

Syndrome de Claude Bernard Horner et APD

Dr STRASBACH Lucas

Dr AHMED Younes

1^{ier} Cas Clinique

- Il s'agit d'une patiente ASA II, 33 ans, G2P1, à 40SA +1.
- Opérée pour ablation VA et une cure d'hernie discale.
- Asthmatique connue, et une SEP suivi depuis 2017.
- IMG en 2018 pour T21 à 21 SA.
- Un DG non suivi.
- Pas d'allergie connue.

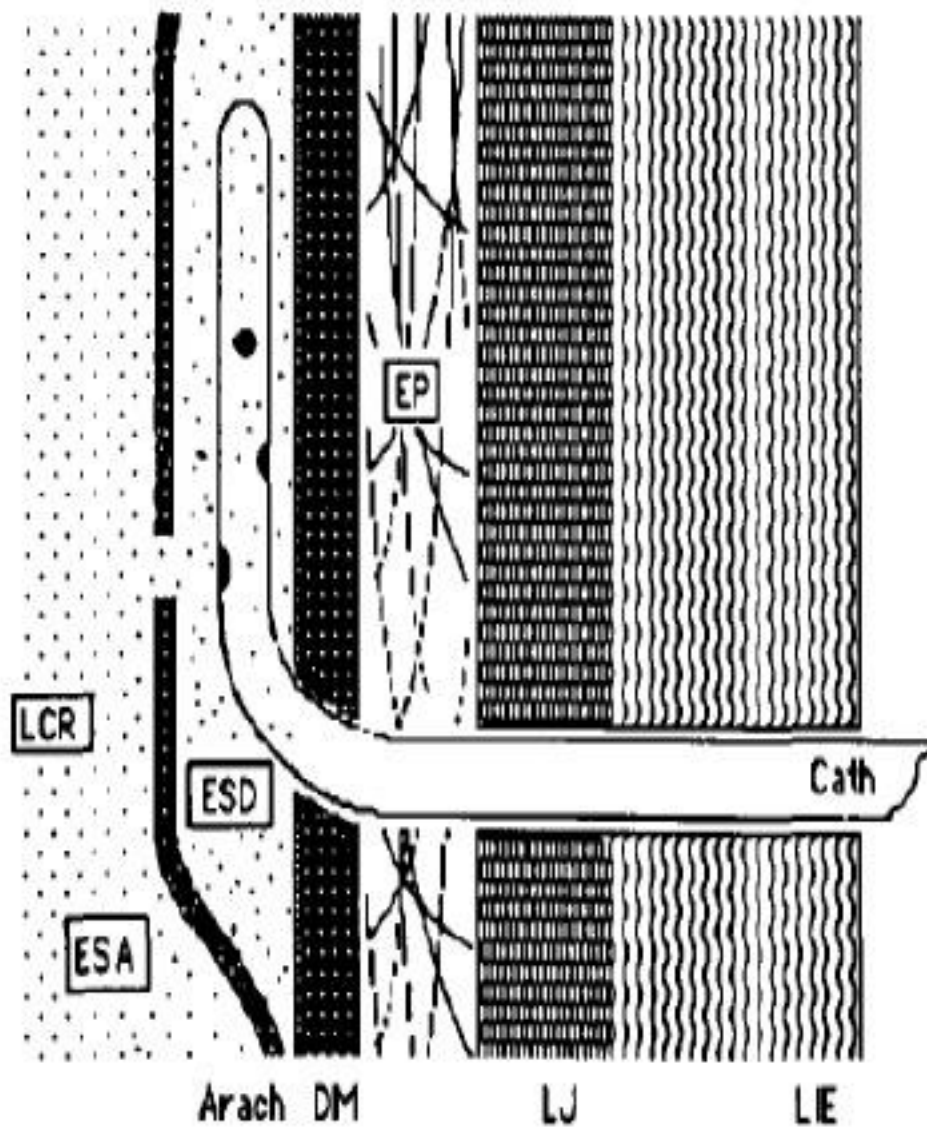
- Pose du KT à L3-L4 sans difficulté technique.
- 5 min après dose test de 3ml avec lidocaïne 1% A : injection d'un bolus de 16 ml de Ropivacaïne 0,1%
- 50 min après : un léger ptosis droit + myosis ipsilatéral, sans déficit moteur. Niveau analgésique T6, symétrique.
- CAT: arrêt PCAE et retrait du KT
- Résolution spontanée des symptômes environ 50 min après.
- La parturiente a accouché 30 min après l'ablation du KT. Pas de souffrance fœtale durant tout le travail et l'accouchement.
- Le lendemain: aucuns symptômes neurologiques, la patiente est sortie à J3 post-partum.

2^{ème} Cas Clinique

- Il s'agit d'une patiente ASA II, 31 ans, G3P2, à terme,
- Sans ATCDs médico-chirurgicaux.
- Pose du KT à L4-L5 sans difficulté technique, espace péridural 5 cm et montée du KT 10 cm
- Après dose test : injection de 16 ml de Ropivacaine 0,1%.
- Une heure après la pose du KT : ptosis, myosis et énoptalmie à droite, sans bloc moteur, niveau analgésique T4. CAT : arrêt de la pompe et surveillance → résolution des signes cliniques 1h30 après l'arrêt de la perfusion.
- La patiente a accouché 2h après l'arrêt de la perfusion.
- Il y a eu une hémorragie de la délivrance où on a utilisé le KT de péridural pour la révision utérine et qui a bien fonctionné.
- La patiente est sortie à J3 post-partum sans signes neurologiques

Introduction:

- Pathologie bénigne, fait suite à une injection accidentelle d'AL dans l'espace sous-dural.
- Clinique:
 - myosis
 - ptosis
 - énophtalmie
 - anhidrose (absence de sudation ipsilatérale) au niveau de la face et/ou cou.
- incidence: 0,13-1,33% chez les parturientes ayant bénéficié d'une APD, mais souvent sous-estimée. Même incidence environ: 1,4% chez les femmes ayant bénéficié d'une APD thoracique pour mastectomie.





Quelques chiffres de la littérature:

- 74% CBH se produit dans l'heure qui suit la dose bolus de AL
- 96% unilatérale
- 71% chez les primipares
- 11% atteinte des paires crâniennes:
 - 88% trijumeau (atteinte sensitivo-moteur ou isolé)
 - 12% trijumeau + hypoglosse
- Autres symptômes:
 - 11% hypoTA
 - 4% flou visuel
 - 22% faiblesse musculaire bras
 - 1,3% douleurs cervicales

Diagnostic:

- Radiographie F + P du rachis après injection de produit de contraste à travers le KT de péri-durale
- IRM médullaire

Recommandations/gestion anesthésique:

- Notification de l'incident indésirable dans le dossier.
- S'assurer du control des VAS, FR, stabilité HMD de la parturiente et le bien-être foetal.
- Injecter le bolus de AL en dehors des contractions.
- Discuter le retrait ou pas du KT si position sous-durale.
- Évaluer TOUJOURS le niveau sensitif de l'APD et rechercher un bloc moteur et/ou paralysie des paires crâniennes.
- La patiente doit être suivi en post-partum pour s'assurer de la résolution complète du syndrome de CBH.
- Si CBH persiste > 24h → avis neurologue + imagerie.

Les questions qui se posent:

- **Ablation du KT ou pas ?**

Si il n'y a pas de bloc moteur, et que la patiente est stable sur la plan HMD, les auteurs préconisent de garder le KT, stopper ou diminuer la vitesse d'administration AL, avec surveillance étroite du niveau analgésique, de la FR et de la présence ou pas d'une extension vers un bloc moteur complet. Le même KT servira éventuellement pour la césarienne si pas de bloc moteur étendu et pas d'aggravation clinique.

- **Faire une épiduralographie ou une IRM médullaire ?**

Pas systématiquement, et peu faisable en pratique, si il y a un bloc moteur franc ou atteinte respiratoires → retrait du KT et surveillance niveau moteur, FR et HMD.