

# Hématome Du Plancher Buccal Spontane : A Propos D'un Cas Et Revue De La Littérature

Dr O.Hamidi(A). Dr K Hjaouj (B).Dr Z.Baba Hassene (A).Pr B Dani (A).Pr L Sqalli(B).Pr M Boulaadas (A)

A : Service De Chirurgie Maxillo Faciale, Hôpital Des Spécialités Rabat

B : Service De Chirurgie Oto Rhino Laryngologie, Hôpital Des Spécialités Rabat

## Résumé

L'hématome du plancher buccal est une complication rare observée en cas de troubles de la coagulation, de traumatismes, d'interventions dentaires et d'utilisation d'anticoagulants. Seules quelques publications ont décrit des hématomes du plancher buccal spontanés idiopathiques, et toutes ont suspecté une hypertension sévère comme étiologie.

Notre objectif est de présenter un cas d'hématome du plancher buccal spontané idiopathique chez une patiente de 72 ans, sans antécédents médicaux d'hypertension et de diabète, sous antivitamines K pour une fibrillation auriculaire, ainsi qu'effectuer une revue de la littérature sur ce sujet.

## Méthodes

Présentation d'un cas basé sur des informations extraites de la base de données électronique des patients de l'hôpital des Spécialités à Rabat, y compris une revue de la littérature sur les hématomes du plancher buccal.

## Résultats

Ce cas décrit un patient de 72 ans présentant un hématome du plancher buccal spontané, qui a dû être traité par une trachéotomie d'urgence tard. Elle était sous antivitamine K pour fibrillation auriculaire. L'examen clinique par nasofibroscopie et l'imagerie ont été réalisés.

## Conclusion

Un bilan clinique est nécessaire pour rechercher la cause d'un hématome sublingual spontané. L'hématome spontané idiopathique n'est qu'une entité rare. Une libération des voies aériennes doit être la première étape du traitement. À ce jour, il n'y a pas de consensus sur la prise en charge de l'hématome lui-même. La plupart du temps, les cliniciens commencent par observer la résolution spontanée de l'hématome et, lorsque c'est possible, traitent l'étiologie. Le drainage chirurgical est effectué lorsque le traitement conservateur n'est pas suffisant.

**Mots-clefs :** Hématome du plancher buccal, accidents aux AVK, détresse respiratoire

Date of Submission: 27-02-2024

Date of Acceptance: 07-03-2024

## I. Introduction

L'hématome du plancher buccal est également connu sous le nom de phénomène de pseudo-Ludwig et a été décrit pour la première fois en 1976 par Lepore [1]. Il est caractérisé par une obstruction non infectieuse des voies aériennes supérieures résultant de la présence d'un hématome dans les espaces sublingual et submandibulaire [2]. L'hématome sublingual est observé en cas de troubles de la coagulation, de traumatismes ou d'interventions dentaires, mais il est surtout décrit comme une complication de prise d'anticoagulants. Seuls quelques cas d'hématome spontanés idiopathiques sont rapportés dans la littérature [3,4]. Dans les cas graves, un hématome du plancher buccal peut compromettre les voies respiratoires du patient menaçant le pronostic vital [1,5] pouvant indiquer une intubation ou trachéotomie est préférable. À ce jour, il n'y a pas de consensus sur la prise en charge de l'hématome lui-même.

## II. Observation

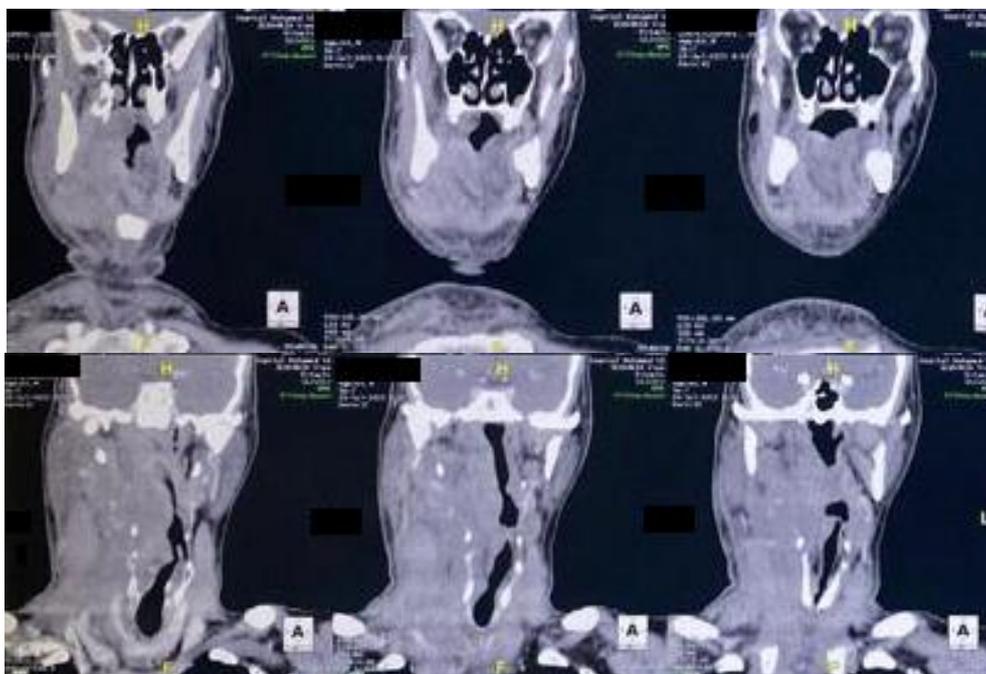
Une patiente de 72 ans sous acénocoumarol (4mg) pour une fibrillation atriale depuis 2013, sans antécédent d'hypertension artérielle ou de traumatisme facial. Elle est admise en août 2023 aux urgences ORL et maxillo faciale de l'Hôpital des Spécialités de Rabat pour la prise en charge d'une détresse respiratoire aiguë. À l'admission, la patiente était, agitée, avec des sueurs profuses, tachycarde à 130 battements par minute, polypnéique à 32 cycles par minute, avec un tirage sus-sternal et sus-claviculaire ainsi qu'une cyanose buccale. Ces signes sont aggravés par le décubitus dorsal. La saturation pulsée en oxygène était de 79% à l'air libre, la tension artérielle à 130/80mmHg. L'examen somatique montrait une tuméfaction cervicale droite, un hématome du plancher buccal refoulant la langue en haut et vers l'arrière avec une limitation de sa protraction (Figure 1),

associés à des troubles de la déglutition, et une voix gutturale. A l'examen fibroscopique à l'optique souple, on visualise un épaississement gauche sous-muqueux violacé avec déviation du pharynx vers la droite, avec une réduction importante de l'espace rétro-basi-lingual.



**Figure 1 : Images montrant l'hématome du plancher buccal avec une langue tuméfiée et avec un aspect bleuté**

Une trachéotomie de sauvetage a été réalisée juste après l'administration isolée de 4mg de vitamine K, permettant une ventilation pulmonaire correcte. Le bilan sanguin à l'admission montrait : International Normalized Ratio(INR) = 8, taux d'hémoglobine =14g/dl, taux de prothrombine=13%, plaquettes =250000/mm<sup>3</sup>. La tomodensitométrie cervicale injectée au produit de contraste réalisée montrait une tuméfaction mal limitée, au dépend de la paroi latérale droite de l'oropharynx ainsi que l'étage sus-glottique compressive refoulant l'axe aérodigestif à gauche sans individualisation de collection. (Figure 2).



**Figure 2 : Images scanographiques montrant l'hématome de la paroi latérale droite du pharynx et du plancher buccal avec déviation de l'axe aérique vers la gauche**

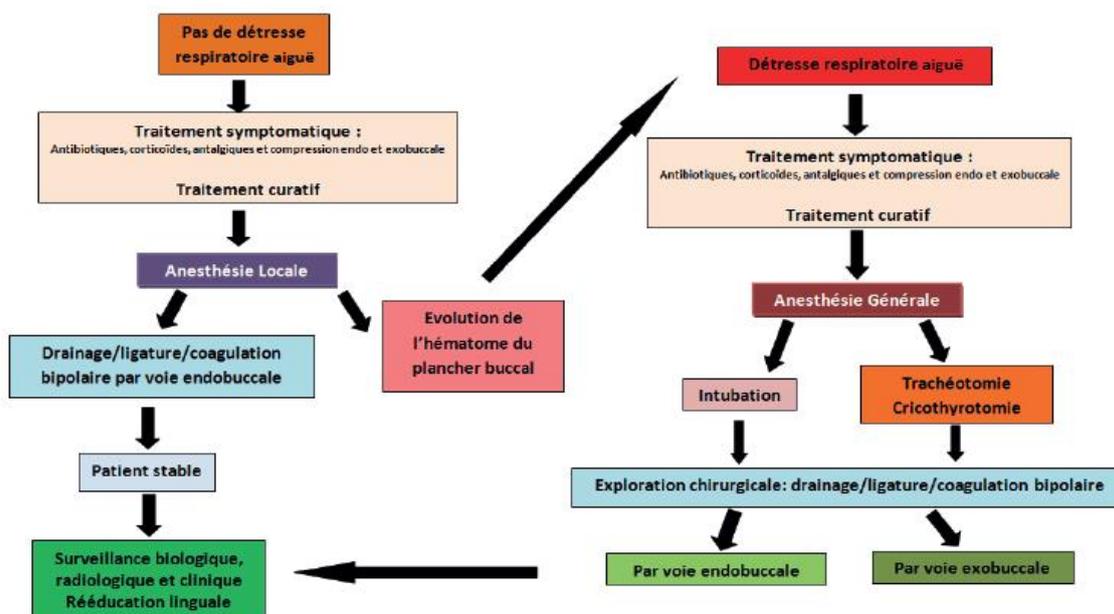
L'anticoagulation a été assurée par un relais par héparine de bas poids moléculaire. L'évolution était marquée par une régression spontanée et progressive de l'hématome et une décanulation réalisée au septième jour, après un contrôle par nasofibroskopie montrant une libération de la fente glottique et une mobilité aryénoïdienne normal.

### III. Discussion

L'hématome du plancher buccal est parfois constaté après biopsie intrabuccale, un traumatisme, l'extraction de dents, la pose d'implants [5], ce qui peut endommager les des vaisseaux sanguins dans cette région. Il peut être secondaire à une hypertension ou à une malformation vasculaire. De plus, La Rupture d'anévrisme ou altérations athérosclérotiques des artères faciales ou linguales dans les artères faciales ou linguales causées par une hypertension ou d'une tumeur maligne sous-jacente a été suggérée comme étiologie possible [5, 1]. Quelques cas d'hématomes spontanés du plancher buccal ont été rapportés chez des patients recevant un traitement anticoagulant [1-6]. Les anti vitamines K (AVK) sont des anticoagulants largement prescrits par voie orale, utilisés pour la prévention de thrombose veineuse ou de son extension [7] Leur utilisation suppose une surveillance biologique régulière en raison des risques hémorragiques. Les accidents hémorragiques aux AVK ne sont pas rares [5].

L'accident hémorragique survient à l'occasion d'une erreur de posologie, d'une mauvaise surveillance biologique, ou encore par interférences médicamenteuses (anti-inflammatoires, antibiotiques. . .) ou au cours d'une pathologie hépatobiliaire [2]. Ces derniers siègent le plus souvent au niveau du tractus digestif, génito-urinaire et en intracrânien. L'obstruction des voies aériennes supérieures est souvent en rapport avec un hématome rétro pharyngé et/ou laryngé, ou sublingual [8-5]

L'hématome du plancher buccal se manifeste d'abord par un mal de gorge, une dysphagie et une voix étouffée. Comme le plancher buccal est un compartiment de tissus mous facilement extensible, dans cette zone peut entraîner un hématome important. Un bavage et une détresse respiratoire des voies respiratoires peuvent se développer. Il faut observer attentivement le patient et reconnaître le risque d'atteinte des voies respiratoires. [9] L'examen physique révèle une masse rougeâtre ou bleuâtre, molle, sous-muqueuse du plancher buccal avec une élévation de la langue. Une masse au niveau du cou ou des ecchymoses externes peuvent ou non être présentes. La radiographie de la face latérale du cou peut mettre en évidence une élévation de la langue et du cou peut montrer une élévation de la langue et du plancher buccal [10]. La tomодensitométrie peut être envisagée pour évaluer l'étendue de l'hématome. Devant un hématome du plancher buccal, la sécurité des voies aériennes est la priorité absolue. Les options de contrôle des voies aériennes comprennent l'observation attentive, l'intubation, la trachéotomie ou la crico-thyrotomie.



**Figure 3: Prise en charge curative d'un hématome du plancher buccal.**

Le traitement d'un accident hémorragique grave aux antivitamines K est essentiellement symptomatique se basant sur l'administration de concentrés de complexes prothrombiniques (CCP) en association à de la vitamine K. Dans le cas de cette patiente, seule la vitamine K a été injectée, les CCP n'étant pas disponibles. Le drainage

chirurgical n'est pas systématique et ne s'est pas révélé nécessaire, l'évolution se faisant vers la résorption spontanée de l'hématome une fois l'hémostase corrigée [11].

Lorsque les voies respiratoires du patient sont libérées, le contrôle de l'hémorragie est abordé. En cas d'hémorragie légère, la pression extravasculaire locale et la compression des parties molles adjacentes limitent souvent l'extension de l'hématome [12]. L'hémostase peut être assurée par une simple surveillance minutieuse. Les tentatives de drainage peuvent réduire la pression créée, ce qui entraîne un saignement persistant [13]. Le traitement chirurgical est préférable lorsque l'hématome est important et non restrictif [14]. Bien qu'une approche intrabuccale pour la ligature des vaisseaux hémorragiques soit décrite [13], elle n'est pas recommandée en raison du manque de visibilité et de la rétraction de la branche sectionnée dans les tissus du plancher buccal. En cas d'hémorragie grave, l'angiographie endovasculaire est un moyen pour définir et isoler la source de l'hémorragie. L'embolisation et l'occlusion des branches artérielles impliquées est une option thérapeutique [14]. Notre observation montre une obstruction des voies aériennes supérieures par un hématome cervical gauche et du plancher buccal avec une détresse respiratoire majeure, nécessitant une trachéotomie de sauvetage. Vu la stabilité de l'hématome, une attitude expectative a été décidée, avec une résorption spontanée les jours suivants.

#### **IV. Conclusion**

L'hématome du plancher buccal est une localisation inhabituelle des accidents hémorragiques secondaires aux antivitamines K. Cette complication mérite d'être connue car elle menace le pronostic vital.

#### **Bibliographie**

- [1]. Lepore MI (1976) Upper Airway Obstruction Induced By Warfarin Sodium. Arch Otolaryngol 102(8):505–506
- [2]. Zacharia Gs, Kandiyil S, Thomas V (2014) Pseudo-Ludwig's Phenomenon: A Rare Clinical Manifestation In Liver Cirrhosis. Aeg Case Rep J 2(1):53–54
- [3]. Prepageran N, Raman R, Ismail Sm, Rahman Zaa (2002) Spontaneous Sublingual Hematoma As A Complication Of Severe Hypertension: First Report Of A Case. Ear Nose Throat J 81(8):576–578
- [4]. Satpathy S, Guha R, Satpathy A, Guha P (2015) Spontaneous Sublingual Space Hematoma Secondary To Hypertension: A Case Report And Review Of Literature. Natl J Maxillofac Surg 6(1):96–98
- [5]. Gupta Mk, Mcclymontlg, Hakimhel. Case Of Sublingual Hematoma Threatening Airway Obstruction. Medscimonit 2003;9:Cs95–Nbs.
- [6]. Reillypiccinra. Médicaments utilisés dans les Troubles de la coagulation. Pharmacologie fon- Damentale et clinique. 7e Ed. 2000; P:570–4..
- [7]. González-García R, Schoendorff G, Muñoz-Guerra Mf, Rodríguez-Campo Fj, Naval-Gías L, Sastre-Pérez J (2006) Upper Airway Obstruction By Sublingual Hematoma: A Complication Of Anticoagulation Therapy With Acenocoumarol. Am J Otolaryngol 27(2):129–132
- [8]. Megoldrick Ke, Donlon Jv (1979) Sublingual Hematoma Following Difficult Laryngoscopy. Anesth Analg 58:343–344.
- [9]. Cohen Af, Warman Sp (1989) Upper Airway Obstruction Secondary To Warfarin-Induced Sublingual Hematoma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 115:718–720.
- [10]. Duong Tc, Burthgd, Shatneych. Upper Airway Obstruction as a complication of oral Anticoagulation Therapy. Crit Care Med 1986;14:830–1
- [11]. Moghadam Hg, Caminiti Mf (2002) Life-Threatening Hemorrhage After Extraction Of Third Molars: Case Report And Management Protocol. J Can Dent Assoc 68:670–674
- [12]. Givol N, Chaushu G, Halamish-Shani T, Taicher S (2000) Emergency Tracheostomy Following Life-Threatening Hemorrhage In The Floor Of The Mouth During Immediate Implant. J Periodontol 71:1893–1895
- [13]. Kalpidis Cd, Setayesh Rm (2004) Hemorrhage Associated With Endosseous Implant Placement In The Anterior Mandible: A Review Of The Literature. J Periodontol 75:631–645