
HEMATOME SOUS-DURAL RACHIDIEN AIGU A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

I. ABDELLI - A. LAHBIB

Service de Neurochirurgie - EPH Laghouat

RESUME L'hématome sous-dural rachidien aigu est une entité très rare; cependant, il peut conduire à des complications graves résultant des blessures de la moelle épinière et des racines, parfois irréversible et peut avoir des conséquences dévastatrices si sa prise en charge n'a pas été menée à temps. Il existe de multiples étiologies décrites dans la littérature. Les causes courantes des hématomes sous-duraux rachidiens aigus comprennent des malformations vasculaires, néoplasme, ponction lombaire et coagulopathie (soit héréditaires ou secondaires à un traitement anticoagulant). Dans ce rapport, nous présentons un cas d'un hématome sous-dural rachidien aigu impliquant la charnière dorso-lombaire chez un homme de 56 ans sous un traitement anticoagulant (PLAVIX) pour une artériopathie oblitérante des membres. Ce patient a présenté soudainement une paraplégie associée à des troubles sphinctériens. Une imagerie par résonance magnétique de la région dorso-lombaire a confirmé la présence de l'hématome et montré la compression à gauche de la moelle au niveau de T12-L1. Le patient a été opéré dans le cadre de l'urgence, bénéficiant d'une décompression chirurgicale du segment vertébro-médullaire impliqué.

Mots clés : *Hématome sous dural rachidien, Compression médullaire.*

RESUME Acute spinal subdural hematoma is a very rare entity, however, it can lead to serious complications resulting from injuries to the spinal cord and roots and can have devastating consequences if not managed early. There are multiple etiologies described in the literature. Common causes of spontaneous spinal subdural hematoma include vascular malformations, neoplasm, lumbar puncture and coagulopathy, either hereditary or secondary to anticoagulant therapy. In this report, we present a case of acute spinal subdural hematoma involving thoraco-lombair region in a 56-year-old man on an anticoagulant therapy (PLAVIX) for peripheral artery disease. This patient presented with sudden paraplegia and sphincter disorder. A magnetic resonance imaging study of thoraco-lombair spine confirmed the hématoma with T12-L1 cord compression at the left side. The patient was treated with an emergency surgical decompression of involved spinal segment.

Mots clés : *Spinal subdural hematome, spinal cord compression.*

INTRODUCTION

Un hématome sous-dural rachidien aigu (HSRA) est une cause très rare de compression médullaire. Les troubles de la crase sanguine, secondaires ou non à la prise d'anticoagulants, sont les causes les plus fréquentes [1, 2, 3]. Ils peuvent aussi se développer après un traumatisme, une intervention chirurgicale rachidienne, une ponction lombaire et/ou une rachianesthésie [4]. Les malformations vasculaires ou les Tumeurs rachidiennes peuvent aussi être à l'origine d'un HSRA [5, 6].

OBSERVATION

Monsieur G.L, âgé de 56 ans, aux antécédents d'artériopathie oblitérante des membres, à l'origine d'une gangrène distale de l'index de la main droite ayant nécessité son amputation avec mise sous traitement anticoagulant (PLAVIX), a présenté subitement, après 18 jours de traitement, une douleur rachidienne localisée brutale suivie d'une installation rapidement progressive d'une paraplégie sensitivomotrice associée à une rétention urinaire. Il a été hospitalisé dans une structure de santé périphérique,

puis nous a été adressé trois jours plus tard. L'IRM médullaire réalisée 24 H après son hospitalisation à notre niveau, met en évidence un hématome sous dural aigu T12/L1, postéro latéral gauche, refoulant la moelle vers la droite. Cet hématome est homogène en iso signal sur les séquences T1, homogène en hyposignal sur les séquences T2 (Fig.1).

Après injection, aucun rehaussement n'est observé. Sur les coupes axiales en T2, la lésion est en forme de croissant avec présence d'un hypersignal centromédullaire en rapport avec une myélomalacie. La graisse épidurale est respectée. L'hématome est évacué chirurgicalement (Fig. 2) et le patient est actuellement en cour de rééducation.

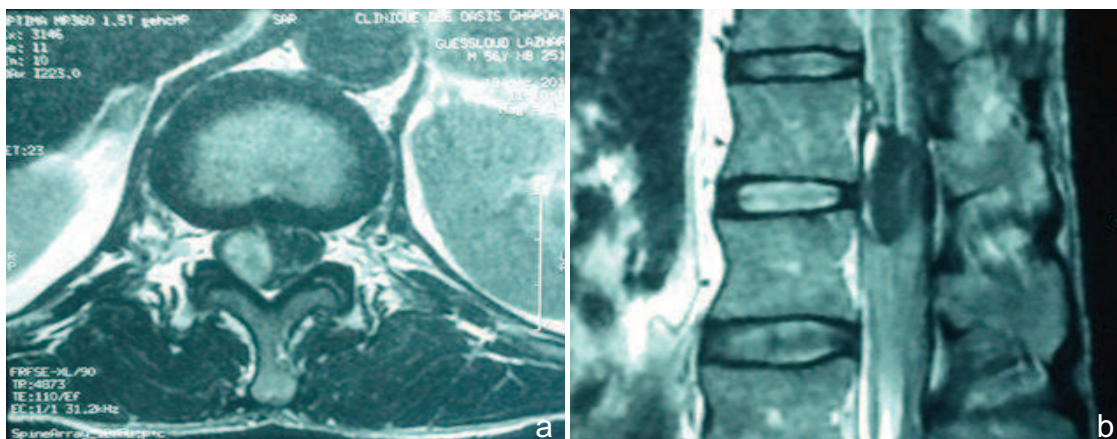


Fig 1 : IRM en coupe axiale et sagittale sur les séquences T2 : Hématome sous dural postéro latéral gauche, refoulant la moelle

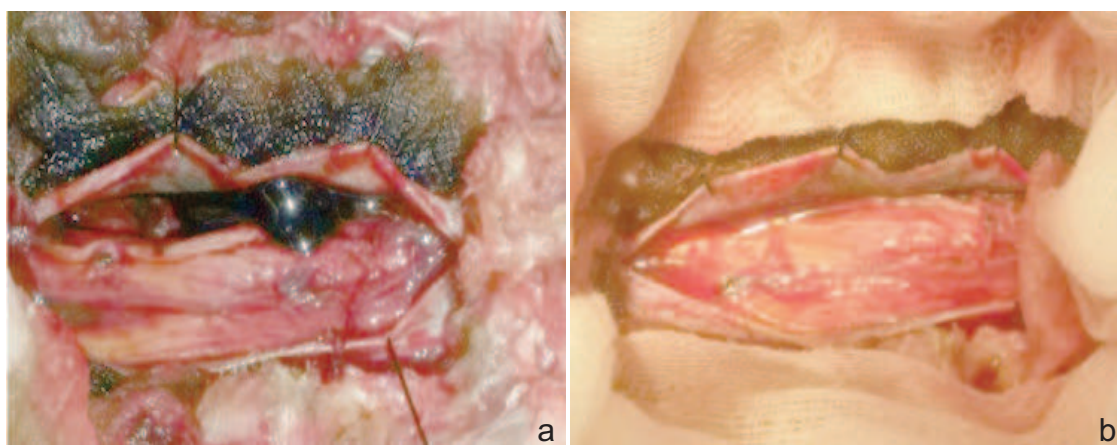


Fig. 2 : Vue per opératoire : Hématome sous dural sous forme d'un caillot de sang latéralisé à gauche avant l'évacuation (a). Après évacuation de l'hématome et lavage (b).

DISCUSSION

Depuis le premier rapport de Potts [13] en 1910, Schiller et ses collègues ont décrit l'hématome sous dural rachidien aigu et depuis, environ 60 cas ont été rapportés dans la littérature [11, 16]

Domenicucci M1, Ramieri A, Ciappetta P, et Delfini R. ont examiné 106 cas d'hématomes sous duraux rachidiens, dont 101 cas appartiennent à différents services et 05 leur sont propres ; la revue de ces

dossiers a cependant révélé que plusieurs cas parmi eux n'étaient pas des hématomes aigus mais plutôt chroniques. Cette étude a montré aussi que dans 70% des cas, l'hématome se situait dans la région dorso-lombaire et que dans 54 % des cas, la cause de l'hématome revient à des troubles de la crase sanguine.

L'hématome sous dural rachidien est le plus souvent lié à des troubles de la crase sanguine, en particulier secondaire à la

prise d'anti-coagulants, associé ou non à une ponction lombaire [1, 3]. Il peut être spontané ou secondaire à un traumatisme rachidien, une rachianesthésie, une malformation vasculaire.

La symptomatologie des hématomes sous durs rachidiens aigus débute typiquement par une douleur rachidienne localisée, brutale, puis des signes de compression médullaire ou un syndrome de la queue de cheval s'installent rapidement [1, 4, 5].

La TDM peut aider au diagnostic précoce des hématomes sous-durs rachidiens en l'absence d'IRM, ou si l'IRM s'avère négative ou d'interprétation difficile [4, 6, 7] mais celle-ci, lorsqu'elle est réalisée, affirme la nature hémorragique, précise leur étendue et leur retentissement [1, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

L'hématome sous dural, d'aspect lobulé, se présente comme une masse ou une coulée intra canalaire, le plus souvent dorsale ou dorsolombaire, antérieure (parfois latéral, postérieur ou circonférentiel) [11] ; il respecte la graisse épidurale sans l'infiltrer. Il est souvent moins étendu en hauteur que l'hématome épidural [1]. En coupe axiale, il est le plus souvent en forme de croissant. Il peut comprimer la moelle et entraîner une discrète déformation du cordon médullaire à très grand rayon de courbure. Le signal des hématomes sous durs varie avec le temps. L'hyposignal dure-mérien en T2 est situé en dehors de l'hématome [14].

Si sur l'IRM, aucun signe n'oriente vers une malformation vasculaire, l'artériographie n'est pas essentielle dans le cadre de l'urgence et surtout, elle ne doit pas retarder l'intervention chirurgicale [10].

Le diagnostic différentiel se réduit à l'hématome épidural aigu et chronique, l'épidurite tumorale ou infectieuse.

L'hématome épidural s'étend en hauteur le plus souvent sur plus de 4 ou 5 vertèbres. Son siège le plus fréquent est dorsal ou cervico-dorsal. La graisse de l'espace épidural est effacée ou amputée. En coupe axiale, il a une forme de lentille biconvexe [1, 11]. L'hématome épidural est séparé de la moelle par l'hyposignal dure-mérien qui apparaît décollé [8, 9, 11]. Après injection, le rehaussement est fréquent, le plus souvent périphérique, par hyperhémie de la dure-mère.

L'épidurite tumorale est le plus souvent métastatique. Son siège est surtout thoracique et son signal est iso intense à la moelle en T1 et en T2. Un rehaussement est observé

après injection et précise l'importance de l'atteinte rachidienne et péri-rachidienne souvent associée [1, 9].

L'épidurite infectieuse est le plus souvent associée à une spondylodiscite et siège à l'étage lombaire. Son signal est faible en T1 et intense en T2. Après injection, le rehaussement est global au stade phlegmoneux puis en coque avec une zone centrale non rehaussée au stade d'abcès [1, 9].

L'hématome épidural spontané chronique est peu fréquent. Siégeant au dessous du cône médullaire, la chronicité est due au fait que les racines de la queue de cheval supportent mieux la compression que le cordon médullaire [15].

Certains cas d'hématome sous dural récidivants ont été décrits, régressant spontanément.

Les hématomes sous durs lombaires à hauteur de la queue de cheval sont souvent accompagnés de déficit neurologique mineur et leur pronostic est meilleur que celui des hématomes à hauteur du cordon médullaire [5, 16].

La conduite à tenir dépend de la clinique et l'abstention chirurgicale est licite lorsque la récupération clinique est précoce (premières heures) et rapidement complète [4, 16].

Le traitement chirurgical indiqué devant l'absence d'amélioration clinique, consiste en une laminectomie suivie d'une évacuation de l'hématome, après incision de la dure-mère.

Le pronostic neurologique dépend essentiellement du délai entre le début des symptômes et la décompression chirurgicale.

CONCLUSION

Les hématomes sous durs rachidiens aigus sont rares. Ils se présentent le plus souvent en forme de croissant en coupe axiale, en dedans de l'hyposignal T2 dure-mérien. L'IRM médullaire permet un diagnostic et donne des renseignements indispensables pour guider la voie d'abord neurochirurgicale. L'abstention chirurgicale peut être indiquée en cas de récupération clinique très rapide.

REFERENCES

- 1] G. COSNARD, T. DUPREZ, F. LECOUVET, P. MATHURIN. Espaces méningés rachidiens : applications sémiologiques. Feuilles de Radiologie 1998 ; 38 : 483-95.

- 2] L. OHAYON, C GORHAN, G SOTO-ARES. Hématomes épidual et sous-dural intra-rachidiens aigus. *Journal de radiologie* Vol 84, N 1er jan 2003.
- 3] YOICHI S, KOZO S, EIJI A, NAOHISA M, YOSHIHIRO T. Spinal subdural hematoma. *Skeletal Radiol* 1996 ; 25 : 477-80.
- 4] RENARD JF, PROUST F, LANGLOIS O ET AL. Paraplégie. Hématome épidual intra-rachidien d'évolution spontanément favorable. *Rachis* 1995 ; 7 : 41-4.
- 5] FUKUI MB, SWARNKAR AS, WILLIAMS RL. Acute spontaneous spinal epidural hematomas. *Am J Neuroradiol* 1999;20: 1365-72.
- 6] GINSBERG MYRON D, BOGOUS SLAVSKY J. Cerebro vascular disease. Pathophysiology, diagnosis, and management. Volume II. Blackwell Science, édit., Malden, Massachusetts, 1998;112:1569-84.
- 7] POST MJ, BECERRA JL, MADSEN PW ET AL. Acute spinal subdural hematoma : MR and CT findings with pathologic correlates. *Am J Neuroradiol* 1994;15:1895-1905.
- 8] SKLAR EM, POST JM, FALCONE S. MRI of acute spinal epidural hematomas. *J Comput Assist Tomogr* 1999 ; 23 : 238-43.
- 9] CROISILLE PH, VANDERMARCO P, FERRIE JC ET AL. IRM et pathologie épidual tumorale, infectieuse et hémorragique spontanée. *J Radiol* 1993 ; 74 : 399-407.
- 10] LONGON MM, PAQUIS P, CHANALET S, GRELLIER P. Non traumatic spinal epidural hematoma: report of four cases and review of the litterature. *Neurosurgery* 1997 ; 41 : 483-6.
- 11] KÜKER W, THIEX R, FRIESE R ET AL. Spinal subdural and epidural haematomas: Diagnostic and therapeutic aspects in acute and subacute cases. *Acta Neurochir* 2000 ; 142 : 777-85.
- 12] BOUKOBZA M, HADDAR D, BOISSONET M, MERLAND JJ. Spinal subdural haematoma: a study of three cases. *Clin Radiol* 2001 ; 56 475-80.
- 13] KIRSCH EC, KHANGURE MS, HOLTHOUSE D, MCAULIFFE W. Acute spontaneous spinal subdural haematoma : MRI features. *Neuroradiology* 2000;42:586-90.
- 14] GRUNBERG A, CARLIER A, BEKKALI F, SILVA M, CHEMOUILLI P, DOYON D. Hématomes sous-duraux rachidiens. Présentation de deux cas explorés en IRM. *J Radiol* 1993;74:291-5.
- 15] RIFFAUD L, MORANDI X, CHABERT E, BRASSIER G. Spontaneous chronic spinal epidural hematoma of the lumbar spine. *J Neuroradiol* 1999;26:64-7.
- 16] ALEXANDIOU-RUDOLF C, ERNESTUS RI, NANASSIS K, LANFERMANN H, KLUG N. Acute non traumatic spinal epidural hematomas. An important differential diagnosis in spinal emergencies. *Spine* 98;15: 1810-3.