

Hémisyndrome lors d'une péridurale

Suspicion d'accident vasculaire cérébral durant un accouchement

Thaddeus Saucy^a, médecin diplômé; Dr méd. Pablo Mondragon^b^a Service d'anesthésiologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ^b Service d'anesthésiologie, Hôpital cantonal fribourgeois (HFR), Fribourg

Contexte

Le syndrome de Horner (SH) est une complication rare mais décrite des antalgies péridurales pour le travail [1, 2]. Le SH est une manifestation clinique d'un bloc sympathique de la chaîne ganglionnaire cervicale [3]. C'est aussi une présentation clinique des blocs nerveux du plexus brachial ou cervical secondaire à un bloc du ganglion stellaire. La triade classique se compose de miosis, ptose et anhidrose ipsilatérale. Une énophtalmie et une vasodilatation (flush facial, injection conjonctivale et obstruction nasale) peuvent aussi se présenter. L'incidence rapportée du SH lors de l'analgésie péridurale pour le travail de l'accouchement est 0,5% et elle augmente jusqu'à 4% lors de son utilisation en tant qu'anesthésie chirurgicale lors des césariennes [4]. Cela est expliqué par une diffusion céphalique de l'anesthésique local (AL) ou à un placement sous-dural [1–11] du cathéter qui peut mener à une anesthésie en mosaïque.

La revue de la littérature montre qu'une atteinte des nerfs crâniens est possible lors de péridurales posées en obstétrique et le nerf trijumeau est le plus fréquemment atteint [5]. Certains ont aussi reporté de rares atteintes motrices et sensitives des membres supérieurs [6–8]. Ces déficits neurologiques ont une très faible incidence et de ce fait, peu de praticiennes et praticiens y ont été exposés.

Description du cas

Anamnèse, examen clinique, résultats

Une patiente (Gravida 1 / Para 0, indice de masse corporelle [IMC] 32 kg/m²) a été admise pour un accouchement par voie basse provoqué en raison d'un diabète gestationnel insulino-requérant et d'une suspicion de retard de croissance intra-utérin à 38 semaines d'aménorrhée. Cette patiente était connue pour une spina bifida occulta asymptomatique au niveau S1 investiguée par imagerie par résonance magnétique (IRM) et une alpha-thalassémie mineure. La situation avait été discutée avec les responsables de la radiologie et de la chirurgie spinale qui n'avaient pas retenu de contreindication à une péridurale au-dessus du niveau L4–L5. La patiente n'avait jamais eu d'anesthésie neuraxiale et n'avait aucun signe ou symptôme de coagulopathie. L'hémogramme et la crase étaient dans les valeurs physiologiques.

Événements et traitement

La péridurale antalgique a été mise en place dès le début du travail d'accouchement. Une seule ponction a été réalisée en position assise par abord médian au niveau L2–L3 sans complication immédiate. Une aiguille Tuhoy 18 Gauge a été utilisée avec une technique de perte de résistance par sérum physiologique. La dose de test (bupivacaine 0,25%, 3 ml sans

adrénaline) a été asymptomatique et la péridurale a été débutée avec un mélange de bupivacaine 0,125% et fentanyl 2 µg par millilitre selon le schéma local de bolus automatique de 5 ml par heure avec des bolus identiques à la demande, possible aux 20 minutes. L'antalgie a rapidement été efficace sans bloc moteur. Environ une heure plus tard, l'anesthésiste a été appelé suite à l'apparition d'un hémisyndrome sensitif nouveau présent primordialement au niveau de la face puis sur l'entièreté de l'hémicorps droit. La patiente était stable hémodynamiquement et respiratoirement. La perfusion péridurale d'AL a été interrompue puis un test d'aspiration négatif a été effectué. Le neurologue de garde a également relevé un SH non douloureux droit. Une discussion multidisciplinaire a été débutée avec l'équipe d'obstétrique, de neurologie, des soins intensifs et de l'anesthésie. En raison du symptôme d'hémisyndrome sensitif non décrit dans la littérature chez une patiente présentant un risque thromboembolique, il a été décidé de pratiquer une césarienne en urgence et d'investiguer ensuite le système nerveux central et les vaisseaux précérébraux. La césarienne a été effectuée sous péridurale avec adjonction de lidocaïne 2% avec dioxyde de carbone (16 ml) sans complication et avec une excellente anesthésie chirurgicale. Le cathéter péridural a été retiré après la

chirurgie. Une IRM du neurocrâne en urgence a ensuite exclu une atteinte neurologique ou vasculaire et l'évaluation ultrasonographique des vaisseaux pré-cérébraux s'est avérée normale.

Évolution

Dès la fin des investigations, la patiente n'avait plus de symptômes. Le nouveau-né a présenté une adaptation physiologique malgré le retard de croissance intra-utérin. Le reste de l'hospitalisation a été sans particularité et la patiente et son nouveau-né sont retournés à domicile après six jours. La patiente n'a pas présenté de symptômes de brèche durale.

Discussion

Si le SH après péridurale est décrit dans la littérature, l'hémisindrome ne l'est pas. Des atteintes motrices ou sensitives locales ou étendues après perfusion d'anesthésiques locaux par voie péridurale ont été rapportées dans la littérature, en revanche, un hémisindrome sensitif complet n'a encore jamais été décrit à notre connaissance. C'est cette situation clinique unique qui est rapportée. Cela est d'autant plus surprenant au vu des faibles doses d'AL utilisées en obstétrique. Ce symptôme inhabituel et inquiétant chez cette patiente comorbide a pesé dans la décision multidisciplinaire d'une attitude agressive avec réalisation d'une césarienne en urgence. Le but était d'avoir le temps de réaliser un traitement radiologique endovasculaire si celui-ci avait été indiqué. La thrombolyse intravasculaire était contre-indiquée dans cette situation (risque d'hématome périmédullaire).

Le choix d'utiliser la péridurale (parfaitement fonctionnelle) pour l'anesthésie chirurgicale a été fait afin d'éviter une anesthésie générale chez une patiente avec un possible accident vasculaire cérébral, présentant des voies aériennes difficiles (enceinte et obèse) et d'éviter une perte de temps due au retrait du cathéter et à la réalisation d'une rachianesthésie. Cela a aussi permis un suivi neurologique continu durant la prise en charge. Il pourrait être argumenté contre ce choix que l'utilisation de la péridurale augmente la pression intracrânienne [10]. La décision de la technique a donc été prise en balançant les risques et bénéfices chez cette patiente particulière. En raison des résultats paracliniques ainsi que de l'évolution favorable, nous avons conclu en accord avec l'équipe de neurologie, que la symptomatologie était un effet secondaire de l'AL injecté par la péridurale lombaire.

Dans cette situation, nous pouvons supposer que le mécanisme pathophysiologique était une migration céphalique de l'AL. La présence

d'un septum médian dans l'espace péridural pourrait expliquer ces symptômes [9]. Un placement sous-dural du cathéter péridural pourrait aussi être responsable de cette clinique [1–11]. Cela restera inconnu car nous avons finalement renoncé à des investigations radiologiques secondaires en raison de l'évolution favorable de la situation neurologique. La patiente était également connue pour une spina bifida occulta qui n'est pas considérée comme une contre-indication à l'anesthésie neuraxiale, mais qui représente des risques plus importants de brèche durale et d'extension du bloc sensitivo-moteur plus haut qu'attendu [10].

L'essentiel pour la pratique

- Des symptômes neurologiques non attendus peuvent apparaître durant une péridurale obstétricale et sont souvent bénins comme une récente revue le montre [1].
- Il n'y a normalement pas d'atteinte respiratoire ou hémodynamique. Cependant le diagnostic différentiel inclut des pathologies rares mais graves tel que l'accident vasculaire cérébral et la dissection vasculaire.
- Nous n'avons pas trouvé de guidelines à jour concernant la prise en charge du syndrome de Horner (SH) ou d'autres symptômes neurologiques chez les patientes obstétricales durant une anesthésie neuraxiale, mais le SH seul n'est probablement pas une raison d'interrompre le traitement.
- Cependant chaque patiente doit être évaluée cliniquement et le cathéter doit être testé.

Correspondance

Thaddeus Saucy
Service d'anesthésiologie
Centre hospitalier universitaire Vaudois
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
thaddeus.saucy[at]gmail.com

Informed Consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Disclosure Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Chambers DJ, Bhatia K. Horner's syndrome following obstetric neuraxial blockade - a systematic review of the literature. *Int J Obstet Anesth*. 2018;35:75–87.
- 2 Turbelin C, Mallat J. Recurrent Horner's syndrome following epidural analgesia for labor: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(5):e18862.
- 3 Martin TJ. Horner Syndrome: A Clinical Review. *ACS Chem Neurosci*. 2018;9(2):177–86.
- 4 Clayton KC. The incidence of Horner's syndrome during lumbar extradural for elective Caesarean section

and provision of analgesia during labour. *Anaesthesia*. 1983;38(6):583–5.

5 Gazmuri RR, Riche CA, Dagnino JA. Trigeminal nerve block as a complication of epidural anesthesia. *Reg Anesth*. 1992;17(1):50–1.

6 Holzman RS. Unilateral Horner's syndrome and brachial plexus anesthesia during lumbar epidural blockade. *J Clin Anesth*. 2002;14(6):464–6.

7 Jadon A. Horner's syndrome and weakness of upper limb after epidural anaesthesia for caesarean section. *Indian J Anaesth*. 2014;58(4):464–6.

8 Crisóstomo J, Dias C, Pedro D, Pires R, Rocha T. Horner's Syndrome and Upper Limb Paresthesia During Labor Epidural Analgesia: A Case Report. *Cureus*. 2022;14(1):e21388.

9 Tassone RF, Seefelder C, Sethna NF. Unilateral hemiparesis with thoracic epidural in an adolescent. *Case Rep Anesthesiol*. 2012;2012:732584.

10 NYSORA [Internet]. Epidural Anesthesia and Analgesia. 2018 [cited 9 oct 2020]. Available from: <https://www.nysora.com/regional-anesthesia-for-specific-surgical-procedures/abdomen/epidural-anesthesia-analgesia/>

11 Chua KJ, Cernadas M. Atypical presentation of subdural block resulting in Horner's syndrome and loss of consciousness. *BMJ Case Rep*. 2021;14(9):e242622.



Thaddeus Saucy, médecin diplômé
Service d'anesthésiologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne