

ASPECT PHYSIOPATHOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L'HEMATOME EPIDURAL SPONTANE CERVICAL REVUE DE LA LITTERATURE A TRAVERS UNE OBSERVATION CLINIQUE

DIALLO M, SISSOKO D, BONI N. R, BAZEZE V

*Department of Neurosurgery
Hospital University Center of Yopougon, Côte d'Ivoire*

RÉSUMÉ: La rareté de l'hématome épidural cervical en dehors du contexte traumatique et de trouble de l'hémostase explique en partie la non maîtrise de sa physiopathologie. L'urgence de la chirurgie est différemment appréciée dans la littérature. Les auteurs rapportent un cas d'hématome épidural spontané cervical survenu chez une patiente de 25 ans sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers qui a été reçue dans un tableau de tétra parésie d'installation rapidement progressive. Elle a été opérée en urgence et l'évolution a été très favorable .

Mots clés : *Hématome épidural, Cervical, Tétraparésie*

ABSTRACT: The scarcity of cervical epidural hematoma outside the context of traumatic or hemostasis disorder explains in part the no mastery of its pathophysiology. The urgency of surgery is differently appreciated in the literature. The authors report one case of spontaneous cervical epidural hematoma occurred in a patient of 25 years without any particular medical or surgical history. This hematoma was responsible of rapidly progressive tetraparesia. The patient has been operated on in the early hours and the outcome was very satisfactory.

Key words : *Epidural hematoma, Cervical, Tetraparesia*

OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune étudiante d'une vingtaine d'année sans aucun antécédent médico-chirurgicaux, qui a présenté une nuit du mois de Juin 2013 une tétra parésie d'installation rapidement progressive en deux temps après des cervicales spontanée inhabituelles. La patiente a présenté des cervicalgies importantes, insomniantes au décours d'un effort minime (tentative de se lever de son lit). Une demi heure plus tard, s'est installé un engourdissement des membres inférieurs.

A l'examen clinique on notait une cervicalgie intense et un syndrome de compression radiculo-médullaire cervicale, avec une parésie cotée à 2/5 à partir de C6 et un déficit moteur plus marqué aux membres inférieurs.

Une IRM du rachis cervical (Fig 1a, b, et c) réalisée en urgence avait mis en évidence un processus évolutif endocanalair épidural cervical, compressif sur le cordon médullaire. Cette masse bien définie avec un plan de clivage net se présentait à l'IRM en isosignal et T1 et en hyposignal T2.

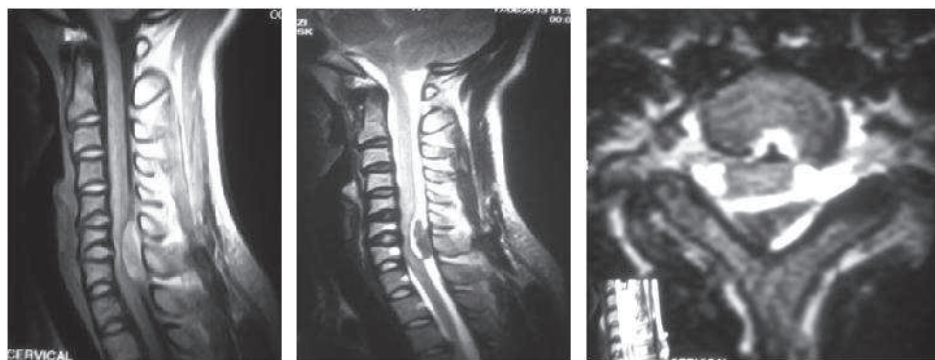


Fig1 : IRM en coupe sagittale T1(a), en coupe sagittale T2 (b), et en coupe axiale T2(c),montrant une lésion épidurale postérieure bien limitée

Le bilan biologique était quasiment normal avec, en particulier, absence de trouble de la coagulation.

La patiente a été opérée en urgence, à travers une laminectomie étendue de C2 à C6 et l'intervention a permis l'évacuation de la lésion qui s'est avérée être un hématome. Les suites opératoires sont marquées par la récupération sensitive et motrice quasi complète dans les 24 heures suivant la chirurgie, permettant à la patiente de marcher avec aide. Une semaine plus tard, avec la kinésithérapie, la marche devenait autonome.

DISCUSSION

Au plan épidémiologique, de nos jours, seulement 42 cas d'hématome épidural spontané ont été rapportés dans la littérature [6] ; la proportion de cette pathologie rare surtout au niveau du rachis cervical est totalement méconnue. Parmi les cas d'hématomes épiduraux spontanés décrits dans la littérature médicale, la plupart survient sur un traitement anti-coagulant ou antiagrégant plaquettaire. Les données portant sur ceux d'installation brutale spontanée chez les patients sans antécédents particuliers comme le cas de notre patient ne sont pas bien établies. La prédominance féminine avait été retrouvée dans 75% [6]. La localisation cervicale de C5 à C7 avait été rapporté dans 95%, toutes étiologies confondues et celle intéressant C1 à C4 représentait environ 44% [6]. Contrairement aux idées préconçues, l'apparition de l'hématome épidural spontané n'est pas du tout liée à l'âge [6].

Au plan clinique, la compression médullaire cervicale est classiquement retrouvée chez les patients d'âge avancé et/ou porteurs d'une coagulopathie mais en général cette compression médullaire typique se voit à un stade évolué ; en ce moment le pronostic fonctionnel neurologique sera péjoratif. L'installation des signes clinique peut être parfois assez trompeur comme c'est le cas de notre observation avec une installation par à-coups en trois temps pouvant souvent égarer le diagnostic. Les premiers symptômes sont souvent atypiques [5]. La rapidité d'installation du tableau de compression médullaire a été rapportée par certains marqué par une paraplégie installée seulement 30 minutes après le début des cervicalgies [7]. Cette rapidité d'installation plaiderait en faveur d'une

rupture de malformation artério-veineuse épidural [1].

Au plan de la physiopathologie, il ne devrait plus y avoir d'ambiguïté autour du mot «spontané» dans les hématomes épiduraux. Certains auteurs estiment que le terme ne peut s'appliquer aux hématomes épiduraux survenus sur un terrain de coagulopathie, ou secondaires à une rupture de malformation artério-veineuse [1] car, de leur point de vue, il engloberait uniquement les hémorragies «sans étiologie identifiée». Ne partageant pas cette idée, nous pensons que la spontanéité fait surtout référence dans ce contexte précis à l'absence de traumatisme qu'à la non présence d'étiologies ou de facteurs favorisants. Plusieurs hypothèses avaient été avancées concernant la physiopathologie et l'étiologie de l'hématome épidural spontané cervical sans qu'il y ait un véritable consensus. L'hypothèse selon laquelle le saignement épidural compressif cervical serait d'origine veineuse uniquement ne serait plus d'actualité, même si certains chercheurs avaient avancé l'absence de valves veineuses au niveau du réseau veineux épidural et que la pression thoracique et /ou abdominale provoquerait une augmentation aigue de la pression veineuse épidurale causant ainsi la rupture [4]. A y voir de près, le saignement épidural cervical spontané compressif ne peut pas être d'origine veineuse seule pour les raisons suivantes : la pression veineuse épidurales est faible en région cervicale et est inférieure à la pression intrathécale, donc une hémorragie d'origine veineuse épidurale cervicale ne peut avoir une pression suffisante pour entraîner une compression médullaire cervicale [6] ; ensuite, le sac durable pourra simplement par un effet tampon entraîner un colmatage de la brèche vasculaire et donc favoriser l'hémostase. La rapidité d'installation serait en faveur d'une rupture de malformative artério-veineuse et le tableau clinique se manifeste par à-coups en deux ou plusieurs temps mais rapidement progressive du fait de l'importance du flux vasculaire qui viendra vaincre la pression épidurale et la résistance opposée par la dure-mère créant ainsi une compression médullaire [1].

Au plan diagnostique, l'IRM est l'examen de choix dans l'hématome épidural. Mais cet examen est souvent difficile d'accès et sa réalisation peut prendre un temps plus ou moins long et en plus la description du sang est parfois difficilement interprétable du fait

des différents stades de dégradation de l'hémoglobine. L'angiographie est l'examen radiologique de référence pour le diagnostic de la malformation artérioveineuse. Cet examen peut être une aide précieuse pour la chirurgie par une embolisation pré-opératoire. Le scanner du rachis cervical sans injection de produit de contraste est le premier examen réalisé compte tenu du coût et de l'accessibilité et surtout du temps de sa réalisation.

Au plan Thérapeutique, l'hématome épidual compressif cervical est une urgence neurochirurgicale car il y va du pronostic fonctionnel voir même vital du patient [1]. Le délai thérapeutique de cette urgence est différemment apprécié selon les auteurs ; il varie entre la 11^e [5], 36^e [3] et la 48^e heure [2] au plus tard pour espérer avoir un résultat satisfaisant. Certains auteurs proposent la laminoplastie et l'évacuation de l'hématome car selon eux, cette technique préviendrait ou du moins réduirait le risque d'une instabilité rachidienne inhérente à la chirurgie. L'évolution est en général fonction de la précocité de la prise en charge chirurgicale et du degré de la compression. Notre patiente a été opérée dans les 10 heures suivant l'installation des premiers troubles neurologiques ; elle a complètement récupéré des déficits au bout de la première semaine avec l'aide de la kinésithérapie. Dans sa série, Robert avait enregistré 21% de décès imputable au retard de la prise en charge thérapeutique [6].

CONCLUSION

L'hématome épidual cervical spontané est une urgence neurochirurgicale. Le tableau clinique parfois saccadé rend souvent son diagnostic difficile et devient alors responsable d'un retard de la prise en charge thérapeutique. La rareté de cette pathologie pourrait être la cause de la polémique autour de sa physiopathologie. L'évolution clinique sans chirurgie peut se faire vers la constitution rapide de déficit neurologique définitif voir la mort dans un bref délai. En dehors d'une IRM cervicale, le scanner sans injection constitue aussi un moyen diagnostic efficace pour ne pas retarder la prise en charge chirurgicale.

REFERENCES

- 1] FOO D, CHANG YC, ROSSIER AB : Spontaneous cervical epidural hemorrhage, anterior cord syndrome, and familial vascular malformation : case report. *Neurology* 30 : 308-311, 1980
- 2] GROEN J.R, PONSSEN H (1991) ; Vascular anatomy of the spinal epidural space : consideration on of etiology of the spontaneous spinal epidural hematoma. *Clin. Anat* 4 : 413-420
- 3] GROEN J.R, VAN ALPHEN H.A operative treatment of spontaneous spinal epidural hematoma : study of factor determining postoperative outcome. *Neurosurgery*, 39 (1996), pp 486-94
- 4] JAEGER M, JEANNERET B, SCHAEEREN S : Spontaneous spinal epidural haematoma during Factor Xa inhibitor treatment (Rivaroxaban). *June 2012, Vol. 21, Issue 4 Supplement*, pp 433-435
- 5] JUNG-IN KO, TAIKWAN KIM, CHEOL SU JWA : Spontaneous spinal hematoma presenting as Brown-Séquard syndrome, *The Am. Jour. Of Emergency Medicine*, Vol. 31, Issue 4, april 2013, Pages 757. e3-757.e4
- 6] ROBERT M. BEATTY, KEN R. WINSTON : spontaneous cervical epidural hematoma, a consideration of etiology, *Journ. of Neuroch.* July 1984/Vol. 61/ N°1/ Pages 143-148
- 7] SCOTT BB, QUISLING RG, MILLER CA ET AL : Spinal epidural haematoma. *JAMA* 235 : 513-515, 1976