

Femme 33 ans . Accouchement par voie basse en décembre 2014, après grossesse normale
infection génitale à streptocoques B chronique, depuis plusieurs années, sous antibiothérapie
curetage utérin sous AG il y a 4 jours, à 3 mois post-partum

Dyspnée, douleurs thoraciques depuis la veille, D-dimères à 6000, antécédent de coarctation
de l'aorte opérée.

Troponine à 0.18, tachycardie sinusale, 94% de SaO₂, BBD à l'ECG. Tableau clinique typique
de thrombose veineuse fémoro-iliaque et du carrefour saphène droits, (œdème massif de la
racine du membre inférieur droit

L'écho-Doppler confirme la thrombose veineuse ilio-fémorale

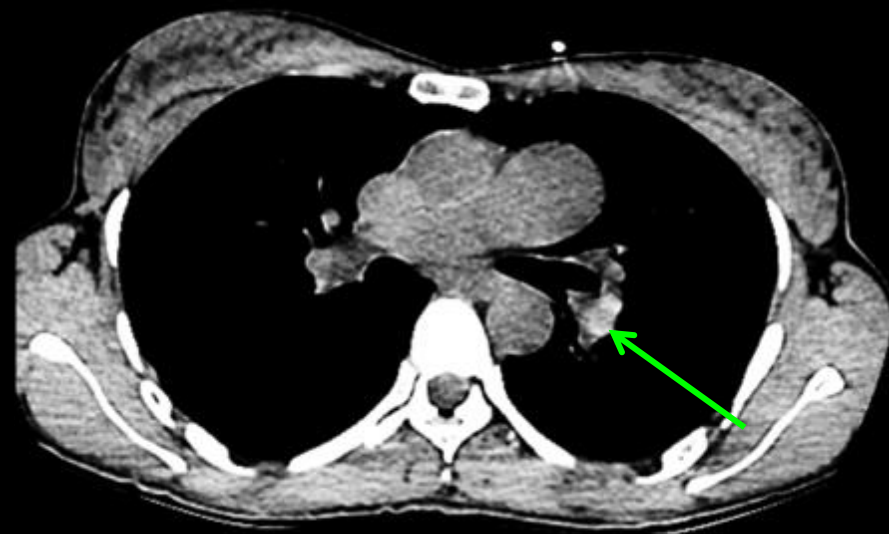
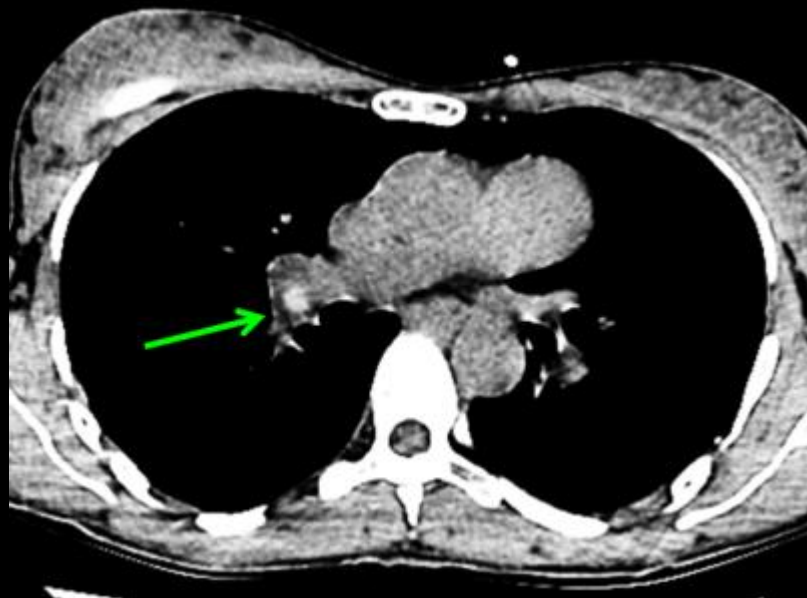
La décision de réaliser un angioscanner pulmonaire est prise . Quelle(s) acquisitions allez
vous inclure dans le protocole



Une acquisition sans injection doit être réalisée, comme dans tout syndrome douloureux thoracique aigu, à la recherche d'hyperdensités spontanées :

-d'un **hématome intra-mural de la paroi de l'aorte thoracique**

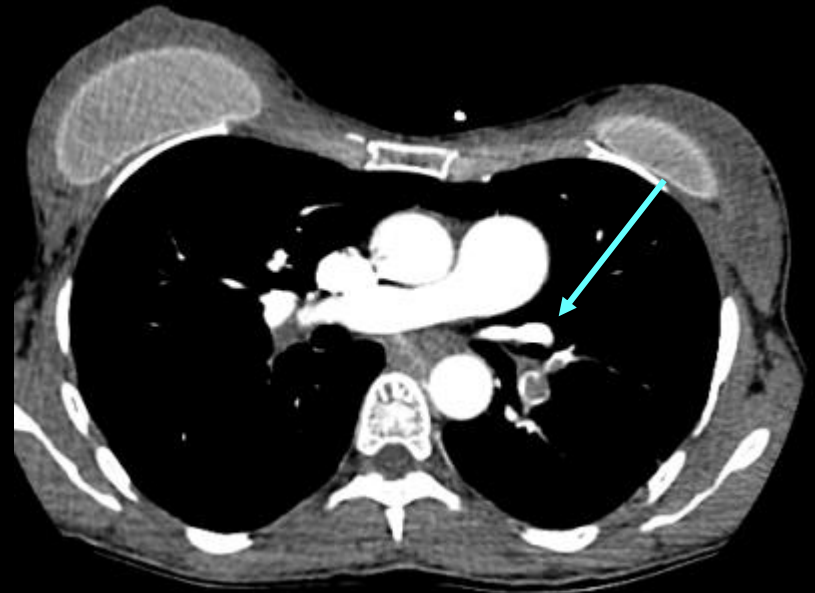
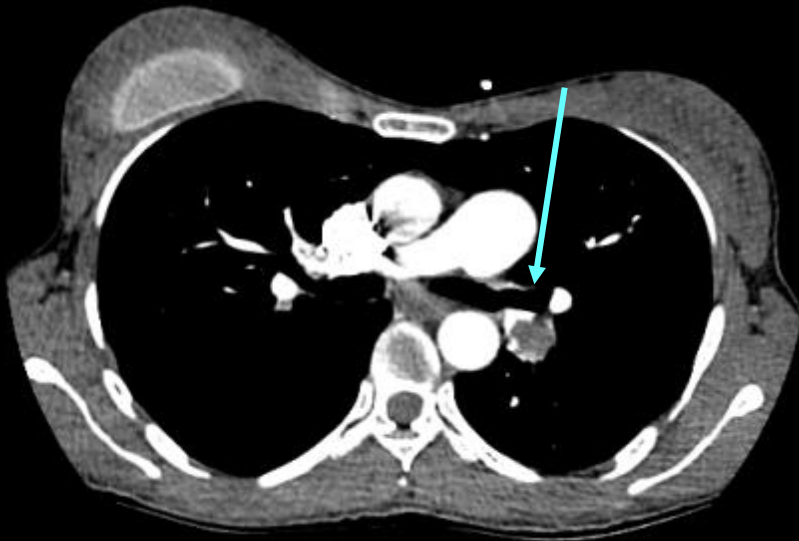
-mais aussi d'**hyperdensités spontanées de caillots endoluminaux des gros troncs juxta- hilaires**

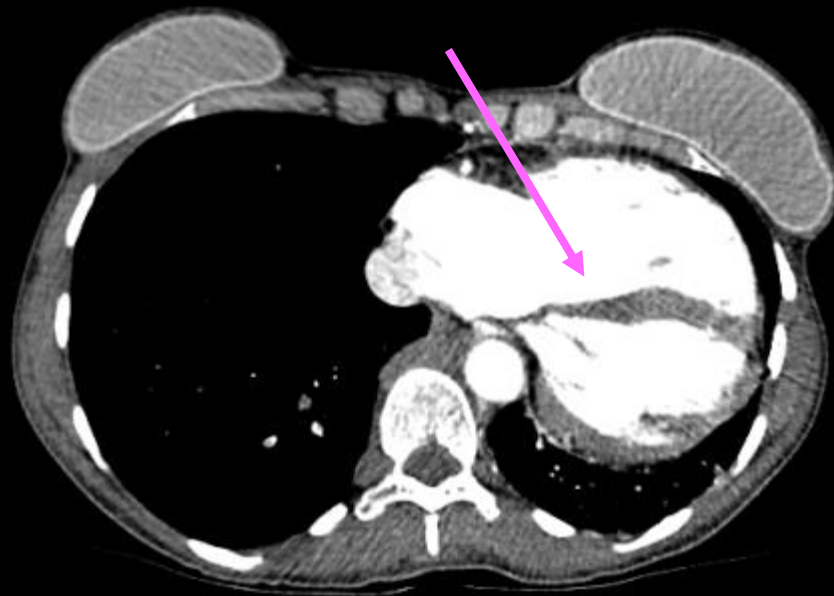
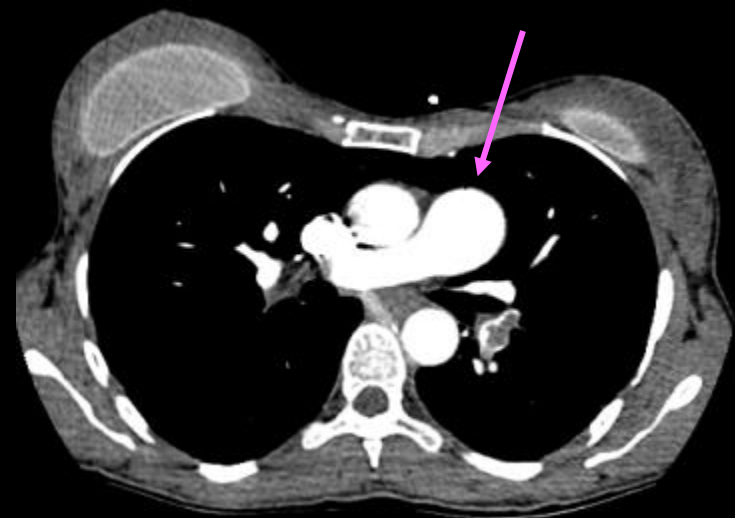
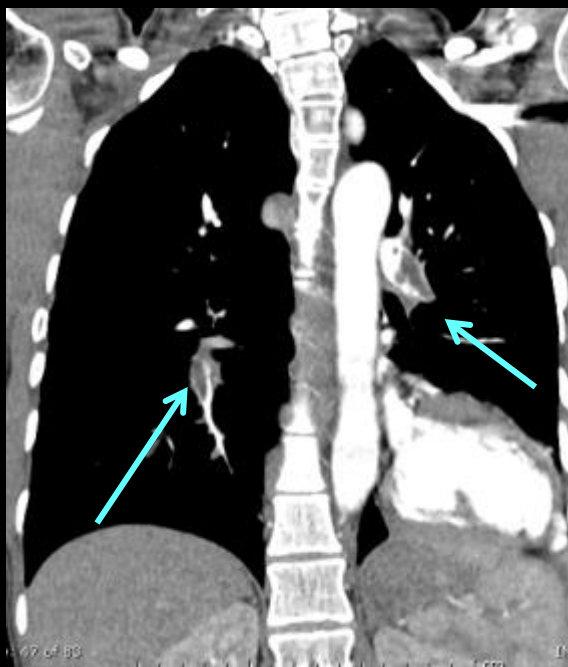
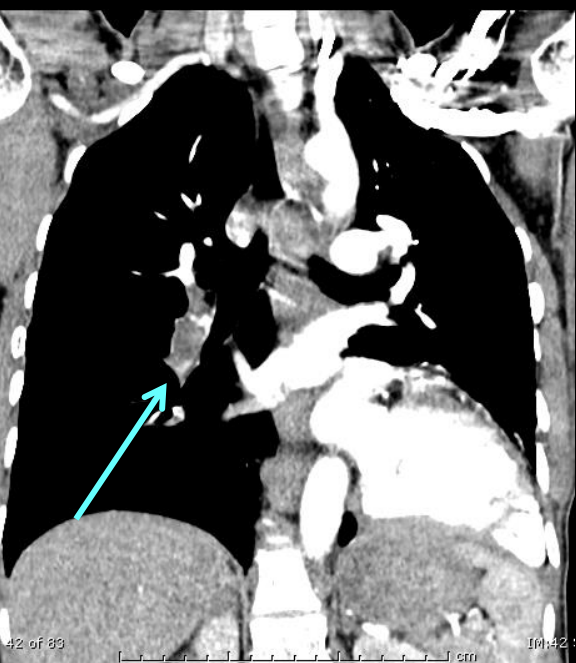


hyperdensité spontanée des embolies proximales des branches droite et gauche de l'artère pulmonaire sur l'acquisition sans injection de produit de contraste



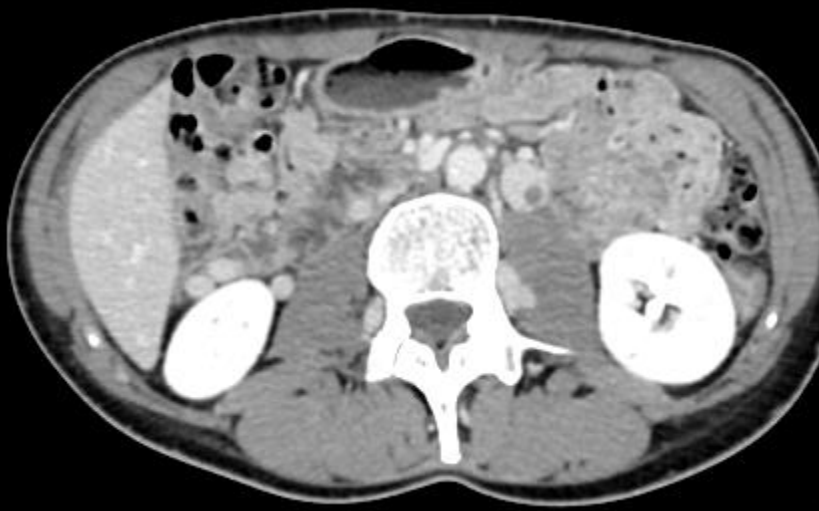
l'angioscanner thoracique ne fit bien sur que confirmer le caractère bilatéral et massif de l'embolie pulmonaire





l'angioscanner confirme la présence d'un "cœur pulmonaire aigu"

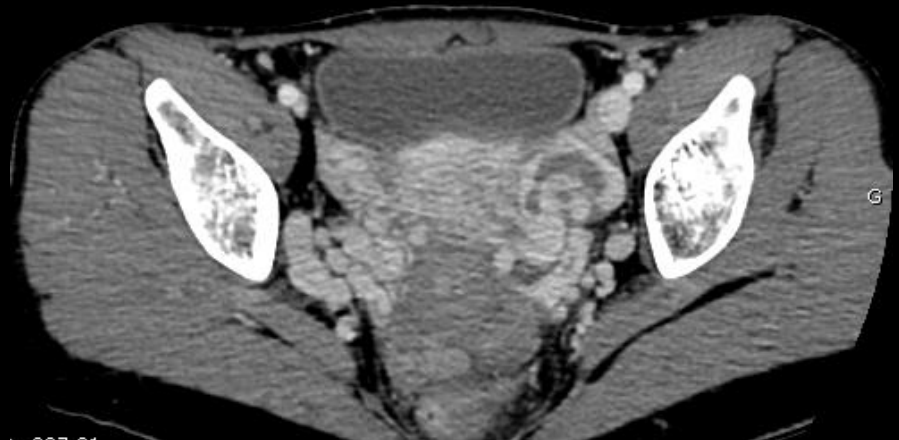
Signes de gravité : dilatation du tronc de l'artère pulmonaire, dilatation des cavités cardiaques droites, et septum paradoxal.

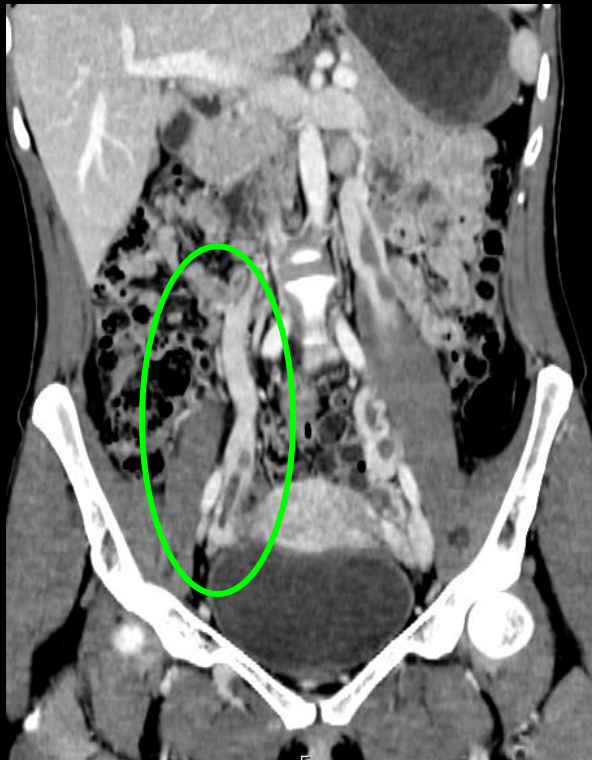
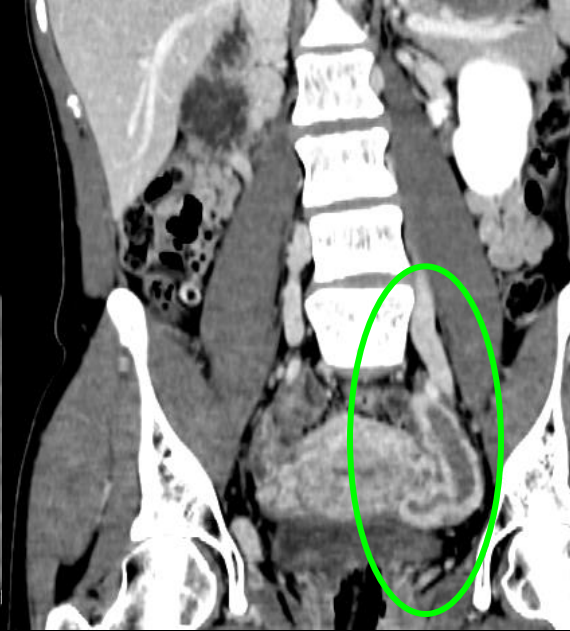
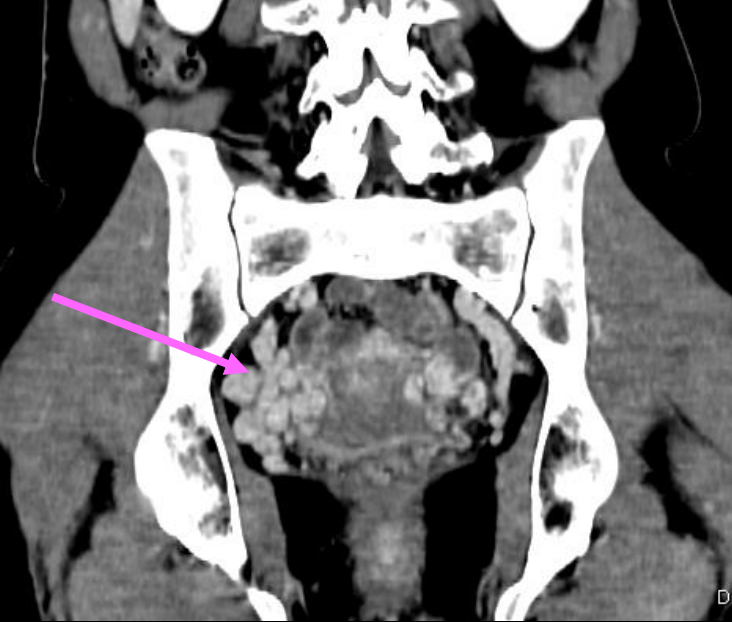


Augmentation de calibre des veines ovariennes et développement d'un réseau de volumineuses varices pelviennes

Thrombus flottant de la veine utéro-ovarienne gauche , très dilatée dans son trajet lombaire

Petit thrombus dans la veine ovarienne droite distale

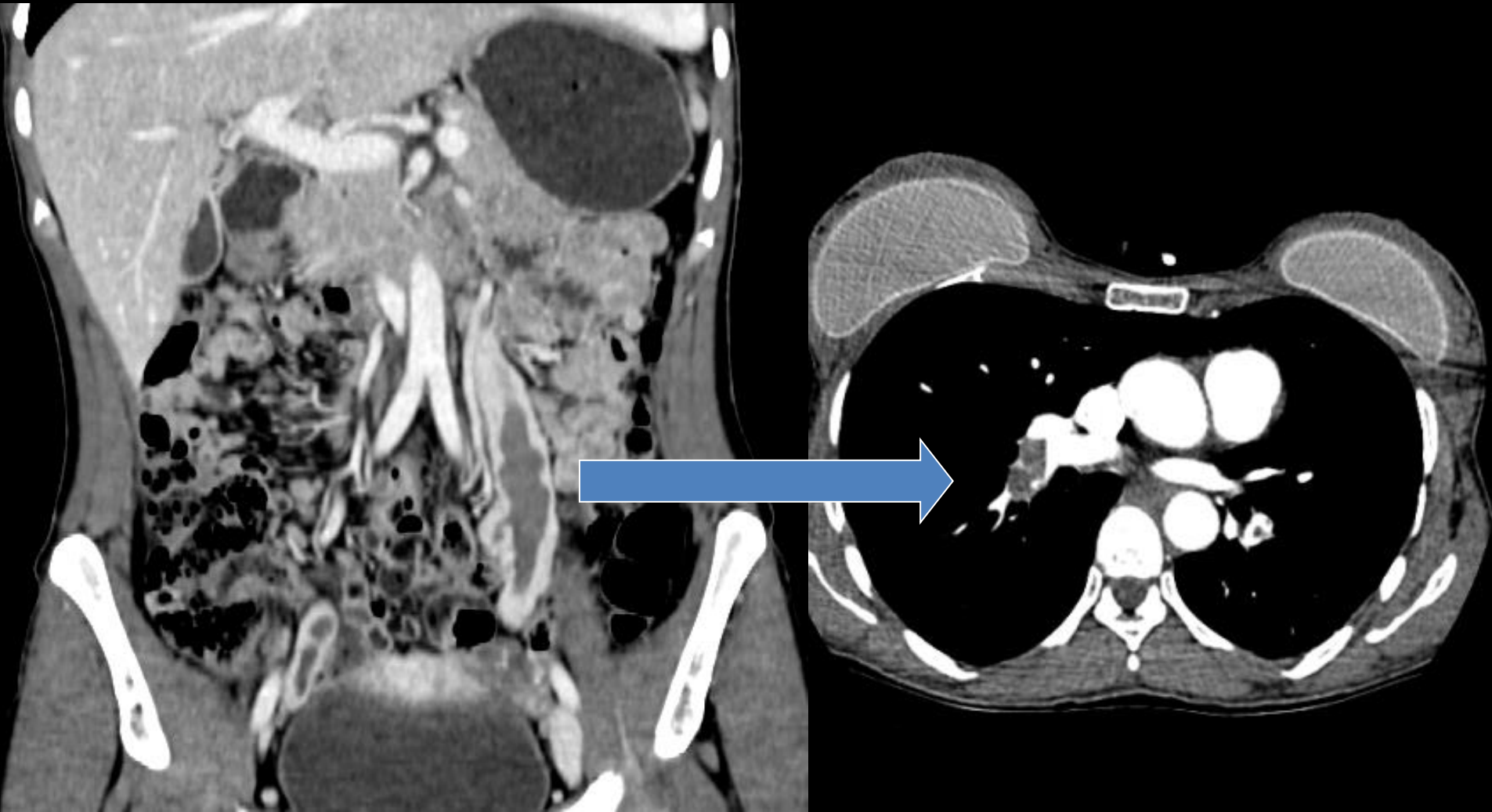




- Thrombose veineuse ovarienne bilatérale

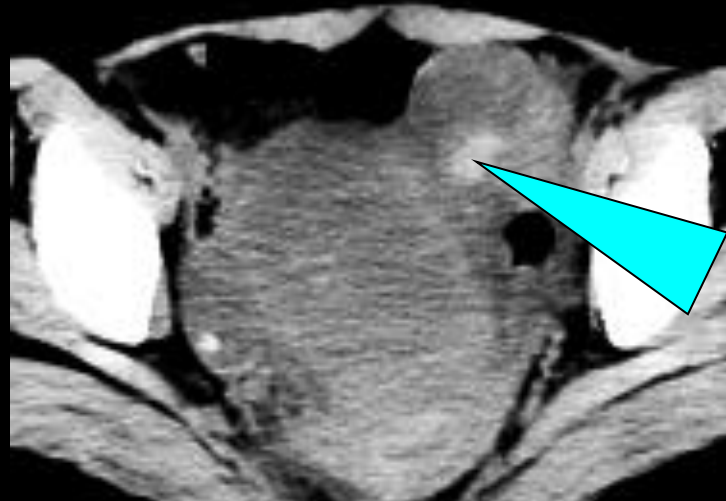
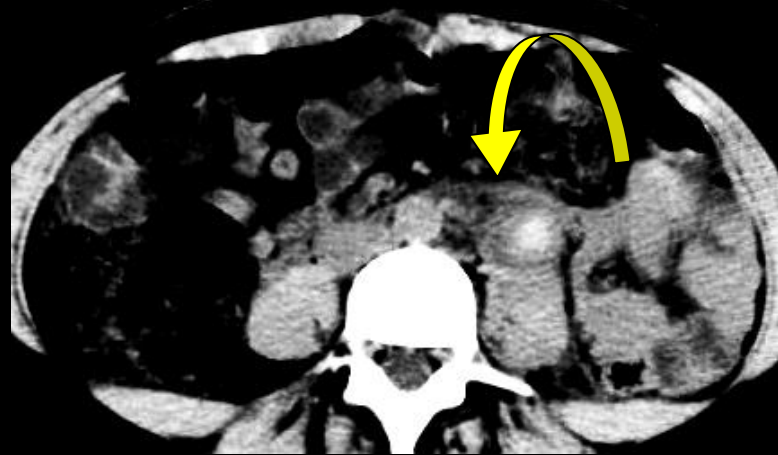
beaucoup plus développée du côté gauche où elle s'étend sur toute la hauteur de la veine qui est dilatée jusqu'à 18 mm de diamètre, ainsi que dans les varices latéro-utérines gauches.

Au total : **Trombose bilatérale des veines ovariennes compliquée d'embolie pulmonaire massive**, dans un contexte post-opératoire récent de curetage utérin sur infection chronique à streptocoque B



cas compagnon n°1
obs. Dr L. Cannard

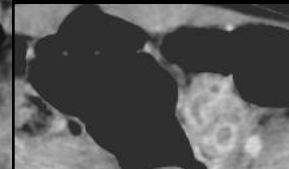
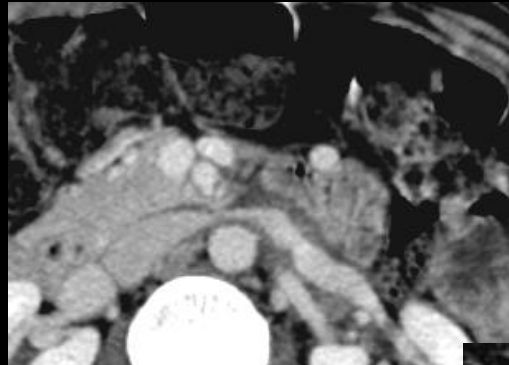
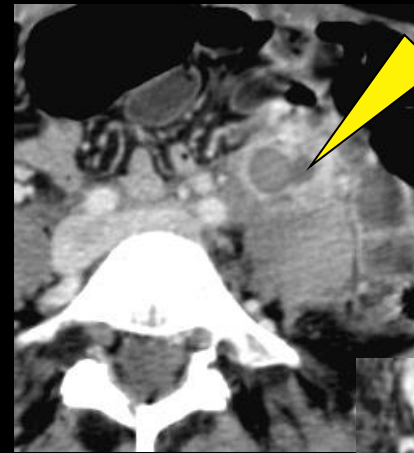
femme / 30 ans, post-partum, fièvre, douleurs
abdominales de la fosse iliaque gauche , psoïtis



hyperdensité spontanée du thrombus dans la veine ovarienne gauche dilatée ,
avec parois épaisses et contours flous. Notez l'importance du fenêtrage



après injection,
thrombophlébite de la
veine ovarienne gauche
sur tout son trajet

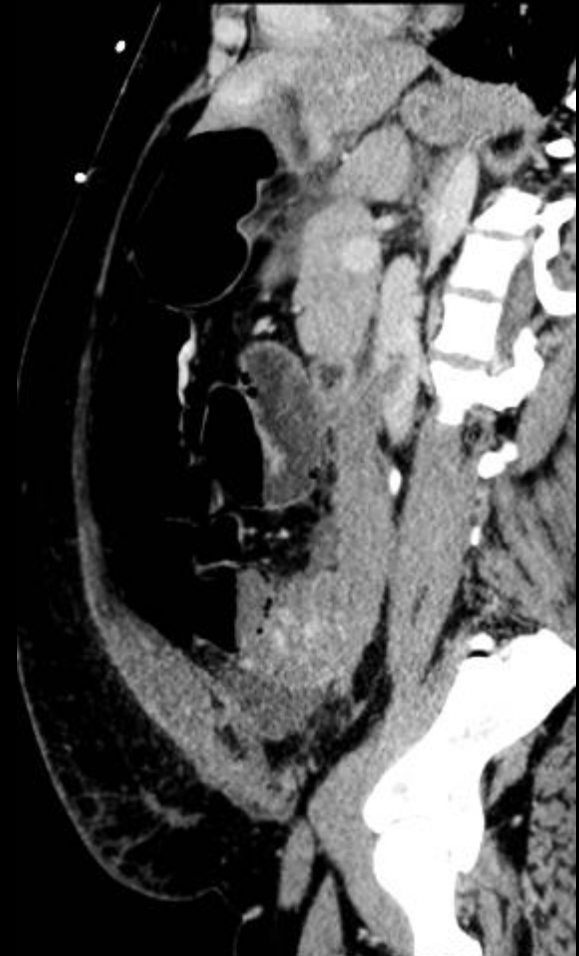


cas compagnon n°2
obs. Dr Yves Ranchoup Grenoble

Femme 28 ans J1 d'une césarienne suite à une
pré-éclampsie

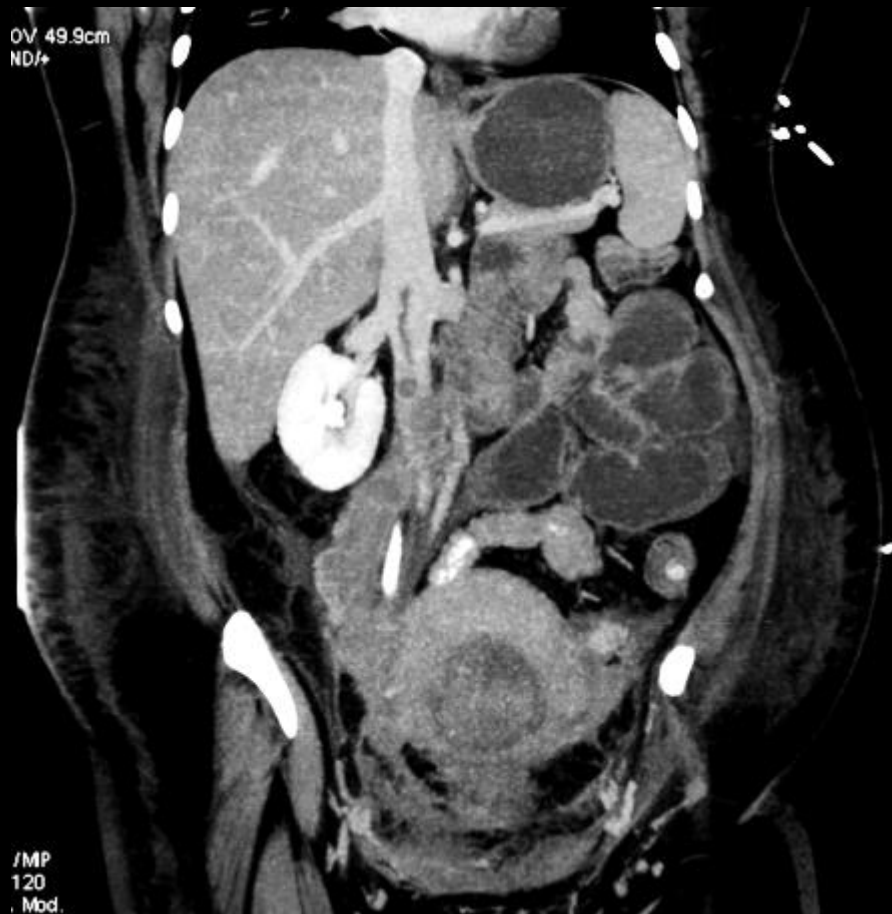
Contexte de CIVD avec déglobulisation

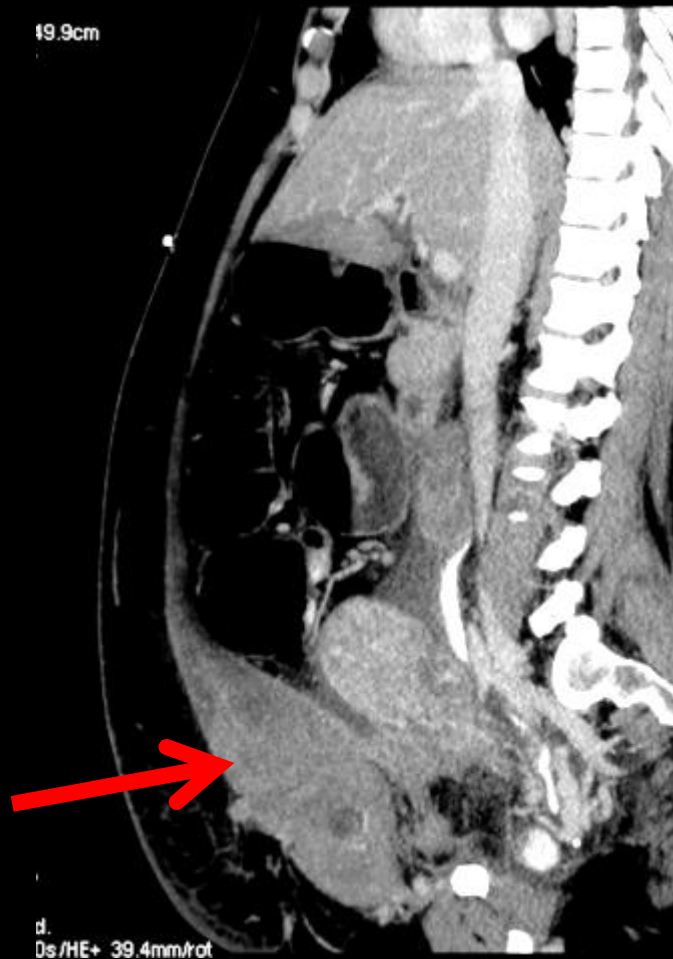
Dyspnée, tachycardie



EX: NOV 12 20







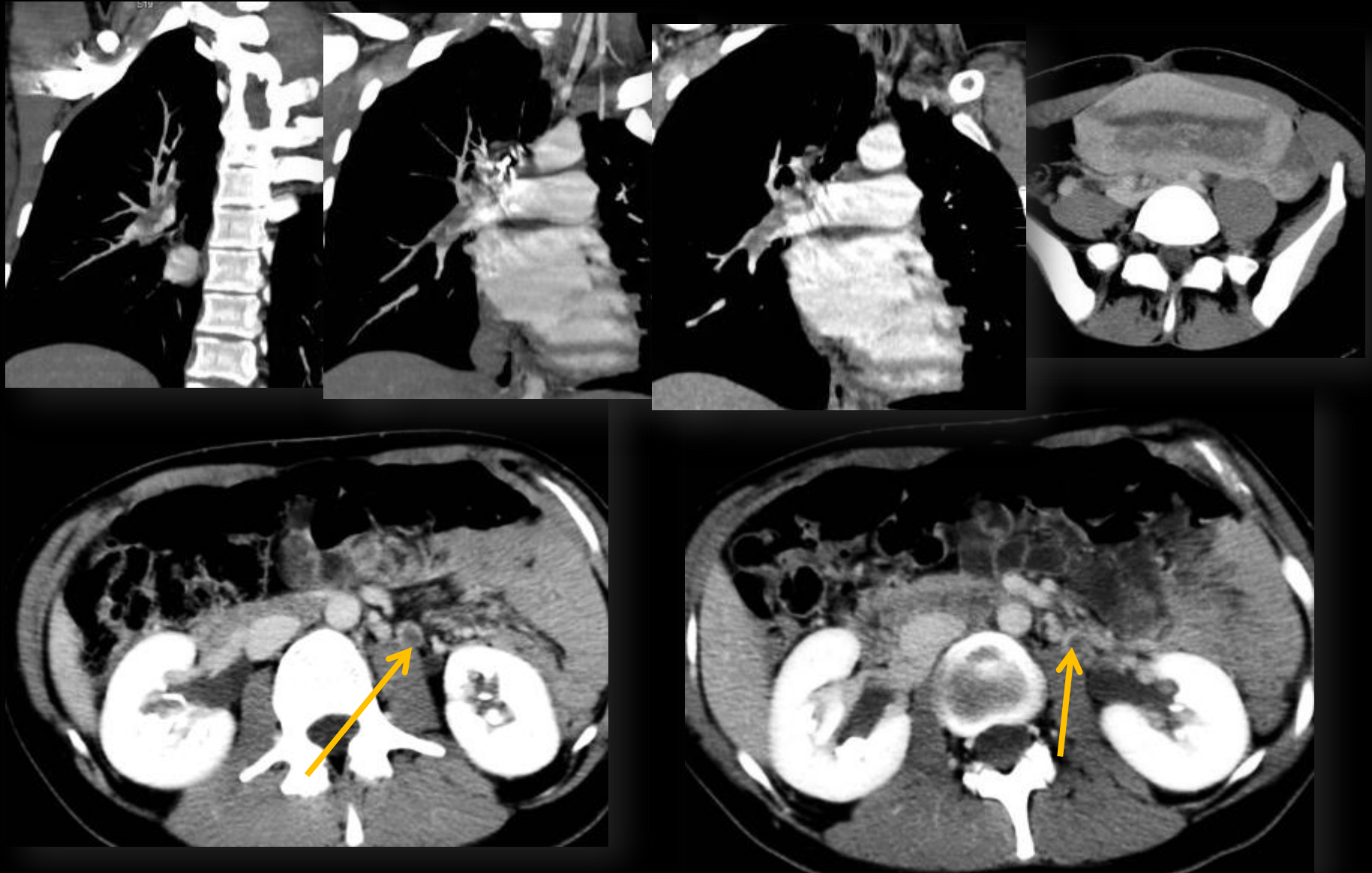
Thrombose de la veine ovarienne droite remontant dans la veine cave inférieure

Embolie pulmonaire droite en selle

Hématome des muscles grands droits avec extravasation

cas compagnon n°3

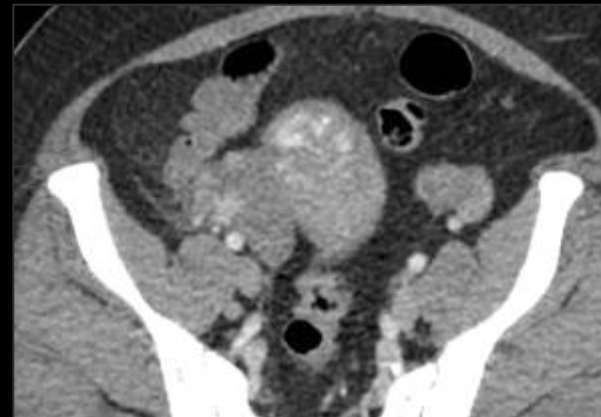
Femme, 27 ans, post-partum, dyspnée, hypoxie, scinti:
haute probabilité d'EP

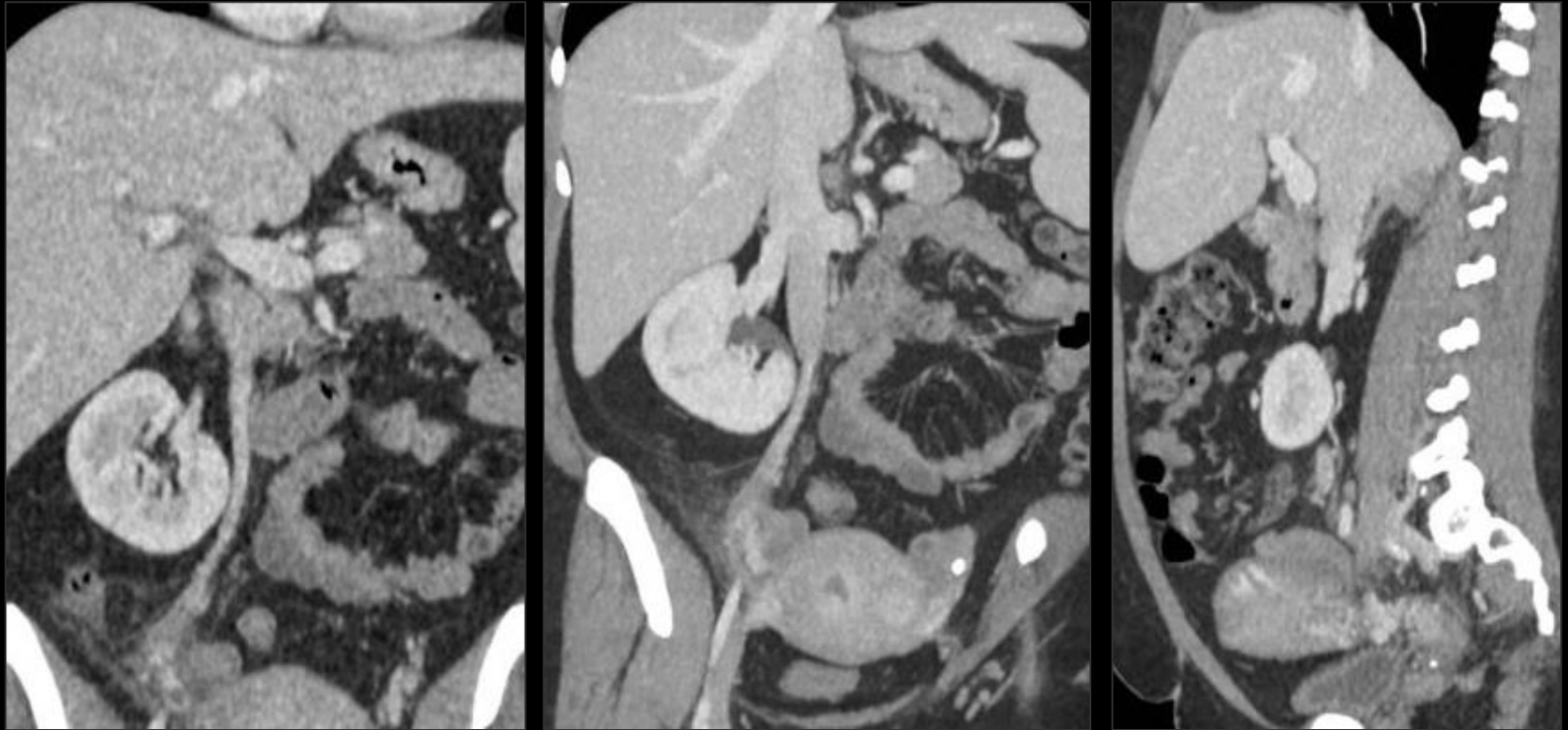


cas compagnon n°4

J3 d'un avortement à 16 SA sur chorioamniotite. Persistance d'une fièvre à 39°C, douleurs en fosse iliaque droite. Syndrome inflammatoire biologique et hémocultures positives à *Bactéroïdes fragilis*.

Collection profonde ? Thrombose pelvienne septique ?





Infiltration de la graisse péritonéale le long de son trajet. Ovaire droit augmenté de volume et infiltré. **Thrombose de la veine ovarienne droite** sans extension à la veine cave inférieure

les veines ovariennes droite et gauche assurent le **drainage veineux des éléments latéraux du tractus génital interne** :
trompes utérines, ovaires, ligament rond

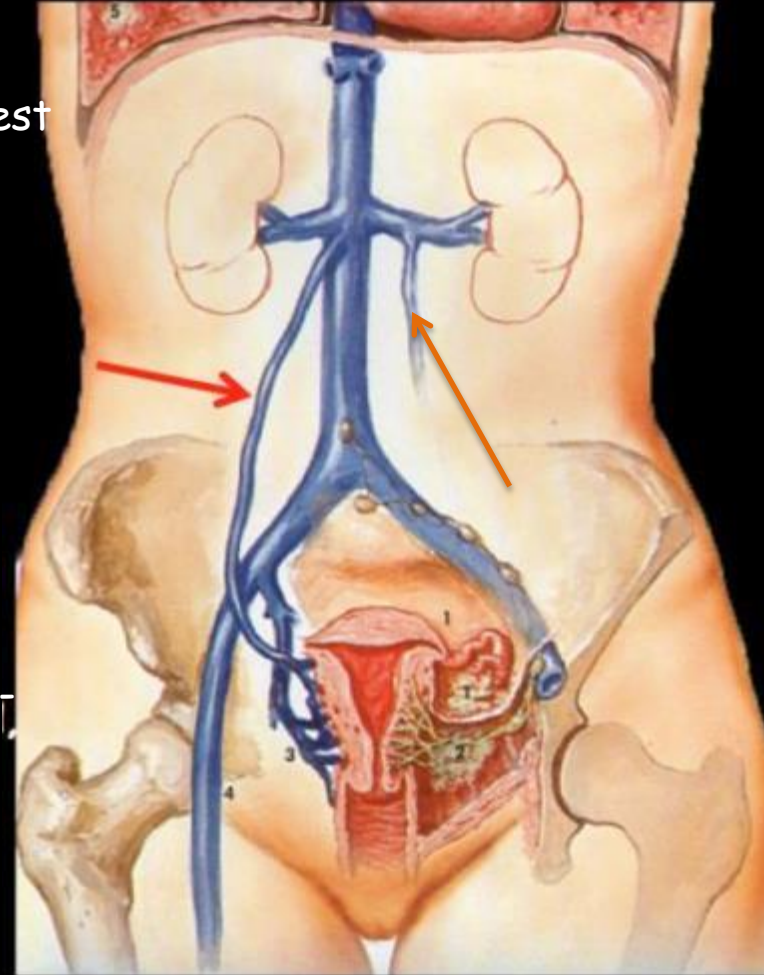
Anatomie

Elles cheminent le long du muscle psoas où leur calibre est de 3-4 mm

A droite , la veine ovarienne s'abouche **dans la VCI en regard de L2**

A gauche elle s'abouche dans la **veine rénale gauche** ;
cette dernière s'engageant ensuite dans la pince aorto-mésentérique

Thrombose de la **veine ovarienne droite dans la grande majorité des cas (80%)**



Clinique

- **Syndrome douloureux abdominal** aspécifique, prédominant en fosse iliaque droite
- Abdomen tendu, +/- tachycardie
- **Fièvre** > 48 heures malgré antibiothérapie
- Parfois symptomatologie de pyélonéphrite si compression urétérale
- -symptômes trompeurs: douleurs pelviennes, épreintes, ténesme, masse FID..
- **Syndrome inflammatoire biologique ++**
- hémocultures positives à Strepto, Bactéroïdes, E. Coli, Proteus

Diagnostic différentiel

appendicite aiguë..., en particulier chez la femme enceinte (et du côté droit !)

abcès tubo-ovarien, hématome du ligament large, torsion d'annexes, endométrite, pyélonéphrite, complications post-opératoires après césarienne

thrombose de la VCI, léiomyomatose de la VCI

Rares mais complications potentielles : sepsis, extension de la thrombose aux veines rénales et à la veine cave, embolie pulmonaire

Etiopathogénie

Post partum immédiat +++ : 0,05 à 0,018% (voie basse), jusqu'à 2% après césarienne. Entre 1/2000 et 1/6000 accouchements, plus volontiers chez la multipare, principalement dans les 4 premiers jours. 10 fois plus élevé après césarienne/voie basse (1/800 vs 1/9000)

Physiopathologie Triade de Virchow

- Stase veineuse**: le drainage utérin se fait par les veines ovariennes rendant les valves anti-reflux incontinentes et inefficaces
- Lésions vasculaires intimes**: favorisées par les manœuvres obstétricales
- Hypercoagulabilité**: augmentation des facteurs I, II, VII, IX et X, CIVD

Atteinte du côté droit plus fréquente: 80% (gauche 6% et bilatérale 14%):

-dextroposition de l'utérus gravide entraînant une compression de la veine ovarienne entre le bassin et l'utérus

-inversion des flux dans la veine ovarienne gauche avec flux rétrograde après l'accouchement, protégeant contre les infections ascendantes

Embolie pulmonaire dans 13% des cas

Dunniho DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson W. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. Obstetric Gynecological Survey 1991;46:415-27. PMID: 1876354

Un autre étude 50 patientes suivies après hystérectomie totale et annexectomie bilatérale

80% des patientes présentent une obstruction veineuse ovarienne , asymptomatique

aucune EP dans le suivi jusque 2 ans

(Yassa NA, Ryst E. Ovarian vein thrombosis: a common incidental finding in patients who have undergone total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo- oophorectomy with retroperitoneal lymph node dissection. AJR 1999;172:45-7 PMID: 9888736)

Autres causes (plus rares) de thrombophlébite des veines ovariennes :

Infections pelviennes

Néoplasie pelvienne

Chirurgie pelvienne

Cas rapportés sur môle hydatiforme,
léiomyome utérin...

Dans notre cas, curetage utérin

Clinique peut être
(encore plus)
atypique



Duff P, Gibbs RS. Pelvic vein thrombophlebitis:
diagnostic dilemma and therapeutic challenge.
ObstetGynecolSurv1983;38:365

Imagerie

Twickler et al. avaient montré en 1997 que **le scanner** avait une **meilleure sensibilité (100 %)**, comparé à l'IRM (92 %) et à l'échographie doppler (50 %)

sémiologie échographique

masse hypoéchogène ou anéchogène de la région annexielle
s'étendant de manière tubulaire le long de la veine cave
longeant le muscle psoas

Thrombus directement visible

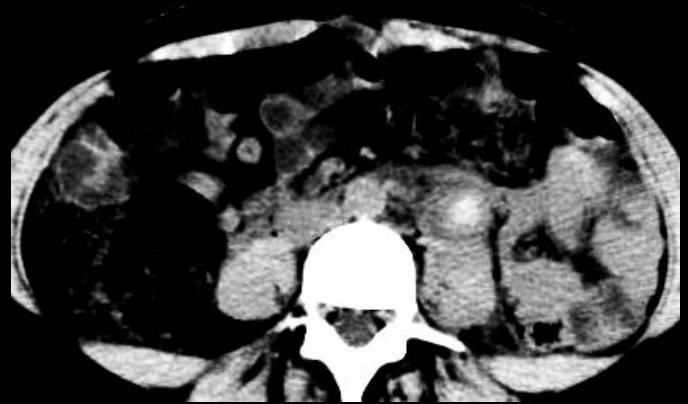
absence de flux au doppler couleur

examen souvent limité par la distension des anses digestives



sémiologie TDM

Hyperdensité spontanée du caillot+++ et
dilatation de la veine ovarienne avec fou
des contours



après injection, lacune endoluminale avec
paroi rehaussée, (au stade de
thrombophlébite)

sémiologie IRM :

l'angio IRM montre le defect endoluminal
au niveau de l'axe veineux dilaté



Twickler D.M., Setiawan A.T., Evan R.S., Erdman W.A.,
Brown C.E.L. Imaging of puerperal septic thrombophlebitis:
prospective comparison of MR imaging, CT, and
sonography *AJR* 1997 ; 169 : 1039-1043

Take Home Messages

La thrombose veineuse ovarienne serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense mais resterait infraclinique dans la plupart des cas

le post partum immédiat chez les multipares constitue le risque maximal; le côté droit étant atteint dans 80 % des cas .Les autres causes (infection, chirurgie, cancer...) sont beaucoup plus rares

le tableau clinique d'abdomen aigu fébrile en cours de grossesse y compris l'accouchement et le post-partum doit faire évoquer le diagnostic à côté de l'appendicite aiguë , de la pyélonéphrite de la torsion d'annexe ...

l'échographie peut faire le diagnostic si les conditions anatomiques sont favorables

Le scanner est la méthode de choix si l'échographie reste équivoque

.L'acquisition sans injection suffit si la recherche de l'hyperdensité spontanée du caillot est correctement réalisée ++++

Attention au risque d'embolie pulmonaire (13 % des cas) ; le traitement anticoagulant classique (héparine et relai par les AVK ou les NACO doit être institué rapidement et maintenu pendant 6 mois)

Antibiothérapie adaptée associée