

# Une ordonnance qui saigne ?

LEBEAU Aurore DESMG et BANWARTH Pierre DESCMU  
SAU CH Belfort

## TABLEAU CLINIQUE

- Femme de 80 ans ayant subi une chute il y a 2 jours en glissant de son fauteuil.
- Adressée pour **suspicion de fracture du col du fémur**.
- Appel de la maison de retraite : patiente très demandeuse de soins et d'attention, adressée aux urgences à sa demande. Traitée depuis une semaine par antibiothérapie pour une infection urinaire.

## CONTEXTE

- ATCD médicaux : HTA, cancer du sein g en 1990 traité par radio et chimiothérapie, phlébite et EP post op en 1994, AVC ischémique avec monoparésie MID en 1995, perméabilité du foramen ovale, DNID, anxio-dépression.
- ATCD chirurgicaux : fracture luxation de l'épaule g en août 2009, rupture de la coiffe des rotateurs et omarthrose droite, tassements vertébraux et spondylolisthésis L5S1, luxation de l'épaule g en mai 2008, fracture de l'humérus g en 2009.
- Traitement en cours : **DUROGESIC 1/24h**, EFFERALGAN 1g 3/J, **IMOVANE 7.5** 0 0 0 1, **CITALOPRAM 20** 1 0 0, **LAROXYL** 0 0 0 15, **LASILIX 60** 1 0 0, **PREVISCAN** 0 0 1, **SERESTA 50** 0 0 0 1, **RISPERDAL 1 mg** 1/2 0 1/2

## EXAMEN CLINIQUE

- Cardio : BDC réguliers, sans souffle perçu, pouls périphériques bien perçus, pâleur cutanéomuqueuse
- Pulmonaire : dyspnée au moindre effort, auscultation difficile
- Abdominal : abdo souple, douleur à la palpation de la fosse iliaque droite, pas de défense ni de contracture, BHA ++. Pas de signes fonctionnels urinaires ni digestifs.
- Locomoteur : mobilisation active et passive de hanche droite possible mais douloureuse.
- Neurologie : patiente orientée, examen des paires crâniennes normal, ROT MS et MI normaux et symétriques, pas de signes de Lasègue, pas de signes de Babinski.

## RADIOGRAPHIES STANDARDS

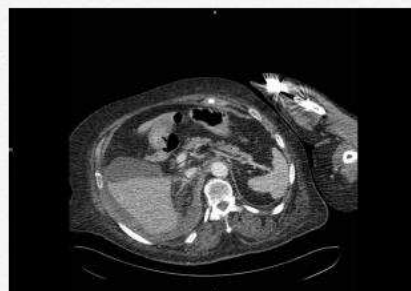


- Radiographie de hanche droite : doute sur fissure ou trait de fracture longitudinal de l'extrémité supérieure de fémur droit.
- Radiographie de thorax de face : RP de mauvaise qualité au lit sans foyer individualisable.
- Problème posé : **persistance d'un doute clinique** avec incohérence entre la clinique et l'interprétation des radiographies.

## BILAN AU SAU

- Constantes : TA 138/55, satO2 91%, T° 37,9°C
- ECG : RSR pas de troubles de conduction ni de troubles de repolarisation.
- BU : densité 1 , pH: 8 , protides +++  
ECBU envoyée
- Biologie : **INR 6.16 Hb 8.7 g/dl GB 17.20 g/l CRP 66 CPK 1405**

## TDM injecté : comment répondre au doute clinique



## Diagnostic et prise en charge immédiate

- Diagnostic : Il s'agit d'un **hématome du muscle iliopsoas droit** avec saignement actif au niveau du chef iliaque. Le saignement actif est confirmé par une prise de contraste au temps tardif. Il existe par ailleurs un épanchement périhépatique et un refoulement du rein droit. Pas de lésions osseuses du bassin ni de la hanche droite.
- PEC immédiate : **antagonisation des AVK** par 8 ampoules de Kaskadil, réalisation d'un bilan prétransfusionnel après accord de la patiente et commande en urgence relative de 2 CG phénotypés, antalgiques et demande d'un avis chirurgical.
- Avis chirurgical : pas d'indication chirurgicale malgré le saignement actif, surveillance dans un service d'hospitalisation de courte durée.

## PEC A LA 24ème HEURE

- Cliniquement : **persistance de la stabilité hémodynamique**, augmentation de la pâleur cutanée, persistance des douleurs, **augmentation du volume de la cuisse droite**.
- A la biologie de contrôle le lendemain matin : **Hb à 6.6 g/dl** malgré la transfusion de 3 CG au total.
- Nouvelle interprétation des images et nouvel avis chirurgical : **indication de radiologie interventionnelle** pour embolisation sélective.
- Décision de transport médicalisé sur le CHU de Besançon avec remplissage actif et transfusion de culot globulaire.

## PEC au CHU

- Au cours du transport, une seule voie périphérique efficace, TA entre 160 et 120.
- Prise en charge immédiate en radiologie interventionnelle, patiente en état de choc sur table : embolisation sélective des artères lombaires droites avec succès.
- Puis réévaluation clinique, devant l'abondance du saignement et la mise en évidence d'une paralysie obturatrice : prise en charge chirurgicale pour évacuation de l'hématome.
- Amélioration clinique et retour prévu en maison de retraite.

## CONCLUSION

- Se méfier des chutes de faible cinétique de la personne âgée.
- **Nettoyage de pancarte** : réévaluer le bénéfice/risque d'un traitement en particulier des anticoagulants et des psychotropes chez la personne âgée.
- **Ne pas hésiter à redemander un avis** devant une évolution clinique.
- Toujours **argumenter** une demande d'examen complémentaire.