



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/14791

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14791>



RESEARCH ARTICLE

THROMBOSE DE LA VEINE PORTE DANS LE POST-PARTUM : SAVOIR Y PENSER !

Aboueddahab Zineb¹, Mohammadine Chaymaa¹, Aboueddahab Chaimae³, Adil Hajar⁴, El. Hassani Moulay El. Mehdi², Babahabib Abdellah², Khalid Guelzim² and Kouach Jaouad²

1. Service Gynécologie Obstétrique Hôpital Militaire D'instruction Mohamed V Rabat.
2. Service Gynécologie Obstétrique Hôpital Militaire D'instruction Mohamed V Rabat Université Mohamed V, Faculté De Médecine Et De Pharmacie de Rabat.
3. Service Cardiologie Hôpital Avicenne Rabat.
4. Service Radiologie Hôpital Militaire D'instruction Mohamed V Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 27 March 2022

Final Accepted: 30 April 2022

Published: May 2022

Key words:-

Thrombose, Veine Porte, Post-Partum, Thrombophile

Abstract

La thrombose de la veine porte est une complication rare de la grossesse et du post-partum dont le diagnostic clinique est souvent difficile. Les techniques de l'imagerie sont d'un apport capital. La prise en charge repose sur une anticoagulation précoce et efficace. Nous rapportons le cas d'une patiente sans antécédent personnel ou familial de thrombose veineuse, qui a présenté une douleur abdominale aigue à J34 du post-partum et chez qui une thrombose veineuse de la veine porte a été retrouvée. Les bilans ont révélé une mutation du facteur V évoquant un caractère secondaire.

Copy Right, IJAR, 2022., All rights reserved.

Introduction:-

La thrombose veineuse est une complication rare mais classique de la grossesse et du post-partum avec une incidence de 1 pour 1000 grossesses [1]. La thrombose de la veine porte représente une localisation inhabituelle. Son étiologie pendant la grossesse et le post-partum est incertaine, cependant certaines conditions héréditaires ou acquises peuvent augmenter le risque de sa survenue. Le diagnostic est difficile en raison d'un tableau clinique non spécifique. L'imagerie permet d'établir le diagnostic. Le traitement repose sur une anticoagulation efficace.

Cas Clinique:

Il s'agit d'une patiente âgée de 33 ans, sans antécédent personnel ou familial, qui a consulté à J34 du post-partum pour douleur au niveau de l'hypochondre droit, EVA: 6, sans autres signes associés. Primigeste, Primipare. L'accouchement s'est fait par voie basse, sous analgésie péridurale avec naissance d'un enfant de 3560g, pertes sanguines estimées à 100cc. Les suites de couches immédiates étaient sans anomalies. Une contraception à base de microprogestatif a été débutée à J21 du post-partum. L'examen clinique retrouvait une patiente apyrétique, sans ictère, avec une sensibilité de l'hypochondre droit. La biologie a révélé un syndrome inflammatoire modéré avec une CRP à 90 mg/l, des leucocytes à $12\ 600 \cdot 10^6 / l$ et des plaquettes à 510 G/L, sans anomalie du bilan hépatique. L'échographie abdominale sans doppler n'a pas objectivé d'anomalie. Un complément d'imagerie par une TDM abdomino-pelvienne a été réalisé. Cet examen a conclu à une thrombose portale distale du segment V associé à une hépatomégalie (Fig 1). Un bilan de thrombophilie a été demandé objectivant une mutation du facteur V Leiden positif hétérozygote. La patiente a été mise sous anticoagulation à dose curative à base d'héparine de bas poids moléculaire avec un relais par des antivitamines K pendant 6 mois. Un contrôle scannographique a été fait 6 semaines après le début du traitement montrant une reperméabilisation de la thrombose.

Corresponding Author:- Zineb Aboueddahab

Address:- Service de Gynécologie -Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

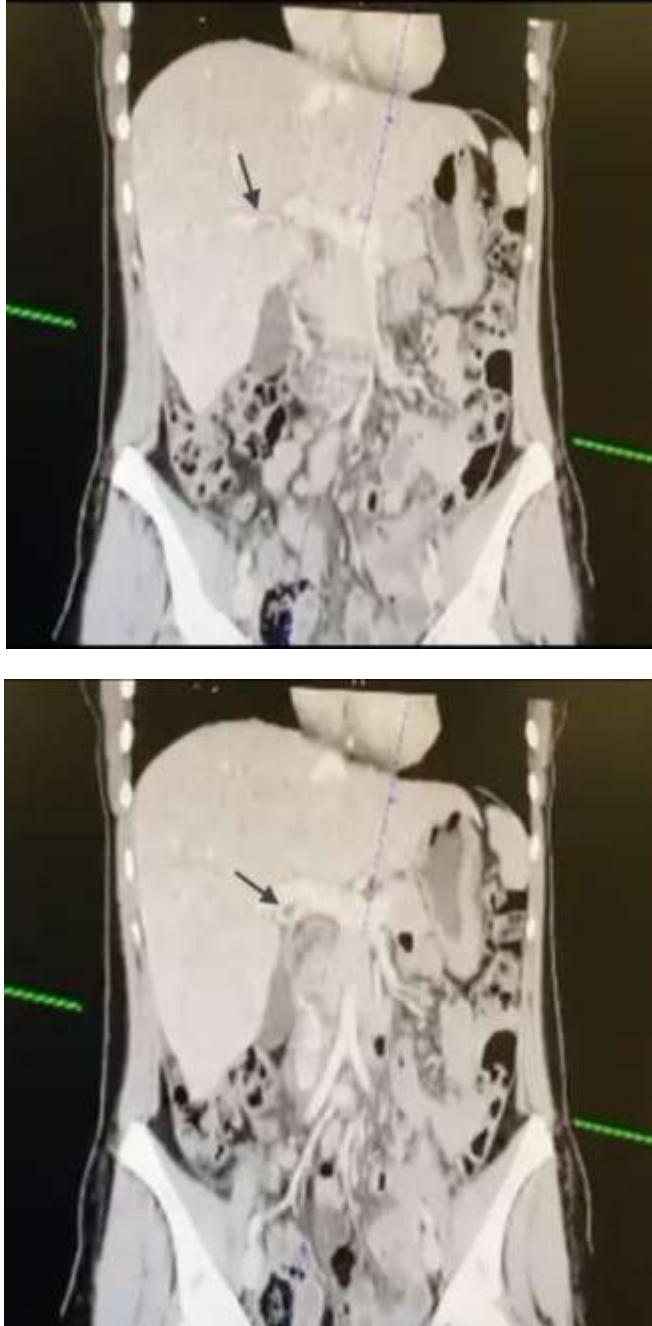


Figure 1:- Reconstruction coronale tomodensitométrique montrant une thrombose des hanches portales du segment V (flèche) associé à une hépatomégalie.

Discussion:-

La thrombose de la veine porte est une affection rare au cours de la grossesse et du post-partum [2]. C'est une complication grave du fait de la possibilité de son extension aux veines mésentériques et en raison du risque d'infarctus intestinal qui en résulte, avec un taux de mortalité allant jusqu'à 50 % [3].

La clinique est trompeuse et aspécifique. Il peut s'agir de douleurs localisées au niveau de l'épigastre, du flanc ou de l'hypochondre droit. Ces signes peuvent s'accompagner de nausées et de vomissements. Dans certains cas la symptomatologie peut être atypique comme une présentation pseudo-tumorale [4] ou asymptomatiques [5]. D'où l'intérêt de l'exploration de toute douleur abdominale aiguë du post-partum.

Le diagnostic positif est porté par l'échographie doppler avec une sensibilité et une spécificité allant de 66 % à 100 %, qui va montrer le thrombus avec absence de flux doppler dans la veine portale. La réalisation d'un scanner abdomino-pelvien peut aider au diagnostic avec une sensibilité et une spécificité respectivement de 90 % et 99 % [4] [6].

Le traitement repose sur une anticoagulation précoce et efficace. Cependant, compte tenu de l'incidence élevée des complications majeures (60 %), le traitement thrombolytique ne doit être envisagé qu'en cas d'échec du traitement anticoagulant [7].

La grossesse et le post-partum représentent des facteurs de risque isolés de la pathologie thromboembolique, ceci est lié à l'état d'hypercoagulabilité. Avec une incidence cinq fois plus élevée dans le post-partum que dans la grossesse [8]. Mais la plupart des cas de thrombose de localisation inhabituelle tel que la veine porte, publiés dans la littérature pendant la grossesse ou le post-partum sont survenus dans un contexte de thrombophilie [9]. Comme le cas de notre patiente qui présentait une mutation du facteur V invitant au caractère secondaire. Pour cela devant un événement thromboembolique survenant au cours de la grossesse ou dans le post-partum, la pratique d'un bilan biologique à la recherche de thrombophilie est recommandée avant de débiter le traitement anticoagulant qui peut fausser les dosages [10].

Conclusion:-

Le diagnostic de thrombose de la veine porte est difficile car sa présentation clinique est souvent trompeuse. Il faut donc l'évoquer devant tout tableau douloureux abdominal du post-partum. La grossesse représente un facteur de risque isolé de pathologie thromboembolique. Toutefois, il est recommandé de réaliser un bilan thrombophilie chez les patientes présentant une thrombose surtout de localisation inhabituelle au cours du post-partum.

Références:-

1. Jacobsen, A. F., et al. (2008). Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium—a register-based case-control study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 198(2), 233-e1).
2. Dasari, P., & Balusamy, S. (2013). Portal vein thrombosis during pregnancy. *Case Reports*, 2013, bcr2012008325.
3. Hoekstra, J., et al. (2012). Pregnancy in women with portal vein thrombosis: results of a multicentric European study on maternal and fetal management and outcome. *Journal of Hepatology*, 57(6), 1214-1219.)
4. Adrados, C., et al. (2015). Orientation diagnostique devant des douleurs abdominales du post-partum: à propos d'un cas rare de thrombose portale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 43(1), 68-70.
5. Shimada, E., et al. (2011). Case of asymptomatic portal vein thrombosis after cesarean delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(10), 1503-1505.
6. Zhao, Q., et al. (2013). Portal system thrombosis in puerperium: A case report and literature review. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*, 37(5), 501-506)
7. Hibi, A., & Mogi, K. (2018). Portal vein thrombosis after cesarean section in a patient on prolonged bed rest due to threatened preterm labor. *Clinical Case Reports*, 6(3), 531.)
8. Heit JA, et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30- year population-based study. *Ann Intern Med* 2005; 143: 697—706.)
9. Jouini, S., et al. (2002). Portal vein thrombosis in pregnancy: case report and review of the literature. *Annals of Saudi Medicine*, 22(3-4), 227-229.)
10. SCHVED, J., et al. (2003). Conférence de consensus THROMBOPHILIE ET GROSSESSE. PRÉVENTION DES RISQUES THROMBOTIQUES MATERNELS ET PLACENTAIRES. Paris mars, 876-885.)