

Le syndrome de Cockett: une cause rare de thrombose veineuse

Chaima zammel residente, service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, SFAX TUNISIE

Nesrine Regaieg, AHU, service de médecine interne CHU Hedi Chaker, Sfax Tunisie

Mariam Ghribi, AHU, service de médecine interne CHU Hedi Chaker, Sfax Tunisie

Faten Frikha, professeur, service de médecine interne CHU Hedi Chaker, Sfax Tunisie

Mouna Snoussi professeur agrégé, service de médecine interne CHU Hedi Chaker, Sfax Tunisie

Chifa Dammak, professeur agrégé, service de médecine interne CHU Hedi Chaker, Sfax Tunisie

Raida Ben Salah, professeur agrégé, service de médecine interne CHU Hedi Chaker, Sfax Tunisie

Sameh Marzouk, professeur, service de médecine interne CHU Hedi Chaker, Sfax Tunisie

Zouhir Bahloul, professeur, service de médecine interne CHU Hedi Chaker, Sfax Tunisie

Introduction

- ❖ Le syndrome de Cockett ou syndrome de May-Thurner était décrit pour la première fois en 1957.
- ❖ c'est une variante anatomique
- ❖ Résulte de la compression de la veine iliaque gauche par l'artère iliaque primitive droite (ayant un trajet aberrant) contre le plan vertébral.
- ❖ Ce syndrome est rare
- ❖ la complication la plus fréquente : thrombose veineuse profonde (TVP) du membre inférieur électivement de siège gauche

Observation

Femme, âgée de 56 ans

Antécédents : un épisode de TVP au niveau du même membre à l'âge de 26 ans, non exploré traité par anticoagulation pendant 6 mois avec bonne évolution.

Admise pour : prise en charge d'une TVP; non provoquée; poplitée gauche étendue à la veine fémorale homolatérale confirmée par échographie doppler.

Anamnèse : notion de douleurs abdominales diffuses intermittentes.

L'examen physique :

- œdème du membre inférieur gauche avec des signes inflammatoire locaux
- Examen abdominal: pas de défense ou de contracture abdominale.
- Reste de l'examen est sans anomalie

Biologie :

La numération formule sanguine: correcte

le bilan hépatique et rénal : normal

le bilan d'hémostase: normal

pas de syndrome inflammatoire biologique.

Une enquête étiologique (vu le caractère récidivant et non provoqué de la TVP)

- Le dosage des protéines C, S, et de l'antithrombine 3 : normal
- pas de résistance à la protéine C activée.
- Les anticorps anti-phospholipides : négatifs
- les anticorps antinucléaires : négatifs

Devant les douleurs abdominales persistantes, une TVP intra abdominale dans le même cadre était suspectée.

Angioscanner abdominal : une compression de la veine iliaque gauche entre l'artère iliaque commune droite et le corps vertébral de L5 / un aspect grêle des veines iliaque et fémorale commune / une circulation veineuse collatérale.

Aspect en faveur d'un syndrome de cockett.

Discussion

Le syndrome de Cockett est une variante anatomique, touchant les adultes jeunes avec une prédominance féminine

Souvent asymptomatique et diagnostiqué sur une pièce d'autopsie

Relativement non rare, touchant 14 à 32% de la population générale.

Il se complique rarement de TVP du membre inférieur gauche dans seulement 2 à 5% des cas.

Habituellement, les TVP sont récidivantes

d'autres symptômes cliniques habituels : œdème chronique intermittent du membre inférieur gauche ou des dilatations des veines pelviennes.

Le scanner abdomino-pelvien injecté constitue l'examen de choix pour le diagnostic positif

une sensibilité et une spécificité du scanner : près de 95%.

Le traitement repose sur la dilatation de la veine iliaque gauche par un anneau avec mise en place d'un stent endovasculaire.

L'existence d'une TVP impose une anticoagulation curative.

Conclusion

- ❖ Le syndrome de Cockett est dans la majorité des cas asymptomatique.
- ❖ C'est un facteur de prédisposition aux TVP récidivantes.
- ❖ Le diagnostic repose sur l'imagerie par tomodensitométrie.
- ❖ Le traitement s'impose en cas de TVP ou de symptômes invalidants pour prévenir les récurrences.

