



Hématome épidural rachidien spontané

Spontaneous spinal epidural hematoma

ورم دموي تلقائي للفوق الجافية الفقرية

M. Benzagmout, N. Oulali, K. Chakour, FM. Chaoui

الملخص : يعد الورم الدموي للفوق الجافية الفقرية مرضاً نادراً. ينقل الباحثون ملاحظة سريرية لمريضة شابة عمرها 23 سنة، بلا سوابق مرضية معينة، أصيبت بآلام حادة على مستوى متوسط الظهر تلاها بشكل سريع شلل رخو للطرفين السفليين مع نقص في الإحساس السطحي يصل إلى مستوى الرهابة و سلس بولي. أظهر التصوير بالرنين المغناطيسي تجمع خارج الجافية على شكل عدسة ثنائية التحذب ذو خاصية دموية تمتد من الفقرة الظهرية 5 إلى الفقرة الظهرية 7 و تدفع بالنخاع الشوكي إلى الأمام. خضعت المريضة لعملية مستعجلة عبر الطريق الخلفي حيث تم إزالة الصفائح الفقرية من الفقرة الظهرية 4 إلى الفقرة الظهرية 7 مع استعادة شبه كاملة للنقص العصبي بعد العملية. من خلال هذه الملاحظة السريرية، نقترح مناقشة الأشكال السريرية والآليات المرضية و سبل إكتشاف هذا الداء الذي يستلزم تشخيص وعلاج عاجل.

الكلمات الأساسية : ورم دموي للفوق الجافية الفقرية،

Résumé : L'hématome épidural rachidien spontané est une entité rare. Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune patiente de 23 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant brutalement présenté des dorsalgies moyennes suivies de l'installation rapide d'une paraplégie flasque avec hypoesthésie superficielle à niveau supérieur xiphoidien et incontinence urinaire. L'IRM a montré une collection épidurale postérieure en « lentille biconvexe », de signal hématique, étendue de D5 à D7 et refoulant la moelle en avant. La patiente a été opérée d'urgence par voie postérieure en réalisant une laminectomie étendue de D4 à D7 avec récupération subtotalaire du déficit en postopératoire.

A travers cette observation, nous proposons de discuter les aspects cliniques, la pathogénie et les modes d'exploration de cette affection qui constitue une urgence diagnostique et thérapeutique.

Mots clés : Hématome épidural.

Abstract : Spontaneous spinal epidural hematoma is a rare entity. The authors report a case of 23-year-old female, with unremarkable past medical history, who has suddenly presented with mild dorsal pain followed by rapid flaccid paraplegia with superficial hypoesthesia at the xiphoidien level, and urinary incontinence. Magnetic resonance imaging (MRI) examination showed compressive extradural biconvex collection, extending from T5 to T7, which had a blood signal. Emergency T4 to T7 laminectomy was performed resulting in subtotal postoperative improvement of the deficit.

Through this observation, we suggest to discuss the clinical aspects, pathogenesis and exploration methods of this disease, which need a diagnostic and therapeutic emergency.

Key Words : epidural hematoma.

Tiré à part : M. Benzagmout, service de Neurochirurgie CHU Hassan II Fès - Maroc.

Introduction

L'hématome épidural rachidien ou hématorachis est une affection rare, faisant généralement suite à un trouble acquis ou congénital de la coagulation, à un traumatisme parfois minime ou encore à la rupture d'une malformation vasculaire (angiome, fistule artério-veineuse) [1]. Il s'agit d'une urgence neurochirurgicale dont le pronostic est conditionné par la rapidité de la prise en charge.

Notre observation concerne un cas d'hématome épidural rachidien spontané (HERS) survenu en dehors de toute étiologie décelable.

Observation

Mademoiselle F.B est une patiente âgée de 23 ans, sans antécédents pathologiques notables, en particulier pas de notion de traumatisme rachidien ni de prise médicamenteuse, hospitalisée au service de neurochirurgie en Décembre

2004 pour une lourdeur des deux membres inférieurs d'installation brutale avec incontinence urinaire et des dorsalgies moyennes rebelles au traitement symptomatique. L'examen neurologique initial a noté une paraplégie flasque grade B de Frankel avec une hypoesthésie superficielle à niveau supérieur xiphoidien.

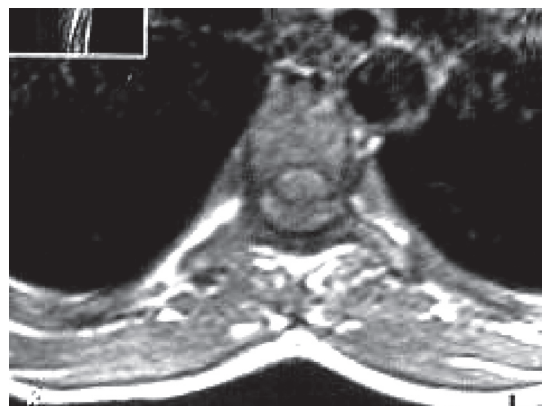
L'imagerie par résonance magnétique (IRM), réalisée en coupes sagittales et axiales, séquences pondérées T1 et T2, a montré une lésion en forme de lentille biconvexe avec un angle de raccordement obtus, siégeant en regard des vertèbres D5, D6 et D7 et comprimant la moelle en regard, évoquant un hématome épidural postérieur (figures 1-2). Le bilan biologique, notamment le bilan hépatique et le bilan d'hémostase, était normal. L'artériographie médullaire n'a pas montré d'anomalies vasculaires.

Figure 1 : IRM médullaire



En coupe sagittale du rachis dorsal, séquence pondérée T2, montrant une collection hétérogène biconvexe, isointense au centre et hyperintense en périphérie, siégeant en regard de D6 et comprimant la moelle en regard.

Figure 2 : IRM médullaire



En coupe axiale, séquence pondérée T1 passant par la 6ème vertèbre thoracique (D6) montrant une collection épidurale postérieure hétérogène, séparée du contenu intradural par une limite nette hypointense qui correspond à la dure-mère refoulée.

La patiente a été opérée en urgence par voie postérieure avec réalisation d'une laminectomie étendue sur quatre niveaux de D4 à D7, évacuation de l'hématome extradural et découverte de débris xanthochromiques à la surface de la dure mère sans anomalie vasculaire associée.

Les suites opératoires immédiates étaient simples. Deux jours en postopératoire, la patiente a ébauché une récupération neurologique, surtout motrice, puis elle fut adressée au service de rééducation où son suivi nous a per-

mis de constater une récupération totale du déficit au bout de quatre mois.

Discussion

En 1869, Jackson [2] a décrit le premier cas d'hématome épidural rachidien spontané qu'il a confirmé lors d'une autopsie; depuis, environ 350 cas étaient rapportés dans la littérature avec une incidence annuelle estimée à 0,1 pour 100 000 [3].

L'hématome épidural rachidien spontané peut être observé à tous les âges avec une prédilection entre 20 et 45 ans [1] et une nette prédominance masculine (sex-ratio = 5). L'hématome épidural rachidien spontané intéresse le plus souvent les zones charnières du rachis avec un maximum de fréquence au niveau cervico-thoracique [4]. Il siège essentiellement dans l'espace épidural postérieur [5] mais peut fuser latéralement jusqu'à s'insinuer entre les racines. Il respecte presque toujours l'espace extradural antérieur et ne franchit jamais les trous de conjugaison. Des formes circonscrites d'hématome ont néanmoins été décrites [6].

Le saignement reste généralement limité à un petit nombre de segments vertébraux (3 à 4), mais dans certains cas il peut s'étendre en hauteur. Pour la plupart des auteurs, l'origine du saignement serait veineuse facilitée par la richesse des plexus veineux épiduraux [1, 4, 7]. D'autres auteurs, comme Beatty [1], pensent que ce saignement serait plutôt d'origine artérielle, notamment chez l'hypertendu.

Sur le plan clinique, la chronologie des signes est généralement stéréotypée, marquée par une douleur radiculaire brutale, en coup de poignard (classique « signe de Michon »), à irradiation en ceinture, stoppant l'activité en cours et rapidement suivie d'un déficit sensitivo-moteur s'aggravant dans la plupart des cas et aboutissant à une paraplégie ou une tétraplégie flasque associée à une anesthésie à tous les modes dont la limite supérieure indique le niveau de l'hématome [4, 8, 9]. Cette affection peut survenir aussi bien au repos qu'à l'effort sans circonstance déclenchante particulière.

L'IRM est l'examen clef qui permet un diagnostic de

certitude devant les caractéristiques du signal de l'hématome [4, 10]. La collection présente un aspect triangulaire, à contours convexes, sur les coupes sagittales. Le décollement dure-mérien permet de différencier l'hématome extradural du sous-dural. L'intensité du signal du caillot dépend du temps écoulé depuis le début du saignement. En séquences pondérées T1, on note un signal hyperintense précoce et en T2 un hypersignal encore plus intense. L'injection de Gadolinium rehausse les limites de la dure-mère et permet une meilleure définition topographique de la lésion. L'IRM permet également de distinguer l'hématorachis des autres lésions telles que l'hernie discale, l'infiltration épidurale d'origine infectieuse ou néoplasique, les myélites aiguës ou encore l'infarctus médullaire [11, 12].

Les radiographies standard du rachis ne retrouvent généralement aucune anomalie osseuse. La myélographie montre une image d'arrêt net, qui est horizontal de face et en bec de flûte de profil [8]. Le scanner rachidien [13] couplé à la myélographie (myélo-scanner) confirme la compression extradurale postérieure par un processus hématisque sous la forme d'une lentille biconvexe hyperdense.

Le traitement de l'hématome épidural rachidien spontané est chirurgical. Réalisée en urgence, la laminectomie décompressive permet d'une part l'évacuation de la collection hématisque et d'autre part la recherche d'une éventuelle étiologie à ce saignement. En effet, réalisée avant la 6^{ème} heure, la laminectomie permet dans la majorité des cas d'obtenir les meilleurs résultats [8, 9]. Entre la 18^{ème} et la 30^{ème} heure la récupération devient aléatoire et n'apparaît que très tardivement parfois de façon incomplète. Passé ces délais, aucune amélioration n'est observée car l'évolution anatomique de la compression médullaire se fera inéluctablement vers la myélomalacie.

Dans quelques rares cas, où les signes cliniques sont discrets et l'hématome de volume modéré et peu compressif sur les examens radiologiques, une abstention chirurgicale peut être envisagée. En effet, certains auteurs rapportent la résolution spontanée d'hématorachis [4, 9, 12-14]. Néanmoins, une surveillance rigoureuse (clinique et radiologique) s'impose car toute aggravation nécessitera une option

chirurgicale d'urgence, faute de quoi le risque fonctionnel est majeur.

Conclusion

Bien que l'hématome épidual rachidien spontané reste une affection rare, il doit être évoqué devant tout tableau

clinique associant une douleur radiculaire brutale suivie d'un déficit sensitivo-moteur rapidement évolutif.

Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de cette pathologie ont été nettement améliorés par l'avènement de l'IRM qui reste l'examen de référence.

Références

1. Yettou H., Yinikoff L., Marchal J-C., Auque J. L'hématome épidual rachidien spontané : A propos de deux nouvelles observations. *Neurochirurgie*, 1995 ; 41, N°1: 58-61.
2. Jackson R. Case of spinal apoplexy. *Lancet* 1869; 2:5.
3. Song KJ., Lee KB. The Poor Outcome of the Delayed Diagnosis of Acute Spontaneous Spinal Epidural Hematoma: Two Cases Report. *J Korean Med Sci* 2005; 20: 331-4.
4. Lederle FA., Cundy KV., farinha P., Mc Cormick DP. Spinal epidural hematoma associated with warfarin therapy. *Am J Med*, 1996, 100, 237-8.
5. Groen RJ., Poussen H. The spontaneous spinal epidural hematoma. A study of the etiology. *Neurol Sci.*, 1990; 98: 121- 38.
6. Soustie JF., Goldsher D., Vital C. L'hématome épidual aigu rachidien circonférentiel : à propos d'un cas. *Neurochirurgie* 1988 ; 34 :352-4.
7. Handerson RD., Pittock SJ., Piepgras DG., Wijdicks E. Acute spontaneous spinal epidural hematoma. *Arch Neur*, 2001 ; 58: 1145-6.
8. Lepintre J., Despres P., Seringe R. Hématome intra-rachidien extradural de siège cervical. *Ann. Pediatr*, 1969, 16, 723-7.
9. Samkoff LM., Daras M., Kleiman AR., Koppel BS. Spontaneous spinal epidural hematoma: another neurologic complication of cocaine? *Arch Neur*, 1996 ; 53 ; 819-21.
10. Boukobza M., Cornu PH., Sichez JP., Capelle L., Bitar A. L'imagerie par résonance magnétique dans le diagnostic et la surveillance des hématomes extraduraux du rachis. *Rachis* 1992; 4: 249-56.
11. Lambert G., Bontoux D. Hématome intra et extradural lombaire trompeur. *Rev. Rhuma. Mal. Ostéoart*, 1992 ; 59 : 456.
12. Nagata K., Ariyoshi M., Ishibashi K., Hashimoto S. Chronic lumbar epidural hematoma in a patient who had spondylolysis at the third lumbar vertebrae: report of a rare case involving a seventeen-years-old adolescent. *JBJS*, 1998, 80- A : 1515-20.
13. Laissy JP., Millon P., Freger P., Hattab N., Creissard P. Cervical epidural hematomas: CT diagnosis in two cases that resolved spontaneously. *AJNR* 1990;11: 396-6.
14. Wagner S., Forsting M., Hacke W. Spontaneous resolution of a large spinal epidural hematoma: Case report. *Neurosurgery*, 1996 ; 38 : 816-18.