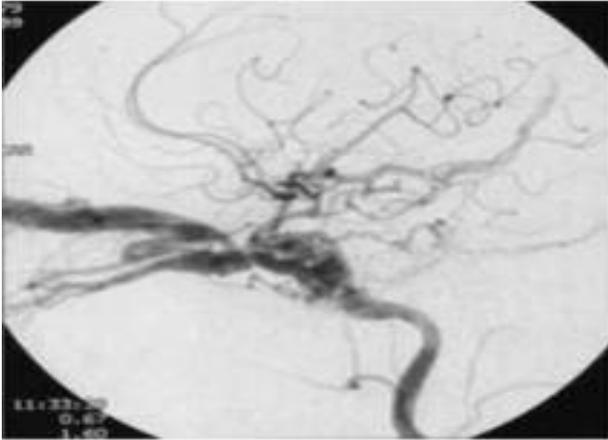


**Figure 4 :** Artériographie cérébrale : fistule durale de la loge caverneuse droite se drainant dans la veine ophtalmique



### Syndrome de Claude-Bernard-Horner suite à un cathétérisme de la veine jugulaire interne chez un nourrisson

Khochtali Sana<sup>1</sup>, Jedidi Lina<sup>1</sup>, Ksia Amine<sup>2</sup>, Khairallah-Ksia Imène<sup>1</sup>, Attia Sonia<sup>1</sup>, Nouri Abdellatif<sup>1</sup>, Khairallah Moncef<sup>1</sup>

1 : Service d'ophtalmologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie  
Faculté de Médecine, Université de Monastir, Monastir, Tunisie

2 : Service de chirurgie pédiatrique, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie  
Faculté de Médecine, Université de Monastir, Monastir, Tunisie

Le syndrome de Claude-Bernard-Horner (SCBH) résulte d'une paralysie de la chaîne sympathique cervicale homolatérale, à destination oculaire et faciale. Il comporte, dans sa forme complète, un ptôsis, un myosis, une pseudo-énophtalmie et une congestion nasale associés à une anhidrose et une rougeur de l'hémiface du côté atteint. La pose d'un cathéter veineux central, par voie percutanée ou chirurgicale, au niveau de la veine jugulaire interne (VJI) peut rarement se compliquer de SCBH, puisque la chaîne sympathique cervicale siège normalement en arrière et en dedans de la VJI au niveau de la gouttière carotidienne.

Cependant, les différentes positions respectives de la tête et du cou peuvent changer ces rapports, en particulier chez l'enfant. Les mécanismes le plus souvent en cause dans la survenue du SCBH après cathétérisme de la VJI, sont un traumatisme direct de la chaîne sympathique cervicale ou du ganglion cervical supérieur, une compression par un hématome du à une ponction accidentelle de la carotide interne, une thrombose veineuse centrale ou une toxicité des anesthésiques locaux [1,2,3].

Nous rapportons un cas de SCBH secondaire à la pose d'un cathéter veineux central, après exposition chirurgicale de la veine jugulaire interne droite, chez un nourrisson de 2 mois.

#### Observation

Un nourrisson de 2 mois a été opéré pour transposition des gros

vaisseaux du cœur. L'intervention a été compliquée quelques jours plus tard d'une ostéite sternale nécessitant la mise en place d'un cathéter veineux central par voie jugulaire interne droite, sous anesthésie générale, en vue d'administrer les antibiotiques. L'enfant a été installé en décubitus dorsal avec un billot sous les épaules, la tête étant tournée du côté opposé.

Une incision cutanée a été faite au niveau du pli cervical inférieur. La VJI a été identifiée et mise sur deux lacs, ensuite une petite veinotomie a été réalisée permettant l'introduction du cathéter. Ce cathéter a été fixé par du vicryl 3/0.

Au réveil, la mère a constaté une chute de la paupière supérieure droite. L'examen ophtalmologique a objectivé un ptôsis droit modéré, une anisocorie avec un myosis droit réactif à la lumière, une légère ascension de la paupière inférieure droite avec pseudo-énophtalmie (Figure 1).

**Figure 1 :** Photographie du nourrisson, montrant un ptôsis droit modéré et un myosis de l'œil droit dans le cadre d'un syndrome de Claude-Bernard-Horner, compliquant un cathétérisme chirurgical de la veine jugulaire interne homolatérale



L'anisocorie était plus importante en ambiance scotopique. Il n'y avait pas d'hétérochromie, pas de trouble oculomoteur, ni d'autre déficit neurologique. Le diagnostic d'un SCBH iatrogène a été posé. Une échographie Doppler des vaisseaux du cou droits n'a pas objectivé d'hématome ni de dissection artérielle. Le mécanisme le plus probable du SCBH serait un traumatisme direct, lors de la chirurgie, du tractus sympathique cervical. L'évolution a été marquée par la régression progressive et spontanée du ptôsis et de l'anisocorie en trois mois (Figure2).

**Figure 2 :** Photographie du nourrisson, trois mois après le cathétérisme de la veine jugulaire interne droite, montrant la régression totale du ptôsis



#### Conclusion

La VJI, et en particulier droite, est considérée comme un site préférentiel de cathétérisme veineux central en raison de la relative facilité d'accès et du taux élevé de succès. Le SCBH est rare après cathétérisme de la VJI, mais l'enfant semble être plus prédisposé à

développer cette complication. Celle-ci peut faire suite à des tentatives percutanées difficiles répétées ou survenir après un cathétérisme réussi apparemment sans incidents. Son installation peut être immédiate ou différée par rapport à la pose du cathéter veineux. Le plus souvent, la symptomatologie régresse en quelques jours à quelques mois, mais peut parfois être irréversible. La pose échoguidée d'un cathéter percutané de la VJI, en particulier chez l'enfant et le nourrisson, améliorerait la visibilité de la veine. Ainsi, elle éviterait les complications liées à la ponction percutanée basée sur l'utilisation de repères cutanés ou au cathétérisme après exposition chirurgicale de la veine, et en particulier le SCBH.

Ce travail a été réalisé avec le soutien du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique Tunisien

### Références

- 1-Williams MA, McAvoy C, Sharkey JA. Horner's syndrome following attempted internal jugular venous cannulation. *Eye (Lond)* 2004; 18: 104-6
- 2-Links DJ, Crowe PJ. Horner's syndrome after placement of a peripherally inserted central catheter. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2006; 30: 451-2
- 3-Suominen PK, Korhonen AM, Vaida SJ, Hiller AS. Horner's syndrome secondary to internal jugular venous cannulation. *J Clin Anesth* 2008; 20: 304-6

### Séminome sur cryptorchidie révélé par une masse abdomino-pelvienne géante

Rhannam Yassine, Ziouziou Imad, El Ghanmi Jihad, Karmouni Tarik, El Khader Khalid, Koutani Abdellatif, Iben Attya Andaloussi Ahmed  
Service d'urologie B, CHU Ibn Sina, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohamed V souissi, Rabat, Maroc.

La cryptorchidie est un facteur de risque classique de tumeur du testicule. Les testicules cryptorchides inguinaux ou abdominaux encourent plus de risque de dégénérer en séminomes, alors que ceux abaissés et fixés au niveau des bourses gardent aussi un risque de dégénérescence mais en tumeurs non séminomateuses [1]. Nous rapportons le cas clinique d'un jeune adulte ayant une masse abdomino-pelvienne géante qui s'est révélée après chirurgie radicale de nature séminomateuse, ainsi que les difficultés chirurgicales rencontrées.

### Observation

Mr. S., âgé de 18 ans, avait un syndrome pseudo-occlusif avec ballonnement abdominal évoluant depuis plus de 8 mois dans un contexte d'amaigrissement de 5 kg. A l'examen clinique, il avait un abdomen distendu par une masse volumineuse dépassant 30 cm, fixe au plan profond. La bourse gauche était vide, et le testicule droit était inguinal, de petite taille. Les aires ganglionnaires étaient libres. Le scanner abdominal avait mis en évidence une masse abdomino-pelvienne de densité tissulaire, mesurant 62 cm de grand axe, refoulant les reins et les gros vaisseaux (Figure 1). Le dosage des marqueurs tumoraux avait montré une augmentation importante de l'alpha-fœto-protéine à 39.310 ng/ml, et modérée de la lactico-déshydrogénase (LDH) à 605 UI/l. Le taux de l'hormone chorionique gonadotrope (HCG) était normal à 55 mUI/ml.

Figure 1 : Masse abdomino-pelvienne. Coupe tomodensitométrique sagittale



Face au tableau de syndrome pseudo-occlusif sévère, particulièrement invalidant pour le patient, une chirurgie première de réduction tumorale avait été réalisée avant chimiothérapie dite : "primary debulking surgery". En pré-opératoire, un spermogramme a été réalisé, qui avait révélé une azoospermie totale. Le dosage de la testostéronémie était au dessous de la limite inférieure de la normale. A l'exploration chirurgicale par voie ouverte xipho-pubienne, la masse tumorale charnue et blanchâtre de plus de 40 cm de diamètre était adhérente à la paroi abdominale, à la grande courbure gastrique, au troisième segment duodénal, au côlon sigmoïde et au dôme vésical. La résection était supérieure à 90% du volume de la masse initiale, n'ayant laissé subsisté que deux fines languettes tumorales l'une au contact du duodénum et l'autre de la vessie (Figure 2). Par la même incision, nous avons réalisé une orchidectomie haute du testicule controlatéral cryptorchide, source potentielle de cancérisation. Celui-ci, atrophique mesurait moins de 1,5cm de plus grand diamètre.

Figure 2 : Pièce opératoire de résection tumorale



L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un séminome pur. Le testicule controlatéral était atrophique avec remaniements fibro-inflammatoires, mais sans foyers de néoplasie