



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
 www.em-consulte.com



Cas clinique

# L'anesthésie péridurale n'est pas la seule cause de troubles neurologiques centraux durant le travail obstétrical. Un cas de syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible

*Epidural analgesia is not the only cause of peripartum central neurologic symptoms. Report of one case of posterior reversible encephalopathy syndrome*

B. Etesse<sup>a</sup>, V. Letouzey<sup>b,\*</sup>, C. Roger<sup>a</sup>, A. Lefauconnier<sup>a</sup>, J. Ripart<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Département d'anesthésie-douleur, GHU Caremeau, place du Pr-Debré, 30029 Nîmes cedex 09, France

<sup>b</sup>Service de gynécologie obstétrique, GHU Caremeau, place du Pr-Debré, 30029 Nîmes cedex 09, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 29 mai 2009

Accepté le 7 octobre 2010

Disponible sur Internet le 13 décembre 2010

Mots clés :

Amaurose

Nausées

Céphalées

Syndrome d'encéphalopathie postérieure

réversible

Toxicité des anesthésiques locaux

Éclampsie

Keywords:

Vision loss

Nausea

Headache

Posterior reversible encephalopathy

syndrome

Systemic toxicity of local anaesthetics

Eclampsia

R É S U M É

Nous rapportons le cas clinique d'une jeune femme primipare, sans aucun antécédent, analgésiée par péridurale, qui a présenté durant le travail obstétrical un épisode d'amaurose, céphalées, nausées et une poussée d'hypertension dans les minutes qui ont suivi un bolus de 4 mL de ropivacaïne 0,75 %. Après arrêt de toute anesthésie et retrait du cathéter, les signes s'amendaient entièrement en 15 minutes, et une nouvelle péridurale était alors mise en place. La patiente accouchait finalement d'un nouveau-né en bonne santé et présentait une demi-heure après une crise convulsive tonicoclonique alors que la seringue électrique connectée à la péridurale était toujours active. Les diagnostics retenus étant une toxicité systémique des anesthésiques locaux et une éclampsie, la patiente recevait des lipides intraveineux et du sulfate de magnésium. Aucune anomalie biologique n'était observée. Une IRM permettait le diagnostic formel de syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible en concordance avec la clinique, en montrant des hypersignaux cortico-sous-corticaux disséminés bilatéraux en occipital et temporal, de façon asymétrique. La patiente n'a pas eu de rechute clinique, est sortie au sixième jour du post-partum et l'IRM de contrôle à un mois s'est avérée normale.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

A B S T R A C T

A young woman without any significant medical history received an epidural analgesia for labour. She suddenly presented headache, vision loss, nausea and arterial hypertension a few minutes after a 4-ml ropivacaine 0.75% bolus. The catheter was withdrawn and symptoms completely disappeared within 15 minutes. A new epidural catheter was inserted. Thereafter, the patient gave birth to a healthy newborn infant. Half an hour later, while the epidural catheter was still infusing, she presented generalized tonicoclonic seizure. Potential diagnoses were systemic toxicity of local anaesthetics and eclampsia. Accordingly, the patient received intravenous lipid emulsion and magnesium sulphate. There was no biological abnormalities. A final diagnosis of posterior reversible encephalopathy syndrome was made with MRI showing bilateral hyperintensity areas involving the cortex of the occipital and frontal areas asymmetrically. On the sixth day, after delivery, the patient was discharged seizure-free. Repeated MRI 4 weeks after discharge was unremarkable.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

## 1. Introduction

Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (SEPR) est une entité qui survient notamment en péripartum ; il est bien décrit dans la littérature, mais encore peu connu des cliniciens. De ce fait, contrairement au radiologue, le clinicien n'évoque pas

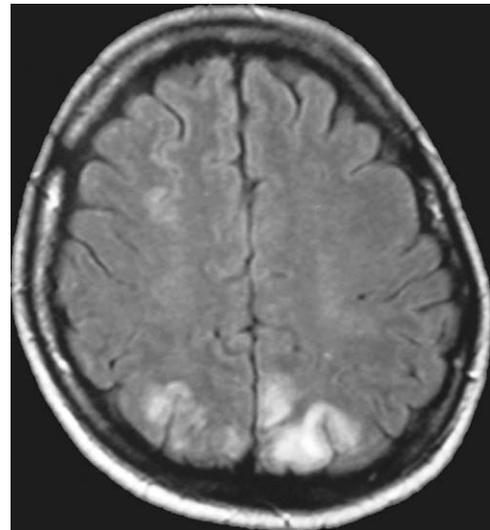
\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : beren2000@hotmail.com (B. Etesse),  
 vincent.go@wanadoo.fr (V. Letouzey).

toujours le diagnostic [1]. Sa présentation variée est généralement de bon pronostic, mais peut avoir une évolution dramatique si elle n'est pas reconnue à temps [2]. Nous rapportons un cas où l'attention s'est focalisée à tort sur une éventuelle intoxication aux anesthésiques locaux (AL).

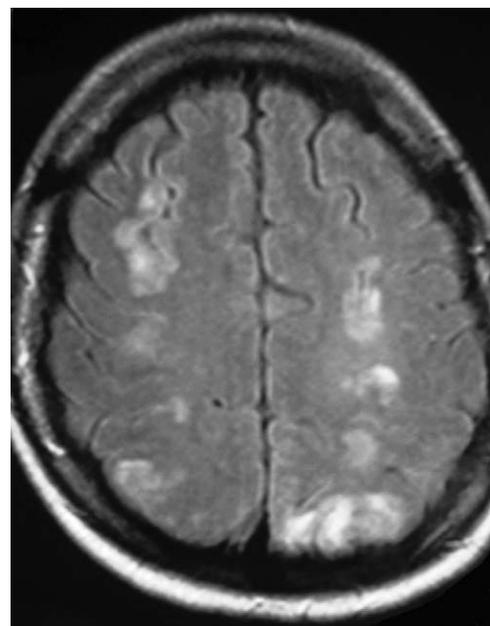
## 2. Cas clinique

Une femme de 23 ans, primipare, sans antécédent particulier, hormis un épisode de tension anormalement élevée à la 38<sup>e</sup> semaine était hospitalisée pour contractions utérines douloureuses sans modification du col. Le bilan biologique était sans particularité : créatinine : 75  $\mu\text{mol/L}$ , uricémie : 299  $\mu\text{mol/L}$ , ASAT : 30 UI/L, ALAT : 30 UI/L, hémoglobine : 106 g/L, plaquettes : 186 G/L ; la bandelette urinaire était négative. Le travail débutait avec un monitoring habituel comprenant une pression artérielle non invasive, une oxymétrie de pouls, un électrocardioscope et une tocométrie fœtale externe. À 19 h 30, la PA était de 148/90. Une analgésie péridurale (APD) était mise en place au niveau L3-L4 à l'aide d'une aiguille de Tuohy 17 Gauge en utilisant une technique de mandrin liquide. L'espace péridural était trouvé à 4 cm de profondeur et un cathéter multiperforé était inséré de 4 cm dans l'espace sans aucune difficulté. Après un test d'aspiration négatif et une dose-test de 3 mL de lidocaïne adrénalinée au 1/200 000, l'analgésie était induite par 4 mL de ropivacaïne 0,2 % + 5  $\mu\text{g}$  de sufentanil, suivi d'un débit continu d'un mélange ropivacaïne 0,15 % – sufentanil 0,2  $\mu\text{g/mL}$  (vitesse 10 mL/h). Vingt minutes après la pose, le score de douleur était passé de 9 à 7/10 sur l'échelle numérique simple (ENS). Le test au glaçon objectivait une latéralisation avec un bloc sensitif absent à droite et un niveau supérieur T11 à gauche. Après une heure, l'ENS de la patiente était toujours à 7/10, avec un bloc sensitif absent à droite et T8-L3 à gauche. La moyenne tensionnelle était de 140/80 avec une prise à 160/80. Le cathéter était retiré de 1 cm, un nouveau bolus de 4 mL de ropivacaïne 0,2 % et 5  $\mu\text{g}$  de sufentanil était injecté, permettant d'obtenir une ENS à 1 et un bloc sensitif symétrique de niveau T10-S1 30 minutes plus tard. Cinq heures après, l'ENS de la patiente était à nouveau à 8/10, avec un niveau sensitif indétectable au glaçon. La PA était restée à 130/70 mmHg en moyenne, avec une mesure de 154/100 concomitant avec l'ENS à 8/10. Un nouveau bolus de 4 mL de ropivacaïne 0,2 % + 5  $\mu\text{g}$  de sufentanil était réalisé ; 20 minutes plus tard, devant l'échec d'action du bolus, 4 mL de ropivacaïne 0,75 % étaient injectés. Deux minutes après cette dernière injection, la patiente présentait un flou visuel, puis une perte de vision associée à des hallucinations visuelles, des céphalées généralisées, des nausées et une poussée hypertensive à 160/90. Le débit continu de l'APD était immédiatement interrompu ; un examen clinique approfondi était strictement normal et les symptômes s'amendaient spontanément en 15 minutes avec une PA de 140/80. Le diagnostic de passage intravasculaire des AL était retenu et le cathéter d'APD retiré avec un test d'aspiration positif. Une nouvelle APD au niveau L4-L5 était réalisée. Durant les trois heures suivantes, l'ENS était inférieure à 4/10 avec un niveau de bloc sensitif T6-S1 à gauche/T8-S1 à droite et une PA de 140/80 en moyenne. La patiente accouchait d'un nouveau-né de 3330 g à 5 h 50, après 30 minutes d'efforts expulsifs durant lesquelles la pression systolique était presque toujours égale à 160 ; les scores d'Apgar étaient à 5 et 10 respectivement à une et cinq minutes et le pH au sang artériel du cordon à 7,29. À 7 h 20, alors que le débit continu d'AL avait été laissé à 10 mL par heure, la patiente présentait une crise convulsive tonicoclonique généralisée cédant en quelques minutes avec retour à un état de conscience normal après midazolam 2 mg intraveineux, mise en position latérale de sécurité et oxygénothérapie au masque. La seringue électrique de l'APD était arrêtée. L'examen clinique retrouvait une PA à 148/60 et des réflexes ostéotendineux vifs.



**Figure 1.** IRM cérébrale à J0. Séquence T2 – FLAIR. Plages en hypersignal de siège temporo-occipital bilatérales, asymétriques.

Deux diagnostics étaient alors évoqués : l'intoxication aux AL et la crise d'éclampsie. En conséquence, la patiente recevait 100 mL d'émulsion lipidique avant le retour à la conscience et était mise sous sulfate de magnésium 1 g par heure après une dose de charge de 1 g en 20 minutes. Sur le plan biologique, on retrouvait : créatinine : 96  $\mu\text{mol/L}$ , uricémie : 476  $\mu\text{mol/L}$  (pour une normale supérieure en fin de grossesse à 350  $\mu\text{mol/L}$ ), ASAT : 35 UI/L, ALAT : 23 UI/L, plaquettes : 202 G/L, hémoglobine : 114 g/L, TP : 91 %, rapport TCA patient/témoin : 0,96. La protéinurie des 24 heures était négative et un dosage sanguin des AL était inférieur à la dose toxique (0,73 mg/L). Une IRM cérébrale était réalisée dans la matinée, et retrouvait en séquence T2-Flair des hypersignaux cortico-sous-corticaux disséminés bilatéraux en occipital et temporal, de façon asymétrique (Fig. 1 et 2). Une injection de gadolinium éliminait une thrombophlébite cérébrale et une hémorragie. Aucune séquence en diffusion n'était réalisée. La patiente était transférée en unité de soins intensifs de neurologie



**Figure 2.** IRM cérébrale à J0. Séquence T2 – FLAIR. Plages en hypersignal de siège temporo-occipital bilatérales, asymétriques.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746711>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746711>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)