

Une thrombose porte pas comme les autres...

ANGH – 27^e congrès

F. Zuberbuhler,

E. Pateu, M. Kaassis, YH. Lam,

20/08/2019



Contexte

- **Antécédents** : Syndrome dépressif, Chirurgie de la cataracte, Cure de varices des membres inférieurs, Cure d'hémorroïdes
- **Traitement** : EFFEXOR 37,5mg /j
- Pas d'intoxication alcoolo-tabagique chronique
- Anamnèse :
 - le 15/08/2017 : **Douleur abdominale** apparue brutalement, localisée en épigastre et hypochondre droit, s'aggravant progressivement, sans position antalgique + Vomissements bilieux depuis le 16/08 en fin de nuit
 - Automédication : Omeprazole à 2h30 et Ibuprofène à 4h
 - Consulte au SAU le 16/08 : TA 137/90, FC 78 bpm, T°C 34,5°C
 - Défense en hypochondre droit et épigastre. Le reste de l'examen abdominal est normal



Examens complémentaires

❖ Biologie

Leucocytes	13,7 G/L	ASAT	25 UI/L
Hémoglobine	14,5 g/dL	ALAT	20 UI/L
VGM	91 fl	Gamma GT	19 UI/L
PNN	10727 /mm ³	Phosphatases alcalines	64 UI/L
Plaquettes	258 G/L	Bilirubine totale	9 µmol/L
TP	100 %	Lipase	63 UI/L
Créatinine	84 µmol/L	CRP	< 3 mg/L

❖ TDM en urgence

Thrombose porte avec œdème péri-portal et infiltration de la paroi digestive d'amont. Nette infiltration péritonéale associées à une lame d'épanchement.
Absence d'adénomégalie rétro-péritonéale ou coelio-mésentérique. Absence d'anomalie du parenchyme hépatique, des voies biliaires, de la vésicule biliaire

⇒ Thrombose porte avec probable ischémie veineuse



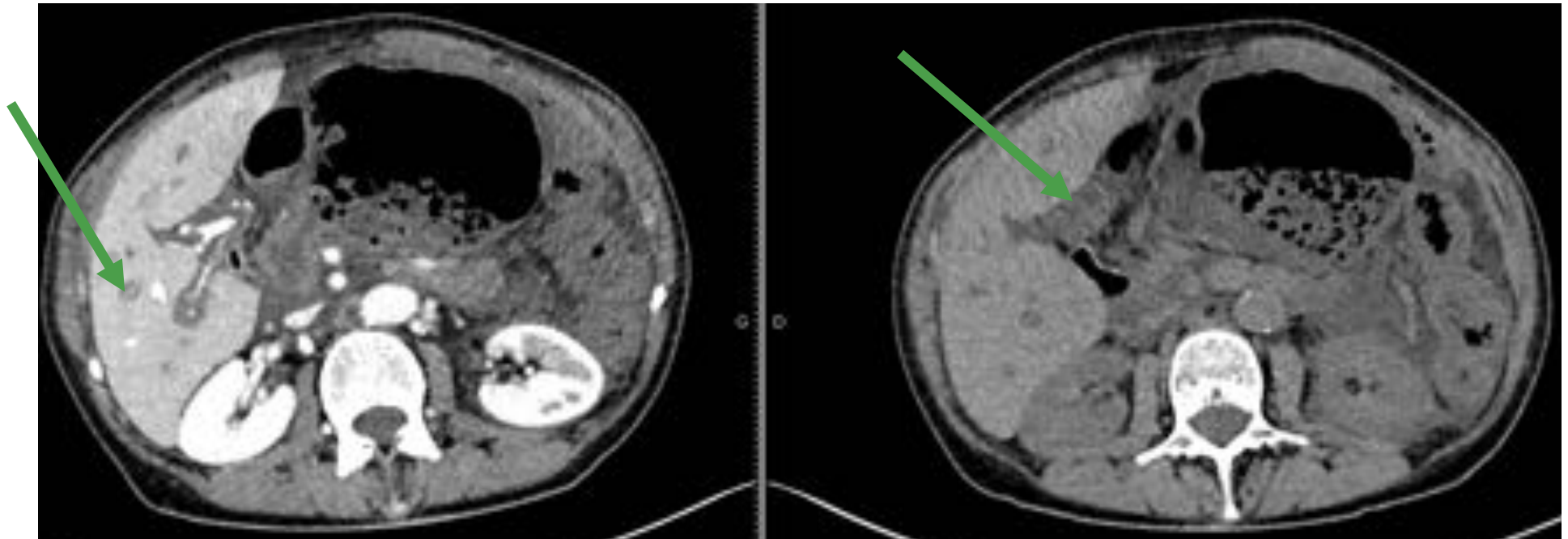
Evolution

- Introduction d'une héparinothérapie curative
- Disparition rapide des douleurs
- TDM le 23/08 :
 - Perméabilité du tronc porte, des veines hépatiques et mésentériques
 - Lésion hypoéchogène du segment VI, 10mm, rehaussée en mottes, compatible avec un angiome
 - Sludge vésiculaire sans dilatation des voies biliaires
 - Persistance de l'infiltrat péri-hilaire
 - Diminution de l'épanchement péri-hépatique

=> Recanalisation complète du système porte à J7



6 mois plus tard, relecture rétrospective...



Infiltration péri-portale

Absence d'hyperdensité spontanée du
thrombus

Hypothèses diagnostiques ?

Quelques indices...



Infiltration péri- portale diffuse

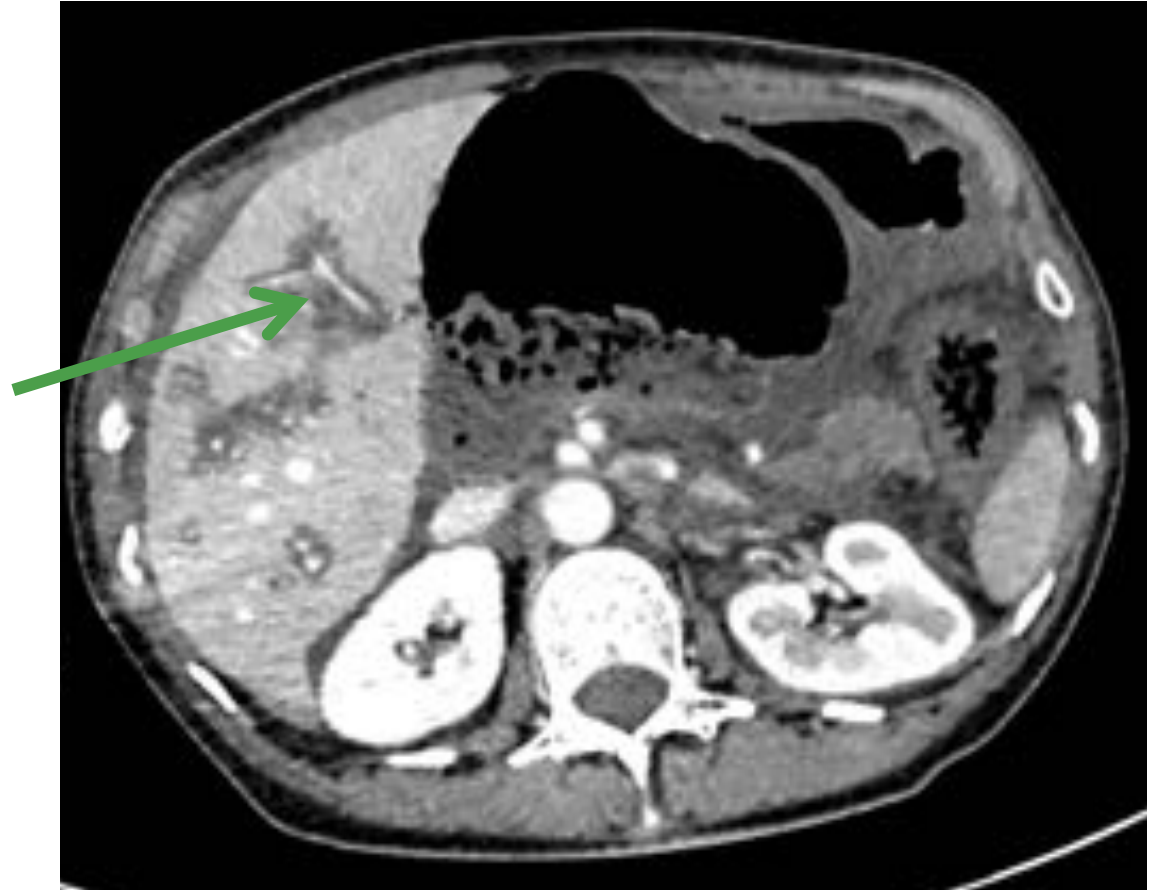


Absence
d'opacification de la
veine mésentérique
supérieure

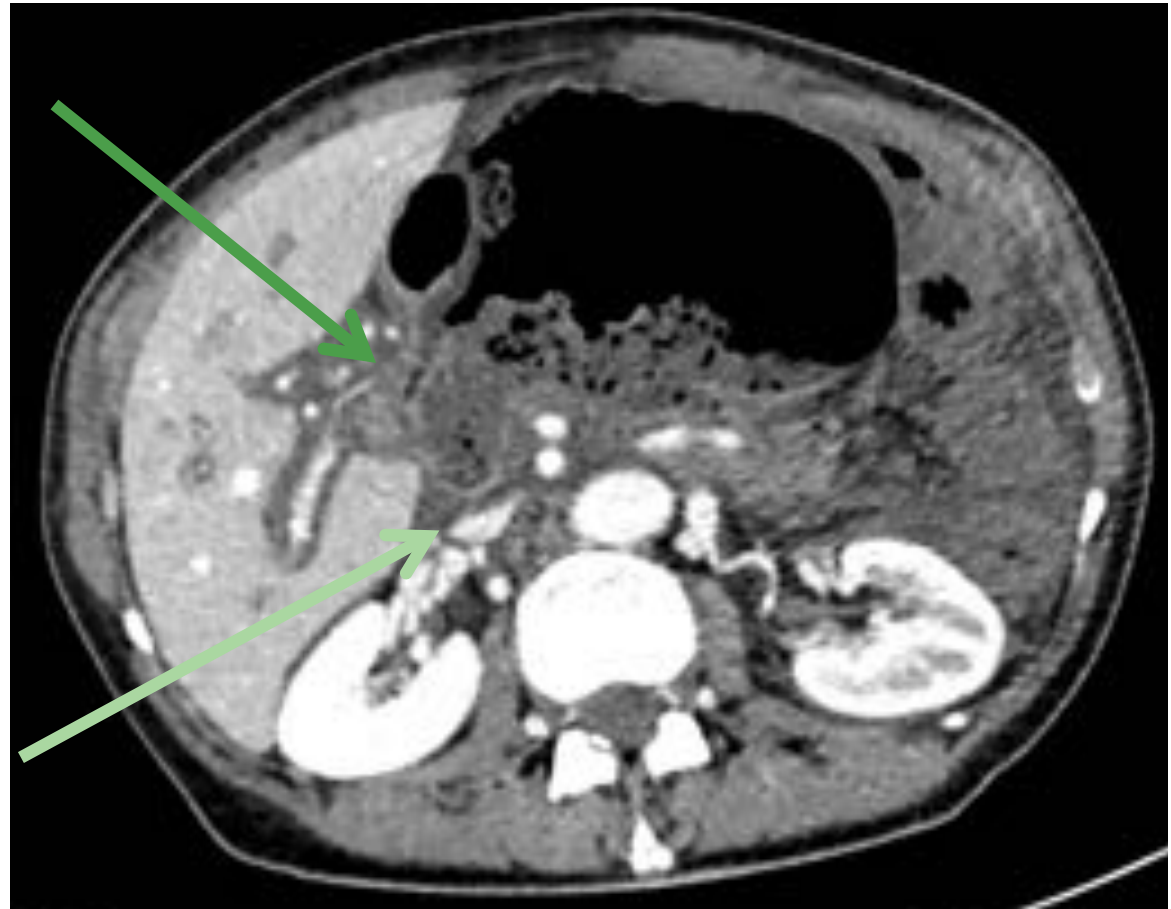
(à droite de l'artère
mésentérique
supérieure)



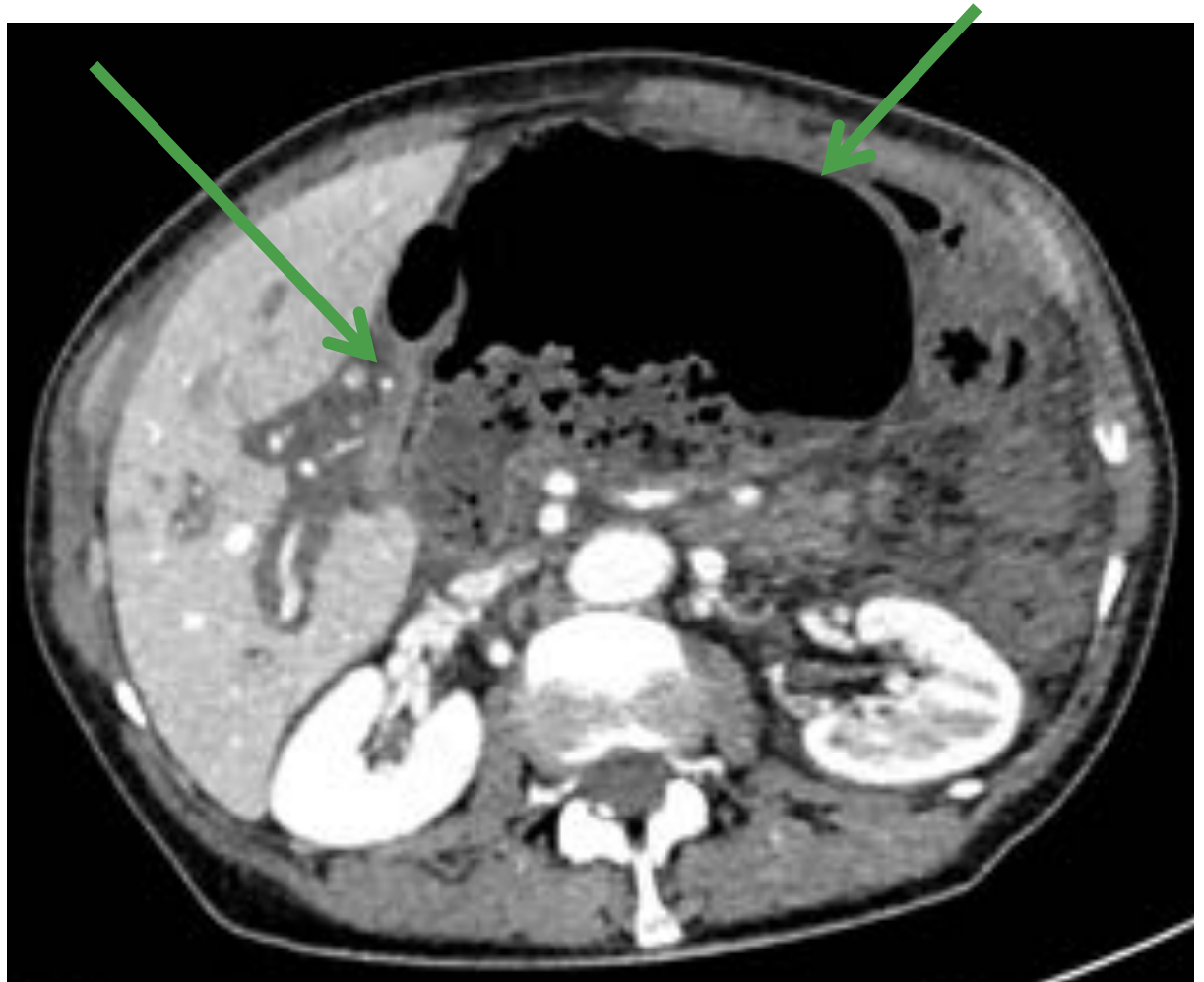
Système porte
laminé



Eloignement de la
veine porte par
rapport à la VCI



Dernière anse
iléale
et
Caecum



Absence du
caecum en fosse
iliaque droite



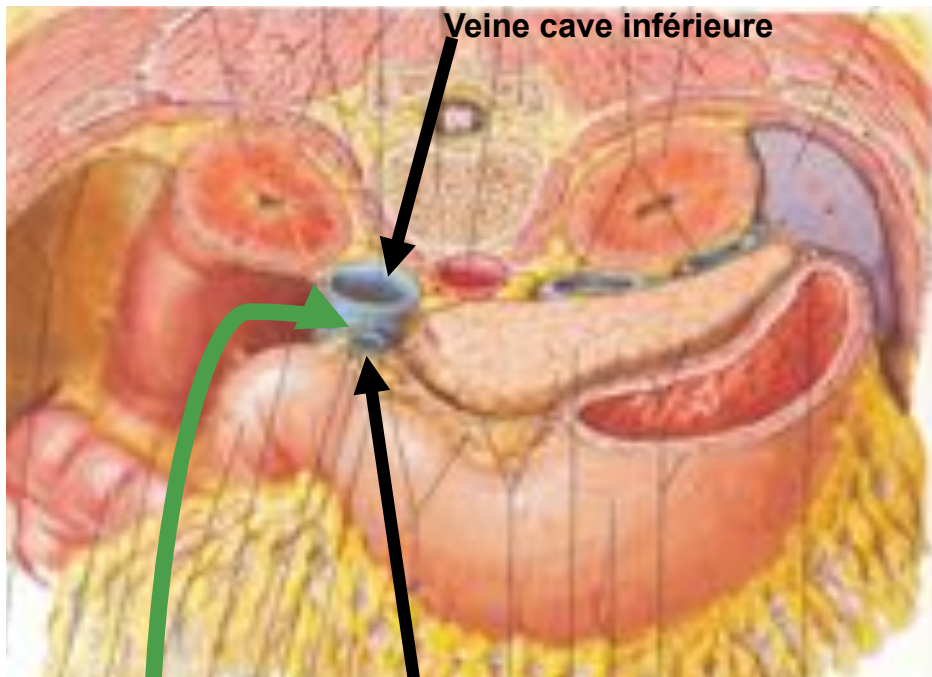
TDM avril 2018



Hernie du foramen de Winslow (épiploïque), avec contenu grêlique et caecal

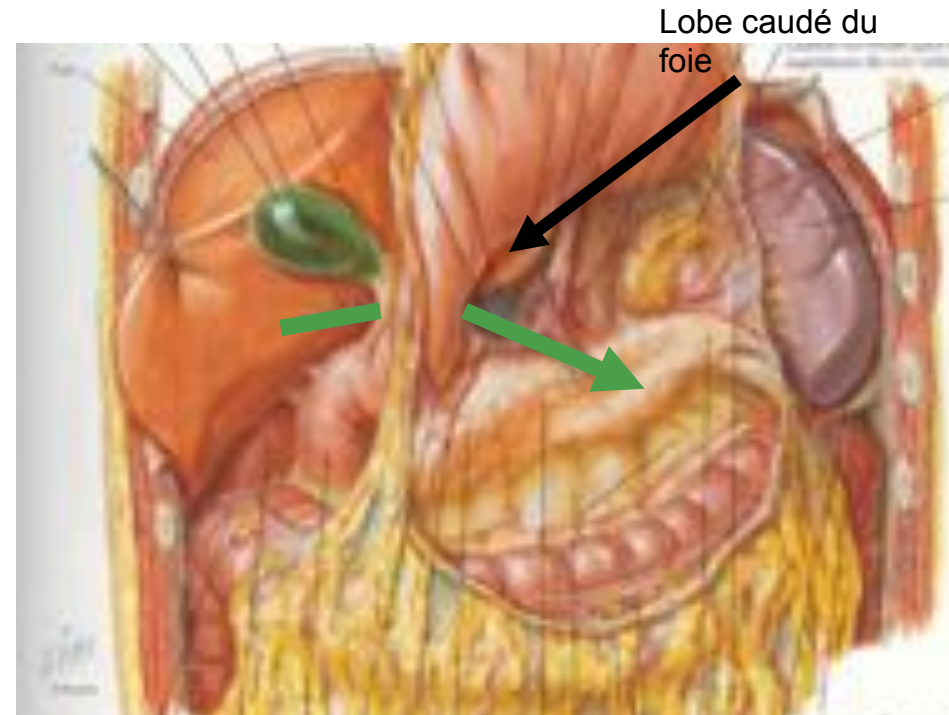


Foramen de Winslow (omental ou épiploïque)



Ligament hépato duodénal

Triade porte : Veine hépatique propre, artère hépatique propre, conduit biliaire commun



Schémas de « Atlas d'Anatomie humaine » Franck Netter

Hernies du foramen de Winslow

- 8% des hernies internes
- Révélation : **syndrome occlusif**
- Structures digestives :
 - intestin grêle +++ 60-70%
 - caecum + colon ascendant (Hernie de Blandin) 25-30%
 - Plus rarement : vésicule biliaire et colon transverse
- Facteurs anatomiques favorisant :
 - Foramen béant, élargi, avec distension antérieure de la pars pediculosa
 - Excès de mobilité des anses intestinales liées à un mésentère long et/ou persistance du mésocolon droit
 - Défaut d'accolement du fascia de Toldt (contenu iléo-caecal)
 - Hypertrophie du lobe droit du foie



Type I (2/3) :
iléon distal et caecum



Type II : iléon distal et
caecum, colon
ascendant

Figure 3 Hernies de type I à travers l'hiatus de Winslow



Traitement

❖ Manœuvres de réduction

❖ +/- résection

❖ Traitement préventif

- Replacer l'intestin et le grand épiploon en position anatomique
- Obturation du hiatus par suture directe : NON RECOMMANDÉE, car risque de plaie vasculaire, thrombose porte. De plus, l'obturation se fait souvent spontanément due à l'inflammation locale post-opératoire
- Proposition : Libérer l'angle colique droit pour le coller à la paroi antérieure pour empêcher l'intestin de monter dans l'étage sus mésocolique



Dans la littérature : Quelques cas décrits avec un tableau initial de thrombose porte partielle ou Budd Chiari

Gastrointestinal Images

Transverse Colon Herniation Through the Foramen of Winslow Presenting With Unusual CT Findings

Luigi Maria Pernice, M.D., Maurizio Barnoluci, M.D., Valentina Mori, M.D.,
Luca Pondiotti, M.D., Alessandro Tedone, M.D.

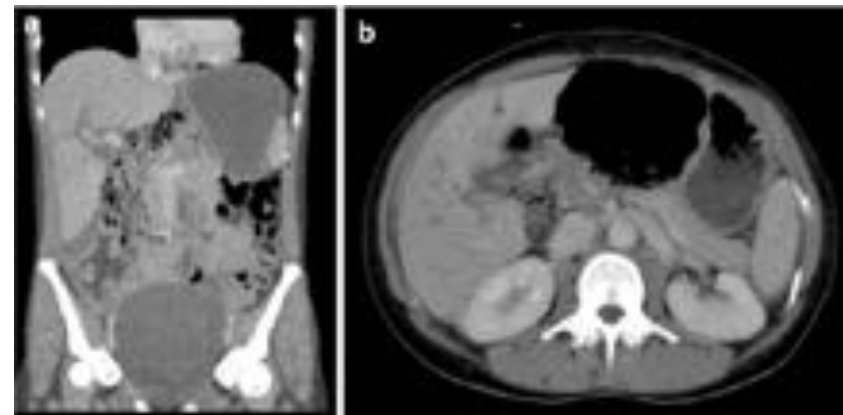


Updates Surg
DOI 10.1007/s13304-012-0150-7

CASE REPORT

Caecal herniation through the foramen of Winslow: a rare cause of bowel obstruction

Vishal Patel · Richard Newton · Suzanne Wakely ·
K. Rajaratnam · Subramanian Ramesh



ANGH



Ajaccio 20-21 septembre 2019