

# HEMATOME EXTRADURAL DORSAL POST TRAUMATIQUE A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

L. BENCHERIF, L. MAHFOUF, B. ABDENNEBI

*Service de Neurochirurgie  
Hôpital Salim Z'mirli. Alger*

## RESUME

Nous rapportons un cas d'hématome extra dural dorsal chez un sujet jeune, secondaire à un traumatisme bénin par un choc direct, sans lésion osseuse ou discale et sans antécédents de facteurs favorisants le saignement. Le tableau clinique initial est marqué par des dorsalgies isolées, évoluant depuis 20 jours, suivies d'une paraplégie d'installation très rapide, 48 heures avant son admission. L'IRM médullaire a posé le diagnostic d'un hématome extra dural allant de D3 à D5 ; le patient a été opéré en urgence à travers une laminectomie et évacuation de l'hématome. L'évolution est relativement favorable avec récupération motrice partielle. Il s'agit d'une entité rare, d'évolution particulière, justifiant l'intérêt de la rapporter et de faire une revue de la littérature.

*Mots clés : Hématome extra dural, Traumatisme dorsal, Paraplégie*

## INTRODUCTION

L'hématome épidual post traumatique n'a pas fait l'objet de beaucoup de publications ces dernières années en comparaison avec l'hématome épidual spontané qui, lui, est réputé lié à la présence de facteurs favorisants le saignement tel que l'hypertension artérielle, le traitement par des anticoagulants ou une coagulopathie sous adjacente rencontrée le plus souvent chez les sujets âgés.

L'intérêt de cette observation réside dans la rareté du siège de l'hématome, l'absence de lésion osseuse ou de facteurs favorisant le saignement et enfin, l'installation retardée des troubles neurologiques, à 20 jours après l'accident.

## OBSERVATION

Il s'agit d'un jeune patient âgé de 29 ans, sportif qui pratique le Judo, et qui, à l'occasion d'un entraînement, a subi un choc direct au dos. Il a consulté chez un praticien

pour des dorsalgies, une radiographie standard dorsale a été demandée et est revenue normale ; il a alors été mis sous antalgique simple et anti inflammatoire, et a repris ses séances de musculation.

Vingt jours après son accident, il a commencé à présenter une faiblesse musculaire au niveau de ses deux membres inférieurs évoluant en 48 heures vers un déficit complet. A ce stade, il consulte à notre niveau, et l'examen retrouve alors une paraplégie flasque avec Babinski et abolition des réflexes ostéo-tendineux, sans troubles sensitifs ou sphinctériens.

Devant ce tableau de compression médullaire, une IRM a été réalisée en urgence et a objectivé une image extra durale biconvexe à angle obtus en hyper signal en T1 et T2 allant de D3 à D5, sans hernie discale ou autre lésion associée évoquant le diagnostic d'hématome extra dural (Fig.1 a, b, c).



**Fig. 1 : IRM médullaire en coupe sagittale T1 (a), T2 (b), et en coupe axiale (c) montrant l'hématome épidural D3 - D5**

Le malade a été opéré en urgence et a bénéficié d'une évacuation de l'hématome à travers une laminectomie ; la dure mère est apparue saine et aucune source de saignement n'a été mise en évidence.

La récupération motrice a été immédiate mais partielle, côtée à 3/5. Une angiographie médullaire a été faite 1 mois après l'intervention et est revenue sans anomalie.

## DISCUSSION

Selon Bruyn et Bosna [2], seulement 10 % d'hématomes épiduraux spinaux sont post traumatiques, avec des lésions osseuses associées. Foo et Rossier [6] ont publié en 1982 une série de 5 cas avec revue de la littérature englobant 38 cas d'hématomes extra duraux spinaux post traumatiques qu'ils ont divisé en deux groupes : les premiers présentant des fractures osseuses à l'origine du saignement et qui sont aux nombres de 16 et le deuxième groupe de 22 patients ne présentant pas de lésion osseuse mais chez lesquels, le saignement a été lié à des malformations artério-veineuses, coagulopathie, traitement aux anticoagulants, ou encore à des anti-inflammatoires chez des patients présentant une spondylarthrose ; dans 04 cas l'étiologie étant restée inconnue.

Une autre série, celle de Lesoin [7], rapporte 08 cas d'hématomes épiduraux post traumatiques, dont 04 avec fracture osseuse, et les 04 autres sans. Dans ce dernier groupe,

le saignement est lié au traitement aux anticoagulants dans 02 cas et dans les deux autres à une rupture du ligament inter épineux constaté en per opératoire.

Dans notre cas il n'y a eu ni lésion osseuse, ni discale ni de facteurs favorisant le saignement, ni une rupture du ligament inter épineux ou une déchirure du muscle spinal, par contre, nous pouvons expliquer notre hématome qui a eu un caractère progressif et retardé, par un saignement minime, de type veineux par rupture du plexus veineux péri-dural, lié à une force de cisaillement au moment de l'accident, ce saignement ayant été maintenu et renforcé par les exercices physiques de musculation qui font sans doute augmenter la pression veineuse péri-durale. Un repos doit donc être respecté même en cas de traumatisme bénin.

Parfois le traumatisme est révélateur d'une malformation vasculaire sous adjacente, de petites fistules non visibles macroscopiquement en per opératoire, d'où la recommandation par certains auteurs d'effectuer une étude anatomopathologique de l'hématome évacué, ainsi qu'une angiographie médullaire post opératoire, examen que nous avons réalisé et qui est revenu sans anomalie.

Il faut également penser à une anomalie des facteurs de coagulations, qui peut être méconnue par le patient et la famille [1].

Un bilan d'hémostase complet a été réalisé chez notre patient et est revenu normal.

Le retard dans l'expression clinique peut être expliqué par la nature veineuse du saignement, mais également par un décollement des feuillets méningés [4], et c'est cette hypothèse qui explique la régression spontanée de certains hématomes épiduraux spinaux non traumatiques.

De plus la région dorsale est moins rapidement révélatrice sur le plan clinique que la région cervicale, dont le canal rachidien est plus étroit.

La localisation cervicale représente 25 % de tous les hématomes confondus selon Beathy et Winslon et dans la série de Foo et Rossier cette dernière est de 43 % alors que la localisation dorsale est de 18 % [6].

L'hématome quel que soit son siège en hauteur, a tendance à être postérieure puis postéro latérale où il y a plus d'espace, ce qui est le cas de notre patient ; la forme antérieure est rare.

L'IRM est le meilleur examen pour poser le diagnostic et préciser l'étendue de l'hématome ainsi que le degré de compression. La TDM permet d'établir le bilan lésionnel osseux, car parfois des fractures sagittales existent mais n'ont pu être visualisées à l'IRM ou sur les radiographies simples.

Le diagnostic différentiel radiologique dépend de l'âge de l'hématome ; dans notre cas, l'IRM a objectivé un hyper signal en T1, T2 : c'est le stade de méthémoglobine extra cellulaire qui signifie qu'il s'agit d'un hématome évoluant depuis plus d'une semaine (entre 7 j - 30 j) ; l'hématome sous dural peut être discuté et ce sont les coupes axiales qui tranchent, le sous dural donnant une concavité vers la moëlle.

Notre patient a récupéré partiellement sur le plan moteur, l'évacuation de l'hématome ayant été réalisée 48 heures après l'installation des troubles neurologiques et 22 jours après le traumatisme ; nous pensons que le pronostic est relativement bon quand la durée entre les premiers symptômes douloureux et les signes de compression médullaire est longue, ce qui suggère que la compression médullaire n'est pas sévère. Selon les résultats de Nutti-M et al [8], sur une série de 20 cas d'HED spinaux

spontanés, la récupération motrice post opératoire est de :

- 95,3 % lorsque le déficit initial à la fois moteur et sensitif était partiel
- 87,1 % lorsque le déficit moteur initial était total mais sensitif partiel
- 45,3 % lorsque le déficit initial est complet à la fois sur le plan moteur et sensitif.

Foo et Rossier [7] insistent sur l'intervention précoce où la récupération est meilleure que chez ceux opérés après la 36<sup>e</sup> heure.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] BOUDERKA. M, A. BOUAGGAD, AITBENALI, BARROU, ABASSI Hématome extra dural cervical révélateur d'une hémophilie Neurochirurgie 1999 (3) : 247-249.
- [2] BRUNY G.W, BOSNA AND AL. Spinal extra dural hematoma. Vinken amsterdam north holland hand book of clinical neurology volume 26 N. J 1976, pp : 1-30.
- [3] CHEN HH, HUNG CC. Spontaneous spinal epidural hematoma/ report of seven cases. J. formos med assoc 1992, feb 91 (2) : 214-218.
- [4] CLARK DB, BERTAND G, TAMPIERI. D Spontaneous spinal epidural hematoma causing paraplegia : resolution and recovery without surgical decompression ; Neurosurg. 1992 jan ; 30 (1) : 108 - 111.
- [5] FOO D. AND ALAIN ROSSIER, Post traumatic spinal epidural hematoma. Journal of neurosurgery 1982 vol 11 : 25-32.
- [6] FOO D. AND ROSSIER Preoperative neurological status in predicting surgical outcome of spinal epidural hematoma 1981. Surg.neurol 15 may (5) : 389 - 401.
- [7] LESOIN F., ROUSSEAUX M., VIAUD C. Hematomes épiduraux rachidiens post traumatique. Ann. de chirurgie 1985, vol 39 (4) : 251-255.
- [8] NUTI C., FOTSO, R. DUTHEL O. HATEM B. DUMAS J. BRUNON. Revu de hematome épiduraux non traumatiques du rachis presentation 20 cas. Neurochirurgie 2003, december 49 (6) : 563-570.