

Hôpitaux Albert Chenevier,
Georges Clémenceau, Dupuytren,
Emile Roux, Henri Mondor

Hôpital Henri MONDOR

1 rue Gustave EIFFEL 94010 CRETEIL

Pr Stéphane PALFI (PU-PH)
Chef de Service

SERVICE DE NEUROCHIRURGIE

Neurochirurgiens :

Dr Caroline APRA (CCA)
Dr Nouman ALDAHAK (PH)
Dr Tania IDRICEANU (PAA)
Dr Hela KRIMI (PHC)
Dr Amel MARNICHE (PHC)
Dr Anne-Sophie MONTERO (PHC)
Dr Rémi NSEIR (PA)
Dr Lyes RABIA (PHC)
Dr Yann-Suhan SENOVA (MCU-PH)
Dr Sanaa TAZI (PH)

Neurologues :

Dr Jean-Marc GURRUCHAGA (PH)
Dr Yara BEAUGENDRE (PA)
Dr Gilles CAPLAIN

Psychiatre :

Pr Luc MALLET (PU-PH)

Thierry SOULAS

Psychologue Clinicien 01 49 81 42 49

Lou BOREY

Neuropsychologue 01 49 81 22 16

Infirmière 01 49 81 43 29

Secrétariat :

Tel : 01 49 81 22 03

Accueil hospitalisation 01 49 81 22 23

Fax hospitalisation 01 49 81 29 82

Cadre infirmier 01 49 81 22 20

Séraphine NZEYIMANA

Assistante Sociale 01 49 81 22 22

Consultation 01 49 81 22 07

Hôpital de Jour 01 49 81 42 12

Grande Garde 01 49 81 22 15

Fax Grande Garde 01 49 81 42 15

FICHE D'INFORMATION

HEMATOME SOUS-DURAL CHRONIQUE

Madame, Monsieur,

Vous ou l'un de vos proches est pris en charge dans le service de neurochirurgie pour un **hématome sous-dural chronique**. Ce document a pour but de vous apporter des informations sur cette pathologie et son traitement. Les médecins qui vous prennent en charge sont à votre disposition pour compléter ces éléments et répondre à vos questions.

Définition

Il s'agit d'une accumulation de sang dans l'espace sous-dural qui correspond à un espace normalement presque virtuel, entre le cerveau et la dure-mère. La dure-mère est la méninge qui est adhérente au crâne, un tissu relativement épais qui entoure le cerveau. Lors d'un traumatisme parfois mineur, il arrive que de petits vaisseaux reliant le crâne au cerveau et traversant l'espace sous-dural se déchirent et saignent dans cet espace sous-dural.

Causes

Ce type de saignement peut être favorisé par une certaine atrophie cérébrale mais se voit également en l'absence d'atrophie cérébrale. Le traumatisme ne doit pas nécessairement être très important, et il n'est pas rare que l'on n'identifie pas le traumatisme en cause.

Le traitement par des médicaments fluidifiant le sang, comme des anti-agrégants (Aspirine, Asaflow, Plavix, Clopidogrel, Brilique, ...) ou des anticoagulants (Sintrom, Pradaxa, Eliquis, ...), peut favoriser la survenue de ces hématomes. En cas de survenue d'un hématome, les médicaments anti-agrégants ou anticoagulants doivent être interrompus afin de réduire au minimum le risque de récidive. Inévitablement l'interruption de ces traitements augmente le risque cardio-vasculaire.

Manifestations cliniques

Le sang s'accumule insidieusement dans l'espace sous-dural et finit par comprimer le cerveau. Ceci peut résulter en différents types de symptômes :

1. **Symptômes déficitaires** avec survenue d'une faiblesse et paralysie dans un membre (bras ou jambe) et/ou de difficultés d'élocution ou de compréhension, ou une combinaison de ces différents symptômes. Cela peut induire des troubles de la marche et donc un risque plus élevé de chute.
2. **Maux de tête et vertiges.**
3. Plus rarement, il arrive que le sang soit irritatif pour le cerveau et provoque des **crises d'épilepsie**.

Diagnostic

Le diagnostic se fait par scanner cérébral ou, plus rarement, IRM cérébrale. Une fois le diagnostic établi, l'indication de drainage de l'hématome est posée s'il est jugé compressif pour le cerveau. Dans les autres cas, l'hématome peut guérir spontanément, et une surveillance est organisée.

Traitemen

La prise en charge comporte deux parties : **l'évacuation chirurgicale de l'hématome**, réalisée par les neurochirurgiens, et **l'embolisation de l'artère méningée moyenne**, réalisée par les neuroradiologues.

L'opération chirurgicale consiste à drainer l'hématome à travers une incision cutanée et une petite craniotomie (= petite ouverture dans le crâne) à l'endroit le plus épais de l'hématome. Ce dernier est alors vidé et rincé avec du liquide physiologique. Ensuite on place généralement un drain dans l'espace sous-dural qui permet d'évacuer le liquide et le sang vers un sac de collecte externe. L'opération est relativement courte et peut dans certains cas se faire sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale.

En fonction de l'évolution clinique et du résultat du scanner post-opératoire, le drain est ensuite enlevé, généralement autour de 48h. L'ablation se fait dans votre chambre par un chirurgien.

Avant ou après la chirurgie, une **intervention en neuroradiologie** est proposée pour boucher l'artère méningée qui vascularise la dure-mère. L'objectif est de réduire le risque de récidive de l'hématome, qui nécessiterait une réintervention. L'embolisation se fait sous anesthésie générale. Le neuroradiologue introduit le matériel d'embolisation dans l'artère par une ponction au niveau du pli de l'aine ou du poignet.

Après ces interventions, l'hématome n'est jamais totalement drainé, raison pour laquelle un suivi est nécessaire avec un scanner mensuel suivi d'une consultation afin de documenter la résorption du résidu sanguin. Ce suivi sera organisé lors de votre sortie d'hospitalisation.



Avant la chirurgie



Après la chirurgie

Suites post-opératoires possibles

Des complications peuvent survenir sous forme d'hémorragie, infection, épilepsie. Ces types de complication sont rares. Il est rare qu'une complication provoque des déficits neurologiques nouveaux irréversibles.

Le problème le plus fréquent est celui de la récidive du saignement pouvant provenir de la nécessité de réintroduction des médicaments anticoagulants ou anti-agrégants en raison d'une indication cardiaque par exemple. D'autres cas de récidive peuvent être favorisés par une relative atrophie cérébrale. Dans ce cas, une réintervention est parfois nécessaire. L'indication est en général posée après évaluation clinique et paraclinique avec le scanner.