

# Hématome spontané de la rate sous anticoagulant (A propos de 2 cas)

## Spontaneous hematoma of the spleen under anticoagulant medication (About 2 clinical cases)

Boukari.B. M<sup>1</sup> Hounkpe. PC<sup>2</sup>, Magagi.A<sup>3</sup>, Maikassoua.M<sup>1</sup>, Hamissou.S.M.<sup>1</sup>, Mounkaila.S<sup>1</sup>

1. *Service d'anesthésie réanimation, hôpital national de Niamey.*
2. *Service d'anesthésie réanimation polyvalente du CNHU-HKM Cotonou BENIN*
3. *Service d'anesthésie réanimation, hôpital national de Zinder*

### Introduction

L'hématome spontané de la rate est un épanchement de sang constitué au sein de la rate, et qui est dû à une rupture d'un vaisseau sans aucune notion de traumatisme. Les hématomes spontanés de la rate sont rares et révèlent souvent une pathologie sous-jacente, notamment infectieuse, tumorale ou hématologique. Ainsi, deux tiers des laparotomies en urgence pour traumatisme de l'abdomen sont indiqués pour rupture de la rate [1]. Sur une rate saine ; la survenue d'un hématome spontané a été rapportée à la suite de la prise de certaines substances médicamenteuses (cocaïne, anticoagulants...) [2].

Nous rapportons deux cas d'hématome de la rate sans notion de traumatisme chez des patients sous traitement anticoagulant par voie orale et discuter de la prise en charge.

### Présentation de cas

#### Observation N°1

Un homme de 56 ans, aux antécédents de HTA compliquée d'accident ischémique transitoire (AIT) il y'a un mois pour lequel l'acide acétyle salicylique 160 mg/jour avait été rajouté à son traitement anti HTA.

Depuis deux semaines était apparue une sensation douloureuse de l'hypochondre gauche accompagnée d'une voussure locale qui augmentait progressivement de volume justifiant son hospitalisation en urgence le 21 décembre 2017.

A l'examen, Il n'y avait pas de fièvre, la tension artérielle était à 160/80 mmHg, une pâleur des

muqueuses et une masse visible déformant l'hypochondre gauche. Il s'agissait d'une masse ferme, douloureuse et fixée.

L'échographie réalisée en urgence mettait en évidence une rate augmentée de volume, très hétérogène et mesurant 20 cm X 11 cm avec une capsule fissurée mais sans épanchement liquidien intra abdominal et évoquait le diagnostic d'hématome de la rate. La numération formule sanguine montrait une leucocytose à 7500 globules blancs/dl, une anémie à 5,6 g/dl. Après arrêt de l'acide acétyle salicylique pendant 72Heures et une transfusion sanguine de sang frais en collaboration avec le Centre National de Transfusion Sanguine (900 cc sang iso-groupe iso-Rhésus). La préparation préopératoire a été complétée par la prescription de vitamine K en IM et d'acide tranexamique per os. Deux poches de sang étaient disponibles pour la période peropératoire. Une anesthésie générale suivie d'une intubation oro-trachéale a été réalisée. Les drogues d'anesthésie en urgence ont été utilisées. La laparotomie médiane avait découvert un volumineux hématome sous capsulaire non rompu (**figure n°1**) et une splénectomie totale a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples. Une poche de sang réservée a été transfusée et la sortie du service a été décidée à J7 postopératoire après une vaccination anti pneumococcique.

L'histologie de la pièce a retrouvé un tissu splénique normal. Suivi pendant un an, aucun événement particulier n'a été retrouvé.



**Figure n°1 :** Volumineux hématome sous capsulaire reposant sur un tissu splénique macroscopiquement sain.

**Observation N°2 :**

Patient de 65 ans, 95 kg, sous corticothérapie à faible dose (Cortancyl 5mg/jour) depuis vingt ans pour polyarthrite rhumatoïde et de l'acide acétylé salicylique 160 mg depuis un mois pour syndrome coronarien aigu compliquant une HTA. Admis aux urgences pour douleur aiguë localisée au niveau de l'hypochondre gauche évoluant depuis 72 heures. A l'examen : on notait un patient anxieux, avec une tension artérielle à 180/80 mm Hg, une température à 38°C, une pâleur conjonctivale et une défense de l'hypochondre gauche sans masse palpable.

Une échographie abdominale réalisée en urgence a mis en évidence une rate augmentée de volume avec une masse hétérogène sous capsulaire (160 X 100 mm). Le scanner abdominal a mis en évidence un volumineux hématome de 15,4 x 9,8 cm contenant un caillot (**figure n°2**). La capsule est fissurée mais pas d'épanchement liquidien intra abdominal. La numération formule sanguine notait une anémie à 9 puis 7 g/dl à deux jours d'intervalle ; la vitesse de sédimentation était élevée à 85 mm à la 1<sup>ère</sup> heure ; le taux de C réactive protéine à 125 mg/l et les facteurs rhumatoïdes à 63 U/ml. Vue l'urgence, la préparation préopératoire a duré 48 heures. Elle a

consisté en l'arrêt de l'acide acétylé salicylique, une transfusion de deux poches de concentré globulaire, de concentrés plaquettaires et la prescription de vitamine K en IM et d'acide tranexamique per os. Deux autres poches de sang iso groupe iso Rhésus étaient disponibles pour l'intervention. Sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale une laparotomie sous costale gauche a été pratiquée ; Les drogues anesthésiques utilisées à l'induction ont été le propofol, le fentanyl et l'atracurium. L'entretien de l'anesthésie a été réalisé par l'halothane. Il a été découvert un volumineux hématome infecté en partie avec un liseré de tissu splénique sain. Une splénectomie totale a été pratiquée Les périodes per opératoire et post opératoire ont été stables. La sortie du patient a été décidée à J7 postopératoire après la vaccination anti-pneumococcique et une antibiothérapie à base d'oxacilline à continuer pendant 10 jours.

L'examen histologique a conclu qu'il s'agit d'un hématome par hémorragie provenant d'une rate saine. À 12 mois post opératoire aucun autre événement hémorragique malgré la reprise de l'acide acétylé salicylique depuis 6 mois à cause de la récurrence du syndrome coronarien.



Figure n°2 : Scanner thoraco abdominal : volumineux hématome sous capsulaire avec un liseré de rate saine

### Discussion :

L'hématome spontané non traumatique de la rate est une situation rare et c'est en 1874 que le chirurgien anglais Atkinson avait proposé la première description de l'hématome spontané de la rate [3].

Sur le plan épidémiologique, l'hématome spontané de la rate est rare, en témoigne notre étude : 2 cas observés sur 4 années. Ces résultats sont proches de ceux de la littérature, en effet plusieurs auteurs ont publié des séries ou ils n'avaient observé qu'un seul patient. C'est le cas Marije M de Kubber et Al. [4] et de J.C. Chakarian et Al. [5].

Tous les patients observés dans notre série sont de sexe masculin, l'âge moyen était de 60,5 ans avec des extrêmes allant de 56 ans à 65 ans. Nos résultats sont proches de ceux de Marije M de Kubber et Al. [3] qui avaient également décrit un hématome spontané de la rate, survenu chez un patient de sexe masculin âgé de 56 ans. Mais nos résultats sont différents de ceux de J. C. Chakarian et Al. [5] qui avaient dans une étude, rapporté un cas d'hématome spontané chez un sujet plus jeune, âgé de 45 ans. Il ressort de ces différentes études, que l'hématome spontané de la rate est beaucoup plus fréquent chez le sujet adulte de sexe masculin. Nos patients présentaient des pathologies cardiovasculaires, ce qui a justifié la prescription d'acide acétyl salicylique à faible dose. Plusieurs auteurs avaient déjà rapporté des cas d'hématome spontané suite à un traitement anti thrombotique ou anticoagulant [6] notamment l'héparinothérapie [7,8]. Nos observations concordent avec celles de la littérature notamment, Marije M de Kubber et Al.[4] qui n'a pas identifié un facteur de risque autre que l'anticoagulant chez son patient qui avait présenté un hématome spontané de la rate. Blankenship JC [9] avait décrit la survenue d'hémorragie splénique,

chez des patients traités par héparine à long terme. J. C. Chakarian et Al.[5] au cours de leurs travaux, avaient mis en cause l'inhibiteur de la sérotonine dans la survenue de l'hématome de la rate chez un patient car n'ayant pas mis en évidence un facteur de risque.

Ceci pourrait expliquer le rôle qu'à jouer la molécule d'aspirine dans la survenue d'un hématome sur une rate saine. Classiquement, la rupture spontanée de la rate réalise le tableau clinique d'hémopéritoine massif se traduisant par le spectaculaire état de choc hypovolémique, avec la problématique de la prise en charge anesthésiologique.

Ainsi, dans notre série aucun patient n'avait présenté un tableau d'hémopéritoine car il n'y avait pas de rupture capsulaire. Cliniquement, le tableau d'hématome spontané est identique à celui du traumatisme de la rate marqué par la douleur de l'hypochondre gauche, les signes d'irritation diaphragmatiques (dyspnée, douleur basi-thoracique irradiant dans le membre thoracique gauche) et les signes de spoliation sanguine pouvant aller jusqu'au choc. La douleur de l'hypochondre gauche est le principal motif de consultation retrouvé chez nos deux patients à l'admission ; ceci a été également prouvé par plusieurs auteurs dans la littérature [4,5,10]. Cependant B. de Wazieres et Al. [11] avaient rapporté un cas d'hématome spontané de la rate sans douleur abdominale à l'admission. Ceci montre que le tableau clinique d'hématome de la rate est le plus souvent trompeur. La préparation pré opératoire avec la transfusion sanguine de sang frais suivie de la prescription de l'acide tranexamique a permis de prévenir le risque hémorragique lié à l'acide acétyl salicylique. Une masse était visible et palpable à l'hypochondre gauche chez nos patients ;

Ce résultat est comparable à l'étude de B. de Wazieres et Al. [11] qui avaient retrouvé une grosse masse de l'hypochondre gauche chez un patient sous anticoagulant. Cependant plusieurs auteurs, tels que R. Badaoui et Al. [10] n'avaient pas mis en évidence de masse splénique palpable au moment du diagnostic. Ceci s'explique par le fait que les patients ont consulté très tôt dans les pays développés. La pâleur des muqueuses est retrouvée chez tous nos patients. Ce résultat est comparable à celui de Marije et de Kubber. [4] qui avait également noté une pâleur chez son malade traduisant l'importance de l'hémorragie. Une particularité dans notre série est le cas de l'hématome infecté du fait d'un retard diagnostic.

Sur le plan para clinique, La numération formule sanguine a été systématiquement réalisée dans le bilan de gravité de tous nos malades, elle a révélé une anémie avec une hyperleucocytose.

Marije M de Kubber [5] et Al. avaient retrouvé une anémie après examen biologique dans leur série. L'analyse du prélèvement sanguin est importante dans la prise en charge de l'hématome splénique spontané, car elle renseigne sur le degré de déperdition sanguine et permet surtout de prendre les mesures de réanimation qui s'imposent.

Le diagnostic de l'hématome spontané est rendu aisé depuis l'avènement de l'échographie et surtout du scanner abdominal dont la sensibilité et la spécificité seraient de 95% [4,12,13]. C'est ainsi que l'échographie a été réalisée chez tous nos patients soit 100% des cas, elle a confirmé le diagnostic chez nos 2 patients en mettant en évidence une rate augmentée de volume et hétérogène.

Sur le plan thérapeutique, la splénectomie a été réalisée chez nos patients après arrêt de l'anticoagulant et l'administration de la vitamine K : 10 mg en IV pendant 3 jours ; nos résultats sont comparables à ceux de la littérature. Pour J. C. Blankenship et Al. [9], l'arrêt de l'anticoagulant et la splénectomie constituent le traitement de choix de l'hémorragie splénique ; en effet, dans sa série il avait réalisé la chirurgie radicale chez 12 malades sur 13. R. Badaoui et al. [10] avaient également procédé à l'arrêt de l'anticoagulant avant la prise en charge chirurgicale qui a consisté en une splénectomie totale. Cependant, nos résultats sont différents de ceux de Marije M de Kubber et Al. [4] qui avait rapporté un cas d'hématome spontané de la rate, traité médicalement avec succès par de la vitamine K

: 10 mg pendant 3 jours. Selon Renzulli et al. [14], même dans les centres médicaux avec un plateau technique équipé 84,1% bénéficient d'une splénectomie totale ; seulement 1,2% auront la possibilité d'une chirurgie conservatrice et 14,7% bénéficieront de traitement médical. Selon les recommandations de la Eastern Association of Surgery of Trauma (EAST) [4], si l'état hémodynamique est stable, une simple surveillance clinique suffit alors que la chirurgie est indiquée en cas d'instabilité hémodynamique et / ou d'une altération importante de l'organe. L'hématome splénique engage le pronostic vital et la mortalité atteindrait 12,2% en cas d'existence d'une pathologie associée [14]. Le pronostic de l'hématome spontané de la rate dépend donc du terrain, de la précocité du diagnostic et de la qualité de la prise en charge. La morbidité et la mortalité de l'hématome spontané sur une rate saine sont presque nulles, en témoignent les résultats de nos deux patients. Nos observations sont corroborées par celles de Badaoui et al. [10], qui avaient décrit des suites opératoires favorables dans leur série. Ces résultats favorables peuvent être expliqués par le fait que la rate ne présentait aucune pathologie sous-jacente. Après, le traitement chirurgical, les pièces opératoires ont été adressées au laboratoire d'anatomie pathologie qui avait confirmé qu'histologiquement le tissu splénique était sain. Ce résultat était observé dans les travaux de R. Badaoui et Al. [10] qui avaient aussi mis en évidence une rate histologiquement normale. Ceci permet d'écarter l'existence d'une pathologie sous-jacente mais aussi de confirmer l'action hémorragique de l'acide acétyl salicylique qui est connue depuis sa mise en commercialisation.

#### **Conclusion :**

Les hématomas spléniques spontanés sont des pathologies rares et peuvent engager la vie du patient. L'hématome splénique spontané, est un diagnostic à évoquer devant toute douleur spontanée de l'hypochondre gauche, surtout chez le malade sous anticoagulant. La confirmation du diagnostic sera rapidement faite par l'échographie et mieux par le scanner abdominal. L'attitude thérapeutique passe par une préparation pré opératoire avec arrêt de l'aspirine Le pronostic de l'hématome spontané de la rate dépend non seulement de la précocité du diagnostic mais aussi et surtout de la rapidité de la prise en charge.

**References**

1. **Lieberman ME, Levitt MA.**: Spontaneous rupture of the spleen: a case report and literature review. *Am J Emerg Med.* 1989; 7 (1): 28-31.
2. **Amonkar J, Kumar E N**: Spontaneous rupture of the spleen: three case reports and causative processes for the radiologist to consider. *B J Radiol* 2009; 82, e111-e113.
3. **Atkinson E.**: Death from an idiopathic rupture of the spleen. *BMJ.* 1874 ; 2 :403-4.
4. **Marije M de Kubber, Lucia JM Kroft, Bas de Groot** : Non-traumatic splenic rupture in a patient on oral anticoagulation. *Int J Emerg Med.* 2013 ; 6 : 16.
5. **Chakarian J.-C., Héron F., Belizna C., Hervé F., Maillochaud J.-H., Marie I., Lévesque H.** Hématome spontané de la rate : traumatisme et/ou médicament ? *La Presse Medicale.* 2005 ; 34 : 1717-18.
6. **Deprez FC, Colin GC, Hainaut P.**: Spontaneous (atraumatic) splenic rupture complicating anticoagulant treatment for splenic infarction. *Acta Cardiol.* 2013; 68 (4): 421-4.
7. **Jabbour M, Tohmé C, Ingea H, Farah P.**: Spontaneous splenic rupture due to heparin. Report of a case and review of the literature. *J Med Liban* 1995; 43 (2): 107-9.
8. **Weiss SJ, Smith T, Laurin E, Wisner DH.**: Spontaneous splenic rupture due to subcutaneous heparin therapy. *J Emerg Med.* 2000; 18 (4): 421-26.
9. **Blankenship JC, Indeck M.**: Spontaneous splenic rupture complicating anticoagulant or thrombolytic therapy. *Am J Med.* 1993; 94: 433-37.
10. **Badaoui R., Chebboubi K., Delmas J., Jakobina S., Mahjoub Y., Riboulot M.**: Splenic rupture and anticoagulant therapy. *Ann Fr Anesth Réanim* 2004 ; 23 (7) : 748-50.
11. **de Wazieres B, Fest T, Closs F, Maskani M, Vuitton D, Dupond J.L.**: Hématome splénique spontané compliquant une polychondrite avec leucémie myélomonocytaire. *Rev Med Interne.* 1986 ; 104 :74-8.
12. **Jeffrey RB, Laing FC, Federle MP, Goodman PC.**: Computed tomography of splenic trauma. *Radiology.* 1981; 141(3):729-32.
13. **Körner M, Krötz MM, Degenhart C, Pfeifer KJ, Reiser MF, Linsenmaier U.**: Current Role of Emergency US in Patients with Major Trauma. *Radiographics.* 2008; 28 (1): 225-42.
14. **Renzulli P, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candinas D.**: Systematic review of atraumatic splenic rupture. *Br J Surg.* 2009 ; 96 (10) : 1114-21.

*Reçu en janvier 2020*