

Exophtalmie révélant une fistule carotido-caverneuse:

A propos de 2 cas.

Nibrass Chaker, Ahmed Chebil, Lina Jeddidi, Mejda Bouladi, Leila El Matri
Service d'ophtalmologie B, institut Hédi Rais d'ophtalmologie de Tunis, Tunisie.

La fistule carotido-caverneuse (FCC) est une communication anormale entre le système carotidien et le sinus caverneux. C'est une pathologie rare, mais non exceptionnelle, dont le diagnostic est suspecté cliniquement puis, confirmé et affiné par l'imagerie. Les étiologies sont multiples, dominées par les traumatismes crâniens. La situation profonde du sinus caverneux rend le traitement chirurgical de ces fistules difficile.

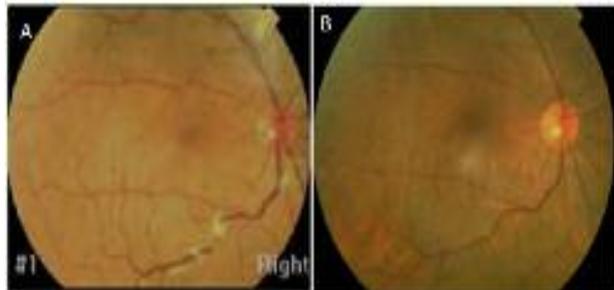
Les techniques endovasculaires, actuellement en plein essor, permettent d'aborder ces fistules profondes à très haut risque chirurgical avec d'excellents résultats. Nous rapportons deux observations d'exophtalmie révélant une fistule carotido-caverneuse.

Observation 1

Patiente âgée de 56 ans, sans antécédents pathologiques, adressée à nos urgences, un mois après sa chute d'une hauteur de 3 mètres, pour exophtalmie droite. Elle signalait des céphalées en hémicrânie droite, associée à des acouphènes homolatéraux. L'examen ophtalmologique de l'œil droit (OD) a noté une acuité visuelle (AV) limitée à 1/50, un ptosis majeur, une exophtalmie axile irréductible et indolore, une ophtalmoplégie totale, une dilatation des vaisseaux épiscléraux, une mydriase aréflexive, une hypertonie oculaire à 40 mmHg et au fond d'œil (FO) une dilatation et une tortuosité veineuse associées à des nodules cotonneux (Figure 1A).

Figure 1 : cliché couleur du fond d'œil :

- A- dilatation et tortuosité veineuses associées à des nodules cotonneux
- B- aspect normal après traitement



A l'œil gauche (OG), une perception lumineuse négative par atrophie optique a été rapportée. Le diagnostic de FCC était fortement suspecté. L'angio-IRM a rapporté un aspect cadrant avec une FCC droite associée à une dilatation bilatérale des deux veines ophtalmiques supérieures avec thrombose probable. L'artériographie a confirmé le diagnostic de FCC et a permis le traitement grâce à une embolisation transartérielle par ballonnet largable, qui a été couronnée de succès. L'évolution un mois était favorable avec normalisation des signes cliniques (Figure 1B) et récupération de l'AV à 6/10.

Observation 2

Patiente âgée de 38 ans, sans antécédents pathologiques, s'est présentée pour une protrusion progressive de l'OD depuis 1 mois. L'examen de l'OD a noté une AV à 4/10, une exophtalmie douloureuse, axile, réductible et pulsatile, une oculomotricité normale,

une dilatation des vaisseaux épiscléraux (Figure 2), un tonus oculaire à 14 mm Hg, et une dilatation veineuse au FO. L'examen de l'OG était normal.

Figure 2 : Exophtalmie avec une dilatation des vaisseaux épiscléraux



Le scanner orbito-cérébral pratiqué en urgence a permis de confirmer la présence d'une exophtalmie droite associée à une dilatation modérée de la veine ophtalmique supérieure et un élargissement des muscles oculo-moteurs (Figure 3) suggérant l'existence d'une fistule et justifiant un complément d'exploration par une artériographie cérébrale. Celle-ci a objectivé une fistule durale de la loge caverneuse droite se drainant dans la veine ophtalmique (Figure 4). La patiente a été adressée en neurochirurgie pour prise en charge thérapeutique.

Conclusion

La FCC est une cause rare d'exophtalmie. Elle doit être évoquée, notamment dans un contexte de traumatisme crânien, et considérée comme une urgence du fait du risque vital et fonctionnel associé. L'artériographie demeure indispensable pour préciser l'anatomie du shunt et réaliser une embolisation en un seul temps de la fistule.

Figure 3 : TDM orbito-cérébrale : exophtalmie droite associée à un

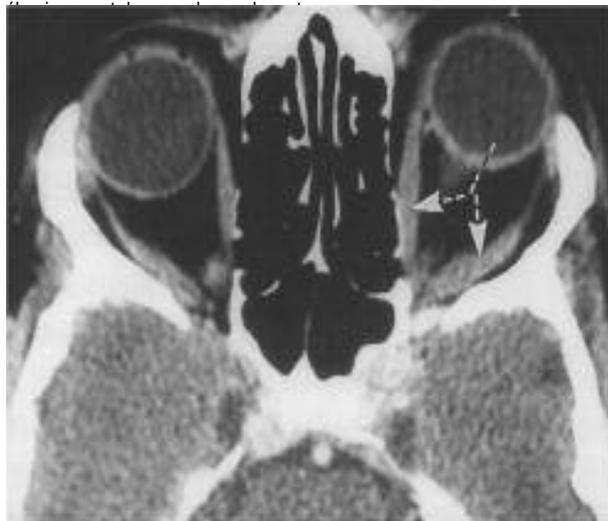
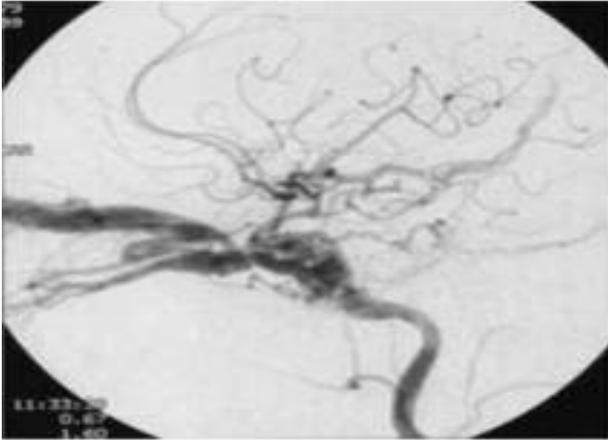


Figure 4 : Artériographie cérébrale : fistule durale de la loge caverneuse droite se drainant dans la veine ophtalmique



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

Khochtali Sana¹, Jedidi Lina¹, Ksia Amine², Khairallah-Ksia Imène¹, Attia Sonia¹, Nouri Abdellatif¹, Khairallah Moncef¹

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 oculo-moteur, 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