

THROMBOSE VEINEUSE OVARIENNE UNILATERALE EN DEHORS DU CONTEXTE POSTPARTUM : A PROPOS D'UN CAS

NZ RAKOTOMALALA¹, BS RASOANANDRIANINA¹, H RASATAHARIFETRA²,
M RAMAROKOTO¹, JA RANDRIAMBELOMANANA³

¹ Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

² Service de Chirurgie - Centre Hospitalier Universitaire Analakininina Tamatave

³ Faculté de Médecine d'Antananarivo

RESUME

La thrombose de la veine ovarienne est une pathologie rare et encore plus exceptionnel en dehors du contexte puerpéral. Nous rapportons le cas d'une femme présentant de nombreux facteurs de risque cardio-vasculaires venant consulté quatre ans après sa césarienne pour des douleurs aiguës de la fosse iliaque droite. La thrombose était mise en évidence par un scanner avec injection. Elle a reçu de fondaparinux relayé par une antivitamine K.

Mots clés: antivitamine, douleurs, fondaparinux, ovaire, risque, scanner, thrombose, veineuse,

SUMMARY

Ovarian vein thrombosis is a rare and more special out of context puerperal pathology. We report the case of a woman with many cardiovascular risk factors, viewed from four years after cesarean section for acute pain in the right iliac fossa. Thrombosis was diagnosed on the scanner injection. She received fondaparinux relayed by an antivitamin K.

Keywords: antivitamin K, pain, fondaparinux, ovary, risk, scan, thrombosis, venous.

Introduction:

La thrombose ovarienne est une pathologie rare, survenant généralement dans la période du post-partum. Elle peut toutefois survenir dans d'autres circonstances, comme les maladies inflammatoires du pelvis, les tumeurs gynécologiques, après la chirurgie pelvienne [1]. Nous rapportons un cas de thrombose ovarienne unilatérale en dehors de contexte post-partum afin d'en déterminer l'aspect physiopathologique, diagnostique et thérapeutique de cette pathologie.

Observation:

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, troisième pare, tabagique (183 paquets/année), venant consulté aux urgences gynécologiques pour des douleurs pelviennes à prédominance droite quasi-constantes depuis quatre ans mais devenaient de plus en plus intense et non calmées par les antalgiques habituels depuis une semaine. Elle était sous contraception oestroprogestative (VARNOLINE® continue) pendant cinq ans. Elle avait un antécédent de tachycardie supra-ventriculaire symptomatique et de césarienne trois fois pour bassin rétréci. Elle présentait une phlébite au niveau du mollet gauche six mois après la dernière césarienne, puis au niveau du mollet droit un an plus tard.

A l'admission, la patiente était apyrétique et elle avait une douleur avec défense au niveau de la fosse iliaque droite. L'examen gynécologique et l'échographie Doppler abdomino-pelvienne paraissaient normaux. L'examen biologique a montré une élévation du taux de D-Dimère à 0,64µg/ml. Le scanner abdomino-pelvien mettait en évidence une image tubulée évocatrice d'une thrombophlébite de la veine gonadique droite (Figure1). Un traitement antithrombotique par fondaparinux (ARIXTRA® 5mg/j pendant 14jours) relayé par un antivitamine K (AVK) à dose curative (PREVISCAN® 1cp/j) couplé par une surveillance régulière de l'INR toutes les 48 heures a été instauré. La patiente était sortie au troisième jour du traitement. Le contrôle scannographique réalisé après trois mois

était redevenu normal.

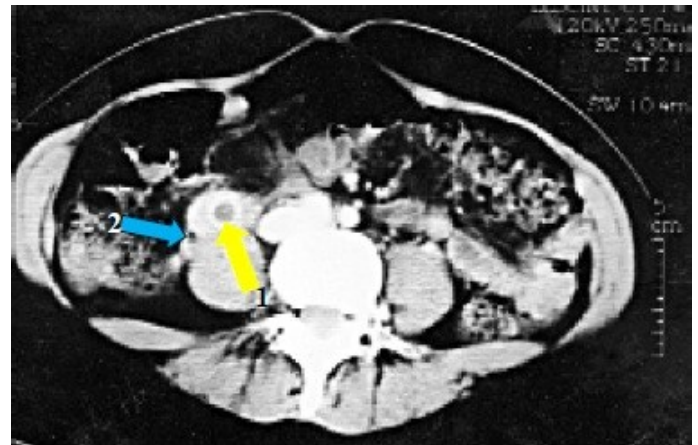


Figure 1: Image tomographique pelvienne montrant la localisation ovarienne de la thrombose veineuse (Diagnosis of ovarian vein thrombosis shown by a pelviscan)

Discussion:

En post-partum, la fréquence des thromboses pelviennes est de 1/2000 accouchements et devient dix fois plus élevée après une césarienne [2][3]. Elle apparaît souvent entre le premier et le septième jour du postpartum. L'apparition d'une TVO est associée aux effets conjugués de la chute brutale du débit veineux dans les veines ovariennes dilatées par la grossesse, à l'état d'hypercoagulabilité lié à la grossesse et aux microlésions de l'endothélium vasculaire provoquées par l'accouchement [4]. Dans la littérature et chez notre patiente présence de pathologies cardio-vasculaires et thrombo-emboliques, la prise des contraceptifs oraux combinés ainsi que le tabagisme dans les antécédents pouvaient exposer à un risque de thrombose veineuse [5].

La localisation ovarienne droite de la thrombose pourrait être soit secondaire à une migration de la thrombose veineuse des membres inférieurs, soit par une aggravation d'une TVO mineure asymptomatique existant après la césarienne. Dans une

Correspondance:

Docteur Nivoarimelina Zoly RAKOTOMALALA
Adresse: CHU- Gynécologie-Befelatanana, Antananarivo
E-mail: rajol42@yahoo.fr

étude menée par Collins et son équipe ; 41 sur 70 cas de thromboses pelviennes se sont manifestées au niveau ovarien [6]. La TVO du post-partum touche préférentiellement le côté droit dans 90% des cas [4]. Cliniquement, la forme classique d'une TVO est une douleur aiguë (80%) à localisation iliaque ou lombaire, associée dans 57% des cas d'une fièvre, associée parfois à une sensibilité à la mobilisation utérine [2]. Sur le plan biologique, on peut avoir une hyperleucocytose [7]. Nous avons eu une légère augmentation du taux de D-Dimères à 0,64 µg/ml. C'était le seul signe orientant le diagnostic vers une pathologie thrombo-embolique. Les principaux diagnostics différentiels d'une TVO sont une grossesse extra-utérine, une appendicite aiguë, une péritonite, une torsion annexielle, un nécrobiose du fibrome [8]. Le diagnostic de TVO peut être confirmé par une échographie-doppler pelvienne, un scanner pelvien et une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM). Chez cette patiente, le diagnostic était retenu après le scanner abdomino-pelvien. Le scanner avec injection de contraste est la technique d'imagerie de choix pour rechercher une TVO. La veine thrombosée apparaît élargie avec un contenu hypodense, circonscrit d'un liseré périphérique rehaussé de contraste. Tweekler et son équipe a montré une sensibilité élevée du scanner (96%) et de l'IRM (89%) par rapport à l'écho-doppler (50%) dans la confirmation de TVO [9]. Devant une thrombose veineuse, le traitement repose sur l'administration des anticoagulants à dose curative. Selon la recommandation AFSSAPS, l'HBPM (Héparine de Bas Poids Moléculaire) et le Fondaparinux sont les anticoagulants de choix, compte tenu d'une plus grande commodité d'emploi 1 injection par jour pour HBPM et Fondaparinux. La durée nécessaire pour le traitement est de 7-14 jours. Un relai par AVK pendant six mois est recommandé [10]. Le traitement de la TVO est essentiellement médical. En cas d'extension cave, la pose d'un filtre cave ou une thrombectomie cave chirurgicale peuvent s'avérer nécessaires [7]. Contrairement à la recommandation AFSSAPS, plusieurs auteurs avaient proposé une association héparinothérapie-antibiothérapie à large spectre [1][8].

Conclusion:

L'absence du contexte puerperal n'élimine pas le diagnostic d'une TVO. La douleur pelvienne constitue le signe principal et quasi-constant de cette entité. La sensibilité de l'échographie est moins bonne que le scanner et l'IRM dans la confirmation de son diagnostic. L'HBPM et le Fondaparinux sont les traitements de choix de la TVO.

Références:

- [1] Meuwly J-Y, Kawkabani-Marchini A, Sgourdos G. Thrombose veineuse ovarienne. Forum Med Suisse. 2012 ; 12(7) : 144-148.
- [2] Dinnihoo DR, et al. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. Obstet Gynecol Surv. 1991; 46: 415-27.
- [3] Brown CE, et al. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. Am J Obstet Gynecol 1999; 181: 143-8.
- [4] Kominiarek MA, Hibbard JU. Postpartum ovarian vein thrombosis: an update. Obstet Gynecol Surv. 2006; 61 (5):337-42.
- [5] Agence nationale de sécurité de médicament et des produits de santé. Questions-Réponses pilule contraceptive. Le point en 22 questions Saint-Denis. ANSM ; 2013.
- [6] Collins CG, Mc Callum EA, Nelson ER. Suppurative pelvic thrombophlebitis: Incidence Pathology, Etiology. Surgery 1951, 30:298-307.

- [7] Rahili A, Delotte J, Desprez B, Bongain A, Benchimol D, Ejnes Laurent. Cas clinique : Thrombose de la veine ovarienne droite. La Presse Médicale 2004 ; vol 33, n°14-C1 : 937-939.
- [8] Lepereq J. Thromboses des veines pelviennes. Sang Thrombose Vaisseaux 2003 ; 15, n°5 : 271-4.
- [9] Tweekler DM, et al. Imaging and puerperal septic thrombophlebitis: prospective comparison of MR imaging, CT and sonography. Am J Roentgenol 1997; 169: 1039-43.
- [10] Recommandation de bonne pratique. Prévention et traitement de la maladie thromboembolique veineuse en Médecine. http://granted.ujf-grenoble.fr/recommandation/MTEV_AFSSAPS_2009.pdf