

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

COEXISTENCE D'UNE HERNIE DISCALE ET D'UN HÉMATOME DU PSOAS RÉVÉLÉ PAR UN DÉFICIT DE L3

BEMORA JS (1, 2), LABIDI M (2), MARIJON P (2), BOUAZZA S (2), ALDAHAK N (2), FROELICH S (2)

RÉSUMÉ : Un déficit radiculaire est une symptomatologie secondaire à un conflit radiculaire dont la cause la plus fréquente est une hernie discale. Nous rapportons le cas d'un homme de 58 ans sous anticoagulant admis dans le service de neurochirurgie de l'hôpital Lariboisière (Paris) pour un déficit de L3 d'apparition brutale en 24h avec une hernie discale L3-L4 à l'IRM. Par ailleurs, un hématome du psoas est également mis en évidence. Les bilans biologiques révèlent un trouble de l'hémostase. Le diagnostic retenu fut celui d'un hématome spontané par surdosage d'un anticoagulant. L'hématome du psoas survient généralement chez un patient qui a une coagulopathie.

MOTS-CLÉS : *Anticoagulant - Hernie discale - Hématome du psoas - Déficit L3*

COEXISTENCE OF A DISC HERNIATION AND PSOAS HEMATOMA REVEALED BY L3 DEFICIENCY

SUMMARY : Radiculopathy is a constellation of symptoms secondary to a pathology affecting the nerve root, the most frequent cause of which is a herniated intervertebral disc. We report a case of a 58-year-old man under anticoagulant admitted to the neurosurgery department of Lariboisière hospital (Paris) for an L3 motor deficit that occurred progressively over a period of 24 hours with an L3-L4 disc herniation on the MRI. However, a psoas hematoma was also noted. Biological assessments revealed a hemostasis disorder. The final clinical diagnosis was a spontaneous hematoma caused by anticoagulant overdose. Psoas hematomas usually occur in patients with coagulopathy.

KEYWORDS : *Anticoagulant - Disc herniation - Psoas hematoma - L3 deficiency*

INTRODUCTION

La radiculopathie est une constellation de symptômes (déficit moteur, hypoesthésie, paresthésie, etc.) secondaires à un conflit radiculaire dont la cause, la plus fréquente, est une hernie discale. Elle survient généralement chez l'adulte et est souvent accompagnée ou précédée d'une radiculalgie. Plusieurs étiologies, compressives et/ou irritatives, peuvent être en cause. Parmi les causes plus rares, on dénombre l'hématome du psoas qui survient généralement chez les patients prenant des anticoagulants ou présentant une coagulopathie (1, 2). Nous rapportons un cas de coexistence d'une hernie discale lombaire avec un hématome du psoas, posant un problème de diagnostic et de prise en charge thérapeutique.

PATIENT ET OBSERVATION

Il s'agit d'un homme de 58 ans, hospitalisé dans le service de neurochirurgie de l'hôpital Lariboisière (Paris) pour un déficit radiculaire de

L3 gauche. Il a, comme principal antécédent, la mise en place d'une valve aortique mécanique pour une bicuspidie, à la suite de laquelle il a été mis sous anticoagulation par agent anti-vitamine K. Il présente un déficit de l'extension du genou gauche qui s'est installé en 24 heures et qui a été précédé d'une cruralgie sur la face antérieure de la cuisse, évoluant depuis 1 mois. Il n'y a pas de notion de fièvre ni d'atteinte de l'état général. A l'examen clinique, on objective un déficit L3 gauche à 1/5 et une abolition du réflexe rotulien; il n'y a toutefois pas de trouble de la sensibilité ni de dysfonction sphinctérienne.

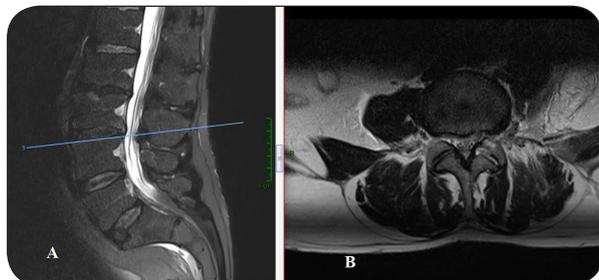
Un scanner du rachis lombaire est d'abord réalisé et montre un débord discal global et une arthrose postérieure responsable d'un rétrécissement canalaire associé à une hernie discale foraminale gauche migrée vers le haut. Celle-ci est responsable d'un conflit disco-radiculaire avec la racine L3 gauche. On met également en évidence un hématome du psoas gauche. L'examen est complété par une IRM lombaire, qui confirme la présence d'une hernie discale foraminale L3L4 gauche migrée vers le haut venant en contact avec la racine L3 gauche, mais peu compressive (Figure 1). Un complément de scanner à l'étage abdomino-pelvien met en évidence un volumineux hématome du psoas gauche de 20 cm de hauteur, mais sans signe de saignement actif (Figure 2).

Etant donné l'installation rapide du déficit et de l'importance relative des phénomènes compressifs sur la racine L3, au foramen puis dans

(1) Département de Neurochirurgie, Centre Hospitalier Universitaire Antananarivo Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUA-HUJRA) Madagascar.

(2) Département de Neurochirurgie, Hôpital Lariboisière, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Université de Paris VII-Diderot, Paris, France.

Figure 1. Hernie discale L3-L4. Séquence IRM T2 en coupes mid-sagittale (A) et axiale à L3-4 (B) Hernie discale foraminale L3-L4 comprimant la racine de L3 gauche



le psoas, ainsi que du plexus lombaire, la conclusion est que l'hématome du psoas explique mieux la symptomatologie du patient que la hernie discale. Les examens biologiques réalisés aux urgences, dont un bilan d'hémostase initiale, objectivent un INR à 4,29 et un temps de prothrombine à 18 %, avec une numération plaquettaire normale, sans syndrome inflammatoire. Durant l'hospitalisation, le patient a récupéré sur le plan moteur, confortant ainsi l'attitude thérapeutique initiale. Au bilan de contrôle au quatrième jour après ajustement de l'anticoagulant, l'INR s'est rétabli dans la fenêtre thérapeutique, avec un taux de 2,7. Suite à un programme de rééducation fonctionnelle, le patient a récupéré complètement son déficit en un mois, malgré la persistance d'une cruralgie modérée.

DISCUSSION

Le nerf fémoral (ou nerf crural) naît à partir des racines T12 à L4 via le plexus lombaire. C'est la plus importante branche issue du plexus lombaire. Il est formé par les divisions postérieures des rameaux ventraux des racines L2-3-4 sous le psoas jusqu'au sillon du muscle ilio-psoas dans le pelvis et passe en dessous du ligament inguinal, en dehors des vaisseaux fémoraux et de la bandelette ilio-pectinée (les divisions antérieures des rameaux ventraux des racines L2, L3 et L4 forment, quant à elles, le nerf obturateur). Il chemine ensuite dans le triangle fémoral (délimité par le ligament inguinal supérieurement, le muscle sartorius en latéral et le muscle long adducteur médialement), latéralement à l'artère et sous le fascia inguinal. C'est cette relation étroite entre le nerf fémoral et le muscle ilio-psoas qui explique que la principale symptomatologie révélatrice de l'atteinte

Figure 2. Hématome du psoas à gauche. Coupe axiale d'un scanner abdomino-pelvien non injecté démontrant un volumineux hématome du psoas gauche mesurant 20 cm de hauteur



de l'ilio-psoas est la cruralgie (3). Du point de vue séméiologique, la flexion de la hanche est assurée par l'ilio-psoas via la branche L2-L4, l'extension du genou (branches après le triangle fémoral) par le quadriceps fémoral et l'abduction/rotation externe/flexion par le sartorius.

Les hématomes du muscle ilio-psoas sont surtout retrouvés chez des sujets prenant un traitement anticoagulant ou ayant un trouble de la coagulation (1, 2). Chez les sujets âgés, l'hématome survient, le plus souvent, dans une période de déséquilibre du traitement anticoagulant (4). Dans le cas rapporté, il s'agissait d'un surdosage à une anti-vitamine K. Le patient présentait un hématome unilatéral. Dans la littérature, la forme unilatérale est prédominante (5), mais il existe aussi des formes bilatérales (6-9). La coexistence d'une hernie discale et d'un hématome du muscle iliopsoas n'a pas été rapportée précédemment. Un bon examen clinique associé à une imagerie permettent de poser le diagnostic de l'hématome. Dans le cas rapporté, le patient ne présentait aucun symptôme neurologique de type cruralgie antérieure. De plus, la présence de la douleur, de manière brutale sans contexte traumatique ni notion de mouvement sollicitant l'usage du rachis, sont des éléments en faveur d'une compression locale extra-rachidienne du nerf fémoral. En effet, la hernie discale L3-L4 n'a été découverte que de façon fortuite, et n'est probablement pas en cause dans la symptomatologie clinique du patient, vu l'amélioration spontanée du déficit. Devant une hernie discale peu compressive, sur un terrain sans antécédent de cruralgie et devant un patient sous anticoagulants, il faut penser à un hématome du psoas.

Le traitement des hématomes par excès d'anticoagulants demeure controversé. En effet, bien que certains auteurs aient rapporté une bonne récupération neurologique suite à un traitement conservateur de l'hématome, d'autres ont procédé à une évacuation chirurgicale ou une embolisation artérielle par cathétérisation (5-9). Sasson et coll. ont procédé à un traitement conservateur pour les patients présentant une paralysie légère à modérée du nerf fémoral associée à un saignement discret, avec une évolution favorable marquée par la régression des symptômes, alors que les patients atteints d'une hémorragie sévère ont été soumis à une décompression chirurgicale (5). Dans certains cas, notamment en cas d'instabilité hémodynamique ou démonstration de persistance d'un saignement, il peut être indiqué de procéder à une embolisation par voie endovasculaire (5, 10, 11). Ce traitement s'est révélé efficace et sécuritaire, en particulier pour les patients présentant des facteurs de risque chirurgicaux. Le traitement des hématomes du psoas dépend de la sévérité de l'atteinte, et un traitement chirurgical peut être indiqué pour les déficits sévères (5).

CONCLUSION

Les déficits radiculaires liés à un hématome du psoas sont rares. Ils sont secondaires à une prise d'anticoagulants dans la majorité des cas. La présentation clinique simule une hernie discale, mais le diagnostic est orienté par l'interrogatoire sur une prise d'anticoagulants, par l'examen clinique évaluant la topographie et le trajet de la radiculopathie et par l'imagerie médicale avec la visualisation de l'hématome au scanner. Le traitement est, généralement, conservateur, même si une chirurgie de décompression par évacuation de l'hématome peut être nécessaire dans certains cas. Un traitement conservateur se solde généralement par la résorption spontanée de l'hématome et une bonne récupération neurologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Shirkhoda A, Mauro M, Staab E, et al.— Soft-tissue hemorrhage in hemophiliac patients. *Radiology*, 1983, **147**, 811-814.
2. Kumari SH, Fulco J, Karayalcin G, et al.— Gray scale ultrasound: evaluation of iliopsoas hematomas in hemophiliacs. *AJR*, 1979, **133**, 103-106.
3. Van Dyke J, Holley H, Anderson S.— Review of iliopsoas anatomy and pathology. *Radiographics*, 1987, **7**, 53-84.

4. Feldberg M, Koehler P, Van Waes P.— Psoas compartment disease studied by CT. *Radiology*, 1983, **148**, 505-512.
5. Sasson Z, Mangat I, Peckham KA.— Spontaneous iliopsoas hematoma in patients with unstable coronary syndromes receiving intravenous heparin in therapeutic doses. *Can J Cardiol*, 1996, **12**, 490-494.
6. Storen EJ.— Bilateral iliacus haematoma with femoral nerve palsy complicating anticoagulant therapy. *Acta Chir Scand*, 1978, **144**, 181-183.
7. Barontini F, Macucci M.— Simultaneous femoral nerve palsy due to hemorrhage in both iliac muscles. *Ital J Neurol Sci*, 1986, **7**, 463-465.
8. Niakan E, Carbone JE, Adams M, et al.— Anticoagulants, iliopsoas haematoma and femoral nerve compression. *Am Fam Physician*, 1991, **44**, 2100-2102.
9. Jamjoom ZA, al-Bakry A, al-Momen A, et al.— Bilateral femoral nerve compression by iliacus hematomas complicating anticoagulant therapy. *Surg Today*, 1993, **23**, 535-540.
10. Qanadli SD, El Hajjam M, Mignon F, et al.— Life-threatening spontaneous psoas haematoma treated by transcatheter arterial embolization. *Eur Radiol*, 1999, **9**, 1231-1234.
11. Zissin R, Gayer G, Kots E, et al.— Transcatheter arterial embolisation in anticoagulant-related haematoma - a current therapeutic option: a report of four patients and review of the literature. *Int J Clin Pract*, 2007, **61**, 1321-1327.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Joseph Synèse Bemora, Département de Neurochirurgie, Hôpital Lariboisière, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Université de Paris VII-Diderot. 2, Rue Ambroise Paré 75475 Paris Cedex 10, France.
Email : josbemora@yahoo.fr