

## HEMATOME EPIDURAL CERVICAL SECONDAIRE AU TRAITEMENT ANTICOAGULANT ORAL : à propos d'un cas observé au CNHU de Cotonou

Houenassi DM<sup>1</sup>, Biaou O<sup>2</sup>, Tchabi Y<sup>1</sup>, Sacca-Vehoukpe J<sup>1</sup>, Akindes Dossou-Yovo R<sup>1</sup>,  
Hans-Ouinsou I<sup>3</sup>, Adjien C<sup>4</sup>, Boco V<sup>2</sup>, Avode DJ<sup>4</sup>, d'Almeida- Massougbojji M<sup>1</sup>, Agboton  
H<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unité de Soins d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie

<sup>2</sup> Unité d'Imagerie Médicale

<sup>3</sup> Unité de traumatologie et de chirurgie orthopédique

<sup>4</sup> Unité de Neurologie

Faculté des Sciences de la Santé ; Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou

### RESUME:

Les auteurs rapportent un cas d'hématome épidural cervical secondaire à un traitement anticoagulant oral anormalement long et non surveillé depuis 5 mois, diagnostiqué par tomодensitométrie et opéré tardivement malgré une présentation clinique typique. L'issue fatale liée au cumul des facteurs pronostiques incite à une meilleure organisation de la prise en charge des urgences et à une meilleure gestion du traitement anticoagulant.

Mots clés : anticoagulant- hématome épidural- scanner- laminectomie

### ABSTRACT

The authors describe a case of epidural hematoma due to acenocoumarol treatment. This treatment was not really indicated at the time of bleeding and none INR was done since 5 months. Diagnosis and laminectomy has been practised too late and the patient died. The association of the bad prognosis factors which drove to death illustrate the need of a better management of oral anticoagulation and emergency.

Key words: epidural hematoma- anticoagulant- laminectomy-

## INTRODUCTION

L'hématome épidural du rachis, en particulier cervical, est une complication rare du traitement anticoagulant ou du traitement fibrinolytique, dont quelques cas ont été rapportés avec des circonstances de survenue et des issues variables [ 1-3 ]. Sa gravité est liée à la mise en jeu du pronostic fonctionnel et vital à brève échéance. La décompression chirurgicale dans les 48 heures s'impose pour espérer la survie et un pronostic fonctionnel favorable [ 4 ]. Nous en rapportons un cas intéressant par son caractère didactique concernant les circonstances de survenue et les modalités de prise en charge

## OBSERVATION.

Un patient de 52ans est traité depuis janvier 2003 par acénocoumarol (Sintrom) pour une embolie pulmonaire ambulatoire sans facteur favorisant identifié. Le suivi a été régulier et l'observance excellente jusqu'en janvier 2004 avec un INR variant entre 1,8 et 3,5 sans aucun événement hémorragique. Le patient a été perdu de vue ensuite

Il est hospitalisé le 31 / 5 / 04 pour tétraplégie. L'histoire clinique a commencé 2 semaines plus tôt par une rhinorrhagie et des courbatures. Le 30/ 5/ 04 apparut une scapulo-cervicalgie irradiant dans le bras droit. L'évolution a été marquée par la survenue quelques heures plus tard par une parésie du bras droit rapidement suivie d'une paraparésie. Au bout de 48 heures une tétraplégie flasque était complètement installée, associée à une somnolence et une polypnée intermittentes. Il n'y avait pas d'hémorragie cutanée et

l'examen cardiovasculaire était normal. Ce tableau clinique survient donc 5 mois après disparition du patient du milieu cardiologique et 17 mois après l'embolie pulmonaire. Mais son traitement anticoagulant était en cours jusqu'au début du tableau clinique actuel et n'a été interrompu qu'après quelques jours de rhinorrhagie.

Les examens biologiques le 01 / 6 / 04 ont montré un TP à 100%, TCA 20 secondes pour 32 secondes pour le témoin, hémogramme, créatininémie, ionogramme sanguin sans anomalie. La tomodensitométrie (TDM) cérébrale était normale. La TDM cervicale réalisée le 04/ 6/ 04 avant et après injection de produit de contraste a montré un hématome épidual aigu : avant injection de produit de contraste la collection intra canalaire extra médullaire était hyperdense et s'étendait de C1 à C7 (image n°1) ; sa densité, de l'ordre de 70UH, n'a pas varié après injection de produit de contraste.

Le patient a bénéficié, dans la foulée de cette TDM le 04 / 6 /04, d'une laminectomie avec exérèse d'un hématome compressif ; il existait des signes de dévitalisation de la moelle. Aucune anomalie vasculaire associée n'a été retrouvée par l'opérateur. Les suites opératoires immédiates ont été sans complications. Un début de récupération sensitive a été notée 24 heures après l'intervention mais aucune récupération motrice n'a été notée et l'aggravation de l'état respiratoire a entraîné le décès au 5<sup>eme</sup> jour post opératoire.

## DISCUSSION.

L'hématome épidual cervical est une complication rare mais gravissime du traitement anticoagulant [ 1 ], les hématomes siègent en effet classiquement au niveau des muscles périphériques ou des autres organes [ 5 ]

Dans notre observation le diagnostic de compression médullaire aiguë était évident depuis le 30 / 5 /04 avec le syndrome lésionnel qu'est la douleur radiculaire cervico-brachiale suivie de l'installation d'un syndrome sous lésionnel fait de la parésie brachiale et de la paraparésie. L'existence de rhinorrhagie sous traitement antivitamine K faisait évoquer un hématome intrarachidien. Ce diagnostic n'a malheureusement été précisé que le 04 / 06 / 04. Sinon l'arrêt immédiat de l'antivitamine K et l'injection de vitamine K associé au concentré de complexe prothrombinique ou de plasma frais congelé conformément aux recommandations [ 6 ] aurait permis dès l'apparition des premiers signes d'éviter l'aggravation qui a abouti à la tétraplégie complète. Une amélioration du pronostic en découlerait car la décompression au stade de déficit moteur partiel a un meilleur pronostic [ 4 ] L'irrégularité qui a caractérisé le suivi du patient en cardiologie dans les 5 mois ayant précédé la complication hémorragique est un facteur préoccupant pour les traitements anticoagulants. Par ailleurs la survenue de cette complication 17 mois après l'embolie pulmonaire pose la question de la durée du traitement qui selon les recommandations [ 7 ] dans ce cas où aucun facteur marquant d'un risque majeur de récurrence n'a été identifié, ne devrait pas excéder 6 mois. Cette anticoagulation inappropriée est fréquente comme le montrent Mattle et al [ 8 ] qui ont rapporté une série de 116 hémorragies intracrâniennes survenues sous anticoagulant dont le tiers ne correspondait à aucune indication d'anticoagulation justifiable par les recommandations internationales.

La localisation intra rachidienne des hémorragies non traumatique est peu fréquente, dans cette localisation le segment thoracique et la charnière cervico thoracique seraient plus souvent atteints [ 1 ] ; l'atteinte du segment cervical comme dans notre cas et la survenue sous anticoagulant sont des facteurs de mauvais pronostic [ 4 ] .

L'origine artérielle ou veineuse du saignement est très discutée probablement à cause de multiples facteurs hémodynamiques qui restent encore inconnus [ 9 ]. L'espace de prédilection de l'hématome intra rachidien est épidual, rarement il peut être intramédullaire [ 10 ] .

L'hématome peut être documenté par la TDM, bien que l'IRM soit plus sensible [ 9,10 ]. Au stade aigu, la TDM met en évidence la collection épidurale qui devrait être hyperdense.

non modifiée par l'injection de produit de contraste, permettant ainsi d'éliminer les épidualites d'origine infectieuse ou tumorale. Elle permet non seulement d'affirmer l'intégrité de la paroi osseuse mais aussi l'étendue de la collection contribuant ainsi à la planification du geste opératoire. Son accessibilité, même dans les pays en voie de développement comme le nôtre, consacre cette technique de première intention en neuro-exploration d'urgence. La sensibilité de la TDM serait cependant entachée de faux positifs et de faux négatifs [ 11 ]; l'analyse de l'hématome, des anomalies morphologiques sous jacentes, l'exhaustivité de l'étendue lésionnelle et l'absence d'irradiation sont autant d'intérêts complémentaires et différentiels qu'offre l'IRM par rapport à la TDM. Dans le cadre de cette étude, ce bilan complémentaire a été assuré lors de l'opération.

Quelques cas d'hématome intrarachidien résolutif spontanément ou après ponction ont été décrits dans la littérature [12,13 ]; ceci démontre que la radiologie interventionnelle avec guidage TDM peut jouer un rôle dans la prise en charge des hématomes épiduals mais cette pathologie relève en général d'un traitement chirurgical d'urgence. Dans la population des patients n'ayant pas bénéficié à temps de la chirurgie, les lésions malaciques médullaires obèrent lourdement le pronostic fonctionnel [4,14 ]. Au cours de la réanimation ou en période postopératoire, l'infection peut compromettre le pronostic vital [ 9 ].

Survenu au cours d'un traitement anticoagulant anormalement long et non surveillé depuis 5 mois, cet hématome épidual cervical a été diagnostiqué trop tard au 5<sup>ème</sup> jour d'évolution au stade de tétraplégie et donc a été opéré trop tard ; Ce cumul des facteurs de mauvais pronostic explique l'issue fatale. Ce cas clinique incite à une meilleure étude des indications et à l'obtention d'une meilleure observance du traitement anticoagulant ainsi qu'une amélioration de la gestion des urgences.

## CONCLUSION.

Notre cas illustre la nécessité d'une bonne étude des indications et une bonne surveillance du traitement anticoagulant. Il montre l'utilité de la TDM dans le diagnostic des hématomes intrarachidiens et suscite une réflexion sur la radiologie interventionnelle avec guidage tomodensitométrie.

Il rappelle la nécessité d'une décompression rapide de la moelle dans les compressions médullaires aiguës.

## REFERENCES:

- 1- Pullarkat VA, Kalapura T, Pincus M, et al. Intraspinal hemorrhage complicating oral anticoagulant therapy: an unusual case of cervical hematomyelia and a review of the literature. Arch Intern Med 2000; 160: 237- 40
- 2 - Wysowski DK, Talarico L, Bacsanyi J, and Botstein P. Spinal and epidural hematoma and low-molecular-weight heparin. N Engl J med 1998; 338 (24) : 1774 - 5
- 3- Chan KC, Wu DJ, Ueng KC and al .Spinal epidural hematoma following tissue plasminogen activator and heparinisation for acute myocardial infarction. Jpn heart J 2002; 43: 417- 21
- 4- Groen RJ, and van Alphen HA. Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. Neurosurgery 1996; 39: 494-509
- 5- Galimart N, Vassilev K, Chevignard M, et coll. Hématomes musculaires spontanés chez les patients hémiplegiques sous traitement anticoagulant. Rev Neurol 2004; 160(6-7): 672-7

- 
- 6- Baker RI, Coughlin PB, Gallus AS, and al. The warfarin reversal consensus group. Warfarin reversal: consensus guidelines, on behalf of the Australasian Society of Thrombosis and Haemostasis. *MJA* 2004; 181 : 492 – 97
  - 7- British thoracic Society standards of care Committee pulmonary embolism guideline development Group. British Thoracic society guidelines for the management of suspected acute pulmonary embolism. *Thorax* 2003; 58: 470 – 83
  - 8- Mattle H, Kohler S, Huber P and al. Anticoagulation- related intracranial extracerebral haemorrhage. *J Neurol Neurosurg psychiatry* 1989; 52 (7) : 829 – 37
  - 9- Cullen DJ, Bogdanov E. and Htut N. Spinal epidural hematoma occurrence in the absence of known risk factors: a case series. *Journal of Clinical Anesthesia* 2004; 16: 376 - 81
  - 10- Cakirer S, Basak M, and Galip GM. Cervical hematomyelia secondary to oral anticoagulant therapy: case report. *Neuroradiology* 2001; 43 : 1087 - 88
  - 11- Alexiadou-Roudf, Ernestus RI, Nnassis K, and al . Acute non traumatic spinal epidural hematomas. An important differential diagnosis in spinal emergencies. *Spine* 1998; 23: 1810-3
  - 12- Duffill J, Sparrow OC, Millar J, and Barker CS. Can spontaneous spinal epidural haematoma be managed safely without operation? A report of four cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69: 816-9
  - 13- Borges G, Boilha L, Maldaum MVC, and al. Acute cervical epidural hematoma. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58: 726-30
  - 14- Lawton MT, Porter RW, Heiserman JE, and al . Surgical management of spinal epidural hematoma: relationship between surgical timing and neurological outcome. *J Neurosurg* 1995; 83: 1-7

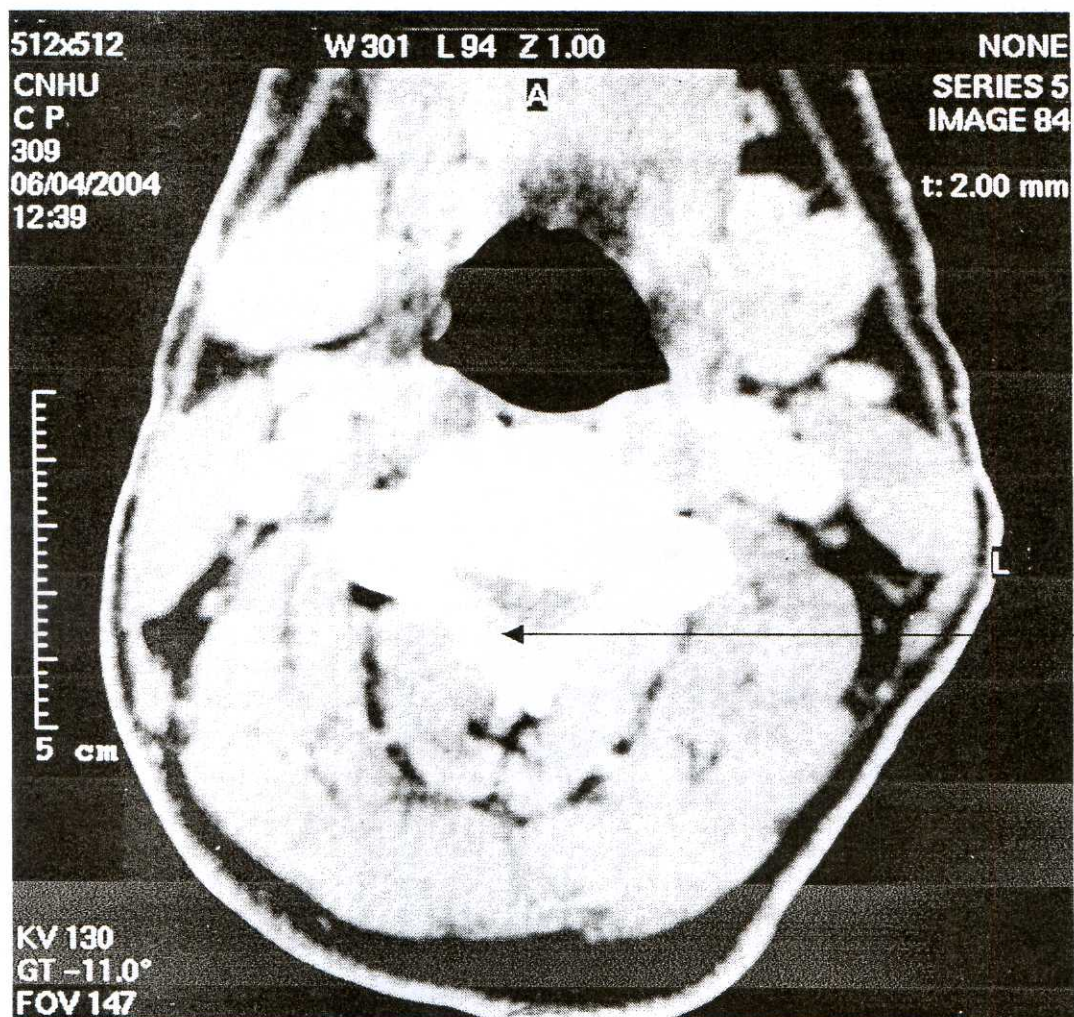


Image n° 1 : Hématome compressif de la moelle cervicale sous forme d'une image hyperdense d'épaisseur variable encerclant la moelle à l'intérieur du canal rachidien