

L'IMAGE DU MOIS

Varicocèle utérin secondaire à une absence congénitale de veine cave inférieure

F. VAN DEN BRÛLE (1)



Figure 1 : Veinographie abdomino-pelvienne : mise en évidence du système azygos dilaté, assurant la vicariance pour l'absence de veine cave inférieure.

Le varicocèle utérin est une pathologie pelvienne courante, qui peut être responsable de douleurs pelviennes chroniques. Il est habituellement causé par la présence de valvules veineuses incompetentes, et est habituellement plus important au niveau du réseau veineux lombovoarien gauche (par rapport au droit), à cause de son abouchement dans la veine rénale gauche, plutôt que dans la veine cave inférieure. Le varicocèle utérin peut également être observé dans des situations plus rares, comme rapporté ici.

Nous décrivons le cas d'une patiente de 32 ans, 152 cm et 92 kg, qui a développé un système veineux vicariant au niveau abdominopariétal et aux membres inférieurs. L'exploration par veinographie abdomino-pelvienne avait au préalable mis en évidence une absence congénitale de veine cave inférieure (Fig. 1) (1).

A l'admission, la patiente se plaint de douleurs hypogastriques chroniques, de cycles irréguliers, d'hyperménorrhée et de dyspareunie. L'examen clinique révèle une franche sensibilité utérine et parautérine, prédominant à droite. L'échographie vaginale Doppler met en évidence une veine variqueuse de 23 mm de diamètre, parautérine droite, qui a été clairement identifiée comme source de douleurs en utilisant la sonde d'échographie vaginale comme testeur de pression et de douleur. Ce vaisseau présente, au Doppler, un flux sanguin de type veineux, à basse pression, et diminué, voire arrêté par la manoeuvre de Valsalva, comme attendu. Il existe également un varicocèle parautérin gauche, de 17 mm de diamètre, moins sensible à la pression de la sonde échographique. Le bilan hormonal met en évidence une dysovulation, avec des taux bas de progestérone. Le traitement médical par phlébotoniques et progestatifs antigonadotropes s'est révélé inefficace sur la douleur. Après discussion avec la patiente, une décision de laparotomie a été retenue. Cette laparotomie a permis de visualiser le système veineux hypertrophique vicariant, et les veines utérines variqueuses. Une hystérectomie radicale totale et une annexectomie bilatérale ont été réalisées. Les suites postopératoires ont été simples et la patiente a pu quitter le service après quelques jours. A la visite de contrôle, elle nous a expliqué qu'elle avait retrouvé une qualité de vie satisfaisante.

Ce «case report» unique met en évidence une étiologie rare de varicocèles utérins bilatéraux, en relation avec une absence de veine cave inférieure. Il démontre également l'efficacité du traitement chirurgical dans ce cas.

RÉFÉRENCES

1. Minniti S, Visentini S, Procacci C.— Congenital anomalies of the venae cavae : embryological origin, imaging features and report of three new variants. *Eur Radiol*, 2002, **12**, 2040-2055.

(1) Professeur de Clinique, CHU Sart Tilman et Notre-Dame des Bruyères, Université de Liège.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. U. Gaspard, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.