



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Un syndrome de congestion pelvienne post-thrombotique



A post-thrombotic pelvic congestion syndrome

J. Niclot^{a,*}, A. Stansal^a, M. Di Primio^b, G. Angelopoulos^b,
A. Yannoutsos^a, I. Lazareth^a, P. Priollet^a

^a Service de médecine vasculaire, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75014 Paris, France

^b Service de radiologie, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75014 Paris, France

Reçu le 12 mai 2018 ; accepté le 30 juin 2018

Disponible sur Internet le 17 août 2018

MOTS CLÉS

Congestion pelvienne ;
Syndrome post-thrombotique ;
Recanalisation veineuse

Résumé

Introduction. — Le syndrome de congestion pelvienne est un syndrome douloureux chronique du petit bassin en rapport avec des varices pelviennes développées dans le cadre d'une insuffisance veineuse primitive ou secondairement à une obstruction veineuse.

Observation. — Nous rapportons l'observation d'une patiente de 35 ans, sous traitement anti-coagulant pour une thrombose veineuse profonde iliofémorale gauche idiopathique, ayant développé un syndrome de congestion pelvienne invalidant secondaire à des séquelles obstructives iliaques. La recanalisation veineuse avec stenting de l'axe iliaque gauche, associée à une bithérapie antithrombotique par antiagrégant plaquettaire (acide acétylsalicylique 100 mg) et anticoagulant (rivaroxaban 20 mg) pendant trois mois puis antiagrégant plaquettaire seul, a permis une régression complète et durable des symptômes.

Discussion. — La prise en charge du syndrome de congestion pelvienne secondaire à des lésions iliaques post-thrombotiques doit tenir compte de sa physiopathologie. Elle fait intervenir l'angioplastie veineuse iliaque avec mise en place de stent en association à un traitement antithrombotique dont les modalités restent à préciser avec le suivi au long cours de ces patients.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : julien.niclot0052@orange.fr (J. Niclot).

KEYWORDS

Pelvic congestion syndrome;
Post-thrombotic;
Venous recanalization

Summary

Introduction. – Pelvic congestion syndrome is a chronic pelvic pain syndrome related to pelvic varices developed in the setting of primary venous insufficiency or secondary to venous obstruction.

Observation. – We report the case of a 35-year-old patient undergoing anticoagulant therapy for an extensive unprovoked left iliac vein thrombosis, who developed a disabling pelvic congestion syndrome secondary to chronic obstruction of the left iliac vein. Recanalization with stenting of the left iliac vein, combined with antithrombotic treatment with antiplatelet therapy (aspirin 100 mg) and anticoagulation (rivaroxaban 20 mg) for three months, followed by antiplatelet therapy alone, led to a complete and lasting regression of symptoms.

Discussion. – Management of pelvic congestion syndrome secondary to post-thrombotic lesions must take into account its pathophysiology. It involves iliac venous angioplasty with stent placement in combination with antithrombotic therapy, which modalities remain to be specified in long-term follow-up.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le syndrome de congestion pelvienne (SCP) est l'expression clinique douloureuse de l'insuffisance veineuse pelvipéri-néale, en rapport avec des varices situées dans le territoire utérin, vaginal ou périnéal. Il se traduit classiquement par une douleur pelvienne chronique à type de pesanteur, non cyclique, aggravée par l'orthostatisme, en fin de journée et en période prémenstruelle, souvent associée à une dysménorrhée, des dyspareunies ou des douleurs post-coïtales [1,2]. L'existence d'une dysurie, d'hémorroïdes ou de varices atypiques de la face interne ou postérieure de cuisse est aussi caractéristique.

De nombreux facteurs d'ordre physiologique, hormonal, anatomique ou mécanique, interviennent dans le développement d'un SCP. Les grossesses multiples, en combinant plusieurs de ces facteurs, constituent un terrain prédisposant. Des anomalies anatomiques comme une absence de valvules ou une incontinence valvulaire des veines ovariennes peuvent également favoriser l'apparition d'un SCP [3]. Enfin, celui-ci peut être secondaire à un obstacle au retour veineux, soit par thrombose, soit par compression extrinsèque dans le cadre d'un syndrome du casse-noisettes (« Nutcracker syndrome ») ou de May-Thurner/Cockett, ou par une tumeur, une endométriose, une rétroversion utérine, des adhérences postinfectieuses ou chirurgicales [3–5].

L'écho-Doppler abdomino-pelvien et des membres inférieurs est l'examen de premier choix pour faire le diagnostic de SCP. Il pourra être complété par un phléboscan pour rechercher une compression de la veine rénale gauche ou une IRM pour éliminer une cause organique pelvienne. La phlébographie, qui reste l'examen de référence, sera réalisée dès lors qu'un traitement est envisagé [2,6,7].

En l'absence de cause obstructive, l'embolisation sélective par voie endovasculaire des veines pelviennes ou ovariennes constitue le traitement de référence du SCP

[4,8]. Lorsque celui-ci est secondaire à une obstruction veineuse, thrombotique ou non thrombotique, l'angioplastie iliaque avec mise en place de stent permet une amélioration des symptômes [9,10].

Observation

Une patiente de 35 ans, nullipare, aux antécédents d'anorexie mentale, de syndrome de Raynaud, de lupus-engelure et d'hypothyroïdie, a présenté au mois de mai 2014 une thrombose veineuse profonde (TVP) étendue ilio-fémoro-poplitée et jambière gauche compliquée d'une embolie pulmonaire bilatérale des pyramides basales et de leurs branches sous-segmentaires. Elle ne fumait pas et ne prenait aucun traitement, notamment pas de pilule œstro-progestative. On notait dans ses antécédents familiaux une thrombose veineuse profonde chez sa mère à l'âge de 35 ans et un cancer du côlon chez deux arrière-grands-mères.

Le bilan étiologique comprenant scanner thoraco-abdomino-pelvien, frottis cervico-vaginal, échographie pelvienne, fibroscopie œso-gastro-duodénale et coloscopie s'était révélé négatif. Le bilan de thrombophilie n'avait mis en évidence qu'une mutation du gène *MTHFR* à l'état hétérozygote. La thrombose avait donc été considérée comme idiopathique.

Un traitement anticoagulant à dose curative par rivaroxaban avait été mis en place pour une durée de 6 mois, associé à une compression veineuse par bas cuisse de classe II et une corticothérapie orale initiale de quelques jours en raison des signes congestifs marqués au niveau du membre inférieur gauche.

La réévaluation clinique à six mois mettait en évidence un léger œdème du membre inférieur gauche et quelques varices pelviennes. Il persistait sur l'écho-Doppler une oblitération des veines iliaques primitive et externe gauches tandis que les veines fémorale, poplitée et jambières

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10224549>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10224549>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)