



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/6383
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/6383>



RESEARCH ARTICLE

UNE PSEUDO OCCLUSION INTESTINALE REVELANT UNE THROMBOSE DE LA VEINE MESENTERIQUE SUPERIEURE (VMS) CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.

**Fatima El mangoub, Rachid Ait Bouhou, Mouly Mehdi Hassani, M.BabaHabib, Jaouad Kouach, Driss
 Rahhali Moussaoui and Ilyas El Kassimi.**

1. Service de gynécologie-obstétrique. Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat; Maroc.
2. Service de médecine interne A. Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat; Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 22 November 2017
 Final Accepted: 24 December 2017
 Published: January 2018

Abstract

Les thromboses veineuses représentent une complication classique de la grossesse et du post-partum (jusqu'à 3 %). La thrombose des veines splanchniques peut être de diagnostic encore plus difficile chez la femme enceinte surtout si le clinicien n'est pas confronté à des situations pareilles dans sa pratique médicale.

Nous présentons le cas d'une jeune femme de 23 ans qui consulte à 26 semaines d'aménorrhée dans un tableau de pseudo-occlusion intestinale. Le diagnostic de thrombose de la veine mésentérique supérieure a été posé par l'écho doppler abdominal. Le bilan étiologique a montré un déficit en protéine C.

L'évolution a été marquée par l'accouchement par voie basse d'un prématuré, décédé à 24 heures de vie puis par la survenue d'une endométrite traitée par biantibiothérapie et le décès maternel suite à une souffrance intestinale diffuse.

L'évolution vers le décès, malgré la rapidité de la prise en charge et le traitement anticoagulant, suite à une souffrance intestinale diffuse est le témoin de la gravité de cette pathologie.

La grossesse est un facteur de risque isolé de la pathologie thromboembolique. Toutefois, Quand il existe une obstruction complète de la veine mésentérique supérieure, le tableau peut être celui d'un infarctus veineux mésentérique dont le diagnostic est aussi difficile et l'évolution reste dramatique.

Dans cette situation particulièrement grave, il convient de ne pas faire l'économie d'un bilan de thrombophilie complet car la recherche s'avère souvent positive.

Mots clés : thrombose veineuse mésentérique supérieure, pseudo occlusion intestinale, grossesse et maladie thrombo embolique.

Copy Right, IJAR, 2018,. All rights reserved.

Introduction:-

Les thromboses veineuses représentent une complication classique de la grossesse et du post-partum (jusqu'à 3 %).

Le diagnostic d'une thrombose des veines splanchniques peut être plus difficile à évoquer si le clinicien n'est pas confronté à une situation pareille chez la femme enceinte.

Corresponding Author:- Fatima El mangoub.

Address:- Service de gynécologie-obstétrique. Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat; Maroc.

Observation:-

Nous présentons le cas d'une jeune femme de 23 ans qui a consulté à 26 semaines d'aménorrhée dans un tableau de pseudo-occlusion intestinale.

Le début de sa symptomatologie remonte à trois jours avant son admission initiale au service de gynéco-obstétrique, où elle a été hospitalisée pour un tableau de pseudo-occlusion intestinale fait de douleurs abdominales aiguës avec vomissements et arrêt des matières, sans arrêt des gaz.

L'exploration initiale par échographie abdominale complétée par le doppler a objectivé une thrombose de la veine mésentérique supérieure. Un angioscanner abdominal a objectivé une distension intestinale avec une thrombose complète de la veine mésentérique supérieure.

La patiente a été mise initialement sous traitement anticoagulant à base d'héparine de bas poids moléculaire à des doses curatives .

L'évolution a été marquée par l'activation du travail aboutissant à un accouchement par voie basse d'un prématuré, décédé après 24 heures de vie.

Par ailleurs, la patiente a présenté une endométrite au deuxième jour du post-partum traitée par biantibiothérapie : Ciprofloxacine + Métronidazole.

Le traitement anticoagulant a été relayé par les antivitamines K et la patiente référée ensuite au service de médecine interne pour complément de prise en charge.

L'examen clinique trouve une patiente consciente, pâle, aux conjonctives décolorées, apyrétique, sa tension artérielle à 100/60 mmHg, sa fréquence respiratoire à 22 cycles/minute et sa fréquence cardiaque à 98 battements /minute.

L'examen des membres inférieurs trouve des œdèmes blancs, mous, indolores prenant le godet.

L'examen abdominal trouve une sensibilité de l'hypochondre gauche avec un tympanisme, les bruits hydroaériques sont bien perçus.

Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

L'évolution au cours de son hospitalisation en médecine interne a été marquée par l'aggravation de ses troubles hydroélectrolytiques avec une hypoalbuminémie basse

à 9 g/l ayant nécessité une perfusion intraveineuse d'albumine.

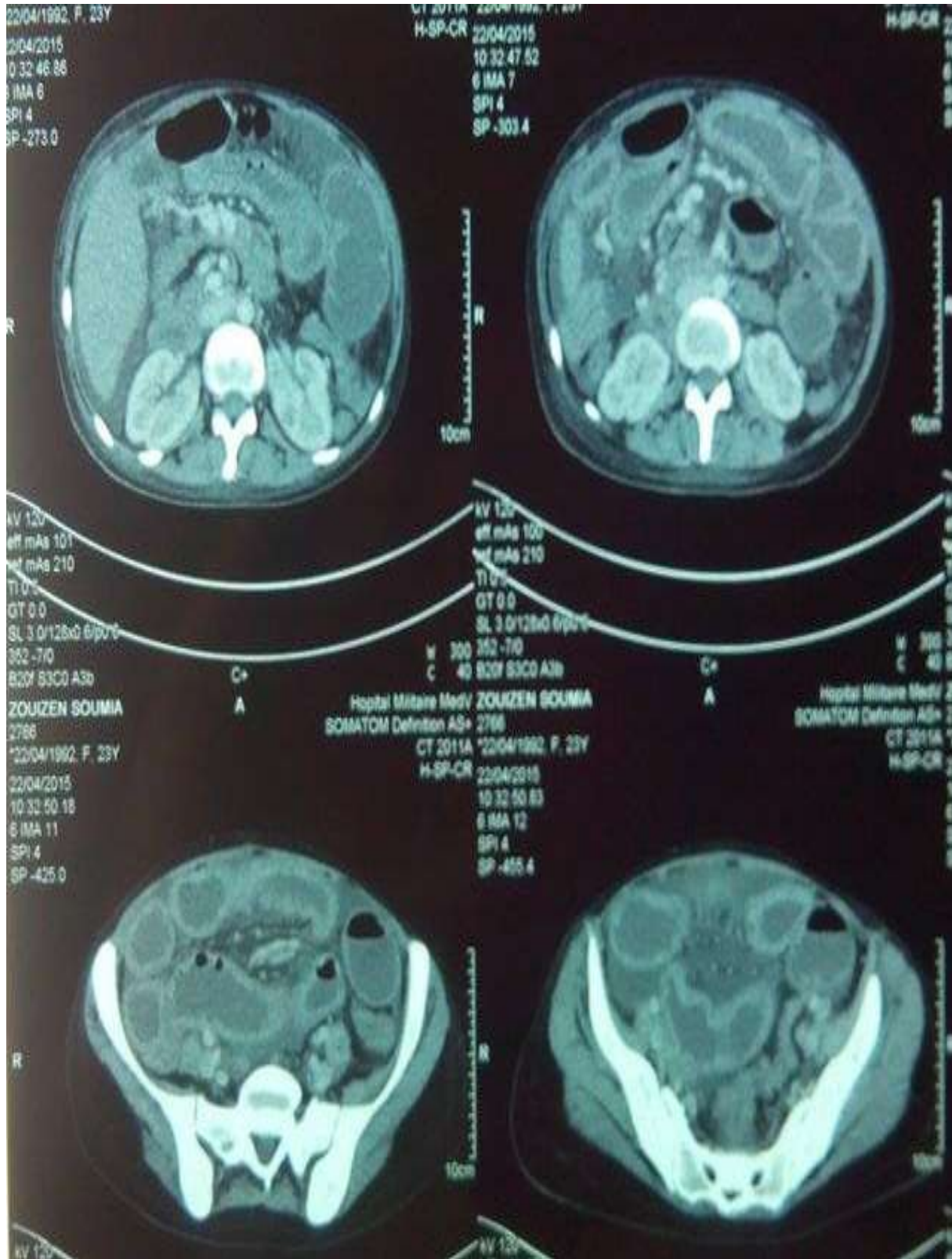
Devant l'aggravation de la symptomatologie digestive un angioscanner abdominopelvien a été réalisé ; ayant montré une souffrance intestinale diffuse avec persistance de la thrombose.

Le bilan étiologique de thrombophilie a objectivé un déficit en protéine C.

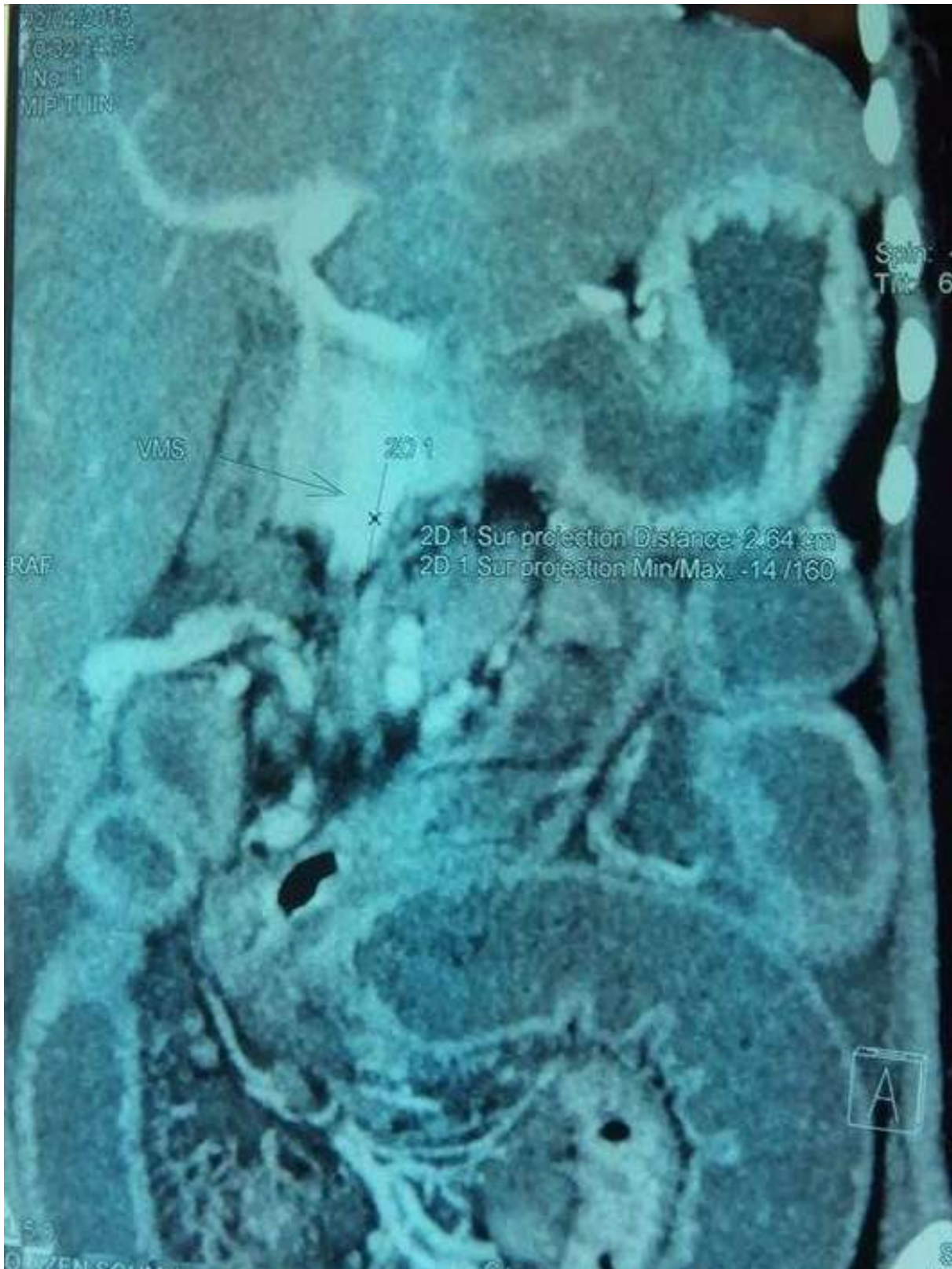
La patiente est décédée 2 jours après la réalisation du scanner suite à arrêt cardio-circulatoire non récupéré malgré les mesures de réanimation spécialisée.



ASP montrant des NHA



angioscanner abdominal a objectivé une distension intestinale avec une thrombose complète de la veine mésentérique supérieure.



angioscanner abdominopelvien qui a montré une souffrance intestinale diffuse avec persistance de la thrombose.

Discussion:-

L'évolution vers le décès malgré la rapidité de la prise en charge et l'introduction immédiate d'un traitement anticoagulant bien conduit suite à une souffrance intestinale diffuse constatée sur un angioscanner abdominal est le témoin de la gravité de cette pathologie.

La grossesse est un facteur de risque isolé de la pathologie thromboembolique. Toutefois, Quand il existe une obstruction complète de la veine mésentérique supérieure, le tableau peut être celui d'un infarctus veineux mésentérique dont le diagnostic est aussi difficile ; tableau rare mais dramatique.

Que la thrombose survienne pendant la grossesse ou non, les signes cliniques sont généralement bruyants mais peu spécifiques : il s'agit de douleurs intenses localisées dans l'épigastre, le flanc ou l'hypochondre droit accompagnées de nausées et parfois de vomissements [2,3,5,6,7]. Certains patients avaient une symptomatologie plus atypique avec une masse abdominale [8] ou étaient totalement asymptomatiques [1].

La gravité est liée à l'interruption du flux veineux. Quand celui-ci est préservé, il n'y a pas de complications. L'élément essentiel est alors la rapidité du diagnostic et de la mise en route du traitement anticoagulant.

Quand le flux veineux est interrompu dans la veine porte, la thrombose se complique d'hypertension portale. Classiquement, ses manifestations cliniques peuvent être aiguës ou chroniques. Dans la phase aiguë, on constate une ascite ou une tension abdominale, qui disparaissent quand l'obstruction se lève ou lorsque se développe une circulation collatérale. Quand elle persiste, ils apparaissent des signes d'hypertension portale chronique comme une splénomégalie ou la présence de varices oesophagiennes et d'ascite [2,3]. On découvre rarement un véritable infarctus hépatique [4].

Quand il existe une obstruction complète de la veine mésentérique supérieure, comme c'est le cas de notre patiente, le tableau peut être celui d'un infarctus veineux mésentérique, tableau rare mais dramatique [5,6,7]. Les auteurs insistent dans ce dernier cas sur la difficulté diagnostique pouvant ainsi retarder la prise en charge thérapeutique.

Conclusion:-

La grossesse est un facteur de risque isolé de pathologie thromboembolique. Toutefois, Quand il existe une obstruction complète de la veine mésentérique supérieure, le tableau peut être celui d'un infarctus veineux mésentérique dont le diagnostic est aussi difficile, tableau rare mais dramatique. Dans cette situation particulièrement grave, il convient de ne pas faire l'économie d'un bilan de thrombophilie complet car la recherche s'avère souvent positive.

Références:-

1. Lapalus MG, Dumortier J, Audra P, Henry L, Scoazec JY, Valette PJ, et al. Thrombose de la veine porte transitoire pendant la grossesse chez une patiente présentant une cirrhose. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:327—8.
2. Yapar EG, Bilge U, Dumanli H, Vural T, Gokmen O. Portal vein thrombosis concomitant with thrombophilia during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;68:213—7.
3. Goodrich MA, James EM, Baldus WP, Lomboy CT, Harms RW. Portal vein thrombosis associated with pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1993;38:969—72.
4. Seige M, Schweigart U, Moessmer G, Schneider KT, Classen M. Extensive hepatic infarction caused by thrombosis of right portal vein branches and arterial vasospasm in HELLP syndrome associated with homozygous factor V Leiden. *Am J Gastroenterol* 1998;93:473—4.
5. Quancard X, Melon B. Infarctus mésentérique du post-partum et thrombose de la veine porte chez une jeune femme prenant une contraception orale. *J Mal Vasc* 1981;6:307—11.
6. Shibahara K, Tatsuta K, Orita H, Yonemura T, Kohno H. Superior mesenteric and portal vein thrombosis caused by congenital antithrombin III deficiency: report of a case. *Surg Today* 2007;37:308—10.
7. Karagulle E, Turk E, Gokturk HS, Yildirim E, Moray G. Prothrombin 20210 g/a defect as a cause of mesenteric venous infarction: report of a case. *Surg Today* 2007;37: 251—3.
8. Gbazi C, Rode V, Caillot JL, Tran-Minh VA, Croisille M. Postpartum mesenteric-portal thrombosis of pseudotumor presentation. *J Radiol* 1996;77:437—9.