

HEMATOMES EXTRADURAUX SUR VALVE A PROPOS DE 03 CAS

F. BENKADDOUSS, O. SALAOU, A. NAJA, A. EL KAMAR, A. EL AZHARI.

*Service de Neurochirurgie
CHU Ibn Rochd - Casablanca - Maroc*

RESUME

Nous rapportons l'observation de 3 patients pris en charge pour hématome extradural (HED) après une dérivation ventriculo-péritonéale (DVP). Les 3 patients présentaient un syndrome d'hypertension intracrânienne, avec œdème papillaire bilatéral, une paralysie faciale dans 1 cas, un syndrome cérébelleux stato-kinétique dans 1 cas. La neuroimagerie (TDM et IRM) a permis d'objectiver une hydrocéphalie triventriculaire active dans les 3 cas, associée à une tumeur du 3^e ventricule dans 1 cas, une tumeur thalamique dans 1 cas et une tumeur de la fosse cérébrale postérieure dans un autre cas. Une dérivation ventriculo-péritonéale avec une valve non programmable de moyenne pression a été réalisée chez les 3 patients, en attendant l'exérèse de leur tumeur. Les suites postopératoires étaient bonnes chez 2 patients, sans déficit neurologique, l'HED ayant été de découverte fortuite sur l'IRM qui a été faite dans le but de préciser les caractéristiques de la tumeur. Dans le 3^e cas, les suites opératoires ont été marquées par l'installation d'une hémiparésie du côté controlatéral à la DVP, et la TDM de contrôle a alors objectivé l'HED. Dans les 2 cas de découverte fortuite, l'abstention thérapeutique a été décidée ; chez le 3^e patient, une évacuation de l'HED a été réalisée avec de bonnes suites opératoires.

Mots Clés : Dérivation ventriculo-péritonéale - complications - hématome extra dural.

INTRODUCTION

L'hématome extradural (HED) est considéré comme étant une complication moins commune de la décompression ventriculaire par rapport à l'hématome sous dural qui est retrouvé plus fréquemment [1]. Dans ce dernier cas, avec la chute de la pression intra ventriculaire, le cerveau se relâche et s'éloigne de la dure-mère, les veines se rompent et saignent dans l'espace sous-dural. Certains auteurs ont rapporté le rôle de la dérivation ventriculo-péritonéale (DVP) en l'absence des signes cliniques et de la présence d'un HED géant [1, 2]. Nous discutons 3 observations d'HED extradural sur valve à la lumière de la littérature.

OBSERVATIONS

Cas N° 1

Patient A. M. âgé de 36 ans, droitier, tabagique chronique et appendicectomisé, hospitalisé pour syndrome d'hypertension intracrânienne évoluant depuis 5 semaines

avant son admission, sans autre signe associé. L'examen clinique retrouve un sujet conscient, sans déficit sensitivomoteur; avec à l'examen du fond d'œil un œdème papillaire bilatéral stade III.

La TDM cérébrale a montré un processus expansif de la région thalamique gauche de 3cm de grand axe, hétérogène, se rehaussant après injection du produit de contraste, avec présence de calcifications et hydrocéphalie triventriculaire active.

Une DVP à moyenne pression a été réalisé en première intention afin de préserver la fonction visuelle.

Les suites opératoires étaient simples sans complications, le patient est resté stable.

L'IRM cérébrale demandée afin de mieux définir le processus thalamique, a objectivé un important HED pariéto-occipital droit siégeant sur le trajet du cathéter ventriculaire et exerçant un effet de masse sur les structures adjacentes.

Devant l'absence de signe clinique, une abstention thérapeutique concernant l'HED a été décidée ; par la suite, une biopsie

stéréotaxique de la tumeur a été réalisée et a révélé un gliome thalamique de grade II, le patient est alors confié en radiothérapie. Il est resté stable à 1 an de recul.

CAS N°2

Patient Y. M, âgé de 39 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admis pour céphalées, vomissements et des épisodes de perte de conscience, évoluant depuis 3 mois avant son admission, sans crises convulsives. L'examen clinique retrouve un patient conscient, sans déficit sensitivo-moteur, mais une paralysie faciale droite. L'examen du fond d'œil a révélé un œdème papillaire bilatéral stade II.

La TDM cérébrale a montré une hydrocéphalie triventriculaire active sur processus expansif kystique du 3^e ventricule.

Une DVP a été réalisée en attendant l'exérèse de la tumeur et devant l'urgence visuelle.

Les suites postopératoires étaient simples sans complications. L'IRM cérébrale réalisée dans le but de mieux définir le processus expansif ventriculaire a objectivé un important HED pariétal gauche sur le trajet du cathéter de DVP avec effet de masse sur les structures adjacentes.

Devant l'absence d'expression clinique de l'HED, l'abstention thérapeutique a été décidée. Une exérèse de la tumeur a été réalisée secondairement et l'examen anatomopathologique a révélé un épépendymome. Le patient a été alors adressé au service d'oncologie pour complément thérapeutique.

Il est resté stable à 18 mois de recul.

CAS N°3

Patient H. A, âgé de 26 ans, sans antécédents pathologiques, admis pour syndrome d'hypertension intracrânienne avec trouble de l'équilibre évoluant depuis 21 jours avant son hospitalisation, sans autre signe associé. L'examen clinique a montré un patient conscient, avec un syndrome cérébelleux statokinétique. Le fond d'œil a objectivé un œdème papillaire bilatéral stade III.

La TDM et l'IRM cérébrales ont montré un processus expansif de la fosse cérébrale postérieure avec une hydrocéphalie triventriculaire active, la tumeur faisant

évoquer à priori un kyste épidermoïde.

Le patient a bénéficié d'une DVP en attendant l'exérèse de la tumeur. Les suites opératoires ont été marquées par l'installation à J2 d'une hémiparésie gauche avec paralysie faciale droite. Une TDM cérébrale de contrôle (Fig. 1) réalisée en urgence a montré un important HED pariéto-occipital droit sur le trajet du cathéter ventriculaire, avec un important effet de masse sur les structures adjacentes.



**Fig. 1 : TDM en coupe axiale
HED pariéto-occipital
sur hydrocéphalie dérivée**

L'évacuation de l'HED a été réalisée par un volet pariéto-occipital droit. Les suites étaient simples avec une récupération de l'hémiparésie gauche au bout de 5 jours. L'exérèse de la tumeur de la FCP a été réalisée par la suite, l'examen anatomopathologique a confirmé la nature épidermoïde de la lésion.

DISCUSSION

Plusieurs auteurs ont rapporté la survenue d'HED chez des patients ayant bénéficié d'un drainage externe ou d'une ventriculographie ou encore à la suite d'une craniectomie de la FCP. Les facteurs favorisants communs qui ont relevés sont l'âge inférieur à 20 ans et la position opératoire en pro cubitus [1].

Seuls 5 cas d'HED sur valve ont été précédemment rapportés, dont 2 après une DVP, 2 après une ventriculographie et 1 après craniectomie de la FCP [1, 3]. L'étiologie de ces HED sur valve a été identifiée comme étant la chute rapide de la pression intracrânienne et la séparation

de la dure-mère de la table interne du crâne, responsable de petits suintements des vaisseaux de la dure-mère [1] ; dans d'autres cas l'HED a été rattaché au saignement osseux au niveau du trou de trépan, chez certains patients l'adhésion dure-mère table interne serait moins solide que l'adhésion dure-mère arachnoïde et c'est donc un HED qui se forme au lieu d'un hématome sous-dural [1]. Il est certain que la dure-mère adhère solidement à la table interne chez l'adulte plus que chez l'enfant et l'adolescent; ce qui explique que l'HED sur valve soit plus fréquent chez les patients de moins de 20 ans [1].

La décompression rapide des ventricules au cours de la mise en place de la valve est surtout responsable d'hématome extradural controlatéral au shunt par décollement de la dure-mère de la table interne du crâne [4, 5].

Les précautions usuelles pour éviter l'HED sur valve seraient une vidange progressive du liquide céphalo-spinal au moment de l'insertion du cathéter ventriculaire, une technique chirurgicale méticuleuse, l'usage de valve à haute ou moyenne pression, un retour progressif à la position optimale en postopératoire immédiat et un suivi par la TDM [2].

A noter qu'un trouble de la crase sanguine préexistant peut favoriser la survenue d'hématome extradural sur valve [6].

CONCLUSION

La DVP est le traitement le plus pratiqué de l'hydrocéphalie, les complications en sont fréquentes et l'une des plus connues est l'hématome sous dural. L'hématome extradural reste rare et plusieurs facteurs sont incriminés dans sa formation dont le jeune âge. L'abstention thérapeutique et la surveillance clinique et radiologique sont de mise pour les HED asymptomatiques, par contre, ceux accompagnés de troubles neurologiques doivent être évacués en urgence.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] KAMAL K. KALIA, DALE M. SWIFT, DACHLING PANG
Multiple epidural hematomas following ventriculoperitoneal shunt
Pediatric Neurosurgery 1993 ; 19 : 78-80
- [2] EDSON BOR SENG SHU, RICARDO JOSE DE ALMEIDA LEME, PAULO HENRIQUE AGUIAR, ALMIR FERREIRA DE ANDRADE, MANOEL JACOBSEN TEEXEIRA.
Traumatic acute giant epidural hematoma in a hydrocephalus shunted child
Pediatric Neurosurgery 2000 ; 32 : 176-179
- [3] TJAN TG, AARTS NJM.
Bifrontal hematoma after shunt opération and postérieur fossa exploration: Report of a case with survival
Neuroradiology 1980 ; 19 : 51-53
- [4] DOMINIC POWER, FAROUK ALI-KHAN, MARTIN DRAGE
Controlateral extradural hematoma after insertion of programmable-valve ventriculoperitoneal shunt
J. R. Soc Med 1999; 92: 360-361
- [5] SALOMAO JF, LEIBINGER RD, LIMA YM.
A fluid level in an acute extradural hematoma as a complication of ventriculoperitoneal shunts
Arq Neuropsiquiatr 1990 ; 48 : 217-224
- [6] YASUNORI FUJIMOTO, PAULO HENRIQUE AGUIAR, JORGE DAVID A, ROBERTO SERGIO MARTINS, ORILDO CIQUINI JR, ALMIR FERREIRA DE ANDRADE, LUIS ALCIDEZ MANREZA
Spontaneous epidural hematoma following a shunt in an infant with congenital factor X deficiency
Neurosurgery Review; 1999, 22: 226-229