

# Syndrome de congestion pelvienne: une cause fréquente de douleur chronique

Dre BARBARA NEY<sup>a</sup>, Dre CÉCILE DISERENS<sup>b</sup>, Pr YVAN VIAL<sup>b</sup> et Pre LUCIA MAZZOLAI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 2042-5

Le syndrome de congestion pelvienne est une maladie sous-diagnostiquée, définie par la présence de douleurs pelviennes chroniques depuis plus de 6 mois, associées à des varices pelviennes chez les femmes préménopausées. Le diagnostic est basé sur l'imagerie, après exclusion d'autres causes de douleurs pelviennes, avec l'échographie comme examen de première ligne. Le traitement conservateur est souvent insuffisant et une embolisation des varices pelviennes est le traitement de choix pour améliorer la symptomatologie.

## Pelvic congestion syndrome

*Pelvic congestion syndrome is an underdiagnosed disease, defined as chronic pelvic pain lasting more than 6 months, associated with pelvic varicose veins in premenopausal women. Diagnose is based on imagery after exclusion of other causes of pelvic pains. Echography is first line diagnostic modality. Conservative treatment is often insufficient and pelvic veins embolization is required to improve symptoms.*

## INTRODUCTION

Le terme de syndrome de congestion pelvienne (SCP) a été utilisé dès 1949. Il est défini comme une congestion des veines du pelvis chez des femmes souvent multipares, préménopausées avec une histoire de douleurs pelviennes chroniques depuis plus de 6 mois. Il s'agit d'une pathologie qui tend à être sous-diagnostiquée et sous-traitée.

En effet, les douleurs pelviennes chroniques sont un motif de consultation fréquent en gynécologie (tableau 1) pouvant aller jusqu'à 24% des consultations,<sup>1</sup> dont 30 à 40% sont imputables à un SCP.<sup>2,3</sup> Les douleurs pelviennes chroniques sont grevées d'importantes implications en termes de souffrance physique et psychique, de diminution de la qualité de vie, et représentent en outre une charge importante pour les coûts de la santé. Aux États-Unis, les coûts directs et indirects secondaires aux douleurs pelviennes chroniques sont de 39 millions de dollars par an, laissant supposer par analogie des coûts très élevés en lien avec le SCP.<sup>4</sup>

Si une dilatation des veines pelviennes peut être retrouvée chez les hommes (se présentant en général comme une varicocèle), le SCP est nettement plus fréquent chez les femmes, raison pour laquelle cet article se concentre uniquement sur leur situation.

<sup>a</sup>Service d'angiologie, Département cœur-vasseaux, CHUV, 1011 Lausanne,

<sup>b</sup>Service de gynécologie, Département femme-mère-enfant, CHUV, 1011 Lausanne  
barbara.ney@chuv.ch | cecile.diserens@chuv.ch | yvan.vial@chuv.ch  
lucia.mazzolai@chuv.ch

## PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE PELVIENNE

L'étiologie du SCP n'est pas clairement élucidée, mais semble faire intervenir à la fois des facteurs mécaniques et hormonaux, contribuant à la dilatation et l'insuffisance des veines du pelvis. Cette insuffisance est caractérisée par une dilatation anormale des plexus veineux drainés par les veines iliaques internes et ovariennes. L'anatomie du retour veineux du petit bassin est résumée dans la figure 1.

L'absence ou la dysfonction des valves veineuses, des variantes anatomiques, des modifications structurelles et hormonales liées à la parité engendrent un SCP primaire<sup>5-8</sup> tandis qu'une compression extrinsèque engendre un SCP secondaire.<sup>7</sup>

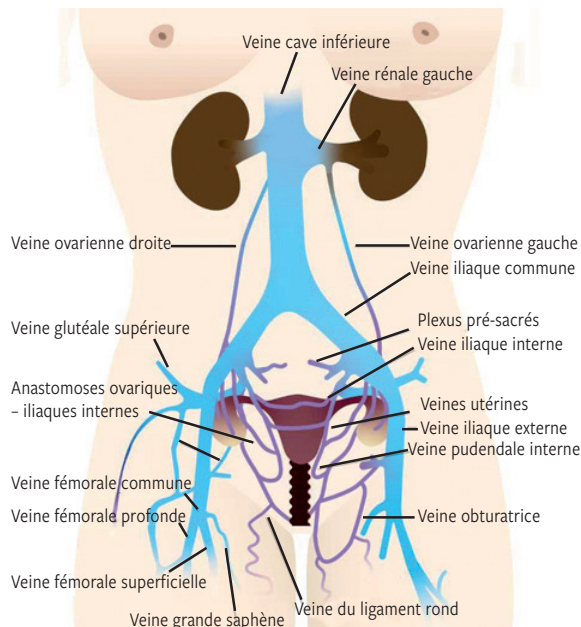
Hartung et coll. proposent une classification plus détaillée, en 3 types, pour expliquer l'étiologie des varices pelviennes: le type 1 est dû à une pathologie de la paroi veineuse, secondaire à une incompétence ou une agénésie des valves ou à une malformation vasculaire. Le type 2 est secondaire à un phénomène compressif, comme le syndrome de casse-noisette (Nutcracker) ou de May-Thurner ou une collatéralisation en lien avec une occlusion post-thrombotique. Le syndrome de Nutcracker est décrit dans la figure 2. Le syndrome de May-Thurner correspond à une compression de la veine iliaque commune gauche entre l'artère iliaque commune droite et le rachis. Le type 3 est secondaire à une compression extrinsèque causée par des pathologies locales comme l'endométriose ou une masse tumorale.<sup>9</sup>

Dans tous ces cas de figure, les veines pelviennes deviennent progressivement incompétentes, permettant à un flux rétro-

TABLEAU 1	Diagnostic différentiel des douleurs pelviennes chroniques
<b>Causes gynécologiques</b>	
Maladie inflammatoire pelvienne, endométriose, utérus myomateux, masse ovarienne	
<b>Causes urinaires</b>	
Cystite interstitielle ou syndrome de la vessie douloureuse	
<b>Maladies du tractus digestif</b>	
Syndrome du côlon irritable, constipation, colites inflammatoires, cancer du côlon avancé, adhérences	
<b>Causes musculosquelettiques</b>	
Myalgies du plancher pelvien, douleurs myofasciales, spondylarthrite	
<b>Causes neurologiques</b>	
Névralgies pelviennes	

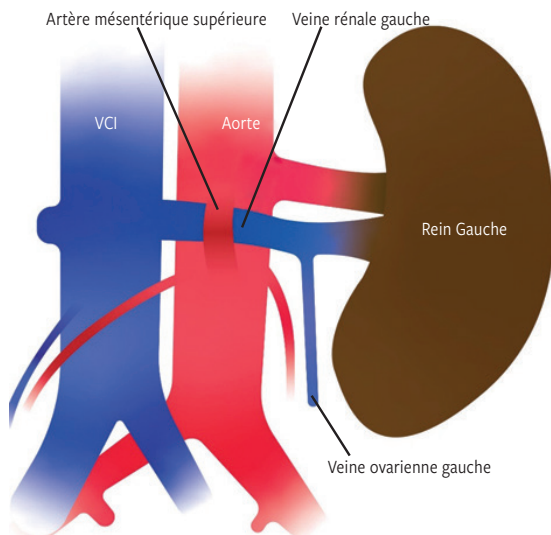
**FIG 1 Anatomie du drainage veineux pelvien**

La veine ovarienne droite se jette dans la veine cave inférieure sous la veine rénale droite, la veine ovarienne gauche se jette dans la veine rénale gauche.



**FIG 2 Syndrome de casse-noisette (Nutcracker)**

Compression de la veine rénale gauche dans une pince formée par l'aorte abdominale et l'artère mésentérique supérieure.  
VCI: veine cave inférieure.



grade de s'installer, causant une augmentation de la pression au sein des veines atteintes. Celles-ci deviennent tortueuses et dilatées, responsables des symptômes ressentis par les patientes.

L'hypothèse d'une influence hormonale dans le SCP est soutenue par la régression des symptômes après la ménopause, ce qui a été attribué à la diminution des taux d'œstrogène. En

effet, l'œstrogène agit comme un vasodilatateur veineux, entraînant un relargage accru d'oxyde nitrique, et donc une relaxation des muscles lisses engendrant une perte de réponse vasculaire.

## PRÉSENTATION CLINIQUE

Le symptôme le plus fréquent est une douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne chronique, intermittente ou permanente, évoluant depuis plus de 6 mois, souvent décrite comme une pesanteur, plus fréquente en fosse iliaque gauche, et qui est aggravée par la position debout prolongée, en fin de journée et dans la période prémenstruelle. Elle est souvent améliorée par le repos et le décubitus. Elle peut être associée à une dyspareunie, une dysménorrhée et des symptômes de vessie irritable comme la dysurie et l'urgence mictionnelle.<sup>10</sup> La présence de varices atypiques associées sur les membres inférieurs ou au niveau vulvaire conforte le diagnostic, mais leur absence ne l'élimine pas.<sup>11</sup> L'association d'une douleur à la palpation bimanuelle des ovaires et d'une anamnèse de dyspareunie a montré une sensibilité de 94% et une spécificité de 77% pour un SCP.<sup>12</sup> À noter que la douleur peut également être présente pendant la grossesse et empirer aux suivantes.

La présentation clinique du syndrome de Nutcracker comprend des douleurs lombaires et une hématurie, causée par la distension du fascia de Gerota et une fuite sanguine secondaire à la dilatation des veinules du système pyélocaliciel.

## EXAMENS DIAGNOSTIQUES

Une imagerie est nécessaire dans tous les cas pour documenter les anomalies veineuses associées au SCP. Par ailleurs, celui-ci reste un diagnostic d'exclusion et d'autres causes de douleurs pelviennes doivent donc être recherchées et exclues avant de conclure à un SCP.

Les directives de l'American Venous Forum recommandent que les patientes symptomatiques soient évaluées par échographie, CT-scan ou IRM (niveau d'évidence 1C), et qu'une phlébographie des veines iliaques internes et ovariennes soit réalisée seulement chez les patientes qui nécessitent une intervention.<sup>13</sup>

Dans la mesure du possible, l'échographie abdominale et endovaginale est recommandée en première ligne. Dans ce contexte, une prise en charge optimale nécessite une approche multidisciplinaire alliant les compétences respectives des gynécologues et des angiologues. L'échographie permet de visualiser les varices du petit bassin et d'exclure d'autres causes de douleurs pelviennes (**tableau 1**).<sup>14</sup>

L'échographie endovaginale s'effectue en position semi-assise avec le torse à 30-45 degrés, permettant de visualiser les veines dilatées du petit bassin et d'effectuer des manœuvres de Valsalva afin de juger du reflux dans les veines du petit bassin. Classiquement, des veines d'un diamètre < 4 mm sont jugées comme normales et des veines > 8 mm sont considérées comme refluentes. Entre ces diamètres, la corrélation avec le SCP est sujette à débat.<sup>15</sup>

Il est néanmoins intéressant de noter que certains groupes ne retiennent pas de limites inférieures de diamètre, mais se basent sur d'autres critères tels qu'un reflux de > 1 seconde persistant jusqu'à la fin de la manœuvre de Valsalva, ou une dilatation controlatérale des veines ovarienne et iliaque interne. La mise en évidence d'un effet siphon controlatéral ou ipsilatéral entre les veines ovarienne et iliaque interne en cas de reflux majeur, engendrant une augmentation importante de flux antérograde dans les troncs veineux opposés, est un autre argument retenu.<sup>16</sup>

Une revue systématique récente conclut qu'un flux inversé dans la veine ovarienne associé à des varices pelviennes de > 5 mm de diamètre et à une veine traversant le corps utérin connectant les plexus ovariens droit et gauche sont les paramètres échographiques les mieux corrélés avec un reflux significatif tel que diagnostiqué par phlébographie. Ces éléments devraient systématiquement être recherchés par les gynécologues lors de ce bilan.<sup>17</sup>

L'examen endovaginal ne permettant pas de visualiser les veines iliaques communes et les veines rénales, il devra toujours être associé à un examen abdominal qui permettra dans la majorité des cas de visualiser ces structures. Les désavantages de l'échographie sont ses limitations techniques et le fait que l'examen soit opérateur-dépendant, nécessitant une bonne expérience de l'examen écho Doppler.

L'IRM et le scanner sont largement utilisés, mais présentent le désavantage de la position en décubitus dorsal, qui sous-estime le diamètre des veines para-utérines et n'offrent pas la possibilité d'effectuer des manœuvres dynamiques comme le Valsalva. Ces techniques permettent en revanche de visualiser de manière détaillée l'anatomie vasculaire et les tissus environnants, ce qui contribue à l'exclusion des diagnostics différentiels et objective les éventuels phénomènes compressifs (syndrome de Nutcracker ou May-Thurner) (**tableau 1, figure 1**).

La phlébographie permet de visualiser les veines dilatées et tortueuses dans le myomètre, communiquant avec des varices pelviennes dilatées, un flux sanguin ralenti (< 3 cm/seconde) et un flux rétrograde dans la veine ovarienne gauche.<sup>18</sup> S'agissant d'un examen invasif qui nécessite un cathétérisme percutané par voie jugulaire ou fémorale, il est réservé aux situations requérant un geste thérapeutique ou lors de doute diagnostique.

Il est important de rappeler l'absence de consensus dans les études quant au diamètre limite pour les veines ovariennes et de mesure validée de congestion ou de tortuosité lors d'un examen par phlébographie. En effet, des veines de grands diamètres peuvent être non refluentes tandis que celles de petits calibres peuvent démontrer un reflux significatif.<sup>18,19</sup>

La laparoscopie peut s'avérer utile dans le cheminement diagnostique des douleurs pelviennes chroniques, mais s'agissant d'un examen particulièrement invasif, avec beaucoup de faux négatifs, il devrait être réservé à des cas particuliers.

Finalement, il est important de souligner que la découverte de veines ovariennes dilatées est non spécifique et peut s'observer chez des patientes asymptomatiques; la gravité des symptômes n'est donc pas corrélée au diamètre des varices.

## TRAITEMENT

Le traitement des varices pelviennes peut être conservateur (médicamenteux et compression) ou interventionnel.

L'objectif du traitement médicamenteux est de supprimer la fonction ovarienne et d'induire une vasoconstriction des veines dilatées. Il comprend l'utilisation de progestatifs (forme orale, dépôt ou implant sous-cutané)<sup>20,21</sup> des agonistes de la Gonadotropin-releasing Hormone (GnRH)<sup>22</sup> et d'agents veinotoniques.<sup>23</sup> Parmi les agents veinotoniques, la fraction flavonoïde purifiée micronisée (Daflon) a démontré une relative efficacité dans l'amélioration des symptômes.<sup>23,24</sup>

Gavrilov et coll. ont investigué l'impact du port d'un short de compression de 20 à 30 mm Hg et notent une amélioration significative des symptômes chez 81,3% des participantes.<sup>25</sup>

Si le traitement conservateur permet souvent une amélioration transitoire des symptômes, le traitement interventionnel doit fréquemment être envisagé afin d'obtenir une amélioration pérenne de la qualité de vie. L'embolisation percutanée est à l'heure actuelle le traitement de choix des varices pelviennes. La technique utilisée diffère selon les centres, mais comporte l'utilisation d'agents sclérosants (généralement le polidocanol ou le sodium tétradécyl sulfate) associés ou non à la mise en place de coils dans les segments refluentes. Les résultats sont globalement bons, avec une amélioration au moins modérée des symptômes chez 76% des femmes traitées après un suivi moyen de 18 mois.<sup>26</sup>

Les complications les plus fréquentes de l'embolisation sont les douleurs et une fièvre postopératoire transitoire. Les complications plus sévères comme les perforations veineuses, les thromboses veineuses, l'allergie au produit de contraste et la migration de coils restent rares.<sup>27</sup> La prise en charge chirurgicale par ligature laparoscopique des varices ovariennes offre de bons résultats, mais au prix de complications plus importantes. Elle est donc plus rarement utilisée, en faveur de l'embolisation par cathéter.

## CONCLUSION

Le SCP reste sous-diagnostiqué, engendrant une morbidité importante pour les patientes. S'agissant avant tout d'un diagnostic d'exclusion, il est important qu'elles soient évaluées dans un centre spécialisé, selon une approche multidisciplinaire avec à disposition les moyens et les compétences pour réaliser une imagerie par échographie abdominale et vaginale. Le CT-scan et l'IRM gardent également une place diagnostique pour exclure un phénomène compressif sur le retour veineux ou d'autres causes de douleurs pelviennes.

Si le traitement conservateur offre une amélioration transitoire des symptômes, il n'est généralement pas efficace à long terme et l'embolisation des varices pelviennes reste le traitement offrant le meilleur taux de succès.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- Le syndrome de congestion pelvienne (SCP) est une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée
- Il doit être évoqué chez les femmes multipares, préménopausées présentant des douleurs abdominales basses chroniques
- En cas de suspicion de SCP, un bilan complémentaire doit être réalisé auprès d'un centre spécialisé
- Si le traitement conservateur n'est pas suffisant pour améliorer la symptomatologie, une embolisation des varices pelviennes doit être envisagée

1 Zondervan KT, et al. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:1149-55.  
 2 Duncan CH, Taylor Jr HC. A psychosomatic study of pelvic congestion. *Am J Obstet Gynecol* 1952;64:1-12.  
 3 Soysal ME, et al. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion. *Hum Reprod* 2001;16:931-9.  
 4 Mathias SD, et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321-7.  
 5 Ganeshan A, et al. Chronic pelvic pain due to pelvic congestion syndrome: the role of diagnostic and interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2007;30:1105-11.

6 Phillips D, et al. Pelvic congestion syndrome: etiology of pain, diagnosis, and clinical management. *J Vasc Interv Radiol* 2014;25:725-33.  
 7 Durham JD, Machan L. Pelvic congestion syndrome. *Semin Intervent Radiol* 2013;30:372-80.  
 8 Ignacio EA, et al. Pelvic congestion syndrome: diagnosis and treatment. *Semin Intervent Radiol* 2008;25:361-8.  
 9 Hartung O. Embolization is essential in the treatment of leg varicosities due to pelvic venous insufficiency. *Phlebology* 2015;30(Suppl. 1):81-5.  
 10 Champaneria R, et al. The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women: systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness. *Health Technol Assess* 2016;20:1-108.  
 11 Mahmoud O, et al. Efficacy of endovascular treatment for pelvic congestion syndrome. *J Vasc Surg*

*Venous Lymphat Disord* 2016;4:355-70.  
 12 \*Herrera-Betancourt AL, et al. Sensitivity and specificity of clinical findings for the diagnosis of pelvic congestion syndrome in women with chronic pelvic pain. *Phlebology* 2018;33:303-8.  
 13 Glociczki P, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2011;53(Suppl. 5):2s-48s.  
 14 Labropoulos N, et al. A standardized ultrasound approach to pelvic congestion syndrome. *Phlebology* 2017;32:608-19.  
 15 \*Park SJ, et al. Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2004;182:683-8.  
 16 Dos Santos SJ, et al. Ovarian Vein Diameter Cannot Be Used as an Indicator of Ovarian Venous Reflux. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;49:90-4.  
 17 Steenbeek MP, et al. Noninvasive diagnostic tools for pelvic congestion syndrome: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018;97:776-86.  
 18 Lopez AJ. Female Pelvic Vein Embolization: Indications, Techniques, and Outcomes. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2015;38:806-20.  
 19 \*\*Tu FF, Hahn D, Steege JF. Pelvic congestion syndrome-associated pelvic pain: a systematic review of diagnosis and management. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65:332-40.  
 20 Farquhar CM, et al. A randomized controlled trial of medroxyprogesterone acetate and psychotherapy for

the treatment of pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:1153-62.  
 21 Shokeir T, Amr M, Abdelshaheed M. The efficacy of Implanon for the treatment of chronic pelvic pain associated with pelvic congestion: 1-year randomized controlled pilot study. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280:437-43.  
 22 Cheong YC, Smotra G, Williams AC. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;Cd008797.  
 23 Simsek M, Burak F, Taskin O. Effects of micronized purified flavonoid fraction (Daflon) on pelvic pain in women with laparoscopically diagnosed pelvic congestion syndrome: a randomized crossover trial. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007;34:96-8.  
 24 Gavrillov SG, et al. [Micronized purified flavonoid fraction in treatment of pelvic varicose veins]. *Angiol Sosud Khir* 2012;18:71-5.  
 25 Gavrillov SG, Karalkin AV, Turischeva OO. Compression treatment of pelvic congestion syndrome. *Phlebology* 2018;33:418-24.  
 26 Scultetus AH, et al. The pelvic venous syndromes: analysis of our experience with 57 patients. *J Vasc Surg* 2002;36:881-8.  
 27 Daniels JP, et al. Effectiveness of Embolization or Sclerotherapy of Pelvic Veins for Reducing Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. *J Vasc Interv Radiol* 2016;27:1478-86.e8.

\* à lire  
 \*\* à lire absolu