

Embolisation d'un double anévrisme de l'artère ovarienne révéléen post-partum

Kriouile.K⁽¹⁾, Afalah.H⁽²⁾, Jayi.S⁽³⁾,Fdili Alaoui. FZ⁽⁴⁾, Chaara.H⁽⁵⁾,
Melhouf.My.A⁽⁶⁾,

Service de Gynécologie Obstétrique II CHU Hassan II Fès. Maroc

Résumé: Les anévrismes de l'artère ovarienne sont extrêmement rares, ils se manifestent généralement par une rupture survenant à l'accouchement ou dans le post partum immédiat. Nous rapportons l'observation d'un double anévrisme de l'artère ovarienne chez une multipare de 36 ans révélé tardivement en post-partum.

A travers ce fait clinique nous mettons en valeur les moyens d'imagerie diagnostique et nous soulignons l'efficacité de l'embolisation dans la prise en charge de cette complication rarissime mais parfois gravissime.

Mots clés: artère ovarienne, hémorragie du post-partum, Embolisation.

Date of Submission: 30-01-2019

Date of Acceptance: 15-02-2019

I. Introduction:

Les anévrismes artériels qui correspondent à une dilatation d'un segment d'artère sont congénitaux ou acquis (maladie athéromateuse). A l'inverse les faux anévrismes artériels qui sont toujours acquis correspondent à une brèche artérielle alimentant un hématome péri-artériel sans paroi propre (1).

Les anévrismes de l'artère ovarienne sont une entité rare, ils se manifestent généralement par une rupture survenant au moment de l'accouchement ou en post-partum immédiat. L'embolisation sélective est le traitement de recours, l'embolisation artérielle sélective doit être discutée en cas de saignement persistant malgré les manœuvres obstétricales et résistant au traitement utérotonique. Son utilisation comme alternative au traitement chirurgical dans la prise en charge des hémorragies graves du postpartum connaît actuellement un regain d'intérêt et a fait récemment l'objet de recommandations pour la pratique clinique par un groupe d'experts sous l'égide du Collège des gynécologues obstétriciens de France (2).

II. Cas Clinique:

Une patiente de 36 ans, sans antécédents pathologiques notables, multipare (Gestité 7 /Parité 5), à 2 mois du post partum d'un accouchement voie basse non instrumental qui s'est déroulé sans incidents dans la maternité de sa localité. Admise dans notre formation pour douleurs aiguës du flanc droit associées à une pâleur cutanée.

L'examen à son admission objective une patiente consciente TA à 10/06, pouls à 80 battement par minute, apyrétique, des conjonctives décolorées, un abdomen souple avec sensibilité de la fosse iliaque droite sans masse palpable. Au bilan biologique : taux d'hémoglobine initial à 6,6 g/dl (anémie hypochrome microcytaire) taux de plaquettes correcte à 213.000, un TP à 83% et TCA iso.

Une échographie pelvienne a été réalisé objectivant un volumineux hématome rétro-péritonéal droit. Un angioscanner a été demandé revenant en faveur d'un hématome rétro-péritonéal diffus étendu en bas jusqu'à la région pelvienne avec individualisation d'une malformation artérioveineuse pelvienne latéro-utérine droite ayant comme artère nourricière l'artère ovarienne qui est tortueuse présentant une petite dilatation anévrismale à son origine avec un drainage dans la veine ovarienne (figure 1+2).



Figure 1 :Angioscanner abdominale objectivant une volumineuse collection rétro-péritonéale droite spontanément hyperdense traduisant une composante hématique récente



Figure 2 : Coupe frontale montrant un important hématome rétro-péritonéal ainsi que l'artère ovarienne droite avec dilatation anévrismale à son origine

Un complément par artériographie a été réalisé pour une meilleure cartographie vasculaire objectivant un aspect angiographique de dissection sous-adventielle de l'artère ovarienne droite avec double anévrismes centimétriques sacciforme post-ostial et fusiforme tronculaire (figure3).



Figure 3 : Cathétérisme sélectif de l'artère ovarienne droite montrant l'anévrisme post-ostial

Le dossier a été discuté avec les radiologues d'où l'indication de réaliser une embolisation complète et proximale de l'artère ovarienne qui a été réalisée le jour même de son admission, par un coiling compact sur les anévrismes et lâche en sandwich sur le tonc aboutissant à un ralentissement circulatoire sur la partie proximale avec extrusion de l'artère ovarienne, patiente mise en post-opératoire sous antibiotiques et antalgiques (figure 4+5).

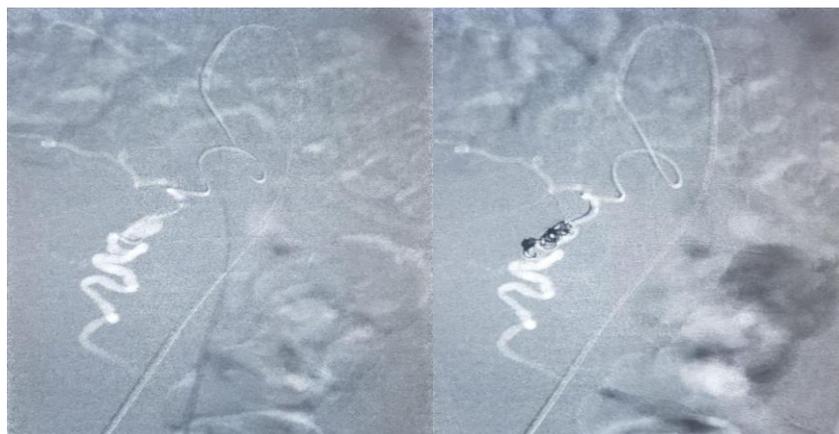


Figure 4 : Embolisation artérielle, avant la pose du coil

Figure 5 : En fin d'acte, coil en

L'évolution a été marquée sur le plan clinique par la disparition de la douleur et l'amélioration de l'état hémodynamique, biologiquement l'hémoglobine de contrôle est revenue à 10g/dl après transfusion et traitement martial, et sur le plan radiologique par la régression de l'hématome confirmé par une échographie de contrôle. Patient fut déclarée sortante 5 jours après l'embolisation.

III. Discussion:

L'anévrisme de l'artère ovarienne est extrêmement rare, la localisation ovarienne arrive sixième après l'anévrisme aortique, cérébral, splénique, rénal et coronaire (3).

Sa rupture est une étiologie rare et mal connue des hémorragies retardées de la fin de grossesse et du post partum, 17 cas seulement en sont répertoriés dans la littérature (4).

Les changements hémodynamiques et hormonaux observés au cours de la grossesse du fait de l'augmentation du débit cardiaque et de la volémie entraînent une majoration du calibre artériel avec des zones de faiblesse de la paroi et des formations anévrismales secondaires. La rupture survient généralement durant l'accouchement ou même en post-partum immédiat, le rôle des efforts expulsifs est suspecté. Comme autre facteur de rupture incriminé en dehors de la grossesse, citons la multiparité ou l'hypertension artérielle. Elle atteint le plus souvent l'artère ovarienne droite, du fait de la dextro-rotation de l'utérus pendant la grossesse (5).

Le symptôme le plus courant de la rupture de l'anévrisme de l'artère ovarienne est la douleur abdominale ou la douleur du flanc aigue associée ou non à des signes digestifs. Cependant, le tableau clinique est souvent non spécifique, et l'exclusion de l'abdomen aigue, du calcul urétéral et de la pyélonéphrite est nécessaire (6). Notre patiente était multipare, elle a consulté pour des douleurs abdominales latéralisées à droite survenues à deux mois du post partum rejoignant ainsi la littérature.

L'échographie est l'outil diagnostique le plus rapide sans contrainte d'exposition aux irradiations surtout pendant la grossesse. Elle permet de visualiser l'hématome rétro-péritonéal, mais est souvent limité par une infiltration des fosses lombaires. Le scanner avec injection de produit de contraste et reconstruction multiplanaires est l'examen de choix, il permet d'objectiver l'hématome et de le mesurer, et parfois montrer l'anévrisme et le localiser. L'angiographie avec ses reconstructions vasculaire et volumique facilite le diagnostic et permet de détecter les anévrismes. L'artériographie est réalisée dans un but thérapeutique, elle confirme l'aspect ectasique de l'artère ovarienne, une extravasation de produit de contraste est inconstamment présente et témoigne d'une hémorragie active (7).

Les possibilités thérapeutiques sont soit chirurgicales (ligature proximale et distale au site de la rupture, ou annexectomie) soit endovasculaires par embolisation artérielle comme alternative au traitement chirurgical, utilisant généralement les coils. Cette dernière est plus efficace lorsqu'elle est réalisée précocement. En revanche l'hématome rétro-péritonéal ne nécessite pas toujours de drainage et peut se résorber spontanément (8).

IV. Conclusion:

La rupture d'anévrisme de l'artère ovarienne est une pathologie qui doit être évoquée devant un hématome rétro-péritonéal chez une multipare dans le post-partum précoce. Le diagnostic est posé au scanner, et confirmé par l'artériographie. L'embolisation artérielle permet d'éviter une laparotomie exploratrice et une éventuelle chirurgie délicate du rétro-péritoine.

Bibliographie:

- [1]. J.-P. Pelage, A. Fohen, V. Le Pennec. Role of arterialembolization in the management of postpartum hemorrhage. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction* (2014) 43, 1063-1082
- [2]. J.P. Pelage, O. Limot, P. Labauge, A. Fohlen, V. le Pennec, P. Bouhanna, P. Rozenberg, A. Fauconnier. Embolization in postpartum haemorrhage management. *La Lettre du Gynécologue* n° 352 - mai 2010
- [3]. Chao L.W., Chen C.H., Spontaneous rupture of an ovarian artery aneurysm: case report and review of the literature. *Gynecolobstetinvest* 2009, 68 : 104-107
- [4]. Kirk J., Deitch J., Robinson H., Havenson S., Staged endovascular treatment of bilateral ruptured and intact ovarian artery aneurysms in a post-menopausal woman. *J vascsurg* 2009, 49 : 208-210
- [5]. Slaba S, Kazzi H., AbdO., Nasser J., Nasnas R., Embolisation à la glu d'un anévrisme non rompu de l'artère ovarienne. *Journal des maladies vasculaires*, volume 35, n°4, pages 266-269, juillet 2010
- [6]. M.T., T.K., S.I., H.M., Y.M., T.S., R.M., N.I., K.A., Y.T., H.I., H.R., A.S., K.Y., Spontaneous retroperitoneal hemorrhage caused by rupture of an ovarian artery aneurysm: a case report and review of the literature. *Journal of medical case reports* 2015
- [7]. Bouvier A., Poilplanc M., Catala L., Thouveny F., Aubé C., Embolisation d'un anévrisme rompu de l'artère ovarienne du post partum. *Journal de radiologie* vol 91, n°12-C1, décembre 2010, PP 1304-1306
- [8]. Pelage J.P., Laissy J.P., Prise en charge des hémorragies graves du post-partum : indications et techniques de l'embolisation artérielle. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol 33, n° Sup8, décembre 2004, PP 93-102

Kriouile.K, etal. "Embolisation d'un double anévrisme de l'artère ovarienne révélé en post-partum". *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 19(2), 2020, pp. 41-44.