



Hématome épidural spinal spontané chez un nourrisson

Spinal epidural hematoma in a newborn infant

Berete I^{1,2}, Bah AB², Bah OA², Cherif M^{1,2}, Moumouni A Le-kader³, Benzagmout M¹, Chaoui FM¹

¹ Department of Neurosurgery, Hassan II Teaching Hospital of Fez Morocco

² Medical School at University Gamal Abdel Nasser of Conakry (Guinea)

³ Medical School at University of Kara (Kara)

Correspondances : Ibrahima BERETE, neurosurgery, CHU Hassan II of fez, university Adress : email :

iberete902@icloud.com

Reçu le 15 octobre 2021 - Accepté le 14 décembre 2021 - Publié le 3 avril 2022

MOTS CLÉS : hématome épidural, nourrisson, IRM, décompression chirurgicale

RESUME

L'hématome épidural spinal spontanée est la présence du sang dans l'espace épidural absence de tout contexte traumatique. Peut survenir à tout âge plus fréquent à la 4^{ème} et 5^{ème} décennie de vie. D'installation brutale des cervicalgies et/ou des dorsalgies le plus souvent suivi d'apparition des déficit neurologiques des membres. Diagnostic difficile chez le nourrisson avant l'âge de la marche plus rare chez un nourrisson. Imagerie par résonance magnétique est l'examen morphologique de choix pour faciliter le diagnostic positif. Hématome épidural spinal spontané chez les nourrissons est urgence diagnostique et thérapeutique qui est essentiellement une décompression immédiate du névraxe afin de minimiser le risque de déficit neurologique permanent. Le but du travail est de rapporté un cas additionnel dans la littérature scientifique de diagnostic difficile chez les nourrissons et surtout de discuter les arguments cliniques, radiologiques et thérapeutiques des hématomes épiduraux spinaux.

KEY WORDS : Epidural hematoma, infant, MRI, surgical decompression.

SUMMARY

A spontaneous spinal epidural hematoma is a collection of blood in the spinal epidural space that occurs in the absence of trauma. They most commonly present in the fourth to fifth decade in life with acute onset neck or back pain with delayed neurologic deficit. However, this presentation is often complicated in children because of the limitations in the pediatric neurologic exam. Magnetic resonance imaging is the imaging modality of choice for diagnosis. Here is a rare case of an infant spontaneous spinal epidural hematoma whose diagnosis was delayed because of a recent history of fever and viral pharyngitis before his development of neurologic deficits. Spontaneous spinal epidural hematomas are a rare phenomenon, which often present with nonspecific symptoms in the pediatric population. This diagnosis should be considered to initiate treatment in a timely manner. The treatment typically is emergent surgical decompression to minimize the risk of permanent neurologic deficit.



INTRODUCTION : L'hématome épidural spinal spontanée est la présence du sang dans l'espace épidural absence de tout contexte traumatique. Peut survenir à tout âge plus fréquent à la 4^{ème} et 5^{ème} décennie de vie. D'installation brutale des cervicalgies et/ou des dorsalgies le plus souvent suivi d'apparition des déficit neurologiques des membres. Diagnostic difficile chez le nourrisson avant l'âge de la marche plus rare chez un nourrisson. Imagerie par résonance magnétique est l'examen morphologique de choix pour faciliter le diagnostic positif. Hématome épidural spinal spontané chez les nourrissons est urgence diagnostique et thérapeutique qui est essentiellement une décompression immédiate du névraxe afin de minimiser le risque de déficit neurologique permanent. Le but du travail est de rapporté un cas additionnel dans la littérature scientifique de diagnostic difficile chez les nourrissons et surtout de discuter les arguments cliniques, radiologiques et thérapeutiques des hématomes épiduraux spinaux.

CAS RAPPORTE

Nourrisson (B.H) de 18 mois, hospitalisé au service de pédiatrie pour prise en charge d'une tétraparésie ascendante et progressive. L'anamnèse n'a pas retrouvé la notion de traumatisme récent ou ancien, ni d'incident hémorragique ou de trouble congénital de la coagulation. L'histoire de sa maladie a débuté 15 jours avant son admission par l'installation rapidement progressive d'une lourdeur du membre inférieur droit (marche en fauchant) avant qu'elle ne soit généralisée à tous les membres une semaine plus tard, sans dyspnée ni de trouble de la déglutition. Cependant, 2 jours avant son hospitalisation le nourrisson a présenté une fièvre. L'examen à l'admission a trouvé un nourrisson conscient, fébrile à 38,8 °C ayant un syndrome pyramidal très marqué au niveau des membres inférieurs : le déficit moteur était coté à 3/5 avec tendance à l'hypertonie. La sensibilité était intacte. Le reste de l'examen a objectivé des lésions cutanées faisant évoquer une varicelle. Devant ce tableau clinique plusieurs diagnostics ont été évoqués notamment : Une compression médullaire, une myélite ou un syndrome de Guillain Barré. Le bilan de crase était normal. L'IRM médullaire a objectivé une formation ovale intracanalair extramédullaire en hypersignal T1 et en hypersignal modéré T2 en regard C6-T2 lésionnel extradural antéropostérieur et latéral gauche compressif, étendu de la septième vertèbre cervicale à la troisième

vertèbre dorsale (Figures 1).

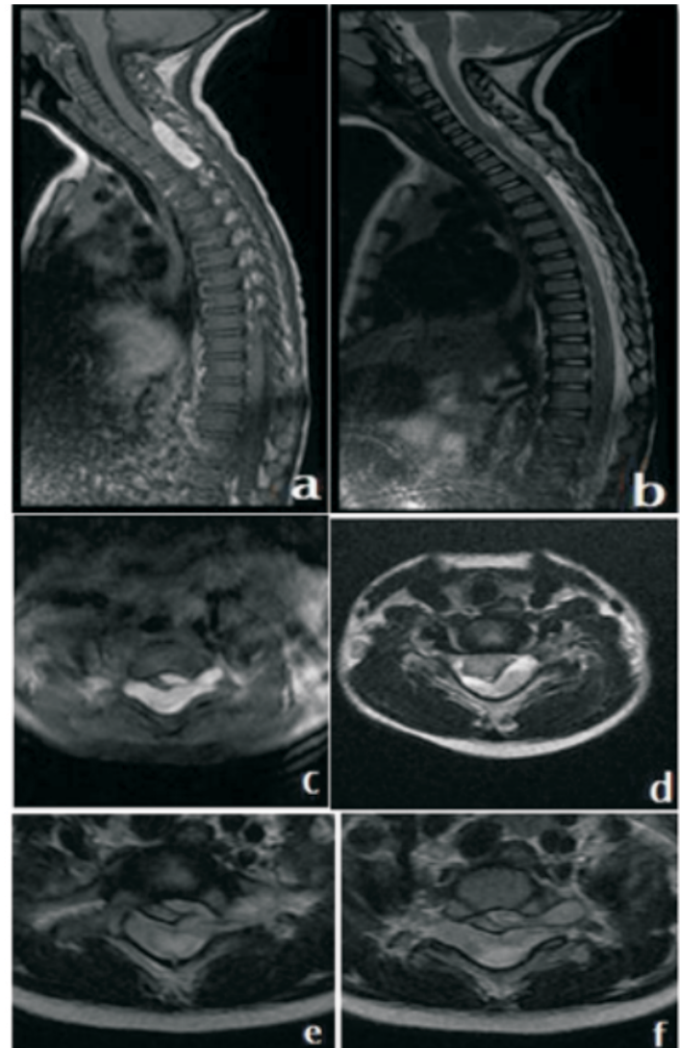


Figure 1 : IRM du rachis cervical en séquences T1 et T2 dans les plans sagittal (a, b) et axial (c, d, e, f) montrant une collection épidurale cervicale postérieure, latérale et antérieure. Hyperintense T1 et hypointense T2 s'étendant dans les foramens D1-D2 (f), étendue en hauteur de C5 à D2. Cette collection détermine une compression et déformation des contours médullaires avec hypersignal T2 de la moelle témoignant sa souffrance. Hématome épidural à la phase subaiguë

). La conduite était d'opérer le patient d'urgence : incision médiane, une laminectomie allant de C7 jusqu'à D3 avec découverte d'un hématome épidural compressif. Aucun processus n'a été mis en évidence lors de l'exploration de l'espace épidural. Le contrôle IRM en postopératoire a été fait (Figure L'évolution a été marquée par une régression partielle du déficit moteur au niveau des membres supérieurs. Par contre, aucune récupération neurologique n'a été notée au niveau des membres inférieurs après un recul de 20 mois.

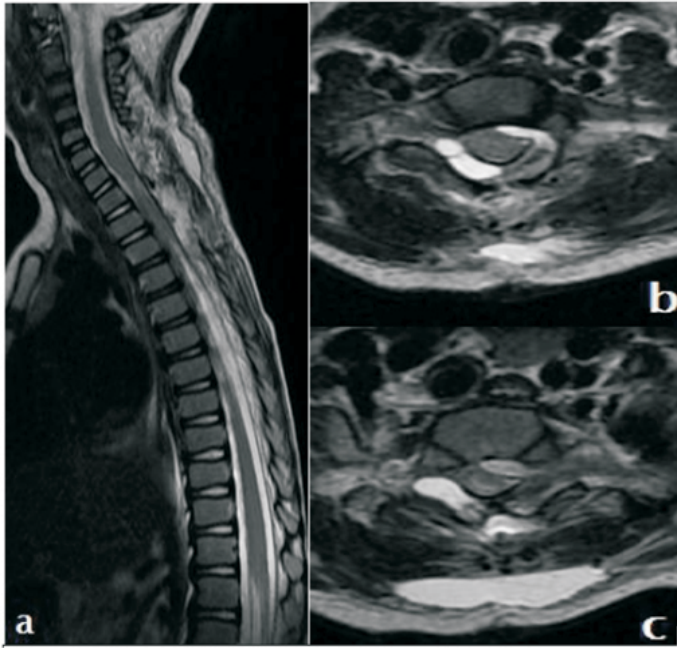


Figure 2 : IRM cervicale postopératoire en séquences pondérées T2 en coupes sagittale (a) et axiales (b, c). Laminectomie postérieure de C6 à T2 avec remaniements postopératoire des parties molles paravertébrales. Persistance de la collection hématique épidurale qui a nettement diminué en taille avec régression de la compression médullaire.

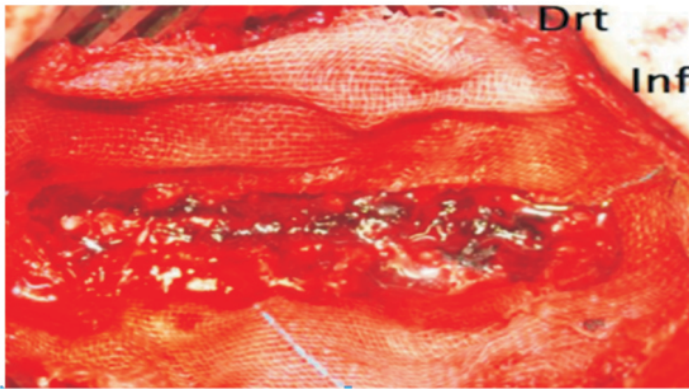


Figure 3 : Image Photographique peropératoire après laminectomie C6-T2) montrant l'hématome épidual avant évacuation patient installé en procubitus

DISCUSSION

La première description clinique de l'hématome épidual spinal spontané remonte à 1869 par Jackson [5] alors que Bain [1]. Jusqu'à nos jours la définition l'hématome reste un sujet de débat. Plusieurs auteurs considèrent que l'hématome épidual spinal spontané est la présence du sang dans l'espace épidual sans cause traumatique, D'autres, dont Lonjon [2], le définissent comme étant tout épanchement sanguin épidual survenant sans traumatisme ou procédure invasive du rachis. Peut

survenir à tout âge et de diagnostic plus rare chez un nourrisson. Dans 40 à 60% des cas, l'étiologie est idiopathique ; cependant, la majorité des auteurs considèrent l'espace épidual comme à l'origine de l'hémorragie vu sa richesse en plexus veineux. Ces veines sont par ailleurs moins bien protégées que les veines épiderales intracrâniennes parce qu'elles sont plus largement séparées de l'os adjacent.

Les données de la littérature signalent que l'hématome épidual rachidien spontané touche un peu plus les hommes que les femmes avec un sex-ratio de 1,4. Le site de prédilection des HERS se situe au niveau thoracique qui concerne un peu plus du tiers des localisations [1]. Cependant, la localisation thoracique représente 15 à 25% des cas chez d'autres auteurs [4]. La seconde localisation par ordre de fréquence est cervicale ; elle touche le plus souvent le segment C5-C7 dans 95% cas. Les localisations cervico-thoraciques, thoraco-lombaires et lombo-sacrées sont moins fréquentes et concernent 15% des cas chacune [3]. La seconde localisation par ordre de fréquence est cervicale ; elle touche le plus souvent le segment C5-C7 dans 95% cas. Les localisations cervico-thoraciques, thoraco-lombaires et lombo-sacrées sont moins fréquentes et concernent 15% des cas chacune [3].

L'atteinte médullaire engendrée par un HERS peut avoir des conséquences cardiovasculaires d'autant plus importantes que la lésion médullaire est haute. En effet, l'inhibition du système sympathique entraîne une hypovolémie relative et la persistance du système parasympathique est responsable de bradycardie extrême voire d'arrêt cardiorespiratoire [4].

C'est une urgence neurochirurgicale, diagnostique et thérapeutique dont la rapidité de la prise en charge conditionne le pronostic. Bien que rare et le tableau clinique initial n'est pas assez spécifique ce qui rend le diagnostic difficile et souvent erré par d'autres pathologies urgentes, l'HERS doit être évoqué devant toute douleur rachidienne d'installation brutale, d'autant plus si elle survient chez un patient sous anticoagulant. Le diagnostic est devenu aisé surtout avec l'avènement de l'IRM pratiquée de préférence en urgence. Grâce aux séquences en spin écho T1, le signal au stade subaigu est très évocateur il ne faut pas s'attendre à voir apparaître un hypersignal T1 pour poser le diagnostic. L'angiographie vertébrale et médullaire trouvera sa place dans le bilan étiologique quand une malformation vasculaire est suspecte et ceci en dehors de l'urgence diagnostique et thérapeutique de l'HERS [8].



L'attitude, autrefois chirurgicale stricte par laminectomie de décompression médullaire, est actuellement de plus en plus conservatrice moyennant une surveillance clinique stricte et des contrôles IRM répétés et un traitement médical. Cependant, l'abstention n'est préconisée que devant un déficit neurologique minime, une détérioration neurologique suivie d'une récupération précoce et durable, ou devant une contre-indication à la chirurgie. Les facteurs de gravité sont l'installation brutale et rapide du déficit neurologique, la présence d'un déficit neurologique complet et la localisation thoracique de l'hématome. Une récupération neurologique précoce, un déficit incomplet ou essentiellement moteur, une localisation cervicale ou lombo-sacrée sont des facteurs d'une meilleure récupération. Le traitement de l'hématome épidual rachidien spontané est chirurgical. Il permet d'une part l'évacuation de l'hématome et d'autre part la recherche d'une éventuelle étiologie du saignement. Dans quelques rares cas, où les signes cliniques sont discrets et l'hématome de volume modéré et peu compressif dans l'IRM, une abstention chirurgicale peut être envisagée[6]. .

Le pronostic fonctionnel dépend essentiellement du déficit neurologique initial, de la rapidité de la décompression du névraxe, niveau et étendue de l'hématome et enfin du délai écoulé avant l'intervention [4,5,7].

REFERENCES

1. **Schoonjans A-S, De Dooy J, Kenis S, et al.** Spontaneous spinal epidural hematoma in infancy: review of the literature and the "seventh" case report. *Eur J Paediatr Neurol.* 2013;17:537–542.
2. **Patel H, Boaz JC, Phillips JP, et al.** Spontaneous spinal epidural hematoma in children. *Pediatr Neurol.* 1998;19:302–307.
3. **Holtås S, Heiling M, Lönntoft M.** Spontaneous spinal epidural hematoma: findings at MR imaging and clinical correlation. *Radiology.* 1996;199:409–413.
4. **Groen RJ, Ponsen H.** The spontaneous spinal epidural hematoma. A study of the etiology. *J Neurol Sci.* 1990;98:121–138.
5. **Groen RJ, van Alphen HA.** Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. *Neurosurgery.* 1996;39:494–508.
6. **Liu Z, Jiao Q, Xu J, et al.** Spontaneous spinal epidural hematoma: analysis of 23 cases. *Surg Neurol.* 2008;69:253–260.
7. **Noth I, Hutter JJ, Meltzer PS, et al.** Spinal epidural hematoma in a hemophilic infant. *Am J Pediatr Hematol Oncol.* 1993;15:131–134.
8. **Tagaya A, Miyajima Y, Sakamoto M, et al.** Spontaneous spinal epidural hematoma in an infant with undiagnosed hemophilia A. *Pediatr Int.* 2010;52:296–298