

Thrombose de la veine ovarienne : Une cause rare d'une fièvre du post abortum

Z. Elmzabri, I. Bendriss, M. El Youssefi, and S. Bargach

Service de gynécologie obstétrique, de cancérologie et de grossesse à haut risque, Maternité Souissi, CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco

Copyright © 2020 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Ovarian vein thrombophlebitis is a rare complication that must be evoked and sought, Particularly in front of the persistence of a febrile abdominal pain syndrome, before childbirth, postpartum and also in postabortion. The imaging means, we currently have, especially the doppler echo, computed tomography (TDM) and magnetic resonance imaging (IRM) allow us to make this diagnosis and choose the most suitable treatment.

KEYWORDS: Thrombophlebitis; Ovarian vein; Fever, Post-abortion.

RESUME: La thrombophlébite de la veine ovarienne est une complication rare qu'il faut savoir évoquer et rechercher en particulier devant la persistance d'un syndrome douloureux abdominal fébrile, avant l'accouchement, en postpartum et également en postabortion.

Les moyens d'imagerie dont nous disposons actuellement surtout l'écho-doppler, la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) nous permettent de porter ce diagnostic et de choisir le traitement le plus adapté.

MOTS-CLEFS: Thrombophlébite; Veine ovarienne; Fièvre; Post-abortum.

1 INTRODUCTION

La thrombophlébite de la veine ovarienne est une pathologie rare, elle survient préférentiellement durant la période du post-partum, son incidence est de 0,05 [1] à 0,18 % [7] des accouchements.

En raison de sa faible incidence et d'un tableau clinique non spécifique, Sa présentation reste souvent trompeuse, on peut la faire confondre avec une appendicite, une pathologie pelvienne (endométrite, torsion de kyste ovarien, abcès tubo-ovarien, hématome du ligament large), une colique néphrétique ou une pyélonéphrite aiguë [1–3,8–10].

La TVO peut dans certains cas mettre en jeu le pronostic vital maternel en raison de son extension à la veine cave inférieure [2] et au risque d'embolie pulmonaire. Il semble donc essentiel de ne pas méconnaître le diagnostic. Afin de débiter rapidement un traitement anticoagulant efficace.

Le diagnostic positif repose actuellement sur les méthodes d'imagerie en coupe: l'écho-doppler, la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté une thrombophlébite de la veine ovarienne droite, une semaine après un avortement tardive.

2 CAS CLINIQUE

Patiente âgée de 35 ans, admise pour hémorragie du post abortum, sans antécédents particuliers, cinquième geste, quatrième part, avec quatre césariennes, la cinquième grossesse est un avortement tardif à 5 mois il y a 4 jours.

L'histoire de la maladie remonte 2 jours avant son admission par l'installation de métrorragie, noirâtre, nauséabonde, de moyenne abondance, associée à des douleurs pelviennes évoluant dans un contexte d'apyrexie.

L'examen à l'admission trouve une patiente apyrétique, normo tendue, tachycarde à 120, avec des conjonctives décolorées.

L'examen gynécologique trouve un col ouvert à un doigt avec un saignement noirâtre + des caillots de sang.

Une échographie endovaginale a été réalisée, objectivant une image de rétention placentaire de 6cm/3cm.

Un curage bi digital a été réalisé ramenant tout le produit trophoblastique qui était fétide.



Un bilan a été demandé revenant en faveur d'une anémie à 6,1, d'où une transfusion de 5 CG.

A J2 de son admission la patiente a présenté une hyperthermie à 40, une tachycardie à 120-130, elle se plaignait de douleurs pelviennes mal systématisées, l'anamnèse infectieuse était négative.

L'examen clinique retrouve un abdomen souple avec des douleurs provoquées de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre, Le toucher pelvien ne déclenche pas de douleur dans le cul-de-sac de Douglas.

Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire (leucocytes à 15 180/mm³ et CRP à 189 mg/l et à 233 après 48h) avec une anémie à 7,4 g/dl (malgré la transfusion).

Un bilan bactériologique a été effectué avec un prélèvement vaginal, ECBU revenus négatifs.

Une échographie pelvienne a été réalisée permettant d'éliminer tout signe échographique en faveur d'une endométrite ou d'une appendicite.

Une antibiothérapie à large spectre était débutée (acide clavulanique-amoxicilline, du métronidazole et gentamycine) associées à du paracétamol 1 g/6h par voie intraveineuse.

L'évolution a été marquée par la persistance d'une fièvre à 39-40 pendant 3 jours, avec toujours une tachycardie à 130-140.

Un scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste a été réalisé ayant permis de poser le diagnostic de thrombose de la veine ovarienne droite étendue à la veine cave inférieure.

La patiente a été transférée en service de réanimation pour une surveillance continue devant le risque élevé d'embolie pulmonaire. Une scintigraphie pulmonaire a été réalisée n'ayant pas montré d'embolie pulmonaire.

Un traitement anticoagulant à doses curatives a été débuté ainsi qu'une antibiothérapie parentérale. L'apyrexie a été obtenue en vingt-quatre heures avec une disparition rapide des douleurs.

La patiente a quitté le service à j12 de son accouchement avec un traitement qui doit être poursuivi pendant une durée de 6 mois. Elle a été ensuite perdue de vue.

3 DISCUSSION

La thrombose de la veine ovarienne (TPVO) se manifeste la plupart du temps dans le post-partum immédiat (48 heures) et représente environ 45 % des thrombophlébites pelviennes.

La présentation clinique est variable et assez peu spécifique, toute fièvre du post-partum associée ou non à une douleur pelvienne doit y faire penser [11,12].

Elle se localise le plus souvent à droite dans 80% des cas, en raison de la compression de la veine ovarienne droite occasionnée par la dextroposition habituelle de l'utérus gravide et par l'existence d'un flux antérograde dans la veine ovarienne droite alors qu'il est rétrograde dans la gauche.

Elle peut compliquer d'un état septique du pelvis comme chez notre patiente, une chirurgie gynécologique ou obstétricale ou être en rapport avec une atteinte néoplasique favorisée ou non par une prédisposition thrombotique.

Les progrès de l'imagerie permettent de mieux la dépister grâce notamment l'écho-doppler qui reste un examen de première intention pour le diagnostic et le suivi (sensibilité 50 %, spécificité 99 %), la tomодensitométrie abdominale avec injection de produit de contraste (sensibilité 100 %, spécificité 99 %). et de l'imagerie par résonance magnétique (sensibilité 92 %, spécificité 100 %) [20–19].

Actuellement, le traitement de la TVO est médical, il associe une anticoagulation par héparine à doses curatives suivie d'un relais par anti-vitamine K et une antibiothérapie à large spectre, active sur les germes anaérobies et les bacilles gram négatifs [16]. En cas d'efficacité, la défervescence thermique s'obtient en 48-72 heures avec une régression de la douleur. La durée du traitement est empirique, deux à trois semaines d'antibiotiques et trois à six mois d'anticoagulants. Aucune étude n'a précisé la durée optimale de ce traitement.

Le traitement chirurgical, largement pratiqué avant les années 1970, ne garde qu'une place limitée. La chirurgie ne se justifie qu'en cas de contre-indication aux anti-coagulants, d'échec d'un traitement médicamenteux bien conduit (persistance de la fièvre 3 à 5 jours après l'institution du traitement), en présence d'un thrombus flottant dans la veine cave inférieure, et de manifestation inaugurale ou d'évolution sous la forme d'une maladie embolique.

Il consiste en une ligature plus ou moins excision de la (ou des) veine (s) ovarienne (s) impliquée (s) éventuellement complétée par une cavotomie et une thrombectomie cave [14, 15] sous couvert d'un clampage prudent de la veine cave inférieure au-dessus du pôle supérieur du thrombus et surtout de la mise en place d'une pression positive en fin d'expiration (PEEP).

Il est nécessaire d'avoir, à distance, un suivi évolutif (échographique et/ou TDM) des TVOP pour s'assurer de l'efficacité thérapeutique et de leur disparition complète (persistance à sept mois pour Janky *et al* [17]., dix à huit mois pour Randoux *et al* [18]. avec constitution d'un cavernome) afin de prévenir les complications thrombo-emboliques et la maladie post phlébitique.

En présence de varices pelviennes persistantes, une anticoagulation prophylactique pourra être proposée (aucun cas décrit de TVOP récidivantes) lors des grossesses ultérieures. La meilleure prévention des TVOP réside dans la prévention de tout geste potentiellement septique et/ou traumatique pendant l'accouchement et la délivrance.

4 CONCLUSION

Devant toute fièvre du post-partum, il faut évoquer une thrombophlébite de la veine ovarienne bien qu'il s'agisse d'une étiologie rare, le recours aux nouvelles techniques d'imagerie, et en particulier à la tomодensitométrie qui présente une excellente sensibilité et spécificité, permet de ne pas retarder le diagnostic, de mettre en route le traitement, de réaliser le bilan d'extension et d'évaluer le risque emboligène.

Le suivi évolutif est indispensable, afin d'apprécier l'efficacité thérapeutique par la constatation de la disparition complète de la TVOP.

REFERENCES

- [1] Hafsa C, Golli M, Jerbi-Omezzine S, Salem R, Kriaa S, Zbidi M, et al. Une cause de fièvre du post-partum: la thrombophlébite de la veine ovarienne. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005; 22: 2924–8.
- [2] Arslan H, Ada S, Celik S, Toptas, T. Postpartum ovarian vein and inferior vena cava thrombosis. *Case Rep Med* 2014; 2014: 609187.
- [3] Quarello E, Desbriere R, Hartung O, Portier F, d'Ercole C, Boubli L. Thrombophlébite de la veine ovarienne du post-partum: à propos de cinq cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004; 33: 430–40.
- [4] Rahili A, Delotte J, Desprez B, et al. Thrombose de la veine ovarienne droite. *Presse med* 2004; 33: 937–9.
- [5] Meurette G, Marret O, Léauté F, Costargent A, Patra P, Chaillou P. Thrombose de la veine cave inférieure par thrombose de la veine ovarienne droite. *Ann Chir* 2003; 128: 329–32.
- [6] Ranhchoup Y, Thony F, Dal Soglio S, Farah I, Bosson JL, Villar C, et al. Thrombophlébite puerpérale de la veine ovarienne avec extension cave inférieure: aspect en échographique, TDM et IRM. *J Radiol* 1998; 79: 127–31.
- [7] Kominarek MA, Hibbard JU. Postpartum ovarian vein thrombosis: an update. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61: 337–42.
- [8] Kettaneh A, Tourret J, Fain O, Tigaizin A, Seror O, Arousseau MH, et al. Thrombophlébite de la veine ovarienne et fièvre du post-partum. *Rev Med Interne* 2002; 23: 1012–7.

- [9] Meurette G, Marret O, Léauté F, Costargent A, Patra P, Chaillou P. Thrombose de la veine cave inférieure par thrombose de la veine ovarienne droite. *Ann Chir* 2003; 128: 329–32.
- [10] Witlin AG, Sibai BM. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report of 11 cases. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 775–80.
- [11] Witlin AG, Sibai BM. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report of 11 cases. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 775–80.
- [12] Giraud JR, Poulain P, Renaud-Giono A, Darnault JP, Proudhon JF, Grall JY, et al. Diagnosis of postpartum ovarian vein thrombophlebitis by color Doppler ultrasonography: about 10 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 773–8.
- [13] Farah I, Villar C, Ranchoup Y, Bouzid F, Magne JL, Bosson JL. La thrombophlébite de la veine ovarienne dans le postpartum. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *Chirurgie* 1994; 120: 402-8.
- [14] Hassen-Khodja R, Gillet J-Y, Batt J-M, Bongain A, Persch M, Libo L et al. Thrombophlébite de la veine ovarienne avec caillot flottant dans la veine cave inférieure. *Ann Chir Vasc* 1993; 7: 582-6.
- [15] Castillon J-M, Bongain A, Hassen-Khodja R, Persch M, Isnard V, Ibghi W et al. Thrombophlébite de la veine ovarienne. Nouvelle attitude thérapeutique. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1993; 88: 509-13.
- [16] Gilbert DN, Moellering RC Jr, Sande MA. The Stanford guide to antimicrobial therapy. Thirty-second edition. Merck, 2002, p 46-47.
- [17] Janky E, Cambon D, Leng JJ, Cormier P, Baste JC. Thrombophlébite des veines ovariennes. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990; 85: 615-7.
- [18] Randoux B, Goudot D, Clément O, Deux JF, Lecuru F, Taurelle R et al. *J Radiol* 1997; 78: 1171-3.
- [19] Twickler DM, Setiawan AT, Evans RS, et al. Imaging of puerperal septic thrombophlebitis: prospective comparison of MR imaging, CT, and sonography. *Am J Roentgenol* 1997; 169: 1039-43.
- [20] Rahili A, Delotte J, Desprez B, et al. Thrombose de la veine ovarienne droite. *Presse med* 2004; 33: 937-9.