Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Syndrome de congestion pelvienne — Phlébographie diagnostique et embolisation

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nature de l'intervention :

_____

Phlébographie diagnostique +/- embolisation de varices pelviennes

Dr
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire

Des examens spécialisés évoquent des **varices pelviennes** responsables d'une mise sous tension chronique des veines de votre petit bassin, à l'origine d'un **syndrome de congestion pelvienne (SCP)**, justifiant la réalisation d'une **phlébographie diagnostique** et possiblement d'une **embolisation des varices pelviennes**.

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informée du **déroulement**, des **bénéfices attendus**, des **suites normalement prévisibles** et des **risques principaux** de cette intervention, comparés à l'évolution spontanée de votre maladie. Cette fiche est destinée à compléter les explications données par votre chirurgien et votre médecin anesthésiste, et à susciter d'éventuelles questions complémentaires lors de la consultation.

1. Définition — Qu'est-ce que le syndrome de congestion pelvienne ?

Le **syndrome de congestion pelvienne (SCP)** correspond à un ensemble de symptômes provoqués par la **mise sous tension de veines dilatées du petit bassin** (varices pelviennes, utéro-ovariennes), le plus souvent après une ou plusieurs grossesses. Ces veines dilatées peuvent exister sans gêne particulière : la présence de varices pelviennes à l'imagerie n'est donc **pas suffisante** pour poser le diagnostic, qui repose sur la **concordance entre l'imagerie et les symptômes**.

Le SCP touche principalement des **femmes en âge de procréer**, souvent après une ou plusieurs grossesses, mais peut également survenir chez des patientes n'ayant jamais eu d'enfant (nullipares) ou chez des femmes ménopausées.

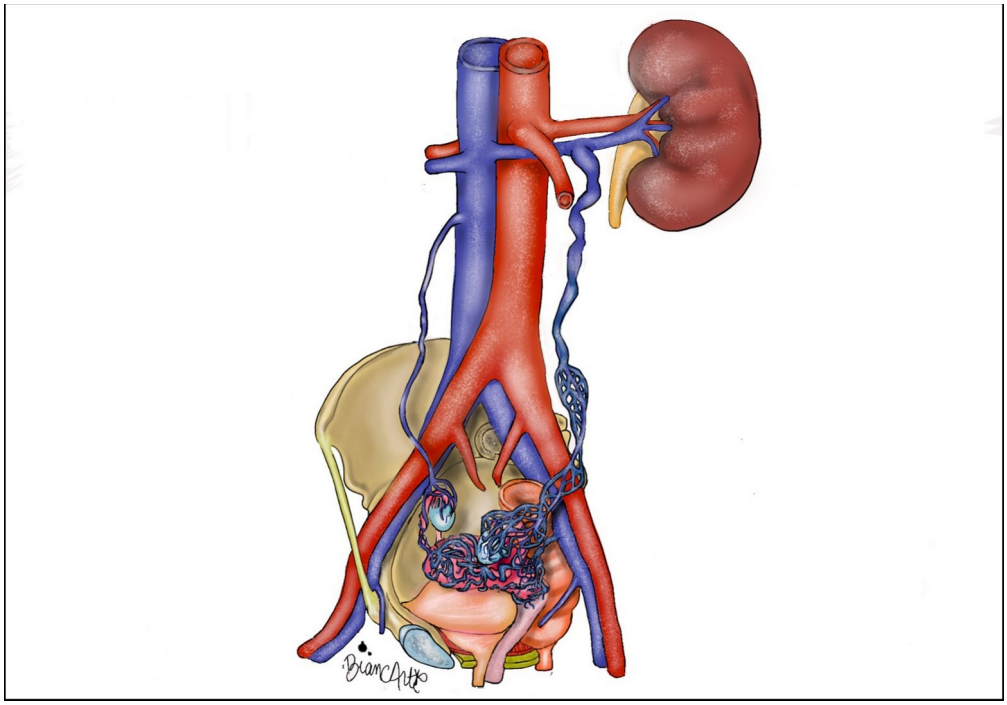


Schéma 1 — Réseau veineux du petit bassin : veine gonadique (ovarienne) gauche et varices utéro-ovariennes, à l'origine du syndrome de congestion pelvienne.

2. Symptômes — Comment se traduit la maladie ?

Le syndrome de congestion pelvienne associe classiquement trois symptômes évocateurs :

Signe	Description
Dyspareunies profondes	Douleurs lors des rapports sexuels, surtout en profondeur, ou douleurs post-coïtales pouvant nécessiter de rester allongée après le rapport.
Pesanteur pelvienne	Douleur à type de tension ou de pesanteur du bas-ventre, permanente ou à prédominance vespérale, aggravée par la station debout ou assise prolongée.
Syndrome prémenstruel douloureux	Aggravation des symptômes avant les règles, parfois avec caractère hyperalgique ou hyperhémorragique des règles.

Des signes associés, moins spécifiques, peuvent exister (troubles urinaires, troubles digestifs, douleurs lombaires, varices vulvaires ou des membres inférieurs d'allure atypique) et doivent faire rechercher d'autres causes.

3. Diagnostic — Comment est faite la mise au point ?

Le bilan a un double objectif : **identifier la cause** de la dilatation veineuse pelvienne et **éliminer les autres causes** de douleurs pelviennes chroniques (utérines, ovariennes, digestives, urologiques, pariétales).

Identifier la cause de la dilatation veineuse

Le plus souvent, il existe un **reflux dans la veine gonadique (ovarienne) gauche**, alimentant des varices utéro-ovariennes. D'autres veines peuvent être impliquées (veine gonadique droite, veines hypogastriques). Un **obstacle veineux sous-jacent** peut être responsable ou aggraver le reflux : syndrome de **May-Thurner/Cockett** (compression de la veine iliaque commune gauche) ou syndrome de **Nutcracker** (compression de la veine rénale gauche) — leur recherche systématique fait désormais partie du bilan de référence.

Examens d'imagerie

- **Écho-doppler des membres inférieurs et pelvien** : il peut mettre en évidence des varices atypiques des membres inférieurs ou des points de fuite pelviens, et explore les veines iliaques et la veine rénale gauche à la recherche d'un syndrome compressif associé.
- **Échographie endovaginale** : elle peut mettre en évidence directement des varices pelviennes. Cet examen nécessite l'introduction de la sonde dans le vagin ; n'hésitez pas à le signaler si vous ne le souhaitez pas.
- **Scanner abdomino-pelvien injecté** : étude globale de l'anatomie veineuse, recherche des syndromes obstructifs associés (Nutcracker, May-Thurner/Cockett).
- **IRM pelvienne** : met en évidence les varices pelviennes et permet, dans certains cas, d'éliminer des diagnostics différentiels (endométriose, adénomyose).

La phlébographie diagnostique

C'est l'**examen de référence** du bilan de la congestion pelvienne. Elle permet de confirmer le reflux et d'éliminer définitivement les causes compressives (May-Thurner/Cockett et Nutcracker). Réalisée en ambulatoire au bloc opératoire sous anesthésie locale, parfois associée à une sédation légère, elle nécessite un point d'accès veineux (bras ou pli de l'aine) et votre coopération lors de manœuvres reproduisant les conditions réelles du retour veineux (retenue respiratoire, poussée abdominale).

4. Options thérapeutiques

A. Traitement médical

Il peut être proposé en première intention en cas de symptômes modérés : antalgiques, traitements hormonaux (selon avis gynécologique), mesures posturales et rééducatives, port de bas ou collants de contention.

B. Embolisation des varices pelviennes

Ce traitement, mini-invasif, n'est indiqué que si les symptômes sont **importants** et qu'**aucune autre pathologie** n'explique les douleurs. Il consiste à occlure sélectivement la ou les veines responsables du reflux (veine gonadique, veines hypogastriques) à l'aide de coils (micro-ressorts), de colle biologique et/ou d'un agent sclérosant, sans impact négatif démontré sur la fertilité. En cas de syndrome obstructif associé (Nutcracker, May-Thurner), un traitement spécifique de la compression peut être discuté avant, ou en complément de l'embolisation.

C. Traitement de la cause obstructive associée

Lorsqu'une compression veineuse (May-Thurner/Cockett ou Nutcracker) est identifiée et jugée responsable ou aggravante, un traitement dédié (stenting veineux notamment) peut être proposé — voir les fiches d'information spécifiques.

5. L'intervention — Principes de la phlébographie et de l'embolisation

L'embolisation des varices pelviennes est une **technique mini-invasive** réalisée au bloc opératoire ou en salle dédiée aux gestes endovasculaires, sous **anesthésie locale**, parfois associée à une sédation légère.

Déroulement

- **Ponction veineuse**, au niveau fémoral ou au bras.
- **Cathétérisme sélectif** des veines gonadiques et/ou hypogastriques, sous contrôle radiologique avec injection d'un produit de contraste iodé.
- **Phlébographie diagnostique** confirmant le reflux et éliminant une cause compressive associée.
- **Embolisation** : mise en place de coils (micro-ressorts) et/ou injection de colle biologique et/ou d'un agent sclérosant, jusqu'à obtenir l'occlusion complète des veines pathologiques.
- **Fermeture du point de ponction** par compression manuelle ou système de fermeture dédié.

Suites immédiates

- L'embolisation se fait habituellement en **hospitalisation ambulatoire**, avec une surveillance de 3 à 4 heures.
- La douleur post-opératoire est prise en charge par des antalgiques simples (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens) ; une recrudescence transitoire des douleurs habituelles est possible dans les 10 à 15 jours (« syndrome post-embolisation »).
- Reprise de la marche très rapide après l'intervention ; éviter les efforts physiques intenses pendant 24 à 48 heures
- Le port de bas de contention peut être conseillé.
- L'amélioration des symptômes est habituellement rapide, mais une augmentation temporaire des douleurs pendant 48 heures peut être retrouvée.
- Un courrier sera adressé à votre médecin traitant ; une consultation post-opératoire sera programmée pour organiser le suivi.

6. Bénéfices attendus

Ce que l'intervention vise à apporter

- **Diminuer le nombre et l'intensité** des crises douloureuses pelviennes.
- **Améliorer les dyspareunies** et la pesanteur pelvienne chronique.
- **Améliorer la qualité de vie** au quotidien.

7. Risques et complications possibles

Comme toute intervention, malgré tout le soin apporté, des incidents peuvent survenir. Les complications spécifiques de la phlébographie et de l'embolisation des varices pelviennes sont :

Complication	Fréquence	Description / conduite à tenir
Hématome au point de ponction	Quelques %	Se résorbe spontanément en quelques jours à quelques semaines.
Syndrome post-embolisation	Fréquent, bénin	Gêne pelvienne, recrudescence transitoire des symptômes, parfois fébricule, résolutifs en quelques jours sous traitement antalgique simple.
Réaction vagale peropératoire	Bénigne	Résolutive, surveillée pendant le geste.
Allergie / insuffisance rénale liée au produit de contraste iodé	Rare	Tout antécédent allergique ou rénal doit être signalé avant l'examen.
Perforation d'une veine gonadique	Rare	Peut exceptionnellement entraîner une hémorragie abdominale nécessitant une prise en charge spécifique.
Migration du matériel d'embolisation	Rare	Migration de coils vers une veine non ciblée (rénale, cave, pulmonaire)
Thrombose de la veine rénale ou embolie pulmonaire	Exceptionnelle	Liée à une embolisation non ciblée ; prise en charge en urgence si elle survient.
Phlébite / thrombose veineuse profonde	Rare	Favorisée par l'alitement ; prévention par lever précoce.
Récidive des varices pelviennes	Possible à distance	Peut nécessiter une nouvelle séance d'embolisation.

⚠️ Évolution sans intervention

Le syndrome de congestion pelvienne n'engage **pas le pronostic vital**. En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers la **persistance, voire l'aggravation, des douleurs pelviennes chroniques**, avec un retentissement significatif sur la qualité de vie, la vie intime et l'activité quotidienne. Un traitement médical symptomatique et des mesures posturales restent toujours envisageables en première intention en l'absence de symptômes invalidants.

8. Préparation à l'intervention

Hygiène cutanée et préparation

La majorité des infections post-opératoires sont dues à des germes naturellement présents sur la peau ou dans l'organisme. Une hygiène rigoureuse est donc indispensable :

- douche avec un savon antiseptique la veille et le matin de l'intervention selon les consignes du service,
- retirer bijoux, vernis, maquillage avant l'intervention,
- signaler toute lésion cutanée, plaie, infection dentaire, urinaire ou ORL en cours.

Médicaments à signaler

Vous devez signaler à votre chirurgien et à votre anesthésiste **tous les médicaments que vous prenez**, et en particulier :

- **Anticoagulants** (AVK, anticoagulants oraux directs : Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, Lixiana®),
- **Antiagrégants plaquettaires** (Aspirine, Kardégic®, Plavix®, Brilique®, Efient®),
- tout traitement hormonal en cours,
- tout traitement par corticoïdes, immunosuppresseurs, ou biothérapie.

Allergies et contre-indications

Tout antécédent connu ou suspecté de réaction allergique, en particulier au **produit de contraste iodé**, doit être signalé en consultation. Une **insuffisance rénale sévère** et des antécédents personnels ou familiaux de **thrombose veineuse** nécessitent des précautions particulières. Une **grossesse en cours** est une contre-indication à la réalisation de la phlébographie : signalez tout risque de grossesse avant l'examen.

9. Aléas thérapeutiques

Malgré une indication, une technique et un suivi conformes aux règles de l'art, des **aléas thérapeutiques** peuvent survenir : il s'agit de complications imprévisibles, indépendantes de toute faute, dont le risque ne peut jamais être totalement supprimé.

Ces situations rares font l'objet d'une **information loyale** et, si elles surviennent, d'une **prise en charge spécifique**. Elles peuvent également relever de l'indemnisation au titre de la **solidarité nationale (ONIAM)**, selon des critères de gravité prévus par la loi.

En cas d'urgence

🚨 **Conduite à tenir**

En cas d'urgence, votre chirurgien vasculaire vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre, faites le 15.

Sevrage tabagique

🚭 **Le tabac multiplie les risques**

Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie, en particulier le **risque infectieux (×3)** et les **difficultés de cicatrisation (×5)**. **Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention** diminue significativement ces risques. Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la convalescence.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, à votre chirurgien et à votre anesthésiste, ou appelez **Tabac info service** au **39 89** ou sur **tabac-info-service.fr**.

Questions pratiques

Comment puis-je me laver ?
Votre chirurgien vous indiquera le délai à respecter avant de vous doucher.

Puis-je faire du sport ?
La reprise des activités physiques dépend de la technique réalisée et sera précisée par votre chirurgien.

Puis-je conduire après l'intervention ?
Certains médicaments contre la douleur peuvent entraîner une somnolence non compatible avec la conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible **selon l'accord de votre chirurgien**.

Puis-je voyager ?
Les voyages sont possibles selon l'accord de votre chirurgien.

Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?
La reprise d'une activité sexuelle est possible **dès que votre état général le permet**.

> **Destination de cette fiche**
>
> Cette fiche d'information vous est **destinée**. Elle a pour but de vous fournir les éléments nécessaires à votre **réflexion** et à votre **consentement éclairé**, en complément des explications orales données en consultation. Elle ne se substitue pas au dialogue avec votre chirurgien et votre médecin anesthésiste. Une copie peut être conservée dans votre **dossier médical**.

Dans le cadre du Registre de spécialité, certaines de vos données médicales (informations cliniques, traitements, données démographiques) pourront être recueillies à des fins de recherche médicale et d'amélioration des pratiques de soins. Avant tout partage, vos données sont anonymisées : votre identité est remplacée par un code anonyme, de sorte que les destinataires ne peuvent pas vous identifier. Vous pouvez à tout moment vous opposer à ce partage sans que cela n'ait de conséquence sur votre prise en charge.

Consentement éclairé — Document de consentement aux soins

Dans le respect du code de santé publique (**article R. 4127-36**), je soussigné(e) **Madame / Monsieur** _____

reconnais avoir été informé(e) par le **Docteur** _____

en date du _____

à propos de l'intervention qui m'est proposée :

_____

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Docteur _____ qui a répondu à toutes mes interrogations et m'a rappelé que je pouvais, jusqu'au dernier moment, **annuler l'intervention**.

> ⚠️ **Document important**
>
> Ce document est important. Il est **indispensable de le communiquer avant l'intervention**. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à _____ Le _____

En deux exemplaires

Signature du patient :

Signature du chirurgien :

Cette fiche a été réalisée par la Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire Française pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la **loi du 4 mars 2002**, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du **consentement éclairé** qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'**associer un proche** aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour.

Elle **participera aux prises de décisions** de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

☐ **Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance**

À _____ Le _____

Signature :

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance**

Cette personne est :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin…) : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse : _____

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour **toute la durée de mon hospitalisation**. Je peux **révoquer cette désignation à tout moment** et, dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de la désignation : _____

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Comprendre et Traiter le Syndrome de Congestion Pelvienne (SCP)

