

Hépatocavopathie oblitérante : une étiologie rare du syndrome du Budd-Chiari

Hajer, HASSINE, Assistante hospitalo-universitaire, Service de Gastroentérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

- Imen, KAFFALA, Interne en gastroentérologie, Service de Gastroentérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Habiba, DABBEBI, Professeur agrégé, Service de Gastroentérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Tayssir, BEN ACHOUR, Assistante hospitalo-universitaire, Service de Médecine Interne - Hôpital La Rabta Tunis- Tunisie,
- Salma, MERHABEN, Interne en gastroentérologie, Service de Gastroentérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Haythem, YAACOUB, Assistant hospitalo-universitaire, Service de Gastroentérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Dhouha, CHERIF, Assistante hospitalo-universitaire, Service de Gastroentérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Hela, KCHIR, Professeur agrégé, Service de Gastroentérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Nadia, MAAMOURI, Professeur, Service de Gastroentérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Budd-Chiari (SBC) résulte d'un obstacle au drainage veineux hépatique, des veinules hépatiques jusqu'à la partie terminale de la veine cave inférieure (VCI). L'obstruction veineuse endoluminale par thrombose ou sa séquelle fibreuse de la VCI rétro-hépatique, appelée hépatocavopathie oblitérante est une cause rare du SBC. Nous rapportons un cas de SBC secondaire à une thrombose chronique de la VCI rétro-hépatique avec cirrhose secondaire.

Observation :

Il s'agissait d'un patient âgé de 51 ans, sans antécédents particuliers admis pour exploration d'un syndrome d'hypertension portale révélé par une hématomèse. L'examen physique a mis en évidence une ascite de moyenne abondance sans œdème des membres inférieurs avec une splénomégalie à un travers de doigt et une circulation veineuse collatérale porto-cave et cavo-cave. Les bilans hépatique et rénal étaient sans anomalies. Il n'y avait pas de signes d'insuffisance hépatocellulaire avec une albuminémie à 38 g/L, un taux de prothrombine à 78 % et une cholestérolémie normale l'hémogramme a révélé une thrombopénie isolée à 73000/mm³. Le bilan immunologique et les sérologies virales B et C ainsi que la PCR de l'ADN viral B étaient négatifs. L'ascite était exsudative pauvre en cellulaire avec un taux de protides à 42g/L et 80 éléments/mm³ de lymphocytes. La gastroscopie a objectivé des varices œsophagiennes grade III et une gastropathie hypertensive sévère.

L'angioscanner hépatique a mis en évidence une thrombose chronique de la VCI dans sa portion rétro hépatique sur un segment de 20 mm avec des dérivations veineuses porto-caves et cavo-caves, les veines hépatiques

étaient perméables et le foie était dysmorphique cadrant avec une hépatopathie chronique.

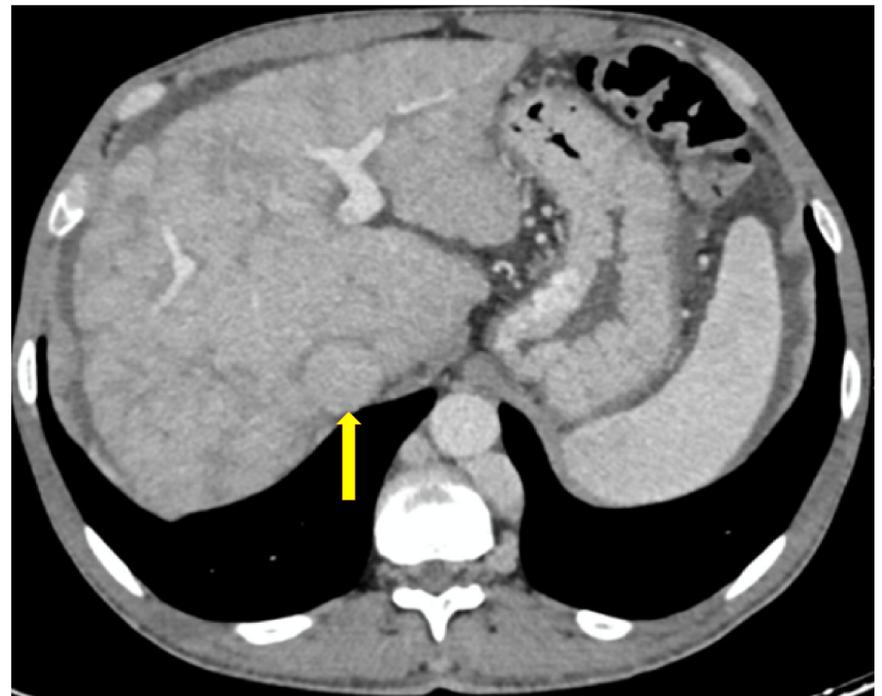


Figure 1 : thrombose de la VCI dans sa portion rétro hépatique

La mesure de l'élasticité hépatique par le Fibroscan® a montré un foie de cirrhose avec une élasticité de 64 kpa. Le bilan de thrombophilie et la mutation JAK II étaient négatifs et le dosage de l'homocystéinémie était normal.

Le patient a eu une éradication des varices œsophagiennes et était mis sous traitement anticoagulant.

Conclusion :

La thrombose de la VCI rétro-hépatique est une cause rare du SBC. Cliniquement, l'hépatocavopathie oblitérante est moins sévère dans sa phase aiguë que la thrombose des veines hépatiques. Une cirrhose secondaire se développe après une évolution prolongée et peut être compliquée par un carcinome hépatocellulaire d'où la nécessité d'une anticoagulation précoce pour prévenir la survenue des complications.

