

(ARTICLE ORIGINAL)



Risque thrombo-embolique et pratique de la thromboprophylaxie en milieu chirurgical de Mbuji mayi, en RD Congo.

Trésor Kabuya K^{1*}, Eugène Mukeba B², Alice Alima K³, Roger Kamwema S⁴, Mardochée Kanyinda K⁵, Didier Mubenga K⁶, Crispin Muamba M⁷, François Kabumba K⁸, Martin Mukenga M⁹, Claude Tshibangu L¹⁰

^{1,2,3,7,8} Département de chirurgie, Université Officielle de Mbuji mayi, Mbuji mayi, RDC

^{4,10} Département de Médecine interne, Université Officielle de Mbuji mayi, Mbuji mayi, RDC

⁵ Département de Pédiatrie, Université Officielle de Mbuji mayi, Mbuji mayi, RDC

⁹ Service d'anesthésie et de réanimation, Université Officielle de Mbuji mayi, Mbuji mayi, RDC

Historique de publication : Reçu le 22/02/2025 ; Révision le 23/02/2025 ; Publié le 28/02/2025

DOI : <http://doi.org/10.70602/rimc.25.2.2.16.22>

Résumé :

La maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) est une pathologie grave, définie par la formation d'un thrombus dans le système veineux. Elle comprend deux grandes entités que sont la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP). L'objectif de cet article a été celui d'évaluer le risque thromboembolique des patients et la pratique de la thromboprophylaxie en milieu chirurgical de Mbuji mayi.

Il s'agissait d'une étude observationnelle, portant sur 217 patients admis dans le département de chirurgie des cliniques universitaires de Mbuji mayi.

Au cours de notre étude, nous avons rapporté une prédominance masculine (67,30%) avec un sex-ratio de 2,1. La moyenne d'âge de nos patients était de 40,15 ± 16,56 ans. La durée moyenne du séjour hospitalier était de 34,49 ± 31,96 jours. Les facteurs de risque thromboembolique étaient essentiellement représentés par l'alitement (83,4%), la période post-opératoire (56,7%) et les fractures des os des membres inférieurs (22,1%). Le niveau de risque thromboembolique était stratifié en quatre classes à l'aide du score de Caprini : il a été évalué bas chez 26 patients (12,0%), modéré chez 53 patients (24,4%), élevé chez 79 patients (36,4%) et très élevé chez 59 patients (27,2%). La thromboprophylaxie n'a été pratiquée que chez 69 patients, soit 31,80%.

Cette étude met donc en évidence un risque thrombo-embolique élevé en milieu chirurgical de Mbuji mayi et rappelle l'importance de la pratique de la thromboprophylaxie chez ces patients dont l'état est souvent déjà fragilisé par bien d'autres conditions morbides.

Mots-clés : Risque thrombo-embolique, thromboprophylaxie, milieu chirurgical.

1. Introduction :

La maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) est une entité anatomo-clinique caractérisée par la constitution pathologique d'un caillot sanguin à l'intérieur du système veineux [1]. Elle comprend la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP) qui peuvent se compliquer d'incapacité fonctionnelle et de décès [2]. Cet ensemble est considéré comme la troisième maladie cardiovasculaire la plus fréquente, après l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral [3, 4] et représente la cause la plus fréquente de décès évitable chez les patients hospitalisés (10 %) [5, 6]. C'est une cause grave et importante de morbidité et de mortalité post-chirurgicales puisque dans la période postopératoire, jusqu'à 6,5% des décès sont dus à la MTEV [7].

* Auteur correspondant: Trésor Kabuya Kabamba (kabuyatresor007@gmail.com)

Les mécanismes physiopathologiques qui interviennent dans la genèse du thrombus veineux ont été décrits par Virchow : l'altération de la paroi vasculaire, du flux sanguin et de la coagulation. L'importance du rôle de chacun de ces mécanismes varie en fonction de la cause du processus thrombotique. En milieu chirurgical, la stase veineuse liée à l'immobilisation reste le facteur prédominant par rapport aux troubles de l'hémostase et aux lésions pariétales [8, 9].

De nombreuses recommandations sur la thromboprophylaxie en chirurgie ont été émises [10-12]. En dépit des données scientifiques probantes à l'appui de la thromboprophylaxie, celle-ci demeure sous-utilisée, particulièrement dans les pays à faible revenu comme la RD Congo. Une étude marocaine multicentrique réalisée en 2014 a montré que les patients chirurgicaux à risque de MTEV ne recevaient une thromboprophylaxie appropriée que dans 42% des cas [13] alors que celle menée à Cotonou a révélé qu'une thromboprophylaxie adaptée était réalisée chez 6% des patients seulement [14].

L'absence de travail sur la pratique de la thromboprophylaxie à Mbujimayi a motivé la réalisation de cette étude dont l'objectif était d'évaluer le risque thromboembolique des patients et la pratique de la thromboprophylaxie en milieu chirurgical de Mbujimayi.

2. Matériels et méthodes :

La présente étude a été réalisée dans le service de Chirurgie des Cliniques Universitaires de Mbujimayi, dans la province du Kasai-Oriental, en République Démocratique du Congo (RDC). Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive et à recrutement prospectif, réalisée au cours de l'année 2023 auprès de 217 patients, hommes et femmes, âgés de 18 ans ou plus, admis dans le service sus-évoqué, pour une durée d'hospitalisation \geq 72 heures. La collecte des données a été effectuée grâce à un questionnaire conçu et administré par nous-même en langue locale et/ou en langue française. L'évaluation du risque thromboembolique a été faite à l'aide du score de Caprini [14, 15]. Les variables suivantes ont été étudiées : les caractéristiques sociodémographiques des patients (sexe et âge) ; les facteurs de risque thromboembolique et le risque lui-même [classé en : risque très faible, risque faible, risque modéré et risque élevé d'après le score de Caprini (Version 2008)] ainsi que le type de thromboprophylaxie utilisé (méthodes physiques ou pharmacologiques). Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel Jamovi 2.2.5.

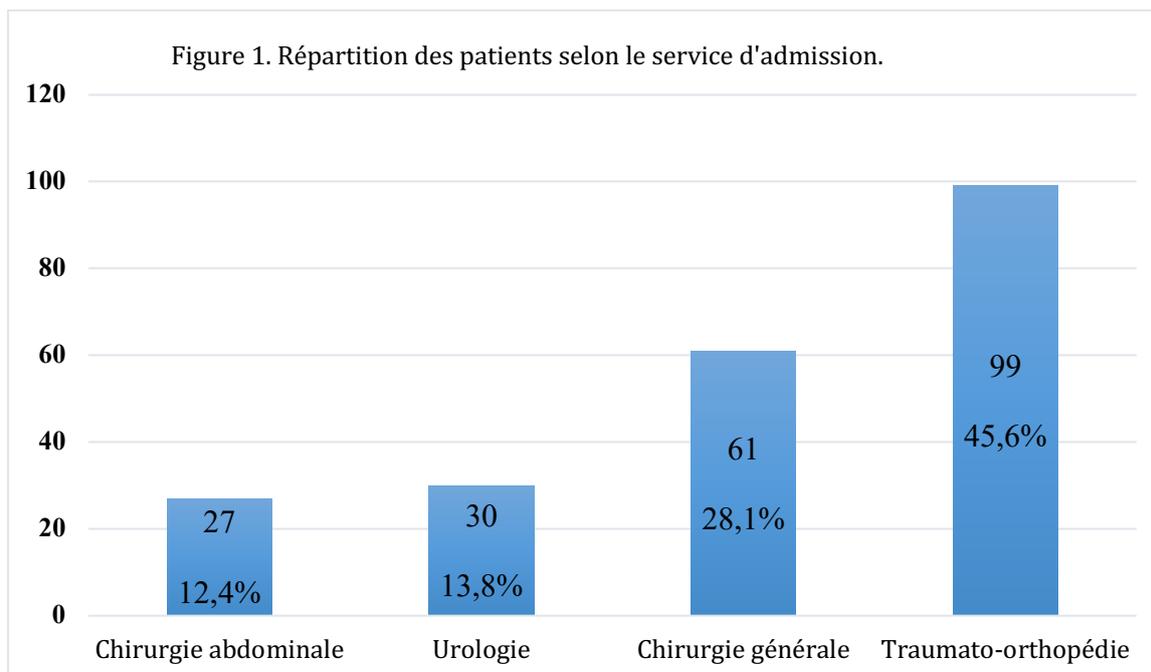
3. Résultats :

1. Caractéristiques socio-démographiques des patients (sexe et âge).

Tableau 1. Répartition des patients selon leurs caractéristiques socio-démographiques.

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif (n=217)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	146	67,30
Féminin	71	32,70
(Sex-ratio : 2,1H/F)		
Age (années)		
< 30	64	29,50
30 – 39	60	27,60
40 – 49	37	17,10
50 – 59	26	12,00
60 – 69	13	6,00
\geq 70	17	7,80
Age moyen : 40,15 \pm 16,56 ans	Extrêmes : 18 et 85 ans	

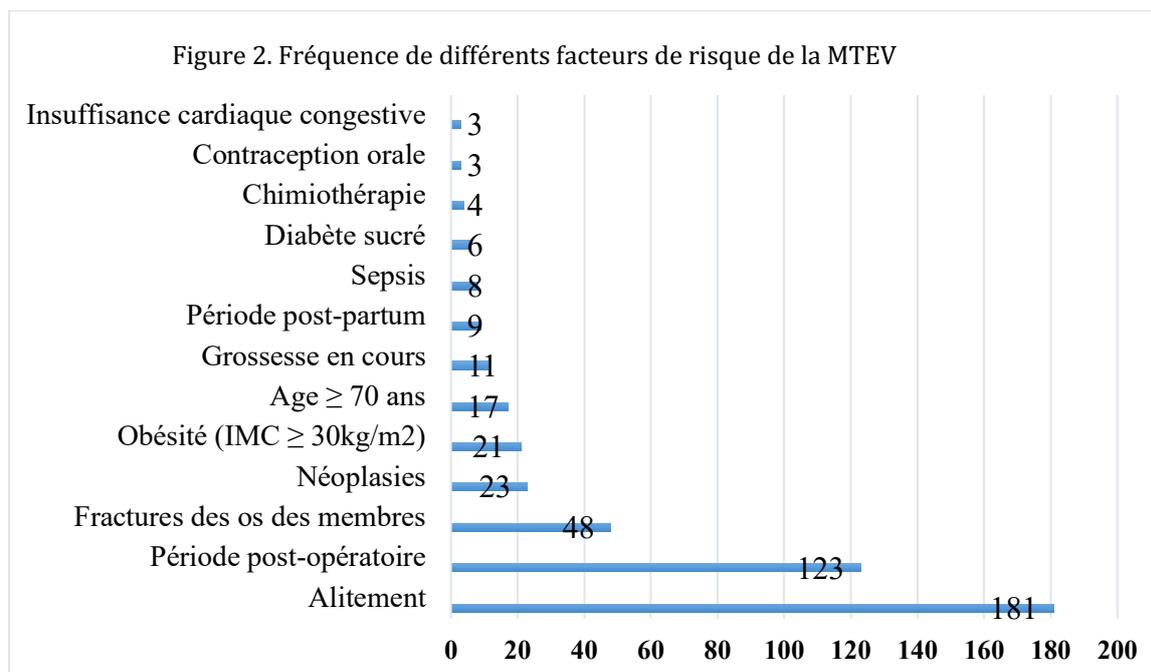
2. Service d'admission



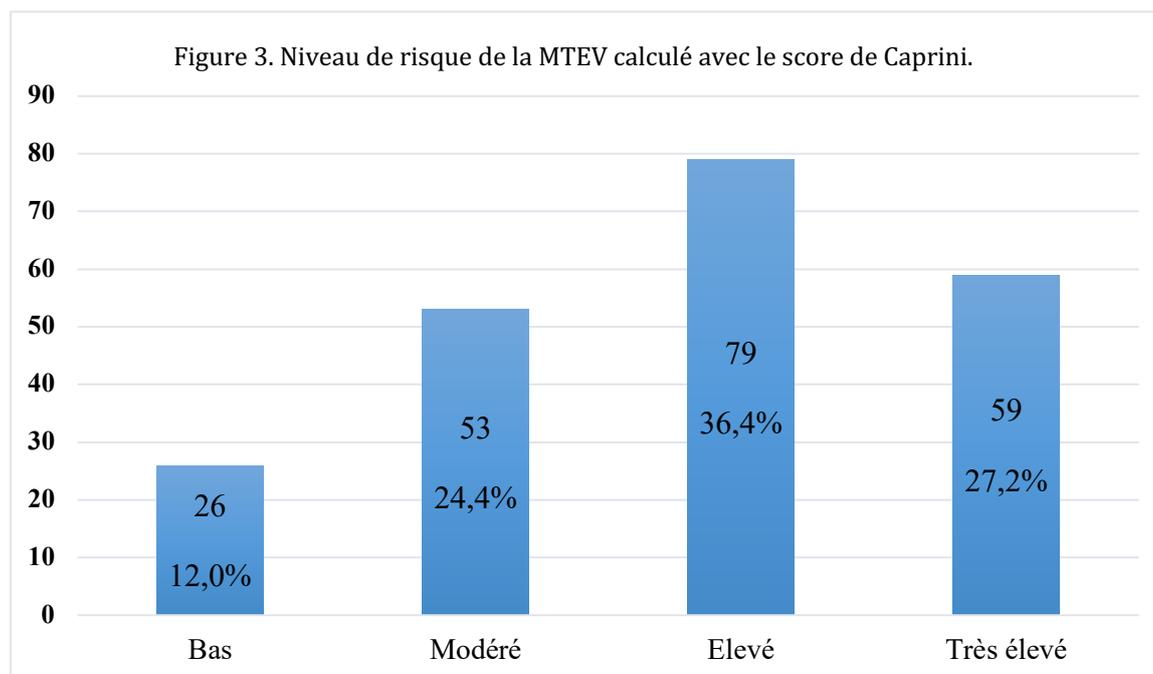
3. Durée du séjour hospitalier

La durée du séjour était en moyenne de 34,49 ± 31,96 jours, avec des extrêmes de 3 et 174 jours.

4. Facteurs de risque de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV).



5. Niveau de risque de la MTEV



6. Pratique de la thromboprophylaxie en fonction du niveau de risque de la MTEV.

Niveau de risque de la MTEV	Pratique de la thromboprophylaxie		Total
	Non	Oui	
Bas	15 (57,70)	11 (42,30)	26
Modéré	34 (64,15)	19 (35,85)	53
Elevé	57 (72,15)	22 (27,85)	79
Très élevé	42 (71,20)	17 (28,80)	59
Total	148(68,20)	69 (31,80)	217

4. Discussion :

Dans notre étude, nous avons rapporté une prédominance masculine (67,30%) avec un sex-ratio de 2,1. Ce résultat va dans le même sens que celui de l'étude de Haixin Bo et coll. où la prédominance était masculine avec 56,8% de cas et un sex-ratio de 1,31 [17]. La moyenne d'âge de nos patients était de $40,15 \pm 16,56$ ans. Ces résultats sont proches de ceux rapportés par Dèdonougbo et coll. dont l'âge moyen était de $38,46 \pm 11,3$ ans [18].

Au cours de notre étude, la durée moyenne du séjour hospitalier était de $34,49 \pm 31,96$ jours. Elle a été plus longue que celle rapportée par Diatou Gueye et coll. (16 jours) [19] ; ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients était admise pour une pathologie ostéo-articulaire (45,6%) dont la durée d'hospitalisation est généralement longue dans notre milieu. Les facteurs de risque thromboembolique étaient essentiellement représentés par l'alitement (83,4%), la période post-opératoire (56,7%) et les fractures des os des membres inférieurs (22,1%). Ces facteurs correspondent à ceux habituels, rapportés à travers la littérature médicale [20-25]. Ndongo Amougou et coll. ont également noté l'alitement prolongé comme facteur le plus fréquent chez 68,4% de leurs patients [26].

Dans notre série, le niveau de risque thromboembolique était stratifié en quatre classes à l'aide du score de Caprini : il a été évalué bas chez 26 patients (12,0%), modéré chez 53 patients (24,4%), élevé chez 79 patients (36,4%) et très élevé 59 patients (27,2%). La thromboprophylaxie n'a été pratiquée que chez 69 patients, soit 31,80%.

L'étude de Diatu Gueye et coll. a montré que le niveau de risque thromboembolique, évalué à l'aide du même score, était faible dans 23%, modéré dans 22%, élevé dans 36% et maximal dans 19% des cas [19], alors qu'au cours de l'étude de Dedenoubo et coll. : le risque thrombo-embolique des patients était faible dans 15%, modéré dans 60,8%, élevé dans 21,1% et très élevé dans 3,1% [18]. Concernant la pratique de la thromboprophylaxie, la même étude rapporte que cette dernière n'avait été effective que chez 33,9% des patients, résultat qui corrobore le nôtre et montre tout l'intérêt qu'ont les praticiens à s'impliquer activement dans la thromboprophylaxie [18].

Onze de nos patients (42,30%) dont le risque thromboembolique était défini comme bas ont bénéficié d'une thromboprophylaxie alors que cette dernière n'a été utilisée que dans très peu de cas chez les patients à risque modéré (35,85%), élevé (27,85%) et très élevé (31,80%) qui en avaient effectivement besoin. Tazi et coll. au cours d'une étude nationale et multicentrique menée au Maroc ont rapporté qu'une thromboprophylaxie avait été prescrite à 57,4 % de leurs patients chirurgicaux avec risque thrombo-embolique et qu'en revanche, près de 43 % des patients sans risque thromboembolique avaient également reçu une thromboprophylaxie, ce qui traduisait une faible correspondance entre la prophylaxie recommandée et la prophylaxie prescrite pour l'ensemble de la population [27]. Ces données sont confortées par une deuxième étude de la même autrice, qui rapporte un taux de prescription de la thromboprophylaxie toujours bas, de l'ordre de 42,8 % [28] contrairement à Guermaz et coll. ou encore Lanthier et coll. qui rapportent des taux satisfaisants de thromboprophylaxie (autour de 90%) chez leurs patients chirurgicaux. Ceci dénote l'importance des guidelines actuelles en matière de thromboprophylaxie, qui aident justement les praticiens à indiquer de manière adéquate et rationnelle la thromboprophylaxie chez les patients dont le risque thrombo-embolique a été préalablement évalué [29-30].

5. Conclusion :

La maladie thrombo-embolique veineuse constitue une source non négligeable de l'augmentation de la morbi-mortalité en milieu chirurgical. L'évaluation de son risque doit faire partie intégrante de la pratique quotidienne de chaque praticien en vue d'initier des mesures thromboprophylactiques adaptées à chaque niveau de risque. Ce travail met en lumière un niveau de risque élevé et un faible taux de prescription de la thromboprophylaxie à Mbujimayi. Des efforts doivent donc être fournis pour son optimisation et d'autres études menées pour en évaluer l'adéquation et la concordance avec les recommandations en cours.

Conformité aux normes éthiques

Déclaration de conflit d'intérêts

Tous les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Déclaration d'approbation éthique

Le présent travail de recherche ne contient aucune étude réalisée sur des sujets humains ou animaux par aucun des auteurs.

Déclaration de consentement éclairé

Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants individuels inclus dans l'étude.

Références

- [1] Jean-Pierre Wainsten. Larousse médical Paris : Hachette livre, 2006 ; 1216. (ISBN : 2035604257)
- [2] Kantor B, Poéno G, Plaisance L, Toledano E, Mekhloufi Y, Helfer H et al. Thromboprophylaxie pharmacologique chez les patients hospitalisés pour une affection médicale aiguë. Elsevier Masson SAS. 2021.
- [3] Goldhaber SZ. Venous thromboembolism: epidemiology and magnitude of the problem. Best Pract Res Clin Haematol. 2012;25(3):235-242.
- [4] Moheimani F, Jackson DE. Venous thromboembolism: classification, risk factors, diagnosis, and management. ISRN Hematol. 2011:1-7.

- [5] Raouf HK, Alfons P. La thromboprophylaxie périopératoire. Données actuelles. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Juin 2022.
- [6] Jacobson BF, Louw S, Büller H, Mer M, De Jong PR, Rowji P et al. Venous thromboembolism: prophylactic and therapeutic practice guideline. *S Afr Med J*. 2013;103(4):260.
- [7] Société française d'anesthésie et réanimation. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire : Actualisation des recommandations formalisées d'experts de la SFAR de 2011. SFAR. RFE GIHP Thromboprophylaxie veineuse - Version 16.5.2024.
- [8] A. Elias – M. Elias. Maladie thromboembolique veineuse. Traité de médecine vasculaire. Maladies veineuses, lymphatiques, microcirculatoires, Tome 2, société française de médecine vasculaire, collège des enseignants de médecine vasculaire, collège français de pathologie vasculaire, Elsevier Masson SAS. 2011. P5. ISBN : 978-2-294-71346-0
- [9] Virchow R.L.K. « Thrombose und Embolie. Gefässentzündung und septische Infektion.» Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin. Frankfurt am Main : Von Meidinger et Sohn. pp. 219-732. Translation in Matzdorff AC, Bell WR (1998). *Thrombosis and embolie (1846-1856)*. Canton, Massachusetts : Science History Publications. ISBN 0-88135-113-X. 1856.
- [10] Samama CM, Geerts WH. Prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse péri-opératoire : que disent les 8es recommandations de l'American College of Chest Physicians ? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Volume 28, Issue 9, Supplement 1, September 2009 ; Pages S23-S28
- [11] Daniel H, Hans-Peter K, Donat R. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse en médecine et en chirurgie : 9es ACCP-Guidelines pour les traitements antithrombotiques. *Forum Med Suisse*. 2013;13(33):619-620.
- [12] Société européenne de chirurgie vasculaire. Recommandations de bonne pratique clinique sur la prise en charge de la thrombose Veineuse. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2020
- [13] Tazi Mezalek Zoubida, Abderahim Azzouzi, Wafaa Bono, Rajae Tachinante, Mamoun Faroudy, Lamiaa Essaadouni, Chakib Nejari. Thromboprophylaxis use and concordance with guidelines among medical and surgical patients in Morocco. *J.thromres*. 2014.01.036
- [14] Dèdonougbo Martin Houénassi, Yessoufou Tchabi, Rosemonde Akindès-Dossou Yovo et al. Prevention of venous thromboembolism among inpatients at Cotonou teaching hospital, Benin. *Archives of Cardiovascular Disease*. 2009 ; 102 : 5-9
- [15] .Pannucci, Christopher J. et al. Individualized venous thromboembolism risk stratification using the 2005 Caprini score to identify the benefits and harms of chemoprophylaxis in surgical patients: a meta-analysis. *Annals of surgery*. 2017(265.6): 1094-1103.
- [16] Gould MK, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9e éd.: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141(2 Suppl):e227S-77S.
- [17] Haixin Bo1, Yilin Li1, Ge Liu1, Yufen Ma1, Zhen Li1, Jing Cao1 et al. Assessing the Risk for Development of Deep Vein Thrombosis among Chinese Patients using the 2010 Caprini Risk Assessment Model: A Prospective Multicenter Study. *J Atheroscler Thromb*. 2020; 27:01-13.
- [18] Dèdonougbo MH, Yessoufou T, Rosemonde AY, Jeanne V, Michel L, Aristote H et al. Prevention of venous thromboembolism among inpatients at Cotonou teaching hospital, Benin. *Archives of Cardiovascular Disease*. 2009;102:5-9.
- [19] Diatou G, Seynabou F, Amadou D, Nafissatou D, Sidy M, Thérèse M. Evaluation du risque thromboembolique veineux et pratique de la thromboprophylaxie en médecine interne. *Pan African Medical Journal*. 2015;22:386.
- [20] Faucher JP. La thromboprophylaxie postopératoire : une nécessité. *Le Médecin du Québec*, volume 45, numéro 7, juillet 2010, 43-8.
- [21] Samama CM, Gafsou B, Jeandel T, Laporte S, Steib A, Marret E et al. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse postopératoire. Actualisation 2011. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2011; (30) : 947-951.

- [22] Dangwe T, André S, Hervé K, Relwendé A, Georges M, Nobila V et al. Pratique de la prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse : enquête réalisée auprès des professionnels de santé de la ville de Ouagadougou. *Pan African Medical Journal*. 2014; 19:395.
- [23] Dentali F, Mumoli N, Prisco D et al. Efficacy and safety of extended thromboprophylaxis for medically ill patients. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Thromb Haemost*. 2017;117:606-17.
- [24] Joana P, Sebastiano B, Marc B, Georges S, Patrick P, Jean D. Thromboprophylaxie en chirurgie gynécologique : vers une prévention cohérente. *Rev Med Suisse*. 2019;15:1934-9
- [25] Mbah N. Thromboprophylaxis in general surgery. *The Orient Journal of Surgical Sciences*, Vol. 1, No. 1. March 2020
- [26] Ndongo A, Owona A, Musa A, Kuate M, Hamadou B, Kingue S. Prophylaxie de la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse en Milieu Hospitalier: État des Lieux dans deux Hôpitaux de Région du Cameroun. *Health Sci. Dis: Vol 22 (11) Novembre 2021 pp 74-77*
- [27] Tazi Z, Nejjari C, Essadouni L, Samkaoui M, Serraj K, Ammouri W et al. Evaluation and management of thromboprophylaxis in Moroccan hospitals at national level: the Avail-MoNa study. *J Thromb Thrombolysis*. 2018 Jul;46(1):113-119.
- [28] Tanzi MZ. Thromboprophylaxis use and concordance with guidelines among medical and surgical patients in Morocco. *Thromb Res*. 2014 May;133(5):725-8.
- [29] Guermaz R, Belhamidi S, Amarni A. Prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse chez les patients à risque hospitalisés en Algérie : étude PROMETThe PROMET. *Journal des Maladies Vasculaires*. Volume 40, Issue 4, July 2015, Pages 240-247
- [30] Lanthier L, Bécharde D, Touchette M. Évaluation de l'utilisation de la thromboprophylaxie chez les patients hospitalisés dans un centre hospitalier universitaire : un modèle applicable d'évaluation de la qualité de l'acte. Une revue de 320 patients hospitalisés. *Journal des Maladies Vasculaires*. Volume 36, Issue 1, February 2011, Pages 3-8