

La thrombose de la veine ovarienne du post-partum; une complication rare pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel.

D. Benrahhal, S. Jayi, FZ. Fdili Alaoui, Y. belhaj ,H. Chaara, A. Melhouf

Centre Hospitalier Hassan II, Service de Gynécologie et Obstétrique II, Fès, Maroc

Abstract: La thrombose de la veine ovarienne (TVO) est une complication rare du post-partum. Elle peut simuler différents tableaux cliniques En raison de sa faible incidence et d'un tableau clinique non spécifique, il s'agit d'une étiologie rarement évoquée . Auparavant diagnostiquée lors d'une laparotomie exploratrice , la progression des techniques d'imagerie depuis 50 ans a rendu le diagnostic plus précoce et moins invasif. La TVO peut dans certains cas mettre en jeu le pronostic vital maternel en raison de son extension à la veine cave inférieure et au risque d'embolie pulmonaire. Il semble donc essentiel de ne pas méconnaître le diagnostic. Une patiente de 31 ans a présenté à J13 du post partum, suite à un accouchement par voie haute et une anamnèse infectieuse positive, une douleur pelvienne évoluant dans un contexte fébrile. Devant une suspicion clinique et biologique d'endométrite, nous avons réalisé une échographie abdominopelvienne qui était normale. Le complément par scanner abdominale, a objectivé une thrombose de la veine ovarienne (TVO) à droite remontant jusqu'à la veine cave inférieure. Le traitement médical était basé essentiellement sur les anticoagulants. L'évolution était favorable.

A travers l'analyse de cette observation et les données de la littérature, nous mettons le point sur les différents aspects de cette pathologie.

Keywords : *Thrombophlébite, Veine ovarienne, Fièvre, Post-partum*

1. INTRODUCTION :

La thrombose de la veine ovarienne (TVO) est une complication rare du post-partum. L'incidence varie entre 0,05 à 0,18 % des accouchements, soit 1/2000 à 1/600 naissances.

La TVO peut dans certains cas mettre en jeu le pronostic vital maternel en raison de son extension à la veine cave inférieure [8] et au risque d'embolie pulmonaire. Il semble donc essentiel de ne pas méconnaître le diagnostic.

Elle peut simuler différents tableaux cliniques : une appendicite, une endométrite, une torsion de kyste ovarien, un abcès tubo-ovarien, une colique néphrétique ou une pyélonéphrite aiguë, etc . Son diagnostic est rendu facile par l'écho-doppler, la tomomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Le risque majeur est l'embolie pulmonaire, d'où l'importance d'un diagnostic précoce pour la mise en route d'un traitement efficace. Le traitement est essentiellement médical basé sur les anticoagulants, la chirurgie étant réservée aux formes compliquées

2. CAS CLINIQUE :

Patiente âgée de 31ans, FAF, G2P2 (G1: accouchement par voie basse il y a 6ans sans incidents ; G2 : accouchement par voie haute pour un état fœtal non rassurant sur chorio-amnionite sur une grossesse de 32SA+6j donnant naissance à un fœtus de 1kg900 suites de couche sans particularités, sortie sous antibiothérapie + anticoagulation préventive bien observante

Reconsulte a J+13 du post partum pour fièvre chiffrée a 39,4 + douleurs abdomino-pelviennes du post-partum évoluant depuis 48H Examen clinique trouve : une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire conjonctives: normo-colorées; tachycarde a 100b/min, température a 39.4

Examen gynécologique : Plaie de césarienne propre ; Speculum : présence de leucorrhées fétides de moyenne abondance, pas de métrorragies

TV : Utérus augmenté de taille associé à une douleur à la mobilisation utérine

Au bilan biologique : Hb=9.4g/dl ; Leucocytes =14880 ; CRP=143 ; PV : positif a E.coli sensible à la céphalosporine 3eme génération ; hémoculture et ECBU négatifs

Une échographie pelvienne a été réalisée objectivant un utérus augmenté de taille de contours réguliers siège d'une hématométrie sans image de rétention, les 2 ovaires sont visibles sans anomalies, absence d'épanchement

Une hospitalisation a été indiquée avec antibiothérapie adaptée et surveillance clinique et biologique de la patiente

Au cours de la surveillance la patiente s'est améliorée sur le plan clinique pendant 2 jours après l'introduction de l'antibiothérapie puis a gardé un plateau fébrile a 38.7 avec douleur abdominopelvienne et vomissement indiquant la réalisation d'une TDM-

Abdomino-Pelviennne objectivant un défaut d'opacification total de la veine ovarienne droite étendu depuis son émergence jusqu'au son abouchement au niveau de la veine cave inferieure, cette veine est très dilatée avec rehaussement de sa paroi après injection du PC en rapport avec une thrombose aigue totale. Appendice mesurée a 8mm noyé dans une importante infiltration péri-ovarienne postérieure homolatérale d'allure réactionnelle

La patiente a été mise sous anticoagulation curative ainsi qu'une antibiothérapie avec une amélioration spectaculaire de sa symptomatologie ainsi que du bilan biologique

3. DISCUSSION :

Physiopathologie :

Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de la TVO ne sont pas clairement établis. Néanmoins, comme toute phlébite, la triade de Virchow décrite en 1856 serait à l'origine de cette complication. Elle associe 3 facteurs :

- un état d'hypercoagulabilité lié à l'augmentation de la production de certains facteurs pro-coagulants inhérente à toute grossesse et qui se poursuit jusqu'à 6 semaines dans le post-partum avec un pic au 4e jour. Cet état d'hypercoagulabilité peut être lié à des mutations congénitales de facteurs de la coagulation (déficit en protéine C et protéine S, mutation du facteur V Leiden) prédisposant à la survenue d'une TVO. Cette tendance ne se retrouve pas chez notre patiente puisqu'elle n'avait pas de thrombophilie connue
- une stase veineuse qui est la conséquence de la dilatation des veines ovariennes pendant la grossesse associée à un ralentissement du flux sanguin survenant dans le post-partum immédiat ;
- une altération de la paroi veineuse pouvant résulter soit d'un traumatisme direct occasionné par une césarienne ou une extraction instrumentale, soit d'un traumatisme indirect via une infection endo-utérine. En effet, une endométrite est associée à une TVO dans 67 % des cas par Dunnihoo et al. et dans 45 % des cas pour Brown et Munsick. Notre patiente avait bénéficié d'une césarienne pour état fœtal non rassurant sur chorio-amniotite ainsi que le PV réalisé à l'admission était positif à E.Coli

Localisation :

La TVO du post-partum concerne le plus souvent la veine ovarienne droite. Les chiffres rapportés sont de 80 % de lésion droite, 6 % de lésion gauche et 14 % d'atteinte bilatérale. Chez notre patiente l'atteinte de la veine ovarienne droite a été confirmé par une TDM étendu jusqu'à la veine cave inferieure

Cette prédominance pour le côté droit s'explique par des raisons anatomiques qui sont, d'une part, la dextro-rotation de l'utérus gravide qui comprime le ligament lombo-ovarien contre le promontoire et, d'autre part, par l'existence d'un flux rétrograde au niveau de la veine ovarienne gauche la protégeant d'une infection ascendante tandis que le flux reste antérograde à droite.

Clinique :

La TVO survient généralement dans le premier mois suivant l'accouchement mais les symptômes initiaux se manifestent le plus souvent lors de la première semaine et en moyenne au 4e jour

Le diagnostic est parfois difficile à poser en raison de la symptomatologie souvent trompeuse et aspécifique la présentation clinique de la TVO du post-partum est habituellement marquée par des douleurs abdominopelviennes dans un contexte fébrile. Dans son article de 2012, Meuwly rapportait 80 % de fièvre et 55 % de douleurs pelviennes chez les patientes porteuses d'une TVO du post-partum. Les douleurs décrites par les patientes sont classiquement latéralisées à droite mais peuvent également être diffuses, non systématisées voire siéger en fosse lombaire traduisant alors une compression urétérale par la veine thrombosée . La fièvre est souvent importante avec un pic de température au-delà de 39 °C qui chute à la mise en route du traitement antibiotique et qui reprend deux à trois jours plus tard en raison de la suppuration de la veine thrombosée. Cette fièvre peut osciller et durer plusieurs jours avant que le diagnostic soit posé. Peuvent s'associer des troubles du transit ainsi que des nausées et vomissements voire un iléus réflexe le cas de notre patiente.

L'examen clinique peut retrouver une masse caractéristique à la palpation abdominale et le toucher vaginal peut mettre en évidence un cordon veineux induré et douloureux au niveau d'un cul-de-sac vaginal correspondant à la veine ovarienne thrombosée et à l'infiltration inflammatoire qui l'accompagne

Biologie

Les examens biologiques standard réalisés mettent généralement en évidence un syndrome inflammatoire biologique aspécifique caractérisé par une HLPNN et une élévation de la CRP, ce qui était le cas chez notre patiente. Dans ce contexte fébrile, la recherche de germes est importante pour cibler l'antibiothérapie. Des prélèvements bactériologiques sont donc recommandés comportant un PV, un ECBU et des hémocultures. Les résultats sont le plus souvent stériles mais dans le cas contraire un E. coli est fréquemment retrouvé. Chez notre patiente un PV est revenue positif à E.Coli tandis que l'ECBU et les Hémocultures sont revenus négatifs

Imagerie

Le diagnostic de TVO du post-partum a bénéficié des progrès de l'imagerie avec l'apport de l'échographie, de la tomодensitométrie (TDM) abdominale et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

L'échographie couplée au Doppler couleur a l'avantage d'être un examen simple, non invasif, peu onéreux, facilement disponible et permettant le diagnostic positif. Pour ces raisons, elle serait pour certaines équipes l'examen à réaliser en première intention. La veine ovarienne thrombosée y apparaît sous la forme d'une image rétro péritonéale latéro-cave, cylindrique, hypo-échogène. Au Doppler couleur, la vitesse du flux est réduite voire absente au niveau de la lumière du vaisseau. Depuis les années 1980 et la description par Zerhouni et al. de critères scannographiques précis, les équipes disposent de la TDM pour poser le diagnostic de TVO. Trois critères sont requis pour établir ce diagnostic, à savoir :

- la présence d'un élargissement de la veine ovarienne thrombosée ;
- une hyperdensité ou hypodensité intra-luminale spontanée selon l'ancienneté du thrombus ;
- un renforcement de la paroi du vaisseau (image en « cible »).

La TDM présente un intérêt dans l'évaluation des diagnostics différentiels entrant en considération dans les tableaux d'abdomen aigu mais a pour limites la nécessité d'injection d'un produit de contraste et son caractère irradiant.

L'utilisation de l'IRM dans le diagnostic de TVO du post-partum remonte à 1986. Elle apporte des informations comparables à la TDM avec l'inconvénient de son coût et de sa faible disponibilité.

À l'heure actuelle, tous les auteurs s'accordent sur la supériorité de la TDM par rapport aux autres techniques d'imagerie pour affirmer le diagnostic positif. Les sensibilités et spécificités de ces différentes techniques pour le diagnostic de TVO du post-partum selon Twickler et al sont résumées dans

	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Échographie-Doppler	50	100
TDM	100	99
IRM	92	100

Tableau : Sensibilité et spécificité des techniques d'imagerie pour le diagnostic de thrombose de la veine ovarienne (TVO) selon Twickler et al

Traitement :

Auparavant, la prise en charge thérapeutique était chirurgicale et reposait sur une laparotomie avec incision du thrombus et ligature de la veine ovarienne impliquée. Cette prise en charge était grevée d'une morbidité significative. Dans les années 1970, Brown et Munsick ont développé une prise en charge médicale de la TVO du post-partum et aujourd'hui, le traitement standard repose sur l'association d'une anticoagulation à dose curative et d'une antibiothérapie.

Il n'existe pas dans la littérature de consensus sur la durée du traitement anticoagulant. La réponse moyenne à ce traitement est estimée à 144 heures, soit environ 6 jours. Magee et al. recommandent la réalisation d'une TDM de contrôle montrant la régression du thrombus avant d'envisager l'arrêt des anticoagulants afin de prévenir les complications thromboemboliques et la maladie post-phlébitique. De façon habituelle, l'anticoagulation est prescrite pour une durée de 3 à 6 mois avec initialement de l'héparine puis un relais par anti-vitamine K.

L'antibiothérapie doit être à large spectre et doit cibler en premier lieu les bactéries identifiées chez la patiente (PV, ECBU, hémocultures), le plus souvent les germes anaérobies et les bacilles Gram négatifs. Elle est initialement intraveineuse puis orale dès l'obtention de l'apyrexie. La durée de traitement est empirique, généralement pendant 2 à 3 semaines.

Évolution et complications

Grâce à la précocité du diagnostic depuis le développement des techniques d'imagerie, l'évolution est en général rapidement favorable sous traitement médical avec régression rapide de la symptomatologie et amélioration clinique. L'apyrexie est obtenue en 48 à 72 h parallèlement à la régression des douleurs.

Néanmoins, la TVO peut menacer le pronostic vital par le biais d'un choc septique ou d'une extension de la thrombose en particulier aux veines rénales, à la VCI et aux veines pulmonaires entraînant ainsi l'embolie pulmonaire tant redoutée. Dans leur étude, Dunnihoo et al. rapportent 13,2 % d'embolies pulmonaires secondaires à une TVO avec 4,4 % de décès maternels. Il en est de même pour Ortin et al. D'autres études rapportent des taux de 33 %. Chez notre patiente une amélioration clinique et biologique a été objectivée à 48h de l'introduction de l'anticoagulation curative

4. CONCLUSION :

La TVO est rare. Elle survient le plus souvent dans le postpartum immédiat. Elle pose un problème diagnostique avec d'autres pathologies chirurgicales. L'imagerie permet le plus souvent de confirmer le diagnostic. En raison de sa gravité potentielle, tout urgentiste doit y penser et éliminer ce diagnostic afin d'éviter une chirurgie inutile et de démarrer une thérapeutique adéquate à temps.

5. REFERENCES:

1. Kominarek MA, Hibbard JU. Postpartum ovarianveinthrombosis: an update. *ObstetGynecolSurv.*2006;61(5):337-42.
2. Meurette G, Marret O, Léauté F et al. Thrombose de la veine cave inférieure par thrombose de la veine ovarienne droite. *Ann Chir.*2003;128(5):329-32.
3. Khelifi A, Kebaili S. Thrombophlébite de la veine ovarienne: une urgence à ne pas méconnaître. *Imagerie de la Femme.* 2010 ;20(3), 165-168.
4. Desmots F, Cournac JM, Caze N, Morand G et al. Thrombose de la veine ovarienne : une cause rare de douleur abdominale fébrile. 65e Congrès français de médecine interne, Clermont-Ferrand, 14-15 et 16 juin 2012 / *La Revue de médecine interne.* 2012;33(S1), 98-99.
5. Rault S, Anjar A, Keller E. Thrombose de la veine ovarienne droite remontant jusqu'à la veine cave inférieure dans le postpartum. *GynecolObstetFertil.* 2007;35(7-8):658-61.
6. Bandaly F, Chaar J et al. Thrombophlébite de la veine ovarienne du postpartum: une urgence à ne pas méconnaître. *J EurUrg.* 2008;21(4) :134-137.
7. Quarello E, Desbriere R et al. Thrombophlébite de la veine ovarienne du post-partum : à propos de cinq cas et revue de la littérature. *J GynecolObstetBiolReprod (Paris).* 2004;33(5): 430-440.
8. Wiggermann P, Stroszczyński C. Ovarian-vein thrombosis. *N Engl J Med.* 2011; 364(16):1544.
9. Witlin AG, Sibai BM. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report of 11 cases. *ObstetGynecol.*1995;85(5 Pt 1):775-80.
10. Hafsa C, Golli M et al. Une cause de fièvre du post-partum : la thrombophlébite de la veine ovarienne. *Ann Fr AnesthReanim.*2006; 25(3): 286-290.
11. El harrech Y, Janane A et al. Le syndrome de la veine ovarienne à propos de 4 cas . *J Maroc Urol.*2006;3: 22-26.
12. Stafford M, Fleming T, Khalil A. Idiopathic ovarian vein thrombosis: a rare cause of pelvic pain: case report and review of literature. *Aust N Z J ObstetGynaecol.* 2010;50(3):299-301.