de bas poids moléculaires (HBPM) administrées à dose préventive, ou à la Calciparine 5000 UI 2 fois par jour [10].

Les doses sont multipliées par 2 en cas de risque de thrombose veineuse profonde élevé (ex : antécédents de thrombose veineuse profonde et chirurgie, thrombose veineuse profonde et grossesse au 3^e trimestre) en une seule injection ou deux injections selon l'HBPM utilisée [8,12].

- Les anti-agrégants plaquettaires : ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.
- Les AVK : indiqués car efficace mais d'emploi plus difficile [8].

2-10) Score de Wells :

- **Utilité du score de Wells :**

La principale utilité du score de Wells est de permettre l'identification d'un sous groupe de patients dont le risque de maladie thromboembolique est modéré, et qui peuvent donc bénéficier d'une démarche diagnostique allégée et d'un traitement anticoagulant préventif [9].

Cotation :

- Cancer évolutif = 1
- Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée récente d'un membre inférieur = 1
- Alitement récent supérieur à 3 jours ou chirurgie majeure inférieure à 4 semaines = 1
- Tension douloureuse localisée du membre inférieur = 1
- Augmentation de volume global du membre inférieur = 1

- Augmentation de volume supérieur à 3 cm comparé au membre asymptomatique = 1
- Œdème prenant le godet = 1
- Circulation veineuse collatérale = 1
- Probabilité d'un autre diagnostic supérieur à celui de TVP = -2

• **Les éléments pour le calcul du score de probabilité de Wells :**

PROBABILITÉ DE T.V.P.

Cancer ┐

Paralysie ou immobilisation plâtrée récente ┐

Alitement > 3 jours ou chirurgie < 4 semaines ┐

Douleur à la palpation du trajet des veines profondes	<input type="checkbox"/>
Tuméfaction de la cuisse ou du mollet	<input type="checkbox"/>
Tuméfaction du mollet (> 3 cm de différence entre les deux côtés)	<input type="checkbox"/>
Œdème prenant le godet	<input type="checkbox"/>
Veines superficielles dilatées	<input type="checkbox"/>
Diagnostic alternatif au moins aussi probable	<input type="checkbox"/>

Résultat :

Probabilité clinique faible

Probabilité clinique moyenne

Probabilité clinique forte

Le score de Wells estime une probabilité clinique du diagnostic de thrombose veineuse profonde (TVP). Il s'utilise en cochant les cases qui correspondent aux propositions vraies, à chaque élément correspond un poids arithmétique dont la somme détermine une probabilité clinique de TVP.

Un score inférieur ou égal à 0 implique une faible probabilité clinique de TVP.

Un score de 1 ou 2 indique une probabilité clinique moyenne.

Un score supérieur ou égal à 3 indique une probabilité clinique forte [3].

Calcul du score de probabilité de Wells : Le score varie de 0 à 6 points

- Faible probabilité : score égal à 0 ou moins de zéro

- Probabilité intermédiaire : score égal à 1 ou 2 points
- Forte probabilité : score supérieur ou égal à 3.

Dans les études contrôlées par phlébographie, la validité du score de Wells s'avère assez bonne et utilisable en pratique quotidienne pour guider le recours aux investigations complémentaires.

Une TVP est retrouvée chez 3,2% des patients ayant une faible probabilité clinique ; 19,4% des patients ayant une probabilité intermédiaire et 73,9% des patients qui ont une forte probabilité [3].

3-METHODOLOGIE :

3-1- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective transversale et descriptive.

3-2- Période d'étude :

L'étude a couvert la période allant de Juin 2008 à Novembre 2008 (soit 6 mois).

3-3- Lieu d'étude :

Service de chirurgie A et B du CHU du Point G.

3-3-1-Hôpital du Point G :

3-3-1-1-Présentation :

Situé sur une colline au nord de Bamako dont il porte le nom, d'accès relativement difficile, l'hôpital du point G reçoit des malades venant aussi bien de Bamako que du reste du pays.

Construit en 1906, c'est l'un des trois hôpitaux nationaux du Mali. Il se compose de :

- une administration générale
- un service de maintenance
- des services médicaux tels que :
 - service d'anesthésie réanimation et des urgences,
 - service de cardiologie A et B,
 - service de maladie infectieuse,
 - service d'hémo-oncologie,
 - service de médecine interne,
 - service de rhumatologie,
 - service de néphrologie et d'hémodialyse,
 - service de neurologie,
 - service de pneumo-phtisiologie,
 - service de psychiatrie,
 - laboratoire,
 - pharmacie hospitalière,
 - service d'imagerie et de médecine nucléaire,
- des services de chirurgie tels que :
 - chirurgie A : chirurgie viscérale, thoracique et cœlioscopique
 - chirurgie B : chirurgie viscérale, vasculaire et endocrinienne
 - service d'urologie,
 - service de gynéco obstétrique,
- morgue,

- l'hôpital abrite également des logements pour certains cadres de l'hôpital.

3-3-1-2-Mission :

- assurer la prise en charge des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- Participer à des actions de santé publique, de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

3-3-2- Le service de chirurgie B :

3-3-2-1-Présentation :

C'est un des services de chirurgie du Point « G », spécialisé en chirurgie viscérale, vasculaire et endocrinienne comprenant 2 pavillons (chirurgie I et pavillon Dolo); il se compose de :

- ❖ 11 salles d'hospitalisation réparties en catégories :
 - première : 2 lits par chambre climatisée avec une douche intérieure, située dans le pavillon Dolo (soit 6 lits)
 - deuxième : 4 lits par chambre ventilée avec une douche intérieure, située également dans le pavillon Dolo (soit 12 lits)
 - troisième : 6 lits par chambre non ventilée avec une douche externe commune (soit 12lits).

3-3-2-2-Personnels du service de chirurgie B :

Deux professeurs titulaires, deux maîtres de conférence (dont un en anatomie et un en chirurgie générale), trois maîtres assistants, un chirurgien, une secrétaire, six infirmiers dont deux majors, trois infirmiers aides de bloc et six techniciens de surface (garçons de salle).

A ceux s'ajoutent les aides soignants et les étudiants de la FMPOS qui sont dans le service pour leurs travaux de thèse et leur formation.

3-3-3-Le service de chirurgie A :

3-3-3-1- Présentation :

Les activités chirurgicales du service de chirurgie « A » sont dominées par la chirurgie digestive, endoscopique et thoracique.

Le service comprend deux pavillons (pavillon Tidiani Faganda Traoré) et (pavillon chirurgie II). Les deux entités comprennent 40 lits d'hospitalisation dont 18 de 3^{ème} catégorie, 16 de 2^{ème} catégorie et 6 de 1^{ère} catégorie.

3-3-3-2- Personnel :

Le service comprend un professeur titulaire qui est le chef de service, deux maîtres de conférences agrégés, trois maîtres assistants, trois chirurgiens praticiens hospitaliers et deux techniciens supérieurs de santé, sept infirmiers, une secrétaire avec six garçons de salles, les aides soignants et les étudiants de la FMPOS.

3-4- Population d'étude :

L'étude a concerné tous les malades hospitalisés dans les services de chirurgie A et B pendant la période d'étude.

3-5- Echantillonnage :

Nous avons recruté de façon exhaustive tous les patients hospitalisés pendant les six mois de l'étude soit 260 patients.

3-5-1- Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude, les patients :

- ayant été hospitalisés dans les services pour pathologies chirurgicales,
- ayant été hospitalisés pour une pathologie non chirurgicale,
- ayant été opérés ou non.

3-5-2- Critères de non inclusion :

- Patients non hospitalisés dans les services de chirurgie,
- Patients non consentants pour l'étude.

3-6- Déroulement de l'étude :

3-6-1- Elaboration de la fiche d'enquête :

Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs. Après correction par le directeur de thèse, elle a été soumise à un pré-test sur 15 cas. Cette fiche d'enquête comprend 3 parties :

- données sociodémographiques,
- données cliniques et para cliniques,

NB : la mesure des mollets ou des cuisses était faite au tiers moyen du segment des membres concernés de façon symétrique et comparative à l'aide d'un mètre ruban.

- Pour le mollet on prend comme repère la malléole interne ou externe et on mesure le mollet à 25 cm au dessus du repère.

-Pour la cuisse on prend comme repère le bord supérieur de la rotule sur un membre en extension complète, on mesure la cuisse à 20 cm au dessus du repère.

La différence est significative lorsque la mesure du membre suspect était supérieure de plus de 3cm à celle du membre sain.

- Données thérapeutiques.

3-6-2- Recrutement :

Nous avons recruté les patients aux lits d'hospitalisation.

3-7- Gestion des données : les données ont été saisies sur Microsoft Word 2003 et analysées sur les logiciels SPSS version 12.0 et Epi 6.

4-RESULTATS :

4-1-Les résultats descriptifs :

Au cours de l'étude, nous avons recruté 260 patients hospitalisés en 6 mois dont 189 en chirurgie B et 71 en chirurgie A.

Sur les 260 patients hospitalisés, nous avons observé 4 cas de thrombophlébite dont trois (3) en chirurgie B et un (1) en chirurgie A.

4-1-1-Données socio-démographiques :

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge (en année).

Tranche d'âge (en année)	Effectif	Pourcentage
≤ 20	43	16,5
[21 – 40]	97	37,3
[41 – 60]	79	30,4
>60	41	15,8
Total	260	100

La tranche d'âge [21- 40] ans a été la plus représentée avec 37,3% des cas.

L'âge moyen : 39,78

Ecart type : 18,95

Extrême 2 et 91

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	119	45,8
Féminin	141	54,2
Total	260	100

Les patients étaient de sexe féminin dans 54,2% des cas avec un sex-ratio de 1,2 en faveur des femmes.

Tableau III : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Kayes	31	11,9
Koulikoro	35	13,5

Sikasso	14	5,4
Ségou	17	6,5
Mopti	9	3,5
Tombouctou	2	0,8
Gao	5	1,9
Bamako	146	56,1
Autres	1	0,4
Total	260	100

Les patients venaient de Bamako dans 56,1% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	81	31,2
Sarakolé	42	16,2
Peulh	38	14,6
Sonrhäï	15	5,8
Dogon	8	3,1
Sénoufo	4	1,5
Bobo	1	0,4
Malinké	38	14,6
Autres	33	12,6
Total	260	100

Les patients étaient des Bambara dans 31,2% des cas. Cette répartition reflète la configuration de la population générale du Mali.

Tableau V : Répartition des patients selon la nationalité.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	259	99,6
Autres	1	0,4

Total	260	100
--------------	------------	------------

Les patients étaient de nationalité malienne dans 99,6% des cas.

Autre : Sénégalaise

Tableau VI : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	88	33,8
Ouvrier qualifié	23	8,8
Ouvrier non qualifié	3	1,2
Paysan	30	11,5
Eleveur	3	1,2
Fonctionnaire	24	9,2
Commerçant	23	8,8
Autres	66	25,5
Total	260	100

Les ménagères représentaient 33,8% de l'échantillon.

4-1-2-Données de l'anamnèse :

Tableau VII : Répartition des patients selon le référant.

Référant	Effectif	Pourcentage
Venu de lui-même	71	27,3
Médecin	160	61,5
Infirmier	9	3,5
Autres	20	7,7
Total	260	100

Les patients étaient adressés par des médecins dans 61,5% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée.

Diagnostic d'entrée	Effectif	Pourcentage
Pathologie digestive chronique	59	22,7
Pathologie digestive aiguë	62	23,8

Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie HPG

Pathologie endocrinienne	54	20,8
Pathologie mammaire	18	6,9
Pathologie gynéco-obstétricale	16	6,2
Pathologie des membres inférieurs	6	2,3
Pathologie rénale	1	0,4
Pathologie vasculaire	9	3,5
Pathologie vésico-prostatique	12	4,6
Pathologie pulmonaire	5	1,9
Pathologie hépato-biliaire	6	2,3
Autres	12	4,6
Total	260	100

Les patients souffraient d'une pathologie digestive aiguë dans 23,8% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Drépanocytose	4	1,5
HTA	28	10,8
Cardiopathie	1	0,4
Diabète	4	1,5
OMI	1	0,4
Aucun	222	85,4
Total	260	100

Les patients n'avaient aucun antécédent médical particulier dans 85,4% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Gastrectomie	2	0,8
Colectomie	3	1,2

Adénomectomie	4	1,5
Aucun	251	96,5
Total	260	100

Les patients n'avaient pas déjà été opérés dans 96,5% des cas.

Tableau XI : Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux.

Antécédents gynéco-obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Accouchée récente	1	0,7
Avortement	1	0,7
Aucun	139	98,6
Total	141	100

Les patientes ne présentaient aucun antécédent gynéco-obstétrical dans 98,6% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon l'hygiène de vie.

Hygiène de vie	Effectif	Pourcentage
Tabac	34	13,0
Alcool	2	0,8
Tabac + Alcool	2	0,8
Aucun	222	85,4
Total	260	100

Les patients ne prenaient ni alcool, ni tabac dans 85,4% des cas.

4-1-3-Données de l'examen clinique :

4-1-3-1-Données de l'examen général :

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'état général (indice de Karnofsky).

Indice de Karnofsky	Effectif	Pourcentage
≤ 50	14	5,4
[51-90]	244	93,8
[91-100]	2	0,8
Total	260	100

Les patients avaient un indice de Karnofsky de [51-90] dans 93,8% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la prise de la température (en °C).

Température (°C)	Effectif	Pourcentage
< 36,5	3	1,2
[36,5 – 37,5]	185	71,2
> 37,5	72	27,6
Total	260	100

Les patients avaient une température normale dans 71,2% des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon la prise du pouls.

Pouls artériel	Effectif	Pourcentage
< 60	3	1,2
[60-100]	213	81,9
>100	44	16,9
Total	260	100

Les patients avaient un pouls normal dans 81,9% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patients selon la coloration conjonctivo-tégumentaire.

Conjonctives et téguments	Effectif	Pourcentage
Bien colorés	245	94,2
Pâles	15	5,8

Total	260	100
--------------	------------	------------

Les patients avaient une bonne coloration conjonctivo-tégumentaire dans 94,2% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle.

Indice de masse corporelle	Effectif	Pourcentage
< 18	41	15,8
[18-24]	173	66,5
[25-29]	30	11,5
≥ 30	16	6,2
Total	260	100

Les patients avaient un indice de masse corporelle normal dans 66,5% des cas.

4-1-3-2-Données de l'examen physique :

NB : Les examens cardiaques, pulmonaires et neurologiques de tous les patients étaient normaux.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les résultats de l'examen abdominal à la palpation.

Examen abdominal	Effectif	Pourcentage
Sans particularités	165	63,4
Douleur à la palpation	40	15,3
Masse abdominale	16	6,2
Contracture abdominale	16	6,2
Défense abdominale	17	6,5
Tuméfaction sus ombilicale	2	0,8
Tuméfaction épigastrique	4	1,6
Total	260	100

L'examen de l'abdomen à la palpation était sans particularité pour 63,4 % des patients.

4-1-4-Données des examens complémentaires :

Tableau XIX : Répartition des patients selon la radiographie thoracique de face.

Radiographie thoracique de face	Effectif	Pourcentage
Normale	26	10,0
Anormale	25	9,6
Non faite	209	80,4
Total	260	100

La radiographie thoracique de face n'a pas été faite chez 80,4% des patients.

Tableau XX : Répartition des patients selon la glycémie (en mmol/l).

Glycémie (mmol/l)	Effectif	Pourcentage
<4,1	33	12,7
[4,1 - 6,1]	158	60,8
> 6,1	17	6,5

Non faite	52	20
Total	260	100

La glycémie était normale chez 60,8% des patients.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la créatinémie (en $\mu\text{mol/l}$).

Créatinémie ($\mu\text{mol/l}$)	Effectif	Pourcentage
< 53	26	10,0
[53 – 120]	160	61,5
>120	22	8,5
Non faite	52	20,0
Total	260	100

La créatinémie était normale chez 61,5% des patients.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le taux de prothrombine (en %) dans le cadre du bilan préopératoire.

Taux de prothrombine (%)	Effectif	Pourcentage
< 70	9	3,5
[70 – 100]	122	46,9
> 100	32	12,3
Non fait	97	37,3
Total	260	100

Le taux de prothrombine était normal chez 46,9% des patients.

4-1-5-Les éléments du score de Wells :

Tableau XXIII : Répartition des patients selon la présence de cancer.

Cancer	Effectif	Pourcentage
Pourcentage	36	13,8
Absent	224	86,2

Total	260	100
--------------	------------	------------

Les patients avaient un cancer dans 13,8% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la présence de paralysie ou immobilisation plâtrée récente.

Paralysie ou Immobilisation	Effectif	Pourcentage
Présente	3	1,2
Absente	257	98,8
Total	260	100

Les patients avaient une paralysie ou une immobilisation plâtrée récente dans 1,2% des cas.

Tableau XXV : Répartition des patients selon la présence d'alitement > 3 jours ou chirurgie < 4 semaines.

Alitement > 3 jours ou chirurgie < 4 semaines	Effectif	Pourcentage
Présent	249	95,8
Absent	11	4,2
Total	260	100

Les patients avaient une durée d'alitement > 3 jours ou une chirurgie < 4 semaines dans 95,8% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la présence de douleur à la palpation du trajet des veines profondes.

Douleur à la palpation du trajet des veines profondes	Effectif	Pourcentage
Présente	4	1,5
Absente	256	98,5

Total	260	100
--------------	------------	------------

Les patients avaient présenté une douleur à la palpation du trajet des veines profondes dans 1,5% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la présence de tuméfaction de la cuisse ou du mollet.

Tuméfaction de la cuisse ou du mollet	Effectif	Pourcentage
Présente	6	2,3
Absente	254	97,7
Total	260	100

Les patients avaient présenté une tuméfaction de la cuisse ou du mollet dans 2,3% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la présence de tuméfaction du mollet (supérieur à 3 cm de différence entre les 2 côtés).

Tuméfaction du mollet (>3 cm de différence)	Effectif	Pourcentage
Présente	4	1,5
Absente	256	98,5
Total	260	100

La tuméfaction du mollet était présente dans 1,5% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la présence d'œdème prenant le godet.

Œdème prenant le godet	Effectif	Pourcentage
Présent	11	4,2
Absent	249	95,8
Total	260	100

L'œdème prenant le godet était présent dans 4,2% des cas.

Tableau XXX : Répartition des patients selon la présence de veines superficielles dilatées.

Veines superficielles dilatées	Effectif	Pourcentage
Présentes	4	1,5
Absentes	256	98,5
Total	260	100

Les veines superficielles étaient dilatées dans 1,5% des cas.

NB : Le diagnostic alternatif était absent dans 100% des cas.

4-1-6-Evaluation du score de Wells :

Tableau XXXI : Répartition des patients selon l'évaluation du score de Wells.

Score de Wells	Effectif	Pourcentage
≤ 0	8	3,1
$1 \leq \text{score} \leq 2$	241	92,7
≥ 3	11	4,2
Total	260	100

Le score de Wells était de 1-2 chez 92,7% des patients.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon l'interprétation du résultat du score de probabilité clinique de Wells.

Probabilité clinique	Effectif	Pourcentage
Faible	8	3,1
Moyenne	241	92,7
Forte	11	4,2
Total	260	100

Les patients avaient une probabilité clinique moyenne dans 92,7% des cas.

4-1-7-La thrombophlébite :

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la survenue de la thrombophlébite.

Thrombophlébite	Effectif	Pourcentage
Présente	4	1,5
Absente	256	98,5
Total	260	100

Les patients ont présenté une thrombophlébite dans 1,5% des cas.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le mode d'apparition de la thrombophlébite.

Mode d'apparition	Effectif	Pourcentage
Brutal	1	25
Progressif	3	75
Total	4	100

L'apparition de la thrombophlébite était progressive dans 75% des cas.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon l'inspection des membres inférieurs.

Inspection	Effectif	Pourcentage
Rougeur	1	25
Œdème	3	75
Total	4	100

A l'inspection, 75% de nos patients avaient des membres inférieurs œdémateux.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon la palpation des membres inférieurs.

Palpation	Effectif	Pourcentage
Froideur des extrémités	1	25
Douleur	2	50
Chaleur locale	1	25
Total	4	100

A la palpation, les patients avaient une douleur des membres inférieurs atteints dans 50% des cas.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon le signe de Homans.

Signe de Homans	Effectif	Pourcentage
Positif	3	75
Négatif	1	25
Total	4	100

Le signe de Homans était positif dans 75% des cas.

Tableau XXXVIII : Différence de mesure des mollets (en cm) des patients présentant la thrombophlébite.

Mesure des mollets en cm		
Mollet gauche	Mollet droit	Différence
31	25	6
37	31	6
39	32	7
37	41	4

Chez tous les patients présentant la thrombophlébite la différence de mesure des mollets était supérieure à 3 cm. La différence moyenne était de 5,75 cm.

Tableau XXXIX : Différence de mesure des cuisses (en cm) des patients présentant la thrombophlébite.

Mesure des cuisses en cm		
Cuisse gauche	Cuisse droite	Différence
52	45	7
59	55	4
68	62	6
72,5	68	4,5

Chez tous les patients présentant la thrombophlébite la différence de mesure des cuisses était supérieure à 3 cm. La différence moyenne était de 5,38 cm.

Tableau XL : Répartition des patients selon l'échographie Doppler des membres inférieurs.

Echo Doppler des membres	Effectif	Pourcentage
Anormale	4	100
Normale	0	0
Non faite	0	0
Total	4	100

L'échographie Doppler des membres inférieurs était anormale chez tous les patients présentant la thrombophlébite.

NB : Les D-Dimères n'ont pas été fait chez aucun patient présentant la thrombophlébite.

4-1-8-L'itinéraire thérapeutique :

Tableau XLI : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'admission.

Traitement reçu avant l'admission	Effectif	Pourcentage
Aucun	124	47,7
Médical	130	50
Traditionnel	6	2,3
Total	260	100

Les patients avaient reçu un traitement médical avant l'admission dans 50% des cas.

Tableau XLII : Répartition des patients selon le traitement médical reçu avant l'admission.

Nature du traitement médical avant l'admission	Effectif	Pourcentage
Antalgiques	28	10,8
Anti-inflammatoires	5	1,9
Antiulcéreux	6	2,3

Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie HPG

Antibiotiques	20	7,6
Anticoagulants	3	1,2
Antipaludéens	2	0,8
Antithyroïdiens de synthèse	25	9,6
Aucun	124	47,7
Non spécifié	39	15,0
Traditionnel	6	2,3
Veinotoniques	2	0,8
Total	260	100

Les patients avaient un traitement anticoagulant avant l'admission dans 1,2% des cas.

Tableau XLIII : Répartition des patients selon la nature du traitement non chirurgical instauré à l'hôpital.

Nature du traitement non chirurgical à l'hôpital	Effectif	Pourcentage
Antalgiques	82	31,5
Anti-inflammatoires	1	0,4

Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie HPG

Antibiotiques	153	58,9
Anticoagulants	13	5,0
Aucun	11	4,2
Total	260	100

Les patients avaient été mis sous traitement anticoagulant préventif dans 5% des cas.

Tableau XLIV : Répartition des patients selon la nature du traitement chirurgical.

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Thyroïdectomie	51	21,3
Adénomectomie (prostate)	10	4,2

Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie HPG

Amputation	2	0,8
Appendicectomie	19	7,9
Thoracotomie	7	2,9
Cholécystectomie	5	2,1
Colectomie	5	2,1
Gastrectomie	13	5,4
Hémorroïdectomie	8	3,3
Hystérectomie	4	1,7
Mastectomie	8	3,3
Cure herniaire	23	9,6
Nodulectomie du sein	10	4,2
Devolvulation sigmoïdienne	10	4,2
Résection iléale	18	7,5
Autres	47	19,5
Total	240	100

Les patients avaient subi une thyroïdectomie dans 21,3% des cas.

► Confirmation du diagnostic d'entrée :

NB : La lithiase rénale a été la pathologie rénale rencontrée dans 100% des cas.

Tableau XLV : Différentes pathologies digestives chroniques rencontrées.

Pathologie digestive	Effectif	Pourcentage
Chronique		
Hémorroïde	8	13,6
Tumeur œsophagienne	1	1,7
Eventration	5	8,4
Fistule anale	3	5,1
Tumeur mésentérique	2	3,4
Sténose caustique de l'œsophage	1	1,7
Megaœsophage	1	1,7
Tumeur cœcale	1	1,7
Kyste splénique	2	3,4
Tumeur du pancréas	4	6,8
Tumeur gastrique	15	25,4
Hernie inguinale	12	20,3
Hernie ombilicale	4	6,8
Total	59	100

La tumeur gastrique a été la pathologie digestive chronique la plus fréquemment rencontrée avec 25,4% des cas.

Tableau XLVI : Différentes pathologies digestives aiguës recensées.

Pathologie digestive aiguë	Effectif	Pourcentage
Plastron appendiculaire	4	6,5

Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie HPG

Occlusion intestinale	14	22,6
Péritonite	23	37,1
Appendicite aiguë	9	14,5
Adénite inguinale droite suppurée	1	1,6
Hernie étranglée de la ligne blanche	1	1,6
Eviscération	1	1,6
Suppuration pariétale	1	1,6
Abcès appendiculaire	2	3,2
Engouement herniaire ombilicale	1	1,6
Rétablissement de la Continuité	5	8,1
Total	62	100

La péritonite a été la pathologie digestive aiguë la plus fréquente avec 37,1% des cas.

Tableau XLVII : Différentes pathologies mammaires observées.

Pathologie mammaire	Effectif	Pourcentage
----------------------------	-----------------	--------------------

Cancer du sein droit	4	22,2
Cancer du sein gauche	4	22,2
Adénofibrome du sein droit	6	33,4
Adénofibrome du sein gauche	4	22,2
Total	18	100

L'adénofibrome du sein droit a été la pathologie mammaire la plus fréquente avec 33,4% des cas.

Tableau XLVIII : Différentes pathologies pulmonaires notées.

Pathologie pulmonaire	Effectif	Pourcentage
Corps étranger intrabronchique	1	20
Emphysème thoracique gauche	1	20
Pyopneumothorax gauche	2	40
Tumeur du lobe inférieur droit	1	20
Total	5	100

Le pyopneumothorax gauche a été la pathologie pulmonaire la plus fréquente avec 40% des cas.

Tableau XLIX : Différentes pathologies endocriniennes observées.

Pathologie endocrinienne	Effectif	Pourcentage
Goitre	53	98,1
Cancer de la thyroïde	1	1,9
Total	54	100

Le goitre a été la pathologie endocrinienne la plus fréquente avec 98,1% des cas.

Tableau L : Différentes pathologies gynéco-obstétricales recensées.

Pathologie	Effectif	Pourcentage
gynéco-obstétricale		
Fibrome utérin	5	31,2
Stérilité	4	25,0
Obstruction tubaire	5	31,3
Prolapsus génital	2	12,5
Total	16	100

L'obstruction tubaire a été la pathologie gynéco-obstétricale la plus fréquente avec 31,3% des cas.

Tableau LI : Différentes pathologies vésico-prostatiques observées.

Pathologie vésico-prostatique	Effectif	Pourcentage
Tumeur vésicale	1	8,3
Adénome de la prostate	10	83,4
Lithiase vésicale	1	8,3
Total	12	100

L'adénome de la prostate a été la pathologie vésico-prostatique la plus fréquente avec 83,4% des cas.

Tableau LII : Différentes pathologies des membres inférieurs notées.

Pathologie des membres inférieurs	Effectif	Pourcentage
Plaie infectée de la jambe droite	1	16,7
Lipome du tiers inférieur de la cuisse gauche	1	16,7
Lipome de la jambe droite	1	16,7
Plaie ulcéro-nécrotique de la jambe droite	2	33,2
Plaie ulcéro-nécrotique de la jambe gauche	1	16,7
Total	6	100

La plaie ulcéro-nécrotique de la jambe droite a été la pathologie des membres inférieurs la plus fréquente avec 33,2% des cas en dehors de la pathologie vasculaire.

Tableau LIII : Différentes pathologies hépato-biliaires observées.

Pathologie hépato-biliaire	Effectif	Pourcentage
Abcès du foie	2	33,3
Lithiase biliaire	4	66,7
Total	6	100

La lithiase biliaire a été la pathologie hépato-biliaire la plus fréquente avec 66,7% des cas.

Tableau LIV : Différentes pathologies vasculaires notées.

Pathologie vasculaire	Effectif	Pourcentage
Thrombophlébite	4	44,4
Fistule artério-veineuse	1	11,1
Varice	3	33,4
anévrisme de l'aorte abdominale	1	11,1
Total	9	100

La thrombophlébite a été la pathologie vasculaire la plus fréquente avec 44,4% des cas.

Tableau LV : Autres pathologies recensées.

Autre pathologie	Effectif	Pourcentage
Brûlure thermique	3	25
Abcès cervico-dorso- lombaire	1	8,3
Polytraumatisme	1	8,3
Fistule bénigne paracervicale gauche	1	8,3
Hydrocèle gauche	1	8,3
Kyste du canal thyroïdienne	1	8,3
Péricardite	2	16,9
Kyste infecté rétro-vésical	1	8,3
Tumeur parotidienne	1	8,3
Total	12	100

Un cas de polytraumatisme a été rencontré dans notre étude.

Tableau LVI : Répartition des patients selon le diagnostic post opératoire.

Diagnostic postopératoire	Effectif	Pourcentage
Pathologie digestive chronique	56	23,3
Pathologie digestive aiguë	58	24,2
Pathologie endocrinienne	54	22,5
Pathologie mammaire	17	7,1
Pathologie gynéco-obstétricale	16	6,7
Pathologie des membres inférieurs	4	1,7
Pathologie rénale	1	0,4
Pathologie vasculaire	4	1,7
Pathologie vésico-prostatique	12	5,0
Pathologie pulmonaire	5	2,0
Pathologie hépato-biliaire	6	2,5
Autres	7	2,9
Total	240	100

Le diagnostic postopératoire a été dans 24,2% des cas une pathologie digestive aiguë.

Tableau LVII : Répartition des patients selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	222	92,5
Complications	15	6,3
Décès	3	1,2
Total	240	100

Les suites opératoires ont été simples dans 92,5% des cas.

4-1-9-Traitement de la thrombophlébite :

Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie HPG

L'évolution du traitement héparinique et AVK a été favorable chez tous les patients présentant la thrombophlébite avec une durée de traitement de 7 jours et 6 mois respectivement.

4-2-Les résultats analytiques :

4-2-1-Données de l'examen général :

Tableau LVIII : Thrombophlébite et IMC.

IMC	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Normal	1	25	0	0
Surpoids	3	75	0	0
Obésité	0	0	0	0
Total	4	100	0	0

Les patients présentant la thrombophlébite avaient un surpoids dans 75% des cas.

4-2-2-Les éléments du score de Wells :

Tableau LIX : Thrombophlébite et présence de cancer.

Cancer	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Présent	0	0	0	0
Absent	0	0	4	100
Total	0	0	4	100

Aucun des patients présentant la thrombophlébite n'avait un cancer.

Tableau LX : Thrombophlébite et paralysie ou immobilisation plâtrée récente.

Paralysie ou immobilisation plâtrée récente	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Présente	1	25	0	0
Absente	0	0	3	75
Total	1	25	3	75

La paralysie ou immobilisation plâtrée récente était présente chez 25% des patients présentant la thrombophlébite.

Tableau LXI : Thrombophlébite et alitement > 3 jours ou chirurgie < 4 semaines.

Alitement > 3 jours ou chirurgie < 4 semaines	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Présent	4	100	0	0
Absent	0	0	0	0
Total	4	100	0	0

Tous les patients présentant la thrombophlébite étaient alités depuis plus de 3 jours ou avaient une notion de chirurgie < 4 semaines.

Tableau LXII : Thrombophlébite et douleur à la palpation du trajet des veines profondes.

Douleur à la palpation du trajet des veines profondes	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Présente	3	75	0	0
Absente	0	0	1	25
Total	3	75	1	25

Les patients présentant la thrombophlébite avaient une douleur à la palpation du trajet des veines profondes dans 75% des cas.

Tableau LXIII : Thrombophlébite et tuméfaction de la cuisse ou du mollet.

Tuméfaction de la cuisse ou du mollet	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Présente	4	100	0	0
Absente	0	0	0	0
Total	4	100	0	0

Tous les patients présentant la thrombophlébite avaient une tuméfaction de la cuisse ou du mollet du côté malade.

Tableau LXIV : Thrombophlébite et tuméfaction du mollet.

Thrombophlébite			
------------------------	--	--	--

Tuméfaction du mollet (> 3 cm de différence)	Oui		Non	
	N	%	N	%
Présente	4	100	0	0
Absente	0	0	0	0
Total	4	100	0	0

Tous les patients présentant la thrombophlébite avaient une tuméfaction du mollet du côté malade.

Tableau LXV : Thrombophlébite et œdème prenant le godet.

Œdème prenant le godet	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Présent	3	75	0	0
Absent	0	0	1	25
Total	3	75	1	25

Les patients présentant la thrombophlébite avaient un œdème prenant le godet dans 75% des cas.

Tableau LXVI : Thrombophlébite et veines superficielles dilatées.

Thrombophlébite			
------------------------	--	--	--

Veines superficielles dilatées	Oui		Non	
	N	%	N	%
Présente	0	0	0	0
Absente	0	0	4	100
Total	0	0	4	100

Aucun des patients présentant la thrombophlébite n'avaient de veines superficielles dilatées.

4-2-3-Evaluation du score de Wells :

Tableau LXVII : Thrombophlébite et évaluation du score de Wells.

Evaluation du score de Wells	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
≤ 0	0	0	0	0
1-2	0	0	0	0
≥ 3	4	100	0	0
Total	4	100	0	0

Tous les patients présentant la thrombophlébite avaient un score supérieur ou égal à 3.

Tableau LXVIII : Thrombophlébite et résultat du score de Wells.

Résultat du score de Wells	Thrombophlébite			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Probabilité faible	0	0	0	0
Probabilité moyenne	0	0	0	0
Probabilité forte	4	100	0	0
Total	4	100	0	0

Tous les patients présentant la thrombophlébite avaient une forte probabilité à l'évaluation du score de Wells.

4-2-4-Données du traitement anticoagulant :

Tableau LXIX : Traitement anticoagulant et pathologie en cause.

Pathologie en cause	Traitement anticoagulant	
	Effectif	Pourcentage
Pathologie digestive chronique	3	23,1
Pathologie digestive aiguë	5	38,4
Pathologie des membres inférieurs	1	7,7
Pathologie vasculaire	3	23,1
Autres	1	7,7
Total	13	100

Parmi les 13 patients (5% des cas) sous traitement anticoagulant préventif, 5 cas soit 38,4% de ces patients avaient une pathologie digestive aiguë.

Tableau LXX : Traitement anticoagulant prophylactique et apparition de la thrombophlébite.

Apparition de la thrombophlébite	Traitement anticoagulant prophylactique			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Oui	4	30,8	0	0
Non	0	0	9	69,2
Total	4	30,8	9	69,2

Quatre cas soit 30,8% des patients sous traitement anticoagulant préventif ont présenté une thrombophlébite.

5-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Sur 260 patients hospitalisés pendant la période de l'étude (6 mois) dans les services de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire (CHU) du Point G, nous avons trouvé un taux de thrombophlébite de l'ordre de 1,5%. DIALLO a trouvé en 15 années de recrutement dans le service de chirurgie B 78 cas de thrombophlébite soit 18,4% des cas concernant 424 patients [6].

L'incidence de TVP est très difficile à évaluer. Cependant on s'accorde à dire qu'elle est de 1,6 à 1,8% dans la population générale [14].

5-1-Données sociodémographiques :

L'âge des patients était compris entre 21- 40 ans dans 37,3% des cas. Une prédominance féminine a été retrouvée dans notre série, soit 54,2% des cas, avec un sex-ratio de 1,2 en faveur des femmes. Sur les 4 cas de thrombophlébite retrouvés 3 patients étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 52 ans. YOUBA a retrouvé une prédominance féminine soit 75% des cas de thrombophlébite dans les services de chirurgie générale du CHU du Point G [7]. Cette prédominance féminine a été rapportée dans la série congolaise, dont 2 cas sporadiques de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs concernant 2 femmes congolaises âgées de 21 et 48 ans ont été décrits [5].

5-2-Données de l'anamnèse

Les patients avaient un antécédent d'HTA dans 10,8% des cas ; de diabète et de drépanocytose dans 1,5% des cas, d'OMI et de cardiopathie dans 0,4% des cas. Les cardiopathies (insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde et valvulopathie mitrale, HTA) étaient évoquées comme des circonstances de survenue [8].

Les antécédents gynéco-obstétricaux particuliers ont été retrouvés chez 2 patientes : accouchement récent 0,7% (1 cas) ; avortement 0,7% (1 cas).

Pendant la grossesse le risque de thrombose veineuse profonde (TVP) est 6 fois plus élevé que celui d'une femme de même âge sans contraception orale. L'incidence est cependant faible environ 0,1% de grossesse surtout en fin de grossesse et en post partum, le risque est majoré en cas de césarienne [8].

Les TVP sont beaucoup plus fréquentes dans le post partum (5% des statistiques) [1].

Tableau LXXI : Comparaison des patients selon les circonstances de survenue.

Circonstances de survenue.	Oui	Non	Total	Test statistique (p)
HTA	28 (10,8%)	232 (89,2%)	260	$<10^{-6}$
Cardiopathie	1 (0,4%)	259 (99,6%)	260	
OMI	1 (0,4%)	259 (99,6%)	260	
Drépanocytose	4 (1,5%)	256 (98,5%)	260	
Diabète	4 (1,5%)	256 (98,5%)	260	
Avortement	1 (0,7%)	140 (99,3%)	141	
Accouchement récent	1 (0,7%)	140 (99,3%)	141	

Il existe une différence statistiquement significative entre les patients hypertendus et les patients non hypertendus avec $p < 10^{-6}$. Les autres paramètres ne sont pas statistiquement comparables.

La notion de consommation de tabac ou d'alcool était retrouvée dans respectivement 13,1% et 0,8% des cas.

L'alcoolisme et le tabagisme chronique peuvent représenter un facteur de risque du fait de la polyglobulie [8].

Tableau LXXII : Comparaison des patients selon les facteurs de risque.

Facteurs de	Oui	Non	Total	Test
--------------------	------------	------------	--------------	-------------

risque				statistique (p)
Tabagisme	34 (13,1%)	226 (86,9%)	260	$<10^{-6}$
Alcoolisme	2 (0,8%)	258 (99,2%)	260	

Il existe une différence statistiquement significative entre les patients tabagiques et les patients non tabagiques avec $p < 10^{-6}$. Les patients alcooliques ne sont pas statistiquement comparables.

5-3-Données de l'examen physique :

Les patients avaient un IMC ≥ 30 dans 6,2% des cas. Les patients présentant la thrombophlébite avaient un surpoids dans trois quart des cas.

L'obésité constitue un facteur de risque lié uniquement au patient [8].

L'examen cardiaque, pulmonaire et neurologique était normal chez tous les patients.

Quatre patients ont présenté une thrombophlébite soit 1,5% des cas.

Tous les 4 patients présentaient une tuméfaction de la cuisse ou du mollet. L'œdème des membres inférieurs prenant le godet était présent chez 3 patients. Les veines superficielles n'étaient pas dilatées chez les patients présentant la thrombophlébite.

La douleur provoquée par la palpation du trajet des veines profondes était présente dans trois quart des cas.

La différence de mesure était significative (≥ 3 cm) dans tous les cas entre le mollet sain et le mollet malade, et entre la cuisse saine et la cuisse malade. Mais le diagnostic de certitude de la thrombophlébite avait été posé à l'écho Doppler des membres inférieurs.

Dans l'expérience de Genève, il est arrivé occasionnellement (environ 20% des cas) qu'il y ait une discordance entre le score et la probabilité clinique

empirique. Dans cette situation, il a été démontré que le médecin expérimenté choisit toujours son évaluation subjective [15].

Aucun des 4 patients ne souffrait de cancer ; un patient avait la notion d'une paralysie ou immobilisation plâtrée récente ; un alitement de plus de 3 jours ou une chirurgie de moins de 4 semaines était retrouvé chez tous les quatre patients présentant la thrombophlébite.

Aucun des 4 patients présentant la thrombophlébite n'avait un diagnostic alternatif.

Tableau LXXIII : Les éléments du score de Wells et survenue de TVP.

Éléments du score de Wells	Oui	Survenue de TVP	Non	Survenue de TVP
Cancer	36 (13,8%)	0	224 (86,2%)	4
Paralysie ou immobilisation plâtrée récente	3 (1,2%)	1	257 (98,8%)	3
Alitement > 3 jours ou chirurgie < 4 semaines	249 (95,8%)	4	11 (4,2%)	0
Douleur à la palpation du trajet des veines profondes	4 (1,5%)	3	256 (98,5%)	1
Tuméfaction de la cuisse ou du mollet	6 (2,3%)	4	254 (97,7%)	0
Tuméfaction du mollet (> 3 cm de différence)	4 (1,5%)	4	256 (98,5%)	0
Œdème prenant le godet	11 (4,2%)	3	249 (95,8%)	1
Veines superficielles dilatées	4 (1,5%)	0	256 (98,5%)	4
Diagnostic alternatif au moins aussi probable	0 (0%)	0	260 (100%)	4

Les patients présentant la thrombophlébite avaient la notion d'alitement > 3 jours ou chirurgie < 4 semaines avec une tuméfaction de la cuisse ou du mollet dans 100% des cas.

Tableau LXXIV : Comparaison des patients selon les éléments du score de Wells.

Eléments du score de Wells	Oui	Non	Total	Test statistique (p)
Cancer	36 (13,8%)	224 (86,2%)	260	<10 ⁻⁶
Paralysie ou immobilisation plâtrée récente	3 (1,2%)	257 (98,8%)	260	
Alitement > 3 jours ou chirurgie < 4 semaines	249 (95,8%)	11 (4,2%)	260	
Douleur à la palpation du trajet des veines profondes	4 (1,5%)	256 (98,5%)	260	
Tuméfaction de la cuisse ou du mollet	6 (2,3%)	254 (97,7%)	260	
Tuméfaction du mollet (> 3 cm de différence)	4 (1,5%)	256 (98,5%)	260	
Œdème prenant le godet	11 (4,2%)	249 (95,8%)	260	
Veines superficielles dilatées	4 (1,5%)	256 (98,5%)	260	
Diagnostic alternatif au moins aussi probable	0 (0%)	260 (100%)	260	

Il existe une différence significative entre les patients présentant un cancer et les patients non présentant un cancer avec $p < 10^{-6}$. Les autres paramètres ne sont pas statistiquement comparables.

Après l'évaluation au score de Wells, les patients ont été classés en trois catégories de probabilité clinique :

Faible : 3,1%

Moyenne : 92,7%

Forte : 4,2%.

A l'inverse d'autres études, après avoir intégré les éléments anamnestiques (familiaux, personnels, facteurs prédisposant), l'examen clinique et la présence d'un éventuel diagnostic alternatif, sont arrivées à placer les malades dans une des 3 catégories suivantes de probabilité à priori soit :

✓ faible ($\leq 20\%$), moyenne (21-79%) et élevée ($\geq 80\%$) [16].

✓ faible (9%), moyenne (30%) et forte (68%) [15].

✓ faible (3%), moyenne (17%) et forte (75%) dans l'étude de Wells contre respectivement 5%, 17% et 53% dans 14 autres concernant 8239 patients.

Tous les 4 patients avaient une forte probabilité clinique à l'évaluation au score de Wells. Aucun cas de thrombophlébite n'était survenu dans un contexte de faible ou moyenne probabilité clinique.

Une TVP n'est mise en évidence que chez 10 à 25% des patients pour lesquels un signe clinique permet une suspicion diagnostique [17].

5-4-Données des examens complémentaires :

Aucun cas d'embolie pulmonaire n'a été suspecté sur les 9,6% des radiographies du thorax pathologiques. Le TP était bas chez 3,5% des patients (soit 9 cas).

L'écho Doppler des vaisseaux des membres inférieurs était pathologique dans 1,5% des cas soit les quatre cas de thrombophlébite.

Les D-Dimères n'ont pas été fait.

5-5-Traitement :

Les patients avaient un traitement antalgique avant l'admission dans 10,8% des cas et 5% des patients hospitalisés ont été mis sous traitement anticoagulant préventif. Malgré la prophylaxie par HBPM ; 4 des 13 patients soit 30,8% des

cas ont présenté une thrombophlébite. Ce qui correspond à 1,5% de notre échantillon (n= 260).

Une étude faite sur 301 patients ayant un examen physique normal à J1 a retrouvé 3% de thromboses veineuses profondes chez les patients à probabilité faible sous prophylaxie (traitement anticoagulant) à domicile, 14% de thromboses veineuses profondes chez les patients à probabilité intermédiaire sous traitement HBPM à domicile, 49% de thromboses veineuses profondes chez les patients à probabilité forte sous HBPM à l'hôpital [18].

En France 80 000 TVP sont traitées à domicile par an. En plus de 6 mois de suivi, aucun cas de maladies veineuses thromboemboliques symptomatiques n'a été rapporté chez 182 patients (groupe de faible probabilité) et 1 des 41 patients (groupe de probabilité moyenne et élevée) sans exploration [19,20].

Dans notre série, 240 patients soit 92,3% des cas ont été opérés. Malgré l'intervention chirurgicale le plus souvent lourde, seuls deux cas de thrombophlébite ont été retrouvés en post opératoire.

Sur 1000 interventions de chirurgie générale sans traitement anticoagulant préventif, 300 sujets font une thrombose veineuse isotopique, 70 à localisation poplito-fémoro-iliaque, compliquée d'extension dans 20 cas, d'embolie pulmonaire dans 10 cas [1].

Les TVP post chirurgicales sont fréquentes et de diagnostic difficile. Le risque de TVP, en l'absence de prophylaxie, varie en fonction du type de chirurgie, de 10% en chirurgie générale et à plus de 50 % en chirurgie orthopédique d'urgence [8].

5-6-Score de Wells proprement dit :

Le centre d'intérêt de ce travail est d'apprécier le risque thrombogène des patients hospitalisés dans les services de chirurgie générale sur la base du score de Wells.

Si le tableau clinique est typique et patent, le diagnostic ne fait aucun doute. Mais la prévention s'intéresse au cas pauci symptomatique sachant qu'aucun

élément clinique isolé ne permet de retenir ou d'éliminer le diagnostic de TVP. Une TVP n'est mise en évidence que chez 10 à 25% des patients pour lesquels un signe clinique permet une suspicion diagnostique [9].

Dans le souci de ne pas recourir à l'usage systématique des examens complémentaires, une combinaison de signes s'est avérée nécessaire pour améliorer la probabilité diagnostique de TVP. Il est évident que l'on ne peut pas mettre un patient sous anticoagulant sur la seule base de l'évaluation du score de Wells car il peut s'agir d'un diagnostic différentiel méconnu par le score comme l'érysipèle. Dans le sens inverse, le clinicien ne pourra pas ne pas réfléchir maintes fois avant de décider de ne pas mettre un patient sous anticoagulant avec un antécédent familial de MTE malgré un risque faible ou intermédiaire au score de Wells. A tout cela s'ajoute la rareté du phénomène thromboembolique chez le sujet noir. Dans notre étude, malgré les interventions chirurgicales lourdes et le risque élevé de TVP au score de Wells, seulement 4 patients ont présenté une TVP ce qui correspond à 36,4% des patients ayant une forte probabilité clinique. Aucun cas de thrombophlébite n'était survenu dans un contexte de faible ou moyenne probabilité clinique.

Une TVP est retrouvée chez 3,2% des patients ayant une faible probabilité clinique ; 19,4% des patients ayant une probabilité intermédiaire et 73,9% des patients qui ont une forte probabilité [3].

En dehors du score de Wells et de l'estimation clinique, le praticien doit toujours faire parler son propre raisonnement, selon son expérience clinique. En pratique, l'estimation implicite et le résultat du score diffèrent dans 10% des cas environ, ce qui doit conduire à une discussion au cas par cas, en refusant l'application mécanique de la règle [9].

En conclusion, l'usage du score de Wells est une bonne chose car il permet d'orienter la demande d'examen complémentaire et surtout de confronter l'expérience clinique du clinicien à un raisonnement plus rationalisé. Mais en

aucun cas, il ne doit à lui seul imposer la décision thérapeutique surtout chez les sujets noirs.

Le médecin commence toujours par l'évaluation clinique et se réserve un droit de veto après l'évaluation du score de Wells.

Dans une méta-analyse ayant incluses 54 cohortes issues de 51 études, le score de Wells, seul score de risque structuré actuellement validé, a donné des meilleurs résultats que n'importe quelle caractéristique clinique individuelle [21].

6-CONCLUSION :

La TVP est une maladie grave du fait de sa complication immédiate qu'est l'embolie pulmonaire menaçant le pronostic vital à court terme.

Son traitement est coûteux et difficile dans notre contexte.

Il est pertinent d'identifier les patients à risque, qui doivent être soumis systématiquement à un traitement anticoagulant préventif.

L'usage du score de Wells permet l'identification de cette population à risque.

7-RECOMMANDATIONS :

Aux autorités sanitaires :

- ✓ Amoindrissement du coût des anticoagulants pour les patients ;
- ✓ Diminution du coût des examens complémentaires dans la prise en charge de la MTE.

Aux praticiens :

- ✓ Utilisation du score de Wells comme un outil de pratique quotidienne en se réservant toujours un droit de veto.

Aux patients :

- ✓ Informations claires aux praticiens pendant l'évaluation du score ;
- ✓ Bonne observance du traitement AVK.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) **Collège national de chirurgie et de médecine vasculaire.** N° 135B Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge (TVP et EP). 2003 Médecine-vasculaire.angioweb.org (poly) 135B-MTE-Urgences.pdf
- 2) **ANDREANI C.B.** Histoire de la thrombose veineuse.
Ann Ital.chir.2006; 77(6) : 513-6
- 3) **BOSSON J.L.** Maladie thromboembolique veineuse. Corpus Médical-faculté de médecine de Grenoble. Juillet 2002
- 4) **ADOH A, KOUAME A N, KOUASSI Y E, N'DORY R, ODI ASSAMBOLI M.** Facteurs étiologiques des TVP chez les sujets noirs africains. Med Trop 1992 ; 52(2) : 131-7
- 5) **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
- 6) **DIALLO Y.** Etude des varices des membres inférieurs dans le service de chirurgie "B" de l'hôpital national du Point "G" Bamako en 1996 ; M 50
- 7) **YOUBA,** Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie de l'hôpital national du Point "G".
Thèse Med Bamako, 2007 ; M 222
- 8) **SCHLEICH J.M.** Thromboses veineuses profondes. Département de cardiologie et Maladies vasculaires CHU de Rennes, 2 rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes cedex
- 9) **PERRIER A.** Peut-on prédire la thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire par la clinique ? Med § Hyg 2001; 2366 : 2118-20
- 10) **BARCAT D, CONSTANS J, SEIGNEUR M, GUERIN V, CONRI C.** Thrombose veineuse profonde contemporaine d'une varice de l'adulte. Rev Med interne 1998 ; 19 (7) : 509-511
- 11) **LAROUSSE MEDICAL.** Edition 2003 ; 1103

12) Cardiologie. Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. Edition phlébotonique Française 2000 ; 3(2) :183-185

13) DR COMBES A. Praticien Hospitalier Universitaire. Thromboses veineuses profondes des membres inférieurs 1-9-135. Collection Hippocrate, WWW.laconferencehippocrate.com

14) ROSENCHER N, DROUET L. Les antithrombines directes dans la prévention et le traitement des TVP. Sang Thrombose Vaisseaux 2000 ; 12(7) : 440-447

15) PIERRIER A, PERNERGER T. Les règles de prédiction guide de lecture. Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 249-56

16) RIGHINI M, BOUNAMEAUX H, STALDER H. Thrombose veineuse profonde. Stratégies ambulatoires de la Polyclinique de Médecine. 2000 ; 18 :1-14

17) COLLECTIF. Suspicion de TVP : la clinique d'abord, Bibliomed 2006 ; 441 :1-3

18) ANDERSON DR. Probabilité clinique (score de Wells). Arch Int Med 1999; 159: 477-482

19) POLAK J, PELLERITO JS, NEEDLEMAN L, BUCKLEY AR, RSNA 2004. Score de Wells, TVP Ambulatoires : États des lieux. Thromb Haemost 1993; 80: 1274-7

20) KEARON C, GINSBERG JS, DOUKETIS J et al ; Canadian Pulmonary Embolism Diagnosis Study (CANPEDS) Group. An evaluation of D-dimer in the diagnosis of pulmonary embolism: a randomised trial. Ann Intern Med 2006; 144: 812-21

21) BOUNAMEAUX H. Valeur prédictive de la probabilité clinique de TVP. Arch Mal Cœur 1995. **Lancet 1997; 350:1795-1798**

22) MOIRA K, FRANK L. Les soins de santé préventifs. JAMC 1999 ; 161(8) : 989-996

- 23) **SOHNE et al.** The sensitivity and negative likelihood ratio remains high for ELISA whatever the clinical scenario. *JTH* 2006; 4: 1042-46
- 24) **PERRIER A.** Simplifier les algorithmes diagnostiques. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 1760-8
- 25) **BARON V et al.** Embolie pulmonaire grave. *Intens Care Med* 1998 ; 24 : 429
- 26) **BULLER et al.** Modalités de l'anticoagulation. *Chest* 2004; 126: 401-428
- 27) **TORBICKI et al.** Fibrinolyse dans l'EP massive. *Eur Heart J* 2000; 21: 1301-36
- 28) **DJIANE P, VAHANIAN A.** Thromboses veineuses profondes. 2006 ; 1-11
- 29) **FIESSINGER J.N.** Facteurs de risque de la thrombose veineuse. *La Revue du Praticien* 1997; 11: 29-40
- 30) **EMMERICH J.** Mécanismes et facteurs de risque de la maladie veineuse thromboembolique. *La Revue du Praticien* 1996 ; 16 : 1203-1210
- 31) **GAUFFIER N.** Thrombophlébites superficielles du membre inférieur, *Arch Intern Med* 2003 ; 163(14) : 1-5
- 32) **ARNOULD R.** Thrombose veineuse, thrombophlébite et thrombose veineuse profonde Physiopathologie et étiologie. 2003 ; 587-596
- 33) **LAROCHE JP, QUERE I.** Prise en charge aux urgences des Thromboses Veineuses des Membres Inférieurs. Hyers TM, *Arch Int Med* 2003. Wells PS, *NEJM* 2003; 349: 1227-35
- 34) **BROTMAN DJ.** D Dimères Plasmatiques. *Am J Med* 2003 ; 114 : 276-82
- 35) **WELLS PS.** Probabilité clinique +D Dimères. *NEJM* 2003 ; 349 : 1227-35
- 36) **RATHBUN SW, RASKOB GE.** Intérêt du score de Wells + D Dimères. *Ann Int Med* 2004; 141: 839-845
- 37) **ELIAS A,** Etude prospective, 623 patients, 25,6% de TVP. *Thromb Haemost* 2003; 89: 221-7
- 38) **STEIN PD,** Suspicion TVP en ville. Patient adressé par un MG. Score de Wells. *Arch Int Med* 2004 ; 164 : 2260-65

- 39) LANDRY M**, Les risques de thrombophlébite chez les voyageurs. Bulletin d'information en santé voyage. Septembre 2003 ; 7(4) :1-5
- 40) FANCHER TL, WHITE RH, KRAVITZ RL**. Combined use of rapid D-dimer testing and estimation of clinical probability in the diagnosis of deep vein thrombosis: A systematic review. BMJ 2004; 329: 821
- 41) ANH H, LOUISE R**. La thrombophlébite au centre de long séjour du diagnostic au traitement adapté. Le Médecin du Québec 2000 ; 35(10) : 61-70
- 42) GAUFFRET F, POTTIER P, PISTORIUS M.A, PLANCHON B**. Thromboses veineuses des membres inférieurs et cancer. Evaluation des facteurs de risque de thrombose veineuse en milieu médical. J Mal Vasc 1997 ; 22 : 234-238
- 43) RENY J.L**. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse en dehors de la chirurgie orthopédique. Thérapie 1998 ; 53(6) :571-574
- 44) MENEVEAU N**. Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs : étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, pronostic et traitement.2001
- 45) VIEL E, RIPART J, ELEDJAN J. J**. L'analgésie post opératoire améliore-t-elle la récupération fonctionnelle? Evaluation et traitement de la douleur. Elsevier SAS et SFAR 2000 ; 65-77
- 46) WELLS et al**. Probabilité clinique d'embolie pulmonaire. Thromb Haemost 2000; 83: 416
- 47) BOGATY P et al**. Fluctuating inflammatory markers in patients with stable ischemic heart disease. Arch Intern Med 2005; 165: 221-226
- 48) WARDLAW JM**. Thrombolytic therapy with recombinant tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: where do we go from here? A cumulative meta-analysis. Stroke 2003; 34: 1437-1442
- 49) CIRAFICI P, BOUNAMEAUX H**. Thrombose veineuse profonde Guidelines de la polyclinique de médecine. Med. et Hyg. 1997 ; 55 :1423-7
- 50) DI MARIA G. et RETTORI R**. Maladie thromboembolique, In Pathologie chirurgicale, Patel J.C, Masson et Compagnie, Paris 2^e Edition 1975; 216-225

51) BOUNAMEAUX H, PERRIER A. Approche diagnostique de la maladie thromboembolique veineuse. Sang Thrombose Vaisseaux 1999 ; 11 (5) : 327-36

FICHE D'ENQUETE

1- Identification du malade :

- Q1= Numéro de la fiche d'enquête-----/-----/-----/-----/
Q2= Numéro du dossier -----/-----/-----/-----/
Q3= Date de consultation -----/-----/-----/-----/
Q4= Nom et Prénom -----
Q5= Age (ans) -----
Q6= Sexe /----/ ; 1 : masculin ; 2 : féminin
Q7= Adresse de provenance (régions) : /----/ ; 1 : Kayes ; 2 : Koulikoro ;
3 : Sikasso ;
4 : Ségou ; 5 : Mopti ; 6 : Tombouctou ; 7 : Gao ; 8 : Kidal ;
9 : Bamako ; 10 : autres.
Q8= Ethnie : /----/ ; 1 : Bambara ; 2 : Sarakolé ; 3 : Peulh ; 4 : Sonrhäï ;
5 : Dogon ;
6 : Sénoufo ; 7 : Bobo ; 8 : Malinké ; 9 : autres.
Q9= Nationalité : /----/ ; 1 : Malienne ; 2 : autres.
Q10= Profession : /----/ ; 1 : Ménagère ; 2 : Ouvrier qualifié ;
3 : Ouvrier non qualifié ;
4 : Paysan ; 5 : Eleveur ; 6 : Fonctionnaire ; 7 : Commerçant ; 8 : autres.
Q11= Date d'hospitalisation (jours) : -----/-----/-----/
Q12= Adressé : /----/ ; 1 : venu de lui-même ; 2 : médecin ; 3 : infirmier ;
4 : autres.

2- Renseignements cliniques :

2-1-Interrogatoire :

- Q13= Diagnostic d'entrée -----
Q14= Traitement subi -----
Q15= Durée d'alitement du malade -----/-----/
Q16= Antécédents personnels médicaux : /----/ ; 1 : drépanocytose ;
2 : HTA ;
3 : cardiopathie ; 4 : diabète ; 5 : hépatopathie ; 6 : varices ; 7 : OMI ;
8 : autres.
Q17= Antécédents chirurgicaux : /----/ ; 1 : gastrectomie ; 2 : colectomie ;
3 : amputation d'une jambe ; 4 : adénomectomie ; 5 : autres.
Q18= Antécédents gynéco obstétriques : /----/ ; 1 : accouchée récente ;
2 : avortement ; 3 : autres.
Q19= Habitudes socio alimentaires : /----/ ; 1 : tabac ; 2 : alcool ; 3 : autres.

2-2- Examen physique :

- Q20= Etat général : Indice de Karnofsky : -----

Q21= Température (°c) : -----

Q22= Pouls/pulsation (mn) : -----

Q23= Poids (Kg) : -----

Q24= Taille (m) : -----

Q25= TA : -----

Q26= Conjonctives : /-----/ ; 1 : bien colorées ; 2 : pâles.

Q27= IMC (indice de masse corporelle) : /-----/ ; 1 : poids normal ;

2 : surpoids ; 3 : obésité.

Q28= Examen cardiaque : -----

Q29= Examen pulmonaire : -----

Q30= Examen abdominal : -----

Q31= Examen neurologique : -----

3- Examens complémentaires :

Q32= Radio thorax de face : /-----/ ; 1 : normale ; 2 : anormale ; 3 : non faite.

Q33= Glycémie : /-----/ ; 1 : élevée ; 2 : abaissée ; 3 : normale ; 4 : non faite.

Q34= Créatinémie : /-----/ ; 1 : élevée ; 2 : abaissée ; 3 : normale ;

4 : non faite.

Q35= Taux de prothrombine (TP) : /-----/ ; 1 : élevé ; 2 : abaissé ; 3 : normal ;

4 : non fait.

4- Les éléments pour le calcul du score de probabilité de Wells :

Q36= Présence du cancer : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q37= Paralysie ou immobilisation plâtrée récente : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q38= Alitement >3 jours ou chirurgie <4 semaines : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q39= Douleur à la palpation du trajet des veines profondes : /-----/ ; 1 : oui ;

2 : non.

Q40= Tuméfaction de la cuisse ou du mollet : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q41= Tuméfaction du mollet (>3cm de différence entre les 2 côtés) : /-----/ ;

1 : oui ; 2 : non.

Q42= Œdème prenant le godet : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q43= Veines superficielles dilatées : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q44= Diagnostic alternatif au moins aussi probable : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q45= Evaluation du score : /-----/ ; 1 : ≤ 0 ; 2 : 1-2 ; 3 : ≥ 3 .

Q46= Résultat : /-----/ ; 1 : probabilité clinique faible ; 2 : probabilité clinique moyenne ; 3 : probabilité clinique forte.

Q47= Date de sortie du malade : -----/-----/-----

Q48= A la sortie, le malade présente : /-----/ ; 1 : Embolie pulmonaire ;

2 : thrombophlébite ; 3 : autres.

5- Thrombose veineuse profonde (TVP) :

5-1 Survenue d'une TVP : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

5-2 Examen de la TVP :

Q49= Date d'apparition : -----

Q50= Mode d'apparition : /-----/ ; 1 : brutal ; 2 : progressif.

Q51= Inspection : /-----/ ; 1 : rougeur ; 2 : dilatation veineuse ; 3 : œdème.

Q52= Palpation : /-----/ ; 1 : froideur des extrémités ; 2 : douleur ;
3 : chaleur locale ; 4 : godet ; 5 : pouls des membres inférieurs.

Q53= Signe de Homans : /-----/ ; 1 : positif ; 2 : négatif.

Q54= Mensurations : 1 : mollet droit ----- ; 2 : mollet gauche-----
3 : cuisse droite ----- ; 4 : cuisse gauche-----

Q55= Echo doppler des membres inférieurs: /-----/ ; 1 : normale ;
2 : anormale ; 3 : non faite.

Q56= D-Dimères : /-----/ ; 1 : positif ; 2 : négatif ; 3 : non fait.

6- Traitement de la pathologie d'appel :

Q57= Traitement non chirurgical : /----/ ; 1 : médical ; 2 : traditionnel ;
3 : autres.

Q58= Nature du traitement médical : /-----/ ; 1 : antalgiques ;
2 : anti- inflammatoires ; 3 : antibiotiques ; 4 : anticoagulants ;
5 : vasodilatateurs ; 6 : autres.

Q59= Traitement chirurgical : Technique : -----

Q60= Diagnostic préopératoire -----

Q61= Diagnostic postopératoire -----

Q62= Suites : /-----/ ; 1 : simples ; 2 : complications ; 3 : décès.

7-Traitement de la TVP :

7-1-Traitement héparinique:/-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q63= Durée : -----

Q64= Evolution : /-----/ ; 1 : favorable ; 2 : non favorable.

7-2-Traitement AVK : /-----/ ; 1 : oui ; 2 : non.

Q65= Durée : -----

Q66= Evolution : /-----/ ; 1 : favorable ; 2 : non favorable.

FICHE SIGNALÉTIQUE

AUTEUR : Soumana SANOGO

Titre : Score de prédiction clinique des thromboses veineuses dans les services de chirurgie générale du CHU du Point G

Année Universitaire : 2009-2010

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Secteurs d'intérêt : Chirurgie, Médecine, Santé publique

Pays d'origine : Mali

Résumé :

Nous avons mené une étude prospective transversale et descriptive de juin à novembre 2008 soit six(6) mois sur le score de prédiction clinique de thrombose veineuse profonde à propos de 260 patients dans les services de chirurgie générale au CHU du point G.

Nous avons retrouvé un âge moyen de 39,78 ans avec des extrêmes de 2 et 91ans ; une prédominance féminine avec un sex-ratio de 1,2 en faveur des femmes ; 1,5% de thrombophlébite.

Après l'évaluation au score de Wells ; les patients avaient une probabilité clinique faible dans 3,1% des cas ; moyenne dans 92,7% des cas et forte dans 4,2% des cas.

Seuls les patients présentant une forte probabilité ont présenté la thrombophlébite malgré un traitement anticoagulant préventif.

Mots clés : thrombophlébite ; score de Wells ; probabilité.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !