

L'hémopéritoine spontané. Une complication rare des anticoagulants



SH Razafimahefa*¹, RA Rakotoarivelo²,
TH Rabenjanahary¹, B Ramilitiana³,
RM Ramanampamonjy¹, HR Rajaona¹

¹ USFR Hépatogastro-Entérologie, Service Médecine 2, Hôpital de Befelatanana, CHU d'Antananarivo

² USFR Maladies Infectieuses, Service Médecine 3, Hôpital de Befelatanana, CHU d'Antananarivo

³ USFR Néphrologie, Service Médecine 2, Hôpital de Befelatanana, CHU d'Antananarivo

Résumé

L'hémopéritoine spontané est défini par la présence de sang dans la cavité péritonéale en l'absence de tout traumatisme. Il s'agit d'un accident rare mais grave. Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 28 ans, sous traitement anticoagulant oral, qui présentait une douleur abdominale aiguë, une instabilité hémodynamique et une déglobulisation sans notion de traumatisme. Le traitement médical doit être proposé en première intention en cas d'hémopéritoine. La prévention reste la meilleure stratégie dans la prise en charge des accidents des anticoagulants.

Mots-clés: Anticoagulant; Complication; Hémopéritoine; Prévention; Scanner

Spontaneous hemoperitoneum: a rare complication of anticoagulant therapy

Summary

Spontaneous hemoperitoneum is defined as the presence of blood in peritoneal cavity without traumatism. This condition is rare but severe. We describe the case of 28 year-old female taking oral anticoagulant therapy complained of abdominal pain, hemodynamic instability and deglobulisation. Medical management was the first line of care. Prevention remains the best means in management of anticoagulant accident.

Keywords: Anticoagulant; Complication; Computed tomography; Hemoperitoneum; Prevention

Introduction

L'hémopéritoine spontané est défini par la présence de sang dans la cavité péritonéale en l'absence de tout traumatisme [1]. Il s'agit d'un accident rare mais grave nécessitant souvent une prise en charge chirurgicale [2]. Notre objectif est de rapporter un cas d'hémopéritoine spontané d'évolution favorable sous traitement médical chez une patiente sous anticoagulant oral.

Observation

Une jeune femme de 28 ans consultait pour une douleur abdominale aiguë sans fièvre. Elle portait des valves mécaniques mitrales de type Saint Jude Medical depuis six ans. Son traitement habituel comportait de la fluindione. La patiente faisait des séances de massage abdominal une semaine avant son admission. L'examen clinique à l'entrée révélait une tension artérielle à 90/70mmHg et une fréquence cardiaque à 96/min. Les touchers pelviens étaient normaux. L'hémogramme objectivait une hémoglobémie à 9,9g/dL. Cette dernière diminuait à 5,2g/dL trois jours plus tard. L'international normalized ratio (INR) était à 4,5. La radiographie de l'abdomen sans préparation revenait sans anomalie. L'échographie abdominale rendait compte d'un épanchement intra-péritonéal, dont la quantité n'était pas précisée (Figure 1). Le scanner abdominal confirmait un hémopéritoine et ne notait pas d'anomalie viscérale (Figure 2). La fluindione était interrompue pendant huit jours et quatre unités de culots globulaires étaient transfusées. Elle devenait asymptomatique



Fig. 1: Echographie abdominale montrant l'épanchement péritonéal

et l'hémoglobémie remontait à 15,1g/dL. Le scanner abdominal de contrôle montrait une régression de l'hémopéritoine à sept jours de l'accident (Figure 3). Le traitement anticoagulant était réintroduit à 10mg/j sans incident après huit jours.

Discussion

Les accidents des anticoagulants les plus connus sont l'hématome du psoas et des muscles droits de l'abdomen [1,2]. Les mécanismes du saignement demeurent mal élucidés. Dans notre étude, le massage abdominal était incriminé. Une rupture des vaisseaux à proximité des viscères intra-abdominaux initierait le saignement et conduirait à son extension [3]. Notre patiente présentait un accident grave du fait de la présence d'une instabilité hémodynamique et de la localisation intra-péritonéale du saignement [4]. L'hémopéritoine est suspecté devant une douleur ab-

* Auteur correspondant

E-mail: r.helio@voila.fr (SH Razafimahefa).

¹ Adresse actuelle: USFR Hépatogastro-Entérologie, Service Médecine 2, Hôpital de Befelatanana, CHU d'Antananarivo

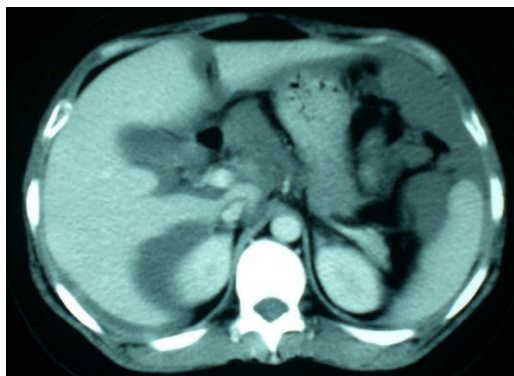


Fig. 2: Scanner abdominal montrant l'hémopéritoine



Fig. 3: Contrôle scanographique au 7^{ème} jour montrant une régression de l'hémopéritoine

dominale suivie de l'installation d'un état de choc [5]. Pour notre part, la prise d'anticoagulant renforçait cette hypothèse. Le scanner abdominal demeure l'examen de référence en affirmant l'épanchement sanguin intrapéritonéal et en déterminant sa cause [1-6]. L'aspect tomodynamométrique de l'hémopéritoine varie en fonction de « l'âge » de l'hémorragie. L'échographie abdomino-pelvienne reste peu contributive en dehors des causes gynécologiques, telles la rupture d'un kyste de l'ovaire ou

d'une grossesse ectopique [6]. Classiquement, un hémopéritoine grave nécessite une intervention chirurgicale [7]. Notre cas dérogeait à cette règle. En effet, elle recouvrait un hémodynamique stable après le seul traitement médical. La prévention des accidents hémorragiques est primordiale chez les patients sous anticoagulant. Cette mesure repose sur l'éducation du patient et de son entourage familial [8]. La reprise du traitement anticoagulant oral après huit jours d'interruption était sans incident chez notre patiente. Le délai recommandé de reprise de l'anticoagulant varie d'une à deux semaines après un accident hémorragique [4].

Conclusion

L'hémopéritoine est un accident grave. Une douleur abdominale chez un patient sous anticoagulant doit faire rechercher un hémopéritoine par un scanner abdomino-pelvien sans injection de produit de contraste. Dans un contexte bien particulier comme le notre, un traitement médical seul et bien conduit peut suffire sous réserve d'une surveillance rigoureuse.

Références

- 1- Lucey BC, Varghese JC, Anderson SW, Soto JA. Spontaneous hemoperitoneum: a bloody mess. *Emerg Radiol* 2007; 14: 65-75.
- 2- Lubner M, Menias C, Rucker C, Bhalla S, Peterson CM, Wang L, et al. blood in the belly: CT findings of hemoperitoneum. *Radiographics* 2007; 27: 109-25.
- 3- Suber WJ, Cunningham PL, Bloch RS. Massive spontaneous hemoperitoneum of unknown etiology: a case report. *Am Surg* 1998; 64: 1177-8.
- 4- Reimann DL, Cowley RA. Obscure causes of intra- abdominal hemorrhage. *Am J Surg* 1946; 521: 328-34.
- 5- Tremey B, Vigue B. Prise en charge des accidents des anticoagulants. *Réanimation* 2008; 17: 363-9.
- 6- Morteale KJ, Cantisani V, Brown DL, Ros PR. Spontaneous intraperitoneal hemorrhage: imaging features. *Radiol Clin N Am* 2003; 41: 1183-201.
- 7- Croce MA, Fabian TC, Menke PG, Waddle- Smith L, Minard G, Kudsk KA, et al. Nonoperative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients. *Ann Surg* 1995; 221: 744-55.
- 8- Boccalon H. La clinique des anticoagulants: un concept incontournable. *Ann Card Angeiol* 2006; 55: 22-6.