

MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG NGOÀI TỤY TỤ PHÁT: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Vũ^{1,2,✉}, Nguyễn Thị Hương Giang², Hồ Thanh Sơn²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là một bệnh lý hiếm gặp, để lại những di chứng về thần kinh và tỉ lệ tử vong đáng kể nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp nam 77 tuổi đang điều trị nhồi máu não bằng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu được chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy tự phát với biểu hiện đau lưng cấp tính kèm theo yếu hai chi dưới và tiểu tiện không tự chủ. Cộng hưởng từ tiêm thuốc cản quang cho hình ảnh cấu trúc nằm trong ống sống ngang mức L4 đến S1 kích thước 60x12x12mm, tăng tín hiệu trên T1W và T1FS, giảm tín hiệu trên T2W và STIR, sau tiêm không ngấm thuốc theo dõi máu tụ trong ống sống. Bệnh nhân được phẫu thuật mở cung sau giải ép vị trí L4 - L5, mở bao máu tụ, lấy máu tụ, cầm máu điểm chảy và giải phóng các rễ thần kinh. Với việc chẩn đoán và điều trị kịp thời, người bệnh đã phục hồi đáng kể ngay sau phẫu thuật và sau phẫu thuật một tháng.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng tủy tự phát, phẫu thuật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy (MTDMCNT) là một tình trạng hiếm gặp, đặc biệt trong những trường hợp xảy ra tự phát mà chưa rõ nguyên nhân.¹ Nguyên nhân của MTDMCNT có thể do chấn thương, chọc dịch não tủy thất lưng hoặc sau các phẫu thuật cột sống có mở ống sống, ngoài ra có thể gặp MTDMCNT nguyên phát không do chấn thương: liên quan đến các bệnh đông máu hoặc dị tật động tĩnh mạch, cơ chế bệnh sinh của MTDMCNT tự phát phần lớn vẫn chưa rõ ràng. Vỡ mạch máu trong khoang dưới nhện hoặc dưới màng cứng đã được gợi ý như một cơ chế gây bệnh tiềm tàng trong một số trường hợp. Trong khi, một số gợi ý rằng chảy máu bắt nguồn từ các mạch dưới nhện đồng thời bị vỡ vào khoang dưới màng cứng sau khi tăng áp

lực trong ổ bụng hoặc trong lồng ngực, những người khác lại đề xuất một lý thuyết khác cho rằng chảy máu bắt đầu từ chính khoang dưới màng cứng.^{2,3} Tỷ lệ mắc bệnh gần như tương đương giữa nam và nữ đã được mô tả, nhưng do MTDMCNT tự phát hiếm gặp nên tỷ lệ mắc bệnh chính xác vẫn chưa được biết.⁴ Lâm sàng của MTDMCNT đa dạng bởi các triệu chứng chèn ép tủy sống hoặc chèn ép rễ thần kinh tùy thuộc vị trí khối máu tụ gây rối loạn chức năng về vận động, cảm giác hoặc tự chủ. Phương pháp điều trị bao gồm: phẫu thuật giải ép, dẫn lưu qua da hoặc điều trị bảo tồn. Phẫu thuật MTDMCNT được chỉ định trong những trường hợp khiếm khuyết thần kinh mức độ nặng hoặc tiến triển, trong khi các trường hợp tổn thương thần kinh mức độ nhẹ hoặc không tổn thương có thể điều trị bảo tồn. Vì sự hiếm gặp cũng như lâm sàng rất thay đổi khiến cho bệnh nhân thường được chẩn đoán và điều trị muộn. Hiệu quả điều trị phụ thuộc nhiều yếu tố: quá trình diễn tiến của bệnh cũng như mức

Tác giả liên hệ: Nguyễn Vũ

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 23/09/2023

Ngày được chấp nhận: 16/10/2023

độ tiến triển khiếm khuyết chức năng thần kinh, thời gian được chẩn đoán và quá trình điều trị. Chính vì vậy, các báo cáo đều đồng thuận cần nhanh chóng phát hiện, chẩn đoán và điều trị MTDMCNT để tránh những tổn thương vĩnh viễn về thần kinh. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày trường hợp MTDMCNT được chẩn đoán và điều trị phù hợp đem lại hồi phục tốt cho người bệnh. Do ca lâm sàng này hiếm gặp, chúng tôi xem xét các tài liệu hiện có mô tả MTDMCNT tự phát để làm sáng tỏ dịch tễ học, biểu hiện, cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị và kết quả của bệnh lý này.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

1. Quá trình bệnh lí

Bệnh nhân nam 77 tuổi, tiền sử tăng huyết áp - đái tháo đường nhiều năm điều trị thường xuyên, nhồi máu não cách 9 năm di chứng nói khó, hiện tại có sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp, tiểu đường và thuốc chống ngưng tập tiểu cầu hàng ngày. Bệnh nhân khởi phát đau cột sống thắt lưng kèm đau và tê bì 2 chân tăng dần, tiểu tiện khó cách vào viện 3 ngày. Bệnh nhân điều trị thuốc uống tại bệnh viện tuyến cơ sở không thấy tiến triển, đi lại chân yếu hơn, bệnh nhân được chuyển Bệnh viện Đại học Y Hà Nội điều trị tiếp. Khám khi bệnh nhân vào viện cho thấy cơ lực hai chân 4/5, yếu cơ tứ đầu đùi và cơ chày trước hai bên, đau kèm tê bì hai chân vùng mặt trước và mặt ngoài đùi - cẳng chân đến mu bàn chân theo rễ L4 và L5, tiểu không hết bãi, còn phản xạ cơ thắt hậu môn, giảm phản xạ gân cơ tứ đầu đùi hai chân. Cơ lực và cảm giác hai tay bình thường, phản xạ gân xương hai tay bình thường. Bệnh nhân không có tiền sử chấn thương cũng như không có can thiệp phẫu thuật, thủ thuật nào gần đây.

Các kết quả xét nghiệm ban đầu cho thấy: PT 93% (70% - 140%), INR 1,05 (0,8 - 1,2), APTT 26,9 giây, thời gian Thrombin 16,4 giây, tỉ lệ Thrombin bệnh/ chứng 1,03 (0,8 - 1,2),

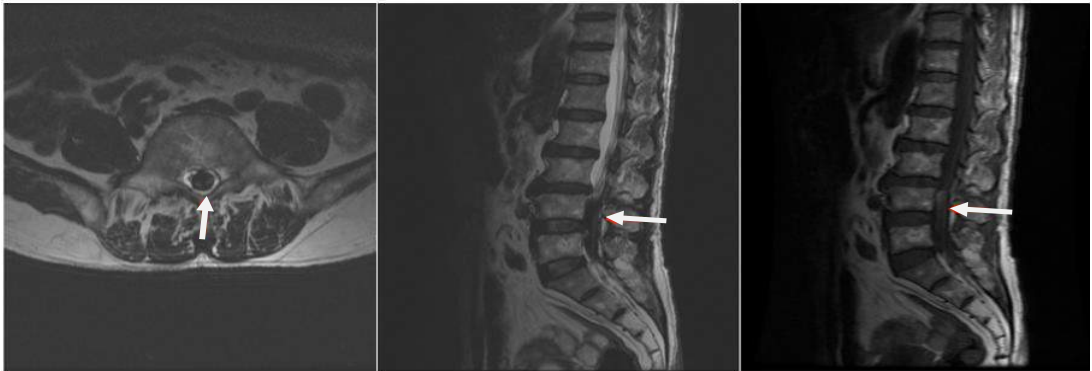
Hemoglobin 146 g/L (125 g/L - 175 g/L), số lượng bạch cầu 6,73 G/L (4 G/L - 10 G/L), số lượng tiểu cầu 300 G/L (150 G/L - 450 G/L). Siêu âm thể tích tồn dư nước tiểu 131ml, kích thước tuyến tiền liệt tương đương 16 gram. Bệnh nhân được thực hiện chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng có tiêm thuốc cản quang. Trên lát cắt sagital, có hình ảnh cấu trúc nằm trong ống sống ngang mức L4 đến S1 kích thước 60x12x12 mm, tăng tín hiệu trên T1W và T1FS, giảm tín hiệu trên T2W và STIR, sau tiêm không ngấm thuốc theo dõi máu tụ trong ống sống. Trên phim chụp cộng hưởng từ, không nghĩ đến các bệnh lý về dị dạng mạch máu tủy hoặc rò động - tĩnh mạch. Hình ảnh tổn thương phù hợp với triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân.

Bệnh nhân được chẩn đoán: máu tụ dưới màng cứng tủy ngang mức L4L5/Tăng huyết áp - đái tháo đường typ II - nhồi máu não cũ - rối loạn đông máu.

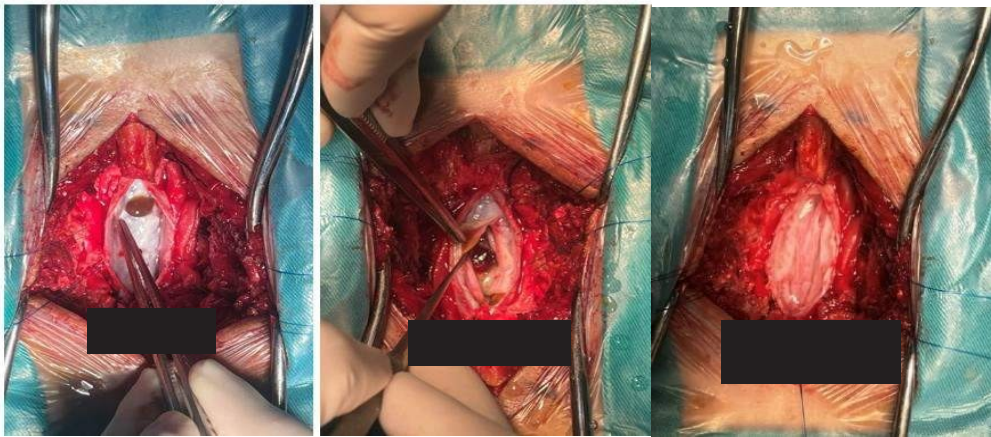
Trên một bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh lý nền kèm theo có sử dụng thuốc chống đông máu, chúng tôi quyết định phẫu thuật có kế hoạch và điều chỉnh đông máu ổn định trước phẫu thuật.

2. Phẫu thuật và kết quả

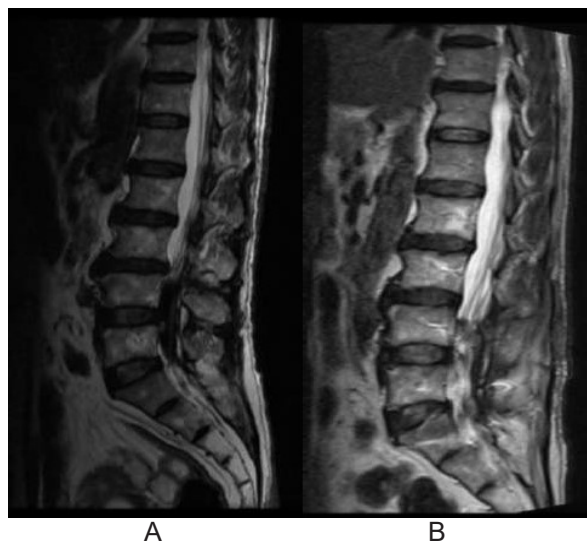
Bệnh nhân được phẫu thuật mở cung sau giải ép vị trí L4 - L5. Sau khi mở màng tủy kiểm tra thấy tổn thương là khối máu tụ có vỏ bao, bên trong có máu tụ đã dịch hóa dạng keo, màu nâu đỏ, chèn ép các rễ thần kinh xung quanh, có điểm chảy máu với nút máu đông mặt trong ống sống, phía trước chùm đuôi ngựa ngang mức đĩa đệm L4L5. Chúng tôi tiến hành mở bao máu tụ, hút máu tụ và cầm máu điểm chảy, giải phóng các rễ thần kinh. Sinh thiết tức thì bệnh phẩm trong mổ cho kết quả: tổ chức tơ huyết hồng cầu thoái hóa. Bệnh nhân ra viện sau phẫu thuật 7 ngày, cơ lực 2 chân 4/5, hết đau tê 2 chân, bệnh nhân có thể tự đi tiểu được. Tái khám sau 4 tuần cơ lực 2 chân cải thiện hoàn toàn.



Hình 1. Hình ảnh cộng hưởng từ cột sống trước mổ của bệnh nhân



Hình 2. Hình ảnh khối máu tụ dưới màng cứng tủy trong mổ và sau khi lấy hết máu tụ



Hình 3. Hình ảnh cộng hưởng từ trước phẫu thuật (A) và sau phẫu thuật (B), khối máu tụ được lấy bỏ

III. BÀN LUẬN

1. Dịch tễ

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy (MTDMCNT) là bệnh lý hiếm gặp, do vậy rất ít các báo cáo đề cập đến vấn đề này. Nguyên nhân của MTDMCNT có thể do các nguyên nhân: chấn thương, sau các phẫu thuật cột sống có mở ống sống, các can thiệp chọc dẫn lưu dịch não tủy thất lưng hoặc do các nguyên nhân không do chấn thương như: các bệnh lý gây rối loạn quá trình đông - cầm máu (Leucemia, Hemophilia, giảm tiểu cầu vô căn, bệnh thận mạn tính, xơ gan...), các bất thường mạch máu trong ống sống (rò động - tĩnh mạch màng cứng, dị dạng động tĩnh mạch...) và các bệnh nhân có điều trị các thuốc chống đông máu.⁵ Domenicucci và cộng sự trình bày một loạt 106 trường hợp MTDMCNT cấp tính không do chấn thương; bài này báo cáo sự phân bố gần như bằng nhau giữa nam và nữ với tỷ lệ lần lượt là 49% và 51%; độ tuổi trung bình là 47,5 tuổi (trong khoảng: 0,5 - 87 tuổi).⁴ Pereira và cộng sự báo cáo 151 trường hợp máu tụ dưới màng cứng tủy tự phát không do chấn thương có 46% số bệnh nhân đang điều trị thuốc chống đông máu hoặc có bệnh lý huyết học gây rối loạn đông máu.⁶ Xét trường hợp 106 ca bệnh MTDMCNT cấp tính không có cơ chế chấn thương, một tỷ lệ lớn các trường hợp có liên quan đến rối loạn chảy máu chiếm 54% và các trường hợp ca bệnh liên quan đến nguyên nhân do điều trị thuốc chống ngưng tập tiểu cầu 14%.⁴ Các rối loạn chảy máu được ghi nhận chủ yếu là những rối loạn làm suy giảm cơ chế cầm máu bao gồm bệnh bạch cầu, bệnh máu khó đông, giảm tiểu cầu, bệnh cryoglobulin máu, xuất huyết tạng và bệnh đa hồng cầu. Mặc dù ít phổ biến hơn, các trường hợp MTDMCNT tự phát đã được báo cáo trong các bệnh lý sau: viêm cột sống dính khớp, lupus ban đỏ hệ thống, loạn sản sợi cơ, xơ nang, bệnh thận đa nang,

suy thận mãn tính, tiêu cơ vân, viêm khớp dạng thấp.⁷⁻¹⁰ Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi đang sử dụng chống đông Plavix hàng ngày, cũng là một yếu tố gây tụ máu dưới màng cứng.

2. Lâm sàng

MTDMCNT thường gặp ở vùng cột sống ngực, biểu hiện bằng triệu chứng đau cấp tính vùng cột sống và đi kèm với các triệu chứng chèn ép tủy sống hoặc chèn ép rễ thần kinh.^{5,6} Domenicucci và cộng sự báo cáo các triệu chứng thường gặp là: yếu vận động 57%, đau cột sống 45%, đau lan theo rễ thần kinh và dị cảm 22%.⁴ Các biểu hiện ít gặp hơn bao gồm các triệu chứng của hội chứng tủy trung tâm, liệt nửa người và khởi phát chỉ đau đầu kèm cứng cổ. Tùy vào vị trí và mức độ của khối máu tụ mà biểu hiện triệu chứng với các mức độ khác nhau từ đau cột sống đơn thuần không có biểu hiện rối loạn cảm giác, vận động đến liệt vận động hoàn toàn tứ chi.^{4,5} Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi gặp MTDMCNT vị trí cột sống thất lưng ngang mức L4L5, bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng phù hợp với vị trí tổn thương, biểu hiện hội chứng đuôi ngựa với chèn ép đa rễ thần kinh, giảm phản xạ gân xương bánh chè cả hai chân và rối loạn tiểu tiện. Giảm phản xạ gân xương ở bệnh nhân này được cho là do khối máu tụ chèn ép nhánh vận động li tâm L4 làm giảm đáp ứng cơ cơ tứ đầu đùi; tổn thương nhánh cảm giác hướng tâm L4 và L5 gây ra triệu chứng đau, tê bì mặt trước - mặt ngoài đùi và cẳng chân.

3. Sinh bệnh học

Cơ chế bệnh sinh của MTDMCNT còn chưa rõ ràng. Không giống với sọ não nguyên nhân máu tụ dưới màng cứng thường do đứt các tĩnh mạch cầu gây ra thì với tủy sống không có nhiều những mạch máu này. Một số tác giả cho rằng nguyên nhân có thể do vỡ các mạch máu nhỏ nằm ngoài màng nhện dọc theo mặt trong ống sống. Một số khác cho rằng vỡ các mạch

máu nhỏ trong khoang dưới nhện khi có sự thay đổi áp suất đột ngột trong lồng ngực hoặc ổ bụng, khi khối lượng máu tụ đủ lớn có thể vỡ ra vào khoang dưới màng cứng.³ Ở bệnh nhân này, chúng tôi tìm thấy một điểm chảy máu đã tụ cầm mặt trong ống sống, phía trước chùm đuôi ngựa ngang mức đĩa đệm L4L5 kèm theo máu tụ đã dịch hóa dạng keo và có bao máu tụ. Theo chúng tôi, hiện tượng chảy máu rỉ giải thích lí do triệu chứng bệnh của bệnh nhân diễn tiến từ từ chứ không rầm rộ, thậm chí chảy máu có thể đã có từ trước khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng.

4. Chẩn đoán

Cộng hưởng từ (MRI) là tiêu chuẩn vàng để

chẩn đoán MTDMCNT cũng như lập kế hoạch phẫu thuật. Đặc điểm trên hình ảnh MRI của máu tụ trong ống sống tùy thuộc vào thời gian xuất hiện và quá trình oxy hóa. Chảy máu tối cấp có đặc điểm đồng/giảm tín hiệu trên xung T1W và tăng tín hiệu trên xung T2W. Chảy máu cấp tính có đặc điểm đồng/ giảm tín hiệu trên xung T1W và giảm tín hiệu trên xung T2W. Chảy máu bán cấp với hình ảnh tăng tín hiệu trên T1W và giảm tín hiệu trên T2W. Chảy máu mạn tính với hình ảnh giảm tín hiệu trên cả T1W và T2W.^{7,11} Ở ca lâm sàng của chúng tôi có đặc điểm của máu tụ dạng bán cấp với hình ảnh tăng tín hiệu trên xung T1W và giảm tín hiệu trên xung T2W, phù hợp với tổn thương trong mô.

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh máu tụ dưới màng cứng tủy ngoài trên cộng hưởng từ¹¹

Giai đoạn	Thời gian	Tín hiệu trên T1	Tín hiệu trên T2
Tối cấp	< 12 giờ	Đồng	Tăng
Cấp tính	1 - 3 ngày	Giảm	Giảm
Bán cấp sớm	3 - 7 ngày	Tăng	Giảm
Bán cấp muộn	1 - 2 tuần	Tăng	Tăng
Mạn tính	> 2 tuần	Giảm	Giảm

Dấu hiệu đặc trưng của MTDMCNT là hình ảnh “chữ Y” hoặc “dấu Mercedes - Benz ngược” trên phim chụp cộng hưởng từ mặt phẳng cắt ngang, được mô tả bởi Kasliwal và cộng sự.¹² Dấu hiệu này là bởi máu tụ bao xung quanh các cấu trúc lót màng nhện ở đây là các dây chằng răng. Dấu hiệu này cũng giúp phân biệt giữa máu tụ ngoài màng cứng và dưới màng cứng tủy sống. Tương tự trên mặt phẳng cắt dọc, khối máu tụ có hình ảnh thấu kính hai mặt lõm, gợi ý bản chất dạng dịch của tổn thương.⁷ Ngoài ra, cần chẩn đoán phân biệt với các tổn thương dạng khối khác như: tụ máu ngoài màng cứng, u mỡ trong ống sống, abscess, các khối u dựa trên đặc điểm hình ảnh và tính chất

ngấm thuốc của tổn thương.

Chụp mạch máu cột sống số hóa là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán các dị dạng mạch máu và thường được sử dụng để tìm nguồn chảy máu. Tuy nhiên, Braun và cộng sự đề nghị thực hiện chụp mạch máu số hóa khi có nghi ngờ về bất thường mạch máu trên cộng hưởng từ vì làm kéo dài quá trình chẩn đoán và điều trị trong các trường hợp bệnh nhân có biểu hiện chèn ép thần kinh cấp tính.¹¹ Ở ca lâm sàng của chúng tôi cộng hưởng từ cột sống không có các dấu hiệu của bất thường mạch máu và biểu hiện lâm sàng không tiến triển cấp tính, vì vậy chúng tôi không sử dụng chụp mạch máu cột sống số hóa.



Hình 4. Dấu hiệu “Mercedes - Benz ngược” trên phim cộng hưởng từ cắt ngang¹³

5. Điều trị

Hiện tại, vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể về điều trị MTDMCNT. Điều trị bảo tồn được ủng hộ với các trường hợp không có triệu chứng chèn ép thần kinh hoặc triệu chứng thần kinh nhẹ. Các trường hợp thiếu hụt thần kinh cấp tính, tổn thương tiến triển hoặc máu tụ tăng lên trong quá trình theo dõi cần điều trị phẫu thuật: mổ cung sau giải ép, lấy máu tụ và dẫn lưu là cần thiết.^{5,14,15} Ở bệnh nhân của chúng tôi có thiếu hụt thần kinh, bệnh nhân đau nhiều ít đáp ứng với các thuốc điều trị do vậy chúng tôi quyết định phương án điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân. Các báo cáo cho thấy phẫu thuật lí tưởng cho các bệnh nhân có hội chứng đuôi ngựa là trong 24h đầu kể từ khi khởi phát triệu chứng, trong khi đó khoảng 48h đầu được đa số các tác giả ủng hộ vì mức độ hồi phục thần kinh tốt sau phẫu thuật. Ở bệnh nhân của chúng tôi diễn tiến lâm sàng tiến triển từ từ kèm theo nguyên nhân khối máu tụ được cho là do bệnh nhân sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu, do vậy chúng tôi thực hiện phẫu thuật sau khi đã truyền tiểu cầu máu và dùng Plavix 3 ngày trước mổ. Theo dõi lâm sàng ngay sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tháng cho kết quả hồi phục thần kinh tốt.

Các báo cáo trước đây đưa ra gợi ý rằng hiệu quả của can thiệp phẫu thuật còn chưa rõ ràng vì một số bệnh nhân liệt hoàn toàn

không có cải thiện về chức năng thần kinh.¹⁵ Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân này là các trường hợp liệt hoàn toàn trong khi nhóm liệt không hoàn toàn có kết quả hồi phục tốt. Bệnh nhân của chúng tôi liệt không hoàn toàn vì vậy đây cũng là một trong những lý do chúng tôi lựa chọn phương án phẫu thuật. Tình trạng không còn chèn ép tủy sống được cho là giúp cải thiện rối loạn tiểu tiện và hồi phục vận động hai chân.

Một trong các yếu tố chính ảnh hưởng đến kết quả hồi phục của bệnh nhân là tình trạng thiếu hụt thần kinh ban đầu. Các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có sự hồi phục thần kinh tốt hoặc hồi phục hoàn toàn chiếm tỉ lệ lớn hơn ở các trường hợp điều trị bảo tồn (86%) so với các trường hợp phẫu thuật (47%), tuy nhiên các trường hợp điều trị bảo tồn thường không có hoặc có thiếu hụt thần kinh mức độ nhẹ điều đó lý giải vì sao nhóm bảo tồn có tỉ lệ hồi phục thần kinh cao hơn.⁵

Ngoài ra, 71% trong số bệnh nhân không có rối loạn đông máu có kết quả hồi phục tốt hơn so với 38% trong số bệnh nhân có rối loạn đông máu kèm theo.⁶ Có thể, đó là một trong những lý do trường hợp của chúng tôi sau phẫu thuật bệnh nhân có cải thiện tốt về cảm giác, chức năng vận động hồi phục lâu hơn.

Mặc dù số lượng bệnh nhân tử vong hoặc để lại di chứng do MTDMCNT có xu hướng giảm trong những năm gần đây, tuy nhiên cần

bệnh này vẫn có tỉ lệ tử vong xấp xỉ 1,3% và tỉ lệ di chứng (suy giảm thần kinh vĩnh viễn) lên đến 28%.⁶ Chẩn đoán sớm bằng cách chụp cộng hưởng từ cột sống và điều trị kịp thời là cách để ngăn ngừa biến chứng và tăng khả năng hồi phục thần kinh cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là một bệnh lý hiếm gặp, nguyên nhân thường gặp liên quan đến chấn thương hoặc các bệnh lý gây rối loạn đông máu, đặc trưng với triệu chứng đau cột sống kèm thiếu hụt thần kinh cấp tính. Cộng hưởng từ cột sống là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, theo dõi điều trị cũng như lập kế hoạch phẫu thuật. Chụp mạch máu cột sống số hóa để xác định nguyên nhân chảy máu liên quan đến các bất thường mạch máu. Phẫu thuật là phương án điều trị khi có tổn thương thần kinh nặng, tiến triển hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa. Kết quả hồi phục phụ thuộc vào tình trạng tổn thương thần kinh ban đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pereira BJA, De Almeida AN, Muio VMF, et al. Predictors of Outcome in Nontraumatic Spontaneous Acute Spinal Subdural Hematoma: Case Report and Literature Review. *World Neurosurgery*. 2016;89:574-577.
2. Kakitsubata Y, Theodorou SJ, Theodorou DJ, et al. Spontaneous spinal subarachnoid hemorrhage associated with subdural hematoma at different spinal levels. *Emerg Radiol*. 2010;17(1):69.
3. Rader JP. Chronic subdural hematoma of the spinal cord: report of a case. *N Engl J Med*. 1955;253(9):374-376.
4. Domenicucci M, Ramieri A, Ciappetta P, et al. Nontraumatic acute spinal subdural hematoma: report of five cases and review of the literature. *J Neurosurg*. 1999;91(1):65-73.
5. Rettenmaier LA, Holland MT, Abel TJ.

Acute, Nontraumatic Spontaneous Spinal Subdural Hematoma: A Case Report and Systematic Review of the Literature. *Case Reports in Neurological Medicine*. 2017;1-12.

6. Pereira BJA, de Almeida AN, Muio VMF, et al. Predictors of Outcome in Nontraumatic Spontaneous Acute Spinal Subdural Hematoma: Case Report and Literature Review. *World Neurosurgery*. 2016;89:574-577.

7. Manish K K, Chandrakant SK, Abhay M N. Spinal Subdural Haematoma. *J Orthop Case Rep*. 2015;5(2):72-74.

8. Hirano K, Tada M, Sasahira N, et al. Incidence of Malignancies in Patients with IgG4-related Disease. *Intern Med*. 2014;53(3):171-176.

9. Zochodne D, Hinton G, Del Maestro R, et al. Intradural spinal hematoma in an infant with cystic fibrosis. *Pediatric Neurology*. 1986;2(5):311-313.

10. Liu CL, Cheng CH, Cho DY. Rhabdomyolysis Accompanied by Spontaneous Spinal Subdural and Subarachnoid Hematoma Related to Amphetamine Abuse. *Spine*. 2010;35(2):E71-E73.

11. Braun P, Kazmi K, Nogués-Meléndez P, et al. MRI findings in spinal subdural and epidural hematomas. *European Journal of Radiology*. 2007;64(1):119-125.

12. Kasliwal MK, Shannon LR, O'Toole JE, et al. Inverted Mercedes Benz sign in lumbar spinal subdural hematoma. *J Emerg Med*. 2014;47(6):692-693.

13. Krishnan P, Banerjee TK. Classical imaging findings in spinal subdural hematoma - "Mercedes-Benz" and "Cap" signs. *British Journal of Neurosurgery*. 2016;30(1):99-100.

14. Yokota K, Kawano O, Kaneyama H, et al. Acute spinal subdural hematoma: A case report of spontaneous recovery from paraplegia. *Medicine*. 2020;99(19):e20032.

15. Thiex R, Thron A, Gilsbach JM, et al.

Functional outcome after surgical treatment of spontaneous and nonspontaneous spinal subdural hematomas. *J Neurosurg Spine.* 2005;3(1):12-16.

Summary

SPINAL SUBDURAL HEMATOMA: A CASE REPORT AND REVIEW

Spinal subdural hematoma (sSDH) is a rare condition, causing neurological sequelae and significant mortality if not diagnosed and treated promptly. In this report, we present a case of a 77-year-old male who was being treated for a stroke with antiplatelet drugs and was diagnosed with idiopathic MTD with symptoms of acute back pain accompanied by weakness in both lower limbs and involuntary urination. Magnetic resonance injection of contrast agent for images of structures located in the spinal canal at the level of L4 to S1, size 60x12x12mm, increased signal on T1W and T1FS, decreased signal on T2W and STIR, no enhancement after injection on follow-up hematoma in the spinal canal. Posterior laminectomy decompresses the L4-L5 position, widely opens the hematoma capsule, drains the hematoma, stops the bleeding point, and releases the nerve roots. With timely diagnosis and treatment, the patient recovered significantly immediately after surgery and one month after surgery.

Keywords: Spinal Subdural Hematoma, sSDH, surgery.