

Prise en charge chirurgicale de l'hématome sous dural chronique Expérience du service de neurochirurgie du CHU Med VI de la période allant de 2002 à 2010

A. RIYAD, M. LMEJJATI, S. AIT BENALI*

*Service de Neurochirurgie. Hôpital Ibn Tofail. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

الورم الدموي تحت الجافية، مرض متكرر بالنسبة لجراحة الدماغ والأعصاب، يقال مزمن عندما يظهر بعد 14 يوماً من الرضخ. لقد أجرينا دراسة استرجاعية لدى 623 مريض، لمدة 9 سنوات، بمصلحة جراحة الدماغ والأعصاب بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش. لقد تمكنا من خلال هذه الدراسة من تقييم خبرة مركزنا الإستشفائي في ما يتعلق بالتكفل بالورم الدموي تحت الجافية المزمن و سرد التقدم المحرز في هذا المرض، إجراء مناقشة و استخلاص النتائج. العمر المتوسط لمرضاةنا هو 51 عاماً. النسبة بين الجنسين هي 6.69 أصيب الذكور في 87% من الحالات. المسببات الأكثر هيمنة هي صدمات الرأس. جميع مرضانا استفادوا من تقوس الدماغ كوسيلة لتأكيد التشخيص. التقنية الجراحية كانت نفسها لدى جميع المرضى بالتخدير الموضعي (73.03%) و تمتثلت (التقنية الجراحية) في النقب مع إفراغ الورم الدموي الغسل الوفير و النزح الخارجي للورم الدموي لمدة متوسطة من 48 ساعة مع التمييز المنهجي. رغم أن التطور الفوري لجميع مرضانا كان ممتازاً لدى 84.43% من مرضانا فإن التطور على المدى القصير و المتوسط كان أفضل فألى جانب تسجيل 9 قتل (1.44%) خمس حالات انتكاسة كلها شفيت بعد إعادة التدخل الجراحي. لم يحتفظ أي مريض بعاهات مستديمة. على ضوء ما جاء في الدراسات السابقة أتضح أن مصلحتنا لم تكن في منأى عن التطورات المكتسبة فيما يتعلق بالتكفل بالورم الدموي تحت الجافية المزمن. بل أفضل من هذا كانت نتائجنا من بين الأفضل: 1.44% الوفيات 84.43% من الحالات دون تعقبات و 98.56% من حالات الشفاء التام. الورم الدموي تحت الجافية المزمن. مرض متكرر بالنسبة لجراحة الدماغ والأعصاب; ذو تطور جيد دون شك.

الكلمات الأساسية: الورم الدموي تحت الجافية المزمن-صدمة الرأس-النقب-تقرس الدماغ.

Résumé L'hématome sous-dural (HSD), pathologie fréquente en neurochirurgie. Chronique quand se manifeste après 14 jour du traumatisme. Nous avons mené une étude rétrospective chez 623 patients, sur 9 ans, au service de neurochirurgie, centre hospitalier universitaire Mohammed VI. Nous avons évalué l'expérience de notre service en matière de prise en charge de l'HSDC, relater les avancées réalisées à travers la littérature, mener une discussion et tirer des conclusions. L'âge moyen de nos patients était de 51 ans (extrêmes: 5 - 97ans). Sexe ratio H/F est de 6.69; le sexe masculin atteint dans 87% des cas, L'étiologie dominante est le traumatisme crânien (73.67%) avec une durée moyenne d'évolution de 11 semaines. La forme clinique dominante été celle mimant les formes tumorales (56.34%). Tous nos patients ont bénéficiés d'une tomographie cérébrale pour confirmation. La technique chirurgicale était la même chez tous nos patients, sous anesthésie locale dans 73.03% des cas; elle consistait à une trépanation (nombre de trou variant entre 1 et 4), évacuation de l'hématome, lavage abondant et drainage externe de 48 heures en moyenne avec réhydratation systématique. L'évolution immédiate était excellente chez 84.43% des patients, celle à court et moyen terme révèle: 9 décès, 5 récurrences chez qui la guérison été obtenue après réintervention. Aucun patient n'a gardé de séquelles. A la lumière de la littérature, nous pouvons affirmer que notre service suit les avancées acquises dans la prise en charge de cette pathologie; nos résultats sont des meilleurs de la littérature: 98.56% de guérison complète, 84.43% sans complications et 1.44% de mortalité. L'HSDC: pathologie fréquente en neurochirurgie dont le bon pronostic fait pas doute.

Mots clés hématome sous dural chronique-traumatisme crânien-trépanation-TDM cérébrale.

Abstract The subdural hematoma is a frequent disease in neurosurgery. It's said chronic when it occurs after 14 days of trauma. We menue a retrospective study in 623 patients over 9 years in the service of Neurosurgery University Hospital Mohammed VI. We were able to evaluate our service experience Contents of support for the chronic subdural hematoma, recount through advances couraging, lead a discussion and conclusions. The mean patient age was 51 years. The sex ratio is the 6.69, the male reached in 87% of cases. The etiology dominant is the cranien trauma (73.67%) with an average of 11 weeks of evolution. The clinical encounter TCell most forms mimicking tumor (56.34%). All our patients have benefitted from a cerebral scanner for diagnostic confirmation. The same surgical technique in all patients under local anesthesia (73.03%); was making a trepanation, evacuation of hematoma, extensive washing and external drainage for 48 hours with a systematic average. The immediate evolution was excellent in 84.43% of patients, the short and medium term, even better: dead 9 (1.44%), five recidivism and the cure were obtained with réintervention. No patient has retained sequelae. In light of literature, we can say that our service is not outside of advances gained in the management of this disease. Our results among the best in the littrature: 1.44% Mortal, 84.43% without complication, and 98.56% of complet retablisement. The chronic subdural hematoma is a frequent disease in neurosurgery; who's the best pronostic makes any doubt.

Key-words chronic subdural hematoma-cranien trauma-trepanation-cerebral scan.

Introduction

L'hématome sous-dural chronique (HSDC) est une collection faite de caillots de sang vieilliss située entre la dure-mère et l'arachnoïde. C'est alors [1] un épanchement liquéfié et encapsulé, situé dans l'espace sous-dural.

Il est dit chronique (HSDC) quand il se manifeste au-delà du 14^{ème} - 15^{ème} jour post-traumatique. L'HSDC fréquent chez les sujets âgés avec nette prédominance masculine. Le diagnostic de certitude est apporté par la

tomodensitométrie cérébrale. Si le traitement de l'HSDC reste l'un des plus faciles en neurochirurgie, son pronostic n'en demeure pas moins et est l'un des meilleurs.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur neuf ans, allant du 01-01-2002 au 31-12-2010. Dans cette étude sont incluses toutes les admissions du service durant la même période et présentant un hématome sous dural chronique. Nos patients sont recrutés par le biais des urgences. Cette étude est un travail de synthèse. Elle a été élaborée à partir de l'exploitation :

- Des dossiers médicaux a la limites de leur contenance.
- Des registres des hospitalisations du service de neurochirurgie,
- Des registres des interventions chirurgicales des blocs opératoires de neurochirurgie,

Résultats

623 cas d'HSDC sur un total de 12733 patients hospitalisés en neurochirurgie durant la période allant de 2002 à 2010. L'HSDC est fréquent chez le sujet âgé ainsi 53.12% de nos patients ont entre 60 et 79 ans avec un moyen d'âge de 51 ans avec des extrêmes entre 05 et 97 ans. Sur l'ensemble de 623 patients, 542 hommes pour 81 femmes soit une proportion de 87% d'hommes avec un sexe ratio H/F de 6.69. Le traumatisme crânien est le facteur favorisant le plus dominant dans 73.67% de l'ensemble des HSDC. Nous avons noté d'autres étiologies comme l'hypertension artérielle (HTA) chez 37 patients, la déshydratation chez 16 patients, le traitement anticoagulant chez 9 patients, 7 patients ont un diabète et 5 patients éthyliques chroniques. La durée d'évolution des signes cliniques a été précisée chez 342 patients et varie entre 1 jour (8 cas) et 23 semaines avec une fréquence très nette de 4 semaines (58 patients). Les signes cliniques étaient très variés: les céphalées se manifestaient chez 395 patients soit 63.40% surtout dans le cadre d'un syndrome d'hypertension intracrânienne(HTIC) complet ou incomplet ce qui est le cas dans la majorité des situations. Le déficit moteur souvent a type d'hémiplégie observé chez 501 patients soit 40.41%. L'atteinte des nerfs crâniens plus précisément la paralysie faciale retrouvée chez 38 malades. 24 patients présentant une diplopie. Les troubles sphinctériens chez 34 malades. Les troubles de langage essentiellement la dysarthrie était présente chez 88 malades. Les signes

psychiques surtout le trouble de comportement présent chez 28 malades, les troubles mnésique chez 12 malades. L'obnubilation retrouvée chez 14 malades. Les troubles de conscience chez 89 patients dont 15 malades ayant un coma stade III. D'autre signes ont été observés: de crises comitiales chez 25 malades, 36 malades ont des vertiges, hypertonie spastique présente chez 17 patients, abolition des reflexes ostéo-tendineux était présente chez 11 malades et vifs chez 13 malades, un signe de Babinski + chez 12 malades et l'altération de l'état générale chez 9 malades, l'épistaxis était observé chez 2 malades. La tomodensitométrie cérébrale comme examen clé du diagnostic était pratiqué chez tous nos patients, la latéralité de l'HSDC était précisée comme suit (Tableau I).

Tableau I Répartition des patients en fonction de la latéralité de l'HSDC

	Effectif	Pourcentage
Gauche	255	40.93
Droit	243	39.00
Bilatéral	125	20.06

La localisation fronto pariétale dominait largement, c'était le cas chez 261 patients soit 41.98%. L'HSDC était hémisphérique chez 73 malades. La densité de l'hématome précisée dans le tableau ci dessous (Tableau II).

Tableau II Nombre de patients en fonction de la densité de l'hématome

Densité	Effectif	%
Hypodense	275	44.14
Isodense	82	13.16
Hyperdense	91	14.60
Mixte	175	20.08

Les lésions associées étaient de différentes type: 9 cas de fractures osseuses; l'engagement sous falcroiel présent chez 377 et l'effet de masse observé chez 201 malades. Le traitement médical toujours associé au traitement chirurgical soit symptomatique ou étiologique; le traitement chirurgical était de principe chez tous nos malades dans la majorité des cas sous AL (455 malades), l'AG utilisés chez 168 malades soit 26.97%. La technique opératoire était la même chez tout nos patients avec quelques variantes se portant essentiellement sur le nombre de trous de Trépan (Tableau III).

Tableau III Répartition des patients en fonction du nombre de trous de TREPAN réalisés

Nombre de trou	Effectif
1	38
2	460
3	125

La réalisation de 2 trous de Trepan chez la majorité des patients présentant un HSDC unilatéral ; 3 à 4 trous de Trepan chez les patients présentant un HSDC bilatéral. 38 patients ont été opérés avec 1 trou Trepan.

L'évolution n'a été déterminée qu'à court et moyen terme; 97 de nos patients ont connu des complications, 15 cas d'empyème sous dural, 30 malades ont présentés une Pneumoencéphalie compressive, 10 cas d'hématome extra dural, 26 cas de resaignement, 9 décès, 5 cas de rechute et un cas présentant une tétraplégie iatrogène un autre ayant présenté une aphasia post opératoire.

Discussion

L'HSDC est une collection du sang entre la dure mère et l'arachnoïde. Sa fréquence varie selon les études ainsi l'incidence dans la population générale est estimée a 1 ou 2/100000/an, atteignant 7,5/100 000/an dans la sixième décennie [1]. L'âge moyen de nos patients était de 51 ans avec des extrêmes entre 5 et 97 ans, L. Dongmo [13] a trouvé un moyen d'âge de 48 ans, par ailleurs B. Silhouette [1] a trouvée un âge moyen de 63 ans ce qui s'explique principalement par l'atrophie cérébrale importante a cet âge ; on note deux cas d'HSD révélé en intra utérin et confirmés par l'imagerie après la naissance le premier décrit par J.T. Mac Donald [19] et le deuxièm par A. Diaz [20]. Dans toutes les études menées sur l'HSDC la majorité du sexe masculin était écrasante, Notre série (NS) a comportée 542 sur 623; pour M. SAMBANSIVAN [17]: 1890 sur 2297. En matière d'étiologie, le TC est dominant: il est de l'ordre de 73.67% et ce constat est partagé par beaucoup d'autre auteurs tel M. Gilabert [16] qui a trouvé un pourcentage de 61.7% des TC. L'HTA est le 2^{ème} facteur impliqué dans la survenue de l'HSDC même si NS n'a trouvé qu'un petit pourcentage de 5.93% par rapport à celui de Miguel [16]. Le traitement anticoagulant était objectivé chez 9 de nos malades soit 1.44% très loin de la proportion de M. Achgar [21] qui était de 32.5%. Contrairement à d'autres études, NS a trouvé très peu de malades diabétiques au total 7 soit un pourcentage de 1.12% par contre Gelabert [16] a trouvé 13.7%. L'hypotension intracrânienne est le facteur le plus cité dans la littérature [11], NS contient 16 patients soit 2.56% Autres facteurs ont été mis en évidence

tel l'alcoolisme chronique qui représente 20 à 30% des facteurs de risque selon Pencalet [11], ce taux était de 7.5% chez Achgar [21] NS a comporté 5 cas d'éthylisme chronique; Les troubles de crase sanguine en générale et le purpura thrombopénique idiopathique en particulier, ont été retrouvés dans beaucoup d'observations. Aucun de nos patients n'a présenté un trouble de la crase sanguine. Nous n'avons retrouvé aucun antécédent significatif chez 90 patients, ce qui représente 14.44% de l'ensemble de nos patients. Ce taux significatif a été retrouvé dans l'observation de Gelabert M. [16]: 383 patients sur un ensemble de 1000, n'avaient aucun antécédent notable, soit 38%. Pour Asghar M. [21], 4 patients sur 40 n'avaient aucun antécédent significatif soit 10%. Les signes cliniques ont été dominés par les céphalées (NS 63.40%) dans le cadre du syndrome d'hypertension intracrânienne Ce pourcentage été de 60% chez Ramchandra [15], le déficit moteur est le signe physique le plus rencontré chez 501 patients, L. Dongmo [13] a trouvé un pourcentage de 55.8%; en terme des troubles confusionnels M. Asghar [21] a trouvé que 52% de ses malades présentaient un syndrome confusionnel, et M. Gelabert [16] a trouvé que 285 patients sur ses 1000, avaient un trouble de comportement soit 28,50%; dans NS 54 malades avaient présentés des troubles de comportement. 14.28% de nos malades ont présentés des troubles de consciences alors que M. Gelabert [16] et M. Asghar [21] y ont fait mention dans leurs études et ont trouvé qu'il présente respectivement 1.9% et 35% chez leurs malades. M. Gelabert [16] a trouvé que 29 sur ses 1000 patients, ont présenté une aphasia, soit seulement 2,9%. NS a enregistré 119 patients qui ont présenté un trouble de langage surtout à type de dysarthrie, soit 19.10%. D'autres signes ont été observés tel: des troubles sphinctériens, des crises comitiales, des vertiges; l'hypertonie spastique, anomalie des ROT, anomalies des reflexes cutanéomuqueux, l'altération de l'état générale et l'épistaxis. S. Kotagal [40] rapporte que la chorée est surtout une manifestation de l'HSDC bilatéral. Pour les formes cliniques ; la forme pseudo tumorale a été enregistrés chez 351 patients soit 56.34%, c'est ainsi que L. DONGMO [13] a eu le même constat avec une proportion de 67.4%. La forme se manifestant par un syndrome d'HTIC était présente chez 23 malades. La forme pseudo vasculaire présente chez 69 malades. 9 malades ayant une forme psychiatrique pure. D'autres formes ont été élucidées dans la littérature sans qu'elles fassent parties de notre étude: forme simulant

des hémorragies méningées, forme à symptomatologie extra pyramidale, forme à symptomatologie pyramidale homolatérale. Pour l'étude paraclinique la TDM cérébrale est l'examen de référence en matière de l'HSDC, la densité de l'HSDC a été précisée comme suit (Tableau IV).

Tableau IV : Comparaison des différentes densités retrouvées au cours de l'HSDC.

	NS	Benmoussa [12]	Dongmo [13]
Hypodense	44.14	34	39
Isodense	13.16	11	-
Hyperdense	14.60	-	2.3
Mixte	28.02	32	21

Le siège fréquent est fronto-pariétal (261 malades), gauche (255 malades); Certaines localisations inhabituelles échappent au TDM, mais jamais à l'IRM. Il s'agit, des hématomes situés sur la base du crâne ou de la fissure longitudinale du cerveau ou encore la fosse cérébrale postérieure [56], [57]. le traitement médical est souvent associé comme adjuvant au traitement chirurgical certains auteurs optent pour le traitement médical seul avec risque d'intervention chirurgicale à chaque moment [73]. Dans la majorité des cas un traitement chirurgical sous anesthésie locale est de principe pour NS 73.03% de nos malades cette proportion été de 60% chez Geunot [48]. La technique opératoire; la technique dite « BURR-HOLE » décrite en 1960 par Kissonoch [82] est celle pratiquée chez nous pour la majorité de nos malades. Bien qu'il soit une affection de bon pronostic, l'HSDC se complique dans 5 à 10 % des cas [11]; mais en général Nos résultats parmi les meilleurs de la littérature : 1,44% de mortalité, 84.43% sans complication, 98.56% de guérison complète.

Conclusion

L'HSDC est une pathologie fréquente en neurochirurgie. Elle est l'apanage du sujet âgé de sexe masculin. Le est aisé reposant sur la clinique et la TDM cérébrale. La chirurgie est le traitement de choix. Le pronostic très favorable. Cependant certaines complications peuvent entraver l'évolution liée surtout au terrain.

Références

1-Silhouette B. Hématomes sous-duraux chroniques. Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 5-1170,1999,3P.
 2-Mac Donald J.T, Weitz R, Sher P.K. Intrauterine chronique subdural hematoma. Arch. Neurol, 1977; 34(12):777-8
 3-Diaz A, Taha S, Vinikoff L, Andriamamonji C, Leriche B, Bertner M. Hematome sous dural

chronique in-utéro a propos d'un cas, revue de la littérature Neurochirurgie 199; 44(n2): 124-6
 4-Sambansivan M. An overview of chronique subdural hematoma: Experience with 2300 cases. Surg Neurol 1997; 47(419):418-22
 5-Miguel Gelabert Gonzales; Miguel Iglesia Pais, Alfredo Garcia Allut, Ramon Martinez Rumbo. Chronique subdural hematoma: Surgical treatment and outcome in 1000 cases. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2005(107):223-9
 6-Muhammad Ashgar, Vedamurthy Adhiaman, Greenway M.W, Bhinmal K, Blowik and al. Chronic subdural hematoma in the elderly-a North Wales experience. Journal of the royal society of medicine-2002, 95:290-92
 7-Pencalet PH. Formes cliniques et facteurs pronostiques de l'HSDC de l'adulte. Neurochirurgie 2001; 47(no 5),469-72
 8-Ramnarayan Ramchandran; Thimappa Hedge. Chronic subdural hematoma_ causes of morbidity and mortality. Surgical Neurology_ volume 67, issue 4, 2007 ;issue 4(volume 67), 367-72. Department of neurosurgery, INDIA
 9-Dongmo L, Juimo A.G, El Oundou N.J, Njamnchi A.K, Avdeeva V, Tiyou C. Hématome sous-dural chronique au Cameroun_Aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques à propos 43 cas_ de juillet 1988 à juin 1995. Médecine d'Afrique noire: 1999,46 (3).
 10-Kotagal S, Shuter E, Horenstein S. Chorea as a manifestation of bilateral subdural hematoma in an elderly man. Arch. Neurol, Mar 1981; 38: 195
 11-Benmoussa H, Bisbis W, Bougtab A, Rifi L, Mouhoub F, Fikri-O F. and al Hématome sous-dural chronique de l'adulte_ à propos de 38 cas. Médecine du Maghreb 1991 N°25
 12-Lagares A, Dominguez J, Lobato RD, Gonzales P. Bilateral posterior fossa subdural hematomas secondary to anticoagulant therapy. Acta Neurochir 1998;140:1097-98.
 13-Murthy VS, Deshpande DH, Redy GNN. Chronic subdural hematoma in the cerebellopontine angle. Surg Neurol 1980;14:227-9.
 14-Kurti X, Xhumari A, Petrela M. Bilateral chronic subdural hematomas. Surgical or non-surgical treatment. Acta Neurochir (Wien) 1982;62: 87-90.
 15- Mckissok W, Richardson A, Bloom WH. Subdural hematoma. A review of 389 cases. Lancet 1960;1:1365-9.

