

Gynecology

KEYWORDS: post partum, fever, thrombophlebitis, sub occlusion, ovarian vein.

POSTPARTUM SUB OCCLUSION: A RARE FORM OF OVARIAN THROMBOPHLEBITIS



Volume-3, Issue-11, November - 2018

Dr. S. Mouffak*

Hopitale Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat-maroc *Corresponding Author
dr.siham.mouffak@gmail.com

Dr. F. Cherrabi

Hopitale Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat-maroc

Dr. Z. Idri

Hopitale Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat-maroc

Pr. J. Kouach

Hopitale Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat-maroc

Pr. D. Moussaoui

Hopitale Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat-maroc

Article History

Received: 12.09.2018

Accepted: 24.10.2018

Published: 10.11.2018



ABSTRACT:

The clinical case reported concerns a young patient who presented, after vaginal delivery, thrombophlebitis of the right ovarian vein, with an initial clinical presentation of sub occlusion.

Through the literature review, we recall the pathophysiological mechanisms of ovarian thrombophlebitis and the distinct aspects visualized on imaging examinations. Yet the most often described clinical presentation remains misleading.

We also emphasize the potential, but rare, severity of such a disease, characterized by the risk of pulmonary embolism, and its treatment that remains mostly medical.

RESUME:

Le cas clinique rapporté concerne une jeune patiente ayant présenté, dans les suites d'un accouchement par voie basse, une thrombophlébite de la veine ovarienne droite, avec un tableau clinique initial de sub occlusion.

A l'aide d'une revue de la littérature, nous rappelons quels sont les mécanismes physiopathologiques de la thrombophlébite ovarienne et les différents aspects visualisés sur les examens d'imagerie, pourtant la présentation clinique la plus souvent décrite reste trompeuse. Nous insistons par ailleurs sur la gravité potentielle, mais rare, d'une telle affection, caractérisée par le risque d'embolie pulmonaire, et sur son traitement qui reste le plus souvent médical.

Mots clés: post partum, fièvre, thrombophlébite, sub occlusion, veine ovarienne.

INTRODUCTION:

La thrombose de la veine ovarienne du post-partum est une complication rare pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel. En raison de sa faible incidence et d'un tableau clinique non spécifique, il s'agit d'une étiologie rarement évoquée. A travers notre observation clinique, on va projeter un de ces tableaux cliniques le plus atypique, bruyant et trompeur. L'objectif principal de cette observation ainsi que la revue de littérature est de préciser les signes cliniques et paracliniques devant faire évoquer le diagnostic de thrombose veineuse ovarienne du post-partum.

OBSERVATION CLINIQUE:

Il s'agit d'une patiente de 34ans, troisième geste troisième pars, porteuse d'un utérus cicatriciel, qui s'est présenté aux urgences à J3 du post partum pour un syndrome subocclusif fébrile. A l'issu d'une grossesse spontanée sans particularité, l'accouchement était eutocique, sans anamnèse infectieuse ayant donné naissance à un

nouveau-né qui pesait 3500g, le post partum a était marqué par une symptomatologie bruyante ayant débuté par des algies pelvienne aigues d'intensité progressive jusqu'à arrêt des gaz sans arrêt des matières, suivies de vomissements, la fièvre a apparue en dernier.

A son admission, la patiente avait une fièvre à 40°, avec une défense de la fosse iliaque droite, l'examen gynécologique trouve, une épisiotomie en voie de cicatrisation des lochies minimes et non fétides, au toucher vaginal l'utérus était indolore, en involution, la palpation annexielle droite a perçu une masse très sensible difficile à apprécier vu la défense, l'examen clinique a été complété par une échographie abdomino-pelvienne qui a révélé un aspect évocateur d'une appendicite aigue non compliqué fortement soupçonné devant un syndrome inflammatoire fait d'une hyperleucocytose à 25000/mm³ avec un taux de C réactive protéine (CRP) à 120 mg/l. A travers une incision mac-Burney l'appendice paraissait normal selon les viscéralistes, notre décision alors était de réaliser un abord pelvien pour explorer la masse sus décrite. Après la reprise de l'ancienne cicatrice pfenestiel, on retrouve une masse annexielle droite bilobé de 3-4 cm au dépend du mésosalpinx jaunâtre adhérente à la trompe droite qui paraissait nécrosée (figure1) avec des fausses membranes, devant cet aspect chirurgical ainsi que le contexte infectieux, le premier diagnostic évoqué était celui d'un abcès tuboovarien du post partum, une ponction alors a été réalisé en regard de la masse n'ayant ramené que du tissu nécrotique mêlé au caillots sanguins, finalement une salpingectomie était décidée, associée à une appendicectomie de principe (figure2), puis adressé pour étude anatomopathologique. La patiente a été mise sous antibiothérapie synergique à base d'amoxicilline (Totapen ©1g x 3/jr), métronidazole (Flagyl© 500mg x 2/jr), Gentamycine (Gentalline© 160mg) 1 injection/jr, ainsi qu'une anti coagulation à titre préventive (l'énoxaparine 1 mg/kg/jour). L'évolution a été marqué par l'apyrexie et la disparition de la douleur. Le résultat anatomopathologique est revenu en faveur d'une thrombose veineuse.



Figure 1: photo en per opératoire montrant l'aspect jaunâtre de la masse (M) de mésosalpinx avec la trompe (T) boudinée.

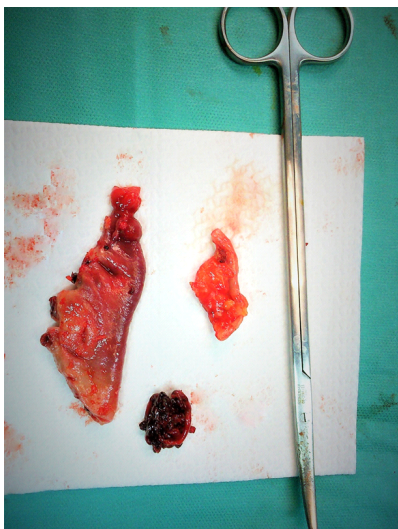


Figure 2: pièces opératoires, l'appendice à droite, la salpingectomie à gauche, et un caillot en dessous (provenant de la masse sus décrite).

L'étude du réseau veineux pelvien a été complétée alors par une échographie doppler du pelvis qui a objectivé la présence d'un matériel échogène au niveau de la veine cave inférieure étendue sur 9cm concluant à une thrombose locale de la veine cave inférieure. La patiente fût mise sous anticoagulation curative à base de l'énoxaparine 1 mg/kgx2/jour pendant 6 mois.

Le bilan étiologique n'a pas révélé de thrombophilie. La contraception a été assurée par un dispositif intra utérin.

DISCUSSION:

Décrite pour la première fois par Austin en 1956, depuis le diagnostic et la prise en charge ont connu une grande évolution partant d'un diagnostic et une prise en charge chirurgicale à un diagnostic échographique simple permettant un traitement médical adapté.

L'incidence de la TVO varie d'une série à l'autre et serait comprise entre 0.05% selon Dunnihoo et al. à 0.18% pour Brown. [1] [2]

L'âge moyen retrouvé dans la littérature est de 25 ans [3], la plupart des patientes qui présentent une thrombose ovarienne sont des multipares avec une parité moyenne de 2.5. [4]

Les facteurs favorisants les plus retrouvés sont l'accouchement par voie haute [5], les processus inflammatoires, les infections locales, et tout terrain de thrombophilie (déficit en protéine C, déficit en protéine S, hétérozygotie pour le facteur V, et l'hyperhomocystéinémie). [6]

De nos jours les techniques de radiologie et le traitement relativement simple ont permis de diminuer la mortalité liée à cette affection qui avoisine 5%. [7] [8]

Le développement du thrombus veineux ovarien se fait le plus souvent du côté droit avec une prévalence allant de 69,2 % à 80 % selon les séries [9], [10], [11]. Ceci peut être expliqué par la dextro rotation de l'utérus gravidé occasionnant une compression plus importante du côté droit ainsi que par le sens du flux sanguin qui est rétrograde à gauche rendant la pullulation bactérienne plus difficile de ce côté. [12]

Comme dans toutes les localisations de thrombose veineuse le mécanisme du développement du thrombus fait intervenir les éléments de la triade de Virchow à savoir :

-L'hypercoagulabilité sanguine au cours de la grossesse et surtout dans le postpartum avec un pic au quatrième jour du postpartum. Dans 23 % des cas des troubles de la coagulation sont présents majorant ainsi le risque de thrombose. [13]

-La stase veineuse due principalement à la dilatation des veines ovariennes au cours de la grossesse avec comme conséquence un ralentissement du flux sanguin en post partum. [14]

-Les modifications de la paroi vasculaire qui peuvent faire suite à un traumatisme mécanique lors d'une césarienne ou d'un accouchement instrumental, comme elles peuvent être la conséquence de l'atteinte infectieuse de la paroi veineuse.

[15] L'infection joue un rôle important dans le développement des thromboses ovariennes et on retrouve une endométrite associée dans 45 % à 76.9% des cas [4] [3] [9].

La présentation clinique est bruyante dans le postpartum par l'installation de douleurs abdominales fébriles le plus souvent au niveau de la fosse iliaque droite, et pouvant s'étendre à la fosse lombaire en cas de compression urétérale par le thrombus. On retrouve des troubles du transit associés rendant le diagnostic encore plus difficile.

Dans 24,26% le diagnostic se fait après survenue d'une embolie pulmonaire. [16] [7] L'examen clinique peut retrouver une masse pelvienne palpable et un cordon veineux induré au toucher vaginal au niveau du cul-de-sac vaginal latéral. [17] [18]

Ce tableau clinique prête à confusion avec des urgences abdominales pouvant même nécessiter une chirurgie en urgence notamment l'appendicite aiguë, la pyélonéphrite aiguë, l'endométrite, ou encore les abcès pelviens. [11]

La biologie met en évidence un syndrome inflammatoire biologique non spécifique fait d'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et d'élévation de la protéine C réactive. Vu l'association fréquente à des infections locales les prélèvements bactériologiques

(Prélèvement vaginal, étude cyto bactériologique des urines) sont souvent positifs. [19]

La multitude des diagnostics différentiels et le manque de spécificité de la symptomatologie clinique donne aux examens radiologiques tout leur intérêt.

L'échographie abdominale couplée au doppler couleur permet l'identification du thrombus ainsi que le ralentissement du flux sanguin endoluminal voir sa disparition.

Le thrombus sera suivi à la recherche d'éventuelle extension à la veine cave inférieure. La voie endovaginale donne un meilleur accès échographique aux veines ovariennes et on tâchera de visualiser le pédicule ovarien en suivant les artères ovariennes. [20]

La tomodensitométrie offre une description précise de la thrombose, le diagnostic repose sur trois critères [21]:

- Elargissement de la veine ovarienne.
- Hypodensité ou hyperdensité de la paroi veineuse selon l'ancienneté du thrombus.
- Renforcement de la paroi vasculaire décrivant une image en cible.

La tomodensitométrie garde un grand intérêt en cas de doute diagnostic mais reste plus coûteuse, plus irradiante, et moins accessible que l'échographie pelvienne.

Actuellement la prise en charge par le traitement médical est basée sur une anticoagulation curative initialement à base d'héparine non

fractionné prolongé ensuite par un traitement à base d'antivitamine K pendant trois à six mois [22].

L'adjonction d'un traitement antibiotique à large spectre paraît nécessaire vu l'association fréquente d'infections locales. [23] Chirurgie:

Les techniques de chirurgie endovasculaire permettent la pose d'un filtre cave devant les situations à haut risque embolique (thrombus flottant, thrombus extensif...) [2], [24]

La réponse au traitement médical est obtenue 48h à 72h après le début du traitement.

Les complications possibles sont l'extension du thrombus et l'embolie pulmonaire. [25]

La meilleure prévention de la TVO du post-partum consiste en la prévention de tout geste potentiellement septique et/ou traumatique durant l'accouchement et/ou la délivrance. [9] [15]

CONCLUSION :

La thrombose veineuse ovarienne du post-partum demeure une complication rare, pourtant son diagnostic reste difficile. Cette observation montre toute la difficulté de son diagnostic. Il semble judicieux de l'évoquer et de la rechercher devant tout syndrome douloureux abdominal fébrile du post-partum, surtout si la patiente est multipare et si l'accouchement était instrumental/par césarienne, dans un contexte de rupture prématurée de membranes, ou s'est compliqué d'hémorragie. Toutes les études actuellement attestent que la prise en charge est aujourd'hui essentiellement médicale et associe une anticoagulation à dose curative à une antibiothérapie à large spectre. Par ailleurs, il est recommandé de réaliser un bilan de thrombophilie à distance de l'épisode.

RÉFÉRENCES :

- [1] Simons GR, Piwnica-Worms DR, Goldhaber SZ. Ovarian vein thrombosis. *Am Heart J* 1993;126(3 Pt 1):641-7.
- [2] Clarke CS, Harlin SA. Puerperal ovarian vein thrombosis with extension into the inferior vena cava. *Am Surg* 1999;65: 147-50.
- [3] Brown TK, Munsick RA. Puerperal ovarian vein thrombophlebitis: a syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 109 (2): 263-73.
- [4] Dunnihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46(7):415-27.
- [5] Brown CE, Stettler RW, Twickler D, Cunningham FG. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(1):143-8.
- [6] Salomon O, Apter S, Shaham D et al. Risk factors associated with postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb Haemost* 1999; 82: 1015-19.
- [7] Meuwly JY, Kawkabani A, Sgourdos G. Thrombose veineuse ovarienne. *Forum Médical Suisse* 2012.
- [8] Salomon O, Dulitzky M, Apter S. New observations in postpartum ovarian vein thrombosis: experience of single center. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2010;21(1): 16-9.
- [9] J. Lerouge, S. Sanguin, J. Gondry, F. Sergent. Management of postpartum ovarian vein thrombosis. The experience of Amiens university hospital
- [10] Sappey O, Mollier S, Skowron O, Equy V, Ranchoup Y, Descotes JL, et al. [Puerperal thrombophlebitis of the ovarian vein revealed by renal colic]. *Prog Urol* 1999;9(2):313-8.
- [11] Munsick RA, Gillanders LA. A review of the syndrome of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. *Obstet Gynecol Surv* 1981;36(2):57-66.
- [12] Basili G, Romano N, Bimbi M, Lorenzetti L, Pietrasanta D, Goletti O. Postpartum ovarian vein thrombosis. *JLS* 2011;15 (2):268-71.
- [13] Farah I, Villar C, Ranchoud Y, Bouzid F, Magne JL, Bosson JL, et al. [Thrombophlebitis of the ovarian vein in the postpartum period. Diagnostic and therapeutic problems]. *Chir Mem Acad Chir* 1994-1995;120(8):402-7 [discussion 407-8].
- [14] Jacoby WT, Cohan RH, Baker ME, Leder RA, Nadel SN, Dunnick NR. Ovarian vein thrombosis in oncology patients: CT detection and clinical significance. *AJR Am J Roentgenol* 1990;155(2): 291-4.
- [15] Hodgkinson CP. Physiology of the ovarian veins during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1953;1(1):26-37.
- [16] Quarello E, Desbriere R, Hartung O, Portier F, d'Ercole C, Boubli L. Thrombophlébite de la veine ovarienne du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33(5):430-40.
- [17] Hafsa C, Golli M, Jerbi-Omezzine S, Salem R, Kriaa S, Zbidi M, et al. Une cause rare de fièvre du post-partum : la thrombophlébite de la veine ovarienne. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25(3): 286- 90.
- [18] Angel JL, Knuppel RA. Computed tomography in diagnosis of puerperal ovarian vein thrombosis. *Obstet Gynecol* 1984;63(1):61-4.
- [19] Vinatier D, Theeten G, Jude B, Carre A, Monnier JC. Accident thromboemboliques et gravidopuerpéralité. *EMC-Obstétrique*. Paris: Elsevier; 1996 [5-044-F-10].
- [20] Rault S, Anjar A, Keller E. Thrombose de la veine ovarienne droite remontant jusqu'à la veine cave inférieure dans le post-partum. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35(7-8):658-61.
- [21] Giraud JR, Poulain P, Renaud-Giono A et al. Diagnosis of postpartum ovarian vein thrombophlebitis by color Doppler ultrasonography: about 10 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76: 773-8.
- [22] Zerhouni EA, Barth KH, Siegelman SS. Demonstration of venous thrombosis by computed tomography. *AJR Am J Roentgenol* 1980;134(4):753-8.
- [23] Garcia J, Aboujaoude R, Apuzzio J, Alvarez JR. Septic pelvic thrombophlebitis: diagnosis and management. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2006;2006:15614.
- [24] Gilbert DN, Moellering Jr RC, Sande MA. The Stanford guide to antimicrobial therapy, 32nd ed., Merck; 2002. p. 46-7.
- [25] Hassen-Khodja R, Gillet JY, Batt M et al. Thrombophlebitis of the ovarian vein with free-floating thrombus in the inferior vena cava. *Ann Vasc Surg* 1993;7:582-6
- [26] Sharma P, Abdi S. Ovarian vein thrombosis. *Clin Radiol* 2012;67(9):893-8.