

THROMBOPHLEBITES CEREBRALES DANS LA PERIODE POSTPARTUM: un dilemme diagnostique



Dr A. NABI¹

Y. YOUSFATE¹ B. BOUAOUD²

- (1) Service d'anesthésie réanimation E.H.S Mère et Enfant SIDI BEL ABBES
- (2) Service d'anesthésie réanimation E.P.H SIDI BEL ABBES

INTRODUCTION

- ❑ Thrombophlébites cérébrales (TVC) sont des pathologies **rare**s mais **redoutables**.
- ❑ Regroupent les thromboses des sinus veineux de la dure mère et des veines cérébrales superficielles et profondes.
- ❑ Sa fréquence est estimée de **1/3000** à **1/10000** naissances et **0.5** à **1%** de tous les accidents vasculaires cérébrales [1].

INTRODUCTION

- ❑ **TVC du post partum** ; Entité **rare** mais sa survenue est **grave**
→ **le pronostic vital.**
- ❑ Incidence moyenne au cours de la grossesse et du post-partum **15 à 20 pour 100 000** accouchements, **10 à 20%** des TVC [2].
- ❑ En dehors des **facteurs de risque** classiques (l'hypercoagulabilité de la grossesse et du post-partum ainsi que la présence thrombophilie), l'impact d'autres facteurs favorisant notamment **l'âge**, la **parité**, les **conditions de l'accouchement** demeure imprécis.
- ❑ Tableau clinique; **variable** en fonction de la **topographie** des thromboses
→ **Diagnostic précoce difficile.**
- ❑ **Angio IRM** et **angioscanner** → progressivement modifié l'approche diagnostique, avec possibilités diagnostiques précoces et performantes.
- ❑ L'évolution est généralement **favorable** sous traitement bien conduit

OBJECTIF

➤ Analyser

les caractéristiques cliniques, les facteurs de risque et le pronostic à court terme de la TVC du post-partum.

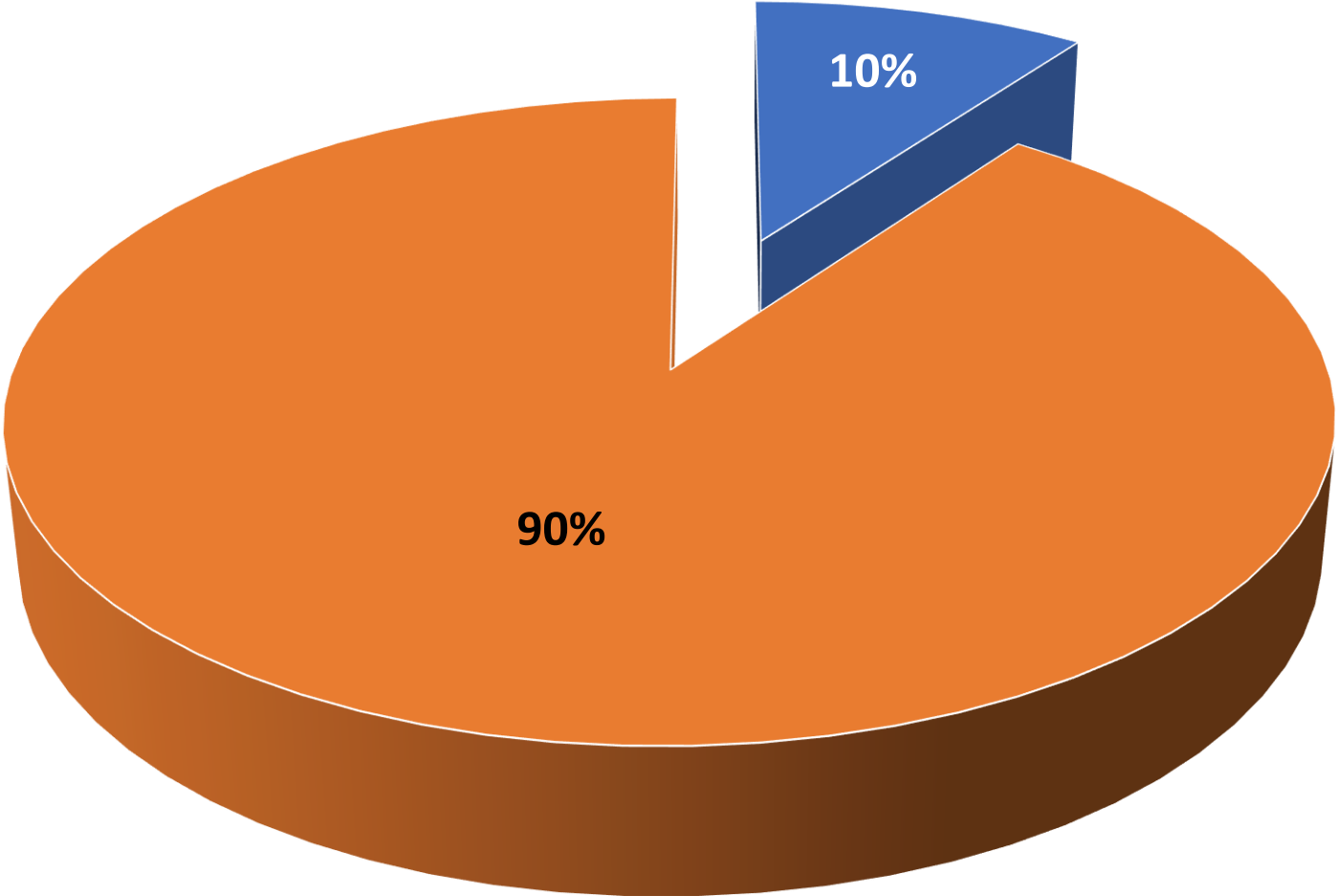
MATERIELS ET METHODES

- ❑ **Type d'étude** : Etude rétrospective descriptive
- ❑ **Lieu** : Service de réanimation de l'EHS Mère et Enfant de Sidi Bel Abbes
- ❑ **Période** :: 01 juin 2019 à 01 juin 2022,
- ❑ **Inclus** : Toutes les patientes atteintes de TVC dans la période du post partum
- ❑ Diagnostic de TVC a été confirmé par une Angio-TDM/ Angio-IRM cérébrale.
- ❑ Toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement anticoagulant basé sur les HBPM et les antivitamines K
- ❑ **Données recueillies** : l'âge, la parité, les facteurs de risque, la modalité de l'accouchement, types d'anesthésie, le mode de début, les signes cliniques et paracliniques, le territoire de TVC, la durée d'hospitalisation l'évolution. le pronostic.

RESULTATS

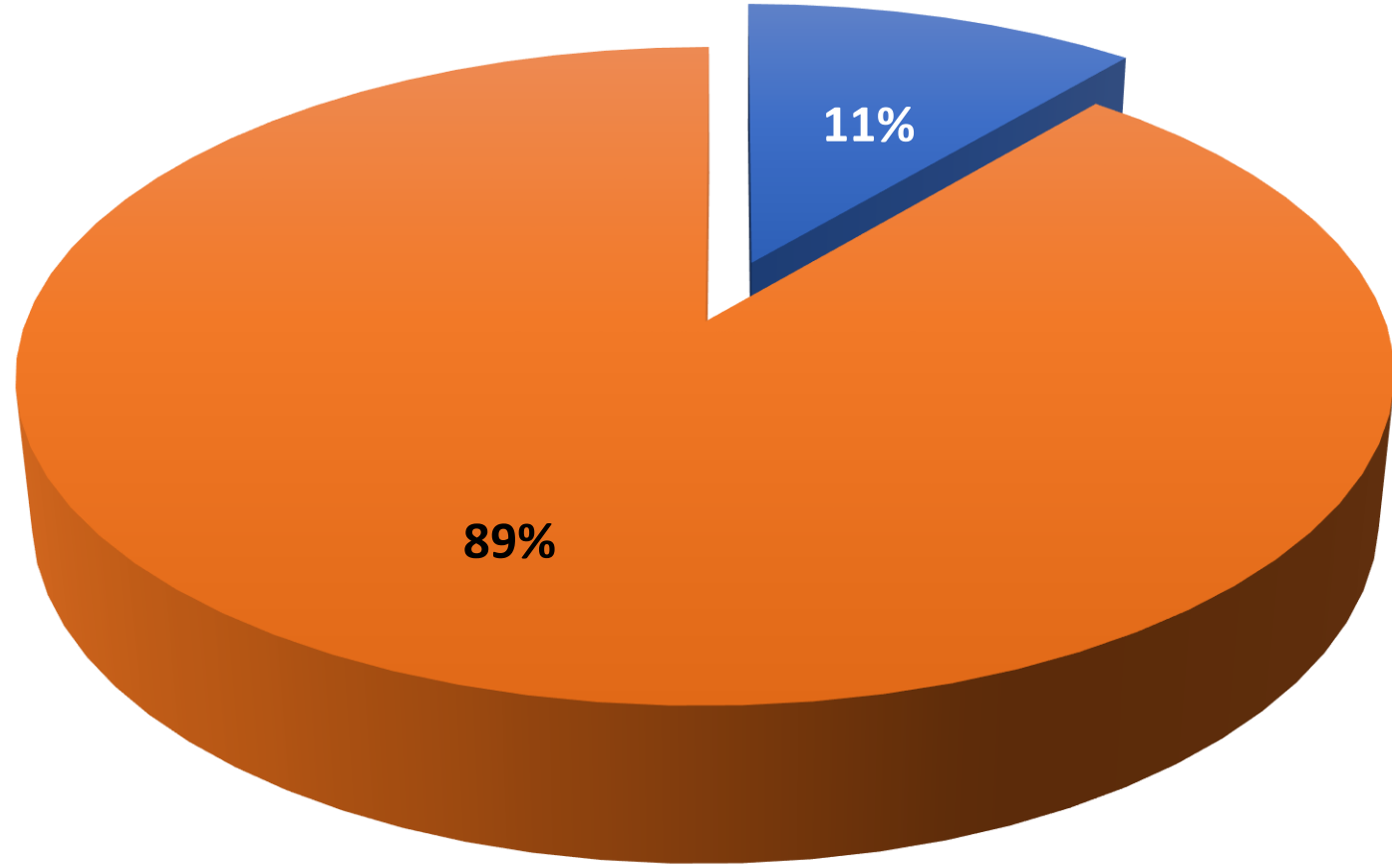
- ❑ Durant la période d'étude nous avons colligés 10 patientes.
- ❑ L'âge moyen des patientes 29.8 ans, Primigeste dans 50%.
- ❑ Dans tous les cas, le début de la TVC était dans les 2 premières semaines après l'accouchement avec une valeur moyenne 7,8 jr [2-14]
- ❑ Durée d'hospitalisation [4 – 11] jours.

Modalités de l'accouchement



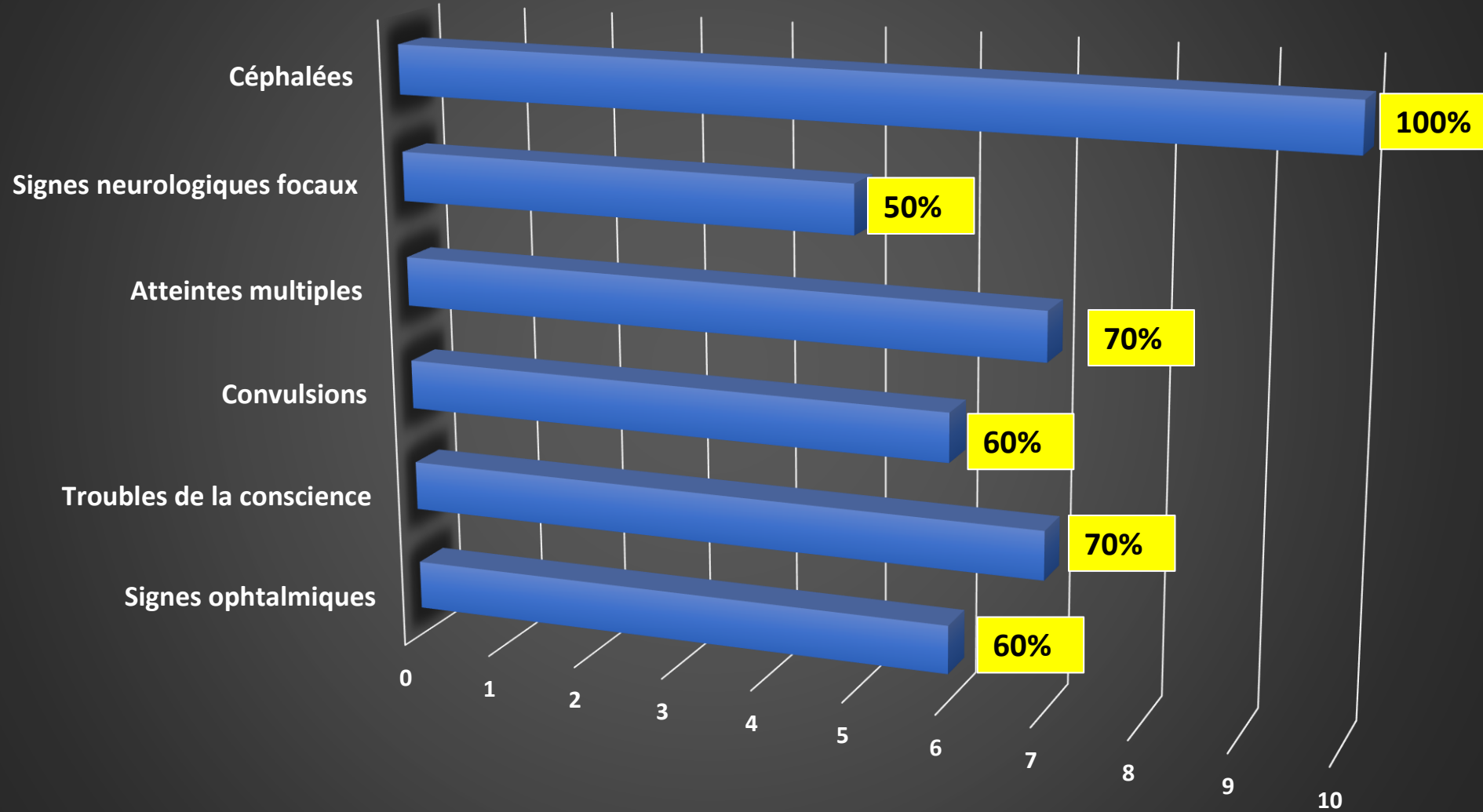
■ Voie basse ■ Césarienne

Type d'anesthésie

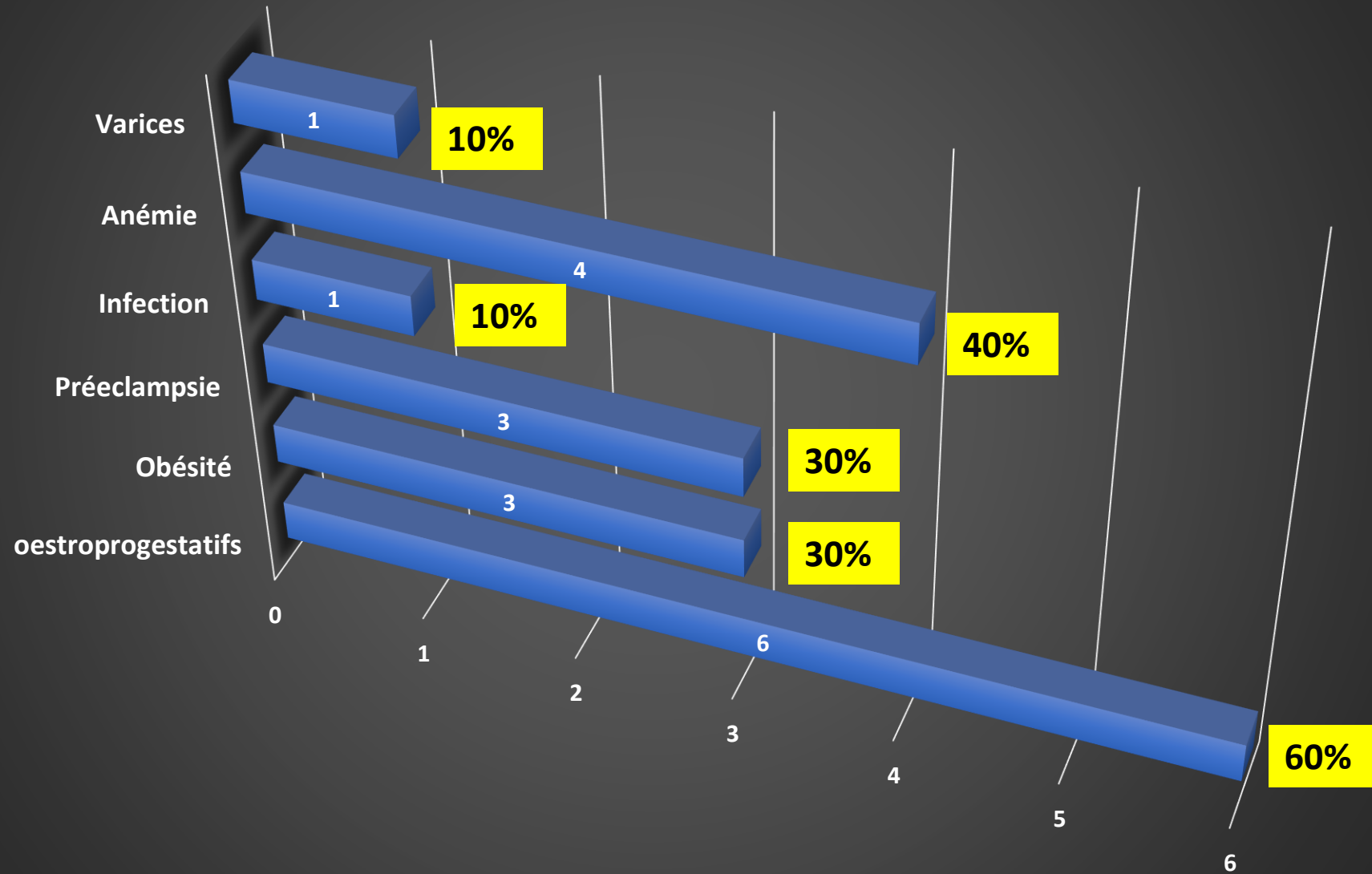


■ Anesthésie générale ■ Rachinaesthesie

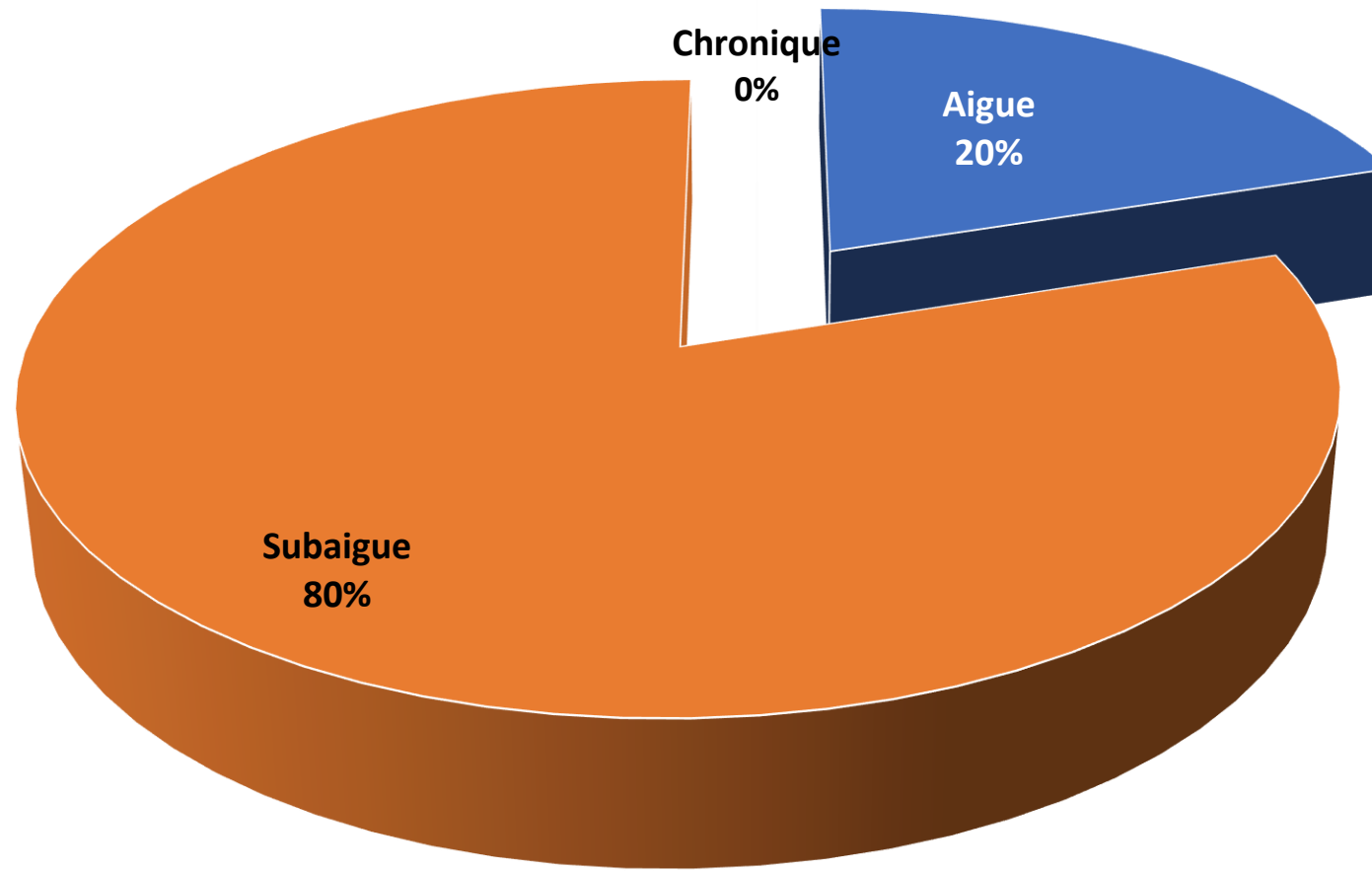
Symptomes cliniques



Facteurs de risques généraux

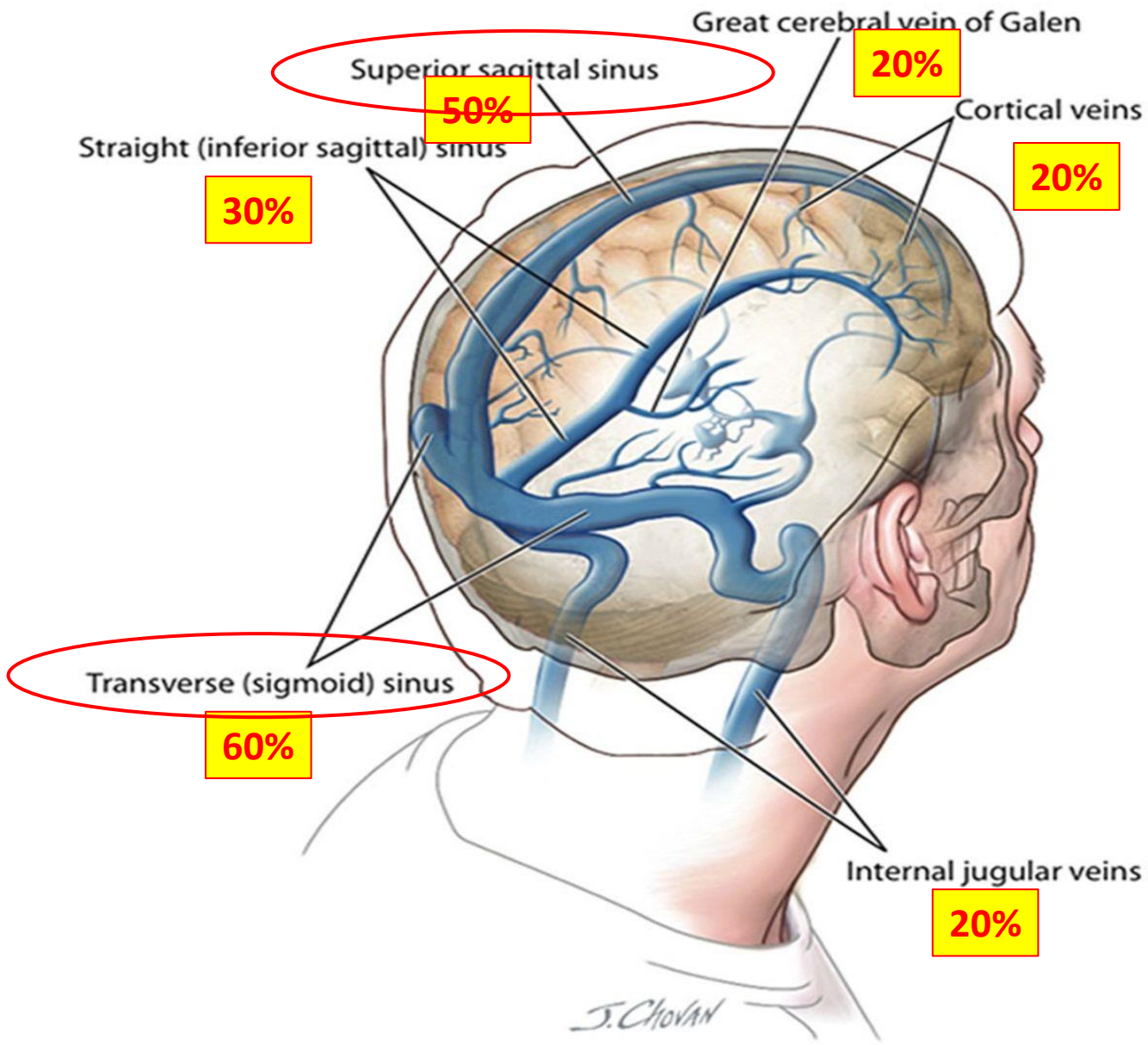


Mode d'installation

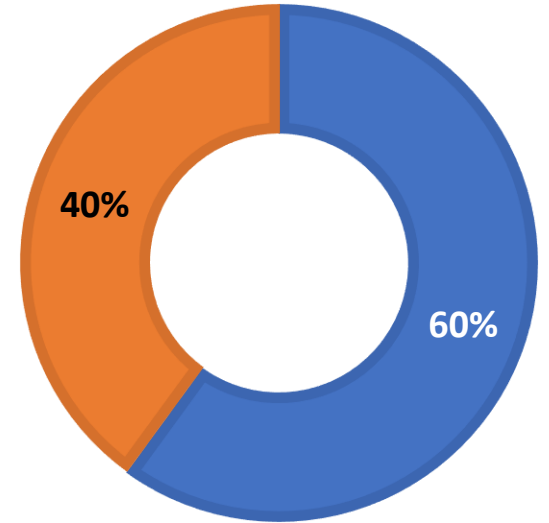


■ Aigue ■ Subaigue ■ Chronique

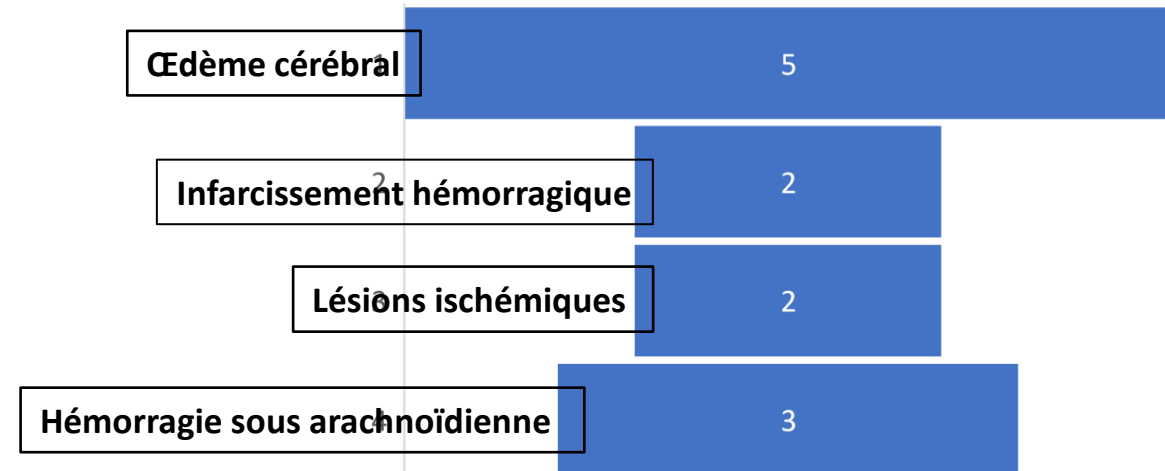
Territoire de TVC



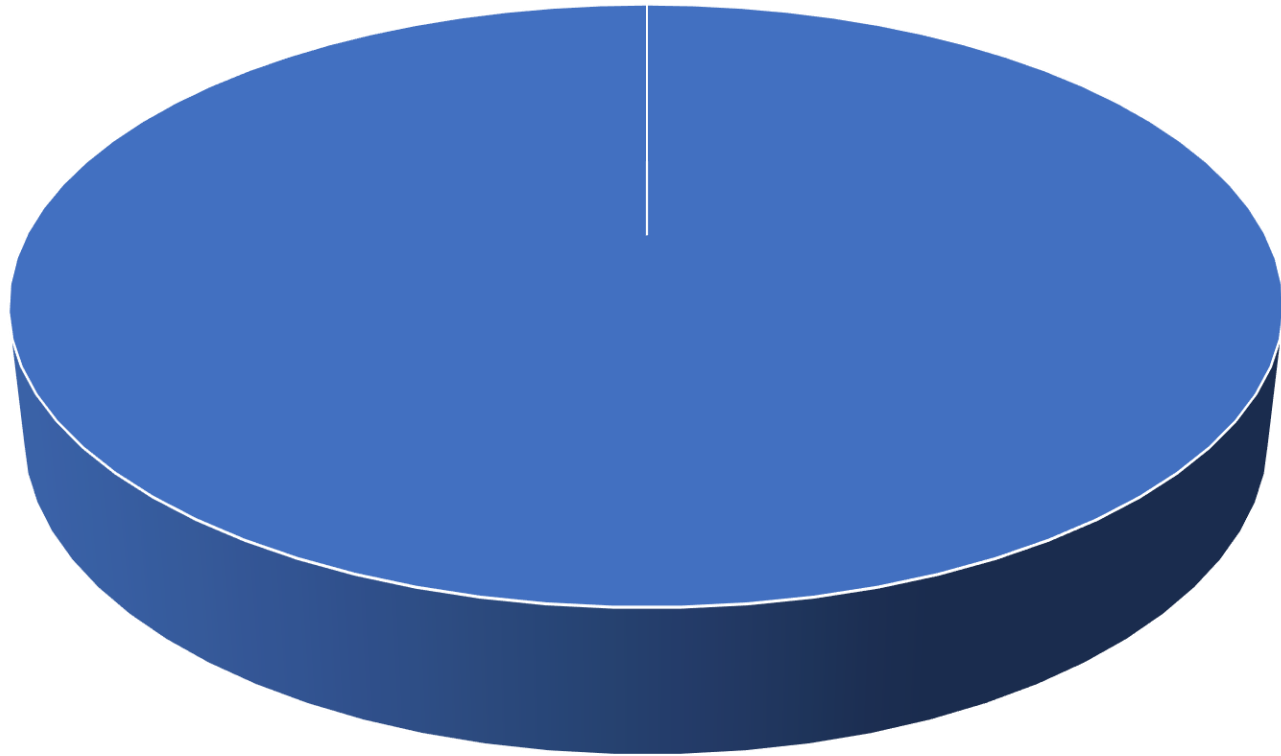
■ Multiple veins ■ Single vein



Lésions cérébrales associées



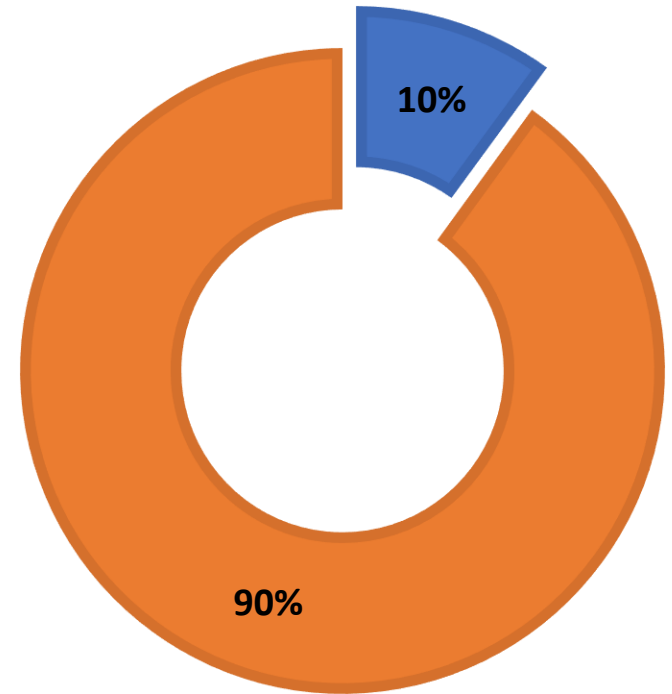
L'évolution



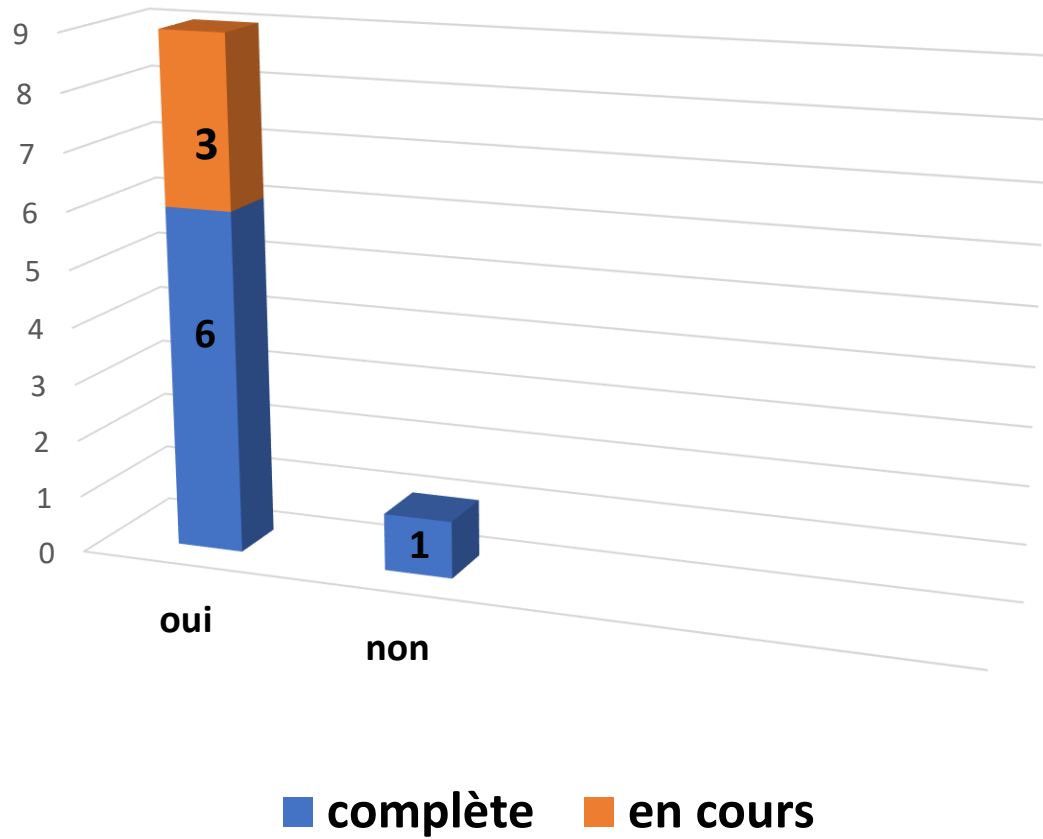
■ Favorable ■ Défavorable

SÉQUELLES

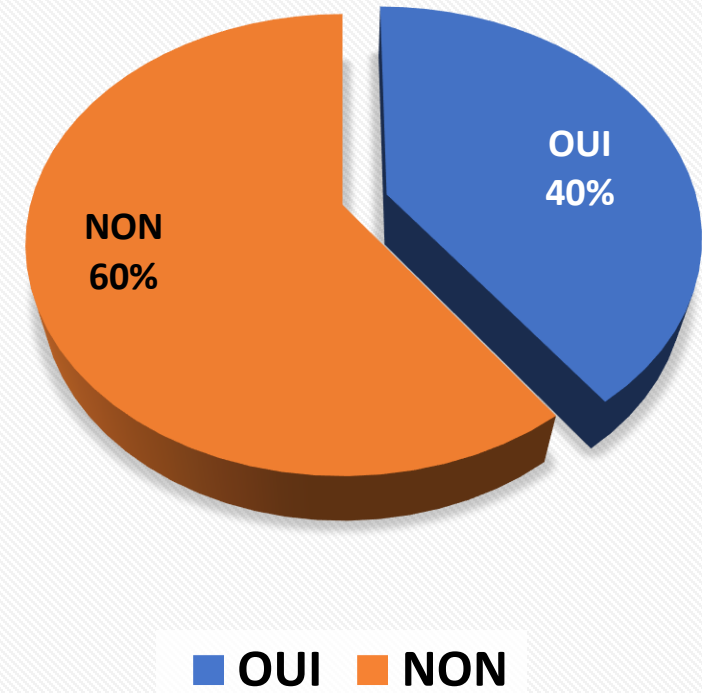
■ OUI ■ NON



Thrombophylaxie post opératoire



la ventilation mécanique



DISCUSSION

- ❑ D'après les données de la littérature, il ne semble pas qu'il y ait d'influence de l'âge de la patiente et de la parité [3]
- ❑ Une TVC **doit être suspectée** lorsque la parturiente développe des symptômes associant à des degrés divers **une hypertension intracrânienne** (céphalées, vomissements, œdème papillaire, troubles de la conscience) et/ou un **déficit neurologique focal** et/ou des **crises convulsives** [4]

- Les céphalées constituent le symptôme le plus fréquent **75%** des cas ; n'ont pas de caractéristiques ou de profil évolutif spécifique.
 - **Œdème papillaire** est présent environ dans **50%** des cas,
 - **Déficit neurologique** dans **34** à **70%** des cas,
 - **Crises convulsives** dans **20** à **57%** des cas,
 - **Troubles de la conscience** dans **34** à **70%** des cas ou des **troubles psychiatriques** qui sont parfois au premier plan et marquent le reste de la symptomatologie [5, 6]

❑ Cette symptomatologie clinique pose **un problème de diagnostic différentiel** avec une **éclampsie**, une **hémorragie sus arachnoïdienne**, **céphalées post ponction dure mérienne CPPD**, **accident ischémique transitoire [7, 8]** voire **une psychose puerpérale**.

➡ Le diagnostic positif ne peut être que **neuroradiologique [9]**.

- ❑ **Lanska et al** ont étudié les facteurs de risque potentiels d'AVC et de TVC péri partum et post-partum à l'aide d'une grande base de données, Ils ont calculés un risque national représentatif de 11,6 cas de TVC pour 100 000 accouchements.
- ❑ La **césarienne**, **l'anémie**, **l'obésité**, les **varices**, les **troubles hypertensifs de la grossesse** et les **infections** étaient les plus importantes fortement associées à la TVC [10], La **prééclampsie** représente un facteur de risque supplémentaire [11]

- ❑ Le diagnostic de TVC est **difficile**. En particulier, le **diagnostic différentiel** entre **TVC et CPPD** peut être très difficile.
- ❑ L'incidence de la TVC est beaucoup plus faible que **CPPD**. Par conséquent, les patientes qui se plaignent de **céphalées post-partum** sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de **CPPD** même si elles ont une TVC, comme dans notre étude (06 cas). Étant donné que le moment du diagnostic est important dans le pronostic de la TVC.
- ❑ Ces dernières années, la mortalité par TVC a également montré une tendance à **la baisse**. Notre faible taux de mortalité hospitalière (0 %) est cohérent avec les données récentes de la littérature des pays à revenu élevé [[12](#)].

CONCLUSION

- ❑ La grossesse et le postpartum sont des cas de risque accru, au cours desquels l'incidence des événements thrombotiques est multipliée par six.
- ❑ L'accouchement par césarienne est un autre facteur de risque sérieux, même lorsqu'il est couplé d'une thrombophylaxie post-opératoire.
- ❑ La TVC est une affection rare mais potentiellement mortelle qui présente un défi diagnostique dans le postpartum.
- ❑ La neuro-imagerie avec angioscanner ou angio-IRM doit être obtenue chez les patients présentant des céphalées persistantes, même en l'absence de signes neurologiques focaux.
- ❑ Le pronostic reste bon si le diagnostic est fait à temps et si le traitement est entamé précocement.

Bibliographie

1. Arquizan C. Thrombophlébites cérébrales: aspects cliniques, diagnostic et traitement. *Réanimation*. 2001;10(1):383– 92. [[Google Scholar](#)]
2. Kouach J, Mounach J, Moussaoui D, et al. Mutisme akinétique révélant une thrombose veineuse cérébrale du post-partum. *Annales Françaises d Anesthésie et de Réanimation*. 2010;29(2):167–168. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Donaldson JO, Lee NS. Arterial and venous stroke associated with pregnancy. *Neurol. Clinics* 1994;12:583-99.
4. Shah M, Agarwal N, Gala NB, Prestigiacoimo CJ, Gandhi CD. Management of dural venous sinus thrombosis in pregnancy. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2014;48(4):482–484. [[Google Scholar](#)]
5. Tehindrazanarivelo A, Evrard S, Schaison M, et al. Prospective study of cerebral sinus venous thrombosis in patients presenting with benign intracranial hypertension. *Cerebrovasc Dis*. 1992;2(1):22–7. [[Google Scholar](#)]
6. Crawford SC, Digre KB, Palmer CA, Bell DA, Osborn AG. Thrombosis of the deep venous drainage of the brain in adults. Analysis of seven cases with review of the literature. *ArchNeurol*. 1995;52(1):1101–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Jacobs K, Moulin T, Bogousslavsky J, Woimant F, Dehaene I, Tatu L, et al. The stroke syndrome of cortical vein thrombosis. *Neurology*. 1996;47(2):376–82. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Bousser MG, Chiras J, Bories J, Castaigne P. Cerebral venous thrombosis: a review of 38 cases. *Stroke*. 1985;16(1):199–213. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Arquizan C. Thrombophlébites cérébrales: aspects cliniques, diagnostic et traitement. *Réanimation*. 2001;10(1):383–92. [[Google Scholar](#)]
10. Lanska, DJ ; Kryscio, RJ Facteurs de risque d'AVC péripartum et post-partum et de thrombose veineuse intracrânienne. *AVC* **2000** , 31 , 1274–1282. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
11. Carrol, JD; Fuite, D. ; Lee, HA Thrombophlébite cérébrale pendant la grossesse et la puerpéralité. *QJ Méd*. **1966** , 35 , 347–368. [[Google Scholar](#)]
12. Ruuskanen JO, Kytö V., Posti JP, Rautava P., Sipilä JOT Thrombose veineuse cérébrale : Tendances nationales finlandaises. *Accident vasculaire cérébral*. 2021 ; 52 : 335–338. doi : 10.1161/STROKEAHA.120.031026. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Stella, CL; Jodicke, CD; Comment, HY Maux de tête post-partum : Votre bilan est-il complet ? *Un m. J. Obstet. Gynécol*. **2007** , 196 , 318.e1. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

MERCI
POUR VOTRE INTENTION