

Hématome épidural cervical non traumatique / *Non traumatic Epidural Cervical Hematoma*

MOUSSA DIALLO¹, EL HADJ CHEIKH N SY², GILLES PERRIN¹

1- *Service de Neurochirurgie C hôpital neurologique de Bron*

2- *Service de Neurochirurgie hôpital de Fann Dakar*

Neurosurgery Department of Neurological Hospital Pierre WERTHEIMER LYON (France)

Correspondant: DIALLO Moussa

Faculté de médecine. Université de Bamako

e-mail: mdiallo5@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction. Les hématomes épiduraux cervicaux spontanés, très rares jadis, ont tendance à devenir fréquent même s'ils ne sont pas encore courants. Le développement des moyens d'imageries médicales, notamment le scanner et l'IRM, de plus en plus performant, a permis le diagnostic facile et précoce. Les hématomes compressifs avec un trouble neurologique constituent une urgence chirurgicale. L'objectif de ce travail était de rapporter un cas d'hématome cervical non traumatique.

Observation. Il s'agit d'une tétraparésie d'installation rapidement progressive chez une jeune personne sans notion de traumatisme rachidien et sans antécédents particuliers. L'imagerie médicale par angio MR et par IRM avait permis d'éliminer une malformation vasculaire et de poser le diagnostic. Le patient a été opéré en urgence et les suites opératoires étaient simples.

Conclusion. Les hématomes épiduraux cervicaux symptomatiques doivent bénéficier d'un diagnostic précoce afin d'envisager un traitement approprié. De ce traitement dépendra le pronostic fonctionnel voir même vital du patient.

Mots clés : Hématome, Épidural, Cervical.

ABSTRACT

Introduction. *Very rare spontaneous cervical epidural hematoma once tend to become common even though they are not yet common. The development of means of medical imaging (CT-scan and MRI) more efficient allowed easy and early diagnosis. Hematoma compression with a neurological disorder is a surgical emergency. The main objective of this study was to report a clinical case of a Non traumatic epidural cervical hematoma.*

Case report. *This is a rapidly progressive tetraparesis of a young person without the notion of spinal trauma and without a specific history. Medical imaging by angio MR and MRI had helped to eliminate vascular malformation and make the diagnosis. The patient was operated on in emergency and the operative follow-up was simple marked by the disappearance of neurological disorders.*

Conclusion. *Symptomatic cervical epidural hematoma should benefit from early diagnosis to consider appropriate treatment. This treatment will depend on the functional or even vital patient prognosis.*

Keywords: *Hematoma, Epidural, Cervical.*

INTRODUCTION

Les hématomas épiduraux cervicaux spontanés, très rares jadis, ont tendance à devenir fréquent même s'ils ne sont pas encore courants. Le développement des moyens d'imageries médicales, notamment le scanner et l'IRM, de plus en plus performant, a permis le diagnostic facile et précoce. Les hématomas compressifs avec un trouble neurologique constituent une urgence chirurgicale. L'objectif de ce travail était de rapporter un cas d'hématome cervical non traumatique.

CAS CLINIQUE

Monsieur VD, patient âgé de 37 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particulier, a été admis en urgence dans le service pour une tétraparésie d'installation rapidement progressive en 24 heures.

Le tableau clinique a débuté par des cervicalgies d'intensité croissante résistantes au traitement antalgiques. Secondairement, est apparu un engourdissement des membres supérieurs qui a rapidement évolué vers un déficit moteur dans un premier temps, puis étendu aux membres inférieurs plus tard. Un examen d'Imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis cervical réalisée en urgence (*Images 1 et 2*) avait mis en évidence un hématome épidural postérieur avec compression médullaire en regard de C2-C3 et C3-C4 ; Absence d'argument pour une malformation artério-veineuse (MAV) ou pour une fistule sous l'AMR 3D (Angio IRM) gadolinium des troncs supra-aortiques (TSA) ou sur les coupes anatomiques T1 réalisées après injection.

Devant ce tableau clinico-radiologique concordant, une laminectomie de C3 et de C4 avec évacuation d'hématome compressif a été réalisée en urgence. L'IRM de contrôle postopératoire (*Images 3 et 4*) réalisée au 3ème jour montrait: une évacuation complète de l'hématome avec bonne détente du fourreau dural ainsi qu'une absence totale de tout phénomène compressif.

Au 5ème jour postopératoire le patient avait totalement récupéré de son déficit neurologique et de sa cervical.

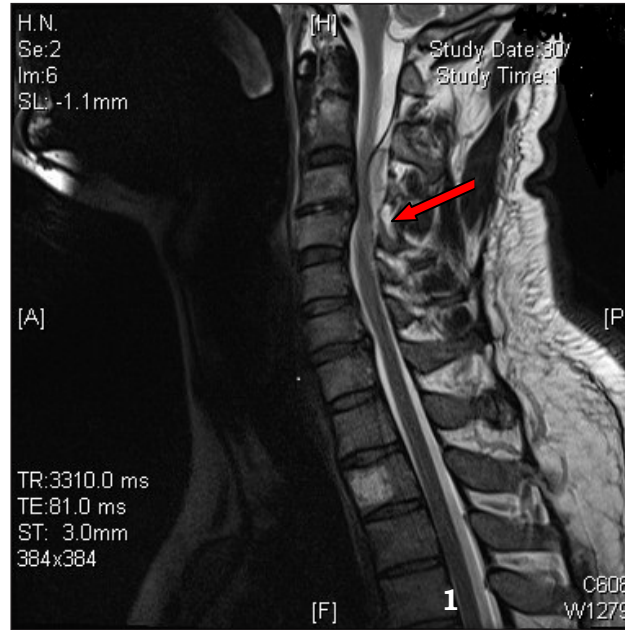


Image1 : Coupe sagittale, hématome compressif (la flèche) / Sagittal cut, compressive hematoma (Arrow)

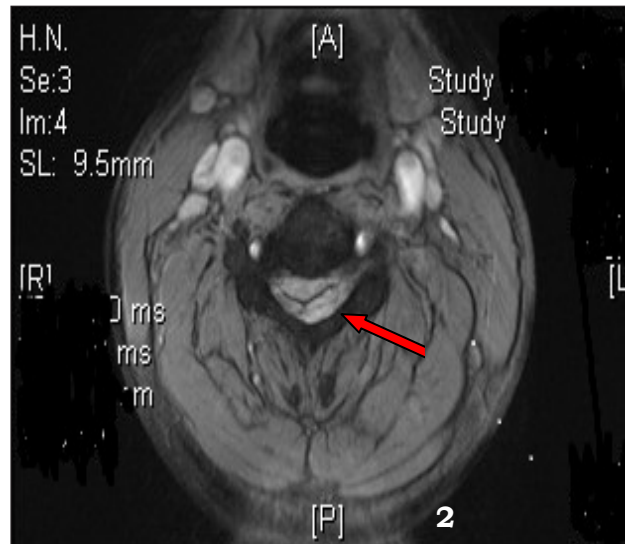


Image2 : Coupe axiale, hématome postérieur (la flèche) / axial cut, posterior hematoma (arrow)

Fig. 1 : IRM du rachis cervical :
 * Avant l'opération (1 ; 2)
 * Cervical MRI : before surgery (1 ;2)



Image 3 : Coupe sagittale, hématome évacué / sagittalcut, hematoma evacuated

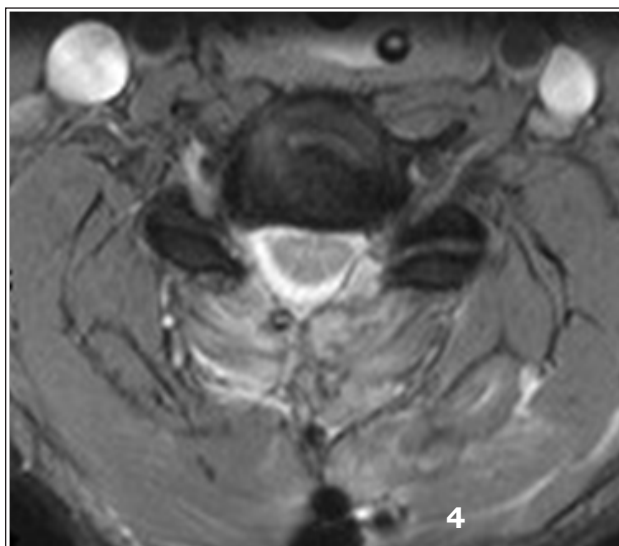


Image 4 : Coupe axiale, décompression totale de la moelle / axial cut, spine cord decompression

Fig. 2 : IRM du rachis cervical
* : après chirurgie (3 ; 4)
* Cervical MRI : after surgery (1 ;2)

COMMENTAIRES

Les hématomes épiduraux cervicaux spontanés considérés comme une pathologie rare^{1,5} ont tendance à devenir de plus en plus fréquent grâce à l'amélioration des moyens diagnostiques en occurrence l'avènement de l'imagerie par résonance magnétique. Pathologie de prédominance chez la féminine, elles sont localisées de préférence dans le rachis

cervical entre C5 et C7 dans 95% (toute étiologie confondue), et de C1 à C4 dans environ 44%³. Groen avait trouvé une fréquence plus élevée des localisations de la face postérieure ou postéro-latérale de la dure-mère ou se situent de vastes réseaux veineux épiduraux³. Les zones d'ombres entourant la physiopathologie de cette affection font que l'origine réelle du saignement est encore sujette à des controverses. Certains auteurs sont favorables à une origine veineuse du saignement épidual qui serait favorisé par une augmentation de la pression intra thoracique⁷. La faible pression des veines épidurales corrobore avec d'installation par à-coup des signes neurologiques aux 4 membres. Des hypothèses évoquent une rupture de MAV épidurale détectable par les moyens modernes de radiodiagnostic¹, cette malformation n'a été retrouvée chez notre patient. Il est important de garder à l'esprit que dans 40-50% des cas, aucune cause de l'hématome épidual n'est trouvée².

L'imagerie par résonance magnétique est l'examen de choix pour le diagnostic et le suivi post thérapeutique de l'hématome épidual cervical^{1,5}. L'hématome épidual cervical spontané avec expression clinique est une urgence neurochirurgicale. La compression médullaire qui en résulte peut être responsable de trouble neurologique grave allant de l'invalidité motrice au décès plus on se rapproche de C1 et du bulbe rachidien (moelle allongée). Une laminectomie cervicale et une décompression de la moelle par évacuation d'hématome est la technique chirurgicale la plus adoptée^{1,5}. Ce traitement doit être réalisé dans les 12 premières heures après la compression pour espérer avoir un meilleur résultat ; ce délai peut varier allant jusqu'à 24 à 48 heures après l'installation des premiers signes neurologiques adoptée^{1,5}. Le traitement conservateur, proposé par certains auteurs⁴ ne sera envisager que si le patient est pauci symptomatique et avec une faible compression de la moelle à l'imagerie. La corticothérapie¹ et la rééducation par la kinésithérapie devront faire partir de l'arsenal thérapeutique. Elles permettent de favoriser la récupération neurologique du patient.

CONCLUSION

De plus en plus fréquent, l'hématome épidual cervical spontané constitue une urgence chirurgicale. La précocité de la prise en charge thérapeutique est gage d'un meilleur résultat thérapeutique. Le progrès intervenu dans l'imagerie médicale permet un diagnostic précoce

pour une prise en charge optimale et dans les meilleurs délais.

Conflit d'intérêt

Nous, MOUSSA DIALLO, ELHADJ CHEIKH N. SY, BERNARD VALLEE et GILLES PERRIN, auteurs du travail portant sur l'hématome épidural cervical non traumatique, affirmons sur l'honneur n'avoir aucun conflit d'intérêt autour de cet article scientifique.

Participation de chaque auteur à l'article

- MOUSSA DIALLO : mdiallo5@gmail.com
Initiateur du travail, rédaction de l'article
- ELHADJ CHEIKH N. SY: cheikh-sy@live.fr
Recherche bibliographique
- BERNARD VALLEE: Bernard.vallée@gmail.com
Correction et personne ressource
- GILLES PERRIN: gilles.perrin@chu-lyon.fr
Correcteur personne ressource et chef de service

RÉFÉRENCES

- 1- **Diallo M, Boni N, Tokpa A, Bazézé V.** Hématome épidural spontané cervical : Revue de la littérature à travers un cas, *Le Rachis*, Mars-Avril 2014 ; 2 : 30-31
- 2- **Foo D, Rossier AB.** Preoperative neurological status in predicting surgical outcome of spinal epidural haematomas. *Surg Neurol* 1981; 15(5):389-401
- 3- **Groen RJ, Ponsen H.** Vascular anatomy of the spinal epidural space: considerations on the etiology of the spontaneous spinal epidural haematoma. *Clin Anat* 199; 14:413-420
- 4- **Lovblad KO, Baumgartner R.W, Zambaz BD.** Remonda L, Ozdaba C, Schroth G. Nontraumatic spinal epidural hematomas MR Features. *Acta Radiol.* 1997; 38:8-13
- 5- **Munoz González A, Cuelloa JP, Rodríguez Cruza PM and al.** Hematoma espinal epidural espontáneo: estudio retrospectivo de una serie de 13 casos; *Neurología (NRL)* 2014; 620; 7-8 ;
- 6- **Taniguchi LU, Pahl FH, Lucio JE, and al.** Complete motor recovery after acute paraparesis caused by spontaneous spinal epidural hematoma: Case report. *BMC Emerg Med.* 2011; 11:10
- 7- **Tremolizzo L, Patassini M, Malpieri M, and al.** A case of spinal epidural haematoma during breath hold diving. *Diving Hyperb Med.* 2012; 42:98-100