

## THROMBOSE VEINEUSE RECIDIVANTE DU MEMBRE INFERIEUR GAUCHE DUE A UN REIN ECTOPIQUE

HOUÉNASSI DM<sup>1</sup>, BIAOU O<sup>2</sup>, HOUNTO YF<sup>1</sup>, ATADOKPÉDÉ F<sup>1</sup>, SEHONOU J<sup>1</sup>, LAWANI R<sup>1</sup>, GNANGNON A<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou

<sup>2</sup> Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou

Correspondance : Dr HOUENASSI D. Martin, 011 BP 33 camp Guézo Cotonou BENIN

Email: houindo@intnet.bj ou houenassi\_m@yahoo.fr

### RESUME

Un homme de 44 ans est hospitalisé pour une thrombose veineuse fémoro-iliaque gauche récidivante. Le rein gauche ectopique est en situation sous ombilicale et paramédiane droite. Son pôle gauche est responsable d'une compression de la veine iliaque primitive gauche réalisant une forme rare du syndrome de Cockett. La proximité de son pôle droit avec le réseau vasculaire iliaque droit est potentiellement menaçante. En dehors du traitement anticoagulant prolongé qui s'impose, les différentes techniques de décompression veineuse sont analysées et les auteurs recommandent un essai de l'angioplastie avec mise en place d'endoprothèse qui n'a jamais été essayée dans ce cas précis et n'est malheureusement pas disponible chez eux.

**Mots clés :** Rein ectopique - Syndrome de Cockett - Thrombose veineuse - Compression veineuse - Noir africain

### ABSTRACT

A left femoral and iliac venous thrombosis happening for the second in a few year led to admission of a 44 years old man. The left kidney is ectopic and found of the right side and under the umbilic. Its left bord is responsive of the left main iliaque vein compression realysing an original case of Cockett syndrome. Its right bord set upon the right iliac vessels. Definitive anticoagulation is begun and the differents venous decompression technics are reviewed. For the authors the best one seemed to be venous angioplasty with stent which has never been used in such a case and in not possible in their country.

**Keys words :** Ectopic kidney - Cockett syndrome - Venous thrombosis - Venous compression - Black african

### INTRODUCTION

La compression de la veine iliaque primitive gauche est une cause classique de thrombose veineuse du membre inférieur gauche. Elle peut être due à des obstacles de différentes natures dont le plus classique est appelée syndrome de Cockett [1]. Dans la forme princeps de ce syndrome, l'obstacle est constitué par une pince anormale formée, dans des conditions anatomiques particulières, par l'artère iliaque primitive droite et le rachis. Par assimilation d'autres formes de compression veineuse iliaque gauche comme la compression veineuse par un rein ectopique (RE) [2] ont été appelées syndrome de Cockett (SCO). Nous en rapportons un cas intéressant par sa rareté et les problèmes thérapeutiques qu'il pose.

### I. OBSERVATION

Monsieur M. D. âgé de 44 ans a été hospitalisé pour œdème du membre inférieur gauche apparu 3 jours après des douleurs de la face antérieure de la cuisse déclenchées par la marche. Il a un antécédent de thrombose veineuse du membre inférieur gauche survenu 4 ans plus tôt et présente fréquemment au niveau de ce membre, des épisodes d'œdème non douloureux d'installation rapide et régressifs spontanément ou après utilisation de phlébotonique. L'échodoppler veineux des membres inférieurs couplé à l'échographie abdominale a retrouvé un rein droit normal, une loge rénale gauche vide; le rein gauche est situé immédiatement sous l'ombilic en position paramédiane droite. Il a un aspect globuleux avec une longueur de 8,5 cm et une bonne

différenciation corticomédullaire. Il est situé au dessus des vaisseaux iliaques droits et gauches. La veine iliaque primitive droite est bien identifiée dans son trajet jusqu'à la fémorale et la compression de la cuisse entraîne une franche accélération de son flux; elle passe sous le pôle droit du RE. L'artère iliaque primitive gauche est visualisée sous le pôle gauche du RE. Le réseau veineux iliaque gauche n'est bien identifié qu'à distance de ce pôle. Une thrombose veineuse fémoro-iliaque gauche est diagnostiquée. L'artériographie iliaque n'est pas réalisable. La recherche étiologique n'a retrouvé aucune anomalie biologique : TP, TCA, Hémogramme, taux de protéine C plasmatique. Sous traitement héparinique relayé par acénocoumarol le patient est bien portant 15 mois après son hospitalisation et l'aspect échographique est identique en dehors de la thrombose veineuse qui a régressé.

### II. DISCUSSION

La récurrence sur le membre inférieur gauche de la thrombose veineuse proximale incite à rechercher une compression intra-abdominale. Aucune des causes courantes de compression iliaque (volumineuse hydronéphrose, artère iliaque gauche anormalement dilatée ou sinueuse, tumeurs) n'a été retrouvée. En l'absence d'artériographie, la forme princeps du SCO ne peut être éliminée. En effet la présence de synéchies intraveineuses iliaques indispensables [3] à son affirmation n'est pas étudiée. Mais la compression iliaque par le rein gauche qui est ectopique confirme

une autre forme du syndrome dont peu de cas ont été rapportés. Trois cas seulement ont été rapportés dans la littérature par Parvulesco [ 4 ] et Guegan [ 2 ] chez trois femmes. Celles-ci étaient toutes porteuses d'un facteur thrombotique associé : traitement oestroprogestatif, grossesse, fibrome utérin.

Notre cas, contrairement à tous ces cas, concerne un homme et ne présente aucun facteur surajouté de risque de thrombose. Le rein, dans ce cas aussi, est situé plus haut en position paraombilicale droite ce qui explique ses rapports de proximité avec les pédicules vasculaires iliaques droit et gauche ainsi que le risque de compression bilatérale. Ce risque de compression qui s'est déjà manifesté deux fois impose un traitement anticoagulant permanent. Mais le risque d'hémorragie majeure lié au traitement anticoagulant n'est ni négligeable ni complètement maîtrisable [ 5 ]. En effet, en cas de persistance de la compression veineuse, des récives thromboemboliques surviennent à une fréquence pouvant atteindre 73 % malgré une anticoagulation optimale comme rapporté par Mickley et coll [ 6 ]. Cette situation incite à envisager la levée de la compression veineuse dont plusieurs modalités ont été décrites.

La néphrectomie peut être suggérée par les rapports du RE avec les 2 réseaux iliaques mais sa morbidité reste significative même avec la néphrectomie laparoscopique [ 7 ]. Aussi le caractère ectopique du rein rend l'acte techniquement inhabituel et, seuls les reins ectopiques porteurs d'une pathologie autonome surajoutée sont actuellement traités par ablation [ 8 ; 9 ; 10 ]. Mais l'existence d'une thrombose veineuse proximale récidivante peut elle être assimilée à une pathologie rénale surajoutée ?

Plus élégante et plus simple est la dérivation du réseau veineux iliaque gauche. Celle-ci peut se faire soit en amont de l'obstacle du même côté, soit comme l'ont fait Palma et Eperson [ 11 ] vers la veine iliaque droite au moyen d'une veine saphène. Malheureusement le taux annuel de perméabilité de ces pontages veineux n'est que 53 % [ 12 ].

Plus récente, l'utilisation de l'angioplastie avec pose d'endoprothèse veineuse paraît plus efficace dans les thromboses veineuses iliaques en particulier s'il existe une compression veineuse [ 6 ; 13 - 16 ]. Comme l'ont montré Tatou et coll [ 17 ] sur des cas de SCO, la perméabilité reste bonne à une durée moyenne de 48 mois (31 à 61 mois) malgré l'arrêt du traitement anticoagulant après un an en absence de facteur de risque surajouté. Reste que ces séries sont de faible importance quantitative et que la pression exercée par un rein peut être plus forte que la pression exercée par une artère. Aussi, aucun de SCO dû à un RE n'a été traité dans la littérature par angioplastie avec endoprothèse. Cette technique pourrait être essayée chez notre patient, malheureusement elle n'est

pas disponible à Cotonou. Elle mériterait d'être évaluée en Afrique où le RE paraît 3 à 10 fois plus fréquente qu'ailleurs notamment en Asie et en Australie [ 18 - 23 ].

#### CONCLUSION

La survenue d'une thrombose veineuse iliaque par compression liée à un rein ectopique pose des problèmes thérapeutiques complexes et l'angioplastie avec mise en place d'une endoprothèse paraît une solution élégante. Elle mérite une attention particulière en Afrique où le rein ectopique paraît relativement fréquent

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- COCKET FB, LEA THOMAS M.**  
The iliac compression syndrome. Br J Surgery 1965; 52 : 816 - 21
- 2- GUEGAN H, CARLES J, JUNES FR et coll.**  
Syndrome de Cockett par rein ectopique : rapport de deux cas. J Chir 1992; 129 (5) : 257 - 62
- 3- FERRIS EJ, LIM WN, SMITH PL and CASAL R.**  
May - Turner syndrome. Radiology 1983; 147 : 29 - 31
- 4- PARVULESCO J.**  
Grosse jambe unilatérale lors d'un rein ectopique associé à la grossesse. Phlébologie 1989 ; 42 : 485 - 90
- 5- BAKER RI, COUGHLIN PB, GALLUS AS and al.**  
Warfarin reversal: consensus guidelines, on behalf of the Australian Society of Thrombosis and Haemostasis. MJA 2004 ; 181 : 492 - 97
- 6- MICKLEY V, SCHWAGIEREK R, RILINGER N and al.**  
Left iliac venous thrombosis caused by venous spur: treatment with thrombectomy and stent implantation. J Vasc Surg 1998; 28 (3) : 492 - 7
- 7- BOUBLIL V, TRAXER O, SEBE P et coll.**  
La néphrectomie par laparoscopie pour pathologie bénigne du rein. Prog Urol 2004 ; 14 (2) : 137 - 43
- 8- BOUJNAH H, ABID I, MOALLA N AND ZMERLI S.**  
Le rein pelvien: à propos de cinquante cas. Ann Urol 1989 ; 23 (1) : 11 -16
- 9- BENCHEKROUN A, KASMAOUI EH, JIRA H et coll.**  
Le rein pelvien pathologique. A propos de 11 cas. Ann Urol 2002 ; 36 : 231 -5
- 10- KYRAYIANNIS B, STENOS J and DELIVELIOTIS A.**  
Ectopic kidneys with and without fusion. Br Journ Urol 1979; 51 : 173 - 174

- 11- PALMA EC and EPERSON R.**  
Vein transplants and grafts in the surgical treatment of the post-phlebotic syndrome.  
J cardiovasc Surg 1960; 1 : 94 – 107
- 12- GLOVITCZKI P, PAIROLERO PC, TOOMEY BJ et al.**  
Reconstruction of large veins for non malignant venous occlusive disease.  
J Vasc Surg 1992 ; 16 : 750 – 61
- 13- ABURAHMA AF, PERKINS, WULU JT et al.**  
Iliofemoral deep venous thrombosis: conventional therapy versus lysis and percutaneous transluminal angioplasty and stenting.  
Ann Surg 2001; 233 : 752 – 60
- 14- O'SULLIVAN GJ, SEMBA CP, BILLNER CA and al.**  
Endovascular management of iliac vein compression ( May- Turner syndrome).  
J Vasc Intervent Radiol 2000; 11 : 823 – 36
- 15- BINKERT CA, SCHOCH E, STUCKMANN G et al.**  
Treatment of pelvis venous spur (May-Turner syndrome) with self expanding metallic endoprotheses. Cardiovasc Intervent Radiol 1998; 21 : 22 – 6
- 16- HENIFORD BT, SENLER SO, OLSOFKA JM et al.**  
May- Turner syndrome. Management by endovascular surgical techniques.  
Ann Vasc Surg 1998; 12 : 482 – 6
- 17-TATOU E, CERCUEIL JP, TERRIAT B et coll.**  
Suivi à 4ans des endoprothèses veineuses iliaques dans le syndrome de Cockett compliqué. Arch Mal Cœur 2002 ; 95 (3) : 167 – 70
- 18- OGUNBIYI OA.**  
Renal ectopia with and without fusion in Ibadan , Nigeria. Afr J Med med Sci 1987; 16 : 187 – 91
- 19- MOKOENA T, NAIR R and DEGIANNIS E.**  
Ectopic kidney presenting as appendix mass or abscess. S Afr J Surg 1996 ; 34 (3) : 142 – 3
- 20- MAGAK P, KING CH, IRERI E et al.**  
High prevalence of ectopic kidney in coast Province, Kenya. Tropical medicine and International Health 2004; 9 (5) : 595 - 600
- 21- SHEIH CP, LIU MB, HUNG CS et al.**  
Renal abnormalities in schoolchildren. Pediatrics 1989; 84 : 1086 – 90
- 22- MIHARA M, ITO Y, FUKUSHIMA K et al.**  
Ultrasonography screening for renal abnormalities in three years old children. Acta paediatrica 1992; 81 : 326 – 28
- 23- HOGG RJ, HARRIS S, LAWRENCE DM et al.**  
Renal tract abnormalities detected in Australians preschool children. Journal of Pediatrics and Child Health 1998; 34 : 420 – 24.