



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Aspect radiologique d'une thrombophlébite de la veine ovarienne droite révélée par une douleur du flanc droit, à propos d'un cas.

Radiologic appearance of thrombophlebitis of the right ovarian vein revealed by right flank pain, a case report.

AHUKA LONGOMBE Lambert^{1,4}, SOUSSOU LONKENG Aristide Marius^{2*}, ARROYE BETOU Arthur Cyril², BAMBALE LIMENGO Jean Paul³, YEMBA BARUANI Albert^{4,5}

¹: Service de Radiologie et Imagerie Médicale, Cliniques Universitaires de Kisangani, Kisangani, RDC

²: Service de Radiologie et imagerie médicale, Centre Hospitalier Régional Amath Dansokho de Kédougou, Kédougou, Sénégal

³: Service de Radiologie et Imagerie Médicale, Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani, Kisangani, RDC

⁴: Polyclinique du Millénaire de Kisangani, Kisangani, RDC

⁵: Service de Gynéco-obstétrique, Clinique Internationale de médecine avancée du Kivu, Goma, RDC

Mots-clés :

Thrombose, veine ovarienne, douleur flanc droit.

Keywords :

Thrombosis, ovary vein, right flank pain.

*Auteur

correspondant

SOUSSOU LONKENG Aristide Marius
Service de Radiologie et imagerie médicale, Centre Hospitalier Régional Amath Dansokho de Kédougou, Kédougou, Sénégal
soussoumarius@gmail.com
Tel : +221 78 292 73 11

Reçu le : 11 juillet 2024

Accepté le : 22 décembre 2024

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 rapportons un cas de TVO chez une patiente de 23 ans au centre hospitalier régional Amath Dansokho de Kédougou au Sénégal. Elle n'avait aucun antécédent gestationnel, n'était pas fébrile et ses examens biologiques étaient sans particularité en dehors d'une C-reactive protein (CRP) qui était deux fois plus que la normale (<6mg/l). La tomodensitométrie abdomino-pelvienne faite a conduit au diagnostic d'une thrombophlébite de la veine ovarienne droite avec une lame d'épanchement liquidien pelvien latéralisée à droite sur probable maladie inflammatoire du pelvis. Un traitement anticoagulant et antibiotique a permis une amélioration du tableau clinique.

ABSTRACT

Ovarian vein thrombosis (OVT) is a rare condition usually occurring in the postpartum period. The incidence outside the postpartum period is not known. We reported a case of TVO in a 23-year-old patient at Kedougou Amath Dansokho Regional Hospital in Senegal. She had no particular gestational history, she was non-febrile with negative biological examinations apart a C-reactive protein (CRP) that was twice as high as normal (<6mg/l). The abdominal CT scan made led to the diagnosis of thrombophlebitis of the right ovarian vein with a blade of pelvic fluid effusion lateralized to the right on probable inflammatory disease of the pelvis. Anticoagulant and antibiotic treatment led to an improvement in the clinical sign.

1. Introduction

La thrombose veineuse ovarienne (TVO) 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, lors de sepsis, lors d'état



d'hypercoagulabilité ou même parfois sans cause sous-jacente. Elle se manifeste généralement par des douleurs abdominales non spécifiques, accompagnées ou non de fièvre et doit impérativement être reconnue, en raison de ses complications potentielles graves, voire létales (embolie pulmonaire) [1].

Historiquement, la TVO était identifiée lors d'une laparoscopie exploratrice et son pronostic réservé, avec une mortalité de près de 50% [1].

L'incidence de la TVO en dehors de la période du postpartum n'est pas connue, ces situations faisant l'objet de « case reports » isolés. Elle a été décrite en association avec des maladies inflammatoires du pelvis (salpingite, abcès tuboovariens, abcès pelviens), avec la chirurgie pelvienne digestive ou gynécologique (en particulier les hystérectomies et les salpingo-oophorectomies), avec les tumeurs pelviennes et avec des thrombophilies. Une thrombophilie a par ailleurs été identifiée chez 23 à 50% des femmes ayant fait une TVO du post-partum. Enfin, quelques occurrences idiopathiques ont aussi été décrites [1].

Son diagnostic, autrefois rendu difficile par l'existence de signes cliniques trompeurs, est actuellement facilité par les nouvelles données de l'imagerie en coupe : échographie, tomographie et imagerie par résonance magnétique [2].

Le traitement est principalement médical, associant héparinothérapie et antibiothérapie, la chirurgie étant réservée aux formes compliquées. [2]

Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté cette pathologie en dehors du post partum, avec un tableau clinique de douleur du flanc droit non fébrile.

2. Observation

Il s'agissait d'une patiente de 23 ans, nulligeste, sans antécédents particuliers, adressée au service d'accueil des urgences pour des douleurs du flanc droit. A l'examen clinique la patiente était afebrile, sans signe

d'irritation péritonéale ni masse abdominale palpable. Il n'y avait pas d'écoulement vaginal anormal, la bandelette urinaire révélait rien de particulier. L'examen bactériologique des urines était stérile, de même que les hémocultures. Biologiquement il n'y avait pas d'hyperleucocytose ni de syndrome inflammatoire. Les examens de radiographie et d'échographie n'avaient pas été réalisés.

Un scanner thoraco-abdominal a été réalisé avec injection intra veineuse de produit de contraste iodé. Il a révélé l'existence d'une thrombose de la veine ovarienne droite qui apparaissait dilatée, avec une hypodensité centrale, un rehaussement pariétal après injection veineuse iodée et une infiltration importante étendue de la graisse périphérique (**Figure 1 et 2**). La thrombose s'étendait sur toute la longueur de la veine c'est-à-dire du pelvis jusqu'à l'abouchement de la veine ovarienne dans la veine cave inférieure qui semblait être discrètement envahie (**Figure 3**).

Sur les coupes passant par le pelvis on notait la présence d'un épanchement de faible abondance du douglas latéralisé à droite (**Figure 4**) témoignant d'une origine probablement inflammatoire annexielle de cette thrombose d'une densité de 60 Unité Hounsfield non rehaussée après injection de produit de contraste .

Il n'y avait pas d'anomalie notable sur les voies excrétrices urinaires notamment à droite.

Le diagnostic posé était celle d'une thrombophlébite de la veine ovarienne droite sur probable maladie inflammatoire pelvienne, un traitement médical a été immédiatement instauré associant anticoagulant et anti-inflammatoire. L'évolution clinique a été favorable et la patiente est sortie de l'hôpital six jours après son admission. Pour des raisons d'accès difficile à l'hôpital pour la patiente, un scanner de contrôle a été réalisé deux mois plus tard, révélant une re-perméabilisation de la veine ovarienne droite et une disparition de la petite collection du Douglas (**Figures 5A et B**).

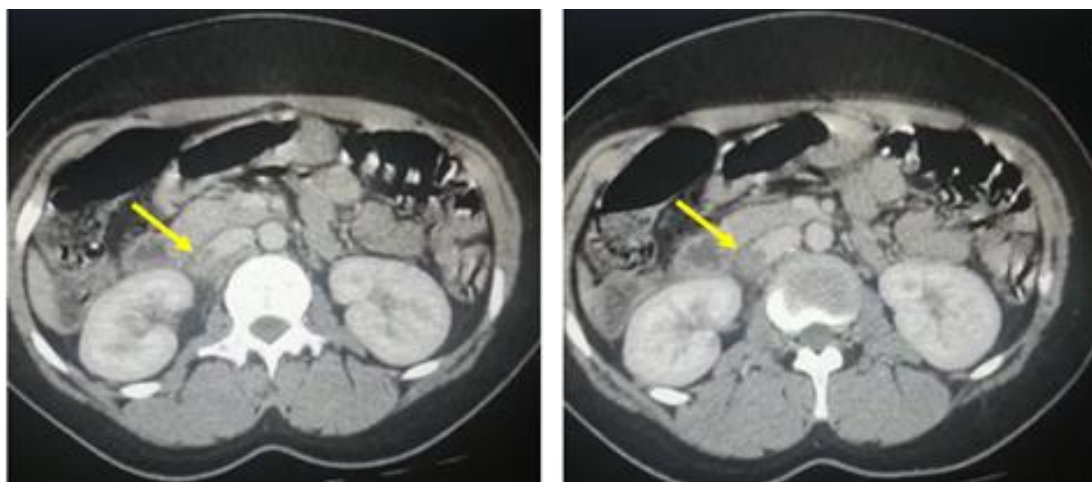


Figure 1 : A et B. Coupes TDM axiale après injection veineuse iodée passant par le plan de la veine cave inférieure à la hauteur des reins : thrombose de la veine ovarienne droite étendue à son abouchement au niveau de la veine cave inférieure semblant être discrètement envahie. (flèche)

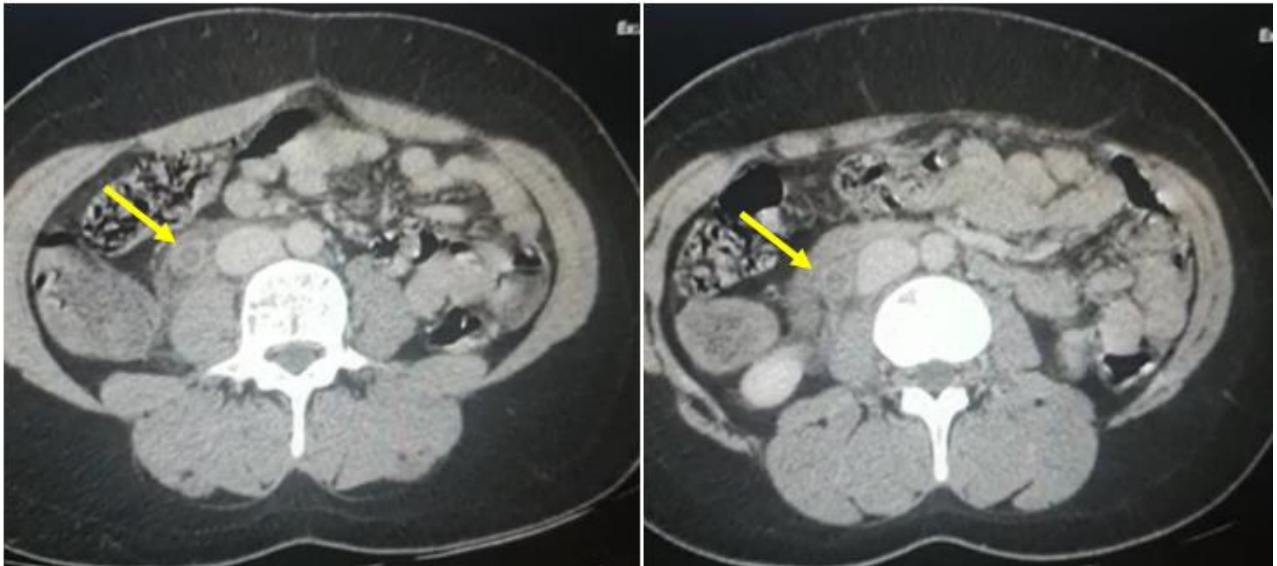


Figure 2 : A. Coupe TDM axiale après injection veineuse iodée passant par le plan de la veine cave sous rénale : thrombose de la veine ovarienne droite avec une hypodensité centrale et un rehaussement pariétal (flèche).
B. Coupe TDM axiale après injection veineuse iodée passant par le plan de la veine cave sous rénale : aspect fortement infiltré de la graisse périphérique de la veine ovarienne fortement évocateur d'une origine inflammatoire (flèche).

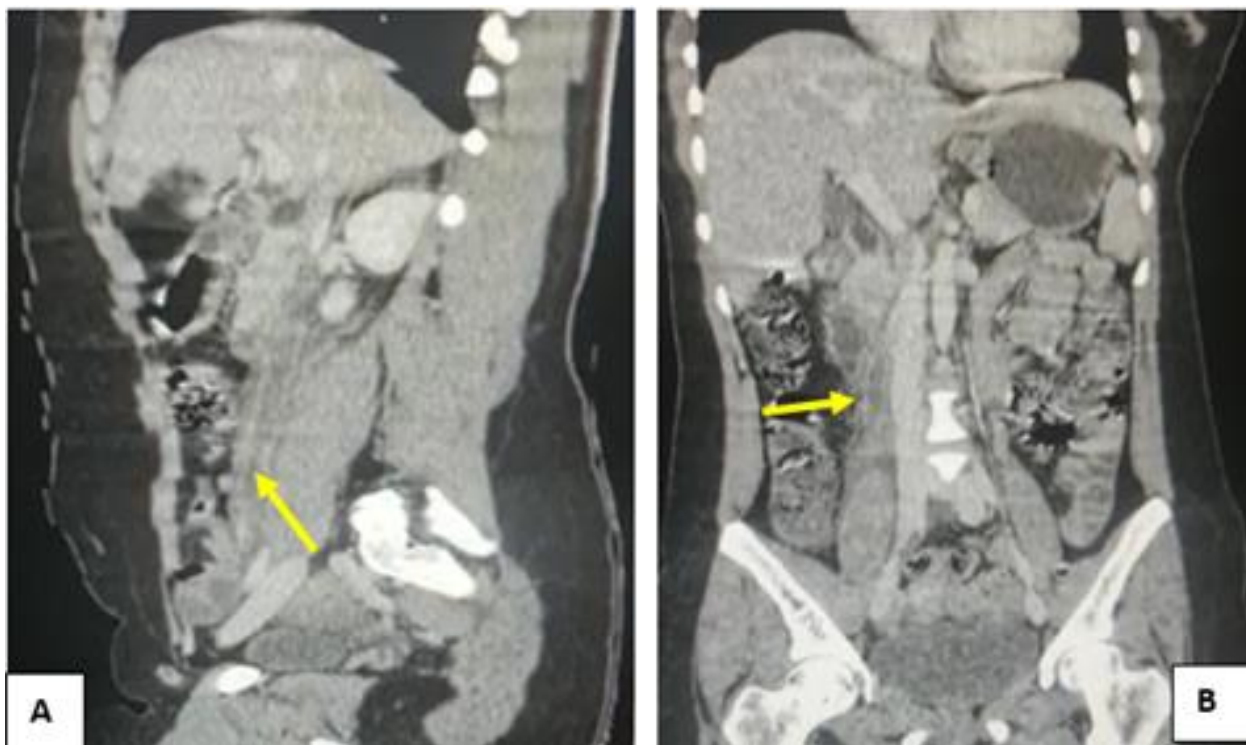


Figure 3 : A. Coupe TDM sagittale après injection veineuse : thrombose diffuse de la veine ovarienne droite sur toute sa longueur avec une hypodensité centrale et un rehaussement pariétal (flèche). B. Coupe TDM coronale après injection veineuse : thrombose diffuse de la veine ovarienne droite sur toute sa longueur avec une hypodensité centrale et un rehaussement pariétal (flèche).

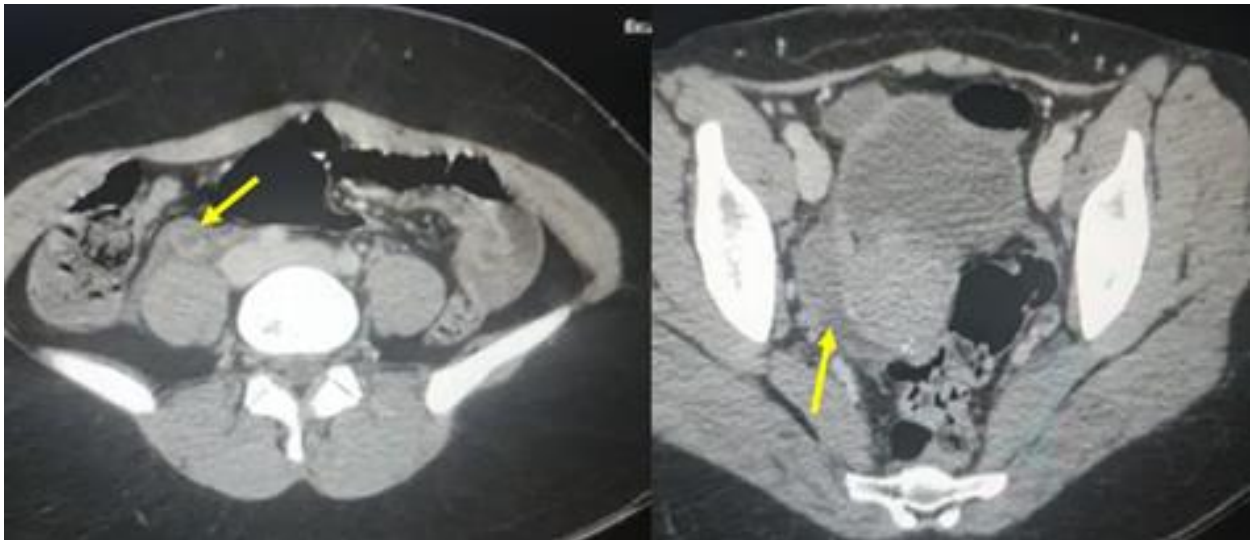


Figure 4 : Coupe TDM axiale après injection veineuse iodée passant par le pelvis : collection liquidienne de faible abondance du douglas latéralisée à droite évocatrice d'une maladie pelvienne inflammatoire probablement annexielle (flèche).

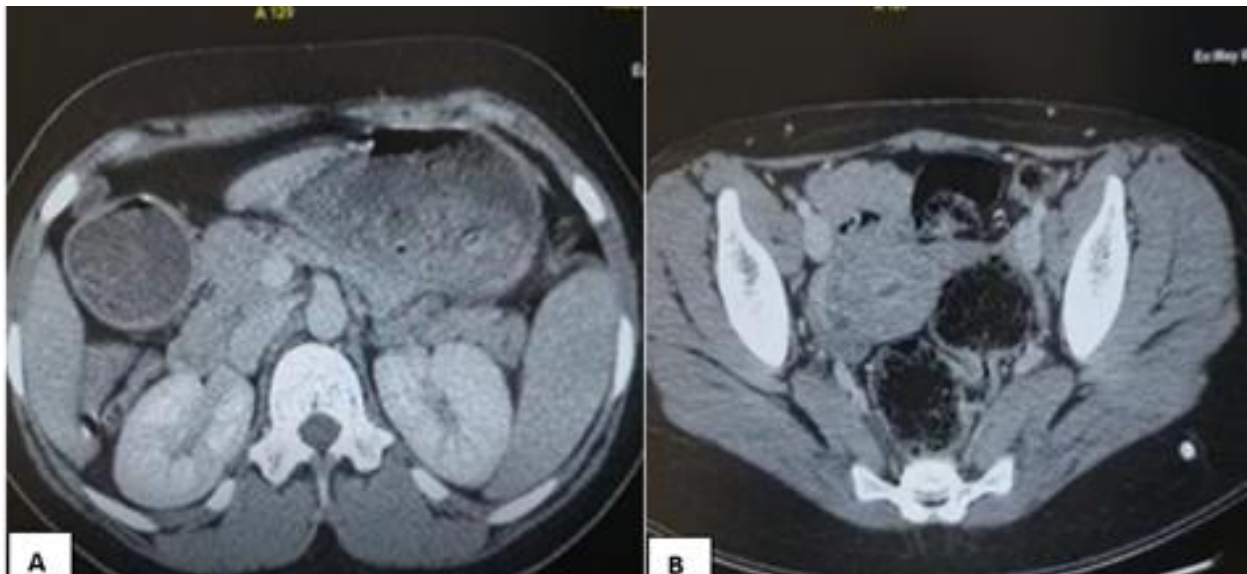


Figure 5 : A. Scanner de contrôle après traitement, on constate une re-perméabilisation de la veine ovarienne droite. B. Coupe TDM axiale après injection veineuse d'iode passant par le plan des iles iliaques montrant un Douglas libre.

3. Discussion

La TVO est une pathologie rare décrite pour la première fois par Austin en 1956, 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 [3, 4,5]. La thrombose veineuse ovarienne surviendrait plus volontiers chez la multipare [6]. Sa localisation est le plus souvent à droite, comme chez notre patiente. Elle peut être aussi bilatérale.

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

3.1 Imagerie

En échographie, l'aspect de la TVO correspond à celui des thromboses veineuses aiguës d'autre localisation. Une structure tubulaire hypoéchogène est identifiée en position para vertébrale, entre la veine cave inférieure et une annexe. Le critère classique de non-compressibilité de la veine thrombosée est difficilement applicable en cas de TVO, en raison de la situation des veines ovariennes. De plus, la localisation profonde des veines ovariennes rend leur exploration échographique difficile à cause de l'interposition fréquente de gaz digestifs. L'identification aux ultrasons d'une structure tubulaire hypoéchogène en fosse iliaque droite aussi peut être confondue avec une appendicite. Ces limitations expliquent les performances limitées de l'échographie pour l'exploration des TVO, avec une sensibilité de l'ordre de 50 à 55% et une spécificité de 41 à 99% [8].

L'échographie-doppler peut retrouver une image rétro péritonéale latéro-cave, cylindrique, hypoéchogène, correspondant à une volumineuse veine ovarienne [9], alors qu'en temps habituel, celle-ci n'est pas visualisée car de trop petit calibre.

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 scanographiques ont été bien décrites par Dunnihoo [10] : aspect de volumineuse veine ovarienne dilatée dont les parois se rehaussent après injection intraveineuse de produit de contraste, avec une lumière centrale qui apparaît hypodense.

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 [11]. L'IRM peut préciser, en plus, quelle est l'ancienneté des thrombi, grâce aux propriétés ferromagnétiques de

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 [7]. Devant la non-spécificité de la symptomatologie clinique, la réalisation des examens paracliniques est importante pour retenir un diagnostic.

l'hémoglobine. Elle donne également des informations concernant les flux sanguins (ralentis ou non) [11].

Le bilan radiologique devrait rechercher également une dilatation des voies excrétrices urinaire ceci entre dans le cadre du syndrome de la veine ovarienne défini par une compression d'un uretère par une veine ovarienne aberrante et dilatée [12].

4. 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.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Meuwly JY, Kawkabani-Marchini A, Georgios S gourdos. Thrombose veineuse ovarienne. Forum Med Suisse 2012;12(7):144-148
2. Sappey O, Mollier S. Thrombophlébite puerpérale de la veine ovarienne révélée par une colique néphrétique. Progrès en Urologie (1999), 9, 313-318
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. Meuwly JY, Kawkabani-marchini A, Sgourdos G. Thrombose veineuse ovarienne. Forum Med Suisse 2012;12(7):144-8
5. 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.
6. Munsik RA, Gillanders LA. A review of the syndrom of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. Obstet. Gynecol. Surv., 1981, 36, 57.
7. 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.
8. Vandermeer FQ, Wong-You-Cheong JJ. Imaging of acute pelvic pain. Clin Obstet Gynecol. 2009 ;52(1):2-20.

9. 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.
10. Dunnihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB et al. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. Obstet. Gynecol. Surv., 1991; 46: 415-427
11. 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.
12. 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. PubMed | Google Scholar