

Patiente de 90 ans, adressée aux urgences pour douleurs abdominales et asthénie depuis 24h.

ATCD : démence de type Alzheimer, FA, insuffisance cardiaque.

Traitement habituel : coumadine, cardensiel, lasilix, diffu-k, risperidone, tiapridal.

- Examen clinique : pâleur cutanéomuqueuse douleurs abdominales diffuses.

- Biologie :

Hb 8,7 g/dL, VGM 94 fL

GB 26 g/L, PNN 22 G/L, CRP 155 mg/L

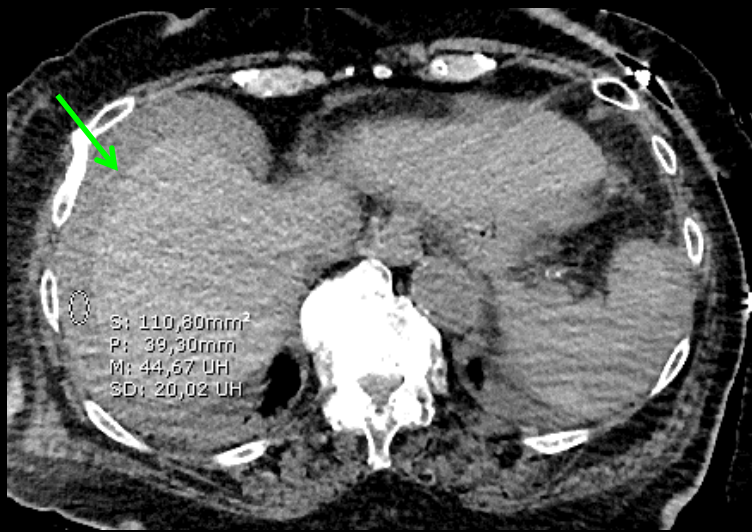
créatininémie 20,5 mg/L (MDRD 23 mL/min/1,73 m²)

INR 2,2

Puis déglobulisation : Hb => 7,2 g/dL

Sans injection. Quels sont les items significatifs à retenir sur les images du scanner non injecté en raison de l'insuffisance rénale

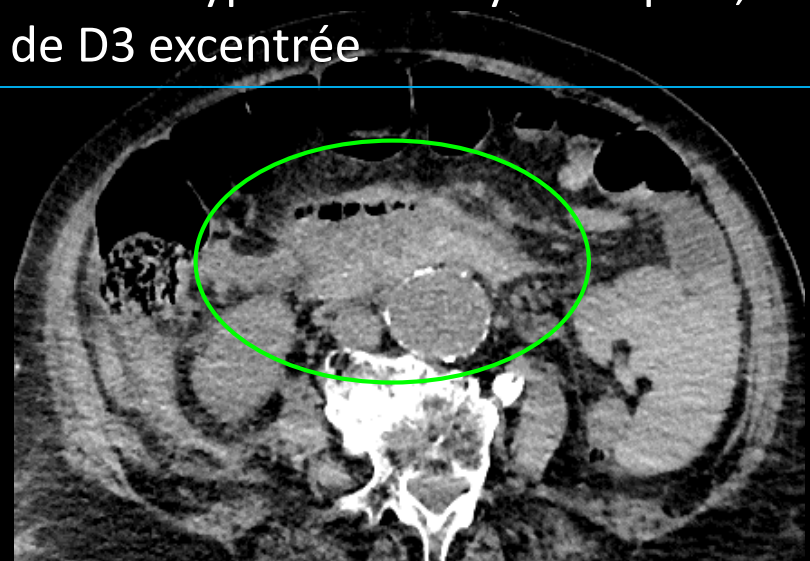
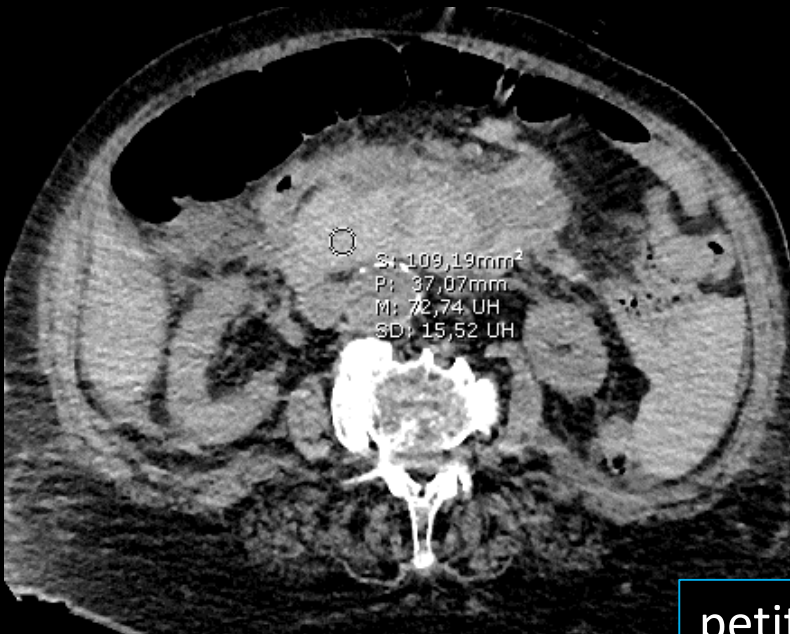




hémopéritoine



Hématome sous séreux du duodénum,
épaississement hyperdense asymétrique ;
lumière de D3 excentrée

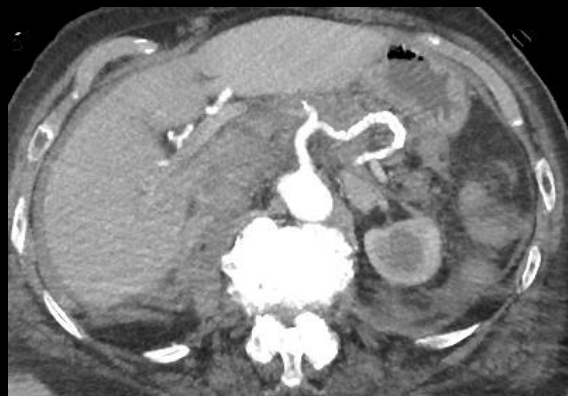
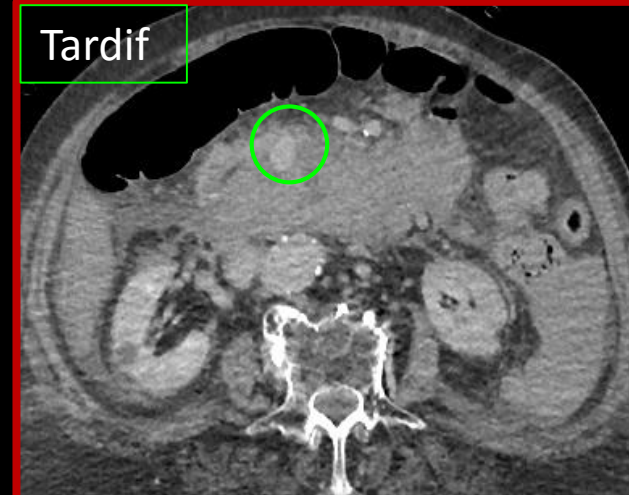
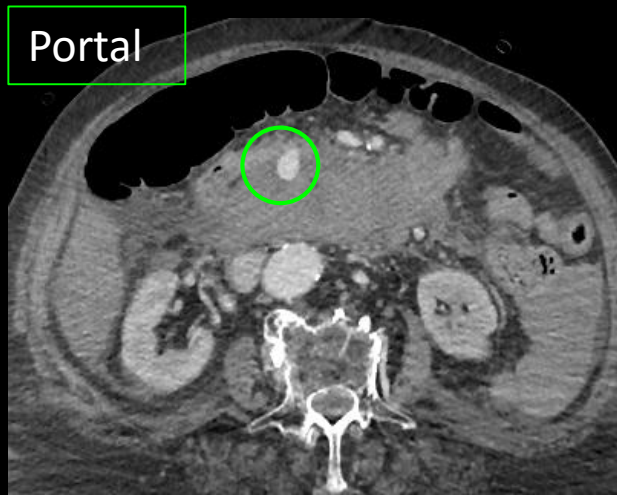
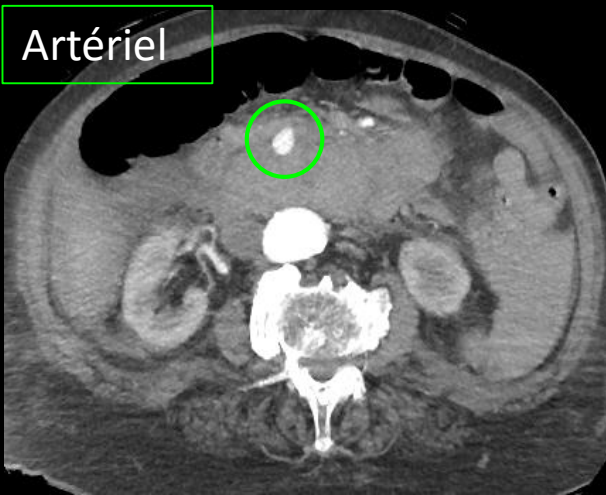


petit anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale,

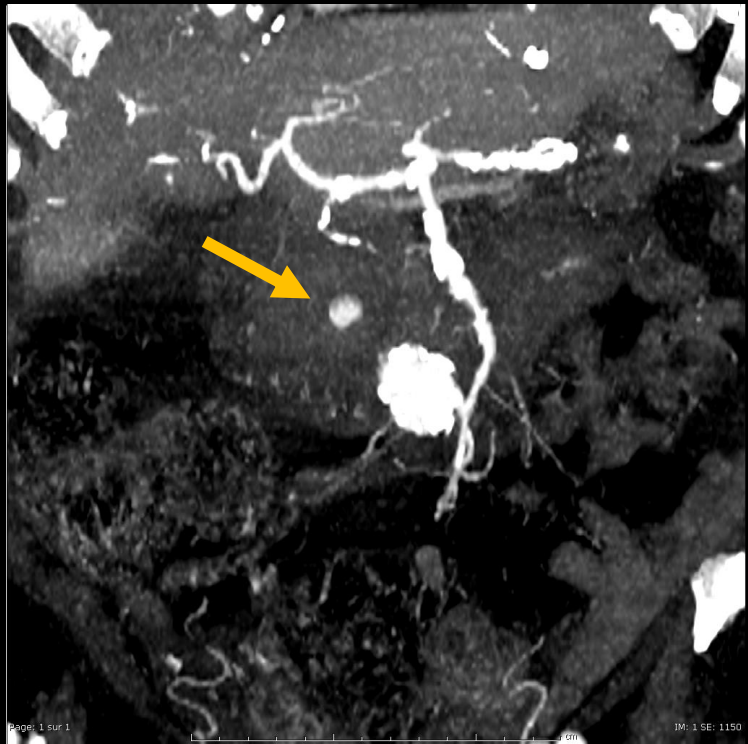
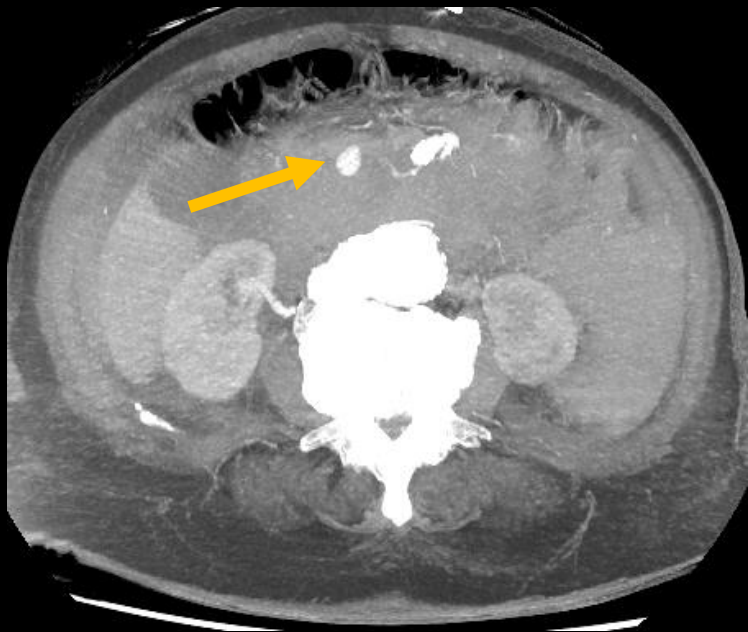
Artériel

Portal

Tardif



faux anévrysme de 16 mm à la face postérieure de D3
développé aux dépends de l'**artère pancréatico-
duodénale antérieure**, sans saignement actif objectivé
sur l'acquisition retardée



- Endoscopie OGD : pas de saignement intra-duodéal
- Echec d'embolisation
(aorte anévrysmale, réseau iliaque sinueux =>
impossibilité d'aborder sélectivement le tronc
cœliaque et l'AMS)
- Surveillance en hospitalisation.
- Arrêt définitif des AVK.

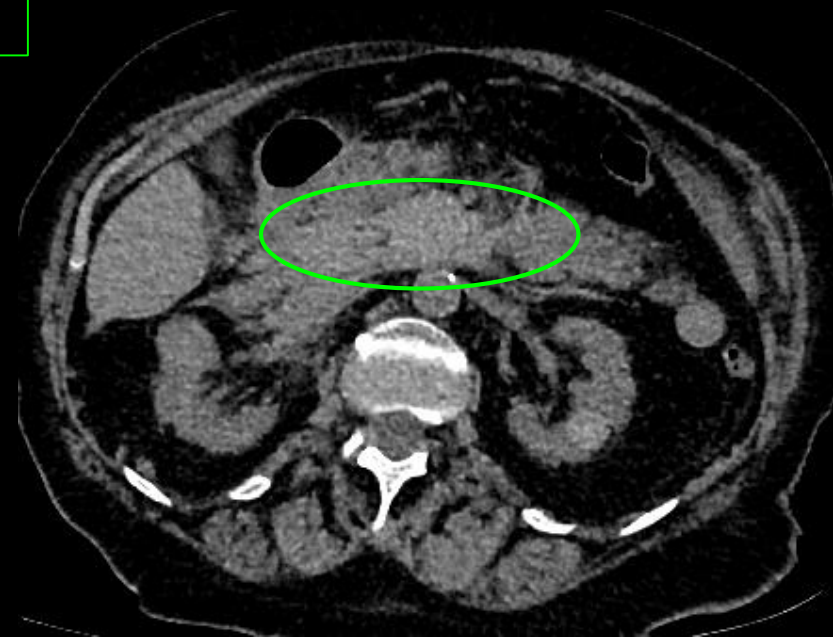
Patiente de 89 ans, sous PREVISCAN pour FA.
Adressée par l'EHPAD au SAU pour épigastralgies
évoluant depuis 48h.

Bio : INR 1,8, Hb 14 g/dL, Lipase N, bilan
hépatique normal, pas de syndrome
inflammatoire biologique.

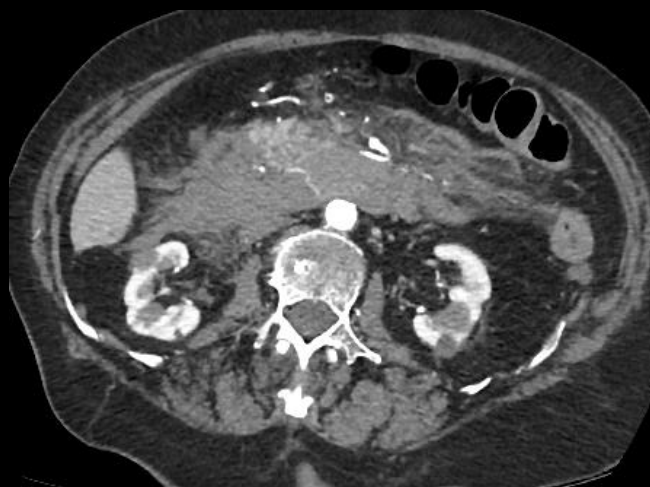
Demande de TDM pour suspicion de syndrome
occlusif.



Sans injection



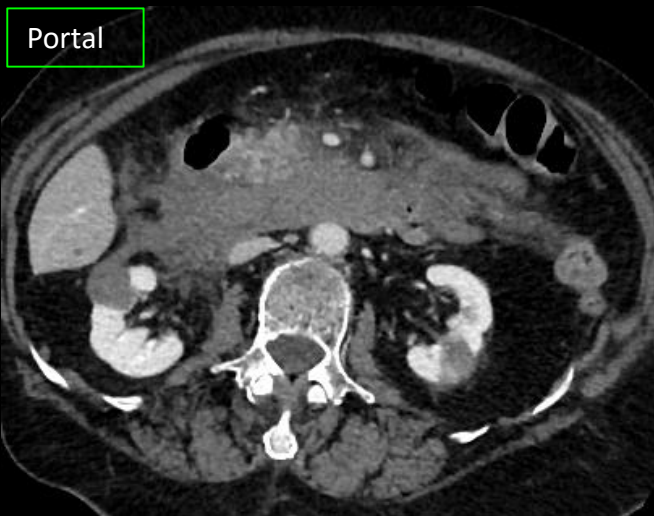
Artériel



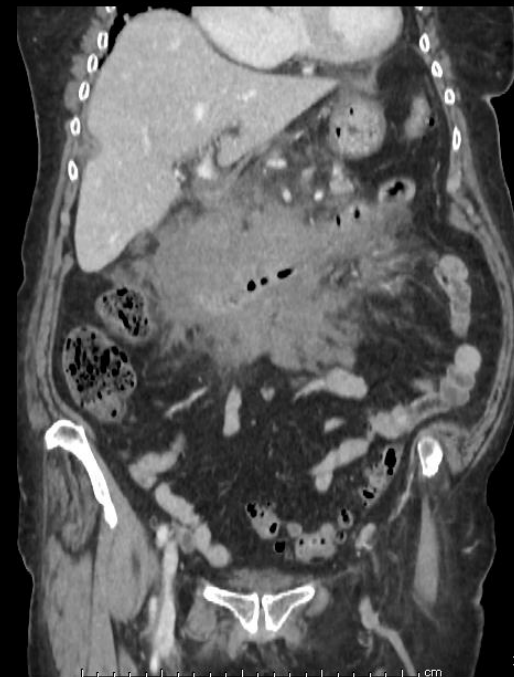
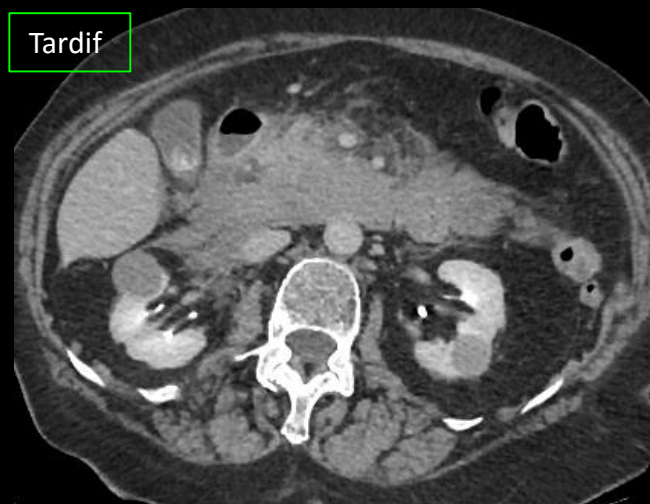
Hématome rétro péritonéal de 130 x 26 x 36 mm

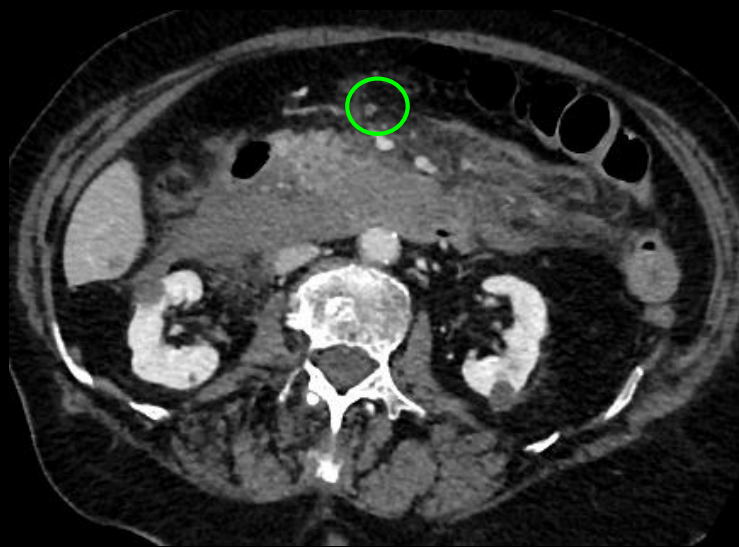
Pas de saignement actif

Portal



Tardif





Artériel

Portal

- Surveillance en hospitalisation.
- TDM de contrôle à 48h : régression de l'hématome.



Hématomes rétro-péritonéaux

➤ Causes

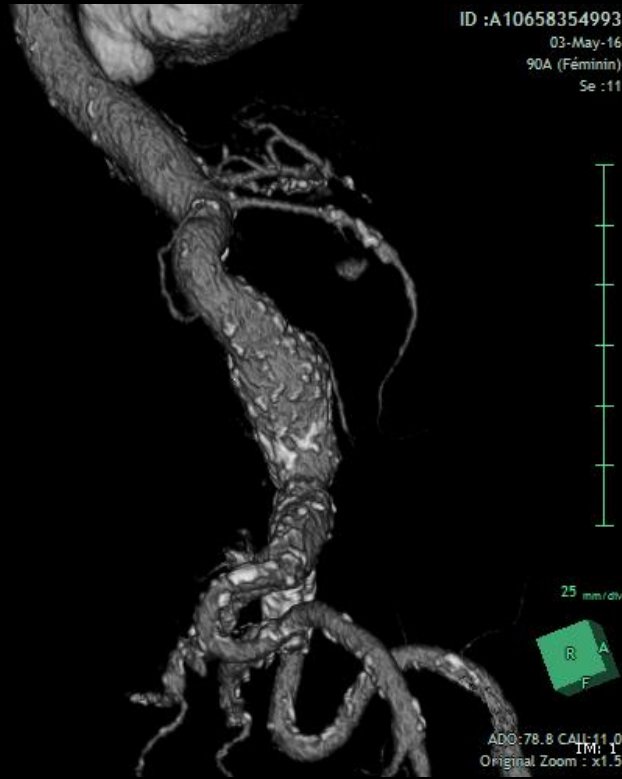
- Spontanés, sous anticoagulants
- Pancréatites
- Anévrysmes
- **Faux-anévrysmes** (origine infectieuse, inflammatoire, iatrogène, ou pancréatite)

Hématomes rétro-péritonéaux

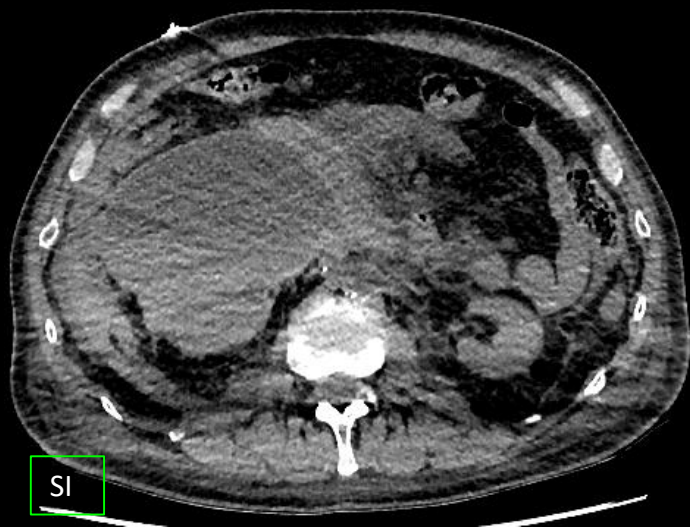
➤ Imagerie

- TDM sans injection: hyperdensité "**hématome sentinelle**"
- Temps artériel différé: **extravasa** correspondant à la lumière du faux anévrysme
- Temps portal et tardif: **caractère actif du saignement**
- Acquisition en **coupes fines** +++ (post-traitement vasculaire)





Patient de 72 ans sous HNF. **Choc** hémorragique, douleurs abdominales avec masse palpée.



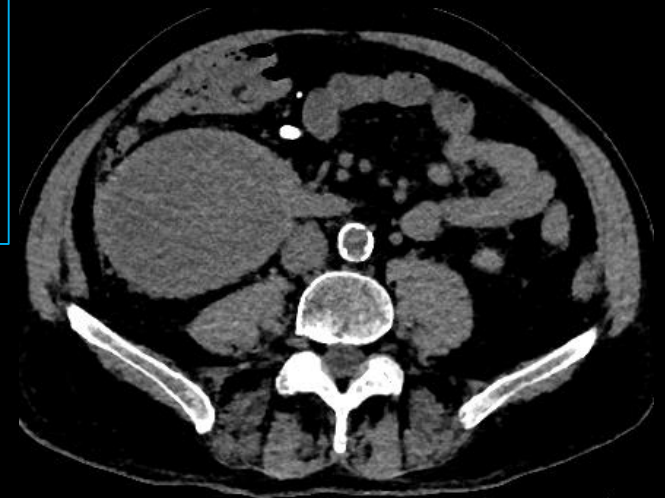
Hématome rétro
péritonéal avec
saignement artériel
actif en son sein.



=> Embolisation d'une **artère pancréatico-duodénale**



TDM de contrôle :
Pas de saignement actif.
Diminution de
l'hématome.



Hématomes rétro-péritonéaux

➤ Traitement

- Embolisation
- Cause (arrêt des AVK)
- Transfusion ...

Diagnostic différentiel

Hématomes duodénaux

➤ 2 types

- **Sous-séreux :**

- post-traumatiques
- enfants
- lumière digestive **excentrée**

- **Sous-muqueux :**

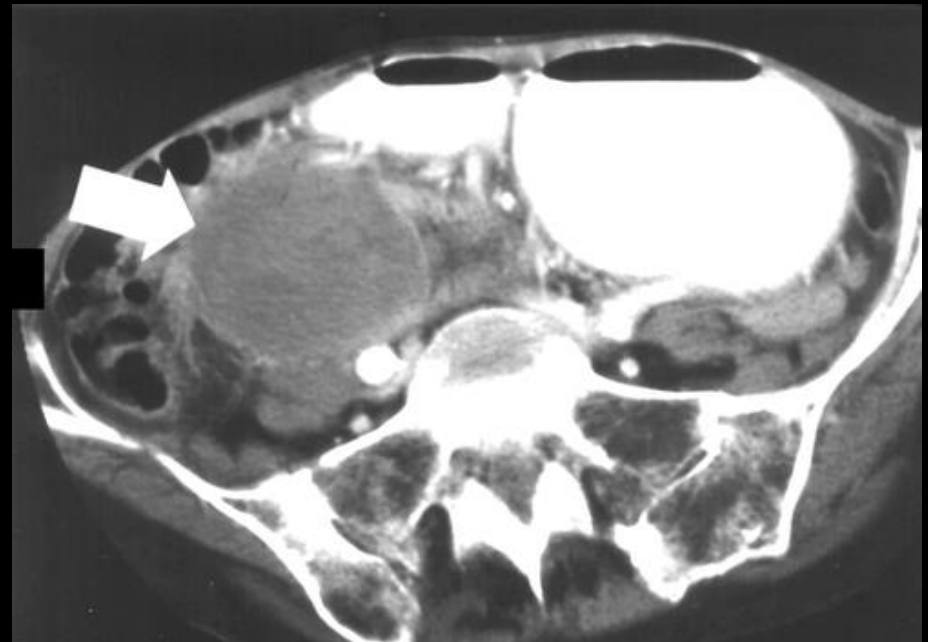
- surdosage en **AVK**, **iatrogènes**, vascularites, **pancréatites**
- **circonférentiels**, lumière digestive réduite mais centrée



Patiente de 84 ans , surdosage en AVK.

Dilatation gastrique , de la vésicule biliaire et des canaux pancréatiques

Hématome duodénal responsable de l'obstruction.



Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. AJR Am J Roentgenol.2002 Dec;179(6):1389-94.

Conclusion

Hématomes rétro-péritonéaux

- Clinique non spécifique
- Parfois, pas de cause retrouvée
- **Angioscanner abdominal** indispensable
 - Éliminer un **saignement actif**
 - Traquer un **faux-anévrisme** potentiellement embolisable
 - Coupes fines et **reformations** +++

références

- Jose P, Achuthan R, Sagar P. Acute abdomen due to retroperitoneal haematoma: a surgical dilemma. BMJ Case Rep.2009.
- Toyonaga T, Nagaoka S, Ouchida K, Nagata M, Shirota T, Ogawa T, et al. Case of a bleeding pseudoaneurysm of the middle colic artery complicating acute pancreatitis. Hepatogastroenterology. 2002;49(46):1141-3.
- Takei T, Sakai M, Suzuki T, Yamamoto Y, Ogasawara Y, Shimizu T, et al. Surgical Resection of a Ruptured Pancreaticoduodenal Artery Aneurysm. Am J Case Rep. 2016;17:39-42.
- Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. AJR Am J Roentgenol.2002 Dec;179(6):1389-94..