



Cas Clinique

Difficultés de la Prise en Charge d'un Hématome Cérébelleux non Traumatique : À Propos d'un Cas au Centre des Urgences de Yaounde

Challenges in the management of a non-traumatic cerebellar hemorrhages: a case report from the Yaounde emergency center

Bikono Atangana Ernestine Renée^{1, 2*}, Ngouatna Djeumakou Serge Rawlings^{1, 2}, Mossus Yannick^{1, 2}, Tchokam Lionnelle², Thome Lutresse², Eloundou Ngah Joseph¹.

ABSTRACT

L'hématome cérébelleux est une forme redoutée des accidents vasculaires cérébraux à cause de par sa proximité avec le tronc cérébral et sa localisation dans l'espace exigüé qu'est la fosse cérébrale postérieure. La cause hypertensive est le plus souvent retrouvée. Les auteurs rapportent un cas d'hématome cérébelleux pris en charge au Centre des Urgences de Yaoundé. La dérivation ventriculaire externe a fait suite à l'évacuation par craniotomie de l'hématome. L'évolution post opératoire a été marquée par des complications à type de tétraplégie régressive, d'infections nosocomiales et de thrombophlébite.

RÉSUMÉ

Cerebellar hematoma is a dreaded form of stroke. This is due to its proximity to the brain stem and its location in the cramped space of the posterior cerebral fossa. Cerebellar hemorrhages are mostly caused by hypertension. We report a case of cerebellar hemorrhage that was managed at the Yaounde Emergency Center. External ventricular derivation followed craniotomy for evacuation of the hematoma. Post surgical course was marked by complications such as regressive tetraplegia, nosocomial infections and thrombophlebitis.

1. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

2. Centre des Urgences de Yaounde

* **Auteur correspondant:**

Dr Bikono Atangana Ernestine Renée

Faculté de Médecine et des Sciences

Biomédicales de l'Université de Yaounde I

GSM : (237) 690 81 86 06

atanganaernestine@yahoo.fr

Mots Clés : Hématome cérébelleux non traumatique, chirurgie, complications, Yaoundé

Keywords: Non traumatic cerebellar hemorrhage, surgery, complications, Yaounde

INTRODUCTION

Les hémorragies cérébelleuses non traumatiques représentent 6,36 à 16,4% des accidents vasculaires hémorragiques [1]. Cette localisation au sein de cet espace réduit et clos qu'est la fosse cérébrale postérieure, fait de cette entité pathologique une urgence vasculaire avec une mortalité et une morbidité élevées [2]. La prise en charge chirurgicale est fonction du diamètre et du score de coma de Glasgow(GCS) [3]. L'évolution post opératoire est évaluée par le « Glasgow Outcome Scale » (GOS) [4]. Les auteurs rapportent le cas d'un patient présentant un hématome vermien avec extension cérébelleuse droite. La prise en charge chirurgicale a fait suite à un traitement conservateur initial. Nous le présentons avec un recul de deux mois post-opératoire.

OBSERVATION

Monsieur N. E., âgé de 52 ans, hypertendu connu non suivi, a été admis au Centre des Urgences de Yaoundé (CURY) dans un tableau d'hypertension intracrânienne. Il

présentait des céphalées intenses cotées à 8/10 (EVA) associées à sept épisodes de vomissements faciles en jet sans altération de la conscience. Ce tableau avait commencé douze heures avant son admission.

À l'entrée, on notait une tension artérielle(TA) de 194/118 mm Hg chez un patient avec un GCS à 15/15. Il était par ailleurs prostré avec une nuque raide. Le scanner cérébral initial a permis d'objectiver un hématome vermien avec extension vers l'hémisphère cérébelleux droit mesurant 5 cm de grand diamètre. Le traitement initial a consisté en l'administration de mannitol 10%, de nicardipine et d'antalgiques.

Au deuxième jour d'admission, on notait un arrêt des vomissements et persistance des céphalées avec agitation. L'angioscanner réalisé ce jour n'a pas objectivé de malformation artério-veineuse ni d'autres anomalies. Le GCS était de 14/15, TA à 210/98 mm Hg . A J3, dégradation brutale de l'état de conscience avec un GCS à 8/15 ; l'indication chirurgicale est posée. Patient en décubitus ventral, tête sur un coussin de fortune en

l'absence de têtère de Mayfield, nous réalisons une craniotomie occipitale droite à os perdu débordant la ligne médiane d'environ 1 cm. Evacuation quasi complète de l'hématome et mise en place de surgicel.

Le patient a été maintenu en post opératoire intubé sous sédation (morphine et midazolam) pendant 9 jours. Sur le plan respiratoire on notait des dyspnées avec pauses respiratoires et survenue d'une hyperthermie à J3 post opératoire, une TA de 168/111 mm Hg et une escarre occipitale. Le patient a été mis sous antibiothérapie probabiliste et une trachéotomie indiquée pour intubation prolongée réalisée. A J12 post opératoire le GCS est passé à 9/15 avec une tétraplégie flasque. On notait en plus une fuite de LCR.

Un scanner cérébral de contrôle à J14 post opératoire a permis d'objectiver une obstruction du quatrième ventricule par le matériel hémostatique réalisant une hydrocéphalie triventriculaire (Figure 2). On décrivait en plus une protrusion des amygdales cérébelleuses dans le foramen magnum non vue sur le scanner initial.

Devant ce tableau clinique associé aux données radiologiques, une dérivation ventriculaire externe (DVE) et une duroplastie avec ablation de l'arc postérieur de l'atlas ont été réalisées à J15 de la première intervention. A J1 post opératoire on notait une légère amélioration de la conscience avec une persistance de l'hyperthermie pour une TA à 148/85 mm Hg. Devant l'amélioration neurologique, la DVE a été enlevée à J10 post opératoire. A J11 post opératoire on notait la survenue d'une thrombose veineuse du membre supérieur droit sur une voie veineuse centrale. Nous avons poursuivi l'anticoagulation à dose prophylactique. L'évolution en unité de soins intensifs s'est faite par :

- une stabilisation du syndrome infectieux sous méropénème et erythromycine ;
- une amélioration nette de la conscience (Score de Glasgow à 13) et régression de la tétraplégie.

Ce tableau a permis sa sortie de l'unité de soins intensifs à J42 post opératoire (première intervention), avec transfert en unité conventionnelle d'hospitalisation après décanulation trachéale. A 2 mois post opératoire, le patient a un GCS à 15 avec apyrexie. On note une nette amélioration de la force musculaire cotée à 4/5 aux 4 membres avec amyotrophie et un syndrome cérébelleux cinétique. L'écho doppler a objectivé une majoration du thrombus veineux motivant la mise sous anticoagulant à dose curative. La rééducation fonctionnelle s'est poursuivie progressivement avec début de verticalisation sur un déambulateur. Le retour à domicile a été possible à J78 post opératoire avec poursuite de la physiothérapie.

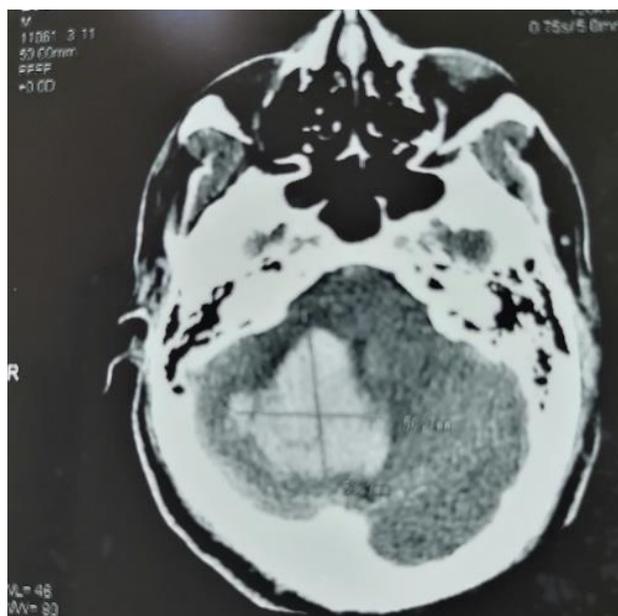


Figure 1 : TDM initiale

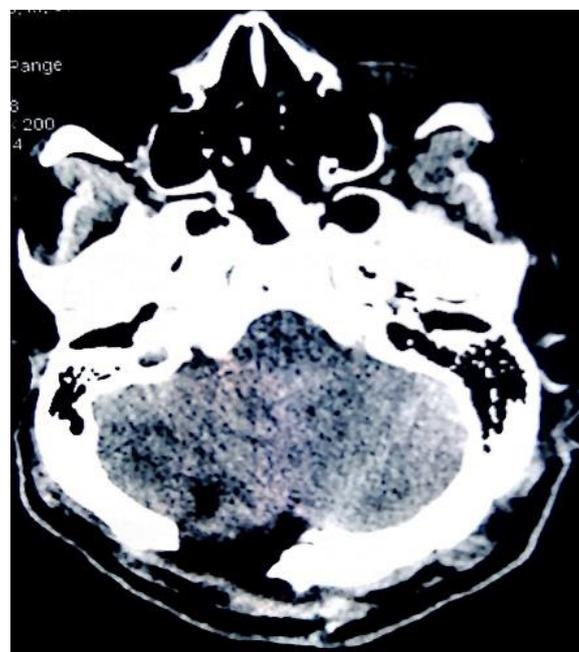


Figure 2 : TDM à J14 post opératoire

DISCUSSION

Les hématomas cérébelleux non traumatiques sont moins fréquents que les hémorragies sustentorielles (1/10) [5]. Ces hématomas sont dues aux ruptures de malformation artério-veineuse, d'anévrisme, au saignement tumoral et aux coagulopathies. La cause hypertensive, retrouvée dans notre observation, est la plus commune, comptant pour 70% dans l'étude de Cohen et al. [3]. La présentation clinique n'est pas spécifique [6]. Han et al dans leur série de 41 cas retrouvaient des tableaux d'altération de la conscience (43,9%) avec nausées et vomissements (29%). Seul un cas de syndrome cérébelleux était noté. Le scanner cérébral permet d'objectiver l'hématome en mesurant son volume et son

plus grand diamètre avec l'existence ou pas d'une hydrocéphalie. Dans notre cas, il n'existait pas d'hydrocéphalie triventriculaire sur le scanner initial. Toutefois, malgré le diamètre de l'hématome de 5 cm et compte tenu de l'état de conscience initial du patient, un traitement conservateur a été entrepris. Au bout de 48 heures devant la dégradation de l'état de conscience, une craniotomie à os perdu avec évacuation de l'hématome a été réalisée. L'indication d'une DVE a été posée à J15 post devant le retard au réveil, conforté par un scanner de contrôle qui objectivait une hydrocéphalie obstructive malgré la régression de l'hématome. Un meilleur pronostic est observé chez les patients ayant eu en plus une DVE, d'emblée ou secondairement après l'évacuation de l'hématome [1,5]. L'évolution post opératoire a été entaché d'une tétraplégie, des infections nosocomiales (pneumopathie, méningite, escarres) et par une thrombophlébite du membre supérieur sur voie veineuse centrale. Concernant la tétraplégie, cette complication a été décrite dans la littérature ; la position chirurgicale qui réalise une hyperflexion avec étirement de la moelle cervicale entraînant une ischémie médullaire a souvent été mise en cause [7, 8]. Les autres facteurs incriminés sont d'ordre mécanique avec la compression par un hématome et une obstruction à l'écoulement du L.C.R. Ils sont aussi d'ordre hémodynamique du fait de l'hypotension artérielle et d'un débit cardiaque faible. Concernant notre cas, en plus de l'hyperflexion positionnelle, nous incriminons aussi la compression par la hernie des amygdales cérébelleuses, raison pour laquelle l'ablation de l'arc postérieur de C1 a été réalisée. Dans la méta-analyse de 13 cas réalisée par Yahanda et Chicoine, seuls 2 cas (15,4%) ont récupérés totalement de la tétraplégie. Un monitoring électrophysiologique per opératoire permettrait de réduire le risque de cette complication dramatique.

Le pronostic dépend du volume de l'hématome et de l'état de conscience initial. Après la dégradation clinique qui a fait suite au traitement conservateur, le cas présenté a été opéré dans un délai de 6 heures. Ceci justifiant probablement en plus de la DVE réalisée, son évolution post opératoire marquée par une nette amélioration de l'état de conscience bien que persistant une inhabilité du fait du syndrome cérébelleux le classant GOS 2. La mortalité est élevée dans la plupart des séries, Al Safalti [9] notait 36% de décès à 30 jours.

CONCLUSION

Le cas présenté par les auteurs confirme la difficulté évolutive naturelle, et même après une prise en charge chirurgicale des hématomes cérébelleux non traumatique en contexte d'urgence et surtout celle de la gestion des complications liées à leur chirurgie ; complications attendues ou non.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Pong V, Chan KH, Chong BH, Lui WM, Leung GK, Tse HF, et al. Long-Term Outcome and Prognostic Factors After Spontaneous Cerebellar Hemorrhage. *Cerebellum*. 2012 Dec;11(4):939–945.
2. Samarasekera N, Fonville A, Lerpiniere C, et al. Influence of intracerebral hemorrhage location on incidence, characteristics, and outcome: population-based study. *Stroke* 2015;46(2):361–8.
3. Little JR, Tubman DE, Ethier R. Cerebellar hemorrhage in adults. Diagnosis by computerized tomography. *J Neurosurg*. 1978 Apr;48(4):575–579.
4. Han J, Lee HK, Cho TG, et al. Management and outcome of spontaneous cerebellar hemorrhage. *J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg* 2015;17:185–93.
5. Cohen ZR, Ram Z, Knoller N, Peles E, Hadani M. Management and outcome of non-traumatic cerebellar haemorrhage. *Cerebrovasc Dis*. 2002;14:207–13.
6. Dammann P, Asgari S, Bassiouni H, Gasser T, Panagiotopoulos V, Gizewski ER, et al. Spontaneous cerebellar hemorrhage—experience with 57 surgically treated patients and review of the literature. *Neurosurg Rev*. 2011 Jan;34(1):77–86.
7. Rau CS, Liang CL, Lui CC, Lee TC, Lu K. Quadriplegia in a patient who underwent posterior fossa surgery in the prone position. Case report. *J Neurosurg*. 2002 Jan;96(1 Suppl):101–3.
8. Yahanda AT, Chicoine MR. Paralysis Caused by Spinal Cord Injury After Posterior Fossa Surgery: A Systematic Review. *World Neurosurg*. 2020 Jul;139:151–157.
9. Al Safalti D, Guenther A, McLean AL, Waschke A, Kalff R, Ewald C. Prediction of 30-day mortality in spontaneous cerebellar hemorrhage. *Surg Neurol Int*. 2017 Nov 20;8:282.