

Thrombose de la veine ovarienne droite révélée par un syndrome sub-occlusif abdominal

Thrombosis of the right ovarian vein revealed by abdominal sub-occlusive syndrome.

Djibril M A^{1,2}, Balaka A^{1,2}, Baragou S^{2,3}, Tchamdja T^{1,2}, Djagadou K A^{1,2}, Ilboudo A⁴, Bagbila A⁴, Agbeta A^{1,2}, Ouedraogo S M^{4,5}

1) Service de Médecine Interne, CHU Sylvanus Olympio,

2) Université de Lomé, faculté de science de la santé (FSS),

3) Service de cardiologie CHU Sylvanus Olympio,

4) Service de médecine interne, CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso

5) Université polytechnique de Bobo-Dioulasso, Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA)

Résumé

La thrombose de la veine ovarienne (TVO) est une pathologie rare survenant généralement dans le post partum. Son incidence en dehors du post partum n'est pas connue. Nous avons rapporté un cas de TVO chez une patiente de 29 ans au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, sous oestroprogestatif depuis 8 ans. Il s'agit d'une TVO révélée par un syndrome subocclusif abdominal non fébrile associé à un syndrome inflammatoire biologique. Devant une aérogrélie diffuse à l'abdomen sans préparation un iléus paralytique a été évoqué. La tomodensitométrie abdominale faite à la recherche d'un infarctus mésentérique a conduit à une découverte fortuite d'une thrombose de la veine ovarienne droite. Le diagnostic de TVO avec iléus reflexe a été retenu. Un traitement anticoagulant a permis une amélioration du tableau clinique.

Mots clés : Thrombose, ovaire, douleur abdominale.

Summary

Ovarian vein thrombosis (OVT) is a rare condition usually occurring in the postpartum. Its incidence out of postpartum condition is not known. We reported one case of OVT in a 29 year-old patient at the Sylvanus Olympio CHU in Lomé. She was under oestroprogestative for 8 years. The clinical presentation of the OVT was an abdominal subocclusive syndrome without fever, associated with a biological inflammatory syndrome. The abdominal X Ray objectified a diffuse gas in the small intestine and direct to a paralytic ileus diagnosis. The abdominal CT Scan performed to confirm a mesenteric infarction led to a fortuitous discovery of a thrombosis of the right ovarian vein. The diagnosis of OVT with reflex ileus was set up. An anticoagulant treatment has improved the clinical presentation.

Keywords: Thrombosis, ovary, abdominal pain.

Introduction

La thrombose veineuse ovarienne (TVO) est une pathologie rare, survenant généralement dans la période du post-partum [1]. Son incidence en dehors du post partum n'est pas connue [1]. Sa gravité réside dans l'extension de la thrombose dans la veine cave inférieure avec risque d'embolie pulmonaire qui compromet le pronostic vital. Les signes cliniques sont peu spécifiques et trompeurs. Le diagnostic, repose actuellement sur les nouvelles données de l'imagerie en coupe en particulier la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique.

Le traitement est essentiellement médical reposant sur l'association d'une antibiothérapie adaptée et d'une héparinothérapie à dose curative. La chirurgie est réservée aux formes compliquées [2].

Nous rapportons un cas de TVO découverte fortuitement à l'occasion d'un syndrome sub-occlusif abdominal

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 29 ans, multi geste et multipare, sous contraception oestroprogestatif depuis 8 ans, hospitalisée le 12/02/2015 à la clinique médico chirurgicale du CHU-SO pour un syndrome douloureux abdominal sur terrain de trait drépanocytaire S.

Le début de la symptomatologie était marqué par des douleurs abdominales de siège périombilical, d'intensité modérée, à type de torsion dans un contexte non fébrile, associées à des vomissements alimentaires. Elle fut hospitalisée dans un centre de santé périphérique où la fibroscopie œsogastroduodénale faite a permis de noter une gastrite congestive, purpurique et pavimenteuse, inflammatoire et ulcérate aigue à la fibroscopie oesogastro-duodénale. Le traitement de l'ulcère avec éradication de l'helicobacter pylori associant omeprazol, métronidazol et amoxicilline a été institué. L'irradiation de la douleur à tout l'abdomen, associée à la défense périombilicale avec arrêt isolé des matières motiva une consultation à la clinique médico-chirurgicale du CHU Sylvanus Olympio. L'examen a noté un état général conservé, un syndrome d'irritation péritonéale, sans fièvre.

Une péritonite par perforation gastrique a été évoquée. Une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) réalisée n'a montré ni d'image de grisaille diffuse ni de pneumopéritoine. Néanmoins elle notait une aérogrélie diffuse témoins d'un iléus paralytique. L'hémogramme a permis de noter une hyperleucocytose ($12300/\text{mm}^3$) à prédominance neutrophile. La vitesse de sédimentation globulaire était très accélérée : 108 mm à la 1^{ère} heure. L'hypothèse d'un infarctus mésentérique a été évoquée et une TDM abdominale a été réalisée. Elle a mis en évidence une thrombophlébite de la veine ovarienne droite (fig1) compliquée d'un iléus reflexe.

Le dosage de la protéine S, C et la recherche des anticorps anti phospholipides à la recherche d'une thrombophilie n'ont pu être réalisées à cause de l'insuffisance du plateau technique.

Un traitement anticoagulant à base d'énoxaparine (1mg/kg/jr) relayé par du fluindione a été institué avec la surveillance du taux de plaquette après une semaine, qui était normal. Le traitement de la gastrite avec l'éradication de l'helicobacter pylori a été poursuivi.

L'évolution était marquée par une reprise du transit 24h après la mise sous traitement et un amendement complet des douleurs abdominales après 5 jours de traitement. La patiente est sortie sous fluindione pour une durée totale de traitement de 6 mois.

Discussion

La TVO est une pathologie rare décrite pour la première fois par Austin en 1956 [3]. Elle survient très souvent dans le post-partum [3]. Toutefois, elle peut survenir dans d'autres circonstances : au cours des maladies inflammatoires du pelvis, des tumeurs gynécologiques, après la chirurgie pelvienne, lors de sepsis, lors d'état d'hypercoagulabilité ou même parfois sans cause sous-jacente [1,3,4]. La thrombose veineuse ovarienne surviendrait plus volontiers chez la multipare [5], avec une parité moyenne de 2,5 et un âge moyen de 25 ans [2]. Sa localisation est le plus souvent à droite, comme chez notre patiente, s'expliquant par la compression de la veine ovarienne droite par un volumineux utérus dextroversé et l'existence d'un flux antérograde dans la veine ovarienne droite alors qu'il est rétrograde dans la gauche [6,7]. Elle peut être aussi bilatérale. Ourab-Rachedi et al [8] avaient décrit deux cas de thrombophlébite bilatérale des veines ovariennes de découverte fortuite. Il s'agissait de 2 patients hospitalisés respectivement pour une maladie de Crohn et pour une tuberculose péritonéale splénique et ganglionnaire. Le tableau clinique initial est souvent non spécifique, ce qui expliquerait, dans le passé, l'importante fréquence des découvertes opératoires, les techniques d'imagerie n'étant pas aussi précises qu'actuellement [2].



Fig 1 : thrombose veine ovarienne droite patiente 29 ans (service imagerie Chu Sylvanus Olympio) Coupe axiale TDM abdominale en temps veineux montrant la veine ovarienne droite dilatée, avec un thrombus endoluminal sous forme de lacune hypodense (flèche rouge) et la veine ovarienne gauche d'aspect normale (tête de flèche bleue)

Les manifestations digestives de la TVO sont représentées par des nausées, des vomissements, un ténésme et une épreinte (par atteinte du plexus veineux rectal), un iléus réflexe, voire une douleur abdominale. Ces signes peuvent intéresser la fosse iliaque (droite le plus souvent) et/ou la fosse lombaire et l'angle costo-vertébral et aboutir à un tableau abdominal chirurgical avec une défense et une irritation péritonéale. La pollakiurie (par atteinte du plexus veineux vésical) est également souvent associée. Ainsi la TVO peut simuler une appendicite, une pyélonéphrite, un abcès tuboovarien ou une torsion d'annexe. Parfois, la symptomatologie est celle d'une colique néphrétique inaugurale par compression urétérale extrinsèque, pour laquelle l'urologue pourra être consulté [9]. La première description d'un tel tableau urologique est celle de SCHAPIRA en 1974 [10]. Le cas de notre patiente est un tableau d'irritation péritonéale. Il peut exister un iléus réflexe, comme c'est le cas chez notre patiente qui au plan sémiologique a présenté une douleur abdominale avec arrêt de matières sans arrêt de gaz, responsable de sensations nauséuses, de vomissements [11]. Devant la non spécificité de la symptomatologie clinique, la réalisation des examens paracliniques est importante pour retenir un diagnostic. L'échographie-doppler peut retrouver une image rétropéritonéale latérocave, cylindrique, hypoéchogène, correspondant à une volumineuse veine ovarienne [12], alors qu'en temps habituel, celle-ci n'est pas visualisée car de trop petit calibre [13]. Il s'agit d'un examen d'une innocuité complète, dont la réalisation est en général aisée et rapide en pratique courante, donc dans le contexte de l'urgence. Il est d'une grande utilité pour le suivi des patients sous traitement, bien que ses principales limites soient le caractère opérateur-dépendant et les difficultés d'exploration en cas de météorisme. Les images classiques scannographiques (TDM) ont été bien décrites par Dunnihoo [14] : aspect de volumineuse veine ovarienne dilatée dont les parois se réhaussent après injection intraveineuse de produit de contraste, avec une lumière centrale qui apparaît hypodense [15]. Il peut exister un aspect d'infiltration graisseuse d'origine inflammatoire, siégeant au contact de la veine ovarienne, en arrière de la gouttière pariéto-colique droite, pouvant simuler un processus tumoral. La présence d'une hypodensité gazeuse à l'intérieur du thrombus signe le caractère septique de l'affection [16]. L'imagerie par résonance magnétique donne des informations comparables à celles de la TDM [13, 17, 18] mais peut préciser, en plus, quelle est l'ancienneté des thrombi, grâce aux propriétés ferromagnétiques de l'hémoglobine. Elle donne également des informations concernant les flux sanguins (ralentis ou non) [16] et explore particulièrement bien la veine cave inférieure, notamment pour s'assurer de sa vacuité ou pour préciser les limites d'un éventuel thrombus. L'étude de Twickler et al. a démontré que la TDM avait une meilleure sensibilité (100 %) comparé à l'IRM (92 %) et à l'écho-doppler (50 %) [7]. Mais l'écho-doppler reste un examen plus simple, moins coûteux et plus aisé pour surveiller la

reperméabilisation veineuse [19]. Pour des raisons économiques et afin d'éviter de faire à la fois l'écho-doppler et la TDM, cette dernière a été préférée en première intention pour le diagnostic chez notre patiente.

Notre patiente a reçu un traitement à base d'anticoagulant (enoxaparine 1mg/kg × 2/Jr) suivi d'un relais par un anti-vitamine K. Ce protocole thérapeutique a permis une disparition des signes cliniques au bout de 5 jours. Un protocole associant une antibiothérapie adaptée à large spectre et une anti coagulation par héparine à doses curatives (énoxaparine 1 mg/kg×2/jour) suivie d'un relais par anti-vitamine K pendant une durée minimum de six mois est utilisé dans les cas de thrombose veineuse ovarienne du post partum[20,21] à cause du risque très élevé d'embolie pulmonaire (13-25%) et de septicémie dans les TVO du post partum [1]. Certains auteurs préconisent une thrombectomie chirurgicale pour les thrombi à haut risque dans la veine cave inférieure et pour les cas d'embolie pulmonaire associée [20]. Une interruption par filtre cave temporaire peut être proposée dans le cas de thrombus flottant afin de prévenir l'embolie pulmonaire [7,21] Le rapport bénéfice/risque doit être évalué lorsque le filtre cave est positionné en sus-rénal, car il peut être responsable d'insuffisance rénale aiguë par extension du thrombus dans les veines rénales. Une ligature de la veine ovarienne incriminée est possible si le thrombus ne dépasse pas celle-ci, afin d'éviter le risque d'embolie [7,22]. Le traitement chirurgical est réservé aux patientes ayant une contre-indication au traitement médical ou présentant un thrombus flottant [23]. En outre la gastrite constituait une contre-indication relative au traitement anticoagulant à cause du risque hémorragique élevé. Mais un traitement antiulcéreux avec éradication d'helicobacter pylori a permis d'éviter un saignement gastrique.

Devant une thrombose veineuse un bilan de thrombophilie s'impose car il est anormal chez 50 % des patientes ayant présenté une TVO [24]. Nous avons donc demandé le dosage de la protéine S et C, de l'antithrombine III. Mais compte tenu de l'insuffisance du plateau technique, et des problèmes financiers de la patiente, ce bilan n'a pu être honoré. Néanmoins le traitement contraceptif à base d'oestroprogestatifs que la patiente reçoit depuis 08 ans a été le seul facteur favorisant la thrombose que nous avons pu retenir.

Conclusion

La TVO est rare. Elle pose le problème de diagnostic étiologique et de traitement d'urgence des douleurs abdominales aiguës pseudo-chirurgicales. L'imagerie permet le plus souvent de poser le diagnostic étiologique pour une prise en charge adéquate.

REFERENCES

- 1- Meuwly JY, Kawkabani-marchini A, Sgourdos G. Thrombose veineuse ovarienne. *Forum Med Suisse* 2012;12(7):144-8
- 2- Sappey O, Mollier S, Skowron O et al. Thrombophlébite puerpérale de la veine ovarienne révélée par une colique néphrétique. *Progrès en Urologie* 1999 ; 9 : 313-8
- 3- Chennana A, Kouach J, Akharraz A et al. Thrombose de la veine ovarienne au post-partum, révélée par un syndrome appendiculaire: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2015;21:187
- 4- Desmots F, Cournac JM, Caze N et al. Thrombose de la veine ovarienne : une cause rare de douleur abdominale fébrile. *Revue de médecine interne*. 2012; 33(S1): 98-9.
- 5- Munsik RA, Gillanders LA. A review of the syndrom of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 1981, 36, 57.
- 6- Kominarek MA, Hibbard JU. Postpartum ovarianveinthrombosis: an update. *Obstet Gynecol Surv*.2006;61(5):337-42.
- 7- Khlifi A, Kebaili S. Thrombophlébite de la veine ovarienne:une urgence à ne pas méconnaître. *Imagerie de la Femme*. 2010 ; 20(3) : 165-8.
- 8- Ourab-Rachedi C, Dahman N, Tibaoui S et al. Thrombophlébite bilatérale des veines ovariennes de découverte fortuite : à propos de 2 cas. *Journal des Maladies Vasculaires* 2014; 39 (5): 346-7
- 9- Toland KC, Pelander WM, Mohs SJ. Postpartum ovarian vein thrombosis presenting as ureteral obstruction: a case report and review of the literature. *J. Urol.*, 1993; 149: 1538-40.
- 10- Schapira HE, Mitty HA. Right ovarian vein septic thrombophlebitis causing ureteral obstruction. *J. Urol.*, 1974, 112, 451
- 11- Angel JL, Knoppel RA. Computed tomography in diagnosis of puerperal ovarian vein thrombosis. *Obstet. Gynecol* .1984; 63: 61-4
- 12- Ranchoup Y, Thony F, Dal Soglio S et al. Thrombophlébite puerpérale de la veine ovarienne avec extension cave inférieure: aspects en échographie, TDM et IRM. *J. Radiol*.1998 ; 79 : 127-31.
- 13- Scala PJ, Tubiana JM, Le Heuzey JY et al. Thrombose puerpérale de la veine ovarienne droite compliquée d'embolie pulmonaire : aspect clinique et radiologique à propos d'un cas. *Arch. Mal. Coeur*, 1992; 85: 367-71.
- 14- Dunninghoo DR, Gallaspy JW, Wise RB et al. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 1991; 46: 415-427.
- 15- Savader S, Otero RR, Savader BL. Puerperal ovarian vein thrombosis: evaluation with CT, US, and MR imaging. *Radiology*, 1988; 167: 637-639.
- 16- Ladeb MF, Abroug F, Atallah R et al. La thrombophlébite de la veine ovarienne. A propos de deux cas. *J. Radiol.*, 1989 ; 70 : 717-719.
- 17- Martin B, Mulopulos GP, Bryan PJ. MRI of puerperal ovarian vein thrombosis (case report). *A.J.R.*, 1986 ; 147 : 291-292.
- 18- Martin B, Tubiana JM, Habra A. IRM et thrombose post partum de la veine utéro-ovarienne. A propos d'un cas. *Ann. Radiol.*, 1988 ; 31: 351-4.
- 19- Hafsa C, Golli M. Une cause de fièvre du post-partum : la thrombophlébite de la veine ovarienne. *Ann Fr Anesth Reanim*.2006; 25(3): 286-90.
- 20- El Harrech Y, Janane A. Le syndrome de la veine ovarienne à propos de 4 cas. *J Maroc Urol*. 2006; 3: 22-6.
- 21- Stafford M, Flemin G T, Khalil A. Idiopathic ovarian vein thrombosis: a rare cause of pelvic pain: case report and review of literature. *Obstet Gynaecol*. 2010;50(3):299-301.
- 22- Bandaly F, Chaar J. Thrombophlébite de la veine ovarienne du postpartum: une urgence à ne pas méconnaître. *J Eur Urg*. 2008;21(4) :134-137.
- 23- Meurette G, Marret O, Léauté F. Thrombose de la veine cave inférieure par thrombose de la veine ovarienne droite. *Ann Chir*.2003; 128(5):329-32.
- 24- Wiggermann P, Stroszczyński C. Ovarian-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2011; 364(16):1544.