

# **THROMBOSE MESENTERICO-PORTE APRÈS APPENDICITE AIGÛE**

**S. MAHFOUF**

**Service de chirurgie viscérale et oncologique,  
Hôpital Ibn Ziri, BOLOGHINE, Alger**

## **RÉSUMÉ :**

L'appendicite aiguë peut être la cause de thrombose portale dont les symptômes peuvent masquer ceux de l'appendicite aiguë et rendre son diagnostic difficile.

Le retard au diagnostic d'appendicite aiguë dans ce contexte peut être évité par la pratique d'un scanner et par sa lecture attentive.

La thrombose veineuse mésentérique porte peut se présenter selon un mode aigu, subaigu ou chronique. Réputée rare, elle peut être primitive ou secondaire.

Les étiologies chirurgicales les plus fréquemment identifiées sont la diverticulite colique et l'appendicite aiguë.

Nous rapportons une observation de thrombose mesenterico-porte compliquant une appendicite, tout en insistant sur la latence clinique d'une telle pathologie rendant son diagnostic et son traitement plus difficiles.

## **Abstract :**

Acute appendicitis can be the cause of portal thrombosis whose symptoms of acute portal thrombosis may obscure those of acute appendicitis and make its diagnosis difficult.

Delay in the diagnosis of acute appendicitis in this context can be avoided by performing a CT scan and reading it carefully.

Mesenteric portal venous thrombosis can present in an acute, subacute or chronic fashion. Reputed to be rare, it can be primary or secondary. The most frequently identified surgical etiologies are colonic diverticulitis and acute appendicitis.

We report a case of mesenteric-portal thrombosis complicating appendicitis, while emphasizing the clinical latency of such a pathology making its diagnosis and treatment more difficult.

## **Mots-clés:**

Thrombose, mesenterique, porte, appendicite

## **Key-words:**

Thrombosis, mesenteric, portal, appendicitis

## **Introduction**

L'appendicite aiguë est une cause locale de thrombose de la veine porte. Les symptômes de la thrombose portale aiguë peuvent masquer ceux de l'appendicite aiguë et rendre son diagnostic difficile.

Le scanner abdominal a prouvé son efficacité en permettant le diagnostic précoce et en identifiant le foyer septique responsable.

Une prise en charge immédiate doit être instaurée, elle doit comporter une antibiothérapie, une héparinothérapie et la chirurgie de l'infection intrapéritonéale.

## **Cas clinique**

Patient âgé de 33 ans, sans antécédents médicaux ni chirurgicaux particuliers, présentant depuis 05 jours une fièvre fluctuante entre 38 et 39°C et des douleurs abdominales non spécifiques pour lesquelles un traitement antalgique a été institué.

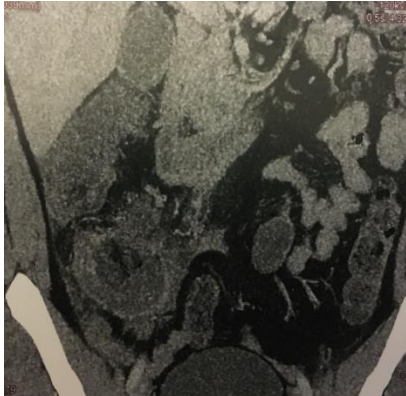
À l'admission le malade présentait une fièvre à 40°C, des marbrures diffuses, une fréquence respiratoire à 40/mn. La pression artérielle était conservée. L'examen constatait un météorisme net sans arrêt des matières et des gaz. L'abdomen était souple, sans signe d'irritation péritonéale et présence d'un empâtement de la fosse iliaque droite. Par ailleurs, il est noté la présence d'un subictère conjonctival.

Le taux de leucocytes était à 18000 éléments/mm<sup>3</sup>, celui de polynucléaires neutrophiles à 16000 éléments/mm<sup>3</sup>, le reste de la numération formule sanguine retrouvait un taux de plaquettes à 39000 éléments /mm<sup>3</sup>. Présence d'un syndrome de cytolyse.

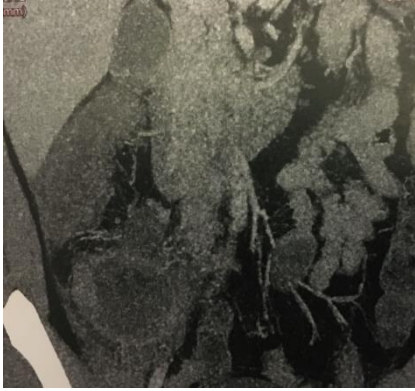
Le scanner révélait une collection abcédée de la fosse iliaque droite de 60/40/90mm ; un thrombus au sein du tronc porte et de la veine mésentérique supérieure. Il n'y avait pas de cavernome portal. Le diagnostic d'appendicite aiguë avec pyléphlébite septique était porté. En plus de l'antibiothérapie et de la réanimation initiale, l'indication opératoire fût posée. En per opératoire L'exploration retrouvait un appendice complètement gangréné venant adhérer à la face postérieure du colon ascendant avec mésentère infiltré et épaissement des dernières anses grêliques sans nécrose intestinale.

Le diagnostic d'appendicite rétro-cæcal était porté. Une appendicectomie était réalisée. L'analyse histologique confirmait le diagnostic d'appendicite aiguë. Les suites opératoires étaient bonnes. Le traitement anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire rapidement relayée par antagonistes de la vitamine K était entrepris en post opératoire immédiat. La relecture *a posteriori* du scanner initial mettait en évidence un appendice à paroi épaissie associé à une inflammation péri appendiculaire. Il était conclu que l'appendicite était déjà présente au moment de la constitution de la thrombose portale.

**Fig. 1** – Scanner abdominal : L'étude de la fosse iliaque droite après injection de produit de contraste intraveineux révèle un appendice dilaté, rempli de liquide avec une paroi épaissie et un aspect irrégulier de la graisse péri appendiculaire.



**Fig. 2** – Le scanner du même malade révèle un thrombus dans la veine mésentérique



***Images per opératoires :***

**Fig. 3–** Appendice entièrement gangréné



***Fig. 4–*** Abscès de la fosse iliaque droite



En post opératoire :

Poursuite de l'antibiothérapie adaptée en fonction des prélèvements faits en per opératoire et anticoagulants de bas poids moléculaires.

## Discussion

Les foyers septiques intra-abdominaux représentent la cause locale la plus fréquente de thrombose de la veine porte. La thrombose est associée à une thrombophlébite d'un des affluents de la veine porte, phlébite constituée au contact du foyer infectieux intra-abdominal (1). La thrombose de la veine porte peut être purulente, il s'agit alors d'une pyléphlébite septique responsable d'un état septicémique avec hémocultures positives.

Les foyers septiques intra-abdominaux sont la cause de 10 à 25 % des cas de thrombose de la veine porte extra-hépatique chez l'adulte (2). Les étiologies les plus courantes des pyléphlébites sont des affections aiguës ascendantes d'un organe abdominal comme la nécrose pancréatique, l'appendicite, la cholécystite aiguë, la diverticulite aiguë ou perforée. Cependant la mise en évidence d'un facteur local ne doit pas dispenser de la recherche d'une cause générale de thrombose. En effet, une affection pro-thrombotique est mise en évidence dans 70 % des cas, même quand un facteur local est présent (3).

Le traitement de la pyléphlébite septique comporte le traitement du foyer infectieux intra-abdominal, l'antibiothérapie et le traitement anticoagulant. En cas de thrombose aiguë de la veine porte le traitement anticoagulant permet une reperméabilisation des vaisseaux thrombosés dans la majorité des cas (4).

Dans le cas que nous rapportons, il paraît clair que l'appendicite a été le facteur étiologique local de la thrombose de la veine porte. En effet, il existait au moment du diagnostic de thrombose de la veine porte des signes évocateurs de la présence d'un foyer infectieux (syndrome inflammatoire et fièvre) alors que l'enquête restait négative.

De plus, la relecture du scanner initial mettait en évidence des signes évocateurs d'appendicite.

En cas de thrombose porto-mésentérique aiguë, une ischémie mésentérique d'origine veineuse peut survenir. Elle s'accompagne d'un épaissement des parois digestives, entre autres de l'appendice et pourrait ainsi simuler une appendicite. Dans le cas que nous rapportons il n'y avait pas d'épaississement des parois digestives mis en évidence sur le scanner initial.

L'épaississement de l'appendice était donc bien dû à une appendicite et non aux conséquences de l'ischémie mésentérique d'origine veineuse.

La particularité du cas que nous rapportons est le retard au diagnostic de l'appendicite aiguë. Ce retard au diagnostic a probablement été dû à une symptomatologie initiale qui n'évoquait pas le diagnostic d'appendicite.

Les symptômes d'appendicite étaient soit absents, soit minimes et masqués par les symptômes dus à la thrombose de la veine porte et au sepsis général ; au traitement par antibiotique prescrit pour le traitement de la pyléphlébite septique qui a peut-être eu un rôle dans l'absence d'apparition de symptômes de l'appendicite.

La rémission spontanée de l'appendicite survient chez une minorité de malades (5), elle est définie par une appendicite dont le diagnostic a été confirmé par l'échographie ou le scanner, dont les symptômes disparaissent spontanément, le plus souvent en 24 à 48 heures. Si le malade n'est pas opéré une récurrence de l'appendicite survient dans près de 40 % des cas dans un délai médian de 14 semaines.

Il est donc nécessaire de suspecter le diagnostic d'appendicite en cas de thrombose aiguë de la veine porte, d'autant plus s'il existe des signes de pyléphlébite septique (fièvre élevée, hémocultures positives) et qu'il n'a pas été mis en évidence d'autres foyers infectieux intra-abdominaux par les divers examens d'imagerie. Si le diagnostic d'appendicite ne peut pas être fait sur des arguments cliniques, une relecture ou la pratique systématique d'un scanner (6) à la recherche de signes d'appendicite, de même que la répétition de cet examen en cas de doute est nécessaire. En effet, les nouvelles générations de scanner spirales permettent l'obtention

d'images appendiculaires et péri-appendiculaires de haute résolution. La sensibilité et la spécificité du scanner spiralé en cas de suspicion d'appendicite sont de 90 à 100 % et de 91 à 99 %, respectivement (7,8).

Le diagnostic d'appendicite est porté sur l'existence d'un appendice distendu (diamètre supérieur à 6 mm), avec une paroi épaisse (plus de 3 mm d'épaisseur) et un aspect irrégulier de la graisse péri appendiculaire. Lors du scanner, l'injection de produit de contraste intraveineux améliore la visualisation de la paroi appendiculaire et la détection de l'inflammation péri appendiculaire. L'ingestion d'un produit de contraste entéral permet une bonne visualisation de la dernière anse iléale et du cæcum et participe au diagnostic différentiel avec une iléite terminale. Cependant, la prise d'un produit de contraste per os est discutée (9).

Le traitement de la pyléphlébite septique comporte l'antibiothérapie, les anticoagulants et l'appendicectomie. Le traitement anticoagulant doit être repris ou débuté immédiatement après l'intervention.

À côté des complications classiques du retard au diagnostic de l'appendicite aiguë, en cas de thrombose de la veine porte, la persistance du foyer infectieux intra abdominal pourrait compromettre les possibilités de recanalisation des vaisseaux thrombosés.

Chez le patient thrombus a initialement présenté une extension inhabituelle, Cette extension était probablement due à la persistance du foyer infectieux causal.

## **CONCLUSION :**

Le diagnostic d'appendicite aiguë peut être très difficile en cas de thrombose de la veine porte associée. Cette difficulté au diagnostic de l'appendicite est surtout due à une symptomatologie atypique, masquée par les symptômes de la pyléphlébite septique. La conséquence est le retard au diagnostic et au traitement de l'appendicite. La persistance du foyer infectieux peut compromettre les possibilités de repermeabilisation des vaisseaux thrombosés malgré un traitement anticoagulant précoce. Il est nécessaire de pratiquer un scanner spiralé avec injection de produit de contraste intraveineux en cas de thrombose portale aiguë et de rechercher avec attention les signes scannographiques évocateurs d'appendicite aiguë.

## **RÉFÉRENCES**

1. Condat B, Valla D. Conduite à tenir devant une thrombose de la veine porte. *Gastroentérologie Clin Biol* 1999 ;23 :1210-4.
2. Webb LJ, Sherlock S. The aetiology, presentation and natural history of extra-hepatic portal venous obstruction. *Q J Med* 1979 ;48 :627-39.
3. Denninger MH, Chait Y, Casadevall N, Hillaire S, Guillin MC, Bezeaud A, et al. Cause of portal or hepatic venous thrombosis in adults : the role of multiple concurrent factors. *Hepatology* 2000 ;31 : 587-91.
4. Condat B, Pessione F, Helene DM, Hillaire S, Valla D. Recent portal or mesenteric venous thrombosis : increased recognition and frequent recanalization on anticoagulant therapy. *Hepatology* 2000 ;32 :466-70.
5. Cobben LP, de Van Otterloo AM, Puylaert JB. Spontaneously resolving appendicitis : frequency and natural history in 60 patients. *Radiology* 2000 ;215 :349-52.
6. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology* 2000 ;215 :337-48.
7. Kamel IR, Goldberg SN, Keogan MT, Rosen MP, Raptopoulos V. Right lower quadrant pain and suspected appendicitis : nonfocused appendiceal CT--review of 100 cases. *Radiology* 2000 ;217 :159-63.

8. Stroman DL, Bayouth CV, Kuhn JA, Westmoreland M, Jones RC, Fisher TL, et al. The role of computed tomography in the diagnosis of acute appendicitis. *Am J Surg* 1999 ;178 :485-9.
9. Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Clinical practice. Suspected appendicitis. *N Engl J Med* 2003 ;348 :236-42.