

Thrombose porte aigue chez l'enfant : quel diagnostic ?

Ben Rabeah Trabelsi R^(1,2), Lamouchi MT^(1,2), Yahyaoui S^(1,2), Bouraoui S^(1,3), Boukthir S^(1,2), Mazigh S^(1,2), Mzabi Regaya S^(1,3), Sammoud A^(1,2)

⁽¹⁾ Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis

⁽²⁾ Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis, Service de Médecine Infantile C

⁽³⁾ Hôpital Mongi Slim La Marsa, service d'anatomie pathologique

Cas clinique :

IG est un garçon âgé de 8 ans, issu d'un mariage consanguin de 1er degré, suivi depuis l'âge de deux ans pour **Cutis Laxa**, qui a été hospitalisé pour **douleurs abdominales aiguës fébriles**. A l'interrogatoire, la fièvre évoluait depuis 12 jours et est associée à une altération de l'état général et des vomissements avec apparition de douleurs abdominales diffuses, intenses et continues deux jours avant l'admission. L'examen clinique initial a trouvé un enfant fébrile, pâle, hypotrophe, tachycarde, une amyotrophie des quatre membres, une peau lâche avec une auscultation cardio-pulmonaire normale, une sensibilité abdominale diffuse plus nette au niveau de la fosse iliaque droite (FID) sans hépatosplénomégalie. Les reste de l'examen est sans anomalies. Le bilan biologique a montré : CRP à 183.4 mg/L, GB à 35 240/mm³ avec PNN à 27 880/mm³, une monocytose à 2880/mm³, une thrombopénie à 103 000/mm³ et une anémie à 9g/dL. L'échographie abdominale a montré une importante infiltration de la graisse mésentérique au niveau de la région péri-ombilicale avec des ganglions centimétriques et ovalaires d'allure réactionnelle : aspect évoquant une Adénolymphite mésentérique. Par ailleurs le foie est de dimensions normales et d'échostructure homogène, tronc porte et ses branches sont perméables, rate d'aspect normal, lame d'épanchement au niveau de la FID. Une urgence chirurgicale a été éliminée. L'enfant a été mis sous antibiothérapie (Céfotaxime et Gentamicine). Des explorations ont été entamées. A J10 d'hospitalisation, l'enfant a présenté une exacerbation des douleurs abdominales avec à l'examen sensibilité abdominale diffuse, défense de l'hypochondre droit et ascite de grande abondance. A la biologie : régression du syndrome inflammatoire, persistance de la thrombopénie et l'anémie et bilan hépatique normal. L'échographie abdominale (+doppler) refaite a montré un foie de taille normale et finement hétérogène, une thrombose du tronc porte

étendue aux branches droite et gauche, un pancréas tuméfié dans son ensemble, une rate de taille normale et un épanchement intra péritonéale de grande abondance en péri hépatique, péri splénique, en inter anses et dans le sac de Douglas. **Il s'agit d'une thrombose porte aigue.**

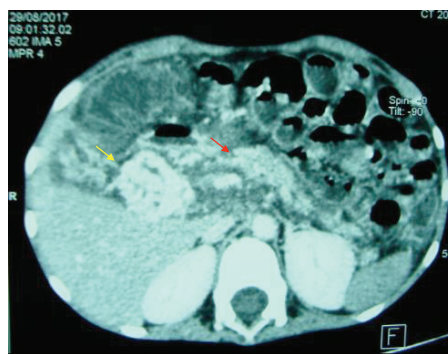


FIGURE 1 : angioscanner abdominal montrant le cavernome porte (flèche jaune) le pancréas tuméfié (flèche rouge) en rapport avec le développement de la circulation veineuse collatérale

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Les hypothèses diagnostiques :

Les causes locales :

- Une Pyléphlébite septique (thrombose septique de la veine porte) secondaire à un foyer septique intra abdominal.
- Une diverticulite dans le cadre de la Cutis Laxa
- Une maladie de Crohn
- Des adénopathies tuberculeuses dans le cadre d'une tuberculose péritonéale

Les causes générales :

- Les causes congénitales : mutation du facteur V de Leiden, mutation du facteur II, déficit en protéine C, déficit en protéine S, déficit en antithrombine III, homocystéinémie.

Les causes acquises :

- Les syndromes myéloprolifératifs
- Le syndrome des antiphospholipides
- Les causes tumorales (lymphome, métastases hépatiques)

Auteur correspondant :

Dr Rania Ben Rabeah Trabelsi

Adresse Mail : raniabenrabeah@gmail.com