



RESEARCH ARTICLE

SYNDROME OCCLUSIF ET HÉMORRAGIQUE REVELANT UN HÉMATOME INTRAMURAL DUODÉNO-JÉJUNAL SPONTANÉ

Benzalim M and Alj S

Service de Radiologie, Hôpital Ibn Tofail, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc Université Cadi Ayyad.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 14 March 2020

Final Accepted: 16 April 2020

Published: May 2020

Key words:-

Intramural Hematoma, Intestinal, Anticoagulants

Abstract

If intramural hematoma of the digestive tract due to abdominal trauma are common, those complicating anticoagulant therapy are rare. They occur in excessive anticoagulation. We report the case of a 51 years old patient, operated since six months for mitral stenosis and put on anticoagulant therapy (VKA). he presented last 7 days abdominal pain syndrome. The evolution has been marked by the appearance of an occlusive syndrome, hematemesis and melena. Laboratory tests, ultrasound and abdominal CT were performed and allowed to confirm the diagnosis of duodenojejunal parietal hematoma with Small Bowel Obstruction. The abdominal CT demonstrated a circumferential thickening and spontaneous hyperdensity in the distal duodenum extending to the proximal jejunum. The International normalized ratio (INR) was to 9. The CT monitoring on day 10 and at 1 month objectified gradual regression of the duodenojejunal wall hyperdensity and thickening under medical treatment. Although intestinal intramural hematoma is a rare complication of anticoagulant therapy, they must be raised before any "acute abdomen" in patient put on anticoagulants to ensure an early diagnosis and treatment.

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

Introduction:-

L'occlusion intestinale secondaire à un hématome intramural du grêle est une affection rare [1-2]. Les étiologies sont diverses, traumatiques, purpura rhumatoïde, dyscrasie sanguine ou iatrogène à une endoscopie diagnostique ou thérapeutique [3]. Un hématome intestinal intramural compliquant la prise d'anticoagulants, est assez rare [4]. Les anticoagulants au long cours sont responsables le plus souvent de complications hémorragiques mineures. L'incidence des saignements gastro-intestinaux associés à la prise d'anticoagulant atteint approximativement les 3 à 4 % [5]. Nous rapportons un cas rare d'hématome pariétal duodéno-jéjunal secondaire à un traitement anticoagulant oral au long cours révélé par l'angio-tomodensitométrie abdomino-pelvienne.

Observation:-

Patient de 59 ans, de sexe masculin, suivi pour valvulopathie à type de rétrécissement mitral, pour laquelle il a été opéré il y a 6 mois, bénéficiant d'un remplacement valvulaire avec instauration d'un traitement anticoagulant oral à base d'anti vitamine K au long cours (Acénocoumarol 3/4 de comprimé le soir). Il s'est présenté aux urgences, pour douleur abdominale brutale apparue il y a 7 jours avec vomissements alimentaires puis bilieux et survenue secondaire d'hématémèses, de méléna et d'un arrêt des matières et des gaz. La palpation abdominale objectivait une

Corresponding Author:- Meriam Benzalim

Address:- Service de Radiologie, Hôpital Ibn Tofail, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc Université Cadi Ayyad.

sensibilité épigastrique profonde sans masse. Les constantes hémodynamiques étaient conservées avec une pression artérielle à 120/50 mm Hg, une fréquence cardiaque à 70 bat/mn. Les examens biologiques montraient un TP à 41 %, un INR à 9 et un taux d'hémoglobine de 9,3 g/dl et un taux de plaquettes à 212 000. L'échographie abdominale a montré un épaississement échogène, circonférentiel et régulier de la paroi d'anses intestinales visibles au niveau de l'épigastre et du flanc gauche (figure 1), associé à un épanchement péritonéal de faible abondance anéchogène. Un angioscanner abdominopelvien révéla sur les coupes sans injection (figures 2, 3 et 4) un épaississement circonférentiel et régulier étendu de D4 à la première anse jéjunale, spontanément hyperdense, fortement évocateur d'un hématome. Le temps vasculaire ne met pas en évidence de malformation vasculaire, de syndrome tumoral ou d'extravasation de PDC (figure 5). La fibroscopie œsogastroduodénale réalisée après stabilisation du malade, confirme le diagnostic d'hématome duodéno-jéjunale, sans cause organique décelable. La tomодensitométrie abdominopelvienne de contrôle réalisée à un mois d'intervalle montre la régression partielle de l'épaississement intestinal avec diminution de sa densité (figures 6, 7 et 8). L'évolution spontanée a été favorable avec reprise des anticoagulants.

Discussion:-

Les hématomes intestinaux intramuraux compliquant un traitement anticoagulant sont rares et peuvent engager le pronostic vital. Les hémorragies digestives constituent la complication la plus fréquente des anti-vitamines K (AVK) avec une fréquence estimée entre 30 à 37% [6]. L'hématome intramural de l'intestin correspond à une infiltration hématique intestinale segmentaire, souvent sous muqueuse, sur 10 à 40 cm de long, pouvant faire disparaître la lumière intestinale avec éventuelle hémorragie digestive [6]. Sa topographie préférentielle est proximale, duodénale, et surtout jéjunale comme c'était le cas dans cette observation. Ce type d'hématome survient chez 1/2500 patient mis sous traitement anticoagulant [7].

Le diagnostic des hématomes intestinaux intramuraux dus aux anticoagulants doit être suspecté devant tout patient présentant un tableau abdominal aigu [6]. Dans les décennies passées, le diagnostic d'hématome du grêle se faisait en per opératoire [7, 8]. Actuellement, avec les techniques d'imagerie médicale non invasives, le diagnostic repose sur les données de l'échographie et de la tomодensitométrie [9]. La sensibilité du scanner est de 80 à 100 % [10].

L'apport de l'échographie dans le diagnostic et la surveillance de l'évolution de ces hématomes pariétaux de l'intestin et du duodénum en particulier est fondamental [11]. Elle montre un épaississement pariétal digestif hypoéchogène interposé entre le parenchyme hépatique et la tête pancréatique. En dehors d'un contexte clinique évocateur, on peut être amené à discuter d'autres étiologies des collections liquidiennes localisées de la région cœliaque : méga-bulbe en réplétion, diverticule duodénal en réplétion, dilatation de DI en amont d'une sténose du deuxième duodénum (en particulier dans le pancréas annulaire), tumeur kystique de la tête du pancréas de type cystadénome [12]. Toutefois, une échographie négative n'élimine pas formellement le diagnostic [11].

L'angioscanner Abdominal doit être réalisé en urgence. Il visualise de manière directe l'hématome spontané sous la forme d'un épaississement circonférentiel réalisant le signe de "picket fence" et du "ressort hélicoïdal", mais ces signes ne sont pas spécifiques d'hématomes intramuraux [3]. La TDM permet de poser le diagnostic et de fournir des informations supplémentaires à savoir l'étendue et l'épaisseur de la paroi intestinale. Elle est également moins invasive que l'endoscopie qui se retrouve limitée dans la plupart des cas avec un risque élevé de saignements muqueux et d'ulcérations [11]. L'utilisation de l'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) dans l'évaluation de la pathologie semble être limitée [12].

Les études d'imagerie qui ont été réalisées auparavant, ont montré que la résolution complète de l'hématome se produit habituellement dans les 3 semaines après son apparition, elle varie de 10 jours à 2 mois [2, 13]. Dans notre cas, un début de résolution a été noté dès le contrôle scanographique réalisé à J 10 du traitement, devenant plus manifeste à un mois.

Le principal facteur pronostic est l'extension de l'hématome [1, 2]. Un taux de mortalité élevé est rencontré chez les patients présentant un hématome étendu, avec participation de plus de la moitié de la longueur de l'intestin grêle [1].

Le traitement conservateur est considéré comme l'approche thérapeutique optimale adoptée en première intention [1, 7]. On propose habituellement un traitement médical par la vitamine K, PPSB, aspiration gastrique, rééquilibration hydro électrolytique, transfusion et alimentation parentérale [7]. En outre, certains auteurs ont suggéré qu'un traitement chirurgical doit être préservé pour les patients qui ont un diagnostic douteux ou pour ceux

qui présentent des complications à type de nécrose intestinale, volvulus de l'anse alourdie par l'hématome, abcédation, perforation ou une péritonite[1,7].

Si un hématome intramural est confirmé au cours d'une laparotomie, une procédure plus conservatrice pour l'obstruction, comme une stomie de dérivation, peut être un autre choix [1].

La réintroduction du traitement anticoagulant peut se faire après résolution de l'hématome, avec évaluation prudente des avantages et des risques, car l'incidence des récives d'hématomes intramuraux est estimée à 3 cas sur 5 après le redémarrage du traitement anticoagulant selon la littérature [1,2].

Conclusion:-

L'hématome intramural spontané est une complication rare chez les patients sous anticoagulants. Une histoire d'utilisation d'anticoagulant, avec une valeur d'INR prolongée chez les patients souffrant de douleurs abdominales, devrait alerter les praticiens à la recherche de cette entité et à la réalisation d'un examen tomodensitométrique dans l'immédiat pour confirmer le diagnostic et éliminer un éventuel diagnostic différentiel. Il est extrêmement important de reconnaître ce syndrome à ses premiers stades, afin d'éviter des chirurgies inutiles, puisque le résultat est généralement excellent après traitement médical conservateur.

Conflits d'intérêts:

Les auteurs ne déclarent avoir aucun conflit d'intérêts.



Figure 1: image échographique mettant en évidence un épaississement pariétal circconférentiel hypoéchogène d'anse jéjunale.



Figure 5: coupe tomodensitométrique en reconstruction coronale, sans injection de PDC, mettant en évidence un épaississement pariétal circconférentiel et spontanément



Figure 2: coupe tomodensitométrique axiale sans injection de PDC, mettant en évidence un épaississement pariétal circconférentiel et spontanément hyperdense d'anse jéjunale.

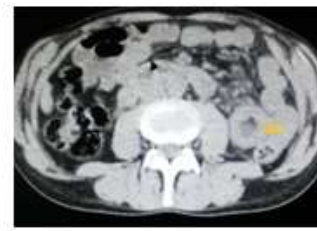


Figure 6: coupe tomodensitométrique axiale sans injection de PDC à J 10, mettant en évidence la régression partielle de l'épaississement pariétal jéjunale et de sa densité spontanée.

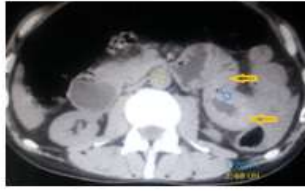


Figure 3: coupe tomodensitométrique axiale sans injection de PDC, mettant en évidence un épaississement pariétal circonférentiel et spontanément hyperdense de D4 et d'anse jéjunale.



Figure 7: coupe tomodensitométrique axiale sans injection de PDC à J 10, mettant en évidence la régression partielle de l'épaississement pariétal jéjunale et de sa densité spontanée.

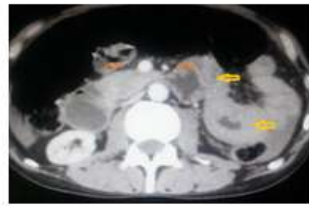


Figure 4: coupe tomodensitométrique axiale avec injection de PDC, objectivant la perméabilité des vaisseaux mésentériques supérieurs.

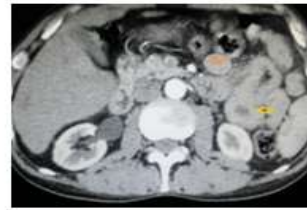


Figure 8: coupe tomodensitométrique axiale avec injection de PDC à j 10, objectivant la régression partielle de l'épaississement digestif et la perméabilité de l'artère mésentérique supérieure.

Références:-

1. Lancelot L, Rakesh K, Kishan P, Balakrishna S. Colon obstruction due to an anticoagulant induced intramural hematoma: a rare case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013; 7(4): 739-741.
2. Chaiteerakij R, Treeprasertsuk S, Mahachai V, Kullavanijaya P. Anticoagulant-Induced Intramural Intestinal Hematoma: Report of Three Cases and Literature Review. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(8):1285-90.
3. Chin CC, Yeh CY, Kuo YH, Huang WS, Yeh CH, Wang JY. Colon Obstruction due to Anticoagulant Induced Intramural Hematoma. *J Soc Colon Rectal Surgeon*. 2007;18(4):111-15.
4. Fischer J, Samson P, Robertson MG. Anticoagulant-induced intramural haematoma of the caecum mimicking a colonic tumour. *J NZMA*. 2010;123(1315):75-77.
5. De Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Alison B. Hématome mésentérique : rare complication d'un traitement anticoagulant oral au long cours. *EMC Annales de chirurgie*. 2006;131(9) : 529-532.
6. Traoré I.A, Zaré C, Barro1 S.D, Guibla I. Hématome spontané du méso de l'angle colique droit et du colon transverse compliquant un traitement par anti vitamine K: à propos d'un cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal*. 2016; 23(52) : 1-4.
7. Sirvain S, Crepeau T, Garrido JF, Watteau N et al. Syndrome occlusif et hémorragique révélant un hématome duodénal intramural iatrogène. *EMC gastroentérologie clinique et biologique*. 2008 ; 32(6-7) :611-613.
8. Cadavid A M, Uribe J D, Mesa M, Escobar S, Sanchez LF. Spontaneous small-bowel hematoma. Report of two cases and literature review. *Rev Colomb Cardiol* 2009;16(6) :261-65.
9. Konan AV, Rahji H, Chatti K, Mnif N, Salem A, Hamza R. Hématome intramural du grêle dû aux anticoagulants: une étude radiologique à propos de deux observations. *Tunis Med*. 2005 ;83(4) :233-36.
10. Chaiteerakij R, Treeprasertsuk S, Mahachai V, Kullavanijaya P. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma: report of three cases and literature review. *J Med Assoc Thai* 2008; 91 (8): 1285-90.
11. Bekheit M, Sallam M.A, Khafagy P.A, Corder R, Katri K. Non-traumatic intramural hematomas in patients on anticoagulant therapy: Report of three cases and overview of the literature. *African Journal of Emergency Medicine*. 2014 ; 4(4) : 1-4.
12. Delgoffe C, Régent O, Chaulieu C, Tréheux A. Hématome duodénal spontané géant au cours d'un traitement fibrinolytique Intérêt de l'étude échotomographique. *J. Radiol*. 1981;62(03) :187-189.
13. Krysa J, Shahabdeen M, South LM. A case of acute large bowel obstruction, presenting in a patient taking warfarin. *Emerg Med J*. 2003;20(6):8.