

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, JUIN - VOLUME 11 (1)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d’Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D’EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d’Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d’Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d’Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d’Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d’Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d’Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d’honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d’Ivoire)
Président d’honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.A.F.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• **articles originaux :**

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• **articles de synthèse :**

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• **cas cliniques :**

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté.

La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• **actualités thérapeutiques :**

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• **lettres à la rédaction :**

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• **articles d'intérêt général :**

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• **articles d'opinion :**

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• **courrier des lecteurs :**

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.A.F.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• **images commentées :**

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373–379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996; 89: 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. Place de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostic étiologique du syndrome sec : étude descriptive transversale Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S	7-13
2. Maladie de Basedow et grossesse : à propos de 189 cas colligés au Centre Hospitalier Abass Ndao Ndour MA, Gadjji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M	14-21
3. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cardiomyopathies en milieu hospitalier dakarois : étude bicentrique rétrospective Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A	22-27
4. Aspects diagnostique et thérapeutique du mal de Pott de l'enfant et de l'adolescent en hospitalisation de rhumatologie au CHU de Cocody Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	28-33
5. Profil épidémio-clinique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé de 60 ans et plus au service de Médecine Interne du CHU de Conakry Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY	34-38
6. Prévalence de la maladie rénale chronique chez le sujet diabétique au centre de protection maternelle et infantile de Sokoura à Bouake en 2021 Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, TIA Weu Mélanie, Ouattara B	39-48
7. Comas non traumatiques du sujet âgé dans un service de médecine interne Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B	49-55

CAS CLINIQUES

8. Angio-oedème héréditaire à propos d'une famille au Niger Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E	56-64
9. Atteinte cutanée et ophtalmologique d'une hépatite B chronique associées à des ANCA de type MPO : est-ce une vascularite ? Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E	65-71
10. Atteintes neurologiques centrales et périphériques associées à une infection virale à la dengue : à propos d'un cas au Service de Neurologie du Centre Hospitalier National De Pikine Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H	72-76
11. La péricardite aiguë, un mode exceptionnel de présentation de la maladie de Still de l'adulte Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V	77-79
12. Syndrome douloureux abdominal révélateur d'une thrombose insolite à localisation portale : à propos de 2 cas Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK	80-83
13. Syndrome malin des neuroleptiques révélateur d'une hyperthyroïdie primaire chez une femme de 54 ans : à propos d'un cas Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA	84-87
14. Tuberculose compliquant l'évolution d'une leucémie myéloïde chronique. A propos de deux cas dans le service d'hématologie du CHU de Cocody Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G	88-93

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. <i>Role of accessory salivary gland biopsy in the etiological diagnosis of dry syndrome: a descriptive Crosssectional study</i>	7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S	
2. <i>Basedow's disease and pregnancy: 189 cases from the Abass Ndao Hospital Center</i>	14-21
Ndour MA, Gadji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M	
3. <i>Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of cardiothyreosis in the hospital of Dakar: a two-center retrospective study</i>	22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A	
4. <i>Diagnostic and therapeutic aspects of Pott's disease in children and adolescents in rheumatology hospitalization at Cocody University Hospital</i>	28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	
5. <i>Epidemiological-clinical and therapeutic profile of arterial hypertension in subjects aged 60 and over in the Internal Medicine department of Conakry University Hospital</i>	34-38
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY	
6. <i>Prevalence of chronic kidney disease in diabetic subjects at the Sokoura Maternal and Child Protection Center in Bouake in 2021</i>	39-48
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, Tia Weu M, Ouattara B	
7. <i>Non-traumatic comas in the elderly subject in an internal medicine department</i>	49-55
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B	

CASES REPORTED

8. <i>Hereditary angioedema in a family from Niger</i>	56-64
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E	
9. <i>Cutaneous and ophthalmological symptoms of chronic hepatitis b associated with MPO ANCA: is it vasculitis?</i>	65-71
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E	
10. <i>Central and peripheral neurological disorders associated with dengue viral infection: a case report from the Neurology Department of the Pikine National Hospital Center</i>	72-76
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H	
11. <i>An acute and outstanding pericarditis as revelation of adult-onset Still's disease</i>	77-79
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V	
12. <i>Cases of acute abdominal pain highlighting 2 unexpected portal thrombosis</i>	80-83
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK	
13. <i>A case of hyperthyroidism diagnosed during a neuroleptic malignant syndrome in a 54 year-old woman</i>	84-87
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA	
14. <i>Occurrence of tuberculosis during the follow-up of leukemias. Illustration in a hematology department</i>	88-93
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G	



Syndrome douloureux abdominal révélateur d'une thrombose insolite à localisation portale : à propos de 2 cas

Cases of acute abdominal pain highlighting 2 unexpected portal thrombosis

Nacanabo WM¹, Seghda AAT¹, Sawadogo LWF¹, Guingane AN³, Ouedraogo AS⁴,
Tall/Thiam A², Yameogo NV², Samadoulougou AK¹, Zabsonré P²

1. Service de cardiologie du CHU-Bogodogo

2. Service de cardiologie du CHU-Yalgado OUEDRAOGO

3. Service de Médecine interne et de Maladie métaboliques du CHU-Bogodogo

4. Service d'anatomie pathologie du CHU-Bogodogo

Auteur correspondant : Dr Wendlassida Martin NACANABO

Résumé

La thrombose portale (TP) est une affection relativement rare avec une symptomatologie non spécifique. Le diagnostic dans notre contexte se fait généralement par l'échographie doppler abdominale, ou au scanner et exceptionnellement à l'imagerie par résonnance magnétique. Elle complique généralement un terrain ou une pathologie sous-jacente notamment la cirrhose. Cependant, certaines thromboses surviennent sans aucune étiologie et sont dites idiopathiques. Nous rapportons des cas de TP chez qui aucune orientation étiologique n'a été trouvée. Dans ce cadre, l'hypertension portale, l'hémorragie digestive et l'ischémie mésentérique sont les potentielles complications pouvant être évitées par un traitement rapide et adéquat. L'anticoagulation est la base du traitement. Toutefois, le choix de la molécule doit être bien réfléchi en fonction du cas.

Mots clés : thrombose - veine porte - cirrhose - anticoagulant.

Summary

Portal thrombosis is a relatively rare condition with non-specific symptoms. Diagnosis in our context is usually made by abdominal Doppler ultrasonography or CT scan, and exceptionally by magnetic resonance imaging. Thrombosis generally complicates an underlying pathology, notably cirrhosis. However, some thromboses occur without any etiology and are said to be idiopathic. This was probably the case in our patient A, in whom no etiological orientation was found. Portal hypertension, digestive hemorrhage and mesenteric ischemia are potential complications that can be avoided by prompt and appropriate treatment. Anticoagulation is the cornerstone of treatment. In all cases, the choice of molecule must be carefully considered on a case-by-case basis.

Key words: thrombosis - portal vein - cirrhosis - anticoagulant.



Introduction

La thrombose de la veine porte (TVP) survient lorsque le flux hépatopète à travers le système porte est bloqué à la suite d'une obstruction intraluminaire. Elle peut être complète ou partielle [1]. La TVP est due à l'occlusion des branches intrahépatiques, de la veine porte principale, ou d'une combinaison des deux. Elle peut être aiguë ou chronique [2]. Elle peut s'étendre à la veine splénique ou aux veines mésentériques. Les facteurs de risques qui peuvent prédisposer les patients à la TVP comprennent, entre autres, la cirrhose, l'infection, la chirurgie, les néoplasies myéloprolifératives, les maladies inflammatoires de l'intestin, la prise de contraception orale. La cirrhose est de loin le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé chez les patients présentant une thrombose portale [3]. Sa prévalence est de 0,6 à 15,8% chez les patients cirrhotiques et augmente en cas de carcinome hépatocellulaire [4]. C'est une pathologie rare, qui se manifeste par une hypertension portale. Le diagnostic peut se faire par l'échographie doppler abdominale, le scanner ou l'IRM. Nous présentons deux cas de thrombose portale chez deux patientes âgées respectivement de 31 et 51 ans.

Présentation des cas

Observation 1

Il s'agit d'une patiente (A) de 31 ans, sédentaire. Elle ne présentait aucun antécédent particulier et a été reçue pour un syndrome douloureux abdominal associé à des vomissements. L'examen clinique retrouvait une sensibilité péri-ombilicale et une splénomégalie stade IV de HACHETT. Le reste de l'examen physique particulièrement cardio-respiratoire était normal. L'échographie et la tomodensitométrie abdominales avaient conclu à une thrombose portale étendue à la veine linéale avec de multiples adénopathies intra-abdominales (Figure 1). Il n'y avait aucune anomalie sur les organes pleins intra-abdominaux. L'électrocardiogramme et l'échodoppler cardiaque étaient normaux. L'hémogramme révélait une pancytopenie (Hémoglobine : 3,4 g/dL ; plaquettes : 100000/mm³ ; Leucocytes : 2330/mm³). La sérologie rétrovirale était négative. Le diagnostic retenu était une thrombose idiopathique de la veine porte, sous réserve d'une histologie et immunohistochimie après biopsie des adénopathies profondes voire une cytoponction de la splénomégalie. Une anticoagulation à dose curative à base d'énoxaparine a été administrée avec un relais par AVK. L'évolution était favorable et la sortie de l'hôpital était obtenue au bout de 8 jours

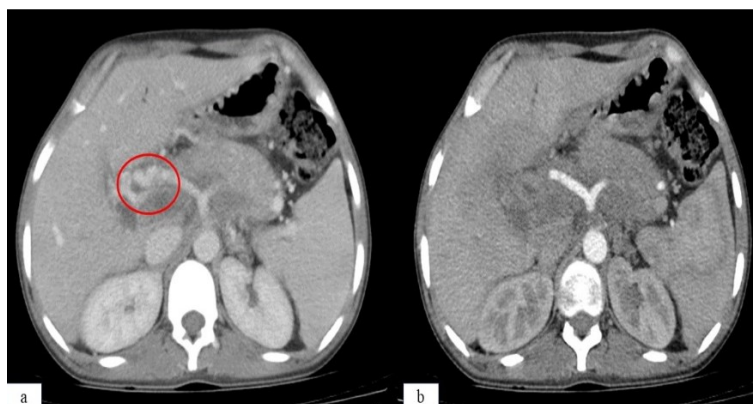


Figure 1 : TDM abdominale montrant une thrombose de la veine porte

Observation 2

Nous présentons le cas d'une patiente (B) de 57ans, sédentaire et hypertendue connue non suivie. Elle était suivie pour une hépatite virale B chronique depuis 3 ans. Elle a été reçue pour une douleur abdominale intense, péri-ombilicale à type d'étau

sans irradiation. L'examen clinique initiale retrouvait une HTA grade 1 (TA= 144/94 mm Hg), une hépatomégalie et une sensibilité abdominale. L'échographie abdominale retrouvait une hépatomégalie homogène modérée, sans autre anomalie décelable (Figure 2).

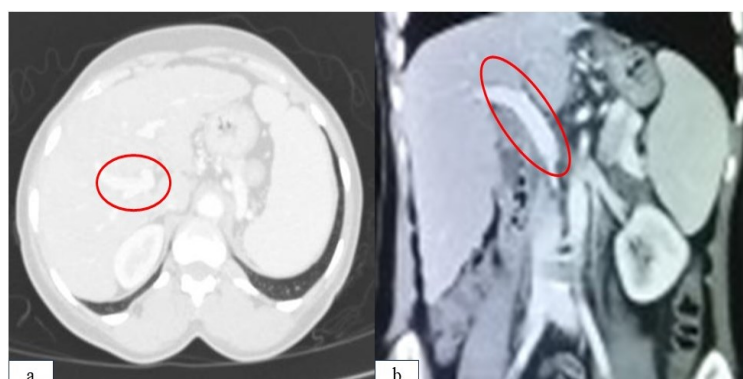


Figure 2 : TDM abdominale montrant une thrombose de la veine porte



L'électrocardiogramme et l'échodoppler cardiaque étaient normaux. Le scanner abdominal mettait en évidence une dysmorphie hépatique chronique siégeant sur le segment II ; un aspect de dégénérescence tumorale maligne avec thrombose veineuse portale et cave inférieure à sa terminaison avec des signes d'hypertension portale. La fibroscopie digestive haute retrouvait des varices œsophagiennes grade II sans signe rouge avec une pangastropathie érosive. Le bilan biologique

retrouvait une thrombopénie sévère à $30000/\text{mm}^3$ et une cytolysé hépatique modérée. Le taux d'alphafoetoprotéine était très élevé (2661ng/l). L'histologie du foie permettait de conclure au diagnostic d'hépatocarcinome moyennement différencié (Figure 3). Une anticoagulation à dose curative à base d'énoxaparine a été instituée avec un relais précoce par l'apixaban. L'évolution clinique était favorable et aucune complication n'a été notifiée en cours d'hospitalisation.

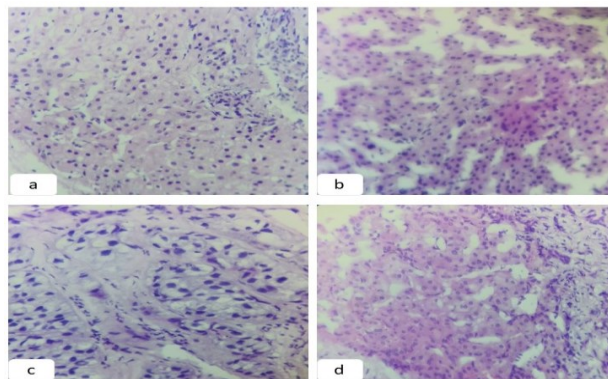


Figure 3 : Histologie hépatique montrant un hépatocarcinome

Discussion

La thrombose veineuse portale est une maladie rare observée chez les patients porteurs de certaines affections telles que la cirrhose, les hémopathies, les tumeurs, solides, les pancréatites [5]. Cependant, chez certains patients la cause ou les facteurs de risques peuvent rester non malgré un bilan exhaustif [3]. Des études récentes ont montré que des événements thrombo-emboliques pulmonaires, cérébraux et du système porte étaient fréquents chez les sujets atteints de covid-19 avec des comorbidités tels l'HTA et la diabète [5]. D'autre part, des études récentes ont montré que des événements thrombo-emboliques pulmonaires, cérébraux et du système porte étaient fréquents chez les sujets atteints de covid-19 avec des comorbidités tels que l'HTA et le diabète [5]. La patiente (A) ne présentait aucun des facteurs de risque suscités. Toutefois, les explorations n'étaient pas exhaustives et les comorbidités, en cas de TVP, peuvent être subtiles [6]. La patiente (B) était cirrhotique. Chez cette dernière, la cirrhose pourrait être responsable d'une hypercoagulabilité par diminution de la production des protéines anticoagulantes par des hépatocytes altérés augmentant ainsi le risque de thrombose [7]. Aucun indice étiologique évident n'a été retenu dans le premier cas. Toutefois, aucune des deux patientes n'avait réalisé un bilan de thrombophilie. La TVP peut être asymptomatique et être découverte fortuitement au cours d'un examen d'imagerie abdominale [3]. Le diagnostic clinique de TVP est difficile en raison des symptômes non

spécifiques tels que des douleurs abdominales, la fièvre ou les nausées [1]. La douleur abdominale était le symptôme commun dans les deux cas. L'indisponibilité du bilan de thrombophilie ne nous a pas permis d'éliminer une cause constitutionnelle. Les thromboses veineuses surviennent, le plus souvent, en cas de thrombocytose [8]. Cependant, nos patientes présentaient toutes les deux une thrombopénie avant l'héparinothérapie.

La TVP peut se compliquer d'hypertension portale, d'hémorragie digestive, d'ischémie mésentérique, ou de cavernome portal [9].

Une anticoagulation d'urgence s'impose pour éviter l'extension du thrombus et de reperméabiliser la veine occluse afin d'éviter l'ischémie intestinale [10]. La société Européenne d'hépatologie recommande depuis 2015 l'utilisation des héparines de bas poids moléculaires à la phase initiale du traitement [11]. L'utilisation des AVK n'est pas recommandée chez le cirrhotique [12]. Le fondaparinux est recommandé et a l'avantage d'éviter les thrombopénies induites par héparine. Les nouveaux anticoagulants oraux ont montré une grande efficacité pour la reperméabilisation portale mais le peu de connaissances sur les potentiels effets secondaires limite leur utilisation [12]. La nécessité d'une chimiothérapie limite leurs indications. Les thrombolytiques ne sont utilisés qu'en cas d'ischémie mésentérique. La transplantation hépatique constitue le traitement de référence des causes hépatiques [13]. La durée moyenne du traitement est de 6 mois mais pourrait être prolongée en fonction de l'étiologie [3]. La survie à 5 ans des patients atteints de TVP peut atteindre 70-96% [14].



Chez les patients porteurs d'une TVP non cirrhotique, le risque de complication en particulier l'infarctus mésentérique est très faible et la mortalité est inférieure à 60% en cas de traitement précoce [14].

Conclusion

Les thromboses de la veine porte ont des manifestations cliniques très polymorphes et sont d'origine variée notamment tumorale. Elles se révèlent le plus souvent par une symptomatologie digestive qui est peu spécifique. Leur prise en charge est pluridisciplinaire. Il convient, dans nos conditions de travail (en Afrique au sud du Sahara) de mener des études de cohorte prospectives et multicentriques pour mieux cerner leurs profil et option thérapeutique.

Considération éthique

Nous avons obtenu le consentement des sujets concernés. Toutes les dispositions sont prises pour préserver la confidentialité des informations les concernant.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Lee CH. Portal vein thrombosis on unenhanced MRI: a case series. *BJR Case Rep.* 2023; 9(1): 20220059
2. Gupta S, Hidalgo J, Singh B, Iyer A, Yang Y, Short A et al. Usage of Direct Acting Oral Anticoagulants in Cirrhotic and Non-Cirrhotic Portal Vein Thrombosis: A Systematic Review. *Cureus.* 2021; 13(8): e16922
3. Park J, Chong T, Awwal TA, Aslam HM, Wallach SL. A Case of Idiopathic Portal Vein Thrombosis in an Immuno-competent Female. *Cureus.* 2021; 13(10): e18817
4. Metawea M, El Wazzan D, El-Shendidi A. Significance of altered anticoagulant proteins and D-dimer in cirrhotic portal vein thrombosis: relation to the degree of liver dysfunction. *Clin Exp Hepatol.* 2022; 8(3): 233-42
5. Borazjani R, Seraj SR, Fallahi MJ, Rahmanian Z. Acute portal vein thrombosis secondary to COVID-19: a case report. *BMC Gastroenterol.* 2020; 20(1): 386
6. Natarajan V, John K, Jose D, Kalaiselvan P, Das AK. Portal Venous Thrombosis-Disseminated Tuberculosis in Rheumatoid Arthritis. *J Clin Diagn Res.* 2017; 11(6): OD08-OD10
7. Iwakiri Y, Trebicka J. Portal hypertension in cirrhosis: Pathophysiological mechanisms and therapy. *JHEP Rep.* 2021; 3(4): 100316
8. Oka N, Yoshida Y, Sugimoto T, Yorishima A, Masuda S, Hirata S. Portal Vein Thrombosis as a Cause of Undetermined Thrombocytopenia with Liver Dysfunction in a Patient with Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. *Intern Med.* 2023; 62(1): 123-7
9. Wei Q, Mei S, Fu Z, Wang X, Han C, Chen J et al. Preventive use of low molecular weight heparin in portal vein system thrombosis after splenectomy without portal hypertension. *Heliyon.* 2022; 8(12): e12482
10. Seedial SM, Mouli SK, Desai KR. Acute Portal Vein Thrombosis: Current Trends in Medical and Endovascular Management. *Semin Intervent Radiol.* 2018; 35(3): 198-202
11. Zou C, Li T, Long L, Liu L, Zhu J. Hereditary protein C deficiency with portal vein thrombosis in a Chinese male: A case report. *Exp Ther Med.* 2022; 24(6): 751
12. Odriozola A, Puente Á, Cuadrado A, Rivas C, Anton Á, González FJ et al. Portal Vein Thrombosis in the Setting of Cirrhosis: A Comprehensive Review. *J Clin Med.* 2022; 11(21): 6435
13. Tian Y, Qi X, Aljbri A, Xu K, Zhong H. Case Report: Pancreatic Neuroendocrine Tumor With Liver Metastasis and Portal Vein Thrombosis. *Front Oncol.* 2021; 11: 809129
14. Galante A, De Gottardi A. Portal vein thrombosis: an overview of current treatment options. *Acta Gastroenterol Belg.* 2021; 84(2): 327-32