

# Syndrome occlusif révélant un hématome jéjunal intra mural

## Occlusive syndrome revealing an intramural jejunal hematoma

**Ghorbel. S, Tilouche. S, Kammoun. H, Soyah. N, Kebaili. R, Kahloul. N, Bouguila. J, Boughamoura. L**

Service de pédiatrie CHU Farhat Hached Sousse  
Faculté de médecine de Sousse. TUNISIE

### RÉSUMÉ

L'hématome jéjunal intra-mural est une affection très rare. Elle survient plus fréquemment chez les enfants, parfois de manière spontanée, surtout chez les patients à haut risque hémorragique. Une patiente âgée de 6 ans, connue atteinte d'une anémie de Fanconi, a présenté une succession de syndrome hémorragique puis occlusif. Elle a subi un traumatisme abdominal contondant un jour avant la présentation. La tomодensitométrie abdominale (TDM) a révélé un hématome jéjunal avec des signes d'obstruction complète. Un essai de prise en charge non opératoire a été efficace. L'hématome intra mural spontané de l'intestin grêle est de plus en plus reconnu comme une complication des troubles hémorragiques. L'anémie de Fanconi peut exposer à cette pathologie par le biais d'une thrombopénie centrale. Les patients peuvent développer, en plus du syndrome hémorragique digestif, une occlusion intestinale aiguë. La tomодensitométrie abdominale (TDM) est la technique d'imagerie de choix pour le diagnostic. Un traitement conservateur est généralement suffisant. L'association de douleurs abdominales, de symptomatologie hémorragique et/ou occlusive chez les patients atteints d'anémie de Fanconi doit suggérer le diagnostic d'hématome intra-mural de l'intestin. Un diagnostic précoce est crucial car il indique un traitement conservateur chez les patients stables.

### ABSTRACT

Intramural jejunal hematoma is a very rare condition with only few cases reported in the literature. It rarely occurs spontaneously, and is mostly seen in hemophiliac patients and is also associated with abdominal trauma. It occurs more commonly in children than in adults and can present with features of intestinal obstruction. A 6-year-old girl, known to have Fanconi anemia, presented with an hemorrhagic syndrome and then with features of intestinal obstruction. He sustained a blunt abdominal trauma one day prior to presentation. Abdominal computed tomography (CT) revealed jejunal hematoma with signs of complete obstruction. A trial of non-operative management was effective. Spontaneous intramural hematoma of the small intestine is increasingly recognized as a complication of bleeding disorders and anticoagulant therapy. Patients can develop digestive hemorrhagic syndrome and acute bowel obstruction. Abdominal computed tomography (CT) y is the imaging technique of choice for diagnosis. Conservative therapy is usually sufficient. The association of abdominal pain, hemorrhagic and / or occlusive in patients with Fanconi anemia should suggest the diagnosis of intestinal intramural hematoma. Early diagnosis is crucial because it indicates conservative treatment in stable patients.

**Mots clés :** L'hématome jéjunal intra-mural, anémie de Fanconi, occlusion intestinale, syndrome hémorragique, tomодensitométrie abdominale, traitement non opératoire.

**Key words :** Intramural jejunal hematoma, Fanconi anemia, intestinal obstruction, hemorrhagic syndrome, Abdominal computed tomography, conservative therapy.

### INTRODUCTION

Les hématomes intra-muraux ont été reconnus pour la première fois en 1838 [1]. Ils étaient décrits dans les différentes parties du tube digestif allant de l'œsophage au côlon sigmoïde [2] c'est une affection très rare qui af-

---

Auteur correspondant :

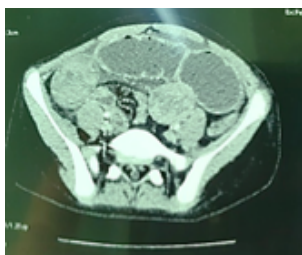
**Dr Ghorbel Sameh**

**Mail :** ghorbelsame7@gmail.com

fecte plus fréquemment les enfants que les adultes. Elle survient rarement spontanément sur des terrains à haut risque hémorragique ou plus fréquemment suite à un traumatisme abdominal [3]. Nous rapportons un cas rare d'hématome intra mural du jéjunum, chez une patiente connue atteinte d'anémie de Fanconi. Le mode de révélation était une succession de syndrome hémorragique puis occlusif. Le traitement conservateur de l'occlusion intestinale aiguë était suffisant.

## OBSERVATION

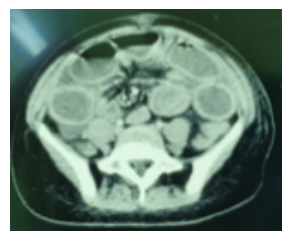
Il s'agissait d'une patiente âgée de 7 ans qui consultait aux urgences pédiatriques pour des douleurs abdominales aiguës, une hématomérose avec des rectorragies de grande abondance. Elle était issue d'un mariage consanguin, pas de maladie digestive dans la famille, suivie depuis l'âge de cinq ans pour anémie de Fanconi. L'interrogatoire révélait la notion de traumatisme abdominal un jour auparavant suite à une chute spontanée de la patiente dans la salle de bain depuis elle se plaignait de douleurs abdominales. Devant l'apparition d'une hématomérose et des rectorragies, elle consultait ce jour nos urgences. L'examen clinique objectivait une patiente agitée, apyrétique à 37°C, une fréquence cardiaque à 120 battements par minutes, une tension artérielle à 90/46 mm Hg et une polypnée à 25 cycles/mn. Au niveau abdominal, pas d'ecchymoses notables, on retrouvait une sensibilité diffuse surtout marquée au niveau de l'hypochondre gauche. La patiente ne présentait pas de signes d'irritation péritonéale. Le diagnostic d'état de choc hémorragique était posé et la patiente était alors admise en unité de soin intensif. La conduite était une expansion volumique, puis transfusion de CGR, culots plaquettaire, du PFC avec EXACYL 2mg/ Kg /heure. A la biologie le taux de prothrombine (TP) était de 66%; Temps de céphaline activé à 28 sec. L'hémoglobine à 4,5 g/dl, l'hématocrite à 11,8 % et les plaquettes à 4000 éléments/mm<sup>3</sup>; urée à 7,36 mmol/l, créatinine à 50, ASAT à 34 UI/L, ALAT à 40 UI/L. L'évolution était marquée par la stabilisation de l'état hémodynamique avec persistance de rectorragies de faible abondance. Au quatrième jour de l'admission, la patiente présentait une douleur abdominale atroce, des vomissements bilieux avec arrêt des matières et des gaz. Un scanner abdomino-pelvien (figure 1), réalisé en urgence, montrait une occlusion intestinale aiguë avec un niveau ombilical transitionnel lié à un hématome jéjunal de 18 mm d'épaisseur s'étendant sur 23 cm et associé à un épanchement péritonéal de grande abondance.



**Figure 1 :** TDM abdominale initiale : occlusion intestinale aiguë avec un niveau ombilical transitionnel lié à

un hématome jéjunal de 18 mm d'épaisseur s'étendant sur 23 cm et associé à un épanchement péritonéal de grande abondance.

Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë par un hématome jéjunal était retenu. La chirurgie était jugée à haut risque d'hémorragie cataclysmique qui menace le pronostic vital. Un traitement médical de cette OIA a été indiquée en milieu de réanimation et la conduite était la pose d'un cathéter jugulaire par voie écho guidée, une hydratation intraveineuse, une sonde nasogastrique en aspiration continue, IPP2 mg/Kg/j en IVL, transfusion de 5 culots plaquettaires toutes les huit heures, acide tranexamique 500 mg x 4/j en IVL, du dexaméthasone à dose anti inflammatoire 4 mg x 2/j en IV avec un glaçage abdominal. Des concentrés d'unités plaquettaires (CUP) compatibles étaient non disponibles et le dosage des AC anti HLA plaquettaire était positif pour les deux sous-groupes. L'évolution a été marquée par une amélioration progressive avec rétablissement du transit normal au 15<sup>ème</sup> jour. Une réalimentation progressive a été réussite le 17<sup>ème</sup> jour. Un scanner abdominal de contrôle après 21 jours a montré une diminution de la distension abdominale et de l'épaisseur de l'hématome pariétal de 18mm à 13mm (Figure 2).



**Figure 2 :** TDM de contrôle (21 jours) : diminution de la distension abdominale et de l'épaisseur de l'hématome pariétal de 18 mm à 13 mm.

## DISCUSSION

Des hématomes muraux jéjunaux ont été décrits principalement après un traumatisme abdominal mais sont parfois spontanés liés à des coagulopathies, comme chez les patients atteints d'hémophilie, ou suite à un surdosage en anticoagulants [4]. Les hématomes intra muraux spontanés de l'intestin grêle étaient le plus souvent des lésions uniques et touchaient le plus souvent le jéjunum, suivi de l'iléon et du duodénum, à la différence des hématomes traumatiques, qui affectent plus le duodénum [5]. Les facteurs de risque d'hématome intraluminal trouvés dans la population pédiatrique comprennent : la thrombopénie, les thrombopathies, des troubles de la coagulation, les traitements anticoagulants, les traumatismes abdominaux contondants, les manipulations endoscopiques avec biopsie, le syndrome d'Ehlers-Danlos et le purpura Schonlein-Hénoc [6]. La population pédiatrique est plus vulnérable aux traumatismes abdominaux contondants. En effet, la musculature abdominale n'a pas développé sa résistance et so-

népaisseur maximale et la profondeur antéro-postérieure de la cavité abdominale est plus petite [7]. Notre patiente présentait deux facteurs de risques impliqués dans l'apparition de l'hématome intra mural jéjunal : Le traumatisme abdominal et la thrombopénie profonde. Les motifs de consultation les plus fréquents sont les douleurs abdominales d'intensité variable. Des nausées et vomissements peuvent s'y associer dans le cadre d'un syndrome sub-occlusif [8]. La plupart des patients consultent après avoir présenté des symptômes pendant plusieurs jours. En effet, L'hématome pariétal provoque une diminution du calibre de l'anse entraînant ainsi une occlusion intestinale. Cependant, le développement d'un hématome intraluminal obstructif cliniquement significatif est extrêmement rare [9]. La moitié des patients développent un syndrome hémorragique digestif [10]. Devant un syndrome hémorragique, La numération plaquettaire est un examen essentiel et de première intention, la thrombopénie étant une des étiologies les plus fréquentes des troubles de l'hémostase primaire [11]. L'anémie de Fanconi est une des étiologies des thrombopénies acquises centrales de l'enfant [12]. L'existence d'un état de choc hémorragique, dans notre observation, a imposé de débiter le protocole de prise en charge de l'EDC hémorragique pédiatrique [13]. L'hématome intra mural spontané de l'intestin grêle est de plus en plus reconnu comme une complication des troubles hémorragiques, du traitement anticoagulant, des tumeurs malignes et des vascularites [14]. Le diagnostic repose sur l'échographie en première intention puis la tomodensitométrie abdominale injectée [15]. L'aspect échographique de l'hématome intra-mural aigu de l'intestin grêle consiste en une couche sous-muqueuse épaissie et échogène. Cependant, cette anomalie n'est pas spécifique des hématomes du tractus intestinal. Par conséquent, l'utilité de l'échographie pour diagnostiquer cette condition est discutable [16]. La tomodensitométrie est la technique d'imagerie de choix pour le diagnostic de l'hématome intramural de l'intestin grêle. Elle permet la reconnaissance précoce et précise de cette condition [14]. Les caractéristiques radiologiques comprennent l'épaississement de la paroi circonférentielle, l'hyperdensité intra murale (30-80 H), le rétrécissement de la lumière et l'obstruction intestinale [17]. L'hyperdensité de la paroi intestinale peut être observée au cours des 10 premiers jours suivant l'apparition des symptômes et peut être utile pour distinguer cette affection des autres processus d'infiltration, comme la malignité et l'infection [14]. Cependant, l'hyperdensité diminue avec le vieillissement de l'hématome et évolue vers une zone hypo dense qui peut imiter une lésion kystique intra murale [14, 16]. La résolution complète de l'hématome survient généralement quelques semaines après son apparition. Des études d'imagerie ont documenté la guérison de l'intestin en 2 mois [18]. La reconnaissance rapide et précoce de l'hématome intramural spontané non

traumatique de l'intestin grêle est une contribution cruciale au traitement du patient.

La prise en charge comprend alors la compensation des pertes hydrique et celle des électrolytes, la décompression du tube digestive par une sonde nasogastrique en aspiration et la surveillance rapprochée dans un milieu de réanimation. Ce traitement conservateur est généralement suffisant car l'hématome subira une résorption spontanée [17]. En cas d'échec de prise en charge médicale, ou survenue de complications : récurrence, infarctus, perforation, volvulus de l'anse alourdie par l'hématome, une intervention chirurgicale peut être nécessaire [19].

## CONCLUSION

L'hématome intra-mural de l'intestin grêle est rare. Il peut être déclenché par un traumatisme abdominal chez des patients qui présentent un facteur de risque de saignement. L'association de douleur abdominale, d'un syndrome hémorragique et ou occlusif chez un patient thrombopénique doit faire penser au diagnostic. Un diagnostic précoce est crucial car il permet un traitement conservateur.

## REFERENCES

- [1] Kwon C-I, Ko KH, Kim HY, Hong SP, Hwang SG, Park PW, et al. Bowel obstruction caused by an intramural duodenal hematoma: a case report of endoscopic incision and drainage. *J Korean Med Sci.* 2009 ;24(1) :179-83.
- [2] Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma : imaging findings and outcome. *AJR Am J Roentgenol.* 2002 ;179(6) :1389-94.
- [3] Al-Zarouni N, Al-Ozaibi L, Khammas A, Al-Suwaidi N, Al-Mazroui A, Al-Badri F. Traumatic Jejunal hematoma in childhood-A case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2016;29 :56-58.
- [4] Wagner M, Wagner KR. Isolated jejunal hematoma. *J Trauma.* 2005 ;59(3) :782.
- [5] Jones WR, Hardin WJ, Davis JT, Hardy JD. Hématome intra-muros du duodénum : revue de la littérature et rapport de cas. *Ann Surg.* 1971 ;173 : 534-544.
- [6] Zangan SM, Yousefzedah DK. Occlusive intraluminal hematoma. *Pediatr Radiol.* 2004; 34(7) :564-6.
- [7] D.R. Davis, C.Y. Thomas, Intramural hematoma of the duodenum and jejunum : a cause of high intestinal obstruction—report of three cases due to trauma, *Am Surg.* 153 (1961) 394-398.
- [8] Sirvain S, Crepeau T, Garrido JF, Watteau N, Niang B, Hallé O. Syndrome occlusif et hémorragique révélant un hématome duodéal

intramural iatrogène [Anticoagulant induced intramural duodenal hematoma presenting as duodenal obstruction]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2008 ;32(6-7) :611-3.

- [ 9 ] Zangan SM, Yousefzedah DK. Occlusive intraluminal hematoma. *Pediatr Radiol*. 2004 ;34(7) :564-6.
- [ 10 ] Polat C, Dervisoglu A, Guven H, Kaya E, Malazgirt Z, Danaci M, et al. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. *Am J Emerg Med*. 2003 ;21(3) :208-11.
- [ 11 ] Karger R, Donner-Banzhoff N, Müller HH, Kretschmer V, Hunink M. Diagnostic performance of the platelet function analyzer (PFA-100®) for the detection of disorders of primary haemostasis in patients with a bleeding history-a systematic review and meta-analysis. *Platelets*. 2007 ;18 :249-60.
- [ 12 ] Kaplan RN, Bussel JB. Differential diagnosis and management of thrombocytopenia in childhood. *Pediatr Clin North Am*. 2004 ;51 :1109-40.
- [ 13 ] Orliaguet G, Gauvin F, Hume H et al. (2007) Choc hémorragique. In : Lacroix J, Gauthier M, Hubert P, Leclerc F, Gaudreault P (eds) Urgences et soins intensifs pédiatriques. Editions du CHU Sainte-Justine et Elsevier- Masson Montréal, pp 167- 186.
- [ 14 ] Lane MJ, Katz DS, Mindelzun RE, Jeffrey RB Jr. Hémorragie intramurale spontanée de l'intestin grêle : importance de la TDM sans contraste. *Clin Radiol*. 1997 ;52 : 378-380.
- [ 15 ] Konaté I, Wade T, Cissé M, Diao M, Tendeng J, Diaom, et al. Occlusion de la grêle par hémato-me pariétal : à propos d'un cas. *Rev Afr Chir Spéc*. 2010 ;4 :37-40.
- [ 16 ] Frisoli JK, Desser TS, Jeffrey RB. Couche sous-muqueuse épaissie : signe échographique d'anomalie gastro-intestinale aiguë représentant un œdème ou une hémorragie sous-muqueuse. *AJR*. 2000 ;175 : 1595-1599.
- [ 17 ] Abbas MA, Collins JM, Olden KW, Kelly KA. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: clinical presentation and long-term outcome. *Arch Surg*. 2002 Mar ;137(3) :306-10.
- [ 18 ] Balthazar EJ, Hulnick D, Megibow AJ, Opulencia JF. Tomodensitométrie de l'hémorragie intestinale intramurale et de l'ischémie intestinale. *J Comput Assist Tomogr*. 1987 ;11 : 67-72.
- [ 19 ] Al-Zarouni N, Al-Ozaibi L, Khammas A, Al-Suwaidi N, Al-Mazroui A, Al-Badri F. Traumatic Jejunal hematoma in childhood-A case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2016;29:56-58.