

## Latéralisation d'une péridurale thoracique [Lateralized thoracic epidural]

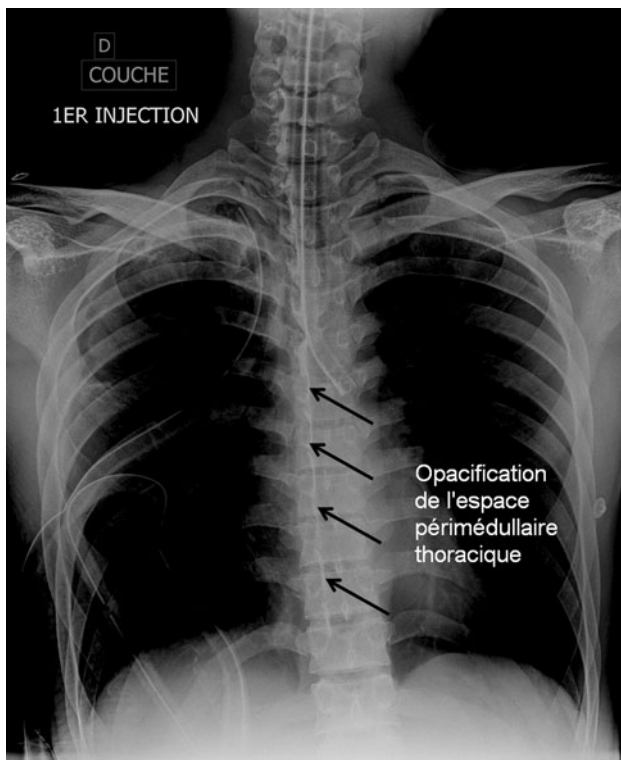
Raphaël Paris · Laurent Raynaud, MD ·  
Yann Portron, MD · Elodie Schaeffer

Received: 19 July 2012 / Accepted: 10 September 2012 / Published online: 24 October 2012  
© Canadian Anesthesiologists' Society 2012

Un homme de 20 ans devait subir une thoraco-vidéoscopie pour talcage pleural. Il a donné son consentement pour la publication de ce cas. Avant l'induction de l'anesthésie, un cathéter (18G, extrémité fermée, trois orifices latéraux, Smiths Medical, Brisbane, Australie) est inséré de 5 cm

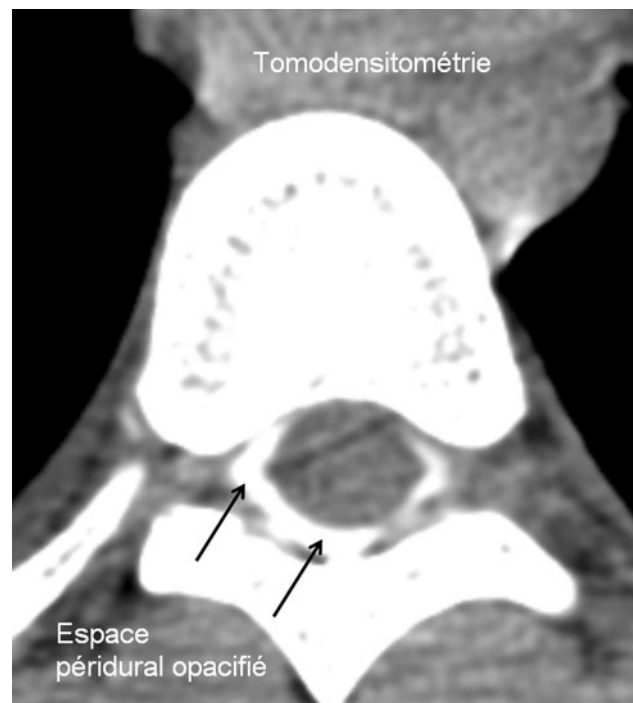
dans l'espace péridurale thoracique au niveau T4-T5. Après injection de 5 mL de lidocaïne 2 % adrénalinée, une anesthésie sensitive efficace bilatérale s'étendant des métamères T3-T10 est objectivée. Après anesthésie générale et installation en décubitus latéral gauche, une perfusion continue ( $4 \text{ mL}\cdot\text{h}^{-1}$ ) de ropivacaïne  $3,75 \text{ mg}\cdot\text{mL}^{-1}$  est administrée (dose totale de 22,5 mg). Au réveil apparaît à droite un bloc sensitivo-moteur du membre supérieur et un syndrome de Claude Bernard-Horner (SCBH).

Les différentes hypothèses évoquées devant cette extension de l'anesthésie étaient soit une péridurale



**Fig. 1** Opacification latéralisée de l'espace périmédullaire thoracique

R. Paris (✉) · L. Raynaud, MD · Y. Portron, MD · E. Schaeffer  
Hôpital d'Instruction des Armées Legouest, Metz, France  
e-mail: argaliraph@yahoo.fr



**Fig. 2** Espace péridural opacifié, avec prédominance à droite

latéralisée surdosée, soit un bloc sous-dural. Le SCBH s'explique alors par l'absence de stimulus sympathique des muscles dilatator pupillae et tarsal supérieur palpébral à cause d'une inactivation au niveau des racines nerveuses T1-T4.

L'imagerie réalisée avec opacification met en évidence une extrémité distale du cathéter au niveau de T3-T4 en postérieur, latéralisé à droite. Le cliché radiologique (Fig. 1) montre un produit de contraste (5 mL d'iopamidol) présent au sein de l'espace péridural et fusant le long des foramens intervertébraux de manière bilatérale prédominante à droite et le long des racines nerveuses en extra-foraminal, éliminant ainsi le diagnostic de bloc sous-dural. La tomodensitométrie (Fig. 2) montre une opacification de tout l'espace péridural, nettement plus prédominant à droite.

Devant une imagerie fortement évocatrice, un bloc sensitivo-moteur du membre supérieur et un SCBH homolatéral, le diagnostic retenu est donc celui de péridurale latéralisée. Le retrait de 2 cm du cathéter permet la disparition de la symptomatologie. La présence d'un bloc sous-dural aurait imposé le retrait du cathéter. Pour une nouvelle insertion, il aurait été recommandé de changer d'espace intervertébral. Le risque de bloc sous-dural réside dans la brèche arachnoïdienne transformant l'anesthésie sous-durale en une rachianesthésie.

**Conflits d'intérêt** Aucun.