



Cas clinique

Thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale

Ovarian venous thrombosis during puerperal sepsis: a case report

Y Onana*^{1,2}, J Tambe³, D Mwadjie¹, A Mohammed², S Mbozo'o², H Zanga¹, C Nanga⁴,
J Mbo Amvene², P Ongolo-Zogo⁴

Résumé

Nous rapportons le cas d'une femme de 33 ans, se plaignant de fièvre et de douleurs pelviennes persistantes au 3e jour post-partum suite à un accouchement normal par voie basse. Une échographie pelvienne a été faite, suivie d'un scanner abdomino-pelvien, permettant d'évoquer le diagnostic de thrombose de la veine ovarienne gauche, qui a été prise en charge par héparinothérapie et antibiothérapie à large spectre.

Mots-clés : Thrombose veineuse ovarienne, post-partum, échographie, scanner.

Abstract

We report the case of a 33-year-old woman who presented with fever and persistent lower abdominal pains on day 3 postpartum following a normal vaginal delivery. A pelvic ultrasound scan was done, followed by an abdominopelvic computed tomography scan. The imaging findings were suggestive of a left ovarian venous thrombosis and the patient was managed with heparin and broad-spectrum antibiotics

Keywords: Ovarian venous thrombosis, postpartum, ultrasound, CT scan.

Introduction

La maladie thromboembolique ovarienne est une affection rare, d'autant plus durant la période péri-puerpérale, avec une incidence globale de 1/3000 accouchement¹, et qui est également favorisée par les modifications morphologiques et biologiques liées à la grossesse². La symptomatologie se traduit habituellement par un syndrome douloureux prépondérant en fosse iliaque ou à la fosse lombaire droites, en contexte fébrile, souvent associé à des symptômes gastro-intestinaux³, et pouvant faire évoquer à tort d'autres pathologies telles que l'appendicite, ou une affection uro-génitale⁴. Le diagnostic peut être confirmé par l'échodoppler, la tomodensitométrie (TDM), ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM)^{5,6}. Nous rapportons présentement le cas de thrombose de la veine ovarienne gauche chez une jeune femme de 33 ans, se plaignant de fièvre et de pelvialgies persistantes à J3 de post-partum par voie basse.

Cas clinique

Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans, ayant accouché

par voie basse d'un nouveau-né de poids normal, au terme d'une grossesse sans particularité, qui présente au 3^e jour du post partum, une fièvre et des pelvialgies persistantes, malgré un traitement antalgique. Son examen physique en salle d'hospitalisation, a permis de retrouver un utérus globuleux d'allure physiologique, une sensibilité diffuse de la région pelvienne, en l'absence de lochies anormales. Une échographie couplée au Doppler a été réalisée par un radiologue expérimenté, à l'aide d'un appareil DC-6T de marque MINDRAY, utilisant les sondes endo-cavitaire et convexe, respectivement de basses et hautes fréquences. Elle objectivait une veine péri-ovarienne gauche dilatée, siège d'échos internes, et de remplissage vasculaire partiel au Doppler couleur (figure 1). Une tomodensitométrie abdomino-pelvienne complémentaire a été demandée, à l'aide d'un scanner multibarette Supria 16 de marque HITACHI, effectuée sans et après injection de produit de contraste, qui a retrouvé une plage d'hypodensité de la veine ovarienne gauche étendue à la veine rénale homolatérale (figure 2), et associée à une infiltration de l'atmosphère graisseuse péri-vasculaire adjacente (figure 3). Le diagnostic de thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale a été retenu. La prise en charge hospitalière fut réajustée avec héparinothérapie (héparine 1mg/kg pendant 14 jours, puis relais oral au rivaroxaban sur 3 mois), et une antibiothérapie à large spectre (amoxicilline /acide clavulanique 1 gr/125 mg toutes les 12 h pendant 10 jours), permettant la sortie de la patiente 48 h après amendement des symptômes.

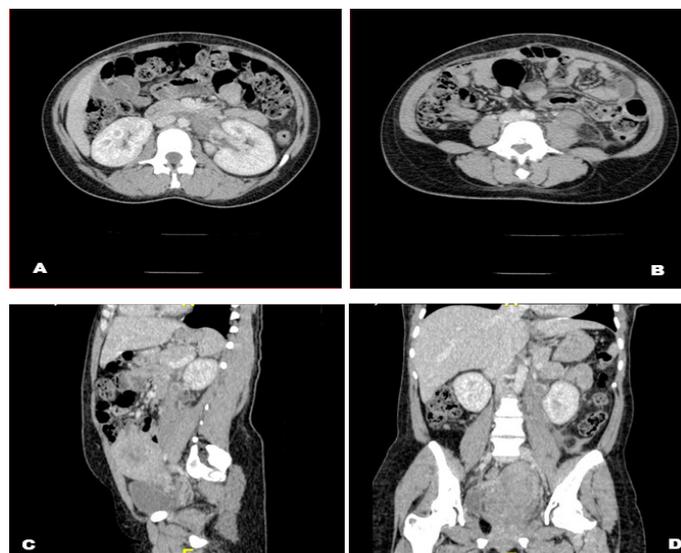


Figure 2 : TDM abdomino-pelvienne avec produit de contraste, coupes axiales (A et B), reconstructions coronale (C) et sagittales (D) : Hypodensité de la veine ovarienne gauche étendue à la veine rénale homolatérale, dilatée, à contours flous, avec paroi rehaussée. Infiltration associée de l'atmosphère graisseuse adjacente.

Discussion

La thrombose veineuse ovarienne est une localisation rare de la maladie thromboembolique, affectant les réseaux veineux gonadiques, notamment la veine ovarienne droite (70 à 80 % des cas), pouvant compliquer 0,1 à 0,18% des grossesses, et survenant préférentiellement autour du 2^e au 6^e jour du post-partum ou du post-abortum³. En obstétrique, les pathologies thromboemboliques se rencontrent généralement au 3^e trimestre, et surtout en postpartum⁷. Toutefois, la thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale est moins fréquente après un accouchement par voie basse, qu'au décours d'une césarienne⁸, bien que le risque soit relativement moindre en cas de césarienne élective, que dans le cadre d'une césarienne en urgence (multiplié par 2 à 5), et elle est également responsable de 5 à 10 décès maternels par an, en France⁹. Cette fréquence élevée est en rapport avec un état d'hypercoagulabilité relative, et de stase veineuse physiologiquement favorisée par la grossesse, auxquels s'associent des lésions pariétales d'origine infectieuse, constituant ainsi la triade de

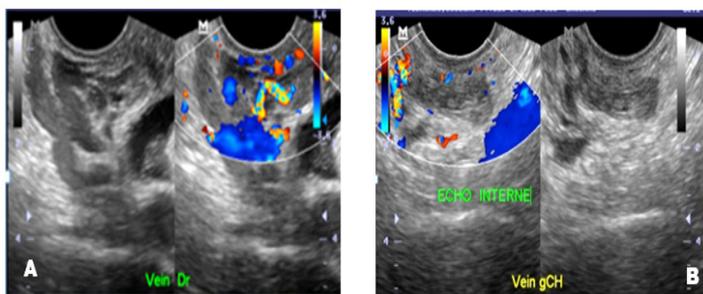


Figure 1 : Image échographique, mode B et mode doppler couleur : Veines peri-ovariennes perméables à droites (A). Thrombus échogène endoluminal d'une veine péri-ovarienne gauche, avec absence de flux au doppler couleur (B).

Virchow¹⁰. Cette affection est également favorisée par des gestes thérapeutiques, tels que la révision utérine et l'extraction instrumentale¹¹.

Sur le plan clinique, la symptomatologie se traduit habituellement par un syndrome douloureux prépondérant en fosse iliaque ou en fosse lombaire droites en contexte fébrile, associé à des troubles digestifs, et éventuellement d'autres signes tels que la perception d'une pseudo-masse abdominale³, pouvant conduire à des diagnostics erronés comme une appendicite, ou une affection uro-génitale⁴. Le pronostic vital peut être engagé, suite à des complications majeures, comme la septicémie, et surtout l'embolie pulmonaire (13 à 33% des cas)¹¹.

Le diagnostic est évoqué grâce aux différentes techniques d'imagerie médicale⁵, notamment l'échographie pelvienne couplée au doppler, qui est opérateur-dépendant, et relativement limité dans la visualisation des veines ovariennes à cause de facteurs liés au patient (obésité), et à la technique⁴. Elle permet d'objectiver une structure tubulaire hypoéchogène en fosse iliaque, avec qu'en moyenne, une sensibilité d'environ 50 à 55% et une spécificité de 41 à 99%¹². Par contre, la tomographie (TDM) abdomino-pelvienne est considérée comme l'examen de référence⁵, réalisée sans et après injection de produit de contraste, et analysée à l'aide de reconstructions multiplanaires. La TDM retrouve une veine thrombosée apparemment dilatée, siège d'un matériel endoluminal hypodense, avec prise de contraste périphérique, et l'infiltration de la graisse péri-vasculaire. Elle visualise aussi l'extension du thrombus. Quant à l'IRM (imagerie par résonance magnétique), elle permet de retrouver des lésions endovasculaires hypo-intenses sur les séquences T1, en hyposignal ou faible hypersignal T2, et de rehaussement périphérique après injection de Gadolinium. Toutefois, cette récente technique, reste néanmoins moins accessible que le scanner, malgré une sensibilité et une spécificité respectivement de 78 à 100% et 62 à 99% pour la TDM, et de 92 et 100% pour l'IRM^{5,13}.

Concernant la prise en charge de la thrombose

veineuse ovarienne septique puerpérale qui est multidisciplinaire, un traitement associant héparinothérapie et antibiothérapie à large spectre doit donc être rapidement instauré⁸, poursuivie par une anticoagulation orale (anti-vitamine K), sur une période de six mois^{11,14}. D'autres méthodes plus invasives peuvent être envisagées selon les cas, telles que la thrombectomie chirurgicale¹⁵. Quant à la récurrence, elle est considérée comme exceptionnelle⁵.

Conclusion

Le syndrome douloureux abdominal en période de post-partum, est d'étiologie difficile à diagnostiquer cliniquement, et doit faire l'objet d'une exploration en imagerie médicale, notamment par tomographie, qui permet de poser le diagnostic des thromboses veineuses ovariennes, excluant des laparotomies exploratrices, et évitant des graves complications.

Remerciements :

Nous remercions les médecins du service de la maternité de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala, qui ont contribué à la prise en charge de notre patiente.

*Correspondance

Yannick Onana

yannickonana@yahoo.fr

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala, (Douala, CAMEROUN)
- 2 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Garoua, Université de Ngaoundéré (Garoua, CAMEROUN).
- 3 : Faculty of Health Sciences, University of Buea (Buea, CAMEROUN)
- 4 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I (Yaoundé, CAMEROUN)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Garcia, J., Aboujaoude, R., Apuzzio, J. & Alvarez, J. R. Septic Pelvic Thrombophlebitis: Diagnosis and Management. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* 2006, 15614 (2006).
- [2] Farzi, F., Abdollahzadeh, M., Faraji, R. & Chavoushi, T. Seizure in Pregnancy Following Cerebral Venous Sinus Thrombosis. *Anesthesiol. Pain Med.* 5, e26866 (2015).
- [3] Riva, N. & Calleja-Agius, J. Ovarian Vein Thrombosis: A Narrative Review. *Hamostaseologie* (2020) doi :10.1055/a-1306-4327.
- [4] Virmani, V. et al. Ultrasound, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging of Ovarian Vein Thrombosis in Obstetrical and Nonobstetrical Patients. *Abdominal Imaging* (2012) doi :10.1016/j.carj.2010.08.002
- [5] Meuwly, J., KawkabaniMarchini, A. & Sgourdos, G. Thrombose veineuse ovarienne. *Forum Méd. Suisse – Swiss Med. Forum* 12, (2012).
- [6] Vandermeer, F. Q. & Wong-You-Cheong, J. J. Imaging of acute pelvic pain. *Clin. Obstet. Gynecol.* 52, 2–20 (2009).
- [7] Coriu, L. et al. Hereditary Thrombophilia and thrombotic events in pregnancy: single-center experience. *J. Med. Life* 7, 567–571 (2014).
- [8] Brown, C. E., Stettler, R. W., Twickler, D. & Cunningham, F. G. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 181, 143–148 (1999).
- [9] Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale - La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation <https://sfar.org/prevention-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-perioperatoire-et-obstetricale/> (2015).
- [10] Guiffes, M. Thrombose d'une veine ovarienne dans le post-partum : cas clinique et revue de la littérature. 143.
- [11] Chennana, A. et al. Thrombose de la veine ovarienne au post-partum, révélée par un syndrome appendiculaire : à propos d'un cas. *Pan Afr. Med. J.* 21, (2015).
- [12] Johnson, S. C. & Esclapes, M. Sonography of postpartum ovarian vein thrombophlebitis. *J. Clin. Ultrasound JCU* 26, 143–149 (1998).
- [13] Kubik-Huch, R. A. et al. Role of duplex color Doppler ultrasound, computed tomography, and MR angiography in the diagnosis of septic puerperal ovarian vein thrombosis. *Abdom. Imaging* 24, 85–91 (1999).
- [14] 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. Obstet. Gynaecol.* 50, 299–301 (2010).
- [15] Guiffes, M. Thrombose d'une veine ovarienne dans le post-partum : cas clinique et revue de la littérature. 142 (2014).

Pour citer cet article :

Y Onana, J Tambe, D Mwadjie, A Mohammed, S Mbozo'o, H Zanga et al. Thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 362-365