

## La thrombose veineuse surrénalienne : une étiologie rare de syndrome douloureux abdominal de la grossesse

Audrey GLATRE, PH, Médecine interne, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon, FRANCE

- Audrey CAZAUX, PH, Gynécologie obstétrique, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon;
- Philip BIELEFELD, PH, Médecine interne, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon, France
- Robert GHINEA, PH, Radiologie, Radiologie, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon, FRANCE
- Vincent PESTRE, PH, Médecine interne, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon, FRANCE

### Introduction

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une thrombose veineuse surrénalienne au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, qui semble être une pathologie de la femme jeune primipare, pour laquelle les internistes peuvent être sollicités. Ce diagnostic, quoique rare, doit donc être connu des praticiens.

### Observation

Une femme de 26 ans sans antécédents, primipare, à 38 semaines d'aménorrhée (SA), se présentait aux urgences pour apparition brutale d'une douleur intense en regard de la scapula droite irradiant au flanc droit et augmentant à l'inspiration, avec des vomissements. La CRP était à 60 mg/l et les leucocytes à 16 G/L, sans fièvre. L'échographie abdominale et l'angioscanner thoracique étaient normaux. L'échographie obstétricale retrouvait une tachycardie à 160 bpm. **Le scanner abdominal montrait un épaississement diffus non nodulaire de la surrénale droite, hypodense de manière diffuse, sans visualisation de la veine surrénalienne droite (images 1 et 2), posant le diagnostic de thrombose de la veine surrénalienne droite.** Devant le terme avancé, une tachycardie fœtale persistante, et l'indication d'anticoagulation, la patiente avait subi une césarienne, donnant naissance à une fille en bonne santé. De l'énoxaparine à dose curative était débutée 6 heures après, pour une durée de 3 à 6 mois. Un relai par coumadine était prévu ensuite devant un souhait d'allaitement, mais la patiente avait continué l'énoxaparine. Un scanner à 3 mois et une consultation étaient prévus, non réalisés par la patiente. Le bilan étiologique ne retrouvait pas de signe de connectivite, pas d'auto-immunité biologique. La sérologie antiphospholipide et la recherche des mutations des facteurs II et V était négative. Les dosages d'antithrombine III et protéine C étaient normaux. Le dosage de la protéine S était bas à 30%, à contrôler à 3 mois. Il n'y avait pas d'insuffisance surrénalienne.

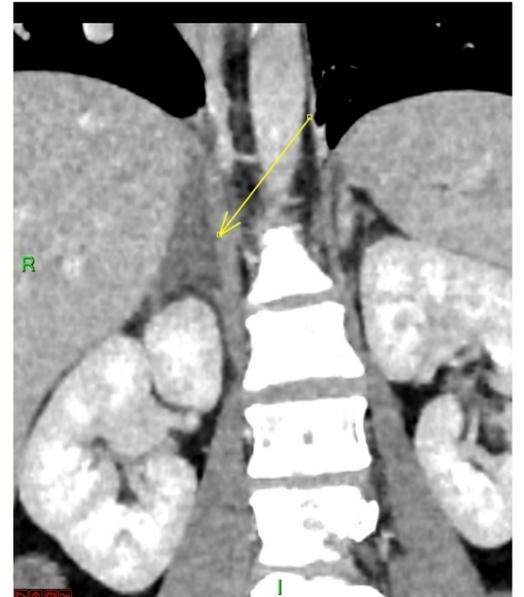


Image 1 : coupe coronale de la surrénale droite

### Discussion

Une revue systématique française avait rapporté 8 patientes avec une thrombose veineuse surrénalienne, ainsi qu'une revue de la littérature colligeant 24 cas (1).

Ces 24 patientes avaient une moyenne d'âge de 27.8 ans, un terme moyen de 29.8 SA. Quatorze patientes (58%) avaient une atteinte de la veine surrénalienne droite, 6 (25%) une atteinte gauche, 2 (8%) une atteinte bilatérale concomitante, et 2(8%) une atteinte bilatérale successive. Le bilan de thrombophilie était négatif dans 60.8% des cas, 3 patientes avaient une mutation du gène MTHFR677C, 3 avaient une baisse de la protéine S, 1 avait une mutation du facteur V Leyden, et 1 présentait un anticoagulant circulant lupique. Elles avaient été traitées dès le diagnostic et pour certaines jusqu'à 11 mois en post partum.

Ces données étaient concordantes avec leurs 8 cas, pour lesquels la présentation typique était une **douleur de l'hypochondre droit, brutale, parfois basithoracique, sans fièvre**. Toutes les patientes avaient un **syndrome inflammatoire biologique** et une échographie abdominale normale. Le scanner abdominal montrait une nécrose surrénalienne droite dans 7 cas sur 8 et une nécrose bilatérale. La thrombose veineuse n'était pas toujours visualisée. Aucune n'avait d'insuffisance surrénalienne. L'anticoagulation permettait d'obtenir une analgésie rapide. Une seule patiente avait eu une césarienne en urgence pour une suspicion de dissection aortique, les autres avaient eu un accouchement programmé suite à l'anticoagulation. Tous les nouveau-nés étaient bien portants. Dans le suivi, 7 patientes avaient eu un scanner à 3 mois, montrant une atrophie séquellaire de la surrénale droite pour 4 d'entre elles. La patiente présentant une nécrose bilatérale avait un anticoagulant circulant lupique initialement et un anticorps anti prothrombinase à 6 mois.

Il semble donc que la thrombose surrénalienne touche les **femmes jeunes au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, responsable d'un tableau algique brutal**. La modification de l'état de coagulation pendant la grossesse est un facteur favorisant, tout comme la stase veineuse liée à la compression par l'utérus. Il ne semble pas y avoir de risque d'insuffisance surrénalienne en cas de nécrose unilatérale (2). Le **scanner injecté** permet le diagnostic, montrant une surrénale hypodense et hypertrophiée, une infiltration péri surrénalienne (3). La thrombose veineuse n'est pas toujours visualisée, mais il est possible de voir le signe de la capsule, c'est-à-dire un rehaussement périphérique post injection. Il n'existe pas de recommandation thérapeutique mais la série nantaise suggérait une anticoagulation de 3 à 6 mois. Pour la prise en charge obstétricale, notre patiente a subi une césarienne, mais là non plus il n'existe pas de recommandation consensuelle.

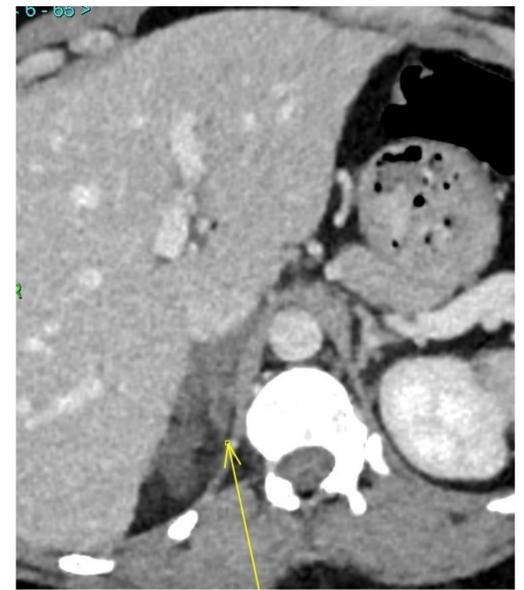


Image 2 : coupe axiale de la surrénale droite

Douleur brutale droite  
3<sup>ème</sup> trimestre  
Femme jeune  
Inflammation biologique  
Pas de fièvre  
Scanner abdo injecté

### Conclusion

Cette présentation au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse doit faire évoquer la thrombose veineuse surrénalienne, faire réaliser un scanner injecté, et débuter une anticoagulation précoce.

### Références bibliographiques

- (1) Guyon M, Degez M, Artifoni M, Goronflot T, Misbert E, Dochez V, Winer N. Adrenal Gland Necrosis in Pregnancy: How to Manage? Case Series at Nantes University Hospital and Literature Review. J Clin Med. 2023 Sep 18;12(18):6036. doi:10.3390/jcm12186036. PMID: 37762978; PMCID: PMC10531684.
- (2) Songtanin B., Welch N., Nugent K., Patel A. Flank pain in the third trimester as a clue to diagnose spontaneous adrenal hemorrhage. Proc. Bayl. Univ. Med. Cent. 2022;35:707-708. doi: 10.1080/08998280.2022.2071076.
- (3) Chagué P, Marchi A, Fechner A, Hindawi G, Tranchart H, Carrara J, Vivanti AJ, Rocher L. Non-Hemorrhagic Adrenal Infarction during Pregnancy: The Diagnostic Imaging Keys. Tomography. 2021 Oct 6;7(4):533-544. doi: 10.3390/tomography7040046. PMID: 34698296; PMCID: PMC8544682.

