



## Céphalée persistante du postpartum révélatrice d'un hématome sous-dural : à propos d'un cas

### Persistent headache during the postpartum period revealing a subdural hematoma: a case report

S RAFAMANTANANTSOA <sup>(1)</sup>, F RABESALAMA <sup>(1)\*</sup>, A RANDRIAMAROLAHY <sup>(1)</sup>, F RAZAFINDRAIBE <sup>(2)</sup>,  
H ANDRIAMANARIVO <sup>(3)</sup>, A M RIEL <sup>(4)</sup>, S FENOMANANA <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Centre Hospitalier Universitaire de Toliara, Madagascar

<sup>(2)</sup> Centre Hospitalier Universitaire Analakimnina, 501 Toamasina Madagascar

<sup>(3)</sup> Clinique des Sœurs, Ankadifotsy, 101 Antananarivo Madagascar

<sup>(4)</sup> Faculté de Médecine de Toliara, Madagascar

Soumis le 04 juin 2019  
Accepté le 16 juin 2019  
Disponible en ligne le 30 juin 2019

#### RESUME

**Introduction :** L'hématome sous-dural est une complication exceptionnelle au décours d'une brèche durale après analgésie péridurale par fuite du liquide céphalo-spinal (LCS). Son incidence après une rachianesthésie reste indéterminée. **Observations :** Nous rapportons un cas d'hématome sous dural chez une femme âgée de 36 ans, G4P2A1, ayant un antécédent d'une fausse couche spontanée et d'une césarienne, présentant une céphalée d'intensité progressive après césarienne itérative programmée à 38SA pour placenta prævia. A J3 post opératoire, un blood-patch était réalisé du fait de la persistance des céphalées malgré les antalgiques habituels qui avaient échoué et qui conduisait à l'administration d'une corticothérapie à forte dose. Au 5<sup>ème</sup> jour, la tomodensitométrie cérébrale était réalisée devant l'apparition secondaire d'un trouble oculomoteur gauche permettant de révéler l'existence d'un hématome sous-dural, étendu sur la convexité fronto-temporale gauche, avec diffusion au niveau de la région occipitale jusqu'au-dessus de la tente du cervelet. Devant ce tableau, une craniotomie avec drainage de l'hématome était réalisée. Les suites opératoires étaient simples et sans séquelles notables. **Conclusion :** Devant une céphalée permanente et persistante au-delà de 5 jours malgré des antalgiques habituels, du blood-patch et la corticothérapie, même en absence d'un signe neurologique, un hématome sous dural doit être évoqué, un scanner cérébral confirme le diagnostic en urgence.

**Mots clés :** Céphalée - Hématome sous-dural - Rachianesthésie.

#### ABSTRACT

**Background:** The subdural hematoma is an exceptional complication in the course of a dural breach after epidural analgesia by cerebrospinal fluid leak (CSF). Its incidence after spinal anesthesia remains indeterminate. **Observations:** We report a case of subdural hematoma in a 36-year-old woman, G4P2A1, with a history of spontaneous miscarriage and caesarean section, presenting with progressive headache after 38-hour caesarean section for placenta prævia. On day 3 postoperatively, a blood patch (BPE) was performed due to persistence of headache despite usual analgesics which failed and which led to the administration of high dose corticosteroid therapy. At the 5th day, cerebral computed tomography was performed in front of the secondary appearance of a left oculomotor disorder to reveal the existence of a subdural hematoma, extended on the fronto-temporal convexity left, with diffusion in the occipital region to the top of the tent of the cerebellum. Before this table, a craniotomy with drainage of the hematoma was performed. The operative follow-up was simple and without noticeable sequelae. **Conclusion:** Faced with permanent headache and persistent beyond 5 days despite usual analgesics, blood patch and corticosteroid therapy, even in the absence of a neurological sign, a subdural hematoma must be evoked, a brain scanner confirms the diagnosis in emergency.

**Keywords:** Headache - Subdural hematoma - Spinal anesthesia.

#### INTRODUCTION

Les syndromes post ponction lombaire (SPPL) se manifestent essentiellement par des céphalées apparaissant lors de la mise en orthostatisme et disparaissant en position couchée [1]. Le changement de ces caractéristiques posturales des céphalées doit évoquer un hématome sous dural (HSD) ou une thrombose veineuse cérébrale [2, 3]. L'hématome sous-dural est une complication rare des effractions dure-méno-arachnoïdiennes survenant après une analgésie péridurale par fuite du liquide céphalo-spinal (LCS) [4]. Son incidence après une rachianesthésie reste indéterminée. Nous rapportons un cas rarissime d'hématome sous-dural post rachianesthésique.

#### OBSERVATION

Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, G4P2A1, ayant un antécédent d'une fausse couche spontanée et d'une césarienne sous rachianesthésie. Elle était admise pour une césarienne itérative, programmée à 38SA pour placenta prævia. La rachianesthésie a été faite et sans incidents particuliers. Dans les suites opé-

ratoires immédiates, la patiente présentait une céphalée permanente, d'intensité progressive de type non posturale, de siège occipito-frontale, irradiant vers la nuque, non soulagée par des antalgiques habituels (paracétamol, codéine, morphine). A noter qu'elle était sous héparine à bas poids moléculaire (HBPM) à but prophylactique pendant trois jours post opératoire et le bilan de coagulation était normal à l'admission. A J3 post opératoire, un blood-patch épidural (BPE) par injection de 20ml de sang autologue était réalisé du fait de la persistance des céphalées malgré le traitement conservateur et une corticothérapie à forte dose

Du Centre Hospitalier Universitaire de Toliara, et de l'Université de Toliara, Madagascar.

\*Auteur correspondant :

Dr. RABESALAMA Fanojomaharavo

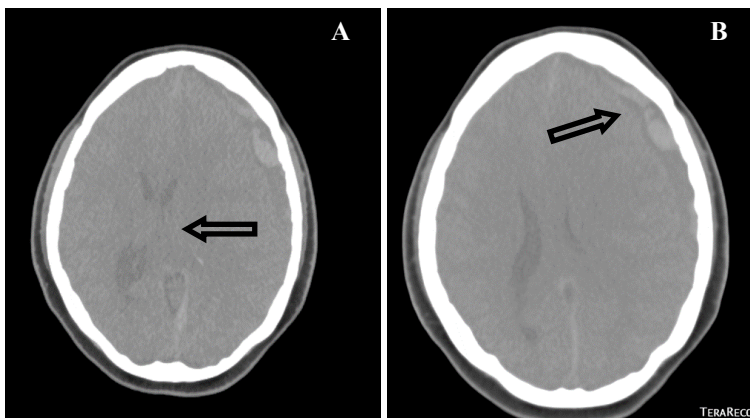
Adresse : Service d'Anesthésie, Réanimation et Bloc Opératoire  
Centre Hospitalier Universitaire Manara-pénitra  
Mitsinjo Betanimena  
Toliara Madagascar

Téléphone : +261 34 29 086 14

E-mail : docteurfanojo@yahoo.com

indiquée secondairement.

La tomodensitométrie cérébrale avec injection de produit de contraste était réalisée à J5 post opératoire devant l'apparition secondaire d'un trouble oculomoteur gauche à type de diplopie, de strabisme divergent avec ptosis palpébral, révélant l'existence d'un hématome sous-dural, étendu sur la convexité fronto-temporale gauche, avec diffusion au niveau de la région occipitale jusqu'au-dessus de la tente du cervelet avec un effet de masse important sur les structures médianes (cf. Figure 1). Devant ce tableau, une craniotomie était réalisée à J6 post césarienne pour HSD subaigu permettant d'évacuer l'hématome et de faire le drainage. Les suites opératoires étaient simples et sans séquelles notables. Elle a déjà eu une nouvelle grossesse 1 an plus tard et sans problème particulier. Une deuxième césarienne était réalisée sous rachianesthésie avec ligature section des trompes. Les suites opératoires étaient simples.



**Figure 1** : Scanner cérébral montrant une déviation importante de la ligne médiane (A) et l'hématome sous-dural de la convexité fronto-pariétale gauche (B).

## DISCUSSION

L'incidence d'une ponction durale accidentelle au cours d'une anesthésie péridurale est entre 0,26 et 2,6% [5]. La persistance de cette brèche durale laissée par l'aiguille peut entraîner une fuite du liquide céphalo-spinal (LCS) dans l'espace épidual en l'absence d'une cicatrisation rapide. Cette fuite est responsable d'une hypotension intracrânienne à l'origine des céphalées qui apparaissent dans les 5 jours suivant la ponction durale [6]. La céphalée est classiquement bilatérale, constrictive, occipitale ou occipito-frontale ou diffuse, avec des irradiations dans la nuque ou dans le dos, et parfois aux épaules [7, 8]. Elle est apyrétique et posturale, calmée par le décubitus dorsal et déclenchée ou exacerbée lors du passage en orthostatisme [9]. Ces douleurs sont dues à une ptose cérébrale avec traction sur les structures algogènes d'ancrage et à une vasodilatation des plexus et des veines méningées pour compenser le volume du LCS perdu. Le traitement de première intention du SPPL est conservateur permettant de diminuer l'intensité de la douleur. Il s'agit principalement des antalgiques habituels (paracétamol, codéine), d'un alitement en décubitus et d'une bonne hydratation. En l'absence d'un traitement spécifique, le SPPL peut disparaître spontanément dans les 7 jours dans 72% des cas [10]. En cas de persistance du SPPL au-delà de 4 jours malgré un traitement conservateur,

un blood-patch épidual (BPE) doit être proposé [11] dont l'efficacité varie de 77 à 96% selon les auteurs. Il s'agit d'une injection de 20 à 40 ml de sang autologue dans l'espace épidual. La procédure actuelle est d'attendre une douleur lombaire, signe de la mise sous tension de l'espace sous-dural pour arrêter l'injection. En cas de nécessité, des alternatives au sang autologue sont possibles par injection de colle biologique defibrinée [12] dans l'espace épidual, ou par perfusion épidual de dextran. La guérison est rapide avec disparition des céphalées posturales par arrêt de la fuite du LCS du fait du comblement direct de la brèche par le sang coagulé [10]. En cas d'échec du BPE, il faut revoir le diagnostic de SPPL [13].

Dans notre observation, la céphalée est persistante et devient permanente malgré le traitement conservateur. La tentative de blood-patch a échoué à J3 post opératoire. La tomodensitométrie cérébrale a été indiquée en urgence et avait confirmé le diagnostic d'un HSD. Ce dernier est une complication exceptionnelle d'une brèche durale lors d'une anesthésie péridurale.

La diminution de LCS provoque également un déplacement rostro-caudal du cerveau, et une mise en tension des structures méningées, qui peut entraîner une atteinte des paires crâniennes et/ou d'un hématome sous-dural en cas de rupture des veines corticales. Dans notre observation, un trouble oculomoteur a été retrouvé du côté gauche, à type de diplopie et de strabisme divergent avec ptosis palpébral. Selon les études, la survenue de cet hématome est favorisée par la déshydratation, le travail prolongé, les efforts de poussée lors des contractions et de l'expulsion, la taille de l'aiguille et le nombre de tentatives effectuées lors de la ponction [4]. Certains auteurs confirment l'existence d'autres facteurs favorisant la survenue d'un HSD lors d'une anesthésie péridurale, comme les manœuvres de Valsalva (toux, défécation, éternuement), la déambulation précoce après l'accouchement, les troubles de l'hémostase et les traitements anticoagulants, notamment les HBPM à but prophylactique [14]. Le seul facteur favorisant retrouvé chez notre patiente est l'HBPM. Le diagnostic d'HSD est évoqué devant une modification du caractère postural typique de la céphalée, accompagnée surtout de signes neurologiques [2, 3].

L'imagerie cérébrale est impérative devant un tableau clinique atypique avec échec du traitement par blood-patch et/ou une atteinte d'un nerf crânien [6]. L'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est l'examen clé pour le diagnostic. Elle est supérieure au scanner pour rechercher une complication du SPPL et peut montrer des signes directs d'hypotension intracrânienne [1]. Jusqu'à ce jour, aucun cas d'HSD post rachianesthésie n'a été rapporté dans la littérature. La spécificité de notre observation est la survenue de l'HSD après une rachianesthésie. Le diagnostic était suspecté devant la persistance des céphalées, d'intensité progressive, au-delà du 5<sup>ème</sup> jour, et qui deviennent permanente malgré des antalgiques paliers III et du blood-patch épidual. L'apparition secondaire d'un trouble oculomoteur évoque le diagnostic et nous amène à réaliser un scanner cérébral en urgence, qui le confirme. L'HSD est une urgence diagnostique et thérapeutique et nécessite une prise en charge spécialisée,

en raison du risque de séquelles neurologiques définitives ou de décès [4]. Ferrari L et al avaient montré que la corticothérapie seule est suffisante pour traiter un HSD minime [4]. Dans notre cas, la corticothérapie à forte dose n'avait aucun effet, sans doute du fait de la grande taille de l'hématome. C'est pourquoi, une craniotomie a été réalisée en urgence pour évacuer et drainer l'hématome.

## CONCLUSION

Une céphalée permanente et persistante au-delà du 5<sup>ème</sup> jour après une rachianesthésie, malgré le traitement conservateur et le blood-patch doit faire penser un HSD. Son diagnostic est évoqué devant cette modification des caractères séméiologiques typiques des céphalées associée à une atteinte des paires crâniens. La tomodensitométrie cérébrale en urgence est suffisante pour confirmer le diagnostic.

## REFERENCES

1. Roos C, Concescu D, Appa Plaza P, Rossignol M, Valade D, Ducros A. Le syndrome post ponction lombaire : revue de la littérature et expérience des urgences céphalées. *Revue Neurologique* 2014;170(6-7):407-15. DOI: 10.1016/j.neurol.2014.02.004.
2. Machurot P, Vergnion M, Fraipont V, Bonhomme V, Damas F. Intracranial subdural hematoma following spinal anesthesia: case report and review of the literature. *Acta Anaesth Belg* 2010;61(2):63-6.
3. Kueper M, Goericke S, Kastrup O. Cerebral venous thrombosis after epidural blood patch: coincidence or causal relation? A case report and review of the literature. *Cephalalgia* 2008;28(7):769-73. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2008.01573.x.
4. Ferrari L, De Sevin F, Vigué JP, Granry JC, Preckel MP. Hématome sous-dural intracrânien après brèche dure-mérienne en obstétrique. *Ann Fr Anesth Réanim* 2001;20(6):563-6.
5. Diemunsch P, Gros H, Schaeffe R. Complications de l'anesthésie péridurale en obstétrique. In: Sfar, Ed. Conférences d'actualisation. 39<sup>ème</sup> Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation. Paris : Elsevier 1997:73-104.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33(9):629-808. DOI: 10.1177/0333102413485658.
7. Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension. *JAMA* 2006;295(19):2286-96. DOI: 10.1001/jama.295.19.2286.
8. Bezov D, Lipton RB, Ashina S. Post-dural puncture headache: part I diagnosis, epidemiology, etiology, and pathophysiology. *Headache* 2010;50(7):1144-52. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2010.01699.x.
9. Mokri B. The Monro-Kellie hypothesis: application in CSF volume depletion. *Neurology* 2001;56(12):1746-8. DOI: 10.1212/wnl.56.12.1746.
10. Turnbull DK, Shepherd DB. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *Br J Anaesth* 2003;91(5):718-29. DOI: 10.1093/bja/aeg231.
11. Bezov D, Ashina S, Lipton R. Post-dural puncture headache. Part II - prevention, management and prognosis. *Headache* 2010;50(9):1482-98. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2010.01758.x.
12. Schlag M, Hopf R, Redl H. Convulsive seizures following subdural application of fibrin sealant containing tranexamic acid in a rat model. *Neurosurgery* 2000;47(6):1463-7. DOI: 10.1097/00006123-200012000-00048.
13. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International classification of headache disorders: 2<sup>nd</sup> edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):9-160.
14. Cantais E, Benhamou D, Petit D, Palmier B. Acute subdural hematoma following spinal anesthesia with a very small spinal needle. *Anesthesiology* 2000;93:1354-5.