



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Thrombose intracardiaque au cours d'une maladie cœliaque

Intracardiac thrombosis during celiac disease

N. Ghannouchi Jaafoura*, A. Atig, A. Bouker, O. Alaoua,
E. Ben Jazia, M. Khalifa, F. Bahri

Service de médecine interne, CHU Farhat-Hached, 4000 Sousse, Tunisie

Reçu le 24 janvier 2013 ; accepté le 20 novembre 2013

MOTS CLÉS

Maladie cœliaque ;
Thrombus
intracardiaque ;
Myxome ;
Thrombophilie

KEYWORDS

Celiac disease;
Intracardiac
thrombus;
Myxoma;
Thrombophilia

Résumé Des événements thrombotiques sont fréquemment rapportés au cours de la maladie cœliaque. Ces thromboses sont souvent de siège insolite et touchent essentiellement les veines hépatiques. La survenue de thrombose intracardiaque au cours de la maladie cœliaque n'a jamais été décrite. Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 32 ans, suivi pour maladie cœliaque avec mauvaise observance du régime sans gluten, et qui a présenté un accident vasculaire cérébral ischémique révélant un thrombus intracardiaque simulant à l'imagerie un myxome multiple. L'examen anatomopathologique de la pièce de résection a permis de rétablir le diagnostic. Le bilan de thrombophilie a révélé un déficit profond en protéines C et S. L'évolution était favorable sous traitement anticoagulant et régime sans gluten.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Thrombotic events occurring in the course of celiac disease are frequently reported in the literature. The localization is often unusual, mainly affecting the hepatic veins. To our knowledge, this is the first report of intracardiac thrombosis occurring in a patient with celiac disease. A 32-year-old patient with celiac disease adhered poorly to his gluten-free diet. He suffered an ischemic stroke revealing an intracardiac thrombus, which, on radiological imaging, simulated a multiple myxoma. Histological examination of the resected tumor enabled the correct diagnosis. Biological findings revealed severe protein C and S deficiency. The patient improved with anticoagulant therapy and gluten-free diet.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Des événements thrombotiques ont été rapportés au cours de la maladie cœliaque (MC), entéropathie inflammatoire chronique auto-immune provoquée par un antigène alimentaire, la gliadine du gluten et responsable d'un syndrome de

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : neirouz.ghannouchi@rns.tn
(N. Ghannouchi Jaafoura).

malabsorption [1]. Les localisations les plus décrites intéressent les veines hépatiques, réalisant un syndrome de Budd-Chiari, ou le tronc porte [2]. Nous rapportons une observation inédite de thrombose intracardiaque en association à une MC en poussée, simulant un myxome multiple.

Observation

Un homme de 32 ans, sans antécédents familiaux, était suivi depuis avril 2010 pour un diabète de type I et une maladie cœliaque diagnostiquée devant des diarrhées chroniques avec syndrome de malabsorption biologique, une sérologie cœliaque positive (anticorps anti-endomysium et anticorps anti-transglutaminase) et une atrophie villositaire totale aux biopsies duodénales. Un régime sans gluten (RSG) était instauré mais le patient l'interrompait au bout de quelques mois. En septembre 2010, le patient était hospitalisé pour exploration d'une dysarthrie avec lourdeur de l'hémicorps gauche plus accentuée au niveau du membre supérieur. On retrouvait à l'interrogatoire, un épisode similaire spontanément résolutif un mois auparavant. À l'examen physique, le patient était apyrétique. La fréquence respiratoire était à 18 cycles/min et la pression artérielle à 130/85 mmHg. L'examen neurologique retrouvait une hémiparésie gauche avec participation faciale. L'auscultation cardiaque mettait en évidence un souffle systolique au foyer mitral d'intensité modérée. Le reste de l'examen physique était sans particularité. Le diabète était déséquilibré avec glycémie à jeun à 10 mmol/L et HbA_{1c} à 12 %, la vitesse de sédimentation était élevée à 65 mm à la première heure. L'hémogramme notait une anémie par carence martiale à 8,2 g/dL d'hémoglobine, une lymphopénie à 600 éléments/mm³ sans leucopénie et des plaquettes à 426 000 éléments/mm³. Un syndrome de malabsorption biologique était manifeste avec une calcémie à 1,83 mmol/L, une cholestérolémie à 3,3 mmol/L, une hypoalbuminémie à 14,9 g/L, une hypoprotidémie à 45 g/L, une hypogammaglobulinémie à 6,8 g/L et un taux de prothrombine spontanément bas à 41 %. La sérologie cœliaque était positive. La fonction rénale était normale et il n'y avait pas de cytolysé ou de cholestase. Le scanner cérébral montrait une hypodensité cortico-sous-corticale dans le territoire de l'artère sylvienne droite en faveur d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique récent. Dans l'enquête étiologique de cet AVC, chez un jeune homme de 32 ans, et devant la présence d'un souffle à l'auscultation cardiaque, une échographie cardiaque transthoracique était réalisée (Fig. 1) montrant une masse oblongue, hétérogène, d'aspect polypoïde, mobile et s'insérant au niveau de la partie basse du septum intra-atrial qui bombait dans l'oreillette gauche et s'étendait en regard de la valve tricuspide. On notait également la présence de deux petites masses sur chacune des valves mitrales au niveau de leur face auriculaire, d'aspect hétérogène et polypoïde avec un caractère mobile de la masse insérée sur la petite valve mitrale. Un myxome multiple était fortement évoqué et un complément par une imagerie par résonance magnétique du cœur avait réconforté cette hypothèse en montrant un processus expansif au niveau de l'oreillette droite, mesurant 30 × 16 mm, polylobé, ovoïde, de signal hétérogène, en hyposignal sur la séquence T1, hypersignal sur la séquence T2 et se déplaçant au cours du

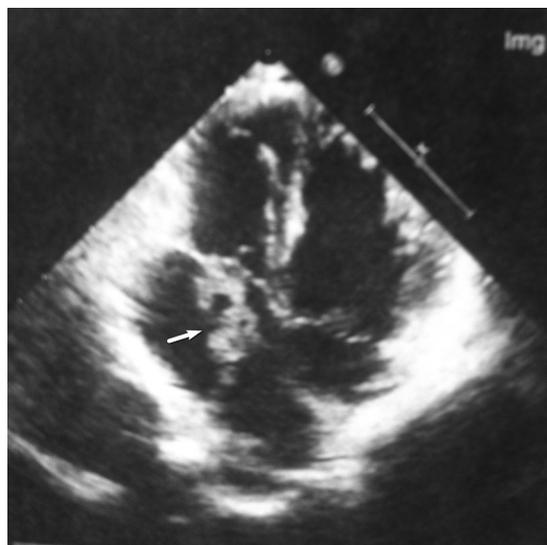


Figure 1 Échographie cardiaque transthoracique: masse polylobée au niveau de l'oreillette droite.
Transthoracic echocardiography: lobulated mass in the right atrium.

cycle cardiaque (Fig. 2 et 3). Par ailleurs, une échographie abdominale était pratiquée, montrant la présence d'un cavernome porte extensif intéressant les veines portes intra-hépatiques et la veine porte principale et s'étendant aux veines mésentérique et splénique. Il existait aussi de multiples infarctus spléniques récents, visibles également à l'IRM (Fig. 4). Un traitement anticoagulant par énoxaparine à dose curative était instauré et un traitement chirurgical était proposé avec résection de la tumeur emportant sa base d'implantation. L'examen anatomopathologique concluait à un thrombus fibrino-cruorique de l'oreillette droite. Il s'agissait donc d'un thrombus intracardiaque compliqué d'AVC ischémique et d'infarctus spléniques avec découverte fortuite d'un cavernome porte survenant au cours d'une MC en poussée. La reprise de l'interrogatoire n'avait

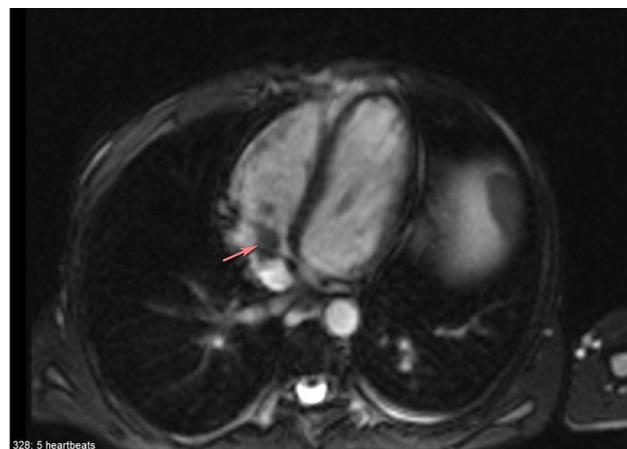


Figure 2 IRM cardiaque : coupe 2-cavités—processus expansif au niveau de l'oreillette droite polylobé en hyposignal T1 mobile en ciné-IRM.
Cardiac MRI: two-cavity slice—mobile lobulated mass in the right atrium on the cine-MRI.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2974724>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2974724>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)