



Devenir de l'hématome sous-dural chronique associé à l'alcool :
analyse rétrospective d'une série des cas

Outcome of chronic subdural hematoma associated with alcohol: a retrospective case series analysis

Moussa Diallo¹, André Tokpa², Agaly Hamadassaliha¹, Djéné Kourouma¹, Abdoulaye Diarra¹, Youssouf Sogoba¹, Oumar Diallo³, Drissa Kanikomo¹

Correspondance

Moussa Diallo, MD

Service de neurochirurgie CHU Gabriel Touré de Bamako

Tél +223 99 87 87 03

Courriel : mdiallo5@gmail.com ;

moussa.diallo@fmos.usttb.edu.ml

Summary

Context & objective. Although chronic subdural haematoma (CSDH) associated with alcoholism is relatively common in extreme ages (children and elderly subjects), postoperative data are fragmentary. The aim of the present study was to describe the postoperative outcome of CSDH associated with chronic alcoholism. *Methods.* Retrospective study involved a series of cases with CSDH and chronic alcoholics. Parameters of interest included sociodemographic data, and postoperative outcome (immediate, 1 year and 2 years). *Results.* A total of 11 records of chronic alcoholic CSDH patients were collected. Their mean age was 59 years (all male). The mean duration of the disease was 4 weeks. Three patients were classified as MARKWALDER I and two as MARKWALDER IV. The haematoma was bilateral in 3 cases. Eight patients were operated on under local anaesthesia. Seven patients had an immediate postoperative complication including 4 cases of acute rebleeding. At one-year follow-up, 4 cases of recurrence were recorded. At 2-year follow-up, 5 cases of post-therapeutic sequelae and 3 cases of complete recovery were recorded. *Conclusion.* The management of chronic subdural haematoma in chronic alcoholics is complex. The risks of recurrence and postoperative sequelae are not negligible.

Keywords: chronic alcoholics, subdural hematoma, outcome, management

Received: December 30th, 2020

Accepted: November 4th, 2021

1 Service de neurochirurgie CHU Gabriel Touré, Bamako

2 Service de neurochirurgie CHU de Bouaké

3 Service de neurochirurgie Hôpital du Mali, Bamako

Résumé

Contexte & objectif. Bien que l'hématome sous-dural chronique (HSDC) associé à l'éthylisme soit relativement fréquent dans les âges extrêmes (enfants et sujets âgés), les données post opératoires sont fragmentaires. L'objectif de la présente étude était de décrire le devenir postopératoire de l'HSDC associé à l'éthylisme chronique. *Méthodes.* Etude documentaire a inclus une série des cas porteurs de HSDC et éthyliques chroniques. Les paramètres d'intérêts englobaient les données sociodémographiques, et le devenir post opératoire (immédiat, 1 an et 2 ans). *Résultats.* Au total 11 dossiers des patients HSDC éthyliques chroniques étaient colligés. Leur âge moyen était de 59 ans (tous de sexe masculin). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 4 semaines. Trois patients étaient classés MARKWALDER I et deux patients MARKWALDER IV. L'hématome était bilatéral dans 3 cas. Huit patients ont été opérés sous anesthésie locale. Sept patients avaient présenté une complication postopératoire immédiate dont 4 cas de re saignement aigu. A un an d'évolution, 4 cas de récurrence ont été enregistrés. A 2 ans de suivi, 5 cas de séquelles post thérapeutiques et 3 cas de guérison complète ; ont été enregistrés. *Conclusion.* La gestion de l'hématome sous dural chronique de l'éthylisme chronique est complexe. Les risques de récurrence et de séquelles postopératoires ne sont pas négligeables.

Mots-clés : éthylisme chronique, devenir, hématome sous dural, prise en charge

<https://dx.doi.org/10.4314/aam.v15i1.7>

Reçu le 30 décembre 2020

Accepté le 4 novembre 2021

Introduction

L'hématome sous-dural chronique (HSDC) est l'un des types d'hémorragies intracrâniennes les plus rencontrés. Il survient aux âges extrêmes de la vie (les nourrissons et les sujets âgés). Il est provoqué par une rupture des veines cortico-sous durales. Celle-ci est due principalement à un traumatisme crânien parfois mineur (1). L'étiologie traumatique a été largement rapportée dans la littérature comme facteur étiologique de l'HSDC. L'éthylisme figure également parmi les causes, mais il reste très peu décrit.

En effet, elles sont rares les études portant sur la contribution de l'alcool dans la genèse de l'HSDC. De plus, les données postopératoires de l'HSDC associé à l'alcoolisme chronique sont très peu documentées. L'objectif de ce travail a été donc, de décrire le devenir post opératoire de l'hématome sous dural chronique, chez un patient éthylique chronique.

Méthodes

Nature, cadre et période de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive incluant les dossiers des patients opérés pour HSDC dans trois structures sanitaires à Bamako (le CHU Gabriel Touré, la Polyclinique de l'Amitié et la Clinique Eden), entre avril 2014 et décembre 2016.

Population d'étude et critères de sélection

Elle avait concerné tous les patients éthyliques chroniques opérés d'HSDC symptomatiques. Etaient éligibles, tous les dossiers des patients connus éthyliques avec hématome sousdural chronique traité chirurgicalement ; et ayant réalisé une tomodensitométrie (TDM) cérébrale de diagnostic et de contrôle post opératoire. Tous les patients devraient être suivi pendant au moins 2 ans.

Les critères de non inclusion comprenaient ce qui suit : les hématomes de découverte fortuite, les hématomes sous duraux aigus et subaiguës, les localisations de la fosse crânienne postérieure ou inter hémisphérique cérébral, la prise des anticoagulants ou antiagrégant plaquettaire, les antécédents de troubles mnésiques ou psychiatriques et le traitement médical (non chirurgical).

Paramètres d'intérêts

Les paramètres d'intérêts englobaient l'âge, le sexe, les antécédents, le tableau clinique, l'aspect radiologique (TDM), l'évolution postopératoire et le suivi des patients.

Définitions opérationnelles

Les définitions suivantes ont été utilisées dans la présente étude.

- Ethylisme chronique : une consommation répétée d'alcool à faible dose ou à dose modérée sur une période de plus de 2 ans.

- Hématome sous-dural chronique : une collection de sang vieilli (au-delà de 21 jours) dans l'espace situé entre la dure-mère et l'arachnoïde au niveau intracrânien.
- Le score de notation de MARKWALDER : un score pronostique de l'HSDC reparti en 5 grades comme suit.
 - Le grade 0 : patient asymptomatique
 - Le grade 1 : trouble léger sans déficit moteur
 - Le grade 2 : troubles modérés à type de somnolence et de parésie
 - Le grade 3 : stupeur et de déficit neurologique majeur à type d'hémiplégie
 - Le grade 4 : altération de l'état de la conscience (coma) avec majoration de tableau neurologique (décortication décérébration).

Analyse statistique

Les données ont été saisies et traitées sur un fichier Excel de Microsoft version 2010. Nous avons recouru essentiellement à l'analyse descriptive des données en recourant essentiellement à la moyenne.

Considérations éthiques

Les données ont été traitées dans l'anonymat et la confidentialité.

Résultats

Entre avril 2014 et décembre 2016, cent soixante-sept patients ont été traités d'hématome sousdural chronique. La chirurgie avait été réalisée chez 101 patients parmi lesquels 11 (14,9%) étaient éthyliques chroniques. Il s'agissait exclusivement de patients de sexe masculin, âgés en moyenne de 59 ans (extrêmes 53 et 76 ans) avec une durée moyenne de consommation d'alcool de 21,2 ans (extrêmes 10 et 33 ans). Concernant les antécédents, 4 patients étaient hypertendus et traités par des antihypertenseurs non diurétiques ; deux patients souffraient de gonalgie suivie en rhumatologie. La goutte et la colopathie fonctionnelle avaient concerné chacune un patient. Au plan clinique, un déficit neurologique focal a été rencontré chez 8 patients. Il s'agissait d'une hémiparésie (6 cas) et de monoparésie (2 cas). Cinq patients

présentaient un trouble du langage. Les céphalées d'intensité croissante ont été retrouvées chez 4 patients. Trois patients avaient présenté une confusion mentale. Les troubles mnésiques et le coma avaient concerné 2 cas chacun. Le tableau 1 détaille l'essentiel de la

symptomatologie clinique de nos patients. A l'issu de l'évaluation clinique, les patients ont été regroupés selon la classification de MARKWALDER. Trois patients étaient classés MARKWALDER I et deux étaient au stade IV de ladite classification.

Tableau 1 : Données cliniques des patients opérés de l'hématome sous-dural chronique associé à l'éthylisme

N°	Age	Sexe	Durée consommation alcool (an)	Durée évolution symptômes (semaine)	Symptômes & signes cliniques	Classification MARKWALDER	Caractéristiques hématome	Type d'anesthésie
1	57	M	14	4	Céphalées monoparésie membre inférieur gauche	I	Pariétal droit Ep: 2,5 cm DVLM: 0,9 mm	Anesthésie locale
2	60	M	11	3	Céphalées Hémi-parésie gauche	I	Fronto-pariétal droit Ep : 2 cm DVLM 1,3 mm	Anesthésie locale
3	61	M	12	3	Céphalées Aphasie	I	Fronto-parieto-temporal gauche Ep: 2,4 cm DVLM: 1,6 mm	Anesthésie locale
4	65	M	10	3	Céphalées Aphasie Hémi-parésie droite	II	Fronto-parieto-temporal gauche Ep: 2,1 cm DVLM: 1,4 mm	Anesthésie locale
5	66	M	31	5	Confusion mentale Hémi-parésie droite Chutes à répétition	II	Fronto-parieto-temporal gauche cloisonné Ep: 2 cm DVLM:1,6 mm	Anesthésie locale
6	69	M	33	6	Troubles mnésiques Aphasie Hémi-parésie gauche	II	Fronto-parieto-temporal droit Ep: 2,4 cm DVLM: 1,5mm	Anesthésie locale
7	75	M	21	4	Troubles mnésiques Ralentissement idéatoire Monoparésie crurale gauche	II	Fronto-parieto-temporal droit cloisonné Ep: 2, cm DVLM: 1,6 mm	Anesthésie locale
8	53	M	22	3	Confusion Glasgow 12 Trouble langage Hémi-parésie gauche	III	Bilatéral cloisonnée Ep: D :1,7 cm G :2 cm DVLM:0,6mm D	Anesthésie générale
9	61	M	25	4	Confusion Hémi-parésie droite	III	Fronto-pariétal gauche Ep: 2,4 cm DVLM:0,6 mm	Anesthésie locale
10	73	M	28	4	Coma	IV	Bilatéral Ep: D :1,7 cm G:1,9 cm DVLM:0,4mm D	Anesthésie générale
11	76	M	27	5	Coma	IV	Bilatéral Ep: D :2,1 cm G :1,6 cm DVLM:0,5mm G	Anesthésie générale

cm : centimètre; D : droit ; DVLM : déviation de la ligne médiane; Ep : épaisseur hématome; G : gauche ; mm : millimètre

La TDM cérébrale avait mis en évidence une collection péri cérébrale hypodense faisant évoquer un HSDC. Celle-ci était unilatérale chez 8 patients avec une déviation de ligne médiane (figure 1). En moyenne, l'épaisseur de l'hématome était de 2,21 cm (extrêmes 2 et 2,4 cm) avec une déviation de ligne médiane se situant en moyen à 1,23 mm (extrême 0,4 et 1,6 mm).

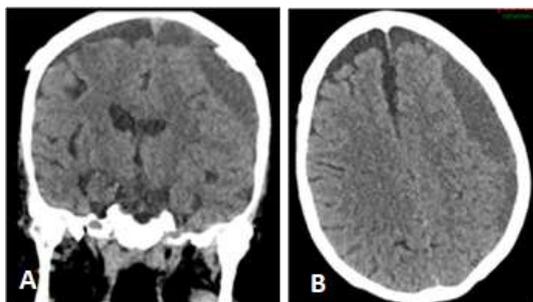


Figure 1. TDM cérébrale sans injection hématome sous dural fronto-pariétal gauche
A. Coupe coronale
B. Coupe axiale

L'hématome était bilatéral chez 3 patients (figure 2) dont deux étaient dans le coma à leur admission à l'hôpital. Il s'agissait d'un hématome cloisonné chez 9 patients.

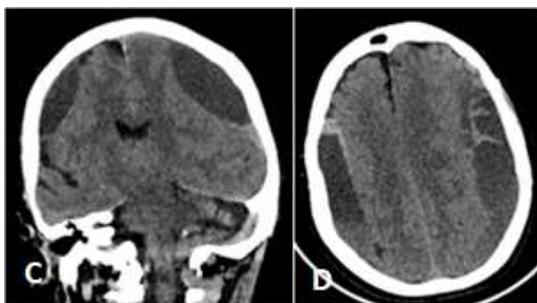


Figure 2. TDM cérébrale sans injection Hématome sous dural fronto-pariétal bilatéral avec cloisonnement
C. Coupe coronale
D. Coupe axiale

Le traitement chirurgical a été réalisé chez tous les 11 patients de la série. Il avait consisté en la réalisation d'un trou de trépan (trépanation), de l'ouverture et de la coagulation de la dure-mère, de l'évacuation de l'hématome puis du rinçage de l'espace sous dural au sérum physiologique et de la mise en place d'un drain en siphonage pendant 48 heures. Cette intervention chirurgicale était réalisée sous anesthésie locale à la Xylocaïne Adréalinée chez 8 patients et sous anesthésie générale dans 3 cas. Sept

patients avaient présenté des complications postopératoires précoces. Il s'agissait de resaignement aigu (Figure 3 E) se manifestant par un ralentissement idéo-moteur et une confusion mentale chez 4 patients ; de pneumocéphalie compressive responsable de crise d'épilepsie chez 2 patients (Figure 3 F); de syndrome de sevrage brutal à l'alcool ayant entraîné le delirium tremens chez un patient.

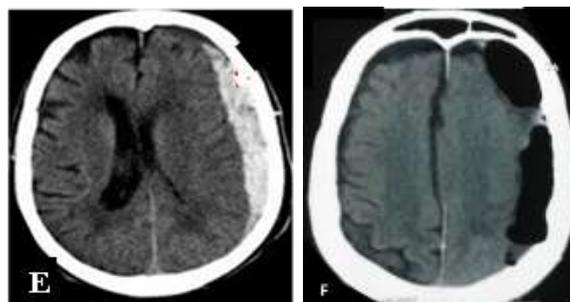


Figure 3. TDM cérébrale sans injection Coupe axiale
E. Hématome sous dural aigu gauche (resaignement)
F. Pneumocéphalie massive gauche

Ces complications avaient nécessité une reprise chirurgicale en urgence sous anesthésie générale chez les 6 patients. L'évolution ultérieure a été marquée par une seconde récurrence de l'HSDC avant la première année postopératoire chez 4 patients et à 13 mois postopératoires chez un patient. Sur un suivi à 2 ans, 3 patients étaient perdus de vue. Cinq patients avaient présenté une persistance de troubles neurologiques à type d'épilepsie (2 cas) et de déficit moteur (3 cas). Ces derniers étaient repartis en monoparésie crurale (2 cas) et un cas de monoparésie brachiale droite. Les patients épileptiques avaient été mis sous traitement antiépileptique à base de Valproate de sodium. Les 3 cas de déficit moteur résiduel étaient adressés en kinésithérapie motrice pour la rééducation. Face à l'échec de la monothérapie antiépileptique (problème de compliance), les 2 patients épileptiques avaient été adressés à la neurologie. Trois patients de la série étaient complètement guéris sans séquelles. Aucun cas de décès n'avait été enregistré sur un suivi à 2 ans.

Discussion

L'hématome sous-dural chronique est une pathologie qui survient aux âges extrêmes de la vie (les enfants et les sujets âgés). Son incidence augmente avec l'âge, allant de 3,4 / 100 000 personnes par an chez les patients de moins de 65 ans à 58,1 / 100 000 par an pour les personnes de 65 ans et plus (2). Au Mali en 2007, l'HSDC avait représenté 1/5 des lésions retrouvées chez les traumatisés crâniens en neurochirurgie au CHU Gabriel TOURE de Bamako (3). L'âge de survenue de l'affection se situe entre 63 ans (4) et $71,09 \pm 8$ ans (5). Dans notre série des cas, il était de 59 ans. Ce jeune âge pour cette affection dans notre série se traduirait par l'alcoolisme précoce et chronique. La durée moyenne de consommation d'alcool chez nos patients était de 21 ans. L'augmentation de la consommation d'alcool dans le continent ne date pas d'aujourd'hui. Elle aurait commencé à l'ère de la décolonisation avec l'installation de brasseries et de distilleries dans les années 60. La production de bière en Afrique a augmenté de plus de 400 % entre 1960 et 1980 tandis que la consommation augmentait de 250 à 1000 % selon les pays (5). Face à cette situation, l'Afrique reste le continent le plus touché du fait de la précocité de l'âge d'initiation des jeunes à l'alcoolisme (6). Certaines régions de l'OMS se sont penchées sur ce problème en adoptant des résolutions et en élaborant des politiques et des stratégies visant à lutter contre la consommation d'alcool afin de réduire ses conséquences sur la santé des populations (6). Au Mali, l'influence de la religion et les pressions sociales font que la question de la consommation d'alcool reste un sujet tabou. Mais ceux-ci n'ont guère freiné la consommation qui serait en nette croissance. En général, elle est découverte lors des soins médicaux pour une pathologie autre. Il est admis que la consommation chronique d'alcool entraîne une atrophie précoce et une déshydratation du cerveau. Celles-ci auront pour résultat un décollement et un élargissement de l'espace sous dural qui vont mettre en tension les veines cortico-sous durales. Tout en étant vasodilatateur, l'alcool à long terme entrainerait

une rigidité des vaisseaux cérébraux de petit calibre ; ce qui les rendrait fragiles. De ce fait, ils peuvent se rompre lors d'un banal traumatisme crânien le plus souvent bénin parfois même méconnu par le patient. Ces traumatismes crâniens minimes surviennent les plus souvent lors des chutes à répétition en état d'ivresse des patients. L'importance du décollement cérébral est proportionnelle à la durée de la consommation d'alcool. Plus le décollement est large, plus l'installation des signes cliniques est tardif (tableau 1). Il n'y a pas de signes cliniques spécifiques de l'HSDC. Ils sont parfois confondus avec le comportement du patient dans son état d'ivresse. Les tableaux de confusion mentale et de trouble du langage sont le plus souvent pris à tort comme étant les manifestations de l'état d'ivresse chez les patients alcooliques. Ceci pourrait retarder la prise en charge de la maladie. Cinq des nos onze patients étaient admis aux urgences avec une altération de l'état de la conscience dont deux cas de coma.

La gestion thérapeutique de l'HSDC du patient éthylique chronique est complexe. L'hospitalisation constitue une première contrainte. Ces patients présentent un risque de développer le délirium tremens (un cas dans notre série). Le risque de récurrence aiguë de l'hématome n'est pas non plus négligeable. La fragilité vasculaire cérébrale induite par l'alcool y serait pour quelque chose. Selon Mori *et al.* (8), la plupart de ces récurrences ont eu lieu seulement quelques semaines après le premier HSDC (8). Ce resaignement aigu peut engager le pronostic vital ; il avait concerné 4 patients dans notre série. Pour les survivants, il augmente le risque de séquelles liées à la maladie. Dans la première année d'évolution, le risque de récurrence postopératoire se situe autour de 17,7 % (IC de 95 %) (9). Après la première année, ce risque de récurrence serait 2,7 fois plus élevé chez les patients souffrant d'une dépendance à l'alcool (9). Des auteurs stipulent que la réaction inflammatoire massive de l'espace sous dural augmenterait le risque de saignement à long terme même après une chirurgie mini-invasive avec un trou de trépan (10) comme c'est le cas

dans notre étude. Malgré tout, la chirurgie reste le traitement de choix de l'HSDC symptomatique. Un traitement conservateur avec utilisation de corticoïdes pourrait soulever d'autres problèmes notamment ceux liés à la mauvaise observance et l'interaction entre les corticostéroïdes et l'alcool. L'éthylisme constitue le plus souvent un facteur de mauvais pronostic dans la prise en charge de l'HSDC (11-12). Dans notre étude, 5 des 11 patients avaient gardé des séquelles neurologiques, 2 ans après leur prise en charge thérapeutique.

Limites et forces du travail

Les faiblesses de ce travail sont la petite taille de son échantillon et la durée de suivi n'ayant pas excédé deux ans. Cependant, cette étude regorge des points forts. Premier du genre en Afrique subsaharienne, cette étude pourra servir de base pour d'autres avec des échantillons beaucoup plus étoffés. Elle a permis de constater que l'HSDC peut survenir chez les sujets jeunes ; que son épaisseur est plus grande et que le risque de resaignement est important.

Conclusion

La gestion de l'hématome sous-dural chronique du patient éthylique chronique n'est pas chose facile. Elle est associée à un risque élevé de complications et de séquelles. La rigueur dans le suivi et la bonne observance thérapeutique permettent de déceler précocement les anomalies et de les prendre en charge rapidement.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour cet article.

Contribution des auteurs

Diallo Moussa : initiateur du travail et rédaction

Tokpa André : recherche bibliographique

Hamadassaliha Agaly: relecture et correction

Kourouma Djéné : correctrice

Diarra Abdoulaye : correcteur

Sogoba Youssouf : correcteur

Diallo Oumar : planification et orientation

Kanikomo Drissa : correcteur

Références

1. Kageyama H, Toyooka T, Tsuzuki N, Oka K: Nonsurgical treatment of chronic subdural hematoma with tranexamic acid. *J Neurosurg* 2013; **119**: 332-337.
2. Asghar M, Adhiyaman V, Greenway MW, Bhowmick BK, Bates A. Chronic subdural haematoma in the elderly a North Wales experience. *J R Soc Med* 2002; **95** :290-292.
3. Hernandez Av, Keita M, Coulibaly T, Tena S, Touré AA, Ag Mohaned A. Traumatisme crânien : quelle prise en charge dans un milieu neurochirurgical sous-équipé ? Cas de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako-Mali. *Médecine d'Afrique Noire* 2007 ; **5402**:73-77.
4. Diallo M, Traoré Y, Sogoba Y, Kourouma D, Kanikomo D. Drainage de l'hématome sous dural chronique par la sonde de Foley à propos d'une série de 74 cas : notre expérience. *JNNP* 2019; **2** (19) :66-70.
5. Bah AB, Souaré IS, Diawara S, Boubane D, Saran KO. Surgical treatment of chronic subdural hematoma in Guinea: Analysis of 22 cases at the Kipe hospital of Conakry. *Neurochirurgie* 2019; **65** (2-3): 83-88.
6. Smith r. Alcohol in the third world: a chance to avoid miserable traps. *Br. Med. J.* 1982, **284**. 183-185.
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Consommation d'alcool-des-différents-pays. Disponible sur [https //www.conseil.psy.fr/index.php/addictions/920consulté le 21/11/2019](https://www.conseil.psy.fr/index.php/addictions/920consulté le 21/11/2019).
8. Mori K, Maeda M. Surgical treatment of chronic subdural hematoma in 500 consecutive cases: clinical characteristics, surgical outcome, complications, and recurrence rate. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2001; **41** (8):371–381.
9. Schmidt L, Gørtz S, Wohlfahrt J, Melbye M, Munch TN. Recurrence of Subdural Haematoma in a Population-Based Cohort – Risks and Predictive Factors. *PLOS ONE* 2015 ; **10** (10): e0140450.
10. Hong HJ, Kim YJ, Yi HJ, Ko Y, Oh SJ, Kim JM. Role of angiogenic growth factors and inflammatory cytokine on recurrence of chronic subdural hematoma. *Surg Neurol* 2009; **71** (2):161–165. pmid:18423527.
11. Destandau J, Dartigues JF, Cohandon F. Hématome sous dural chronique de l'adulte: facteurs pronostiques de la chirurgie à propos de 100 cas. *Neurochirurgie* 1987; **33**: 17-22.
12. Pencalet P. Formes cliniques et facteurs pronostiques de l'hématome sousdural chronique de l'adulte. *Neurochirurgie* 2001; **47**(5): 469-472.

Voici comment citer cet article : Diallo M, Tokpa A, Hamadassaliha A, Kourouma D, Diarra A, Sogoba Y, *et al.* Devenir de l'hématome sousdural chronique associé à l'alcool : analyse rétrospective d'une série des cas. *Ann Afr Med* 2021; **15** (1): e4463-e4468. <https://dx.doi.org/10.4314/aam.v15i1.7>