

Patiente de 92 ans douleurs abdominales brutales flanc droit sans défense ni contracture ni trouble du transit en juillet 2006 patiente vivant seule à domicile.....arrivée aux urgences avec les pompiers prévenus par les voisins.....

Pâleur cutanéomuqueuse Dyspnée tachycardie

Antécédent d'embolie pulmonaire en 2005 et de phlébite surale droite récente

HTA sous IEC

Lombalgies récentes et automédication par AINS

Quel est votre hypothèse diagnostique principale



Quels éléments recherchez vous à l'interrogatoire et l'examen ?

Quels examens biologiques d'abord puis d'imagerie ensuite prescrivez-vous ?

**Quel est votre hypothèse diagnostique principale**



## **Accident hémorragique sous anticoagulant**

- Terrain sujet âgé : accidents plus graves et plus fréquents après 75 ans**
- Terrain hypertendu : augmente le risque de survenue d' accident**
- Age et automédication par AINS, déshydratation : risque d' insuffisance rénale associée**
- Traitement potentialisant les AVK : cimétidine**

**Quels éléments recherchez vous à l'interrogatoire et à l'examen**



- **Surveillance des constantes ++ risque de choc hypovolémique**
- **Traitement anticoagulant: nature ? AVK demi-vie courte ou longue, dosage**
- **Surveillance des INR ?**
- **Stigmates de déshydratation et d'insuffisance rénale**
- **Examen neurologique +++ central et périphérique (compression crurale)**
- **Recherche d'ecchymoses , épistaxis (accidents mineurs)**
- **Signes d'hémorragies digestive ou urinaire associés**

**Quels examens biologiques d'abord puis d'imagerie ensuite prescrivez-vous**



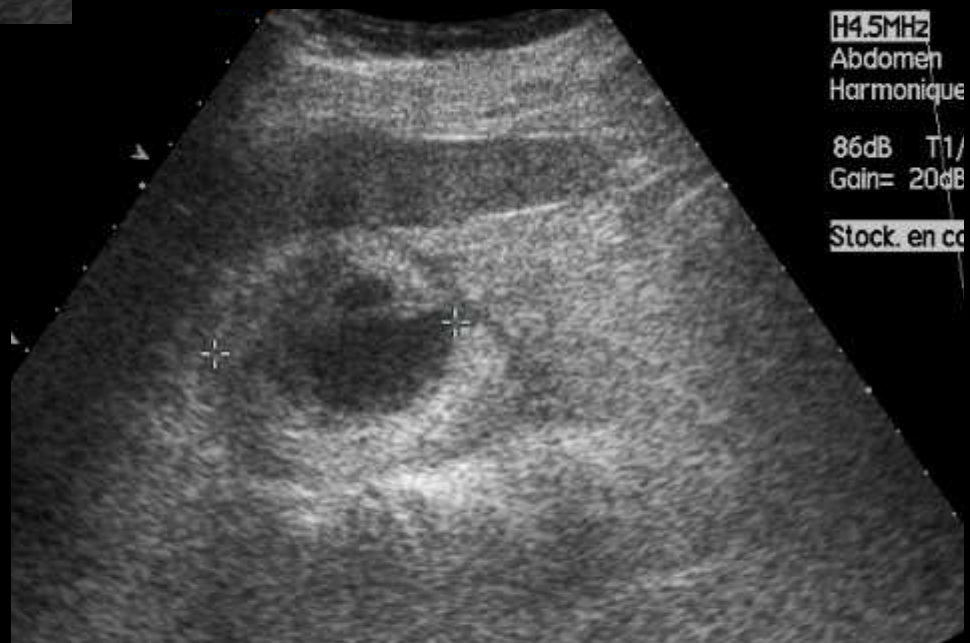
- **Biologie:** NFS groupe rhésus RAI  
INR TCA anti Xa  
ionogramme complet: créatininémie +++, protidémie, urée
- **ECG** risque cardiaque et anémie
- **Échographie** abdomino-pelvienne
- **Scanner** pour évaluer l'étendue et la localisation des lésions sans ou avec injection selon les contre indications

**INR à 12 chez notre patiente et insuffisance rénale aiguë et anémie à 7 g/dl**

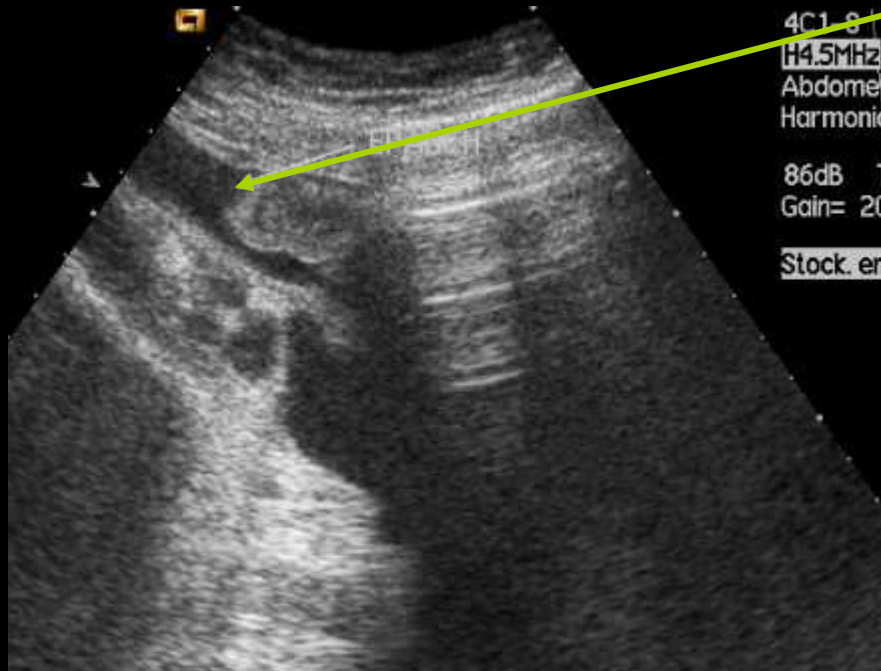


4C1-S  
H4.5MHz  
Abdomen  
Harmonic  
86dB T1/  
Gain= 20dB  
Stock. en

# Échographie abdomino pelvienne



H4.5MHz  
Abdomen  
Harmonique  
86dB T1/  
Gain= 20dB  
Stock. en co



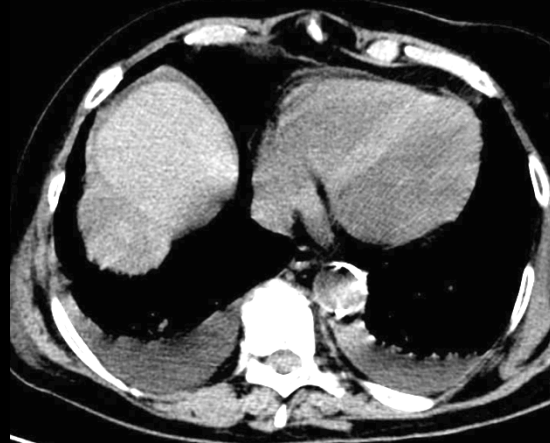
4C1-8  
H4.5MHz  
Abdomen  
Harmonic  
86dB 1  
Gain= 20  
Stock. en

**Épanchement libre  
pelvien inter anses**

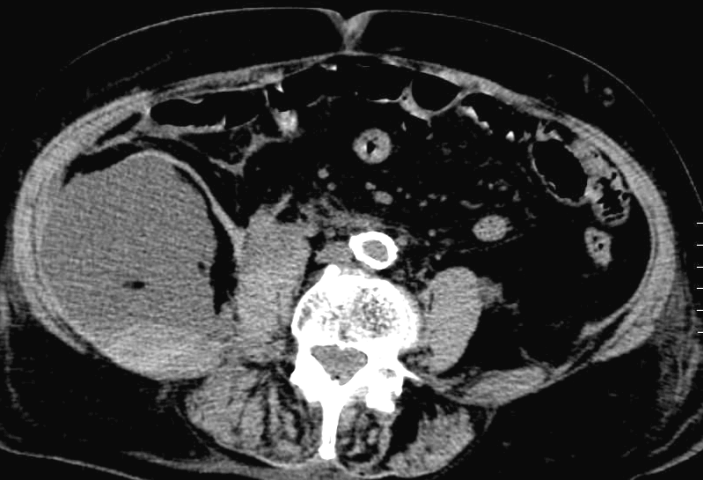
**Collection profonde  
rétrohépatique  
paravertébrale  
hypoéchogène**

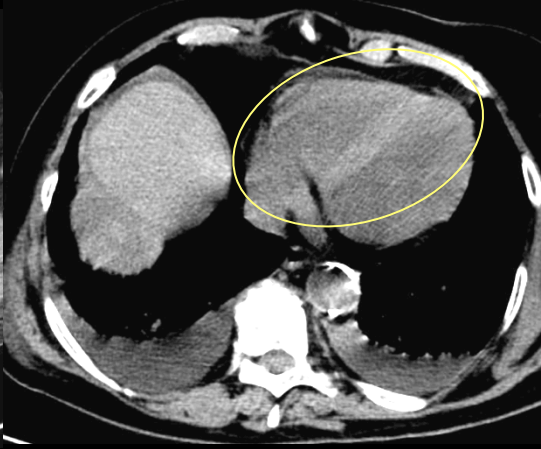
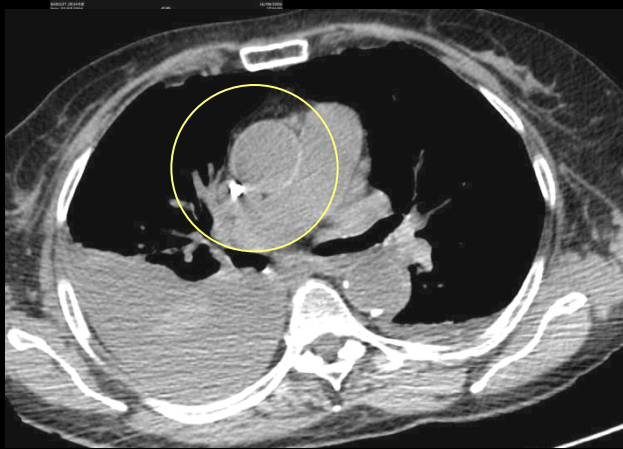


H4.5MHz  
Abdomen  
Harmonic  
86dB  
Gain= 20  
Stock. en



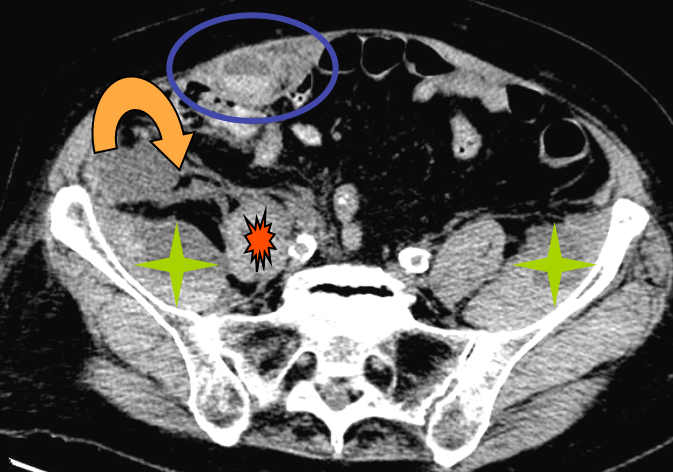
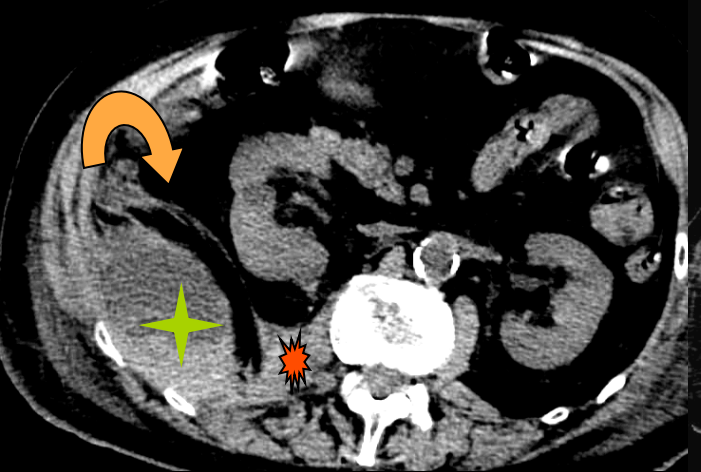
Scanner abdomino  
pelvien sans injection





**Hypodensité intra vasculaire traduisant l'anémie**

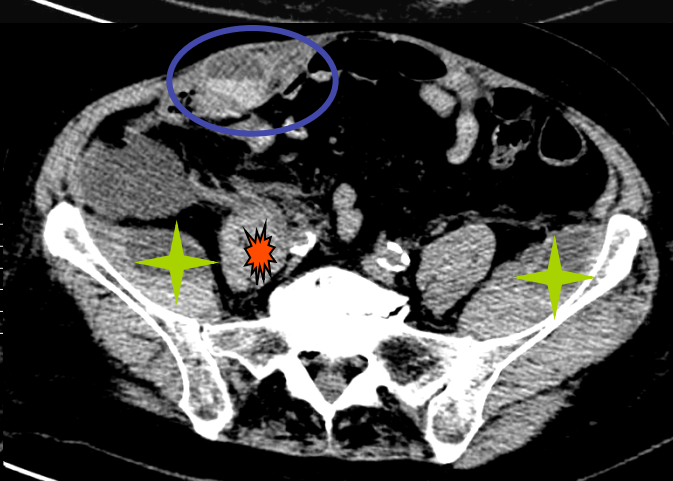
**★ Hématomes hyperdenses spontanément des muscles iliaques droit et gauche**



**★ Hématome du muscle psoas droit**

**Hématome du muscle grand droit droit**

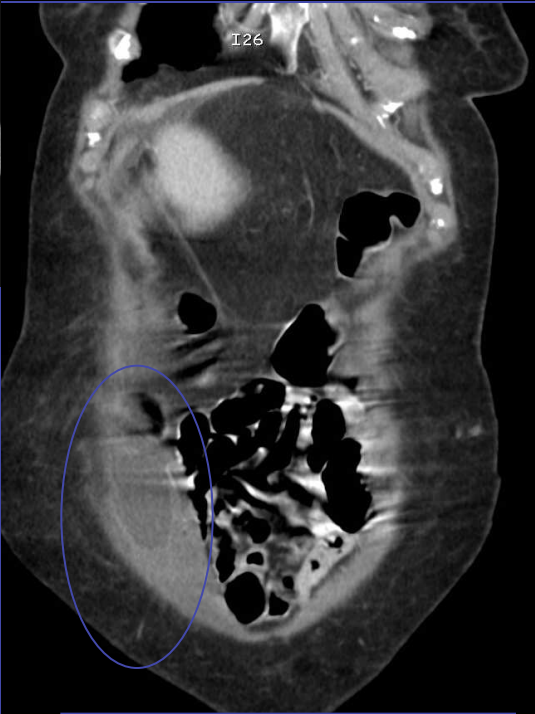
**Infiltration rétropéritonéale hématique**



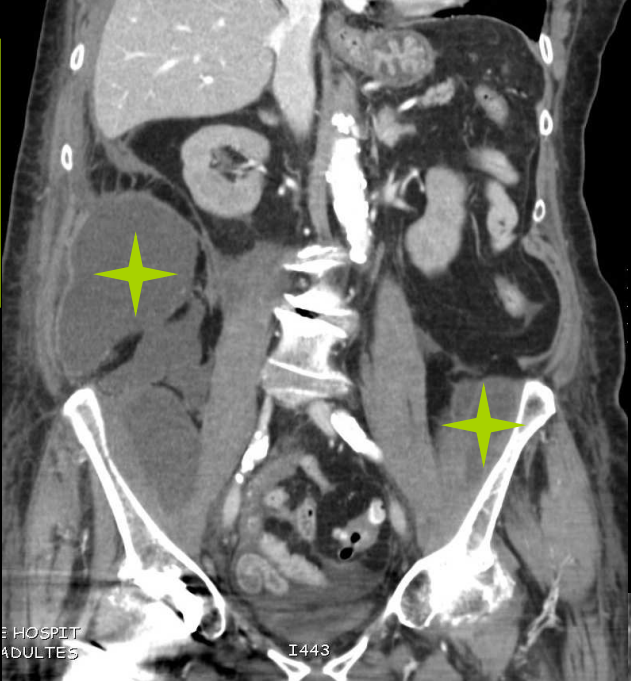
**Épanchement pelvien péritonéal**



★ **Hématomes hyperdenses spontanément des muscles iliaques droit et gauche**  
**Saignement actif artériel dans le m iliaque droit**

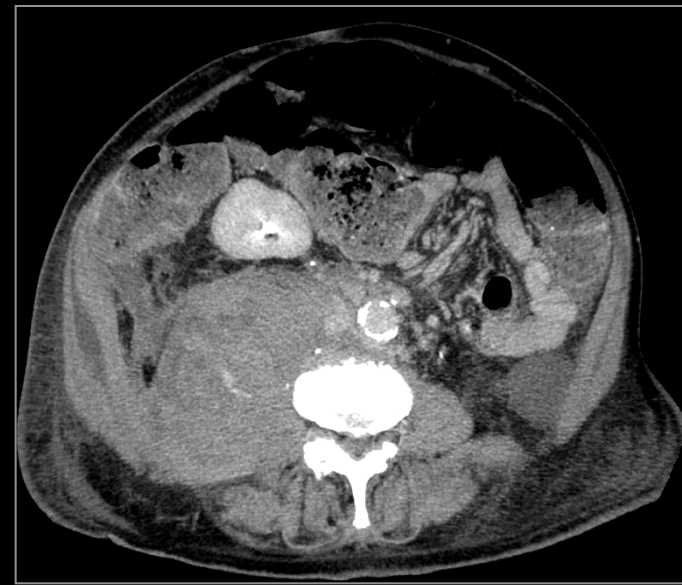
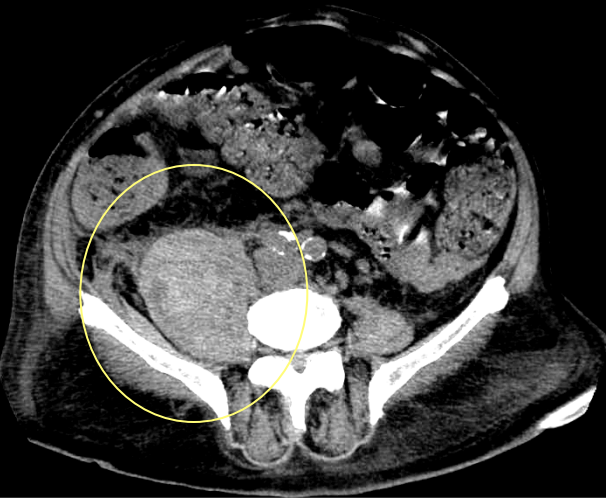
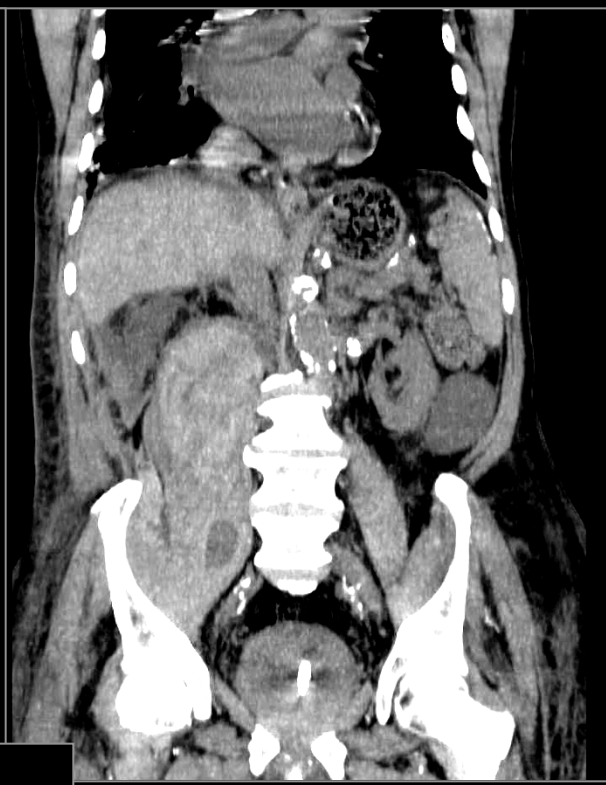


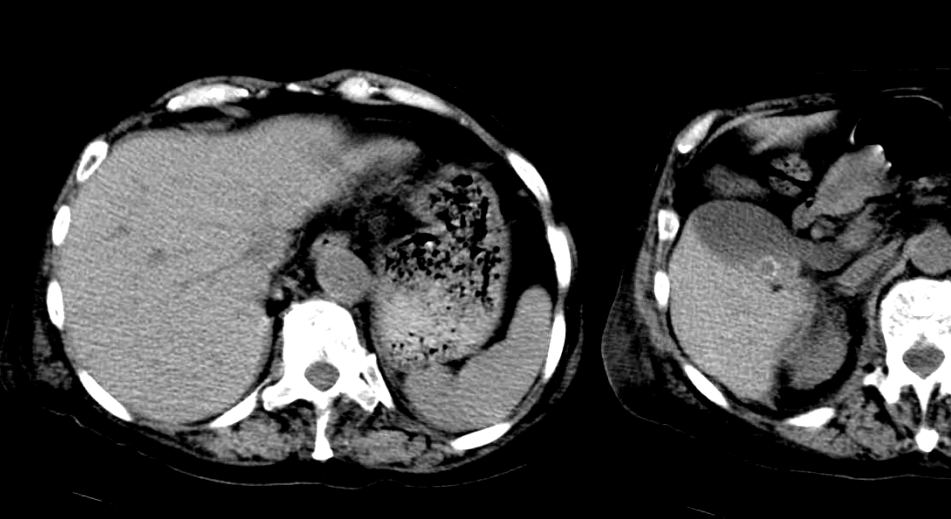
**Hématome du muscle grand droit droit**



*Autres cas.....*

Hématome hyperdense  
spontanément du muscle  
psoas droit

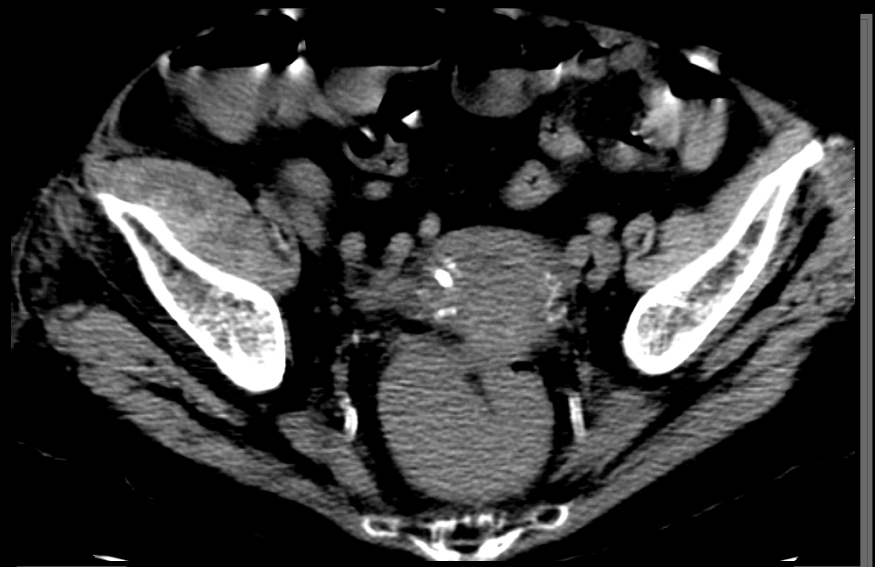


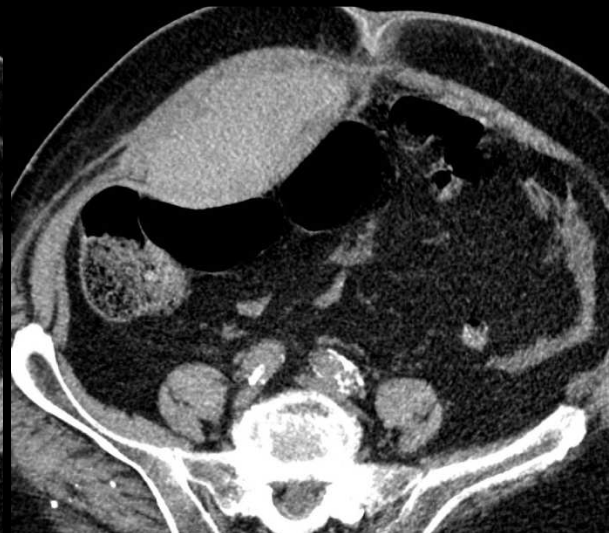
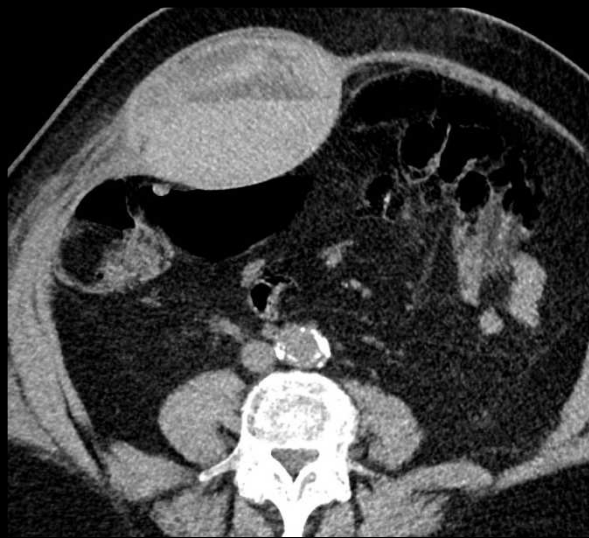


Hématome du m ilio psoas Droit  
Hématome sous et rétro-péritonéal

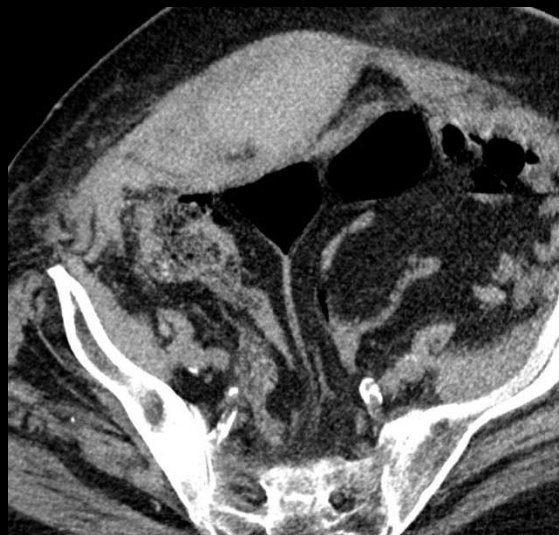


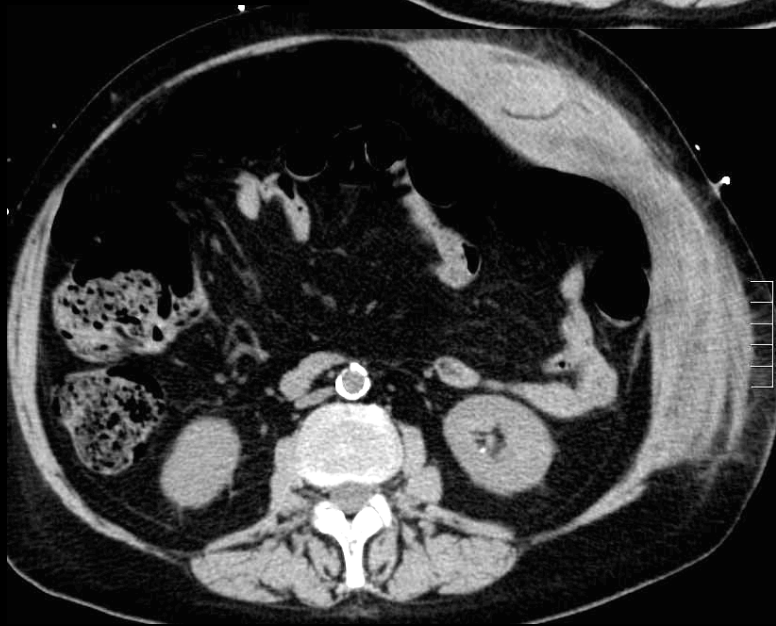
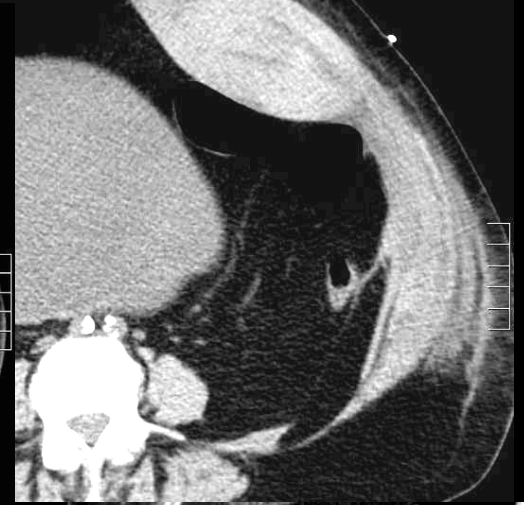
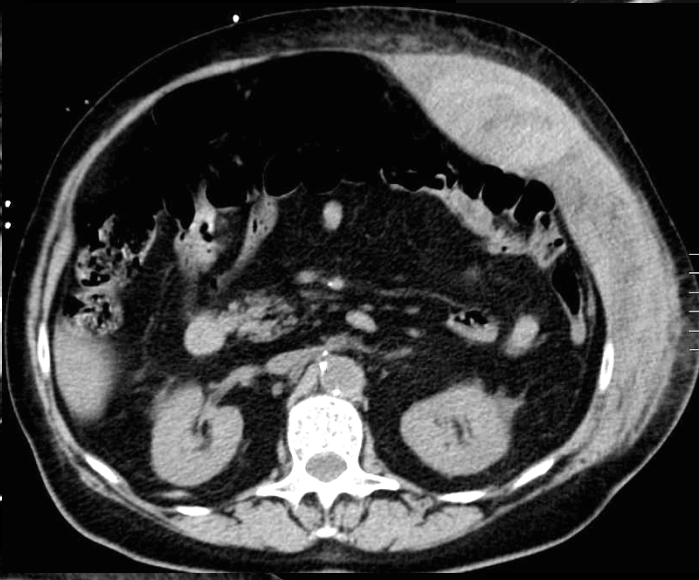
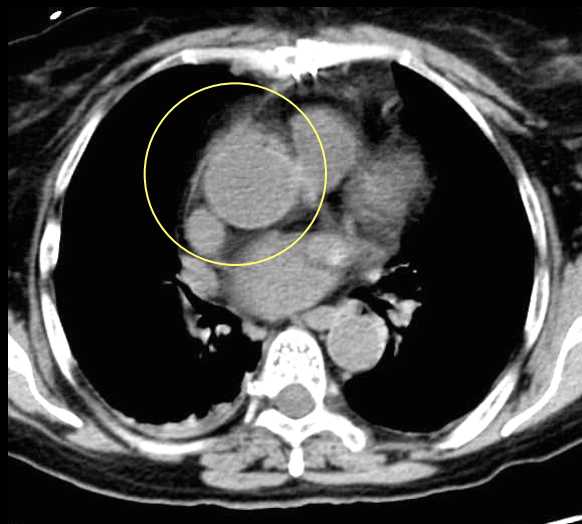
Hématome du muscle iliaque dt  
Trt par aspirine + HBPM



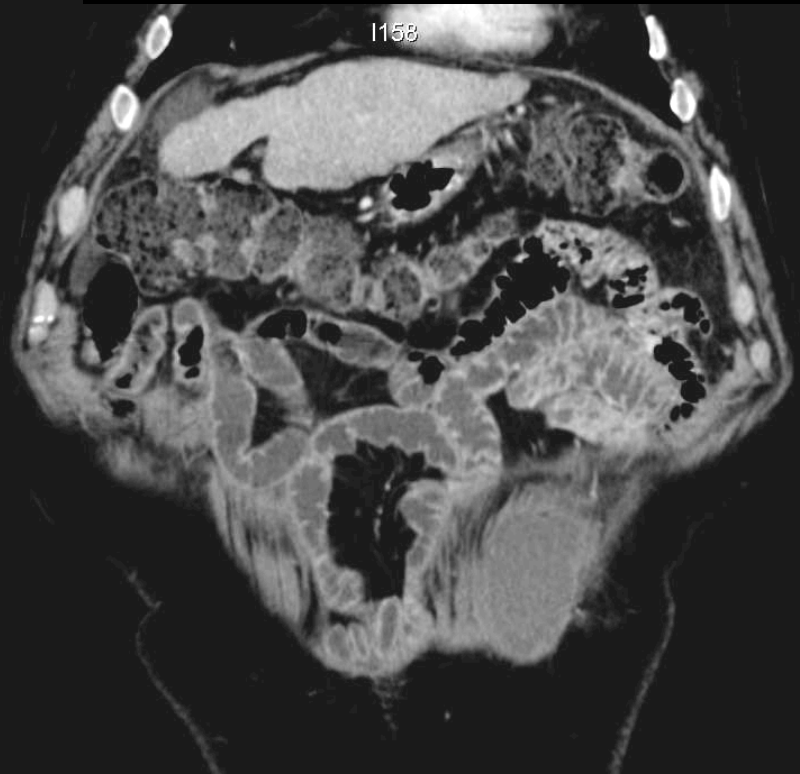


**TVP sous AVK**  
**Surdosage modéré en AVK (INR=3,2)**





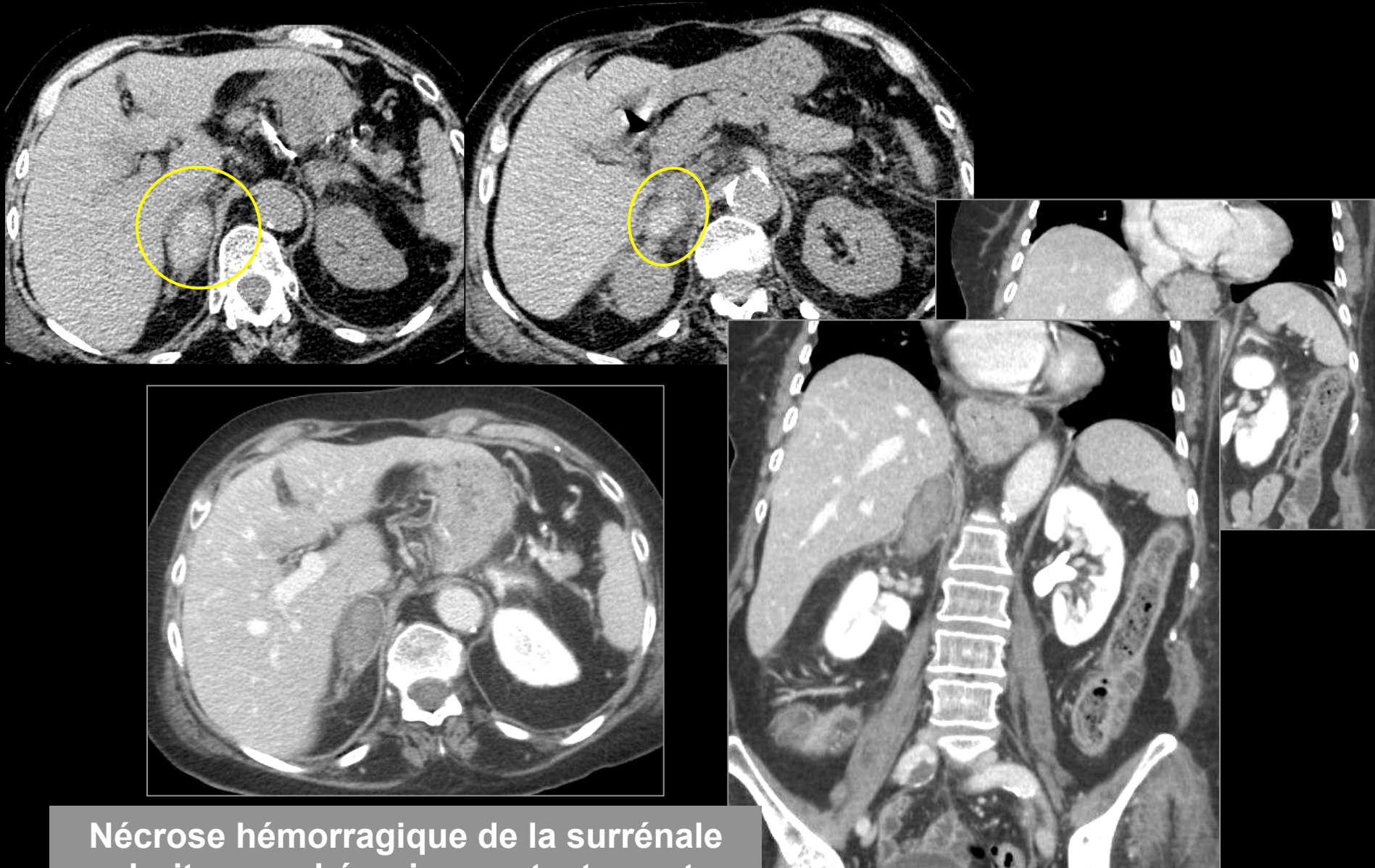
**Hématomes des muscles grands droites et obliques gauches**  
**Surdosage modéré en AVK**



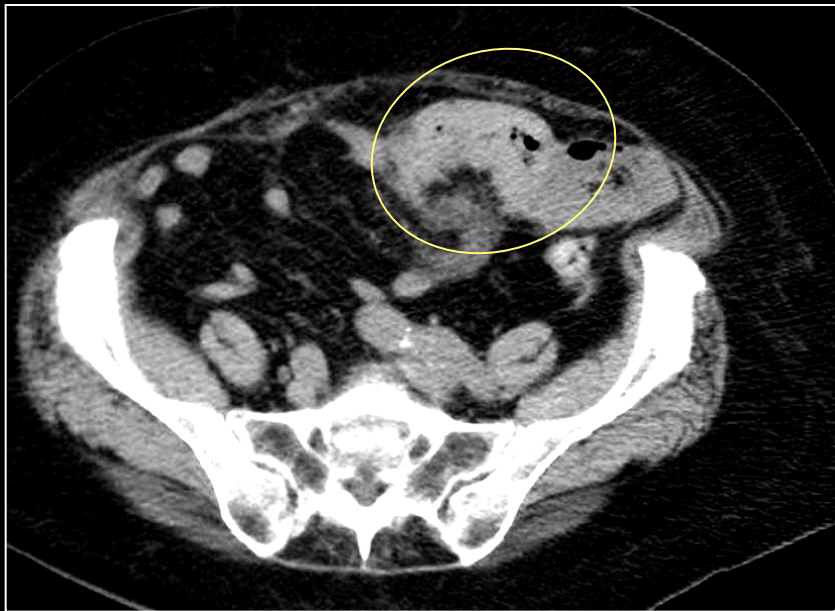
**Hématomes du muscle  
grand droite gauche  
après injection locale  
d'héparine**

**Pas de surdosage**

*Autres localisations.....*

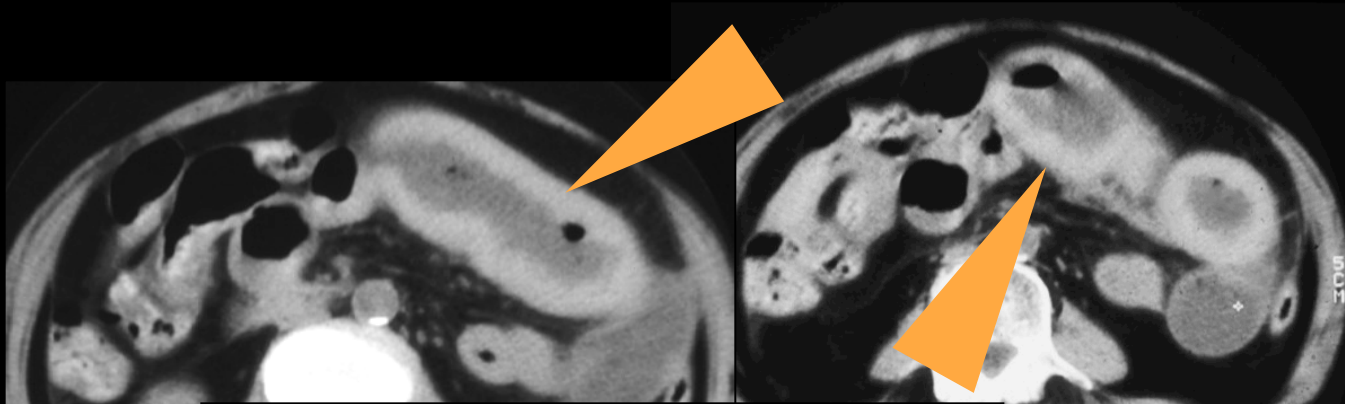


**Nécrose hémorragique de la surrénale droite sous héparine contexte post opératoire**

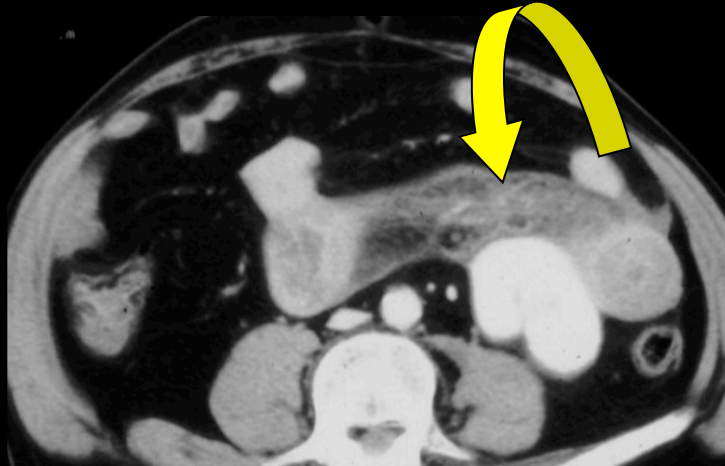
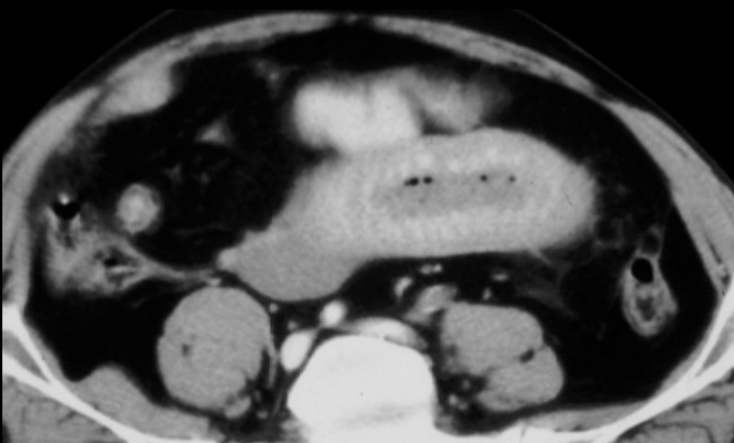
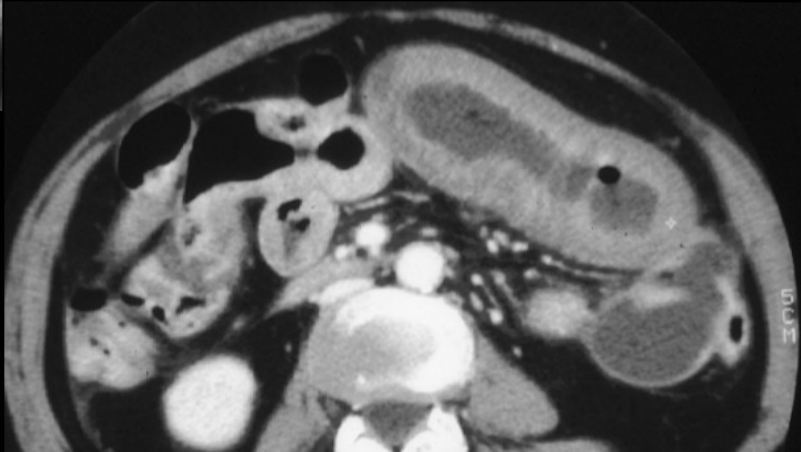


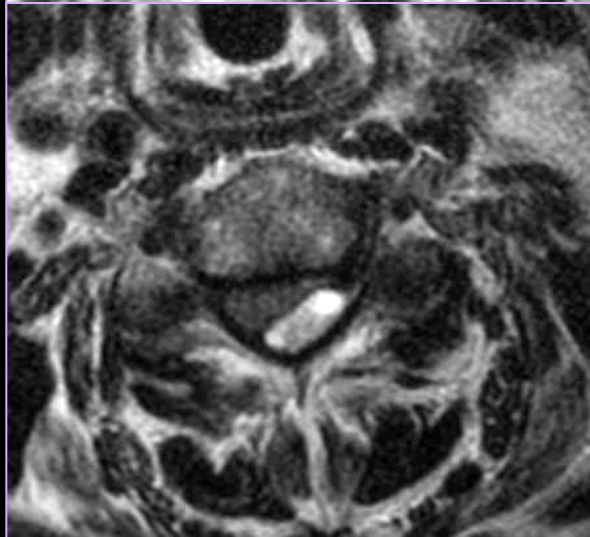
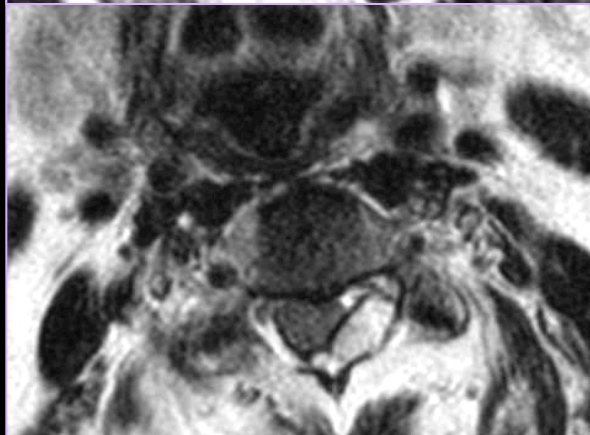
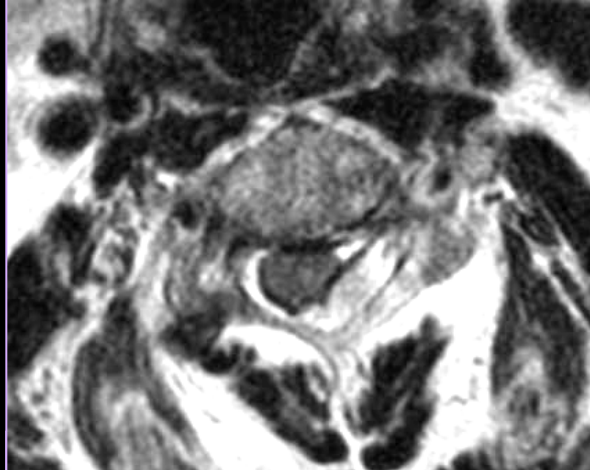
**Hématome du grêle (jéjunum)  
Épaississement circonférentiel  
hyperdense**

**Surdosage en AVK INR à 25**



hématomes  
sous  
AVK

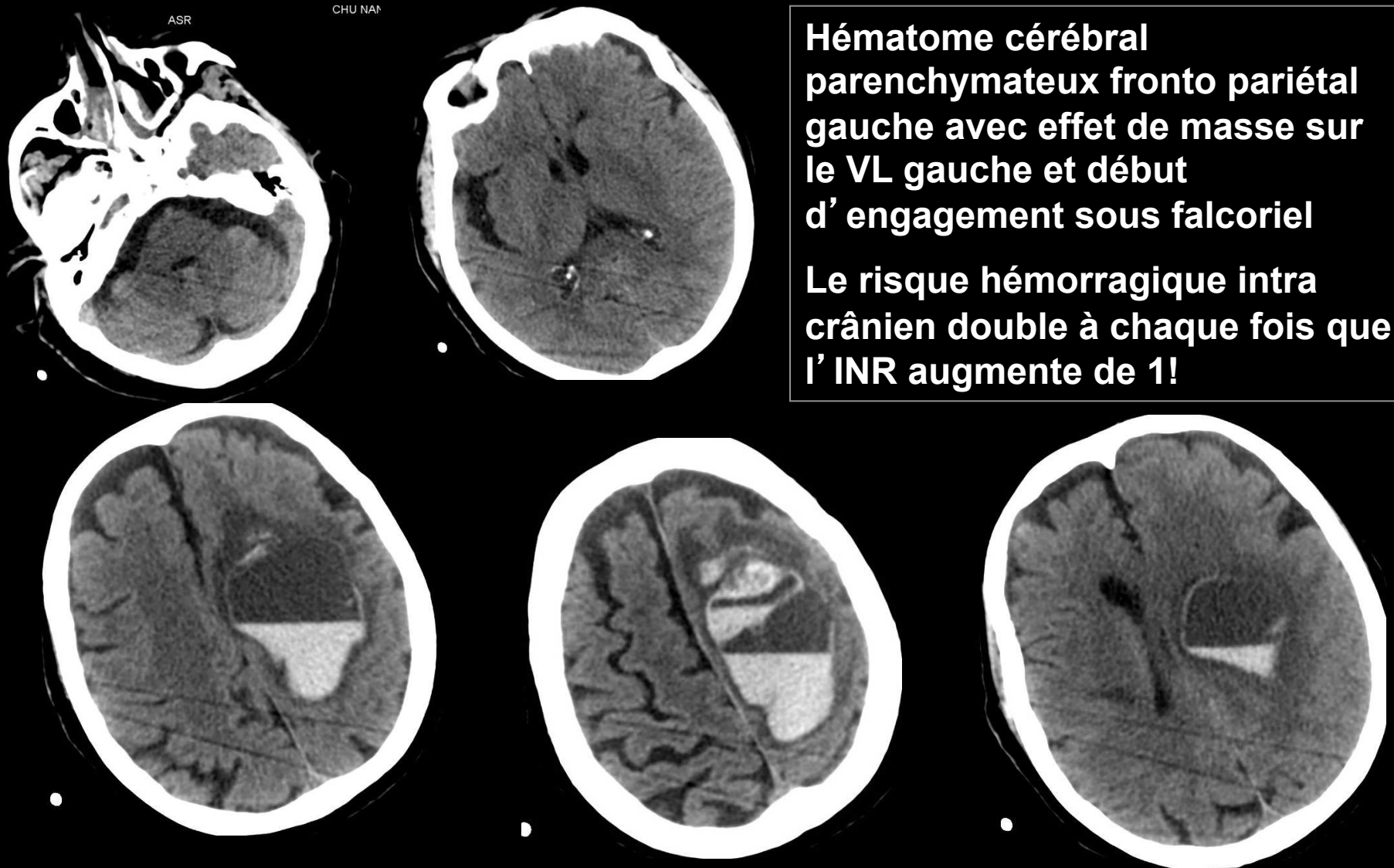




**Hématome épidural latéralisé à gauche**  
**Contexte de surdosage en AVK**

**Pendant l'hospitalisation, apparition brutale de céphalées et d'un déficit sensitivo moteur droit associé à une poussée hypertensive.**

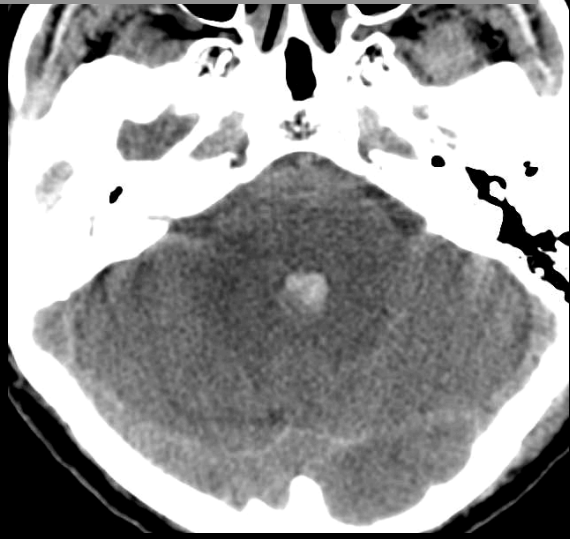
**Quel est votre hypothèse diagnostique? Quel examen demandez-vous?**



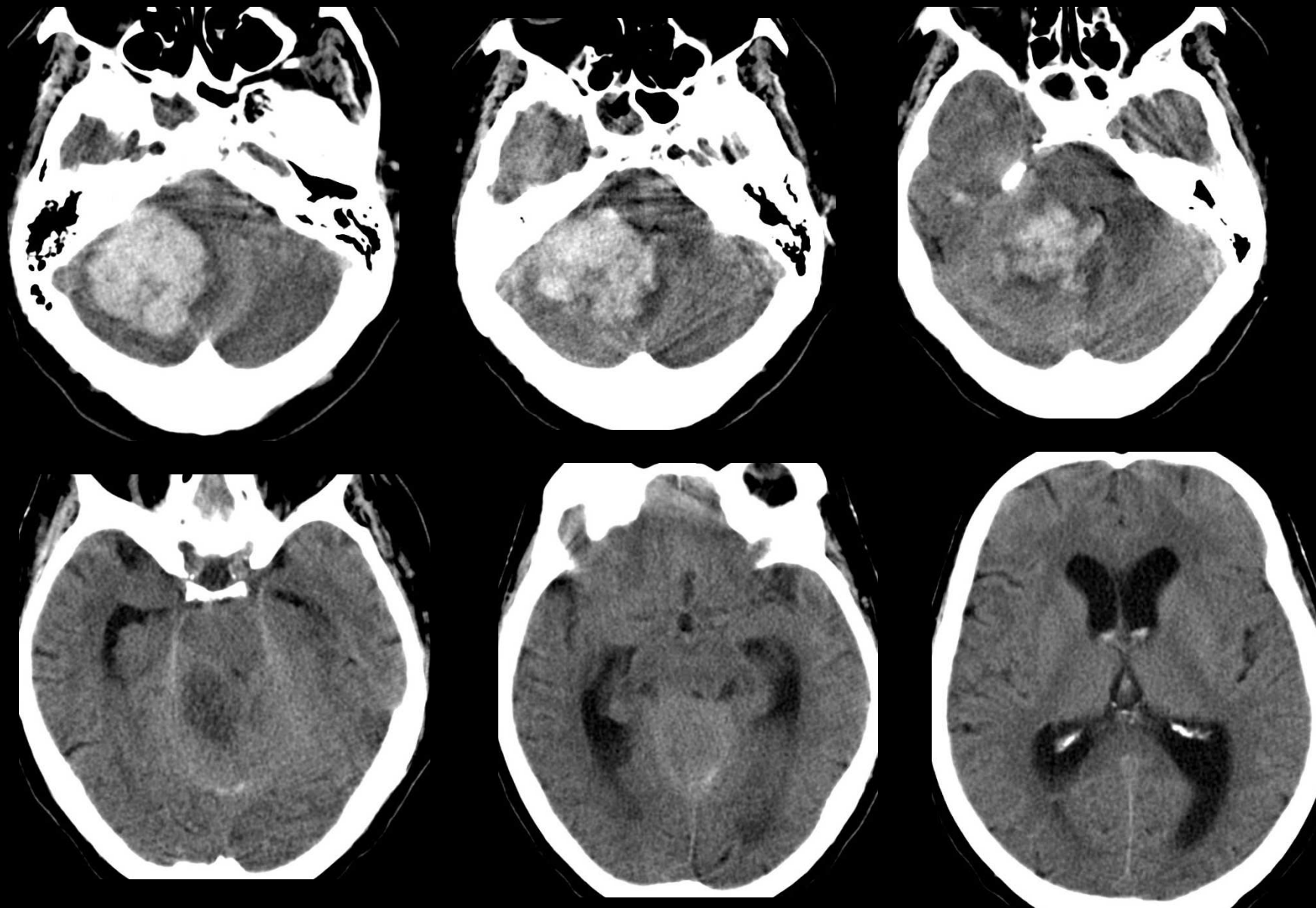
**Hématome cérébral parenchymateux fronto pariétal gauche avec effet de masse sur le VL gauche et début d'engagement sous falcoriel**

**Le risque hémorragique intra crânien double à chaque fois que l'INR augmente de 1!**

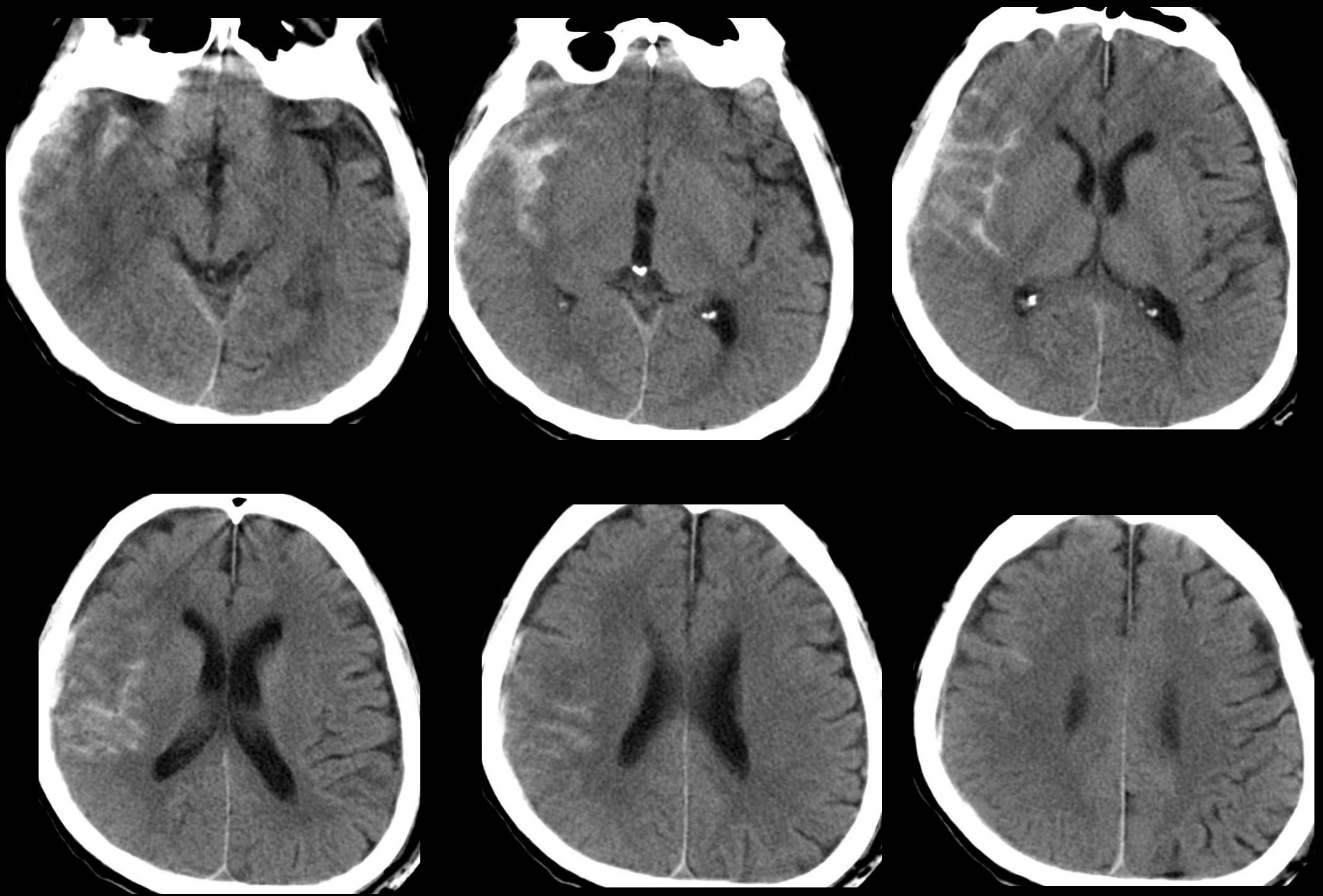
*Autres cas.....*



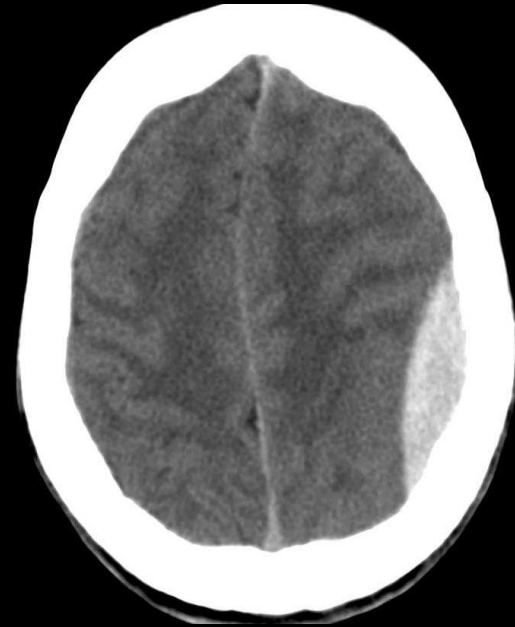
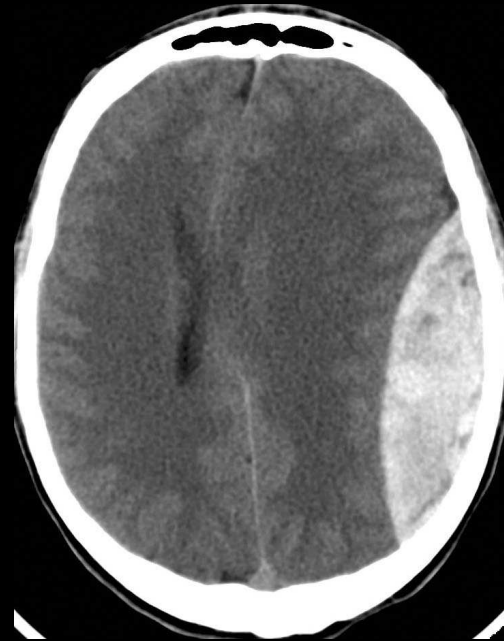
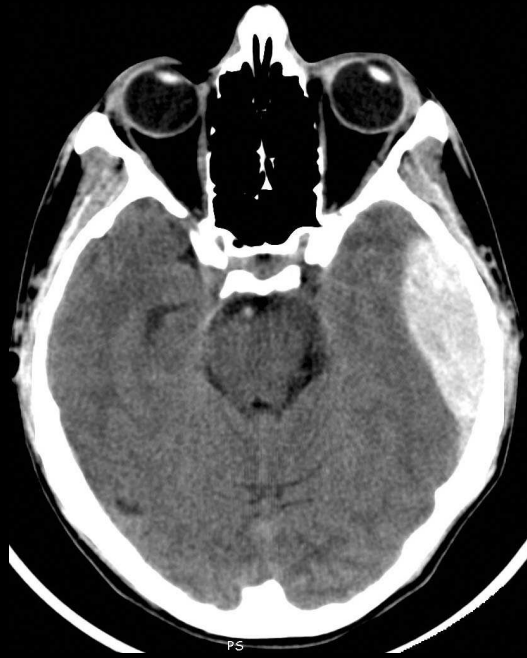
**Hématome frontal antérieur droit**  
**Hémorragie intra ventriculaire et sous arachnoïdienne fronto-temporale D**  
**Effet de masse sur les structures médianes avec engagement sous falcorien**



**Hématome de la fosse cérébrale postérieure droite  
Effet de masse sur le V4 avec engagement amygdalien et temporal  
Dilatation ventriculaire sus-jacente modérée**



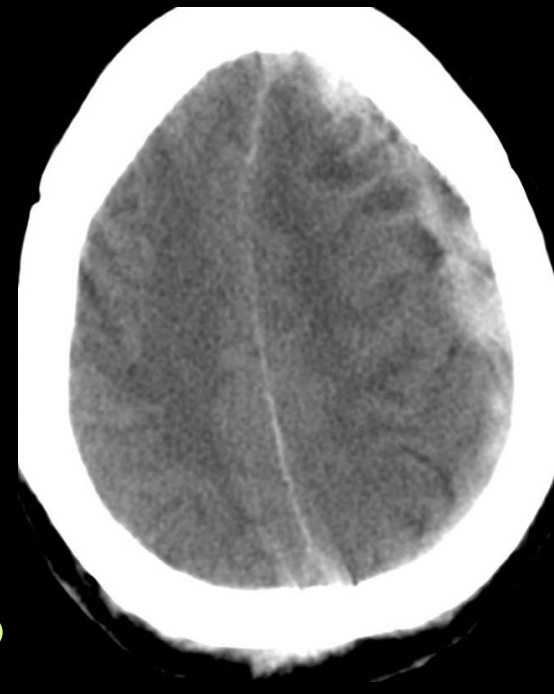
Hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne droite  
Hématome sous-dural aigu frontal droit



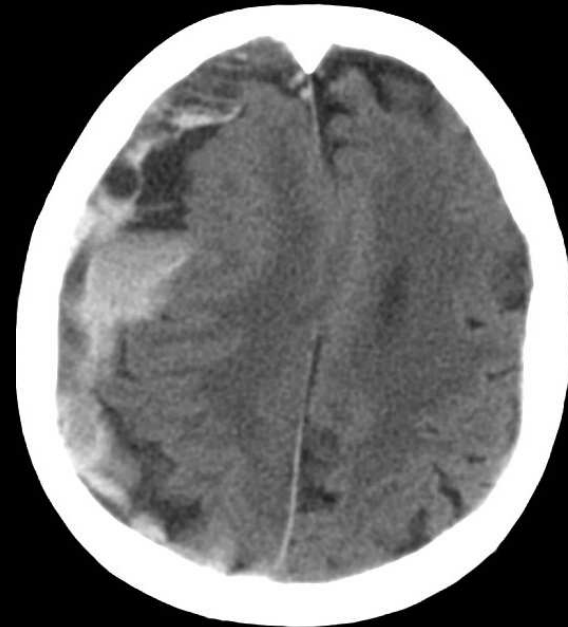
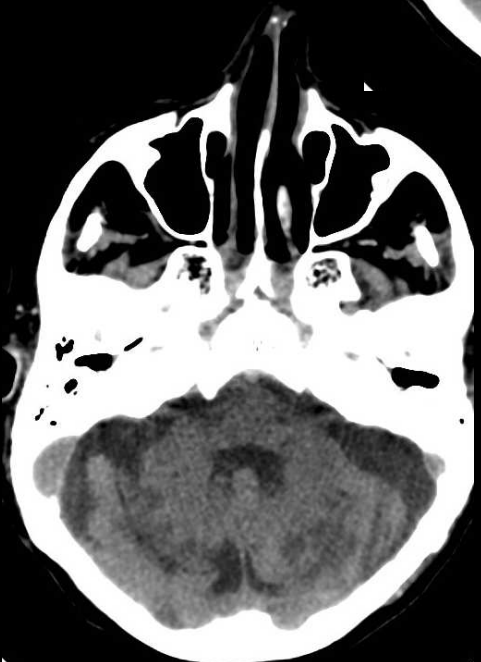
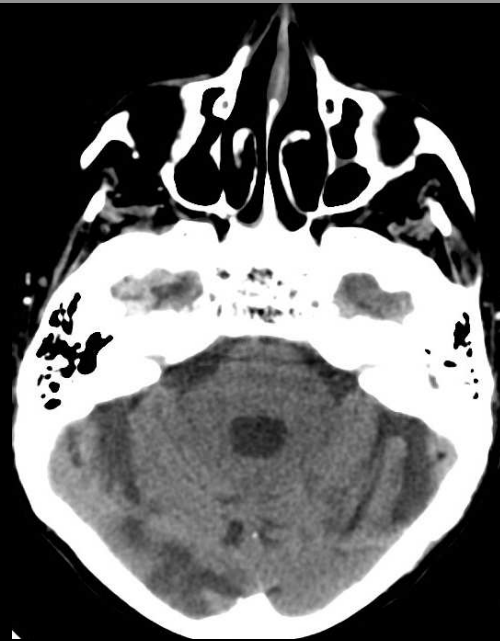
**Hématome extra-dural**

**Céphalées et hémiparésie droite  
Contexte post IDM**

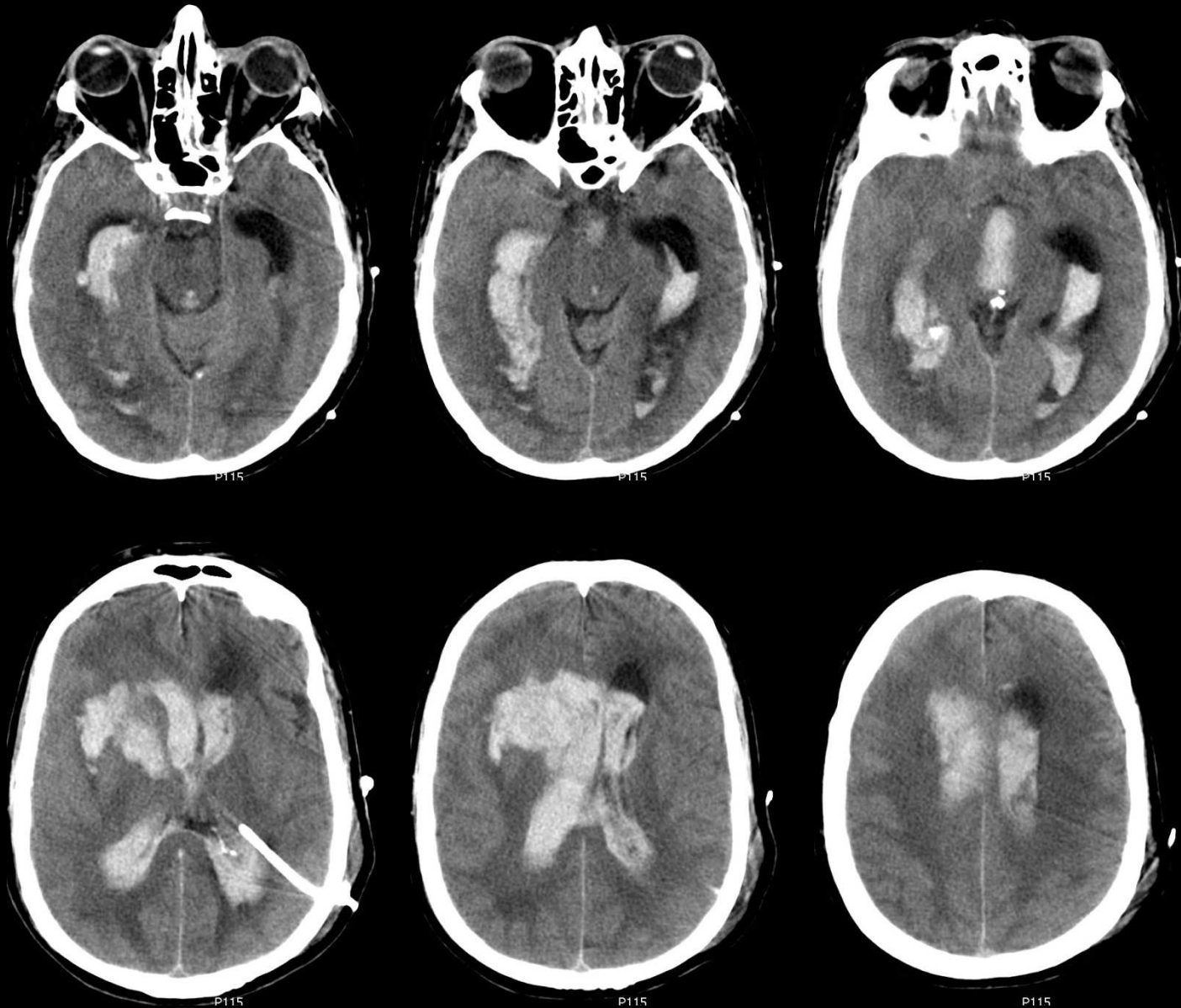
hématome sous-dural



Hématome sous dural aigu hémisphérique droit  
Engagement sous falcoriel et temporal droit



Hématome profond frontal droit avec hémorragie intra-ventriculaire et engagement sous falcoriel



## Conduite à tenir chez votre patiente ?

- **Arrêt de l' AVK** et des AINS
- Administration de **vitamine K1** (voie orale 3-5mg)
- Si saignement majeur voie IV 10 mg IVL AR toutes les 6-12h/ PPSB (facteurs 2,7,9et 10)ou PFC
- **INR** 2 fois par jour
- Correction des tares associées: insuffisance rénale déshydratation
- Contrôle TA :seringue électrique, arrêt IEC
- Transfusion sanguine selon tolérance de l' anémie
- Réévaluer utilité du traitement anticoagulant (**bénéfice/risque**)
- Réintroduction d' une héparinothérapie dès INR normal
- Évacuation de l' hématome si compressif

## **Accidents sous héparine.....**

**-Hémorragiques : de même type**

- Surviennent surtout lors des traitements curatifs par HNF**
- moins fréquents avec les HBPM**
- Accidents peuvent survenir aussi à dose thérapeutique**
- Antidote sulfate de protamine**

**- Autres :**

- Thrombopénies induites associée à des thromboses veineuses ou artérielles même EP**
- Allergies**
- Ostéoporose lors des ttt prolongés**

## ***Anticoagulation***

***Toujours évaluer le bénéfice risque***

***Éducation du patient***

***Interactions médicamenteuses***

***Tares associées***

***Surveillance INR pour AVK***

***anti Xa TCA et plaquettes pour héparine.....***

***Merci.....***