

HEMATOME SOUS-DURAL AIGU SPONTANE DU PATIENT EN HEMODIALYSE CHRONIQUE : A PROPOS DE UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.

Spontaneous acute subdural hematoma of the chronic hemodialysis patient, a case study and review of the literature.

Fofana AS¹, Sy S¹, Coulibaly M², Yattara H¹, Coulibaly SB¹, Diallo D¹, Magara S³, Koné AC⁴, Sogoba B⁵, Sanogo MB¹, Fongoro S¹.

1 : Service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU Point G ; 2 : Unité de néphrologie de l'hôpital Mali Gavardo Sébénikoro Bamako/Mali ; 3 : Service de médecine et spécialité médicale de l'hôpital Fousseyni Dao de Kayes ; 4 : Service de radiologie du CHU Point G ; 5 : Service de neurochirurgie du CHU Gabriel Touré

Auteur Correspondant : Dr Fofana Aboubacar Sidiki E-mail : fofaboubacarsidiki@gmail.com

RESUME

Introduction : L'apparition d'un hématome sous-dural (HSD) spontané est un phénomène rare en hémodialyse chronique et est grevé d'une morbi-mortalité importante. Sa prévalence reste faible en Afrique Sub-Saharienne soit 0,43%. Nous rapportons un cas d'HSD spontané chez un patient jeune hémodialysé avec issue favorable après une prise en charge médico-chirurgicale. **Observation clinique** : Il s'agit d'un patient de 35 ans, hémodialysé depuis juin 2016 pour une insuffisance rénale chronique d'origine hypertensive. Il a été admis le 18 juillet 2018 dans le service de néphrologie du CHU Point G pour des céphalées intenses dans un contexte de dysarthrie. Ils s'y associent des troubles de langage, d'une photo-phonophobie, des nausées et des vomissements incoercibles. Il ne rapporte aucune notion de traumatisme crânien. L'examen physique notait une dysarthrie, un syndrome pyramidal droit fait de signe de Babinsky droit, un déficit du bras droit à 4/5, et une hyperkinésie hémicorporelle droite. Il pesait 62 kg pour 165 cm, la pression artérielle était à 187/110 mmHg. Le patient présentait des signes cliniques de déshydratation extracellulaire. La tomodensitométrie cérébrale sans injection montrait un hématome sous-dural aigu gauche avec hypodensité cérébrale péri-lésionnelle. L'évacuation chirurgicale de l'hématome à travers un trou Trépan est réalisée sous anesthésie locale. Les suites opératoires ont été simples. Ses séances d'hémodialyse étaient faites sans héparine depuis le diagnostic jusqu'à j 23 en post opératoire. **Conclusion** : L'hématome sous-dural spontané est multifactoriel et rare chez le patient dialysé. Malgré une forte morbi-mortalité, l'hémodialyse ne doit pas réfuter une prise en charge chirurgicale de l'hématome sous-dural. **Mots-clés** : hématome sous-dural aigu spontané, hémodialyse chronique, traitement, pronostic.

ABSTRACT

Introduction: The appearance of spontaneous subdural hematoma (SSDH) is a rare phenomenon in chronic hemodialysis and is burdened with significant morbidity and mortality. It's prevalence remains low in Sub-Saharan Africa, is 0.43%. We report a case of SSDH in a young hemodialysis patient with favorable outcome after medico-surgical management. **Clinical observation:** This is a 35-year-old patient who has been hemodialysed since June 2016 for chronic renal insufficiency of hypertensive origin. He was admitted on 18 July 2018 in the nephrology department of CHU Point G for intense headaches in a context of dysarthria. They associate themselves with speech disorders, photo-phonophobia, uncontrollable nausea and vomiting. It does not report any notion of head trauma. The physical examination noted dysarthria, a right pyramidal syndrome made of right Babinsky sign, right arm deficit at 4/5, and right hemicorporeal hyperkinesia. He weighed 62 kg for 165 cm, the blood pressure was 187 / 110 mmHg. The patient had clinical signs of extracellular dehydration. Non-injected cerebral CT showed an acute left sub-dural hematoma with peri-lesional cerebral hypodensity. Surgical evacuation of the hematoma through a trephine hole is performed under local anesthesia. The postoperative course was simple. His hemodialysis sessions were done without heparin from diagnosis until 23 days post operatively. **Conclusion:** Spontaneous subdural hematoma is multifactorial and rare in the dialysis patient. Despite high morbidity and mortality, hemodialysis should not refute surgical management of subdural hematoma. **Keywords:** spontaneous acute subdural hematoma, maintenance hemodialysis, management, outcome.

INTRODUCTION

L'hématome sous-dural aigu (HSDA) est la rupture d'une veine ou d'une artère qui traverse l'espace sous dural. Habituellement il survient à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral et le saignement est provoqué par une contusion ou par lacération d'un vaisseau de l'espace sous-dural [1]. L'HSDA spontané est

une entité clinique distincte sans aucune apparenté. Les caractéristiques cliniques de cette pathologie sont décrites pour la première fois en 1971[2]. Par la suite, Tokoro et al. modifient cette appellation et parle d'hématome sous-dural aigu spontané d'origine artérielle avec des critères suivants :

- Pas de notion de traumatisme cérébral ;
- Pas de lésions du cortex sous-jacent
- Pas d'anévrisme ni de malformation artérioveineuse autour de l'artère lésée
- Confirmation d'une hémorragie d'origine artérielle durant l'opération [3].

Chez les patients dialysés son incidence annuelle a doublé au cours de la dernière décennie aux Etats Unis. Cependant sa prévalence reste faible en Afrique Sub-Saharienne soit 0,43 % [4,5]. Ainsi plusieurs facteurs de risque de survenue de cette affection ont été identifiés dont, l'âge avancé, les fluctuations hémodynamiques intracrâniennes créées par l'hémodialyse et l'hypertension veineuse résultant d'une surcharge chronique en volume créent des fissures dans les petites veines passerelles de la dure-mère qui saignent ensuite en présence du dysfonctionnement plaquettaire, de l'urémie et de l'anticoagulation pendant l'hémodialyse [6]. Il s'agit d'un phénomène rare en hémodialyse chronique et est grevé d'une morbi-mortalité importante [7]. Nous rapportons un cas d'HSDA spontané chez un patient jeune hémodialysé avec issu favorable après une prise en charge médico-chirurgicale.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'un patient de 35 ans, hémodialysé depuis le mois de juin 2016 pour une insuffisance rénale chronique stade terminal. La néphropathie initiale était une néphroangiosclérose diagnostiquée cliniquement. Il était dialysé deux fois par semaine pour une durée de quatre heures et trente minutes. Il a été hospitalisé le 18 juillet 2018 dans le service de néphrologie du CHU Point G pour des céphalées d'apparition soudaine et des difficultés de langage sous forme de dysarthrie. L'interrogatoire retrouvait des céphalées intenses en étai, de topographie fronto-pariéto-occipitale gauche, d'installation brutale non influencées par le changement de position. Elles associaient de troubles de langage, de nausées, de vomissements répétés et une photo-phonophobie sans notion de traumatisme crânien. Le patient a une est hypertension artérielle connue compliquée d'insuffisance rénale chronique sans autre facteur de risque. Chez ce patient de 62 kg pour 165 cm (IMC= 23 kg/m²) ayant une hypertension artérielle sévère (pression artérielle=187/110 mm Hg), l'examen clinique notait une dysarthrie, un syndrome pyramidal droit avec signe de Babinsky droit, un déficit du bras droit à 4/5, une hyperkinésie hémicorporelle droite et déshydratation extracellulaire. Le score Glasgow était à 14/15. En plus des séances de dialyse, il recevait un traitement à base d'amlodipine 10 mg/jour, de ramipril 5mg/jour, de sulfate ferreux 80 mg/jour, de lanzoprazol 30 mg/jour, et de

carbonate de calcium 1500 mg/jour. Sur le plan biologique la numération formule sanguine montrait une anémie normochrome, normocytaire non régénérative à 8 g/dl sans autre anomalie granulocytaire, ni plaquettaire. Le bilan d'hémostase était normal. Aucune anomalie de l'ionogramme plasmatique n'a été retrouvée chez notre patient. Les sérologies de l'hépatite C, de l'hépatite B et du virus de l'immunodéficience humaine étaient négatives. Concernant l'imagerie médicale la tomодensitométrie cérébrale sans injection montrait un hématome sous-dural aigu gauche avec hypodensité cérébrale péri-lésionnelle (Figures 1 et 2).

Devant l'urgence évoquée par les neurochirurgiens l'angiocanner n'a pas pu être réalisé pour éliminer un anévrisme cérébral. Après une évaluation clinique et paraclinique l'indication neurochirurgicale a été retenue, et le patienta été transféré en neurochirurgie. En peropératoire, sous anesthésie locorégionale il a été procédé à une incision cutanée linéaire de 4 cm puis aponevrotique et mise à plat de l'os du crâne. Après la réalisation du trou Trépan et l'ouverture de la dure mère l'hématome s'évacue sans pression soit environ 80 ml. Les suites opératoires ont été simples avec évolution favorable sur le plan clinique.

Le reste du traitement associait la transfusion globulaire iso groupe iso rhésus, le contrôle de la pression artérielle et la poursuite de ses séances d'hémodialyse sans héparine depuis le diagnostic jusqu'au 23^{ème} jour de l'opération.



Figure 1 : Coupe axiale passant par le trou ovale montrant un hématome sous-dural aigu gauche avec hypodensité cérébrale péri-lésionnelle.



Figure 2 : Coupe axiale passant par le carrefour ventriculaire montrant un hématome sous dural gauche avec effet de masse sur les structures de médiane.

DISCUSSION

Le CHU du Point G est un centre de référence niveau 3 qui abrite l'unique service de néphrologie et reçoit les patients atteints de maladies rénales en provenance de toutes les régions du Mali et du district de Bamako. Il y a trois (3) centres de dialyse au Mali dont deux dans la capitale de Bamako et un dans la région de Sikasso pour environ 18 000 000 d'habitants.

Le premier cas d'HSDA non traumatique dans la littérature est décrit en 1934[7]. Actuellement environ 200 cas ont été rapportés [8]. Du point de vue épidémiologique la fréquence des HSDA non traumatiques par rapport à tous les hématomes sous duraux varie selon les auteurs de 0,7 à 6,7%. Les hommes de plus 40 ans sont fréquemment touchés [7,8]. Les patients hémodialysés ont un risque accru de développer un hématome sous-dural soit environ 10 à 20 fois plus élevé que la population en général [9].

L'incidence annuelle globale d'hémorragie sous-durale a été rapportée aux États-Unis à 189 - 200 pour 100 000 patients soit une incidence cumulative de 3,3%. Cette incidence croissante d'hémorragie sous-durale particulièrement dans la population hémodialysée par rapport aux patients sous dialyse péritonéale soulève le rôle joué par la prescription de coumadine aux États-Unis pour améliorer la perméabilité à l'accès vasculaire[4,6].

Il existe de multiples causes d'HSDA spontané, telle la rupture d'une malformation artérioveineuse ou d'un anévrisme, des maladies hématologiques ou oncologiques, l'hypertension intracérébrale spontanée, la prise de cocaïne, le HELLP syndrome. La plus fréquente des causes spécifiées d'HSDA spontané est d'origine artérielle (60%) [7].

Environ 40% des patients avec un HSDA non traumatique ont une hypertension artérielle et un abus d'alcool associés. L'artériosclérose chez les patients hypertendus peut prédisposer à la rupture des vaisseaux proches de la dure mère [8].

Dans notre cas, il s'agit d'un jeune hypertendu avec complication rénale ayant nécessité la mise en hémodialyse. Il n'était pas éthylique, ni tabagique.

Le tableau clinique d'HSDA spontané s'installe progressivement sur plusieurs heures à plusieurs jours. Habituellement on retrouve des troubles de la conscience. Peuvent s'y associer des céphalées, des vomissements, un déficit neurologique de type hémiparésie [1]. Cette symptomatologie clinique était présente chez notre patient. Il existe peu de données sur la fréquence de l'HSD non traumatique dans la population hémodialysée en Afrique Sub-Saharienne où deux cas ont été rapportés au Cameroun[5].

Le taux de mortalité pour les HSDA spontanés varie de 50 à 90%. Les facteurs de mauvais pronostic selon Missori sont l'accès retardé à la chirurgie, un score de Glasgow bas, une déviation de la ligne médiane de plus de 13 mm au scanner [10].

Les suites opératoires de notre patient ont été simples, permettant sa sortie de l'hôpital à J 23 avec poursuite des séances d'hémodialyse. Sur le plan neurologique la reprise totale du langage a été effective en moins de 15 jours avec disparition totale du syndrome pyramidal droit, du déficit du bras droit et de l'hyperkinésie hémicorporelle droite.

Le contrôle du scanner cérébral réalisé 8 mois après l'opération était normal (Figure 3, 4 et 5).

Tableau I : résumé des paramètres

Paramètres	Notre étude	ASHUNTANTANG GE et al. (2014)	
		Patient 1	Patient 2
Âge	35 ans	45 ans	59 ans
Sexe	Masculin	Masculin	Masculin
Abord vasculaire	FAV* native	FAV native	FAV native
Maladie rénale sous-jacente	Néphroangiosclérose maligne**	Néphroangiosclérose maligne	Néphroangiosclérose maligne
Durée sous dialyse (mois)	49	6	36
Dose totale d'héparine per dialyse	Sans héparine	5000 UI	5000 UI
Ultrafiltrat per dialytique (L)	700 ml	5	5
Pression artérielle moyenne de dialyse (mmHg)	165/100	170/115	160/100
Utilisation d'antithrombotiques prophylactiques	Non	Non	Non
Pression artérielle à l'admission (mmHg)	187/110	165/100	190/100
Manifestations cliniques	Céphalée, dysarthrie, photophonophobie, syndrome pyramidal et hyperkinésie hémicorporelle droite.	céphalée, aphasie, hémiparésie droite	céphalée, photophobie, mydriase unilatérale
Délai de diagnostic	48 heures	3 semaines	4 semaines
Devenir	Vivant, 7 mois après l'opération	Vivant, 6 ans après l'opération	Décédé 6 heures après l'opération

* FAV : fistule artérioveineuse

** L'hypothèse de diagnostic de néphroangiosclérose maligne a été évoquée devant les chiffres tensionnels manométriquement élevés, une rétinopathie hypertensive stade II de la classification de Kirkendall, et une hypertrophie ventriculaire gauche.



Figure 3 : Coupe axiale en fenêtre parenchymateuse du crâne passant par le carrefour ventriculaire objectivant une régression complète de l'hématome



Figure 4 : Coupe axiale en fenêtre parenchymateuse du crâne passant par le trou de trépanation pariétal gauche (cercle), montrant une régression complète de l'hématome sous-dural



Figure 5 : Image de scannogramme du crâne de profil montrant la lacune pariétale gauche (flèche) correspondant au trou de trépanation

CONCLUSION

L'hématome sous-dural aigu non traumatique ou spontané est une situation fréquente en pratique clinique bien que peu étudiée chez le patient hémodialysé. L'imagerie cérébrale est l'examen de référence pour la confirmation diagnostique, car l'hématome sous-dural aigu non traumatique, est une urgence neurochirurgicale avec un taux de mortalité non négligeable.

Mots-clés : hématome sous-dural aigu spontané, hémodialyse chronique, traitement, pronostic.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

REFERENCES

1. A. FAYAND A. LAZAR T. DE BROUCKER. Hématome sous-dural aigu spontané : rechercher la maladie de Willebrand, Pratique Neurologique – FMC 2017;8:161-167.
2. TALALLA. A, MC KISSOCK. Acute spontaneous subdural hémorrhage. An unusual form of cerebrovascular accident. Neurology 1971 ; 21 : 19-25.
3. TOROKO. K, NAKAJIMA. F, YAMATAKI A. Acute sudural hématomata. NEngl JMed 1934 ; 210 : 1145-60.
4. SOOD P, SINSON GP, COHEN EP. Subdural hematomas in chronicdialysis patients: significant and increasing. Clin J Am Soc Nephrol CJASN. 2007 Sep;2(5):956-9.
5. ASHUNTANTANG GE, KAZE F, HALLE MP, et al. Health Sci Dis 2014 ; 15(1): p6.
6. POWER A, HAMADY M, SINGH S, ASHBY D, TAUBE D, DUNCAN N. High but stable incidence of subdural haematoma in haemodialysis -a single-centre study. Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc – Eur Ren Assoc 2010 ; 25(7) :22-25.
7. COOMBS JB, COOMBS BL, CHIN EJ. Acute spontaneous subdural hématomata in a middle age adult : case report and review of the littérature. J Emerg Med.2013 ;47(3)63-8.
8. JULIE KUFFER, ANDREAS MUHL, MARC MORAD, PHILIPPE VUADENS. L'hématome sous dural aigu non traumatique, Forum Médical Suisse 2016 ; 16(37) : 774-776.
9. LEONARD A, SHAPIRO FL. Subdural hematoma in regularly hemodialyzed patients. Ann Int Med 1975; 82:650-8.
10. MISSORI P, FENGA. L, MARAGLINO. C, ROCCHI. G, NARDACCI. B, CALDERO. G et al. Spontaneous acute subdural hématomas. A clinical comparaison with traumatic acute subdural hematomas Acta Neurochir, 2000 ; 142 : 697-701.