

Item 182 : Accidents des anticoagulants

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1	Cruralgie par hématome du psoas.....	1
1.1	Signes évocateurs d'un hématome du psoas devant une cruralgie.....	1
1.1.1	À l'interrogatoire.....	1
1.1.2	À l'examen clinique.....	1
1.1.3	Explorations complémentaires.....	1
1.2	Diagnostic positif.....	1
2	Traitement d'un hématome musculaire par surdosage en AVK.....	2
3	Infiltration articulaire périphérique et rachidienne sous antiagrégant plaquettaire ou sous AVK.....	3
3.1	Infiltrations rachidiennes de corticoïdes.....	1
3.2	Infiltration articulaire périphérique (corticoïde ou autre produit).....	1
4	Reconnaître une hémarthrose et son origine iatrogène.....	4
5	Interactions des AVK avec les médicaments utilisés en rhumatologie.....	5
5.1	Associations contre-indiquées.....	1
5.2	Associations déconseillées.....	1
5.3	Associations nécessitant des précautions d'emploi.....	1
6	Arthropathies hémophiliques.....	6

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer un accident des anticoagulants.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

SPECIFIQUE :

- 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, 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 antivitamine K.
- 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.

I CRURALGIE PAR HÉMATOME DU PSOAS

L'hématome de la gaine du psoas est un accident hémorragique majeur d'un traitement anticoagulant, le plus souvent par antivitamine K (AVK). Un tel accident doit être évoqué systématiquement chez un patient souffrant d'une cruralgie (cf. chapitre 34) et recevant un traitement anticoagulant.

I.1 SIGNES ÉVOCATEURS D'UN HEMATOME DU PSOAS DEVANT UNE CRURALGIE

I.1.1 À l'interrogatoire

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

- une augmentation récente de la dose du traitement anticoagulant ;
- l'absence de surveillance biologique régulière du traitement anticoagulant ;
- 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 une impotence fonctionnelle totale ;
- parfois, une douleur de la fosse iliaque.

I.1.2 À l'examen clinique

On recherche :

- un psoïtis (contracture douloureuse, permanente et invincible du psoas à l'origine d'une flexion irréductible de la hanche) ; cet élément clinique est très évocateur, ce d'autant qu'il ne se retrouve pas normalement dans une cruralgie banale ;
- 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.

I.1.3 Explorations complémentaires

- INR supérieur à 3, habituellement supérieur à 5.
- Disparition de l'ombre du psoas sur une radiographie du rachis lombaire de face ou sur un ASP;

I.2. DIAGNOSTIC POSITIF

En cas de suspicion d'hématome du psoas, demander une imagerie permettant de le visualiser : échographie ou scanner abdomino-pelvien.

II TRAITEMENT D'UN HÉMATOME 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, numération-formule sanguine, plaquettes, INR, créatininémie, ionogramme sanguin ;
- l'évaluation de la gravité de l'hématome :
 - intensité de la douleur ;
 - retentissement de l'hémorragie : anémie, trouble hémodynamique (fréquence cardiaque, pression artérielle) ;
 - 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 est parfois discutée, mais avec beaucoup de prudence : ponction guidée par l'échographie ou le scanner, voire évacuation chirurgicale si absolument nécessaire.

En cas d'hématome de petit volume, sans retentissement : antalgiques (en évitant le paracétamol qui peut augmenter l'INR), suppression d'une ou deux prises d'AVK, administration de 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 douze à vingt-quatre 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.

III INFILTRATION ARTICULAIRE PÉRIPHÉRIQUE ET RACHIDIENNE SOUS ANTIAGRÉGANT 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 traitement anticoagulant est faible mais justifie l'évaluation préalable du rapport bénéfice attendu/risque.

III.1 INFILTRATIONS RACHIDIENNES DE CORTICOÏDES

Une infiltration rachidienne réalisée chez un patient sous traitement anticoagulant 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 vingt-quatre heures après l'injection d'HBPM.

Une infiltration péridurale n'est pas recommandée en cas de traitement par antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel [Plavix], ticlopidine [Ticlid]), ou par un AINS ayant des propriétés d'antiagrégant plaquettaire. Si une telle infiltration est nécessaire, 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 dix jours après l'arrêt de l'antiagrégant plaquettaire et vingt-quatre heures après la dernière prise de flurbiprofène.

III.2 INFILTRATION ARTICULAIRE PÉRIPHÉRIQUE (corticoïde ou autre produit)

Le risque d'une infiltration articulaire périphérique chez un patient sous traitement anticoagulant est la survenue d'une hémarthrose. L'indication d'un tel geste doit être soupesée avec soin en tenant compte du bilan de coagulation, de la balance bénéfices/risques et de la nature de l'articulation (risques plus importants si articulation profonde). Un traitement par antiagrégant plaquettaire peut être poursuivi.

IV RECONNAÎTRE UNE HÉMARTHROSE ET SON ORIGINE IATROGÈNE

Toute arthralgie aiguë survenant chez un patient sous traitement anticoagulant 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).

V INTERACTIONS DES AVK AVEC LES MÉDICAMENTS UTILISÉS EN RHUMATOLOGIE

V.1 ASSOCIATIONS CONTRE-INDIQUÉES

- Aspirine à forte dose : augmentation de l'effet anticoagulant et du risque hémorragique en raison de l'inhibition de l'agrégation plaquettaire et de la modification de la liaison de l'anticoagulant aux protéines plasmatiques.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens pyrazolés : augmentation du risque hémorragique par inhibition de la fonction plaquettaire et en raison de l'agression de la muqueuse gastroduodénale.

V.2 ASSOCIATIONS DÉCONSEILLÉES

- Aspirine à faible dose : augmentation de l'effet anticoagulant et du risque hémorragique en raison de l'inhibition de l'agrégation plaquettaire.
- Autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris inhibiteurs sélectifs de la Cox-2, coxibs) : augmentation du risque hémorragique par inhibition de la fonction plaquettaire pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens non sélectifs, et agression de la muqueuse gastroduodénale.

V.3 ASSOCIATIONS NÉCESSITANT DES PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- Allopurinol : augmentation de l'effet anticoagulant et du risque hémorragique en raison d'une interaction avec le métabolisme hépatique des AVK.
- Corticoïdes : modifications possibles du métabolisme des AVK et risques hémorragiques propres des corticoïdes.
- Paracétamol : bien que cette notion soit peu connue, il convient de savoir que le paracétamol peut provoquer une augmentation de l'INR, de façon dose-dépendante, par interaction avec le métabolisme hépatique.

(Recommandation : Haute Autorité de Santé. Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier [en ligne]. Avril 2008.)

VI ARTHROPATHIES HÉMOPHILIQUES

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 s'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.

VII ANNEXES

RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé. Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier [en ligne]. Avril 2008. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier