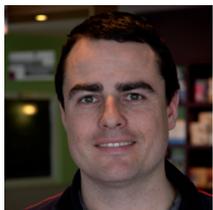
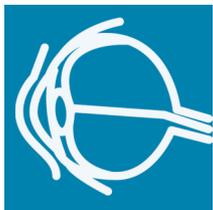


Syndrome de Claude-Bernard-Horner

À propos d'un cas associé à une tumeur pulmonaire

Le syndrome de Claude-Bernard-Horner est une affection qui demeure dans bien des cas idiopathique. Ceci n'écarte pas la nécessité d'en rechercher la cause par une démarche diagnostique rigoureuse qui comprend bien entendu l'examen oculaire mais aussi de tous les appareils susceptibles d'être à l'origine des symptômes. Dans le cas présenté ici, une tumeur pulmonaire était fortement suspectée d'être à l'origine des troubles.



Bertrand Michaud
Docteur vétérinaire
CES Ophtalmologie
Vétérinaire
DU Microchirurgie
ophtalmologique
DU Exploration
de la fonction visuelle
DIU Chirurgie
vitréo-rétinienne
Clinique Vétérinaire
le Colomby
Cessy (01)
www.visionanimale.fr
michaudveto@vetophtalmo.fr

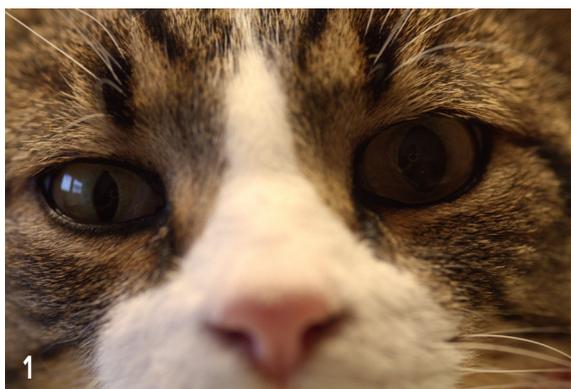
Un chat européen stérilisé de 6 ans, autorisé à sortir, est référé pour une anomalie de diamètre pupillaire droite apparue depuis 4 jours.

Une baisse de forme est notée depuis plus d'un mois, un bilan sanguin a révélé la présence d'une anémie arégénérative associée à une positivité au FeLV. Une échographie abdominale a permis de suspecter une inflammation du pancréas. Aucun antécédent de traumatisme (AVP) ni affections cervicales n'est rapporté par ses propriétaires. Il présente une rhinite et une gêne respiratoire modérée selon les propriétaires.

Examen clinique

L'examen clinique général a permis de mettre en évidence des râles inspiratoires importants. L'animal a une température normale pendant l'examen et ne présente pas d'autre anomalie des grandes fonctions.

À l'examen oculaire, le chat manifeste une réponse positive à la menace et à l'éblouissement pour les deux yeux, sa vision est conservée. Les réflexes photomoteurs sont absents à droite et normaux à gauche. La pupille de l'œil droit est en myosis et ne se dilate pas à l'obscurité, tandis que la pupille de l'œil gauche réagit normalement (photo 1).



Anisocorie avec myosis pupillaire droit.

Une procidence de la troisième paupière droite et une légère énoptalmie droite sont notées (photo 2).

L'examen rapproché en lampe à fente de l'œil gauche révèle la présence d'une cataracte sous-capsulaire antérieure sans conséquence apparente (photo 3).



Myosis de la pupille droite, énoptalmie et procidence de la membrane nictitante.



Œil gauche : pupille mobile et cataracte sous-capsulaire antérieure.

L'examen ophtalmoscopique n'a révélé aucune anomalie. La pression intra-oculaire a été mesurée à 15 mm Hg à droite et 19 mm Hg à gauche par tonométrie à rebond (Tonovet®).

Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique est donc celui d'ophtalmoplégie interne (paralysie motrice du muscle dilatateur de la pupille droite). La dilatation pupillaire étant sous le contrôle du système nerveux sympathique, les examens permettant de localiser cette atteinte sont réalisés.

Examens complémentaires

La distribution du système nerveux autonome étant cérébrale et thoracique, un scanner de l'encéphale et une radiographie thoracique sont proposés.

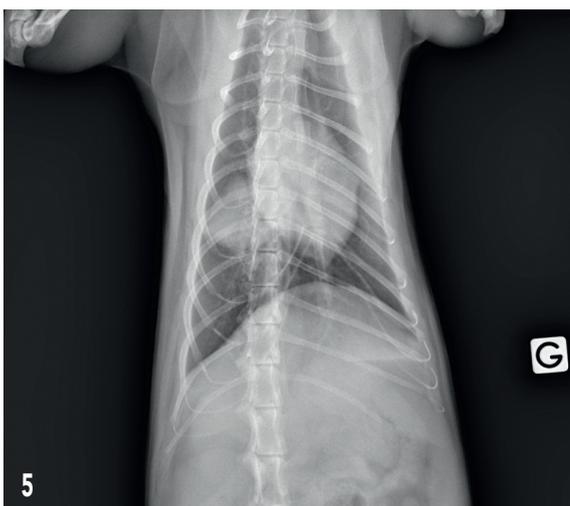
Un test à la néosynéphrine est réalisé dans un premier temps pour localiser l'atteinte : en l'absence de réaction à l'application d'une goutte de néosynéphrine à 1 %, une

goutte de néosynéphrine à 10 % dans l'œil droit est administrée, la dilatation partielle de la pupille droite est obtenue 20 minutes après application de la goutte.

Une radiographie est réalisée dans un second temps. Elle permet de mettre en évidence la présence d'une masse de près de 3 centimètres dans le champ pulmonaire droit (images 4 et 5). La présence de cette masse explique le myosis anisocorique droit par compression du tronc sympathique (syndrome de Claude-Bernard-Horner à manifestations partielles). La cause de l'atteinte du système nerveux parasympathique restait inconnue (système nerveux à distribution uniquement encéphalique).



Radiographie thoracique de profil. Noter la présence de la masse dans le champ pulmonaire dorsal.



Radiographie thoracique de face : masse latéralisée à droite.

Le scanner est refusé par les propriétaires ainsi que la cytoponction de la masse pour préciser le type de tumeur.

Diagnostic étiologique

L'examen clinique, combiné aux résultats de la radiographie thoracique, a permis d'établir le diagnostic de tumeur pulmonaire, possiblement liée à l'infection par le FeLV.

La présence de la masse peut aussi expliquer les signes respiratoires manifestés par ce patient.

Traitement et pronostic

Un traitement palliatif à base d'anti-inflammatoires stéroïdiens à dose anti-inflammatoire a été instauré par voie orale.

Aucun traitement oculaire n'a été proposé le jour de la visite même si l'instillation de néosynéphrine pourrait améliorer le confort visuel nocturne.

Le pronostic est sombre à moyen terme, une médiane de survie de l'ordre de 3 à 6 mois est annoncée aux propriétaires.

Discussion

Le syndrome de Claude-Bernard-Horner (SCBH) résulte d'une lésion nerveuse sur le trajet du système orthosympathique ayant une expression uniquement oculaire le plus souvent unilatérale³. Lorsqu'on le suspecte, la démarche diagnostique doit être méthodique.

1/ Établir le diagnostic

La prise des commémoratifs est essentielle car elle peut permettre d'orienter le diagnostic étiologique (intoxication, traumatisme récent...).

Les signes oculaires classiquement observés conjointement (ou non) et pathognomoniques du SCBH sont un myosis anisocorique, une ptose de la paupière supérieure, une énoptalmie et une procidence de la membrane nictitante^{1,3,6}. La rougeur oculaire est décrite mais plus inconstante³.

Pour identifier l'œil malade, on examine les deux yeux en faible ambiance lumineuse. La pupille de l'œil atteint ne se dilatera que peu ou pas par rapport à l'œil controlatéral sain.

Plusieurs affections peuvent entraîner une symptomatologie similaire au SCBH. L'examen clinique et les examens complémentaires permettent de les éliminer du diagnostic différentiel.

La douleur oculaire générée par une kératite, uvéite, glaucome ou un ulcère cornéen provoque une énoptalmie et

un myosis réflexes. Un examen oculaire attentif et la mesure de la pression intra-oculaire permettent de les écarter³.

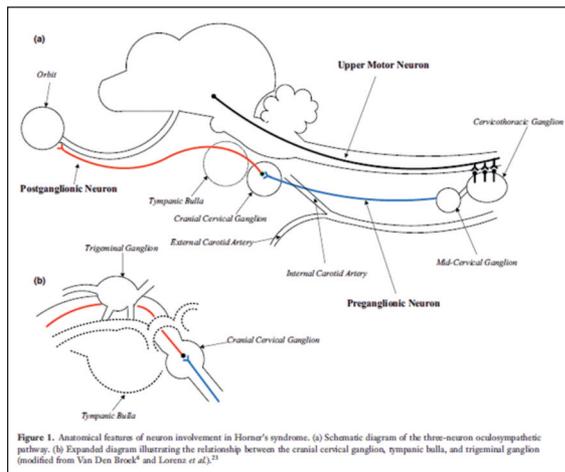
L'intoxication aux anticholinestérasiques (organophosphorés et carbamates) entraîne un myosis, une énoptalmie et une procidence bilatérale de la membrane nictitante². La présence conjointe de signes généraux (hyperesthésie, troubles digestifs et cardiaques) sont souvent associés.

Le myosis peut également être d'origine nerveuse (irritation du nerf oculomoteur), mécanique (synéchies) voire pharmacologique¹.

2/ Localiser la lésion

Le test aux collyres est réalisé avec des agents sympathicomimétiques directs ou indirects. L'observation du délai d'apparition de l'augmentation du diamètre pupillaire suite à l'instillation du collyre permet de localiser la lésion (schéma). La néosynéphrine est la plus utilisée en pratique. Est d'abord instillé le collyre à 1 % puis à 10 % si aucun effet n'est observé. Les durées de réaction varient suivant les auteurs^{2,6} mais on peut considérer qu'une mydriase après instillation d'une goutte de phényléphrine à 10 % est signe d'une atteinte :

- du 3^e neurone (postganglionnaire) si la mydriase est importante en moins de 10 minutes ;
- du 2^e neurone (préganglionnaire) si elle survient entre 20 et 45 minutes ;
- du 1^{er} neurone (central) si elle apparaît au-delà d'une heure.



Représentation du cheminement du système orthosympathique (inspiré de Simpson K. et al.⁵).

3/ Recherche étiologique

La localisation de la lésion permet de restreindre la liste d'affections pouvant être à l'origine des troubles et de limiter les examens complémentaires nécessaires⁶.

Des clichés radiographiques sont recommandés systématiquement pour l'exploration du rachis cervical, du thorax et des bulles tympaniques³.

Le scanner, désormais accessible, est sans doute le plus intéressant et complet des examens d'imagerie même s'il ne permet pas une bonne visualisation des structures parenchymateuses sous-tentorielles par rapport à l'IRM⁴.

L'analyse du liquide cébrospinal, l'échographie rétro-oculaire, l'électromyographie et les cytoponctions viennent compléter les examens d'imagerie précédemment cités pour préciser la nature de l'affection (tumeurs, infections, inflammation...)¹.

4/ Traitement

Si une affection causale a pu être déterminée, le traitement sera étiologique. Si le SCBH est idiopathique, l'instillation régulière d'un collyre sympathicomimétique direct permettra de soulager la gêne visuelle de l'animal⁵.

5/ Pronostic

Le pronostic est très variable et dépend de la cause du SCBH. Les lésions traumatiques périphériques sont de meilleur pronostic que les atteintes néoplasiques¹. Une récupération spontanée est observée dans la majorité des cas de SCBH idiopathiques⁵.

Si le diagnostic du syndrome de Claude-Bernard-Horner est aisé dans la majorité des cas, son diagnostic étiologique est un réel défi pour le praticien qui doit s'armer de connaissances neuro-anatomiques solides et savoir recourir aux bons examens complémentaires. Le traitement est le plus fréquemment symptomatique eu égard aux nombreux cas idiopathiques. ■

Bibliographie

- 1 - Cauzinille L. Neuro-ophtalmologie. Dans : *Ophthalmologie du chien*. Éd. Prat. Méd. Chir. Anim. Comp. 2007;169-174.
- 2 - Collins BK. Neuro-ophtalmology - pupils that teach. In: *Textbook of veterinary internal medicine*. 5^e ed. Ed. Saunders WB, Philadelphia. 2000;657-661.
- 3 - Gelatt KN. *Veterinary Ophthalmology*. 4^e ed. G. Glenwood, K. Gelatt & D. Esson, Philadelphia. 2007. *Physiology of the Eye*, pp 156-157.
- 4 - Granger N, Thibaud JL, Blot S. Les indications de l'IRM en neurologie. *Point Vét*. 2005;36(252):68-73.
- 5 - Herrera HD, Suraniti AD, Kojusner NF. Idiopathic Horner's syndrome in collie dogs. *Vet. Ophthalmol*. 1998;1(1):17-20.
- 6 - Simpson K, Williams DL, Cherubini G. Neuropharmacological lesion localization in idiopathic Horner's syndrome in Golden Retrievers and dogs of other breeds. In : *Veterinary Ophthalmology* (2015) 18, 1, 1-5.