

Kyste de l'ovaire géant compliqué de thrombophlébite du membre inférieur

Quelle conduite préopératoire ?

Mahamadoun Coulibaly¹, Alkadri Diarra², Mamadou K. Toure¹, Joseph Kone¹, Siriman A. Koita¹, Abdoul H. Al Meimoune³, Ousmane Nientao⁴, Djiibo M. Diango³, Youssouf Coulibaly⁵

¹ CHU mère-enfant « Le Luxembourg » de Bamako, Service d'anesthésie-réanimation, Mali
<mahacoulibaly@yahoo.fr>

² CHU mère-enfant « Le Luxembourg » de Bamako, Service de chirurgie, Mali

³ CHU Gabriel Toure de Bamako, Département d'anesthésie-réanimation-médecine d'urgence, Mali

⁴ CHU CNOS (Centre national d'odonto-stomatologie) de Bamako, Service d'anesthésie-réanimation, Mali

⁵ CHU « Point G » de Bamako, Département d'anesthésie-réanimation, Mali

Résumé. Les kystes et tumeurs bénignes de l'ovaire constituent un motif fréquent de consultation en gynécologie. La complication la plus étudiée des kystes est la torsion annexielle, suivie des complications hémorragiques et des complications plus rares (transformation maligne, complication extra-ovarienne et ou extra-pelvienne). L'objectif de ce travail est de faire ressortir la problématique de l'anticoagulation curative préopératoire ainsi que les risques de migration du thrombus pendant la période péri-opératoire.

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 67 ans, sans antécédent pathologique, admise au CHU mère-enfant « Le Luxembourg » de Bamako pour prise en charge d'une masse pelvienne évoluant depuis près de 20 ans. Le bilan paraclinique a mis en évidence une masse charnue latéro-utérine gauche faisant 317 x 254 x 137 mm, exerçant un effet de masse sur l'uretère gauche avec urétéro-hydronéphrose en amont. Le doppler veineux du membre inférieur a trouvé une thrombose veineuse profonde (TVP) et superficielle des veines iliaque, fémorale, poplitée, saphène et tibiale postérieures gauches. L'exploration chirurgicale sous couverture anticoagulante (héparine de bas poids moléculaire [HBPM]) a permis l'extraction d'un kyste de l'ovaire faisant 12 kg. La poursuite de l'anticoagulation par anti-vitamines K (AVK) était de mise et la patiente a été suivie régulièrement en consultation.

L'instauration d'une anticoagulation préopératoire n'annule pas le risque de migration du thrombus en peropératoire, cependant instaurer une thrombolyse préopératoire ou, au mieux, un filtre cave transitoire pourrait être proposé dans cette association, même si la littérature est pauvre dans ses indications en préopératoire.

Mots clés : kyste de l'ovaire, compression extrinsèque, thrombophlébite, anticoagulation préopératoire, délai de la chirurgie

Abstract

**Ovarian cyst complicated with thrombophlebitis of the lower limb
What preoperative conduct?**

Cysts and benign tumors of the ovary constitute a frequent motive for consultation in gynecology. The complication the most studied by cysts is the annexial twisting, followed by hemorrhagic complications, and by rarer complications (malignant processing, extra-ovarian

Tirés à part :
M. Coulibaly

complication and or extra-pelvic). The objective of this work is to highlight the problem of the preoperative curative anticoagulation as well as the risks of migration of the thrombus during the perioperative period. We report the observation of a 67-year-old patient, without pathological history, admitted in the teaching hospital "Le Luxembourg" of Bamako for coverage of a pelvic mass evolving since almost 20 years. The paraclinic balance assessment highlighted a making left latéro-uterine fleshy mass 317 x 254 x 137 mm, exercising an effect of mass on the left ureter. The venous doppler of the lower limb found a deep venous thrombosis and superficial of the iliac, femoral, popliteal, saphena and tibiale posterior left veins. The surgical exploration under anticoagulative cover allowed the extraction of a cyst of the ovary being 12 kg. The pursuit of the anticoagulation by anti-vitamins K was appropriate and the patient was followed regularly in consultation. The institution of a preoperative anticoagulation does not cancel the risk of perioperative migration of the thrombus, however to establish a preoperative thrombolysis or, at best, a filter passing cellar could be proposed in this association, even if the literature is poor in its indications in preoperative.

Key words: ovarian cyst, extrinsic compression, thrombophlebitis, perioperative anticoagulation, surgery period

Introduction

Les kystes et tumeurs présumées bénignes de l'ovaire constituent un motif fréquent de consultation en gynécologie. Ces kystes peuvent être à l'origine de symptômes, du fait de leur évolution naturelle ou de la survenue de complications. Il n'existe pas de classification internationale des complications des kystes ou tumeurs bénignes de l'ovaire. La complication la plus étudiée est la torsion annexielle, suivie des complications hémorragiques (hémorragie intrakystique ou rupture de kyste) et des complications plus rares (transformation maligne, complication extra-ovarienne et/ou extra-pelvienne). Les complications obstructives sont, quant à elles, moins décrites dans la littérature. Une tumeur volumineuse de l'ovaire peut entraîner une compression des organes de voisinage (vessie, rectum, colon, vaisseaux iliaques). La quasi-totalité des cas de thrombose publiés sont décrits dans des contextes de syndrome des ovaires polykystiques et/ou syndrome d'hyperstimulation [1]. L'association thrombose et masse abdomino-pelvienne évoque, en tout premier lieu, un processus malin nécessitant un bilan étiologique dans ce sens. Sur le plan physiopathologique, la compression s'associe probablement à une myéloprolifération et peut être liée à une libération de thromboplastine tissulaire locale. Les risques principaux sont initialement l'embolie pulmonaire (EP) ou la gangrène du membre inférieur et secondairement la maladie post-phlébitique [2]. Nous souhaitons discuter dans cet article de la problématique de la gestion préopératoire de l'anticoagulation curative, ainsi que du risque péri-opératoire d'une migration de thrombus du membre inférieur.

Observation clinique

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 67 ans, sans antécédent pathologique, admise au CHU mère-enfant « Le Luxembourg » de Bamako pour prise en charge d'une masse latéro-pelvienne gauche évoluant depuis près de 20 ans, augmentant progressivement de volume. À cette symptomatologie était associée une augmentation du volume du membre inférieur homolatéral qui évoluait depuis trois mois. Le bilan paraclinique (tomodensitométrie abdomino-pelvienne) a mis en évidence une masse charnue latéro-utérine gauche mesurant 317 x 254 x 137 mm, refoulant les structures de voisinage, et exerçant un effet de masse sur l'uretère gauche avec urétéro-hydronephrose (*figures 1 et 2*). Le doppler veineux du membre inférieur a trouvé une thrombose veineuse profonde (TVP) et superficielle des veines iliaque, fémorale, poplitée, saphène et tibiale postérieures gauches ; la tête du thrombus se trouvant au niveau de la veine iliaque commune gauche. Les bilans étiologiques et de retentissement sur le plan biologique étaient sans particularité, notamment : marqueurs tumoraux négatifs, bilans de coagulation, de thrombophilie et fonction rénale normaux, et électrophorèse de l'hémoglobine stable. La chirurgie a été reportée de 15 jours avec prescription d'une anticoagulation curative à base d'énoxaparine 100UI/kg/12 heures par voie sous-cutanée. Une numération des plaquettes a été faite de manière bihebdomadaire et la dernière dose d'énoxaparine a été administrée 12 heures avant l'incision. L'exploration chirurgicale a permis l'extraction d'un kyste de l'ovaire pesant 12 kg (*figure 3*). La pièce a été adressée à l'anatomo-pathologie et l'examen était en faveur d'un kyste dermoïde. En post-opératoire,

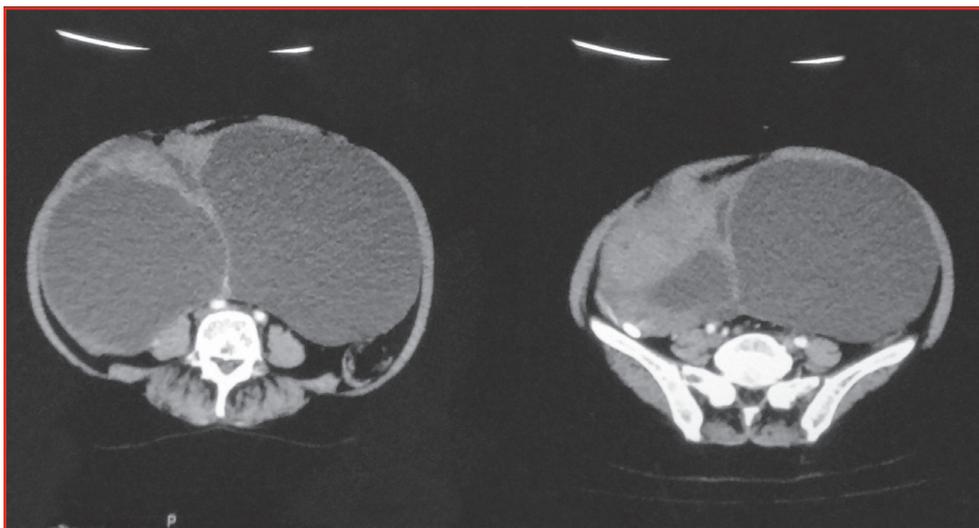


Figure 1. Coupe scanographique montrant la masse et l'effet de masse sur les structures voisines.

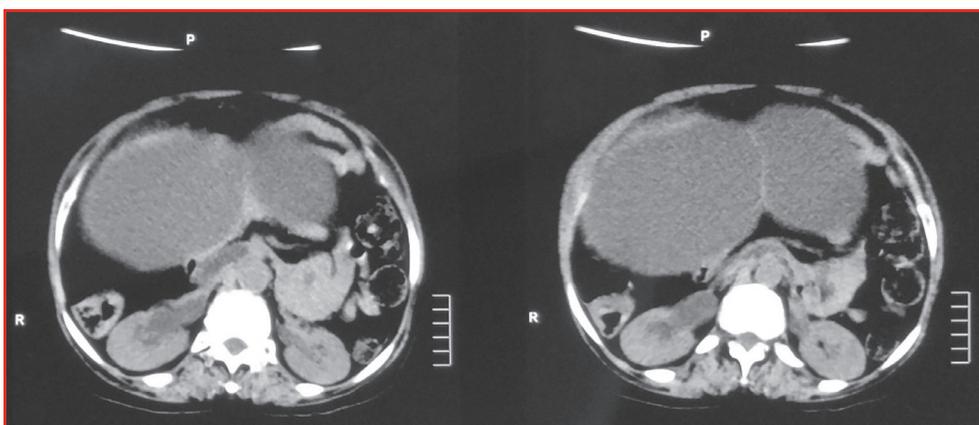


Figure 2. Coupe scanographique montrant la dilatation des voies urinaires droites.

l'anticoagulation curative par énoxaparine a été poursuivie puis remplacée par un anti-vitamine K (AVK) pendant trois mois. La patiente a été suivie régulièrement en consultation et ne présentait aucune séquelle à un an de recul.

Discussion

Il n'existe pas, à ce jour, de recommandation pour la gestion préopératoire des thromboses veineuses profondes (TVP) du membre inférieur suite à une compression d'origine abdomino-pelvienne, qu'elle soit néoplasique ou pas. Le praticien se retrouve au milieu de plusieurs problèmes aux solutions parfois contradictoires : faut-il reporter la chirurgie et instaurer une anticoagulation au risque d'une évolution de la masse/cancer ? Proposer une technique d'interruption cave pour protéger d'une éventuelle EP peropératoire sans indication claire de ces techniques dans ce

contexte ? Proposer une thrombolyse préopératoire tenant compte du risque hémorragique ? À la lumière de ces réflexions, en attendant des recommandations d'experts, une concertation pluridisciplinaire paraît nécessaire pour la gestion de ces cas de TVP.

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est une maladie vasculaire fréquente et demeure la troisième cause de mortalité d'origine vasculaire. Le diagnostic et le traitement de la MTEV se sont considérablement codifiés ces dernières décennies [3], avec un taux de mortalité à 30 jours estimé à 4,6 % pour la TVP et à 9,7 % pour l'EP [4, 5].

La physiopathologie des MTEV est multifactorielle. Elle est connue depuis une centaine d'années et fait intervenir la triade de Virchow qui associe lésion pariétale, stase veineuse et hypercoagulabilité. La lésion pariétale permet le contact entre le sang et la matrice extracellulaire sous-endothéliale. Cela se voit lors des traumatismes (contusion ou compression vasculaire), en cas de turbulences



Figure 3. La pièce opératoire.

circulatoires au niveau des valvules ou de l'abouchement d'une collatérale, ou en cas d'inflammations (artérite, phlébite, phénomène septique). La stase veineuse est le facteur prédominant de la formation des thromboses veineuses, comme chez notre patiente ; elle favorise l'extension de microthrombus formés. Les circonstances favorisant ce mécanisme sont, entre autres, l'alitement, l'immobilisation plâtrée, la compression extrinsèque (adénopathies, cancers digestifs ou pelviens) et les varices [3]. Carbonne *et al.* [2] évoquent que cette compression n'est pas suffisante à elle seule pour expliquer l'association masse pelvienne et TVP, vu la fréquence de tumeurs volumineuses pelviennes et la rareté des TVP ; ils pensent qu'il s'y associe un phénomène de thrombocytose suite à une éventuelle myéloprolifération due aux saignements répétés (bien que dans leur observation, comme dans la nôtre, il n'y avait pas de thrombocytose). L'activation des facteurs de la coagulation (hypercoagulabilité) se voit dans les cas d'anomalies de l'hémostase héréditaires ou acquises, les néoplasies et les états d'hyperviscosité. À noter que chez notre patiente, le bilan étiologique fait dans ce sens était négatif.

Le but du traitement de ces MTEV est d'améliorer les symptômes, d'éviter l'EP, l'extension de la thrombose et la survenue d'un syndrome post-thrombotique. Ce traitement est bien codifié et sa mise en œuvre est de plus en plus aisée depuis l'ère des héparines de bas poids moléculaire (héparine de bas poids moléculaire [HBPM]) et, tout récemment, l'arrivée des AOD (anticoagulants oraux directs) permettant de traiter certains patients à l'ambulatoire à condition de respecter certaines contre-indications. Cependant, ce traitement « conventionnel » ne nous paraissait pas rassurant pour protéger d'une éventuelle migration du thrombus en peropératoire.

La thrombolyse pouvait paraître séduisante comme option chez notre patiente, bien que nous fussions dans un contexte péri-opératoire qui pouvait être différé de plus de 15 jours. Mais l'étude Cochrane [6] rapporte que la thrombolyse n'est indiquée que pour diminuer le risque des complications post-phlébitiques et qu'elle est associée à un doublement du risque hémorragique.

Les techniques d'interruption cave font l'objet de nombreux articles avec encore, à ce jour, beaucoup de controverses et de flous quant à leurs mises en place. Ses diverses indications comportent notamment : les contre-indications au traitement anticoagulant ou les hémorragies majeures chez les patients atteints de TVP ou d'EP, les récurrences thromboemboliques sous traitement adapté, la MTEV à haut risque de récurrence, la prévention primaire dans certaines situations à haut risque de complication thromboembolique, le polytraumatisme ou la chirurgie majeure chez un malade avec des antécédents de MTEV [7]. Mais la pratique n'est pas forcément aisée et la balance bénéfico-risque est à évaluer avec précaution dans certaines indications comme la nôtre. L'*American College of Chest Physicians* (ACCP) recommande de ne pas poser de filtre chez les malades atteints d'EP ou de TVP qui peuvent recevoir des anticoagulants à dose curative (grade 1B) [8]. En revanche, la pose d'un filtre est recommandée chez les mêmes malades en présence d'une contre-indication aux anticoagulants (grade 1B) [8]. L'ACCP suggère également de ne pas poser de filtre en prévention primaire en cas de polytraumatisme ou de chirurgie chez des malades à haut risque (grade 2C) [8]. Dans le texte élaboré sous l'égide de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Afssaps), l'insertion d'un filtre cave n'est pas recommandée de façon systématique chez des patients ayant une TVP proximale, avec ou sans EP (grade B) [9]. D'où notre attitude : instaurer une anticoagulation curative pendant 15 jours avant la chirurgie (ce délai de 15 jours était une décision locale, pluridisciplinaire [anesthésistes, chirurgiens, urologues]). Nous avons tenu compte de l'état local du membre inférieur de la patiente sans preuve formelle d'une stabilisation du caillot. Il n'y a pas encore, à ce jour, pour la prise en charge de ces cas de TVP suite à une compression par tumeur pelvienne chirurgicale. Carbonne *et al.* [2] ont reporté la chirurgie étiologique de huit jours sous couverture anticoagulante curative. Ils ont suggéré sans preuve scientifique formelle, que dans les TVP d'installation récente, une thrombectomie chirurgicale par abord vasculaire ou par sonde de Fogarti soit proposée, tandis que dans les TVP vues tardivement en dehors de signes d'ischémie ou d'un contexte néoplasique, la chirurgie étiologique puisse être décalée de quatre à six semaines sous couvert d'une héparinothérapie efficace.

Conclusion

Bien que la prise en charge des manifestations thromboemboliques veineuses soit clairement codifiée, il existe encore des zones d'ombre dans certaines indications, notamment au cours des associations MTEV et tumeurs abdomino-pelviennes, dont le traitement est principalement chirurgical et où la gestion de plusieurs impératifs périopératoires peut mettre le praticien dans des situations bien délicates. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Deffieux X, Thubert T, Huchon C, *et al.* Complications of presumed benign ovarian tumors. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013 ; 42 : 816-32.
2. Carbonne B, Van Den Akker M, Villet R, Collard D. Pelvic thrombosis and uterine fibroids. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992 ; 21 : 179-81.
3. Mahhou Sennouni F, Robert-Ebadi H, Righini M. Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. *EMC - Cardiologie* 2015 ; 10 : 1-9.
4. Naess IA, Christiansen SC, Romundstad P, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Hammerstrom J. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. *J Thromb Haemost* 2007 ; 5 : 692-9.
5. Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MSV. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *The New England Journal of Medicine* 2014 ; 370 : 1307-15.
6. Watson L, Broderick C, Armon MP. Thrombolysis for acute deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; 23 : CD002783.
7. Meyer G, Girard P, Mismetti P. Filtres caves, quelles indications en 2014 ? *Rev Médecine Interne* 2014 ; 35 : 349-52.
8. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, *et al.* Antithrombotic therapy for VTE disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2012 ; 141 : 419-94.
9. Mismetti P, Baud JM, Becker F, *et al.* Recommandations de bonne pratique : prévention et traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse en médecine. *J Mal Vasc* 2010 ; 35 : 127-36.