

Une complication à ne pas méconnaître chez les patients traités par AVK !

A complication not to be overlooked in patients receiving vitamin K antagonists!

Naziha Turki^{1,2}, Marwen Yengui^{1,2}, Salsabil Rouabhia¹, Emna Derbel^{1,2}, Rania Hammami^{1,2}

1. Réanimation pédiatrique, CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie
2. Cardiologie, Chu Hédi Chaker Sfax, Tunisie

RÉSUMÉ

L'hématome rétro-péritonéal spontané sous antivitamine K est une complication rare mais grave, souvent diagnostiquée tardivement en raison d'une symptomatologie non spécifique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 77 ans porteuse d'une prothèse valvulaire mécanique mitrale, traitée par acénocoumarol avec un INR dans la cible thérapeutique, qui a développé une douleur de type sciatique, liée finalement à un volumineux hématome rétro-péritonéal avec saignement actif de l'artère lombaire gauche. L'issue était fatale malgré une embolisation urgente, la présentation atypique, l'INR dans la cible thérapeutique étaient à l'origine du diagnostic tardif. Ce cas souligne l'importance d'évoquer rapidement ce diagnostic devant toute douleur atypique chez un patient anticoagulé et de recourir précocement au scanner injecté pour confirmer le diagnostic et guider le traitement.

MOTS-CLÉS

Hématome rétro-péritonéal ; antivitamine-K ; prothèse mitrale mécanique ; embolisation.

SUMMARY

Spontaneous retroperitoneal hematoma associated with vitamin K antagonist therapy is a rare but serious complication, often diagnosed late because of its nonspecific clinical presentation. We report the case of a 77-year-old woman with a mechanical mitral valve prosthesis who was receiving acenocoumarol therapy with an international normalized ratio (INR) within the therapeutic range. She initially presented with sciatica-like pain, which was ultimately found to be caused by a massive retroperitoneal hematoma with active bleeding from the left lumbar artery. Despite urgent transcatheter embolization, the outcome was fatal. The atypical presentation and the therapeutic-range INR contributed to the delayed diagnosis. This case highlights the importance of promptly considering spontaneous retroperitoneal hematoma in any anticoagulated patient presenting with atypical pain and of performing contrast-enhanced computed tomography early to confirm the diagnosis and guide appropriate management.

KEYWORDS

Retroperitoneal hematoma; vitamin K antagonist; mechanical mitral valve prosthesis; embolization

Correspondance

Pr Rania Hammami
Service de cardiologie, Hôpital Militaire Universitaire de Sfax, Tunisie
Email: raniahammami@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les antivitamines K (AVK) demeurent largement utilisées dans la prévention des événements thromboemboliques, notamment chez les patients porteurs de prothèses valvulaires mécaniques. Malgré leur efficacité, ces traitements exposent à un risque hémorragique non négligeable, pouvant aller de saignements mineurs à des hémorragies majeures mettant en jeu le pronostic vital. Parmi ces complications, les hémorragies profondes, parfois occultes, constituent un défi diagnostique en raison de leur présentation clinique souvent peu spécifique. L'hématome rétropéritonéal spontané (HRP) est défini comme une collection sanguine située dans l'espace rétropéritonéal, survenant en l'absence de traumatisme ou de geste invasif identifiable. Il représente une complication rare mais grave des traitements anticoagulants, en particulier chez les patients âgés, fragiles ou présentant une insuffisance rénale(1,2). Son diagnostic est souvent retardé en raison de symptômes trompeurs tels que douleurs lombaires, abdominales, inguinales ou des membres inférieurs(2), rendant l'imagerie tomodensitométrique indispensable à la confirmation diagnostique. L'objectif de ce cas est de rappeler cette complication grave chez les patients traités par AVK et d'illustrer la possibilité de présentation atypique rendant le diagnostic tardif et le pronostic péjoratif.

PRÉSENTATION DU CAS

Une patiente de 77 ans, porteuse d'une prothèse valvulaire mécanique mitrale sous acénocoumarol et suivie pour une insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatinine à 28 mL/min, a été admise pour des douleurs thoraciques associées à un œdème aigu pulmonaire, sans anomalie électrique à l'ECG. À l'admission, la biologie montrait un INR à 2, une hémoglobine à 13 g/dL et une élévation modérée des troponines à 29 ng/L.

La patiente a été mise sous traitement diurétique, et du clopidogrel a été introduit devant la suspicion initiale de syndrome coronarien aigu, avec ajustement thérapeutique de l'acénocoumarol.

Au sixième jour d'hospitalisation, la patiente a présenté des douleurs du membre inférieur droit rappelant des sciatgies, sans signes urinaires ou abdominaux associés. L'examen abdominal a montré un abdomen souple et depressible et l'ébranlement lombaire était non douloureux. Un premier scanner a montré une arthrose lombaire avec discret épaissement de la graisse périlombaire, sans argument formel pour un saignement profond à ce stade.

Quarante-huit heures plus tard, l'évolution a été marquée par une chute brutale de l'hémoglobine de 13 g/dL à 6 g/dL. Le scanner injecté en urgence a objectivé un volumineux hématome

rétropéritonéal avec extravasation active de contraste, en rapport avec un saignement de l'artère lombaire gauche (figure 1). L'INR à ce moment était à 3,1. Une réanimation hémostatique a été entreprise avec administration de PPSB, transfusion de concentrés érythrocytaires. Une embolisation artérielle a été réalisée en urgence permettant ainsi d'arrêter le saignement. Malgré ces mesures, l'évolution a été défavorable avec la survenue d'un œdème aigu pulmonaire fulminant dans un contexte de nécrose tubulaire aiguë anurique, conduisant au décès.



Figure 1. Scanner Abdominal injecté montrant l'hématome rétropéritonéal compressif et localisé au niveau du flanc droit.

DISCUSSION

L'hématome rétropéritonéal spontané sous AVK est une entité rare mais probablement sous-diagnostiquée. Les cas publiés décrivent souvent des patients d'âge avancé, sous anticoagulation prolongée, parfois avec insuffisance rénale ou association à des antiagrégants(2,3), ce qui augmente le risque hémorragique. Dans le cas rapporté par Bouhaddoune et al(4), un hématome rétropéritonéal induit par AVK chez un patient porteur d'une valve mécanique a également été révélé par une douleur abdominale non spécifique et diagnostiqué au scanner, illustrant le même piège clinique que dans notre observation.

La présentation clinique est souvent trompeuse. La douleur peut être lombaire, abdominale, inguinale, fémorale ou projetée vers le membre inférieur, en raison de l'atteinte du psoas ou des structures adjacentes. Cette variabilité explique le retard diagnostique, surtout lorsque les premiers examens sont peu contributifs. Dans notre cas, les douleurs du membre inférieur et le premier scanner peu spécifique ont probablement retardé l'identification du saignement profond. Avec le recul, l'épaississement de la graisse périlombaire pouvait correspondre à un stade précoce de constitution de l'hématome, ce qui souligne qu'une répétition précoce de l'imagerie doit être envisagée en cas d'aggravation clinique ou biologique.

La principale particularité de notre observation réside dans la survenue d'un hématome rétropéritonéal massif compliqué d'un choc hémorragique alors que l'INR était à 3,1, valeur compatible avec la cible thérapeutique chez cette patiente porteuse d'une prothèse valvulaire mécanique mitrale. La plupart des hémorragies majeures sous AVK sont décrites dans un contexte de surdosage biologique. Cependant, plusieurs travaux ont montré que le risque hémorragique ne dépend pas exclusivement du niveau d'anticoagulation mesuré par l'INR(5). Notre observation rappelle que l'INR reflète l'intensité de l'anticoagulation, mais ne constitue pas à lui seul un marqueur fiable du risque hémorragique individuel.

D'un point de vue physiopathologique, l'HRP spontané chez les patients sous AVK est probablement multifactoriel. La littérature évoque une rupture de petits vaisseaux du rétropéritoine ou des branches lombaires dans un contexte de fragilité pariétale vasculaire(1), d'artériosclérose et parfois de microtraumatismes passés inaperçus. L'âge avancé, l'insuffisance rénale et les associations médicamenteuses, notamment les antiagrégants, sont des facteurs qui peuvent potentialiser ce mécanisme et expliquer la survenue d'un saignement profond malgré un INR qui n'est pas nécessairement très élevé.

Le scanner injecté est l'examen clé(6). Il permet non seulement de confirmer l'hématome rétropéritonéal, mais aussi de rechercher une extravasation active, de localiser l'artère responsable et d'orienter vers un traitement endovasculaire(6). Dans une série de 30 patients atteints d'hématome rétropéritonéal grave(7), l'angiomodensitométrie a montré un saignement actif dans 93,3% des cas, et l'embolisation a obtenu un succès technique de 100%, avec une mortalité à 30 jours encore élevée, soulignant la sévérité de ces tableaux malgré un traitement optimal.

La prise en charge repose sur trois axes: correction rapide de l'hémostase, remplissage/transfusion, et contrôle du saignement. Chez les patients sous AVK, le PPSB associé à la vitamine K constitue la stratégie de réversion la plus rapide en situation de saignement majeur(8,9). Lorsqu'un saignement actif est visualisé au scanner, l'embolisation artérielle représente une option de référence(6,7) particulièrement en cas d'instabilité hémodynamique ou d'échec du traitement conservateur.

La comparaison avec la littérature montre que les cas évoluant favorablement sont généralement ceux diagnostiqués tôt, avec arrêt immédiat de l'anticoagulant, correction hémostatique rapide et recours précoce à l'embolisation si nécessaire. À l'inverse, la mortalité reste significative lorsque le diagnostic est retardé(2,7) ou lorsqu'une défaillance multiviscérale s'installe, notamment chez les patients âgés, insuffisants rénaux ou exposés à une double inhibition de l'hémostase.

CONCLUSION

L'hématome rétropéritonéal spontané est une complication rare mais potentiellement fatale du traitement par AVK. Cette observation illustre qu'un saignement majeur peut survenir malgré un INR thérapeutique, particulièrement en présence de facteurs favorisants tels que l'âge avancé, l'insuffisance rénale ou l'association à un antiagrégant plaquettaire. Devant toute douleur atypique associée à une chute de l'hémoglobine chez un patient anticoagulé, le recours rapide au scanner injecté est essentiel afin d'éviter un retard diagnostique potentiellement fatal.

REFERENCES

1. Daliakopoulos SI. Spontaneous retroperitoneal hematoma: a rare devastating clinical entity of a pleiada of less common origins. *J Surg Tech Case Rep.* janv 2011;3(1):8-9. doi:10.4103/2006-8808.78462 PubMed PMID: 22022645; PubMed Central PMCID: PMC3192510.
2. Sunga KL, Bellolio MF, Gilmore RM, Cabrera D. Spontaneous retroperitoneal hematoma: etiology, characteristics, management, and outcome. *J Emerg Med.* août 2012;43(2):e157-161. doi:10.1016/j.jemermed.2011.06.006 PubMed PMID: 21911282.
3. Uddin MM, Mir T, Khalil A, Bhat Z, Noronha AM. Spontaneous retroperitoneal haemorrhage secondary to anticoagulation polypharmacy. *BMJ Case Rep.* 17 août 2021;14(8):e242934. doi:10.1136/bcr-2021-242934 PubMed PMID: 34404650; PubMed Central PMCID: PMC8375756.
4. Bouhaddoune Y, Bilal M, Mahjoub H, Skiker I, El Ouafi N, Bazid Z. Spontaneous retroperitoneal hematoma induced by vitamin K antagonist therapy: A case report. *Radiol Case Rep.* juin 2022;17(6):2269-72. doi:10.1016/j.radcr.2022.03.099 PubMed PMID: 35515510; PubMed Central PMCID: PMC9062138.
5. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest.* juin 2008;133(6 Suppl):160S-198S. doi:10.1378/chest.08-0670 PubMed PMID: 18574265.
6. Chan YC, Morales JP, Reidy JF, Taylor PR. Management of spontaneous and iatrogenic retroperitoneal haemorrhage: conservative management, endovascular intervention or open surgery? *Int J Clin Pract.* oct 2008;62(10):1604-13. doi:10.1111/j.1742-1241.2007.01494.x PubMed PMID: 17949429.
7. Klausenitz C, Kuehn JP, Noeckler K, Radosa CG, Hoffmann RT, Teichgraeber U, et al. Efficacy of transarterial embolisation in patients with life-threatening spontaneous retroperitoneal haematoma. *Clin Radiol.* févr 2021;76(2):157.e11-157.e18. doi:10.1016/j.crad.2020.10.003 PubMed PMID: 33138981.
8. Tomaselli GF, Mahaffey KW, Cuker A, Dobesh PP, Doherty JU, Eikelboom JW, et al. 2020 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding in Patients on Oral Anticoagulants: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 4 août 2020;76(5):594-622. doi:10.1016/j.jacc.2020.04.053 PubMed PMID: 32680646.
9. Schulman S, Bijsterveld NR. Anticoagulants and their reversal. *Transfus Med Rev.* janv 2007;21(1):37-48. doi:10.1016/j.tmr.2006.08.002 PubMed PMID: 17174219.