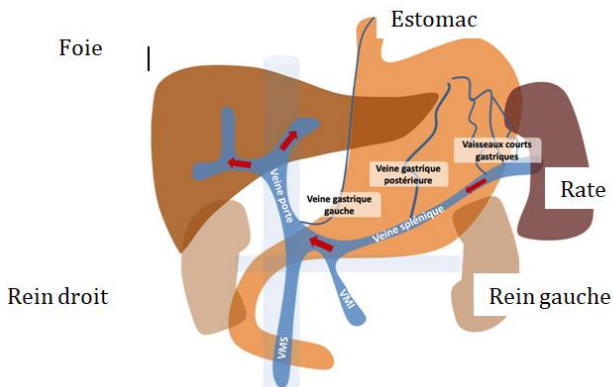


THROMBOSE PORTALE SANS CIRRHOSE

*Dr Isabelle Ollivier-Hourmand, Centre de Compétence Maladies Vasculaires du Foie,
CHU Caen Normandie*

Qu'est-ce que c'est ?

C'est l'obstruction, totale ou partielle, par un caillot de sang, du réseau veineux qui irrigue le foie, encore appelé système porte, de la branche droite ou gauche de la veine porte dans le foie et ou de son tronc principal, plus ou moins étendue à la veine mésentérique supérieure (VMS) ou inférieure (VMI) et/ou splénique. Elle peut, mais rarement être associée à un syndrome de Budd-Chiari (cf. plaquette dédiée).



Est-ce fréquent ?

Cela survient seulement chez 0,7/100 000 habitants en Europe par an.

Comment cela se manifeste-t-il ?

La majorité des patients présente une douleur abdominale aiguë dont l'intensité peut varier, expliquant que le diagnostic puisse être fait tardivement ou par hasard, alors que la thrombose est déjà ancienne et qu'elle n'a pas entraîné de symptômes. Les enzymes du foie sont habituellement modérément et transitoirement perturbées. Un syndrome inflammatoire biologique et une fièvre modérée sont habituels en cas de thrombose récente. Du liquide dans le péritoine, appelé ascite, est présent radiologiquement chez la moitié des patients. Rarement, cela peut se révéler par une hémorragie avec des vomissements sanglants ou du sang dans les matières. Si la thrombose s'étend à la veine mésentérique, il peut y avoir un infarctus de l'intestin, dont les symptômes douloureux plus bruyants peuvent être associés à une diarrhée sanglante, voir un état de choc.

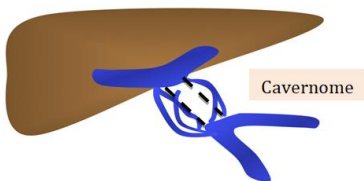
A quoi est-ce dû ?

Une thrombose du réseau veineux portal survient généralement chez des patients atteints de cirrhose, mais peut aussi survenir en l'absence de maladie du foie, et c'est de ce cas beaucoup plus rare dont il est question dans ce document. Deux fois sur 3, plusieurs facteurs déclenchants sont présents avec une hypercoagulabilité du sang dans 60% des thromboses sans cirrhose. Il faut donc rechercher systématiquement des anomalies de la coagulation par des prises de sang, et plus rarement par une ponction de la moelle osseuse. Ces anomalies peuvent être acquises avec l'âge, ou héréditaires et dans ce cas il existe souvent des antécédents personnels ou familiaux d'autres accidents thrombotiques comme des phlébites ou des embolies pulmonaires. Dans presque 30% des cas, il peut exister une inflammation dans l'abdomen au voisinage de la veine, par exemple en cas d'infection de la vésicule biliaire ou dans les suites d'une chirurgie abdominale. Les œstrogènes produits en cours de grossesse, ou contenus dans certaines pilules, favorisent la thrombose. Il faut aussi penser à rechercher la notion de prématurité qui peut nécessiter la pose d'une perfusion par la veine ombilicale, qui peut se compliquer de thrombose de la veine porte. Enfin il arrive qu'on ne trouve aucune cause malgré une recherche minutieuse.

Comment faire le diagnostic ?

L'échographie doppler est souvent faite en première intention pour explorer une douleur abdominale. Le diagnostic de thrombose doit ensuite être confirmé par un scanner avec injection de produit de contraste iodé. Le scanner permet aussi de rechercher un facteur local,

d'évaluer l'extension de la thrombose, et l'état de l'intestin. Si la thrombose est ancienne, une circulation s'est parfois développée autour de la veine bouchée pour court-circuiter l'obstacle, Cette circulation s'appelle un cavernome. Le scanner permet aussi d'explorer le foie pour exclure une cirrhose, ou de déceler des signes en faveur d'anomalies des petits vaisseaux du foie (cf plaquette dédiée aux Anomalies Vasculaires Porto-Sinusoïdale). Le médecin peut aussi mesurer la dureté du foie par une élastométrie (Fibroscan®). Si une maladie du foie est suspectée, une biopsie du foie peut être indiquée. Une colonoscopie est également indiquée à distance de l'évènement pour rechercher un facteur local. Une fibroscopie sera également effectuée pour rechercher des varices dans le haut du tube digestif.(voir chapitre quel pronostic)



Quel pronostic ?

Un facteur local bactérien peut entraîner une infection de la veine porte, voire un abcès du foie.

L'infarctus intestinal peut conduire à une résection de l'intestin grêle. La reperméabilisation est obtenue une fois sur 2 dans les 6 mois qui suivent, grâce à la prise d'anticoagulants. L'absence de reperméabilisation conduit au développement du cavernome. On parle alors de thrombose porte chronique. Dans ce cas, comme la pression augmente dans le réseau veineux porte (cf plaquette dédiée à l'hypertension portale), d'autres veines peuvent se dilater et devenir des veines varices autour principalement de l'œsophage et de l'estomac. Ces varices peuvent se rompre, entraînant une hémorragie. Un cavernome peut être volumineux et comprimer le cholédoque. Le risque de récurrence thrombotique dépend du facteur déclenchant initial.

Quels traitements ?

En urgence

En l'absence de contre-indication, une anticoagulation par voie injectable sous cutanée à dose curative ou par voie orale selon la situation, est administré en urgence pour dissoudre le caillot

et diminuer le risque d'extension. Ce traitement est recommandé le plus rapidement possible si la thrombose est récente, pour une durée minimale de 6 mois. Leur poursuite au long cours par voie orale est le plus souvent nécessaire, et sera discuté en équipe spécialisée, Cette décision va dépendre de la sévérité initiale, et du bilan des causes dont certaines exposent à un fort risque de récurrences et d'autres moins. Certaines anomalies de la coagulation ont des traitements spécifiques, la contraception orale par œstrogènes doit être arrêtée définitivement. Enfin une cause locale doit être traitée, par exemple par antibiotiques, lorsqu'il s'agit d'une infection bactérienne. En cas de signes de gravité liés à une atteinte intestinale, il faut parfois avoir recours à la chirurgie.

A la phase chronique

En cas de varices œsophagiennes ou gastriques, un traitement par bêta-bloquants permet de prévenir le risque d'hémorragie en diminuant la pression dans le réseau veineux portal. On peut aussi tenter de faire disparaître les varices par des ligatures élastiques. En cas de rupture hémorragique, il faut associer ces 2 traitements. En cas de complications sévères liées à l'hypertension portale difficile à maîtriser, on peut tenter de recanaliser le réseau veineux, ou poser un stent entre les veines sus-hépatiques et la veine porte (TIPS cf plaquette hypertension portale dédiée). Enfin chez l'enfant, une intervention chirurgicale visant à court-circuiter la zone thrombosée est souvent possible.

Traitement de la cause

Lorsqu'une cause a été trouvée, le traitement de cette cause est aussi important que le traitement anticoagulant. Cela explique pourquoi un suivi est parfois nécessaire par plusieurs médecins dont l'expertise est différente (hépatologue, hématologue,...)

Comment surveiller ?

Une fibroscopie pour dépister des varices dans l'œsophage ou l'estomac est indiquée au diagnostic, puis régulièrement en l'absence de reperméabilisation. Un scanner injecté permet d'évaluer la reperméabilisation ou non après 6 mois d'anticoagulants, et doit être refait en cas de récurrence douloureuse. Des prises de sang régulières permettent également de vérifier qu'il n'y a pas de nouvel épisode de saignement ou de thrombose.

Auteur : Isabelle Ollivier-Hourmand, Centre de Compétence Maladies Vasculaires du Foie, CHU Caen Normandie