

Lettre à l'éditeur

UNE COMPLICATION NEUROCHIRURGICALE RARE DE LA DREPANOCYTOSE : L'HEMATOME EXTRA DURAL SPONTANE

EYENGA V.*, ELOUNDOU NGAH**, NGOWE M.*, ZE MINKANDE J.*, TCHOKOTEU P.F.*, SOSSO M.*

RESUME

Les hématomes extra duraux, qu'ils soient intracrâniens ou intra-rachidiens, sont presque tous d'origine traumatique. Rarement, ils sont secondaires à la rupture d'une malformation vasculaire durale ou aux troubles de l'hémostase. Nous rapportons le cas d'un hématome extra dural spontané pariétal droit, opéré dans notre service en juillet 1999 chez un drépanocytaire homozygote âgé de 16 ans. En per opératoire, l'hémostase a été difficile à cause d'un saignement en nappe.

L'hypothèse physiopathologique retenue est un trouble de l'hémostase intercurrent ou alors secondaire à la drépanocytose.

Mots clés : hématome extra dural, drépanocytose, hémostase.

SUMMARY

The epidural haematomas are almost traumatic in origin, either they are intracranial or intra medullar. Rarely, they are secondary to a dural vascular malformation or coagulation disorder. We report a case of right parietal epidural haematoma, operated in our department in July 1999 found in a 16th year old homozygous sickle cell anaemia patient. During operation, haemostasis was difficult because of poor clotting.

The physiopathology hypothesis can be due to a coagulation disorder or be secondary to sickle cell disease.

Key words : epidural haematoma, sickle cell disease, haemostasis.

INTRODUCTION

La drépanocytose est une hémoglobinose qualitative transmise sur le mode autosomique récessif. Les Noirs Africains de la «ceinture sicklémique» qui s'étend du 15ème parallèle de latitude nord, au 20ème parallèle de latitude sud sont les plus atteints. On trouve jusqu'à 40 % dans certaines ethnies d'Afrique Centrale.

La drépanocytose homozygote se présente comme une anémie hémolytique chronique, entrecoupée de crises vaso-occlusives et de crises hématologiques (5, 6).

Les complications hémorragiques de la drépanocytose

sont très rares. Leur physiopathologie reste encore peu comprise. La rareté et la gravité de certaines complications hémorragiques neurologiques nous semblent justifier leur publication.

Nous rapportons le cas d'un hématome extra-dural spontané, opéré dans notre service le 20 juillet 1999 chez un drépanocytaire homozygote âgé de 16 ans.

OBSERVATION

Le patient B.A., âgé de 16 ans, est un drépanocytaire homozygote, suivi depuis la petite enfance. Dans ses antécédents, une ostéite du tibia gauche, de multiples crises vaso-occlusives, pas de transfusion sanguine.

Le 17 juillet 1999, B.A. a présenté une crise vaso-occlusive et a été hospitalisé dans un hôpital de la place. Il est traité par réhydratation parentérale (Ringer, sérum glucosé à 5 %) et Temgesic® (Buprémorphine). Au bout

Dr ELOUNDOU NGAH, Neurochirurgien

Dr NGOWE M., Chirurgien

Dr ZE MINKANDE J., Anesthésiste

Pr TCHOKOTEU P.F., Pédiatre

Pr SOSSO M., Chirurgien

* Hôpital général de Yaoundé (Cameroun)

** Hôpital central de Yaoundé (Cameroun)

Une complication...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (8/9)

de 24 heures, les douleurs régressent, ce qui permet un retour à domicile. Le 19 Juillet 1999, apparition insidieuse d'une asthénie, d'une hémicrânie droite, d'une hémiparésie gauche et d'une hypersomnie.

Ce tableau a motivé une admission en Pédiatrie dans notre hôpital le 20 juillet 2000.

L'interrogatoire ne note pas de traumatisme crânien. L'examen clinique note en plus de l'hémiparésie et de l'hypersomnie, une température à 38°26 sans point d'appel infectieux, pouls 68/mn régulier, tension artérielle 140/70 mmHg, un souffle systolique mitral à 2/6, une légère confusion. Glasgow Coma Scale : 13/15.

Bilan biologique

Globules rouges : 2.530.000/mm³, hémoglobine : 8,6 g>/dl, hématocrite : 24,6 ml/dl, plaquettes : 184.000/mm³, érythroblastes : 10 %, globules blancs : 15.200/mm³ (neutrophiles 65 %, lymphocytes 27 %, éosinophiles 3 %, monocytes 5 %), temps de Quick 75 % : normes 70-100. TCK malade/témoin : 26/25, groupe sanguin 0, Rhésus positif.

Scanner cérébral

Volumineux hématome extra-dural pariétal droit avec effet de masse sur la ligne médiane. Pas de fracture osseuse (figures 1, 2, 3).

Figure 1, 2 et 3 :
scanner de l'hématome extra-dural.
Radiographie standard : pas de fracture



Une évacuation chirurgicale par volet pariétal a été réalisée en urgence. En per opératoire, nous avons eu un saignement en nappe difficile à contrôler, du scalp à la dure-mère. Il n'y avait pas de lésion macroscopique des branches de l'artère méningée moyenne, ni de l'os.

Une complication...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (8/9)

L'hématome était constitué de caillots de sang. Les suites opératoires ont été bonnes avec une récupération motrice et cognitive complète dans les 48 heures.

DISCUSSION

Les manifestations neurologiques de la drépanocytose peuvent être mineures (céphalées, vertiges, paresthésie) ou majeures (hémiplégie, aphasies, convulsions, syndrome méningé). Elles sont dues à des micro-thromboses, à une hémorragie cérébro-méningée ou à une méningite bactérienne (5, 4).

Si la physiopathologie de la micro-thrombose et de la méningite bactérienne sont comprises, celle des phénomènes hémorragiques reste obscure en dehors du contexte des crises aplasiques où on peut avoir une thrombopénie.

Le premier cas d'hématome extra-dural spontané chez une drépanocytaire homozygote a été rapporté par CABON I. (1), l'hypothèse physiopathologique retenue était un infarctus osseux responsable d'une thrombose des veines diploïques avec hématome extra-dural spontané secondaire. L'épaississement du diploé est une

manifestation osseuse de la drépanocytose (3, 2).

Concernant le patient B.A., le saignement en nappe, constaté en per opératoire, nous est apparu surprenant au vu du bilan biologique pré opératoire plutôt rassurant. Un bilan d'hémostase demandé en urgence en per opératoire a mis en évidence une thrombopénie à 105.000 plaquettes/mm³, temps de Quick : 65 %, globules rouges : 2.270.000, globules blancs : 18.400/mm³.

Ce deuxième bilan nous a expliqué l'hémorragie per opératoire, mais la physiopathologie de l'H.E. reste non comprise puisque le bilan pré opératoire a été considéré fiable. Toutefois, nous avons retenu un trouble d'hémostase encore à étiqueter comme hypothèse physiopathologique.

CONCLUSION

La drépanocytose étant une maladie fréquente dans notre milieu, les complications hémorragiques, bien que rares, doivent rester présentes à l'esprit lors de la prise en charge d'un drépanocytaire en crise. Une fois le diagnostic d'une complication hémorragique posé, il serait souhaitable de réaliser un bilan d'hémostase de contrôle surtout si le premier est normal.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CABON I., HLADKY J.P., LABILLIOTTE A., COTTON A., DHELLEMMES P.
Uncommon aetiology of extradural haematoma (Article in French).
- 2 - CADIER L., DIARD F., CLABET A.
Drépanocytose et thalassémie.
Journée de Radiologie Pédiatrique, Paris, 1983.
- 3 - CISSE R., WANDAOGO A., TAPSOBA T.L., CHATEIL J.F., OUMINGA R.M., DIARD F.
Apport de l'imagerie médicale dans les manifestations ostéo-articulaires de la drépanocytose chez l'enfant.
Médecine d'Afrique Noire 1998 ; 45 (4) : 120-3.

- 4 - GBADOE A.D., KAMPATIBE N., BADONDE B., ASSIMADI J.K., KESSIER K.
Attitude thérapeutique chez le drépanocytaire en phase critique et inter-critique au Togo.
Médecine d'Afrique Noire 1998 ; 45 (3) : 154-60.
- 5 - GENTILINI M., DUFLO B.
Médecine Tropicale.
Paris : Flammarion ed, 1986 : 457-83.
- 6 - M. DE MANTALEMBERT.
Les nouveaux traitements de la drépanocytose.
Médecine Tropicale 1998 ; 58 : 117-9.