

Présentation atypique d'un hématome rétropéritonéal : cas clinique

Atypical presentation of a retroperitoneal hematoma : case report

DECONINCK A.¹, CARPENTIER C.² et VAN DE BORNE P.¹

¹Département de Cardiologie,

²Département de Médecine interne, Hôpital Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Introduction : L'hématome rétropéritonéal spontané présente un large éventail de symptômes et de signes cliniques. Un diagnostic précoce de cette maladie potentiellement dévastatrice est un défi. Nous présentons un cas où une fièvre sans foyer clinique évolue vers une douleur abdominale et un choc hypovolémique menant à ce diagnostic.

Cas clinique : Une femme de 80 ans, hospitalisée en cardiologie pour un syndrome tachycardie-bradycardie, a présenté une fièvre sans foyer clinique. Elle a développé après quelques jours une douleur abdominale et des vomissements. Un CT-scanner abdominal a montré un hématome rétropéritonéal et la patiente a bénéficié en urgence d'un traitement par embolisation et transfusions sanguines au vu de son état hémodynamique instable. Cet hématome rétropéritonéal spontané était très probablement le résultat d'un carcinome rénal et d'un traitement par énoxaparine récemment initié.

Conclusion : L'hématome rétropéritonéal est une pathologie complexe avec une présentation clinique atypique et variée. Ce cas nous montre qu'il faut pouvoir l'évoquer face à une fièvre, associée ensuite à d'autres symptômes, le plus souvent chez les personnes âgées fréquemment sous traitement anticoagulant/antiagrégant plaquettaire et présentant de nombreuses comorbidités associées.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 149-152

Doi : 10.30637/2022.21-006

ABSTRACT

Introduction : Spontaneous retroperitoneal hematoma has a large array of symptoms and clinical signs. An early diagnosis of this potentially devastating disease is a diagnostic challenge. We present a case where pyrexia without clinical focus turned into abdominal pain and hypovolemic shock leading to this diagnosis.

Case summary : A 80-year old woman presented, during her hospitalisation in cardiology for a tachycardia-bradycardia syndrom, fever with no clinical focus. She developed several days later abdominal pain and vomiting. Abdominal CT-scan showed a retroperitoneal hematoma. She received emergency treatment with embolization and blood transfusion because of her unstable hemodynamic status. This spontaneous retroperitoneal hematoma was most likely the result of a renal carcinoma and enoxaparine prophylaxis for recently discovered atrial fibrillation.

Conclusion : Retroperitoneal hematoma is a complex pathology with atypical and varied clinical presentation. This case shows that it must be evoked in front of a fever of unknown origin, when associated with other symptoms, most often in the elderly who are often on anticoagulant/antiplatelet aggregation therapy and have several associated comorbidities.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 149-152

Doi : 10.30637/2022.21-006

Key words : Fever, retroperitoneal hematoma, absorption fever

INTRODUCTION

La fièvre est fréquemment le premier symptôme de nombreuses pathologies rencontrées lors d'une hospitalisation. La grande majorité des fièvres sont associées à des infections, le plus souvent d'origine virale ou bactérienne, où l'étiologie de la fièvre est facilement identifiable.

CAS CLINIQUE

Une femme de 80 ans a été hospitalisée dans le service de cardiologie pour un syndrome tachycardie-bradycardie symptomatique (alternance fibrillation auriculaire et bradycardie sinusale). Son score de CHA₂DS₂-VASc étant à 4, une anticoagulation thérapeutique a été initiée par énoxaparine, avant l'implantation permanente d'un stimulateur cardiaque. Un relais de l'énoxaparine par un NOAC (nouveau anticoagulant oral) a été instauré par la suite.

Dans ses antécédents médicaux, on retient une insuffisance rénale chronique de stade 3 (filtration glomérulaire à 38 ml/min/1,73m², créatinine à 1,25 mg/dl) sur néphroangiosclérose, une hypertension artérielle et une récente suspicion de carcinome papillaire rénal gauche 1 mois auparavant.

L'évolution au cours de l'hospitalisation est marquée par une asthénie de plus en plus invalidante et le développement lentement progressif d'un syndrome inflammatoire, sans foyer lors de l'examen clinique. Au jour 4, la patiente a développé une température de 38,3° C en axillaire. La patiente ne rapportait pas de plainte à l'anamnèse et le reste des paramètres étaient corrects (Fréquence cardiaque (FC) 70/min, TA 110/60 mmHg, SpO₂ 98 %). Un examen clinique rigoureux n'a pas révélé de foyer clinique : auscultation cardio-pulmonaire normale, examen abdominal rassurant, pas d'évidence d'infection cutanée.

Un bilan bactériologique incluant une analyse d'urine, une radiographie pulmonaire, des hémocultures s'est avéré négatif. La biologie sanguine (tableau 1) montrait principalement une hyperleucocytose neutrophile avec un syndrome inflammatoire, l'ionogramme et les enzymes hépatiques étant normaux.

La patiente a été mise sous antibiotiques (pipéracilline / tazobactam) de manière empirique au vu de la fièvre persistante et de l'accroissement du syndrome inflammatoire.

Au jour 6, restant fébrile, la patiente a développé une douleur abdominale diffuse. L'examen clinique abdominal montrait un abdomen souple avec une sensibilité diffuse à la palpation, les signes de Murphy et de Mc Burney étaient négatifs et le péristaltisme présent à l'auscultation. Une échographie abdominale a révélé la présence d'une masse rénale gauche hétérogène évoquant un carcinome papillaire.

Au jour 7, l'état général de la patiente s'est considérablement détérioré : apparition de frissons, transpiration profuse et plusieurs épisodes de vomissements. La douleur abdominale s'est localisée en fosse iliaque gauche. L'examen clinique abdominal montrait une défense en fosse iliaque gauche.

Un scanner abdominal (figure 1) réalisé en urgence a révélé un hématome rétropéritonéal (15 x 7 x 6 mm) lié à la tumeur hémorragique rénale gauche (66 x 63 mm) avec saignement actif.

La patiente a développé un choc hypovolémique (TA 90/60 mmHg, FC 75/min, T 37,6°C, SpO₂ 96 %) avec une anémie (tableau 1) nécessitant une prise en charge en urgence en angiographie interventionnelle pour embolisation des artères rénales inférieures ainsi qu'une transfusion de 2 poches de globules rouges.

Tableau 1

Résultats biologiques des jours 4 et 7.

	Jour 4	Jour 7	Normes	Unités
Hémoglobine	10,6	7,1	12 - 16	g/dL
Leucocytes	12,14	15,78	3,5 - 11	$\times 10^3/mm^3$
Polyneutrophiles	79,3	81,5	40-75	%
Polyneutrophiles absolus	7,62	10,54	1,5 - 6,7	$\times 10^3/mm^3$
Lymphocytes absolus	0,87	1,17	1,2 - 3,5	$\times 10^3/mm^3$
CRP	110	200	< 5	mg/L
Urée	60,4	63,3	16,6 - 48,5	mg/dL
Créatinine	1,31	1,37	0,50 - 0,90	mg/dL
GFR (CKD-EPI)	38	34	> 60	mL/min/1,73m ²
Sodium	137	134	136 - 145	mmol/L
Potassium	4	4	3,4 - 4,4	mmol/L
Bilirubine totale	0,87	0,65	< 1,2	mg/dL
Bilirubine conjuguée	0,37	0,35	< 0,2	mg/dL
Phosphatases alcalines	67	146	35 - 104	U/L
GGT	22	91	6 - 42	U/L
GPT	19	57	< 33	U/L
GOT	24	71	< 32	U/L
LDH	358	377	135 - 215	U/L

Images du CT-scanner abdominal, montrant l'hématome rétropéritonéal indiqué avec la flèche blanche, A et B : sans injection de produit de contraste C et D : avec injection de produit de contraste



DISCUSSION

L'hématome rétropéritonéal spontané est défini comme un saignement dans l'espace rétropéritonéal sans être associé à une cause traumatique ou iatrogène. Il s'agit généralement d'un saignement de l'artère épigastrique inférieure, après son insertion dans le muscle droit de l'abdomen, combiné à l'incapacité d'arrêter le saignement par compression. C'est un diagnostic complexe avec une présentation clinique non spécifique et une symptomatologie variée¹ : dans 68 % des cas, un hématome rétropéritonéal se manifeste par des douleurs abdominales ; 24 % par des douleurs dans les membres inférieurs ; 23 % par des douleurs aux hanches ; 22 % par des maux de dos ; 10 % par une perte de force dans les membres inférieurs ; 4 % par une absence de pouls et de réflexes nerveux suite à la compression provoquée par l'hématome.

La pathogenèse des hématomes rétropéritonéaux spontanés n'est pas encore claire. Deux hypothèses sont actuellement retenues. Il est dû à une maladie vasculaire diffuse (athérosclérose) dans les petits vaisseaux rétropéritonéaux qui les rend plus fragiles et donc plus à risque de rupture spontanée ou il est dû à des microtraumatismes, souvent favorisés par la prise d'anticoagulants / antiagrégants plaquettaires.

Les facteurs contributifs prouvés sont pour $\frac{3}{4}$ des patients, l'anticoagulation / anti-agrégation plaquettaire, l'âge avancé, le sexe féminin (car la paroi abdominale est plus fine), les comorbidités associées, l'asthme / BPCO.

Le développement de l'hématome rétropéritonéal chez notre patiente provient de la combinaison d'un traitement par énoxaparine^{2,3} initié quelques jours auparavant, associé à la présence d'une néoplasie rénale hypervascularisée rendant les vaisseaux plus à risque de rupture spontanée. L'hématome a probablement débuté à bas bruit et a dû s'intensifier entre le jour 6-7 entraînant l'apparition d'une nouvelle symptomatologie et d'un changement au niveau de l'examen clinique. Cette hypothèse peut être corrélée à la diminution d'abord lente de l'hémoglobine et puis à sa chute bru-

talement au jour 7 avec le développement d'un choc hypovolémique. Après révision avec les radiologues, l'échographie abdominale du jour 6 montrait déjà quelques stigmates d'hématome rétropéritonéal mais n'était pas l'examen de choix pour cette pathologie.

Au niveau de l'examen clinique, une masse abdominale peut être palpée dans de nombreux cas. Deux signes spécifiques peuvent nous orienter vers une pathologie de la paroi abdominale⁴ :

- **Le signe de Carnett** : le point de sensibilité maximal au niveau abdominal est détecté à la palpation du patient en *decubitus* dorsal et on lui demande de s'asseoir. Le signe est positif si le site de sensibilité maximale reste inchangé ou augmente ;

- **Le signe de Forthergill** : positif si la masse abdominale palpée ne traverse pas la ligne médiane ou ne change pas avec les mouvements des membres inférieurs. C'est une pathologie avec un taux de mortalité élevé, estimé entre 6-22%^{4,6}.

Il existe 3 optiques de traitement^{4,6} :

- 1) Traitement médical : remplissage à base de cristalloïdes, transfusions sanguines (dans 45 à 80 %) et éventuellement un traitement neutralisant si l'anticoagulation a favorisé le saignement ;
- 2) Angiographie interventionnelle (11-25 % des cas) ;
- 3) Procédure chirurgicale consistant en l'évacuation de l'hématome et suture vasculaire.

L'élévation de la température était probablement *a posteriori* le résultat de la résorption de l'hématome en cours, qu'on appelle « fièvre de résorption »⁷, rarement décrite et plus fréquemment observée en post-opératoire. Le facteur physiopathologique déclencheur de la fièvre n'est pas un phénomène infectieux mais inflammatoire. Une lésion/nécrose tissulaire suite à l'hématome rétropéritonéal provoque la libération de cytokines pyrogènes (IL-6, IL-1, TNF- α , etc) stimulant ensuite l'hypothalamus, centre régulateur de la température corporelle et provoquant de la fièvre en réponse. Le traitement par antibiotique n'avait donc pas de bénéfice et a été arrêté une fois le diagnostic posé.

Suite à l'annonce de son cancer un mois auparavant et de l'hématome rétropéritonéal inattendu durant son hospitalisation, la patiente a vu son état physique et psychologique fortement se dégrader. Elle a pris conscience de sa perte d'autonomie et de son désir de ne pas recourir à de l'acharnement thérapeutique. Cette déchéance a engendré sa demande d'euthanasie mûrement réfléchie.

CONCLUSION

Ce cas clinique nous montre qu'il faut penser à la résorption d'un hématome rétropéritonéal spontané face à une fièvre accompagnée ensuite d'autres symptômes. L'hématome rétropéritonéal est une pathologie rare et complexe avec une présentation clinique atypique et variée. Il concerne généralement les personnes âgées, fréquemment sous traitement anticoagulant / antiagrégant plaquettaire et présentant plusieurs comorbidités associées.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sunga KL, Bellolio MF, Gilmore RM, Cabrera D. Spontaneous retroperitoneal hematoma: etiology, characteristics, management, and outcome. *J Emerg Med.* 2012;43(2):e157-61.
2. Salemis NS, Oikonomakis I, Lagoudianakis E, Boubousis G, Tsakalakis C, Sourlas S *et al.* Enoxaparin-induced spontaneous massive retroperitoneal hematoma with fatal outcome. *Am J Emerg Med.* 2014;32(12):1559.e1-3.
3. Lissoway J, Booth A. Fatal retroperitoneal hematoma after enoxaparin administration in a patient with paroxysmal atrial flutter. *Am J Health Syst Pharm.* 2010;67(10):806-9.
4. Sahu KK, Mishra AK, Lal A, George SV, Siddiqui AD. Clinical spectrum, risk factors, management and outcome of patients with retroperitoneal hematoma: a retrospective analysis of 3-year experience. *Expert Rev Hematol.* 2020;13(5):545-55.
5. Warren MH, Bhattacharya B, Maung AA, Davis KA. Contemporary management of spontaneous retroperitoneal and rectus sheath hematomas. *Am J Surg.* 2020;219(4):707-10.
6. Baekgaard JS, Eskesen TG, Lee JM, Yeh DD, Kaafarani HMA *et al.* Spontaneous Retroperitoneal and Rectus Sheath Hemorrhage-Management, Risk Factors and Outcomes. *World J Surg.* 2019;43(8):1890-7.
7. Hu T, Liu Q, Xu Q, Liu H, Feng Y, Qiu W *et al.* Absorption fever characteristics due to percutaneous renal biopsy-related hematoma. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(37):e4754.

Travail reçu le 14 février 2021 ; accepté dans sa version définitive le 4 mars 2021.

CORRESPONDANCE :

A. DECONINCK
Hôpital Erasme
Département de Cardiologie
Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles
E-Mail : axelle.deconinck@ulb.be