

Hématome spontané du muscle droit de l'abdomen

Spontaneous Right Abdominal Muscle Hematoma

H. Slimani

Reçu le 22 novembre 2021 ; accepté le 4 février 2022
© SFMU et Lavoisier SAS 2022

Un patient de 64 ans a consulté aux urgences pour une douleur abdominale brutale au décours d'un effort de toux. Le patient présentait comme principal antécédent une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire sous anticoagulants (soit Fluindione® 20 mg/j). À l'admission, le patient était conscient, la pression artérielle était à 121/64 mmHg, la fréquence cardiaque était de 84 battements par minute, la saturation en oxygène était de 95 % et la température était de 36,5 °C. La douleur était évaluée à 8/10 sur une échelle visuelle analogique. L'examen clinique a mis en évidence un abdomen sensible avec, à la palpation, une masse en regard du flanc gauche, tendue, douloureuse, mesurant 20 cm × 10 cm. La biologie retrouvait une déglobulisation à 8 g/dl avec un syndrome inflammatoire (la protéine C-réactive à 138 mg/l et une hyperleucocytose à 14 500/mm³). Le taux de prothrombine était inférieur à 5 %, avec un taux INR supérieur à 10. Le bilan hépatique et la fonction rénale étaient normaux. Le bilan paraclinique a été complété par une tomodensitométrie (TDM) thoracoabdominopelvienne avec injection de contraste (Fig. 1). Cet examen a mis en évidence un hématome de la paroi abdominale antérolatérale associé à une condensation parenchymateuse du lobe inférieur gauche d'allure infectieuse. Le patient a bénéficié en plus d'une antibiothérapie probabiliste à visée pulmonaire, d'une réversion des anticoagulants par vitamine K (10 mg) et perfusion de concentré de complexe prothrombinique à 1 ml/kg (l'INR de contrôle était à 1,2) associé à une antalgie simple. L'évolution fut favorable.

L'hématome du muscle du grand droit abdominal est une entité clinique rare et souvent mal diagnostiquée. Il résulte d'une lésion des branches des artères épigastriques supérieures dans la gaine du muscle grand droit ou d'une déchirure musculaire directe. Bien qu'il représente moins de 2 % des causes de douleurs abdominales [1], il est important de



Fig. 1 A. TDM abdominale, coupe axiale (étoile) : montrant un épaississement du muscle droit de l'abdomen d'allure hétérogène, sans signe de saignement actif avec un refoulement des structures intrapéritonéales sous-jacentes. B. Coupe sagittale montrant hématome de la paroi abdominale antérolatérale gauche s'étendant (flèche) sur 23 cm de hauteur, 6,5 cm d'épaisseur et 12 cm de diamètre transverse

H. Slimani (✉)

Service de réanimation-soins continus,
hôpital Nord-Franche-Comté, 100, route de Moval,
CS 10499 Trévenans, F-90015 Belfort, France
e-mail : hakim.slimani@hnfc.fr

savoir l'identifier en raison de son taux de mortalité, allant de 4 à 25 % chez les patients anticoagulés [2]. Hormis les traumatismes abdominaux, les principaux facteurs de risque d'hématome du muscle grand droit comprennent les interventions abdominales (chirurgie, paracentèse d'ascite, dialyse péritonéale), la prise d'anticoagulant et les contractions forcées du muscle grand droit, notamment lors d'efforts de toux. La présentation clinique consiste généralement en une douleur abdominale associée à une masse palpable. La douleur est habituellement aiguë, non irradiante et peut toucher les quatre quadrants. La sémiologie scanographique associe un épaississement plus ou moins important du muscle droit de l'abdomen d'allure hétérogène, avec des plages spontanément denses, voire un véritable niveau liquide-liquide en rapport avec le saignement récent, un refoulement des structures intrapéritonéales sous-jacentes et une infiltration rétro-musculaire au niveau de l'espace de Retzius. Le traitement reste en premier lieu conservateur. Il se compose d'une anal-

gésie simple et d'une gestion de l'hémostase avec discussion de l'arrêt des anticoagulants et antiagrégants. En cas d'instabilité hémodynamique réfractaire, un contrôle invasif de l'hémorragie par embolisation ou ligature vasculaire doit être considéré.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Linhares MM, Lopes GJ, Bruna PC, et al (1999). Spontaneous hematoma of the rectus abdominis sheath: a review of 177 cases with report of 7 personal cases. *Int Surg* 84:251-7
2. Salemis NS (2009) Spontaneous rectus sheath hematoma presenting as acute surgical abdomen: an important differential in elderly coagulopathic patients. *Geriatr Gerontol Int* 9:200-2