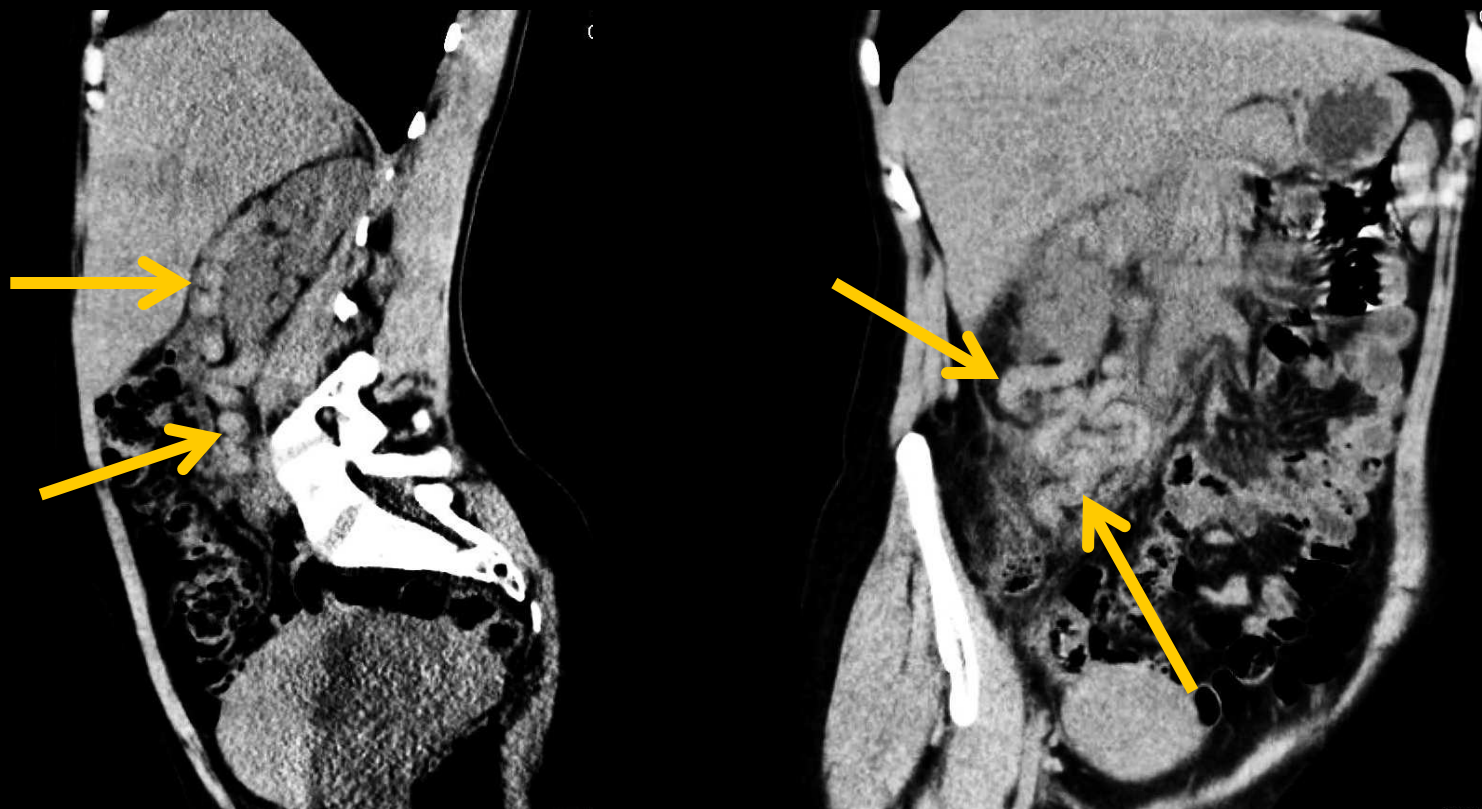


Femme de 25 ans; accouchement il y a 5 jours ; douleurs abdominales depuis deux jours, syndrome inflammatoire biologique, fièvre.

Quels sont les éléments sémiologiques à retenir



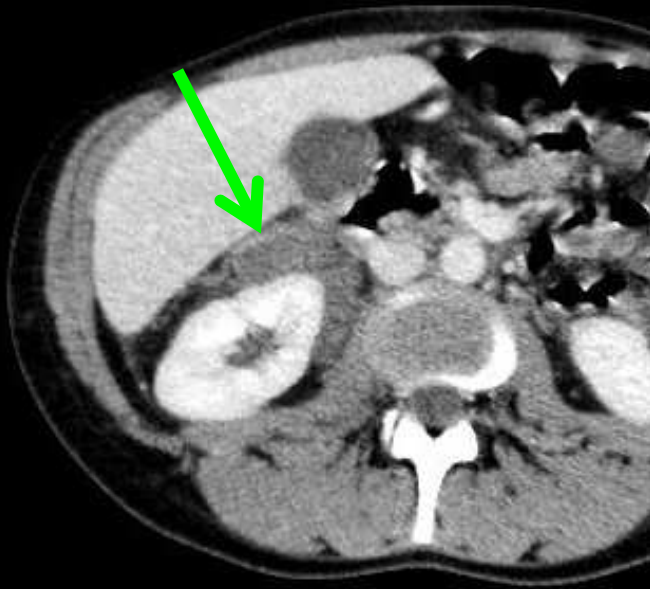
images CH Metz



-Scanner sans injection: Structure tubulée serpentineuse: **veineuse**
rétropéritonéale
pré rénale droite
spontanément hyperdense

... le diagnostic doit être déjà être évoqué!!

au temps veineux, on confirme la **thrombose de la veine ovarienne droite**
qui est augmentée de calibre et non rehaussée
prise de contraste de la paroi des veines (vasa vasorum++)
structures tubulées: développement des **collatéralités**
également thrombosées)
pas d'extension à la veine cave inférieure



Thrombose de la veine ovarienne ou thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale

Pathologie rare

thrombose de la veine ovarienne (droite dans 80% des cas)

Contexte:

Post partum immédiat+++ Per partum (rare)

En dehors du post partum (rare): infection, néoplasie ou chirurgie pelvienne

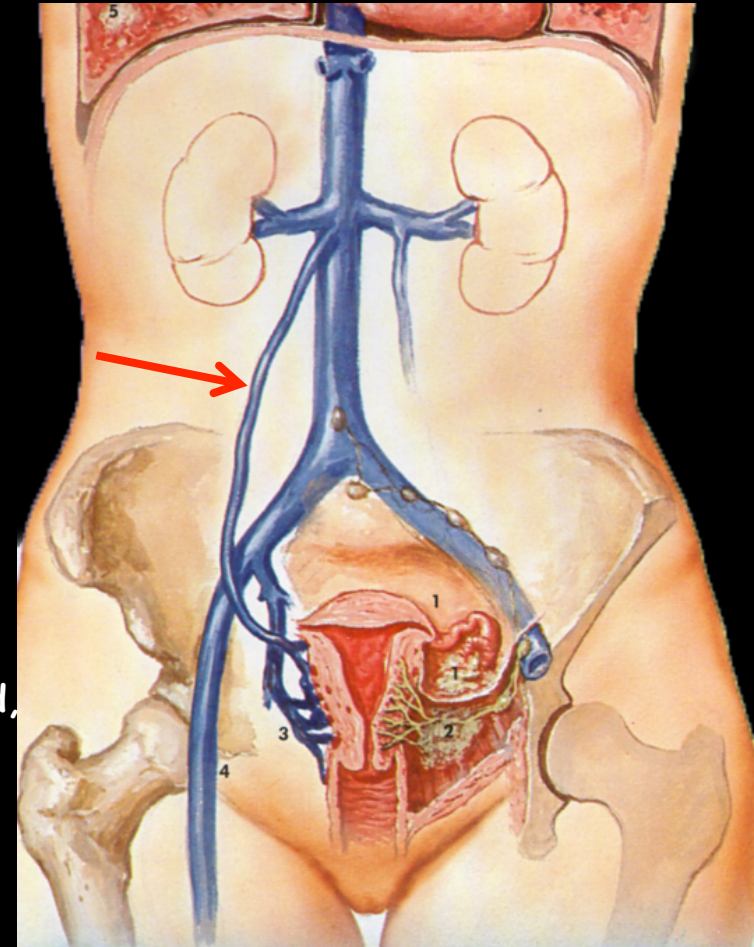
Anatomie

Drainage de l'ovaire, des trompes utérines, du ligament rond, partie sup plexus utérin

Passe dans le ligament suspenseur de l'ovaire

Droite: VCI (en regard de L2)

Gauche veine rénale G puis VCI



Physiopathologie des thromboses veineuses ovariennes du post-partum :

De la thrombose: triade de Virchow

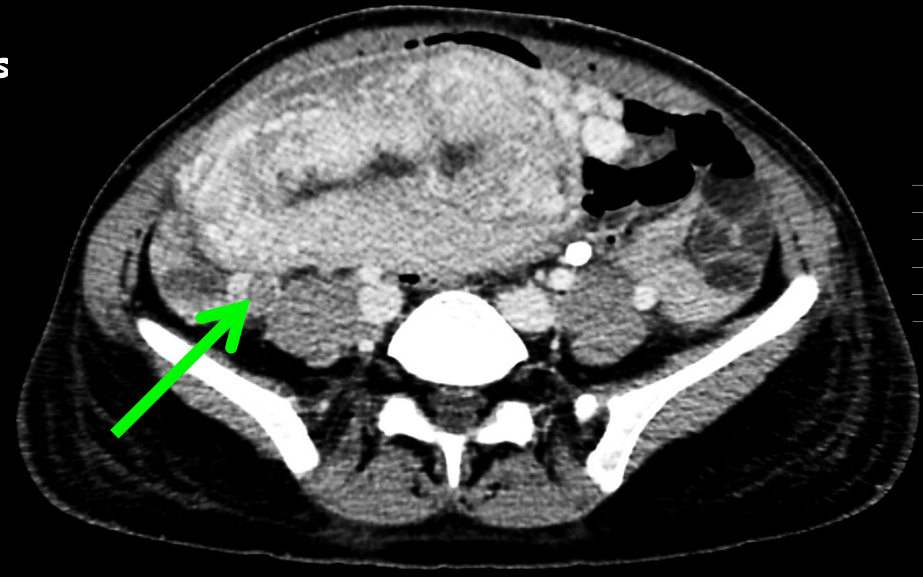
- **Stase veineuse** : drainage veineux utérin du PP par le pédicule ovarien : les veines utérines jouent un rôle secondaire. **Diamètre des veines ovariennes X 3 et capacité de drainage veineux X 60: valves antireflux inefficaces et incontinentes.**

- Lésions vasculaires : processus infectieux utérin surajouté fréquent, **manœuvres obstétricales** lors de l'accouchement

- **Hypercoagulabilité** : pendant la grossesse et les 6^{ières} semaines du PP

Du côté préférentiellement atteint :

droit (80%), gauche (6%) bilatéral (14%)
compression de la VO droite par un utérus volumineux dextroversé
flux rétrograde dans la veine ovarienne gauche
moins de germes



Clinique et biologie trompeuses ++:

Douleur abdominale progressive, en fosse iliaque droite

Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) pendant plus de 48h malgré l'antibiothérapie

+/- iléus réflexe

+/- masse abdominale palpable

Parfois symptomatologie de **colique néphrétique** par compression de l'uretère

Syndrome inflammatoire biologique net

==> Diagnostics souvent évoqués devant le tableau:

appendicite aiguë,
endométrite,
infection urinaire,
hématome du ligament large,
complications post césarienne (hématome,
infection de paroi),
torsion d'annexe



Symptomatologie de **colique néphrétique** par compression de l'uretère

Sémiologie :

Echographie doppler : Sensibilité 50%, Spécificité 99%

La veine ovarienne devient visible le long du psoas car augmentée de taille

IRM : Se 92%

Même sémiologie que le scanner

Séquence d'angio IRM 3D (résolution spatiale ++)

Age du thrombus (propriété ferromagnétique des produits de dégradation de l'hémoglobine)

TDM : Se 100%, Sp 100%

Avant injection :

Augmentation de taille de la veine ovarienne

Hyperdensité spontanée, souvent uniquement de la tête du thrombus (thrombus récent)

+/- présence de gaz (thrombus septique)

Infiltration de la graisse adjacente

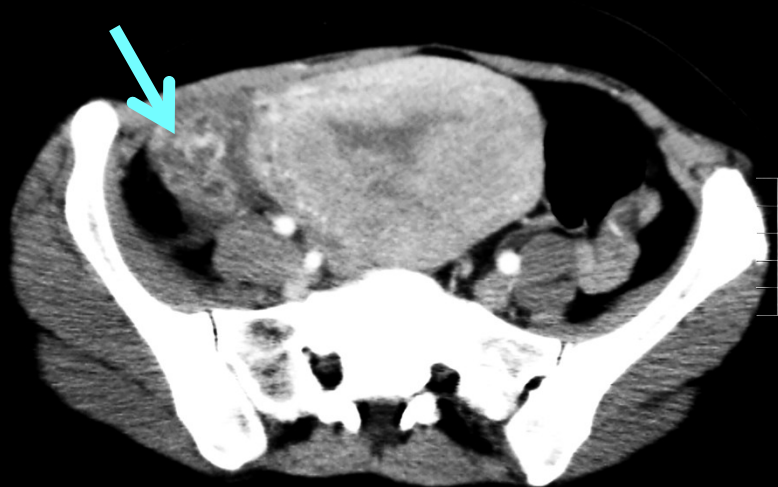
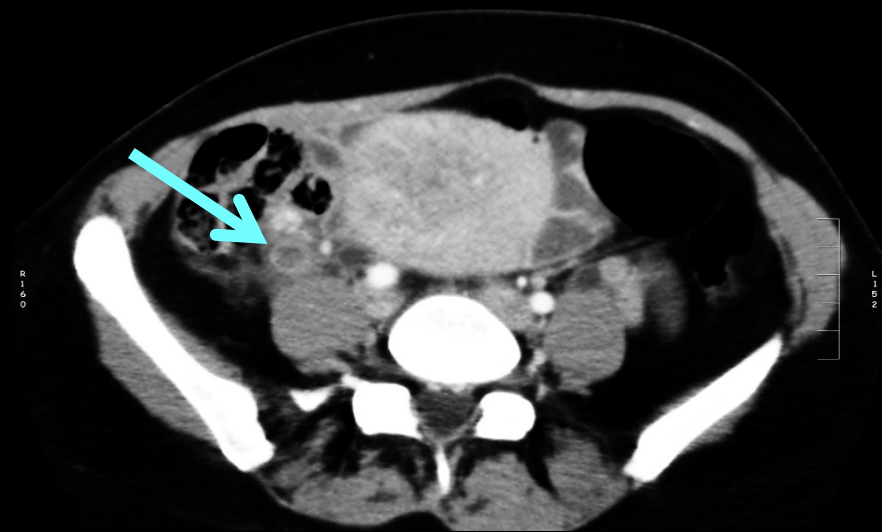
Après injection : temps veineux ++

Veine ovarienne thrombosée

Prise de contraste de la paroi ++ (vasa vasorum)

Centre hypodense

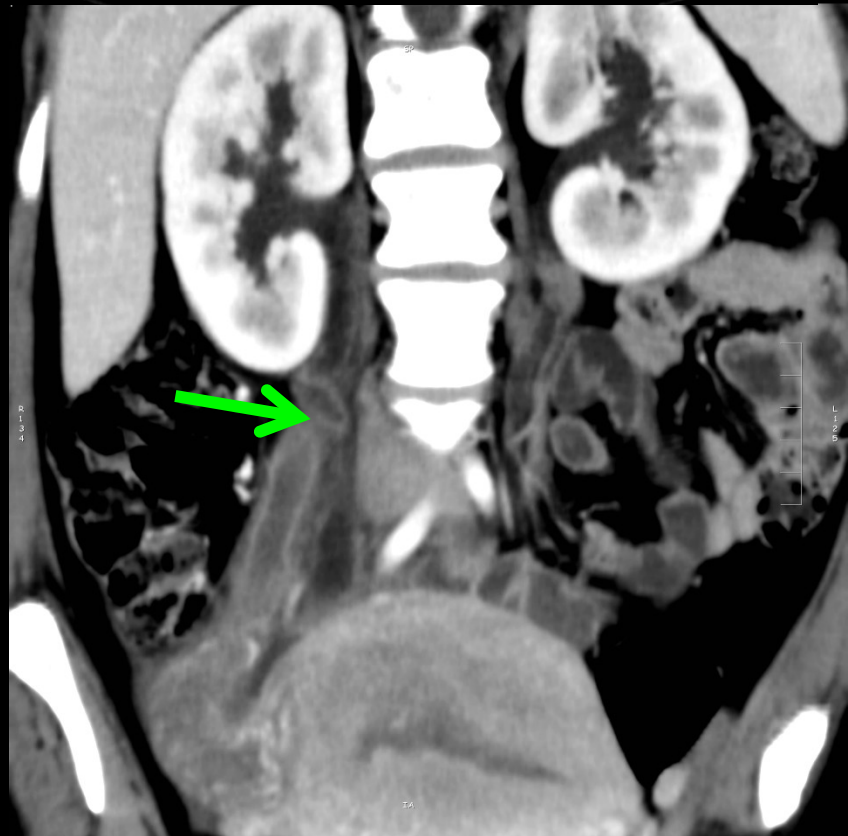




Veine ovarienne comprimée par un gros utérus gravide

Structures vasculaires serpigneuses adjacentes : voies de dérivation

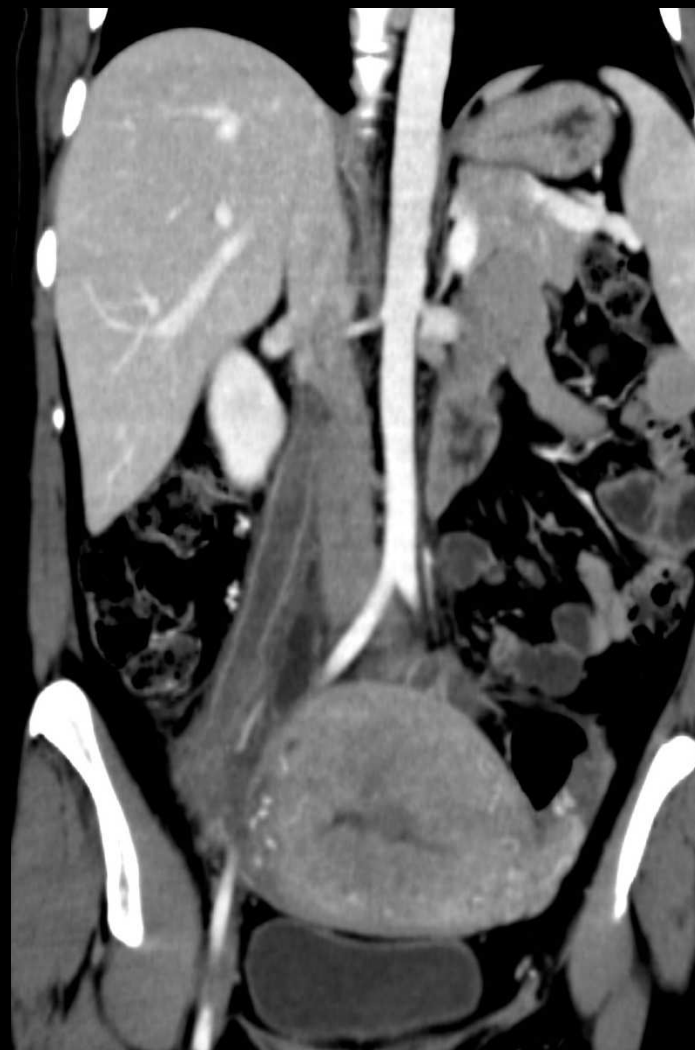
Uretère comprimé par la veine ovarienne :
Dilatation pyélocalicielle secondaire



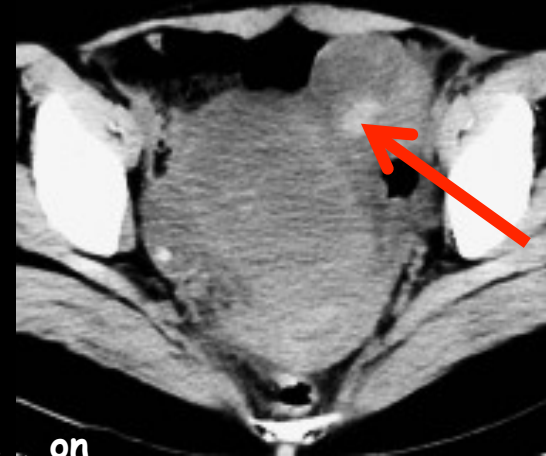
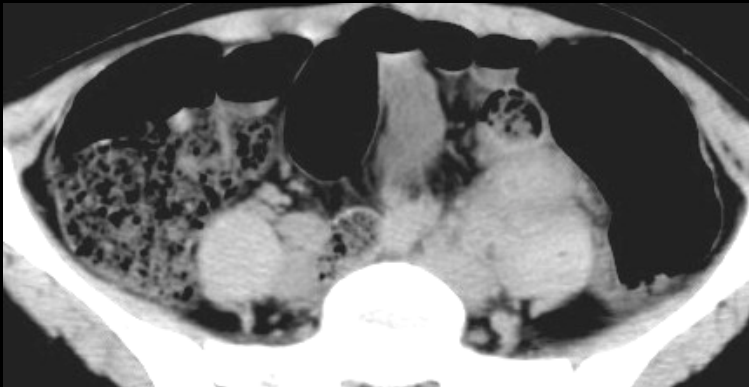
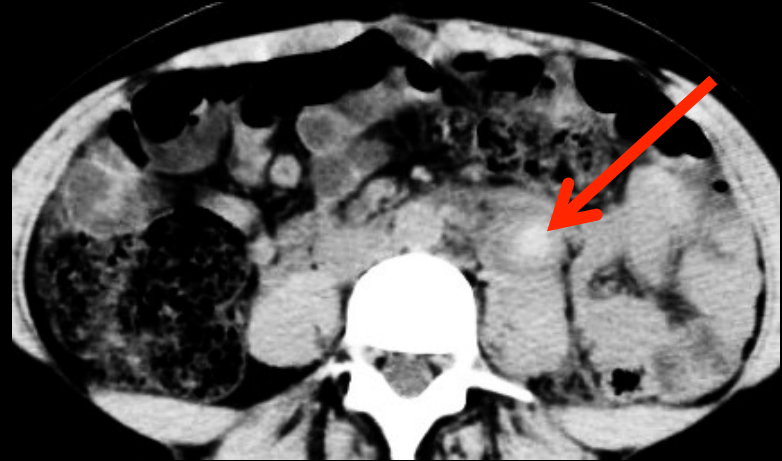
Gravité: extension à la VCI puis embolie pulmonaire (13%)
à la veine rénale (rare)
nécrose utérine

Traitement médical héparinothérapie +/- antibiothérapie
chirurgical en cas d'échec ou contre indication

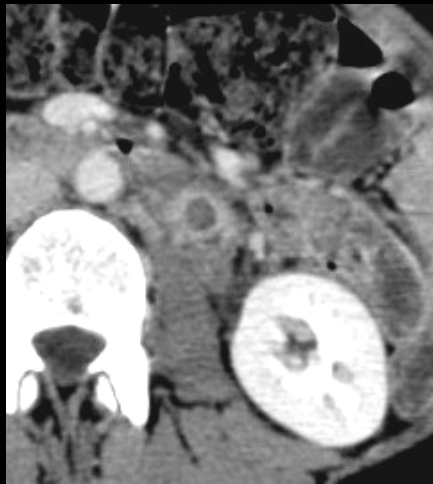
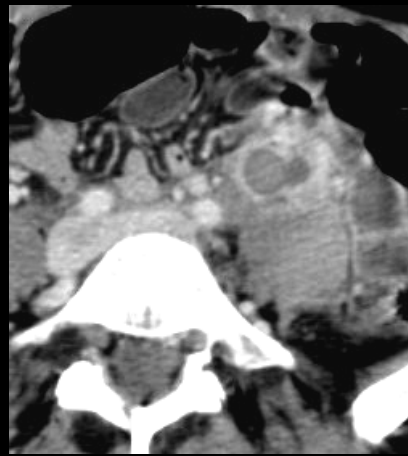
Suivi: examens non irradiants
échographie ou IRM +++



femme / 30 ans, fièvre, douleurs abdominales , psoïtis G , post-partum ; la patiente est adressée dans un service de chirurgie digestive



Dès l'acquisition avant injection de produit de contraste , on objective l'hyperdensité spontanée du thrombus de la veine ovarienne gauche dont les parois sont considérablement épaissies



L'injection montre l'épaississement et le rehaussement de la paroi veineuse et l'absence de rehaussement de la lumière

La thrombose s'étend jusqu'au confluent veine ovarienne gauche-veine rénale gauche

Take home message :

Syndrome abdominal douloureux fébrile du post partum **résistant à un traitement antibiotique bien conduit** : penser à la thrombophlébite de la veine ovarienne

Imagerie spécifique++ : échographie en 1^{ière} intention puis **scanner** (100% sensibilité et accessibilité)
chercher une extension à la VCI : **temps veineux**
+++

Traitement médicamenteux (héparine + antibiothérapie à large spectre) précoce efficace

Suivi évolutif par techniques non irradiantes (écho ou IRM)

