



## Cas clinique

### Hématome sous dural chronique hémisphérique d'un nouveau-né à terme : à propos d'un cas

Chronic hemispheric subdural hematoma of a term newborn baby: a case report

RG Boukaka Kala\*<sup>1</sup>, L Luopou<sup>2</sup>, PD Bingui Outman<sup>3</sup>, B Diatewa<sup>2</sup>, G Nkounkou<sup>2</sup>, JR Mabilia Babela<sup>4</sup>

#### Résumé

Introduction : l'hématome sous dural chronique (HSDC) est une pathologie rare chez le nouveau-né. Son incidence en République du Congo est méconnue malgré la vulgarisation de l'imagerie cérébrale et l'amélioration du suivi clinique des nouveau-nés. Son traitement est essentiellement chirurgical. Son pronostic est fortement corrélé au délai diagnostique. Nous rapportons un cas d'hématome sous-dural chronique chez un nouveau-né issu d'un accouchement par ventouse, traité chirurgicalement par un trou de trépan élargie.

Conclusion : Une imagerie cérébrale doit être systématique chez les enfants nés par ventouse. L'amélioration du dépistage des lésions cérébrales post traumatiques de l'accouchement permettrait une prise en charge précoce.

Mots-clés : hématome sous dural, chronique, nouveau-né, Blanche Gomes, Brazzaville.

#### Abstract

Background: Chronic subdural hematoma is a rare disease in newborns. Its incidence in the Republic of Congo is poorly understood despite the popularization

of brain imaging and improved clinical monitoring of newborns.

Clinical case: We report a case of chronic subdural hematoma in a newborn baby resulting from a vacuum delivery, surgically treated with a single enlarged trephine hole.

Conclusion: Brain imaging should be systematic in children born by suction cups. Improving screening for post-traumatic brain injuries during childbirth would allow early treatment.

Keywords: subdural hematoma, newborn, Blanche Gomes, Brazzaville.

#### Introduction

L'hématome sous-dural chronique (HSDC) est une pathologie fréquente chez l'adulte (1). Cependant, il est rare chez le nouveau-né (2). Son pronostic est aggravé par le retard diagnostique et thérapeutique (1). Malgré la disponibilité et la vulgarisation de la neuro-imagerie en République du Congo et la connaissance des facteurs de survenue, son diagnostic précoce reste un défi pour les cliniciens. Quand il est diagnostiqué

tardivement, il pose parfois un problème étiologique. En Afrique sub-saharienne, plus particulièrement au Congo, les études sur les HSDC du nouveau-né sont rares. Nous rapportons un cas d'hématome sous-dural chronique hémisphérique gauche chez un nouveau-né extrait à la naissance avec une ventouse, traité par une craniotomie avec un seul trou de trépan élargie dont le but d'avoir un suivi rigoureux des nouveau-nés issus des accouchements dystociques nécessitant l'utilisation des manœuvres instrumentales.

**Cas clinique**

Il s'est agi d'un nouveau-né de deux semaines de sexe masculin, de parents non consanguins et non hémophiles et issu d'une grossesse qualitativement bien suivie. Il est né d'un accouchement dystocique par voie basse avec extraction par une ventouse obstétricale, le tout évoluant dans un contexte d'asphyxie fœtale aigüe. Il a eu une mauvaise adaptation à la vie extra utérine avec une cotation d'APGAR à 5 à la première minute, 6 à la cinquième minute et 7 à la dixième minute et un cri retardé nécessitant une réanimation en salle de naissance et un transfert immédiat dans le service de Néonatalogie. A la 24e heure de vie, il a présenté, un état de mal convulsif dans un contexte fébrile. L'examen clinique à l'admission notait une somnolence, une fontanelle antérieure tendue et un

ptosis de l'œil gauche (figure 3a). Le périmètre crânien a augmenté progressivement. Une supplémentation immédiate en facteur VIII avait été instituée. Le bilan biologique (NFS, TP, TCA) réalisé à J1 de vie objectivait une anémie microcytaire à 7,5g/dl nécessitant une transfusion iso groupe iso rhésus. Le dosage des facteurs VIII et V est revenu sans particularité. L'électroencéphalogramme n'a pas pu être réalisé. Le scanner cérébral sans injection de produit de contraste réalisée à J14 de vie a objectivé un HSDC hémisphérique gauche avec engagement sous-falcorien associé à des remaniements hémorragiques (Figure 1).

Le patient a bénéficié d'une trépanation pariétale gauche avec évacuation de l'HSD sous forme de sang lysé. L'évolution post-opératoire a été marquée par une reprise de la motilité spontanée, une fontanelle antérieure normo-tendue avec une régression du ptosis (figure 3b).

Le scanner cérébral réalisé à J5 post opératoire a montré la disparition quasi complète de l'hématome (Figure 2). L'enfant est sorti de l'hôpital à J7 post opératoire. Le suivi post hospitalisation a été pluridisciplinaire associant un pédiatre, un neurologue, un ophtalmologue et un neurochirurgien. L'enfant a été revu à 1 mois, à 3 mois, à 6 mois et à 12 mois après la chirurgie et n'a présenté aucune complication.

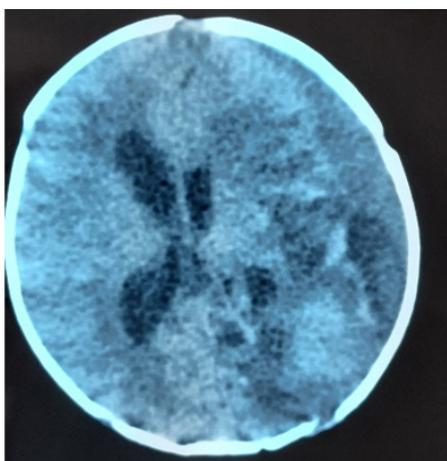


Figure 1 : scanner cérébral sans injection de contraste en coupe axiale montrant une collection sous durale fronto-temporale gauche avec effet de masse sur le ventricule homolatéral avec des remaniements hémorragiques.



Figure 2 : scanner cérébral de contrôle sans injection à J5 montrant un résidu d'une collection sous dural frontal gauche avec une diminution importante de l'effet de masse.



Figure 3 : ptosis de l'œil gauche pré opératoire (2a), disparition du ptosis à J1 en post opératoire

## Discussion

L'hématome sous dural (HSD) se définit comme une accumulation de sang dans l'espace situé entre la dure-mère et l'arachnoïde (1). C'est une pathologie des sujets âgés, extrêmement rare chez le nouveau-né (2,3). Au Congo, l'incidence réelle récente d'HSDC du nouveau-né en dehors d'un contexte de traumatisme obstétrical est peu connu, car tous les nouveau-nés issus d'un accouchement dystocique n'ont pas de tomodensitométrie ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale. La fréquence réelle de cette pathologie dépend de la minutie avec lequel on le cherche (4).

La présentation clinique n'est pas spécifique (4,8). Cependant, l'augmentation rapide du périmètre crânien (PC) associée aux troubles de la conscience a orienté vers une imagerie cérébrale. La surveillance journalière du PC doit faire partie de l'examen systématique du nouveau-né. L'anamnèse a une importance majeure dans la suspicion du diagnostic. Il est primordial de rechercher l'utilisation des manœuvres traumatisantes, la durée du travail et le type de présentation.

L'échographie transfontanellaire (ETF) est l'examen de 1<sup>er</sup> intention chez le nouveau-né en cas de suspicion d'une lésion cérébrale. Cependant, elle n'est pas un examen de routine dans le suivi des nouveau-nés après accouchement dystocique dans notre contexte. Elle est limitée devant une symptomatologie clinique franche. De plus, l'ETF est à haut risque de faux négatifs dans l'exploration de l'espace sous dural cérébral. La réalisation d'une

ETF chez les enfants nés par ventouse devrait être systématique. Le scanner cérébral reste le meilleur examen pour le diagnostic positif (2) en particulier dans notre contexte. Il doit être systématique chez le nouveau-né en cas d'apparition de troubles de la conscience. L'IRM reste indiquée en cas de doute diagnostique. Les HSD liés à la naissance se situent sur les convexités cérébrales et exercent souvent un effet de masse contrairement aux HSD infligés qui sont le plus souvent observés dans la fissure interhémisphérique postérieure, la fosse postérieure sans effet de masse.

L'étiologie reste la principale problématique. En dehors du syndrome de Silverman, l'HSD néonatal peut se voir en cas d'accouchement par forceps, dystocie et macrocéphalie du nouveau-né (5,8). L'accouchement assisté par ventouse est associé à un risque accru d'hémorragies intracrâniennes néonatales (6). Dans une étude lointaine en République démocratique du Congo, les traumatismes néonataux et post nataux représentaient 8% des causes d'HSD en milieu pédiatrique (4). Devant un traumatisme à la naissance, une étiologie traumatique n'est presque pas discutable (8). Les lésions sous-durales survenant lors d'un accouchement ne sont pas liées à des impacts, mais correspondent à ces phénomènes de compressions statiques. Cependant, devant une fièvre persistante une étiologie infectieuse n'est pas à exclure. Le facteur de risque principal chez l'enfant est l'existence d'une coagulopathie. Dans notre cas, le bilan de la coagulation était normal.

L'enfant était hospitalisé en réanimation. L'HSDC est une urgence neurochirurgicale (1). L'indication d'une dérivation sous duro péritonéal versus dérivation externe avait été posée. De nombreux auteurs rapportent une prise en charge par une dérivation ventriculo-péritonéale (7). Une évacuation chirurgicale de l'hématome a été indiquée en 1<sup>er</sup> abord devant l'engagement sous falcoriel au scanner, argumenté par le syndrome d'hypertension intracrânienne, les crises convulsives et les troubles de la conscience. Nous avons opté pour l'évacuation de l'hématome sous dural par trou de trépan devant le discret tableau

infectieux. L'évacuation a objectivé du sang noirâtre. Un scanner cérébral de contrôle est envisagé dans les 48h après la chirurgie. Dans notre contexte, il a été réalisé à J5 faute de moyens financiers montrant un HSD résiduel. L'EEG est préconisé dans les 3 premiers mois. Les examens cliniques et scannographiques après une année étaient normaux. L'évolution neurologique a été très satisfaisante. Aucun handicap moteur n'a été observé jusqu'à 12 mois. La prévention de la survenue de l'HSDC du nouveau-né est primordiale. Elle concerne de nombreux professionnels en ante, en per et en postnatal. Le patient a été suivi de manière pluridisciplinaire.

### Conclusion

Une imagerie cérébrale doit être systématique chez les nouveau-nés extraits par ventouse dans le 1er mois de vie. Elle permettrait de faire un bilan lésionnel cérébral systématique et de connaître l'incidence de cette pathologie dans notre contexte. Le traitement est chirurgical et la prévention reste la meilleure solution.

### \*Correspondance

Rel Gerald Boukaka Kala

[rel\\_boukaka@yahoo.fr](mailto:rel_boukaka@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 04 Janvier 2024

- 1 : Service de Chirurgie pédiatrique, hôpital spécialisé Mère-Enfant Blanche Gomes (HSMEBG), Brazzaville - République du Congo.
- 2 : Service de Néonatalogie, hôpital spécialisé Femme-Mère-Enfant (HSMEBG)
- 3 : Service de pédiatrie, Hôpital spécialisé Mère-Enfant Blanche Gomes (HSMEBG), Brazzaville - République du Congo.
- 4 : Faculté des Sciences de la Santé Université Marien Ngouabi

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

**Conflit d'intérêt** : Aucun

### Références

- [1] Ekouele Mbaki HB, Boukassa L, Ngackosso OB, Otiobanda GF, Matali E, Moyikoua R, Ossou-Nguiet PM ; Hématomes sous duraux chroniques : prise en charge au CHU de Brazzaville ; Ann. Univ. M. NGOUABI, 2016 ; 16 (1)
- [2] A.Ben Nsir, S.Khalifaoui, M.Zemmali, C.Gannouni, M.Darmoul, N.Hattab ; Hématomes sous-duraux chroniques de l'enfant ; Neurochirurgie Volume 60, Issue 6, December 2014, Page 356
- [3] J.S Bemora, WF Rakotondraibe, JG Raelison, W Ratovondrainy, C Andriamamonjy. Anesthesia for chronic subdural hematoma surgery observed at the the Joseph Ravoahangy Andrianavalona Academic Medical Center, Antananarivo; Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol. 2019 (Janvier-Juin);11(1) : 22-23
- [4] N. Ntihinurwa, D.Sakho, K.Mbuyu et U.OManga ; Epanchement sous dural de l'enfant. Analyse de 60 cas observés dans un service de pédiatrie générale à Kinshasa. Ann. Soc. Belge Med. Trop, 1979,59, 141-153
- [5] Kemp AM, Jaspán T, Griffiths J, Stoodley N, Mann MK, Tempest V, Maguire SA. Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish abusive from non-abusive head trauma? A systematic review. Arch Dis of child. 2011;96(12):1103–1112. [PubMed] [Google Scholar]
- [6] Cecilia Ekéus, Ulf Högberg, Mikael Norman; Vacuum assisted birth and risk for cerebral complications in term newborn infants: a population-based cohort study ; BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Jan 20;14:36. doi: 10.1186/1471-2393-14-36.
- [7] Patrick Pisani, Les hématomes sous-duraux

chroniques du nourrisson : à propos de 102 cas traités par dérivations sous-duro-péritoneales, thèse de Médecine soutenue à Lyon

- [8] M. J. Rougerie, L'hématome sous-dural chronique du nourrisson. Etude clinique et bases thérapeutiques ; *Minim Invasive Neurosurg* 1958; 1(1): 109-112 DOI: 10.1055/s-0028-1095519
- [9] Castanier, J., & Cadre, M. (1949). Un Cas d'hématome Sous-Dural Du nouveau-né. *Pédiatrie*, 4(7), 707-710.
- [10] Peyre, M., Di Rocco, F., Roujeau, T., Meyer, P., Rotschild, C., & Zerah, M. (2006). Traitement conservateur des hématomes sous-duraux chez le nouveau-né hémophile: à propos de 2 cas. *Neurochirurgie*, 52(5), 497.
- [11] Blauwblomme, T., Boddaert, N., Bourgeois, M., Di Rocco, F., Puget, S., Zerah, M., & Sainte-Rose, C. (2011). Hématomes sous-duraux de fosse postérieure du nouveau-né. *Neurochirurgie*, 57(4-6), 264-265.
- [12] AIT Benali, S., Ibahioin, K., Hilmani, S., Lakhdar, A., Naja, A., Choukri, M., ... & Boucetta, M. (1999). Traumatisme crânien obstétrical sévère: A propos de 2 observations. *Revue maghrébine de pédiatrie*, 9(4), 217-221.
- [13] Hezzeddine, N, bednarek, B, leroux, P, Morville  
Fossa posterior hemorrhage in newborns following vacuum extractor delivery. *Archives de Pédiatrie* Volume 8, Issue 7, July 2001, Pages 694-699

**Pour citer cet article :**

RG Boukaka Kala, L Luopou, PD Bingui Outman, B Diatewa, G Nkounkou, JR Mabilia Babela. Hématome sous dural chronique hémisphérique d'un nouveau-né à terme : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2024; 8(1): 24-28