

LE SYNDROME DE LA VEINE OVARIENNE. UNE CAUSE RARE D'HYDRONEPHROSE

OVARIAN VEIN SYNDROME. A RARE CAUSE OF HYDRONEPHROSIS

COULIBALY N^{1,3}, DJE K^{2,4}, BOKA MD¹, KOUAKOU A¹, BOGNI LP^{2,4}, AVION K^{2,4}, AKASSIMADOU N^{2,4}, SANGARE IS^{1,3}

1. Service d'Urologie - Centre Hospitalier Universitaire de Treichville

2. Service d'Urologie - Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

3. UFR des Sciences Médicales – Université Félix Houphouët Boigny

4. UFR des Sciences Médicales – Université Alassane Dramane Ouattara

Auteur Correspondant : Dr Coulibaly Noel, coulny@gmail.com

Résumé :

La compression de l'uretère par une veine ovarienne dilatée est une cause rare d'obstruction urinaire haute. La description du premier cas a été à l'origine d'une polémique [1,2]. Elle est actuellement admise comme une étiologie d'obstruction urinaire [2]. La douleur lombaire ou la colique néphrétique sont les circonstances habituelles de diagnostic. Ce dernier est établi par l'imagerie médicale. Le traitement est essentiellement chirurgical par résection de la veine responsable de l'obstruction. Il est cependant possible de recourir à la radiologie interventionnelle comme méthode thérapeutique [1]. Nous rapportons deux observations de syndrome de la veine ovarienne traitées par endoprothèse endourétérale.

Summary:

Upper urinary tract compression by a dilated ovarian vein is rare. The description of the first case caused a controversy among authors. Lumbar pain is the usual reason for consultation. Diagnostic is established on the basis of clinical features and medical imaging. Classic treatment is surgery. It is nevertheless possible to make embolization of the vein. We report two cases of ovarian vein syndrome treated by double pigtail stenting.

INTRODUCTION

Le syndrome de la veine ovarienne (SVO) est une cause rare d'obstruction du haut appareil urinaire. Autrefois sujet à discussion, il est actuellement reconnu et s'intègre dans le cadre du syndrome de congestion pelvienne de la femme [1,2]. Son diagnostic qui est difficile, repose sur un faisceau d'arguments cliniques et l'imagerie. Le diagnostic de certitude pourrait s'appuyer sur la cœlio exploration [2]. Le traitement est en règle générale chirurgical [1,2]. Nous rapportons deux observations de syndrome de la veine ovarienne traité par endoprothèse endourétérale.

NOS OBSERVATIONS**OBSERVATION N°1**

DA, 32 ans, sans antécédent particulier, a consulté pour une douleur lombaire droite qui a débuté à l'occasion d'une grossesse menée à terme sans complication. Il s'agissait d'une douleur lombaire droite sourde, intermittente. L'examen clinique ne décelait aucune anomalie. A l'échographie il existait une dilatation pyélocalicielle droite et il n'y avait pas de lithiase. L'uroscanner confirmait la dilatation pyélocalicielle droite. Cette dernière était due à une compression extrinsèque par la veine ovarienne qui était dilatée. Un traitement médical comportant antalgique, anti inflammatoire et anti spasmodique a été inefficace. Une sonde double J a été mise en place permettant ainsi de soulager la douleur. Trois mois plus tard la sonde a été retirée. La patiente a ensuite été perdue de vue.

OBSERVATION N°2

AAIM, 29 ans, sans antécédent particulier, a consulté pour une colique néphrétique droite. A l'examen clinique, il y avait une sensibilité de la fosse lombaire droite, mais pas de douleur au point urétéral supérieur. A l'échographie, on notait une dilatation pyélocalicielle droite sans image de lithiase. L'uroscanner permettait de déceler une dilatation pyélocalicielle droite par compression extrinsèque (veine ovarienne). Le traitement médical n'a pu calmer la douleur. Un drainage par une endoprothèse urétérale double J a donc été réalisé. Les suites ont été marquées par amélioration rapide de la symptomatologie douloureuse suivie plus tard par une infection urinaire et une intolérance à la sonde imposant ainsi son retrait au bout de 30 jours. Avec un recul de 10 mois, le résultat est jugé satisfaisant avec une disparition de la douleur et une absence de dilatation à l'échographie de contrôle.

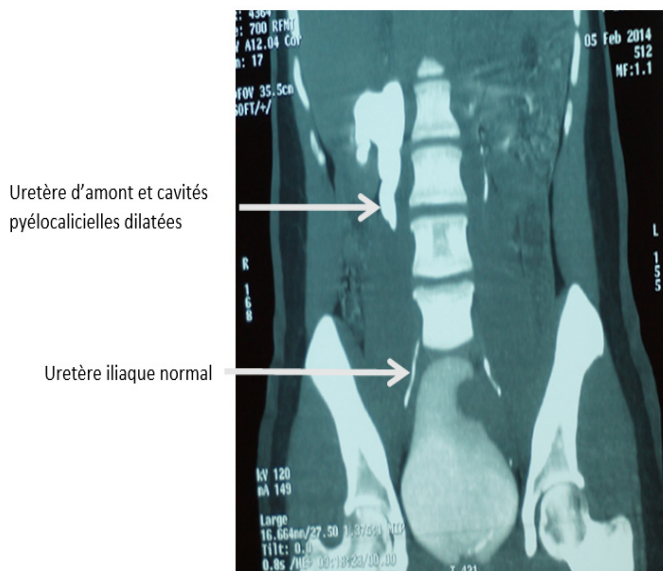


Photo 1 : Hydronéphrose droite en coupe frontale

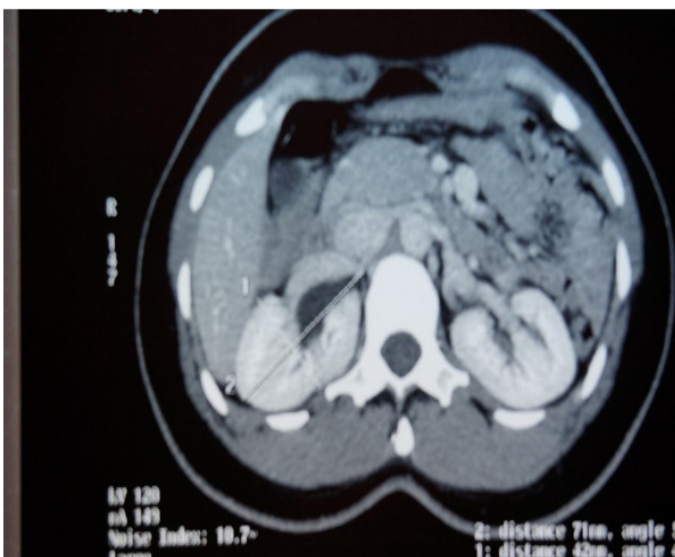


Photo 2 : Hydronéphrose droite

DISCUSSION

Le SVO est rare. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination et il ne doit pas être confondu avec la thrombophlébite de la veine ovarienne. Le SVO fait actuellement partie du syndrome de congestion pelvienne [1,3]. Sa physiopathologie n'est pas encore élucidée. L'élément constant, en situation classique, est l'abouchement anormal de la veine ovarienne dans la veine rénale droite. Elle passe en avant de l'uretère à hauteur de L4-L5 quand celui-ci a des rapports postérieurs avec l'artère iliaque [1,3,4]. Il peut siéger à gauche et dans ce cas être dû à une compression de l'uretère gauche par une veine ovarienne gauche dilatée [4]. Les signes cliniques sont peu spécifiques mais évocateurs. Ils sont surtout caractérisés par la douleur qui peut siéger à l'hypochondre, à la région lombaire ou à la fosse iliaque ; le plus souvent à droite, parfois à gauche. Elle peut aussi être bilatérale. Elle est exacerbée par les secousses et les changements de position, mais également en période prémenstruelle et dans la deuxième moitié du cycle. La position an-

talgique est le décubitus latéral du côté opposé à la douleur [1,3-5]. On peut parfois observer une hématurie ou des infections urinaires [1,3]. Nous n'avons pas retrouvé cette symptomatologie typique chez nos patientes. Le signe d'appel était la douleur dans les deux cas. Le traitement médicamenteux s'est avéré inefficace, nous amenant ainsi à drainer les cavités dilatées par une endoprothèse double J.

L'échographie abdominale est l'examen de première intention. Elle précède les explorations radiographiques. Avant de réaliser ces examens radiographiques, il est impératif d'éliminer une grossesse qui peut être un facteur déclenchant ou favorisant. Il peut s'agir de l'UIV et de l'uroscanner. On peut aussi réaliser une UPR, un phléboscaner ou une phléboIRM [1,3]. Classiquement l'UIV est l'examen de référence. On retrouve en effet à cet examen les signes caractéristiques que sont le retard d'excrétion, l'aspect sinueux de l'uretère et sa déviation vers le rachis, une dilatation urétérale au-dessus de L5 avec un aspect normal de l'uretère d'aval, une lacune en gouttière à hauteur de l'aileron sacre. Cependant, selon certains auteurs [1,2], l'UPR est le second examen à prescrire car elle permet de faire disparaître les images de compression lors de l'injection du produit de contraste sous pression. Pour nos patientes, les explorations se sont limitées à deux examens : l'échographie et l'uroscanner. L'échographie nous a permis de déceler une dilatation des cavités pyélocalicielles dans les deux cas. Pour une meilleure appréciation de cette dilatation nous avons préféré l'uroscanner à l'UIV. L'uroscanner comportant une séquence injectée, inclut de fait une opacification des voies urinaires. Nous estimons que lorsque cela est possible, l'uroscanner est préférable à l'UIV. Tous les éléments recueillis à l'imagerie resteraient toutefois insuffisants pour affirmer le diagnostic si on les considère de manière isolée. Cela démontre l'intérêt de la cœlioscopie qui permet non de confirmer le diagnostic, mais également de faire le traitement [1].

Le traitement fait appel à différentes méthodes. On peut instituer une surveillance périodique [1], ou réaliser une embolisation de la veine ovarienne [1-3,5-7]. On peut aussi procéder à une section de la veine ovarienne dilatée associée à une urétérolyse sur 10 à 12 cm. Cette dernière peut se faire soit par voie ouverte [3], soit par voie cœlioscopique [1,2]. L'embolisation donne de bons résultats immédiats mais ceux-ci se dégradent dans le temps avec des récurrences dans 40% des cas [1]. Nous avons institué pour nos deux patientes une surveillance sous couvert d'un drainage par une sonde double J. la première patiente a été assez rapidement perdue de vue après le retrait de sa prothèse. Pour la seconde le résultat est jugé satisfaisant.

CONCLUSION

La compression de l'uretère par une veine ovarienne dilatée est une cause rare d'obstruction urinaire haute. La description du premier cas a été à l'origine d'une polémique entre auteurs. Le SVO est actuellement admis comme étiologie d'obstruction urinaire. La douleur lombaire ou la colique néphrétique en sont les circonstances de diagnostic habituelles. Le diagnostic est établi par l'imagerie médicale. L'exploration coelioscopique pourrait participer au diagnostic différentiel. Le traitement est essentiellement chirurgical par résection de la veine responsable de l'obstruction.

RÉFÉRENCES

1. Tourné G, Ducroux A, Bourbon M, Blinding H. Le syndrome de la veine ovarienne: à propos de huit cas et revue de la littérature. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. Masson; 2002;31(5):471–7.
2. Bhutta HY, Walsh SR, Tang TY, Walsh CA, Clarke JM. Ovarian vein syndrome: a review. *Int J Surg*. 2009;7(6):516–20.
3. EL HARRECH Y, JANANE A, AMMANI A, SOSSA J, CHAFIKI J, MOUFID K, et al. LE SYNDROME DE LA VEINE OVARIENNE A PROPOS DE 4 CAS.
4. MAUBON A, FERRU J, THIEBAUT C, BERGER V, HOCHÉ N, ROUANET J. Syndrome de la veine ovarienne gauche. *Journal de radiologie*. Masson; 1997;78(3):223–5.
5. VIN F. Aspect clinique de la varicose pelvienne de la femme. *Phlébologie*. Ed. phlébologiques françaises; 2009;62(3):15–20.
6. Lamba R, Tanner DT, Sekhon S, McGahan JP, Corwin MT, Lall CG. Multidetector CT of Vascular Compression Syndromes in the Abdomen and Pelvis. *RadioGraphics*. Radiological Society of North America; 2014;34(1):93–115.
7. Cordts PR, Eclavea A, Buckley PJ, DeMaioribus CA, Cockerill ML, Yeager TD. Pelvic congestion syndrome: early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization. *Journal of vascular surgery*. Elsevier; 1998;28(5):862–8.