

Accidents des anticoagulants

Insérer les T1

Objectifs pédagogiques

ENC

Diagnostiquer un accident des anticoagulants.

Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

COFER

Connaître les signes cliniques, les données d'examens complémentaires et les complications d'une cruralgie par hématome du psoas.

Connaître les principes généraux de la prise en charge d'un hématome du psoas par surdosage en antivitamine K (AVK), évoquer les hématomes musculaires en général.

Connaître les précautions à prendre avant une infiltration articulaire périphérique et rachidienne chez un patient sous antiagrégant plaquettaire ou sous AVK.

Savoir reconnaître une hémarthrose et son origine iatrogène.

Connaître les interactions entre anticoagulants et médicaments rhumatologiques.

Principe de prise en charge des arthropathies hémophiliques à la phase aiguë et au stade d'arthropathie constituée.

CRURALGIE PAR HEMATOME DU PSOAS

L'hématome de la gaine du psoas est un accident hémorragique majeur d'un traitement anticoagulant (TAC), le plus souvent par AVK. Un tel accident doit être évoqué systématiquement chez un patient souffrant d'une cruralgie (cf. chapitre 38) et recevant un TAC. Les signes suivants sont alors évocateurs.

Signes cliniques

À l'interrogatoire

On recherche la notion de TAC, c'est-à-dire systématiquement :

- une augmentation récente de la dose d'AC ;
- l'absence de surveillance biologique régulière du TAC ;
- un surdosage biologique récent (INR > 3) ;
- une interaction avec un autre médicament débuté récemment ou dont la dose aura été récemment modifiée ;
- une modification récente du régime alimentaire.

Sont aussi à rechercher :

- l'absence d'antécédent de lombalgie ou de radiculalgie ;
- une cruralgie sans lombalgie associée ;
- une cruralgie de début aigu, très intense, avec un psoïtis (contracture douloureuse, permanente et invincible du psoas à l'origine d'une flexion irréductible de la hanche) et une impotence fonctionnelle totale ;
- parfois, une douleur de la fosse iliaque.

À l'examen clinique

On recherche :

- un psoïtis ;
- un déficit neurologique sensitif (hypoesthésie superficielle à la face antérieure de la cuisse) et moteur (parésie ou paralysie du quadriceps) ;
- parfois, une douleur de la fosse iliaque, profonde, à la palpation.

Explorations complémentaires

- La mesure de l'INR : supérieur à 3, habituellement supérieur à 5.
- La disparition de l'ombre du psoas sur une radiographie du rachis lombaire de face ou sur un ASP.
- L'hématome du psoas visualisé par l'échographie ou par le scanner abdominal.

TRAITEMENT D'UN HEMATOME MUSCULAIRE PAR SURDOSAGE EN AVK

Toute cruralgie ou toute douleur musculaire aiguë, spontanée ou d'origine traumatique (traumatisme direct ou indirect), survenue sous AVK, doit faire évoquer l'hypothèse d'un hématome musculaire et impose :

- l'arrêt immédiat de l'effort éventuel, la mise au repos et l'application de glace sur le muscle ;
- la réalisation d'examen biologiques en urgence : groupe, rhésus, RAI, NFS, plaquettes, INR, créatininémie, ionogramme sanguin ;
- l'évaluation de la gravité de l'hématome :
 - intensité de la douleur ;
 - retentissement de l'hémorragie : anémie, trouble hémodynamique (FC, PA) ;
 - volume de l'hématome (tuméfaction musculaire, échographie/scanner)

Dans le cas d'une cruralgie ou d'une douleur musculaire aiguë avec volumineux hématome, ou dans le cas d'un INR > 20 : correction du retentissement de l'hémorragie ; traitement antalgique, administration d'une dose de 10 mg de vitamine K par voie intraveineuse lente, associée selon l'urgence à du plasma frais congelé ou à un concentré de facteurs vitamine K-dépendants (*Kaskadil*) ; après correction du trouble de l'hémostase, l'évacuation de l'hématome peut-être discutée : ponction guidée par l'échographie ou le scanner, ou évacuation chirurgicale en cas de volumineux hématome inaccessible à la ponction ou après échec de la ponction.

En cas d'hématome de petit volume, sans retentissement : supprimer une ou deux prises d'AVK et administrer de la vitamine K per os selon l'INR (1 à 2 mg si $5 < \text{INR} < 10$ ou 3 à 5 mg si $10 < \text{INR} < 20$) ; contrôler l'INR toutes les 12 à 24 heures : une nouvelle administration de vitamine K est parfois nécessaire.

Dans tous les cas la guérison de l'hématome sera suivie par l'échographie ou le scanner.

INFILTRATION ARTICULAIRE PERIPHERIQUE ET RACHIDIENNE SOUS ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE OU SOUS AVK

La réalisation d'une infiltration articulaire périphérique ou rachidienne n'est habituellement pas une nécessité urgente. Le risque de complication hémorragique d'un tel geste réalisé chez un patient sous TAC est faible mais justifie l'évaluation préalable du rapport bénéfice attendu/risque.

Infiltrations rachidiennes de corticoïdes

Une infiltration rachidienne réalisée chez un patient sous TAC lui fait courir le risque d'une hémorragie intrarachidienne dont les conséquences sont graves. Ainsi, un traitement par AVK est une contre-indication aux infiltrations rachidiennes de corticoïdes. Si une infiltration rachidienne est nécessaire, l'AVK sera interrompu et relayé par une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) ; l'infiltration sera réalisée lorsque l'INR sera inférieur à 1,5 et 24 h après l'injection d'HBPM.

Un traitement par antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel [*Plavix*], ticlopidine [*Ticlid*]), ou par un AINS ayant des propriétés d'antiagrégant plaquettaire, ne constitue pas une contre-indication absolue à une infiltration *péridurale*. Il est possible (indication hors AMM) de relayer le traitement antiagrégant plaquettaire par le flurbiprofène (*Cébutid*) à la dose de 50 mg matin et soir. L'infiltration péridurale sera réalisée 10 jours après l'arrêt de l'antiagrégant plaquettaire et 24 heures après la dernière prise de flurbiprofène.

Infiltration articulaire périphérique (corticoïde ou autre produit)

Le risque d'une infiltration articulaire périphérique chez un patient sous TAC est la survenue d'une hémarthrose. En cas de traitement par AVK, l'arrêt de l'AVK et son relais par HBPM sont conseillés. Un traitement par antiagrégant plaquettaire peut être poursuivi.

RECONNAITRE UNE HEMARTHROSE ET SON ORIGINE

IATROGENE

Toute arthralgie aiguë survenant chez un patient sous TAC doit faire évoquer l'hypothèse d'une hémarthrose. La conduite à tenir définie pour un hématome musculaire (*cf. supra*) s'applique à cette situation. Dans le cas d'une articulation profonde, l'échographie est utile pour montrer l'existence d'un épanchement articulaire et pour en apprécier le volume. Chez un patient indemne de pathologie articulaire, la nature hématique de l'épanchement articulaire est hautement probable et la vérification par la ponction articulaire est rarement nécessaire. Dans le cas d'une articulation pathologique (antécédent rhumatismal, traumatique, chirurgical, etc.), la nature hématique de l'épanchement peut être évoquée par l'échographie (épanchement hétérogène) mais nécessite parfois d'être confirmée par la ponction articulaire permettant de réaliser une analyse bactériologique du liquide articulaire afin d'éliminer l'hypothèse d'une arthrite septique.

Le traitement de l'hémarthrose suivra la procédure définie pour le traitement d'un hématome musculaire (*cf. supra*).

INTERACTIONS DES AVK AVEC LES MEDICAMENTS UTILISES EN RHUMATOLOGIE

Associations contre-indiquées : aspirine à forte dose, AINS pyrazolés.

Associations déconseillées : aspirine à faible dose, AINS (y compris les coxibs), allopurinol, benzbromarone, corticoïdes, cytotoxiques.

ARTHROPATHIES HEMOPHILIQUES

L'hémarthrose aiguë nécessite :

- l'immobilisation de l'articulation (attelle ou orthèse) associée à des antalgiques ;
- la perfusion immédiate de facteurs IX ou X ;
- la ponction-évacuation de l'épanchement si il est volumineux ;
- d'éviter la prescription d'aspirine et/ou d'AINS augmentant le risque hémorragique.

Le **traitement prophylactique des hémarthroses** repose sur les perfusions régulières de concentrés de facteurs lorsque les hémarthroses sont fréquentes.

En cas de **synovite chronique**, une synoviorthèse isotopique est indiquée chez l'adulte.

Le **traitement chirurgical** (arthroscopie plutôt que chirurgie à ciel ouvert) est indiqué en cas de synovite chronique rebelle ou de blocage articulaire. En cas d'arthropathie évoluée, la mise en place d'une arthroplastie totale est discutée.

Dans tous les cas, la **rééducation fonctionnelle** est capitale pour lutter contre les raideurs et les attitudes vicieuses.

Points clés

- Toute arthralgie aiguë, toute douleur musculaire aiguë, toute cruralgie spontanée ou d'origine traumatique (traumatisme direct ou indirect), survenue sous TAC, doit faire évoquer l'hypothèse d'une hémarthrose ou d'un hématome musculaire.
- Une cruralgie avec psoïtis chez un patient sous TAC doit faire évoquer l'hypothèse d'un hématome de la gaine du psoas.
- La réalisation d'une infiltration articulaire périphérique ou rachidienne chez un patient sous TAC justifie l'évaluation préalable du rapport bénéfice attendu/risque de complication hémorragique.