

## **CO.58 Thromboses du système porte au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : analyse d'une cohorte médicale rétrospective du GETAID**

*C. Landman, S. Nahon, J. Cosnes, Y. Bouhnik, H. Brixi-Benmansour, G. Bouguen, J.-F. Colombel, G. Savoye, B. Coffin, V. Abitbol-Selinger, J. Filippi, D. Laharie, J. Moreau, M. Veyrac, P. Marteau, GETAID*

*Montfermeil, Paris, Clichy-la-Garenne, Reims, Rennes, Lille, Rouen, Colombes, Nice, Pessac, Toulouse, Montpellier*

**INTRODUCTION :** Le risque de thrombose veineuse profonde est élevé au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) (1). Les données concernant les thromboses porto-mésentériques (TPM) sont rares, provenant surtout de séries chirurgicales. Le but de ce travail était de décrire les caractéristiques des TPM observées chez des malades atteints de MICI suivis dans des centres de référence.

**PATIENTS ET METHODES :** Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans 13 centres du GETAID, entre janvier 1995 et juin 2010. Les données suivantes ont été recueillies à partir d'un questionnaire standardisé : caractéristiques de la MICI, activité de la maladie au moment de la TPM, mode de révélation de la TPM, facteurs de thrombophilie, traitement anticoagulant et évolution de la TPM.

**RESULTATS :** Cinquante patients atteints de MICI (âge médian 39 ans, 29 hommes, 14 rectocolites hémorragiques et 36 maladies de Crohn) ont présenté une TPM dans la période de l'étude. Vingt-quatre (48%) patients avaient au moins un antécédent chirurgical : résection iléo-colique (n = 9, 18%), colectomie (n = 10, 20%), résections multiples du grêle (n = 8, 16%), chirurgie ano-périnéale (n = 3, 6%). La MICI était considérée comme active dans 64 % des cas (n = 32). Les circonstances de découverte de la TPM étaient les suivantes : fortuite (n = 19, 38%), au cours d'une complication de la MICI [sténose (n = 15) et/ou fistule (n = 5) ] (36%), tableau de thrombose aiguë symptomatique (n = 18, 36%) et contexte post-opératoire (n = 8, 16%) dans un délai médian de 1 mois après chirurgie. La TPM était localisée au niveau du tronc porte (n = 20, 40 %), d'une ou des deux branches portales (n = 24, 48 %), de la veine splénique ou du tronc splénomésaraïque (n = 16, 32 %) et de la veine mésentérique supérieure ou inférieure (n = 30, 50%). Un bilan de thrombophilie a été réalisé au moins partiellement dans 43 cas (86%), mettant en évidence des anomalies prothrombotiques dans 30% des cas (n = 13) : hyperhomocystéinémie (n = 8), syndrome des antiphospholipides (n = 4), déficit en protéine S (n = 2), déficit en protéine C (n = 1), mutation du facteur V Leiden (n = 1), mutation du gène du facteur II (n = 1), mutation de JAK2 (n = 1). Quarante-deux patients (84%) ont été traités par anticoagulants dont 45% au long cours (n = 19). Une reperméabilisation du tronc porte ou de ses branches étaient observés dans 62 % des cas (n = 26) ; 81% des cas (n = 21) de reperméabilisation ont été observés après thrombose aiguë.

**CONCLUSION :** Comme pour l'ensemble des complications thromboemboliques au cours des MICI, les TPM surviennent le plus souvent en cas de poussée de la maladie. Elles ne sont symptomatiques que dans moins d'un cas sur deux. Un bilan de thrombophilie est indispensable (car positif dans 1/3 des cas). Un traitement anticoagulant est nécessaire notamment en cas de thrombose aiguë.

**REFERENCES:** Grainge MJ, West J, Card TR. Venous thromboembolism during active disease and remission in inflammatory bowel disease : a cohort study. *Lancet*. 2010 ; 375 : 657-63.