

## CASE REPORT

# L'hématome spontané du muscle grand droit de l'abdomen chez le patient hémodialysé : une entité clinique rare

Rihab Zouaoui<sup>1</sup>, Nada Sellami<sup>1</sup>, Tassnim Ben Ayed<sup>1</sup>, Hafedh Toueilib<sup>2</sup>, Fethi Ben Hamida<sup>3</sup>, Ezzedine Abderrahim<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Médecine Interne A, Hôpital Charles Nicolle, Tunis; <sup>2</sup>Service de Radiologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis; <sup>3</sup>Laboratoire de pathologie rénale LRO ISP01.

## ABSTRACT

**Introduction:** Hemodialysis patients are at risk of bleeding during dialysis sessions.

**Methods:** We report a case of spontaneous hematoma of the right rectus abdominis muscle in a hemodialysis patient.

**Results:** A 32-year-old man with Alport syndrome developed acute abdominal pain during hemodialysis session. Initial suspicion was acute appendicitis, but imaging revealed a hematoma in the right rectus abdominis muscle. The patient had a history of dry cough for two days. Symptomatic treatment was adopted as the patient had a stable hemodynamic status.

**Conclusion:** Spontaneous hematoma of the rectus abdominis muscle should be considered among the causes of acute abdominal pain in hemodialysis patients.

**Keywords:** Spontaneous hematoma; rectus abdominis muscle; hemodialysis.

## INTRODUCTION

Les hémodialysés sont exposés à un risque hémorragique du fait de l'anticoagulation du circuit au cours de la séance de dialyse. Les hématomes et les hémorragies de l'accès vasculaire sont les plus fréquents. D'autres localisations plus rares ont été rapportées dans la littérature. Nous rapportons le cas d'un hématome spontané du muscle grand droit de l'abdomen chez un hémodialysé.

Il a présenté le 5/12/2022 au cours d'une séance d'hémodialyse une douleur aigue au niveau de la fosse iliaque droite. A l'examen, le patient était fébrile à 38.5°C. Il avait une pression artérielle à 120/80mmHg, il était eupnéique avec une saturation en oxygène à 98%. L'examen de l'abdomen trouvait une défense au niveau de la fosse iliaque droite sans signes cutanés ni masse palpable.

A la biologie, l'hémoglobine (Hb) était à 10,7 g/dl, les plaquettes à 130000/mm<sup>3</sup>, le taux de prothrombine à 82%, le temps de céphaline activé à 32,3s et la protéine C réactive (CRP) à 80,6 mg/L.

Une appendicite aigue a été suspectée. L'angioscanner abdominal a montré un blush vasculaire intra-musculaire au niveau du muscle grand droit de l'abdomen avec une lame d'épanchement hématique de 38mm d'épaisseur. Le diagnostic d'hématome du muscle grand droit de l'abdomen a été retenu.

## PATIENT ET OBSERVATION

Il s'agit d'un homme âgé de 32 ans ayant une néphropathie glomérulaire secondaire à un syndrome d'Alport, dialysé chronique 3 fois par semaine dans notre unité d'hémodialyse depuis 2015 via une fistule artéio-veineuse radiale gauche. Il n'a pas d'autres antécédents connus. Son traitement comprend : dipyridamole, famotidine, calcium et 15mg de polystyrène sulfonate de sodium les jours de non hémodialyse.

Received 03 July 2024; accepted 02 February 2025; published 03 December 2025.

Correspondence: Rihab Zouaoui, [zouaouirihab3@gmail.com](mailto:zouaouirihab3@gmail.com).

© The Author(s) 2025. Published under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](#).

DOI: <https://doi.org/10.21804/28-1-6607>.

A la reprise de l'interrogatoire, il y avait la notion de toux sèche depuis deux jours et le patient ne rapportait pas de traumatisme abdominal. Après concertation avec les chirurgiens et vu l'absence du retentissement hémodynamique, nous avons opté pour un traitement symptomatique (traitement antalgique par paracétamol et antitussif) et des séances d'hémodialyse sans héparine.

Un contrôle biologique et scannographique a été fait à J15 montrant une Hb à 11 g/dl, des plaquettes à 167000 et une CRP à 4.7 mg/L. Comparativement au premier scanner, il y avait une nette régression de l'hématome mesurant 22mm (Figures 1 et 2). La décision était de continuer la même conduite.

## DISCUSSION

L'hématome du muscle grand droit de l'abdomen chez les hémodialysés est une entité clinique rare [1–4]. Il se constitue par la dilacération des branches des artères épigastriques inférieures dans la gaine fibreuse du muscle grand droit ou ses fibres musculaires [5].

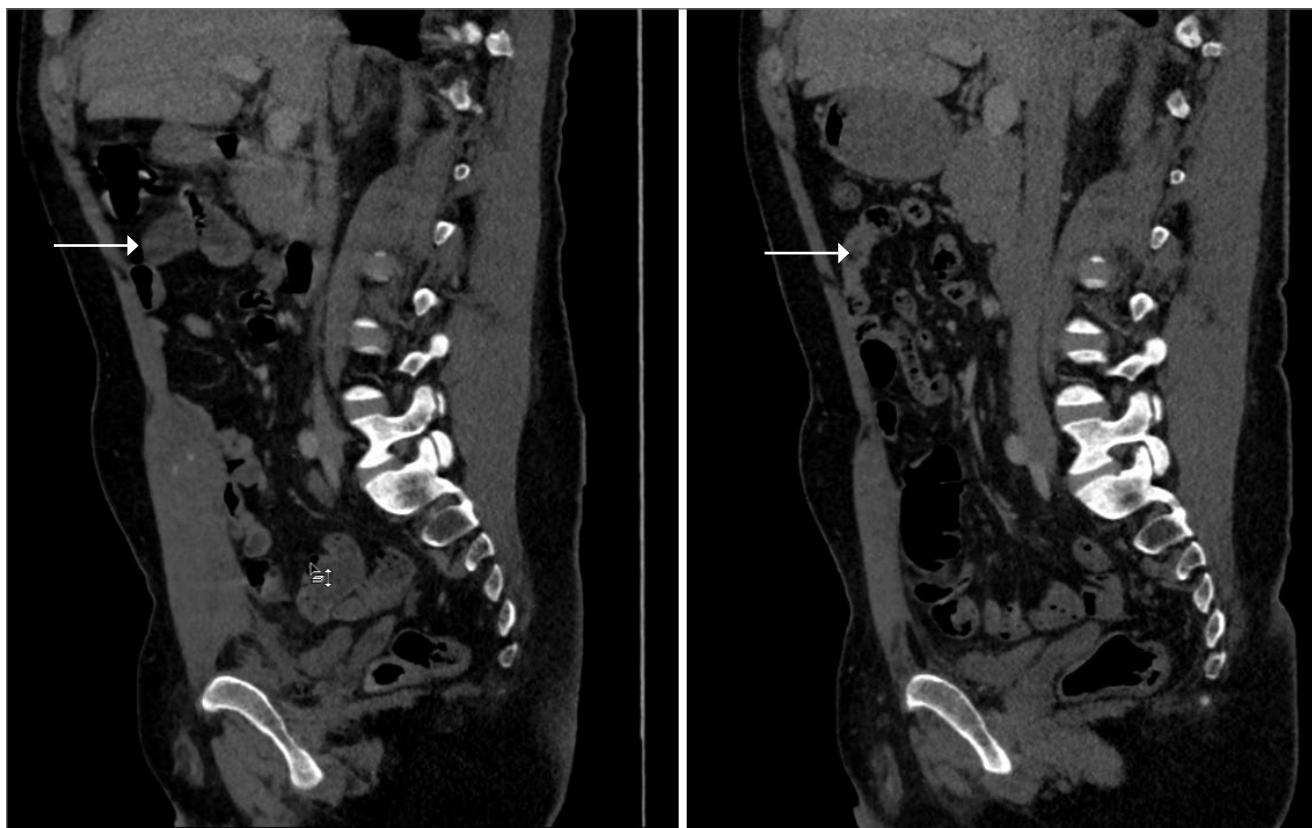
Dans la population générale, les traumatismes abdominaux, les interventions abdominales (chirurgie, paracentèse d'ascite, dialyse péritonéale), la prise d'anticoagulant et les con-

tractions forcées du muscle grand droit notamment lors d'efforts de toux, de défécation et au cours d'accouchement laborieux peuvent favoriser la survenue de tels hématomes [6]. Le sexe féminin, la maladie hépatique, l'âge avancé et l'obésité sont d'autres facteurs à considérer [7].

Chez notre patient, la toux était probablement le facteur déclenchant de l'hématome, aggravé par l'anticoagulation pendant la séance d'hémodialyse. Le cas similaire d'un homme de 51 ans hémodialysé chronique ayant présenté un hématome du quadrant supérieur gauche de l'abdomen dans un contexte de toux a été rapporté par Yun et al. [2].

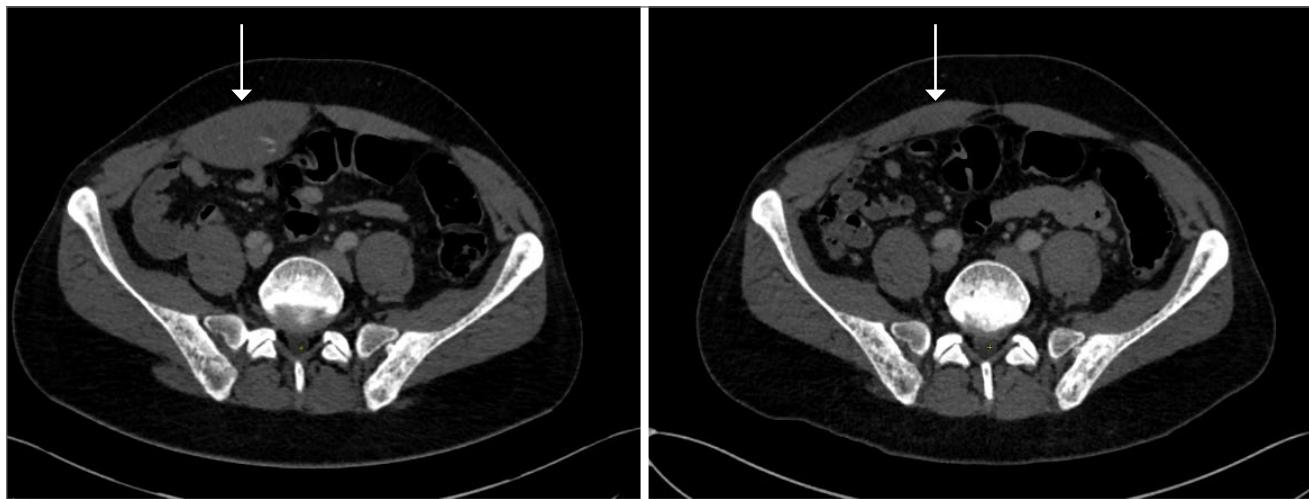
Concernant le tableau clinique, il est souvent non spécifique, source d'erreur diagnostique, et dominé par une douleur aiguë qui peut toucher les quatre quadrants. L'hématome s'étend facilement vers le pelvis en raison de l'absence d'aponévrose postérieure à la partie inférieure du muscle droit et peut mimer un tableau de pancréatite. Ainsi, les signes de Cullen et de Grey Turner qui représentent respectivement un saignement de l'ombilic et des flancs peuvent être retrouvés [5].

Le meilleur outil de diagnostic est l'angioscanner abdominal avec une sensibilité et une spécificité de 100% [8] mais l'échographie abdominale garde une place importante et a surtout un intérêt dans le suivi de la taille de l'hématome.



**Figure 1. Hématome du grand droit de l'abdomen (flèches).**

Scanner abdominal à J1 à gauche et à J15 à droite, reconstruction sagittale, (d'après des coupes sans injection de contraste).



**Figure 2. Hématome du grand droit de l'abdomen (flèches).**

Scanner abdominal à J1 à gauche et à J15 à droite, coupes axiales, (d'après des coupes sans injection de contraste).

Berna et al. ont proposé une classification des hématomes du muscle grand droit de l'abdomen basée sur les données de la tomodensitométrie [9]. Dans le cas de notre malade, il s'agissait d'un hématome de type I.

Le traitement reste en premier lieu conservateur : une analgésie simple et une gestion de l'hémostase avec discussion de l'arrêt des anticoagulants et des antiagrégants. Un suivi clinique rapproché avec contrôle de l'hémoglobine est la règle. En cas d'instabilité hémodynamique, une réanimation s'impose et un contrôle invasif de l'hémorragie par embolisation ou ligature vasculaire doit être envisagé [10].

## CONCLUSION

L'hématome spontané du muscle grand droit est une complication rare mais il doit faire partie du diagnostic différentiel des douleurs abdominales aigues chez les patients en hémodialyse. L'échographie et le scanner abdominal permettent de poser le diagnostic. Le traitement non opératoire est la règle, sauf en cas d'instabilité hémodynamique.

## Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## RÉFÉRENCES

1. Okawa, H.; Shimada, Y.; Ehara, K.; Nagaba, Y. Development of Rectus Sheath Hematoma During Hemodialysis. *Intern. Med. Tokyo Jpn.* 2022, 61, 3759–3760, doi:10.2169/internalmedicine.8734-21.
2. Yun, S.; Cho, S.; Kim, Z.; Chong, H.U.; Kim, J.J. Surgical Management of Left Upper Quadrant Sided Rectus Sheath Hematoma Occurred by Coughing in a Hemodialysis Patient. *Int. Surg.* 2015, 100, 190–192, doi:10.9738/INTSURG-D-13-00283.I.
3. Mathew, G.G.; Asokan, A.; Varadharajan, J.; Sailapathy, S. Rectus Sheath Haematoma in a Haemodialysis Patient. *BMJ Case Rep.* 2024, 17, e255955, doi:10.1136/bcr-2023-255955.
4. Takemoto, F.; Okuda, I.; Sawa, N.; Hoshino, J.; Hasegawa, E.; Sumida, K.; Yamanouchi, M.; Hayami, N.; Suwabe, T.; Nakamura, M.; et al. Rectus Sheath Haematoma in a Patient Receiving Haemodialysis. *BMJ Case Rep.* 2010, 2010, bcr1220092527, doi:10.1136/bcr.12.2009.2527.
5. Das, S.; Prakash, S.; Singh, S.; Shaikh, O.; Balasubramanian, G. Spontaneous Rectus Sheath Hematoma. *Cureus* 2023, 15, e44138, doi:10.7759/cureus.44138.
6. Hatjipetrou, A.; Anyfantakis, D.; Kastanakis, M. Rectus Sheath Hematoma: A Review of the Literature. *Int. J. Surg.* 2015, 13, 267–271, doi:10.1016/j.ijsu.2014.12.015.
7. Cherry, W.B.; Mueller, P.S. Rectus Sheath Hematoma: Review of 126 Cases at a Single Institution. *Medicine (Baltimore)* 2006, 85, 105–110, doi:10.1097/01.md.0000216818.13067.5a.
8. Khan, M.I.; Medhat, O.; Popescu, O.; Rastogi, A.; Thompson, T. Rectus Sheath Haematoma Presenting as Acute Abdomen. *ANZ J. Surg.* 2005, 75, 502–502, doi:10.1111/j.1445-2197.2005.03406.x.
9. Berná, J.D.; García-Medina, V.; Guirao, J.; García-Medina, J. Rectus Sheath Hematoma: Diagnostic Classification by CT. *Abdom. Imaging* 1996, 21, 62–64, doi:10.1007/s002619900011.
10. Çakır, C. Endovascular Embolisation Treatment in a Rare Acute Abdomen Spontaneous Rectus Sheath Haematoma. *Ulus. Travma Ve Acil Cerrahi Derg. Turk. J. Trauma Emerg. Surg. TJTES* 2020, 26, 320–324, doi:10.14744/tjes.2019.44015.