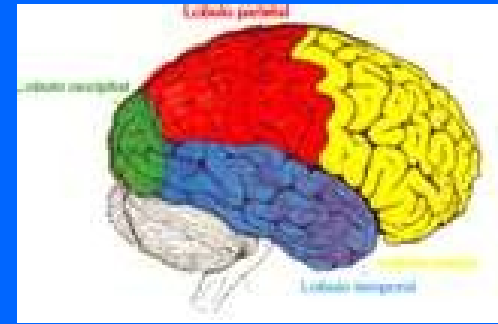




Quatrièmes Rencontres des Vétérinaires Acupuncteurs de Méditerranée



NEUROLOGIE



Le syndrome de Claude Bernard Horner (B.H.S)

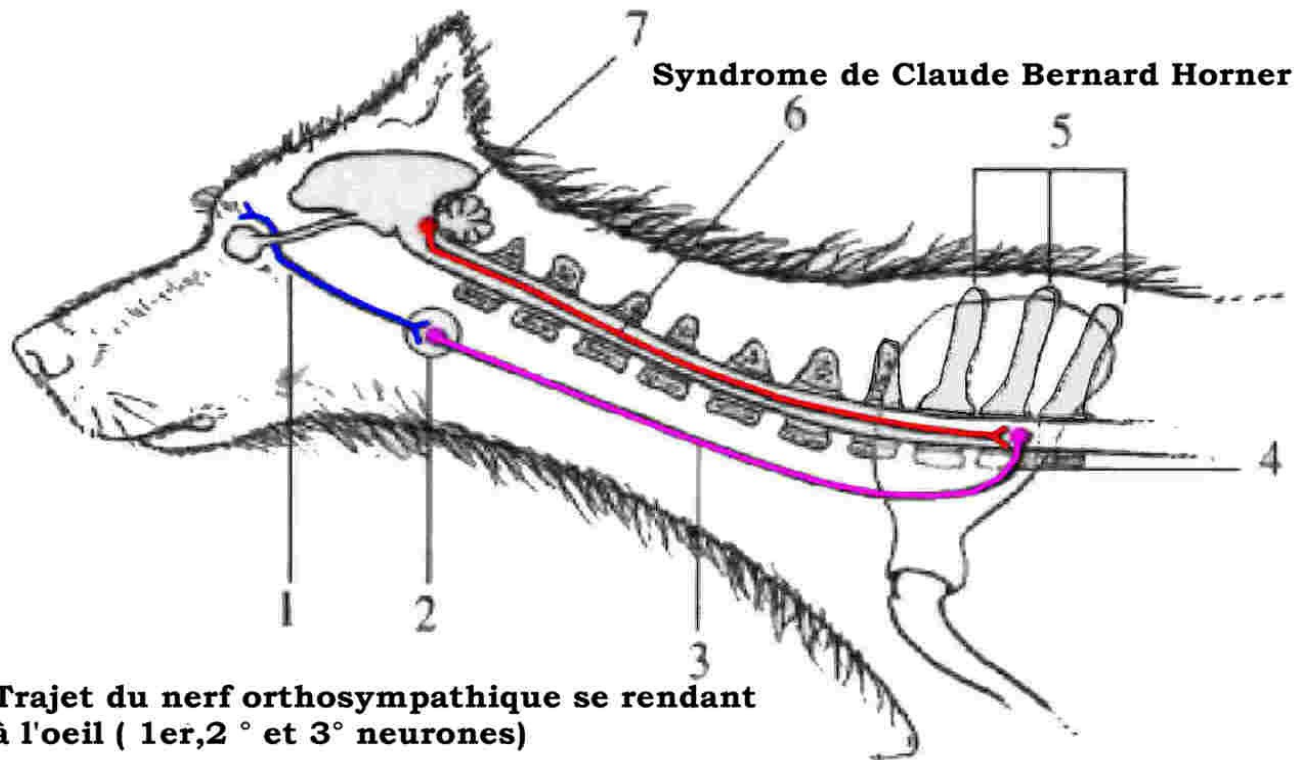
- Médecine conventionnelle
- Médecine traditionnelle chinoise

Etude générale et définition

Un syndrome:entité origine plurifactorielle à expression multiple.

- **Le syndrome de Claude Bernard-Horner est un syndrome d'origine neurologique intéressant l'œil et ses annexes. Ce syndrome, dû à un déficit du système nerveux sympathique cervical, se définit par l'association de plusieurs signes oculaires : ptose palpébrale, procidence de la membrane nictitante, enophtalmie et myosis, congestion oculaire.**
- **. Le nom de ce syndrome provient de ceux de deux savants qui contribuèrent à son étude : Claude Bernard, qui en 1852 décrit les effets d'une sympathectomie cervicale chez le lapin, et de Johann Friedrich Horner, ophtalmologiste suisse qui décrit le premier cas humain en 1869.**

Rappels de neurologie

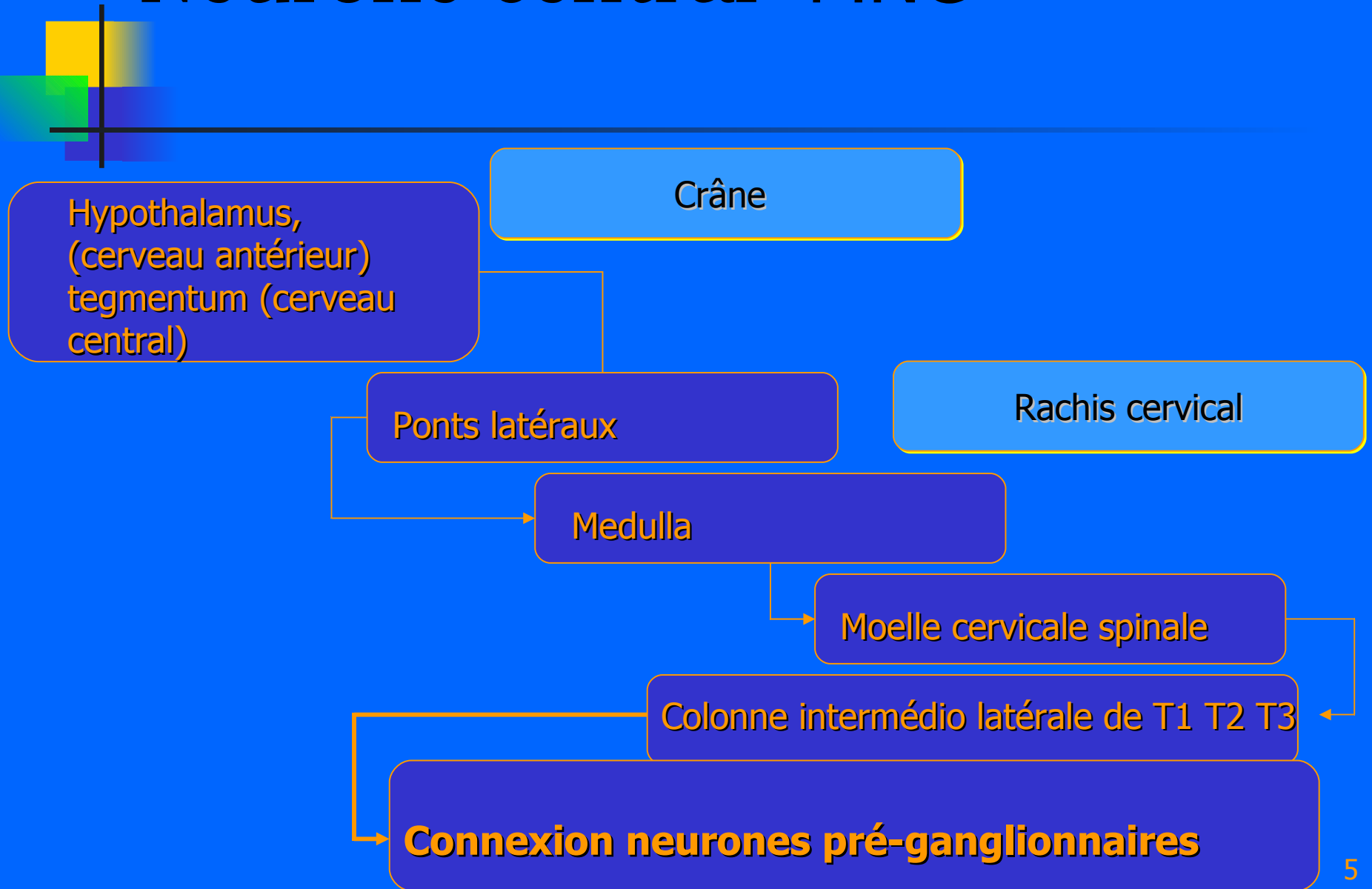


Trajet du nerf orthosympathique se rendant à l'oeil (1er, 2° et 3° neurones)

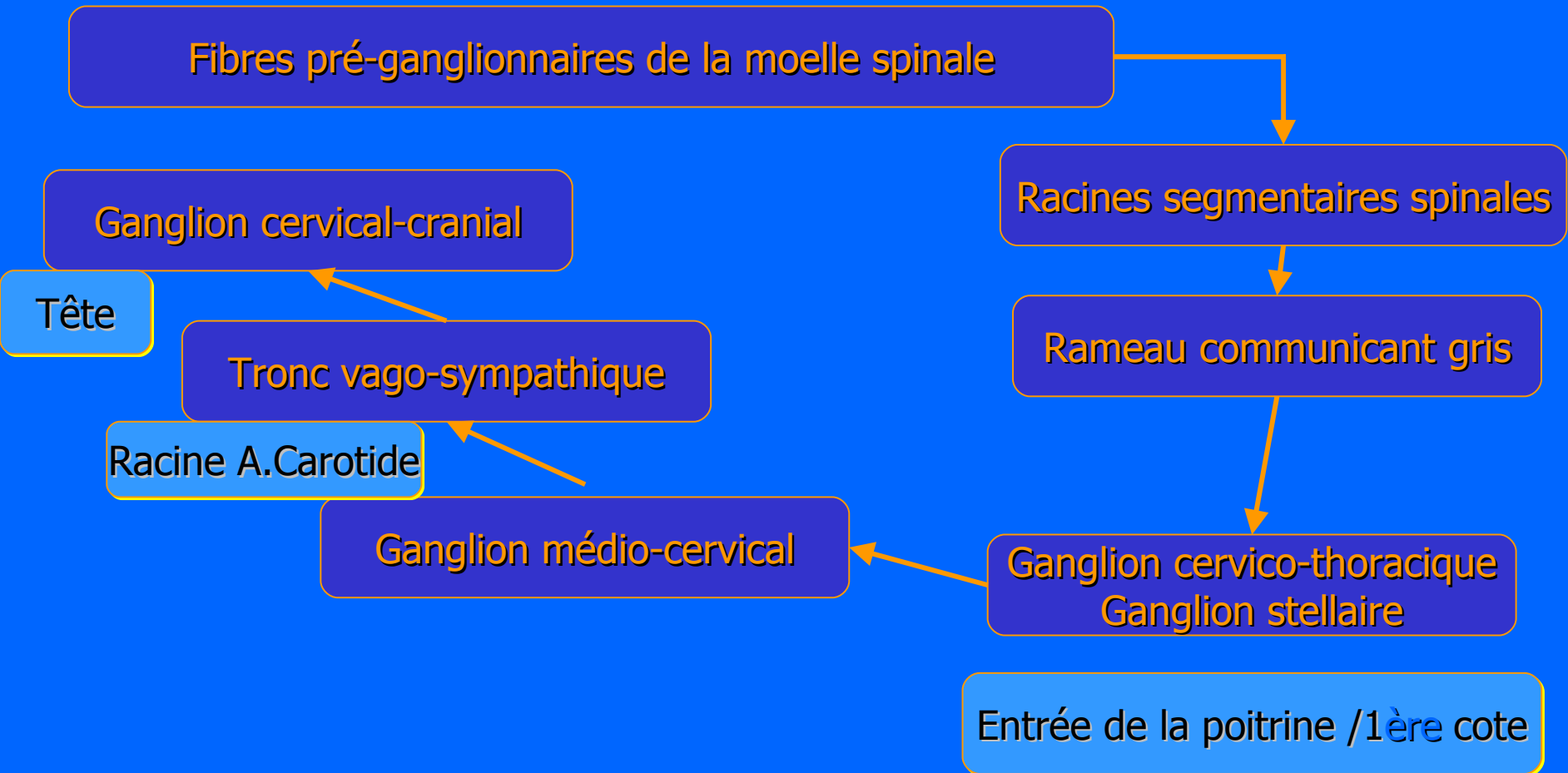
1/ Troisième neurone; 2/ Ganglion cervical cranial; 3/deuxième neurone (tronc cervical sympathique); 4/rameau communiquant; 5/ vertèbres thoraciques (T1,T2,T3); 6/ premier neurone; 7/ centre hypothalamique (modifié d'après CLERC [1])

ZONES DES ALTERATIONS POTENTIELLES DES STRUCTURES SYMPATHIQUES

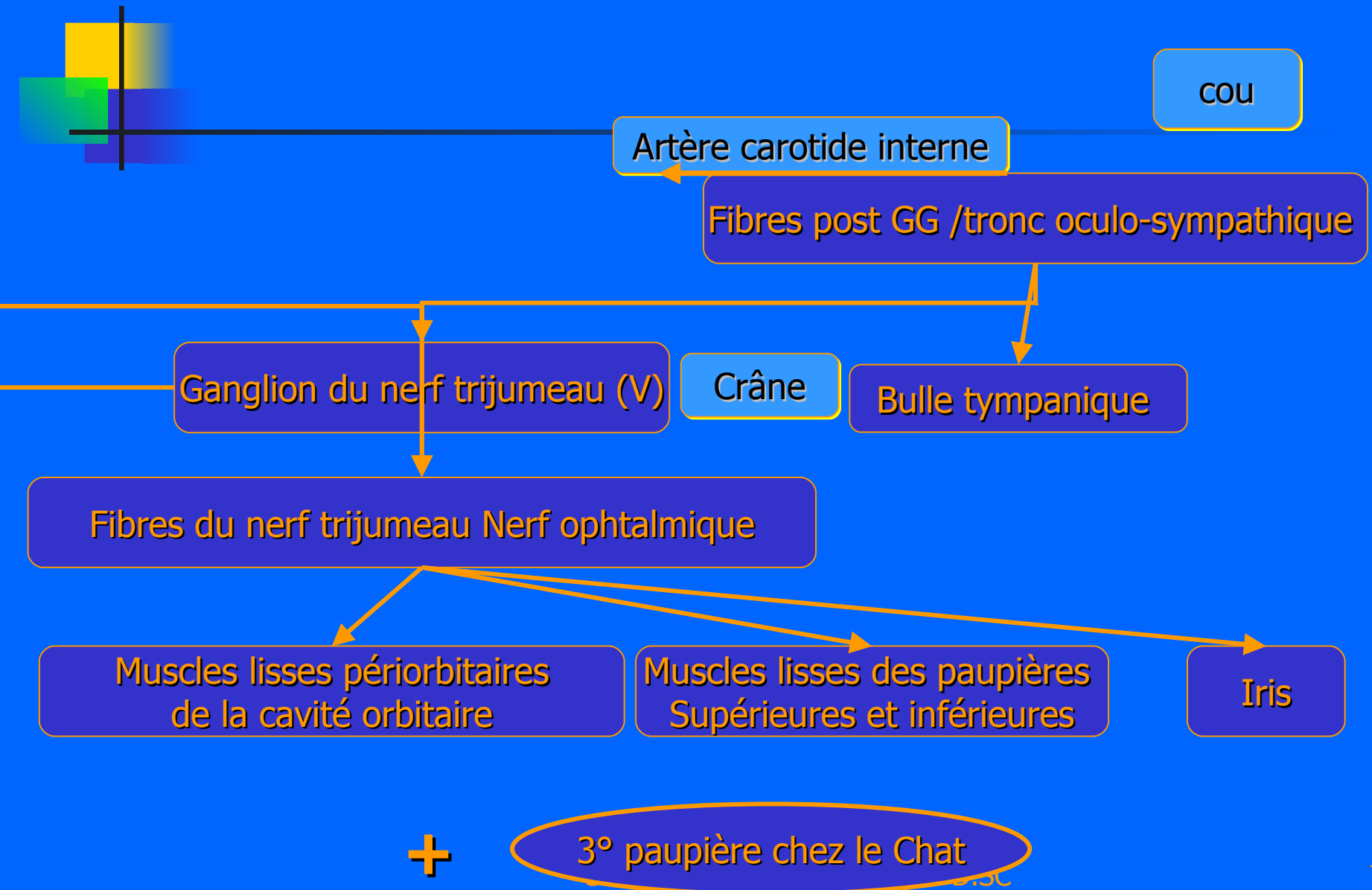
Neurone central MNC



Neurone pré-ganglionnaire



Neurone post-ganglionnaire



Étiologie et diagnostic différentiel

- Lésion ou dysfonctionnement de l'un des trois groupes de fibres neuronales: par traumatisme, tumeur, infection, affection vasculaire ou atteinte de leurs capacités jonctionnelles (Problème synaptique).
- Examens complémentaires, radios cervicales, thoraciques, tomographie à densité résonance magnétique nucléaire, électromyographie
si $> 0 \rightarrow$ **Syndrome idiopathique**
(Neuropathie dégénérative idiopathique!)

DIAGNOSTIC



- **CLINIQUE ophtalmologique:**
- **rappel des symptômes:**
 - myosis
 - enophthalmie
 - ptôse de la paupière supérieure
 - Procidence de la troisième paupière
 - congestion active par vasodilatation locale

Le parasympathique

Structures de l'œil	Physiologie	Insuffisance
Paupières	Relève la paupière supérieure	Ptose palpébrale
Globe oculaire	Maintien l'œil en avant dans l'orbite	Enophtalmie
Vascularisation conjonctivale	Vasoconstriction	Vasodilatation (œil rouge)
Membrane nictitante	Rétraction (chez le chat ++)	Procidence
Iris	Dilatation de la pupille	Myosis

Conduite diagnostique clinique ophtalmologique

Test à la Phényléphrine à 1 %

Si lésions post ganglionnaires Induction d'une mydriase uniquement en 20 à 30 minutes

PUIS

Test à la Phényléphrine à 10%

- Si troisième neurone → dilatation en - de 20 mn
- Si deuxième neurone → dilatation en 20 à 40 mn
- Si premier neurone → dilatation en + de 45 mn



Avant le test



Après le test



D'après L.CAUZINILLE





Un Diagnostic précis difficile

- **Espèces touchées:**
- Le chat- otite dans 80 % des cas(Dubost et Roze) - idiopathique dans 0 à 40 % des cas (Morgan et Zanotti)
- Le chien- idiopathique dans 50 % des cas (Van den Broek, Kern et coll, Morgan et Zanotti, Gelatt





Le pronostic

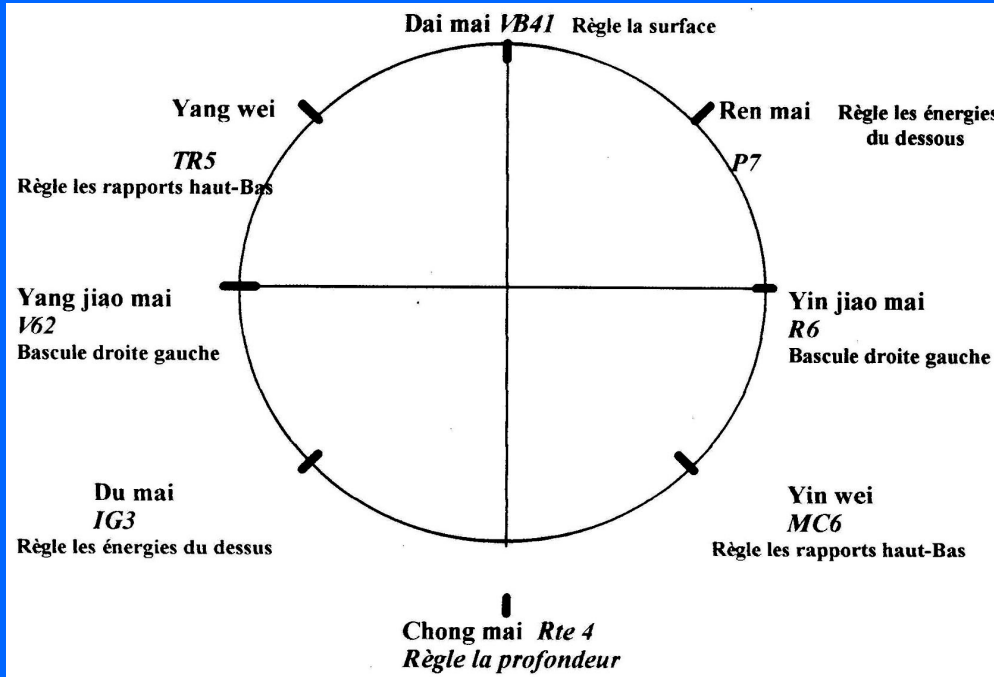
- Est Bon pour la forme idiopathique récupération totale ou partielle, ou non en 8 -16 semaines ou jamais...
- Corrélié à l'origine du syndrome (si déterminée) néoplasie ...
- L'imprécision est due à une lecture partielle du syndrome dans le temps.

Réflexions Vision MTC

- Origine: maux internes ou agression externe?
 - Réversible spontanément dans certains cas,
→ origine énergétique.
 - Analyse du syndrome: excès – insuffisance
 - Affection unilatérale, dysharmonie D-G +
Deuxième feu (feu suzerain)
décodage je ne veux pas voir cela, mais
pourquoi d'un seul oeil.?
- Réel problème énergétique

Proposition de traitement

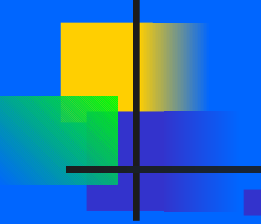
- Remise en circulation de l'énergie
- Gestion des espaces droite gauche merveilleux vaisseaux



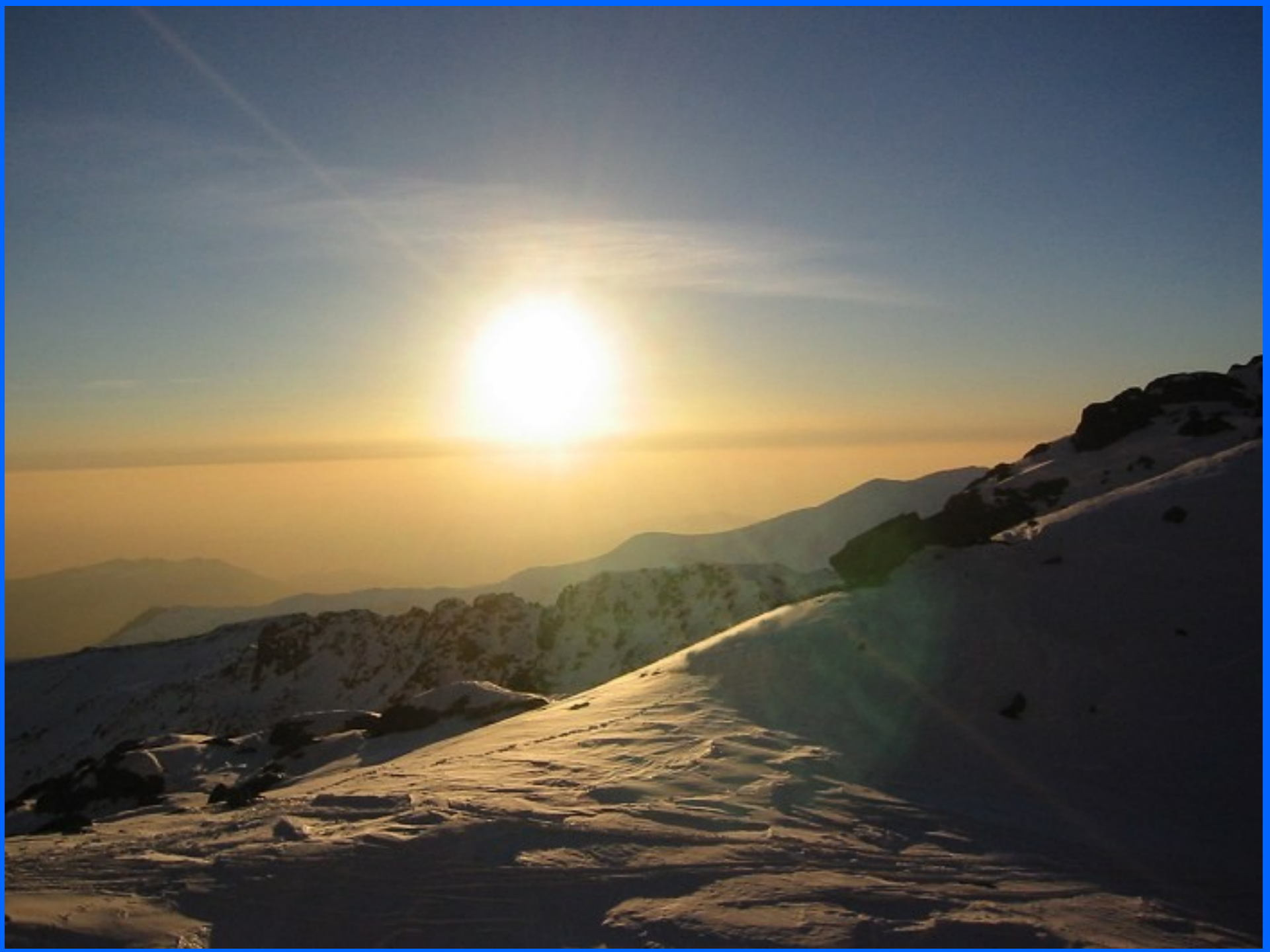
Yang qiao mai et
Yin qiao mai

L'action Yin Yang ortho para va se manifester en fonction de la "cible tissulaire" et n'est pas de type unique.

Système Nerveux Autonome (Vie végétative)	Organes		Viscères		Correspondances somatiques et sensorielles	
	Mouvements	Sphincter	Mouvements	Sphincter	Fonctions	Sphincter
Sympathique	Accélère Yang	Ferme Yang	Modère Yin	Ferme Yang	Accélère Yang	Ouvre Yin
Parasympathique	Modère Yin	Ouvre Yin	Accélère Yang	Ouvre Yin	Modère Yin	Ferme Yang

- 
- YangQM Contrôle tous les Yang sauf le TR, « accélérateur des Yang » (De la Fuye), Point Clé V62 côté droit
 - YinQM « Accélérateur des Yin » contrôle rein et vessie. Point clé R6 coté gauche
 - Les points des affections neurologiques et ophtalmologiques de Borsarello
 - Paralysies faciales: 1 à 5 E, IG16, TR17 & 23, Du mai 27,
 - Spasme des paupières IG 18
 - Hémipplégie :face E2, E36, Rte6, VB 20 complexe ..





La lumière à partir d'un cas clinique

- Historique et anamnèse
- La vision « énergétique »



Le patient

- GAILLUS Golden retriever mâle né en 05/1991 vu le 15/12/1997 avec
 - Enophtalmie droite, marquée avec conjonctivite, procidence de la troisième paupière, photosensibilité moyenne
 - anisocorie, myosis permanent mais avec existence d'un très léger réflexe photo moteur
 - bascule de l'axe optique droit vers le bas 45 °
- Évolution depuis 3 semaines avec diagnostic de Syndrome Bernard Horner posé par un confrère ophtalmologiste avec pronostic très réservé.

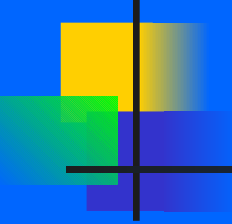


Symptômes associés

- Boiterie ancienne antérieur G 1991
- Kyste apparu sur le doigt V (exérèse chirurgicale) mais gêne persistante.
- Exérèse du métacarpien V (1995)
- Otites récidivantes.
- Boiterie persistante

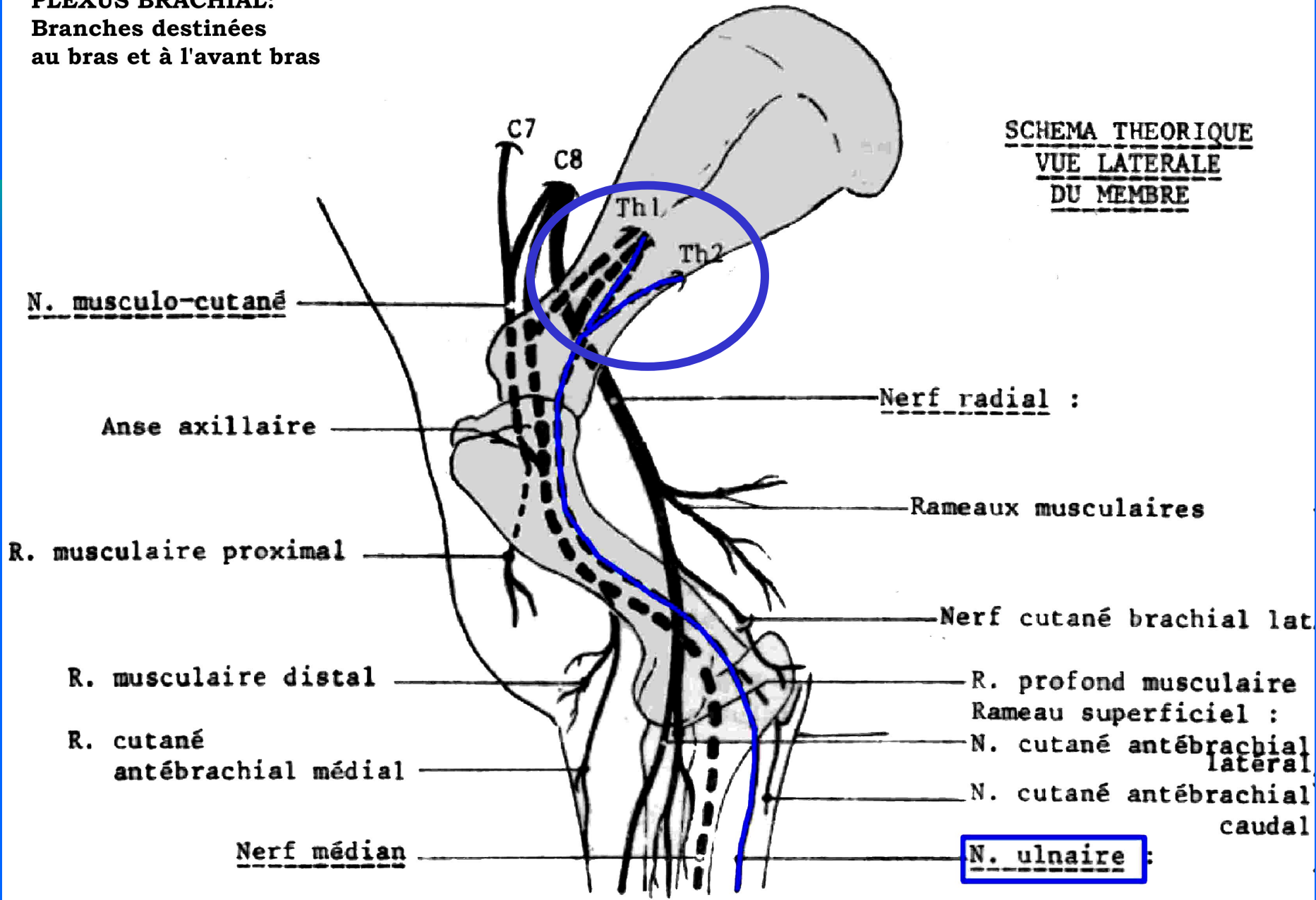
■ Diagnostic

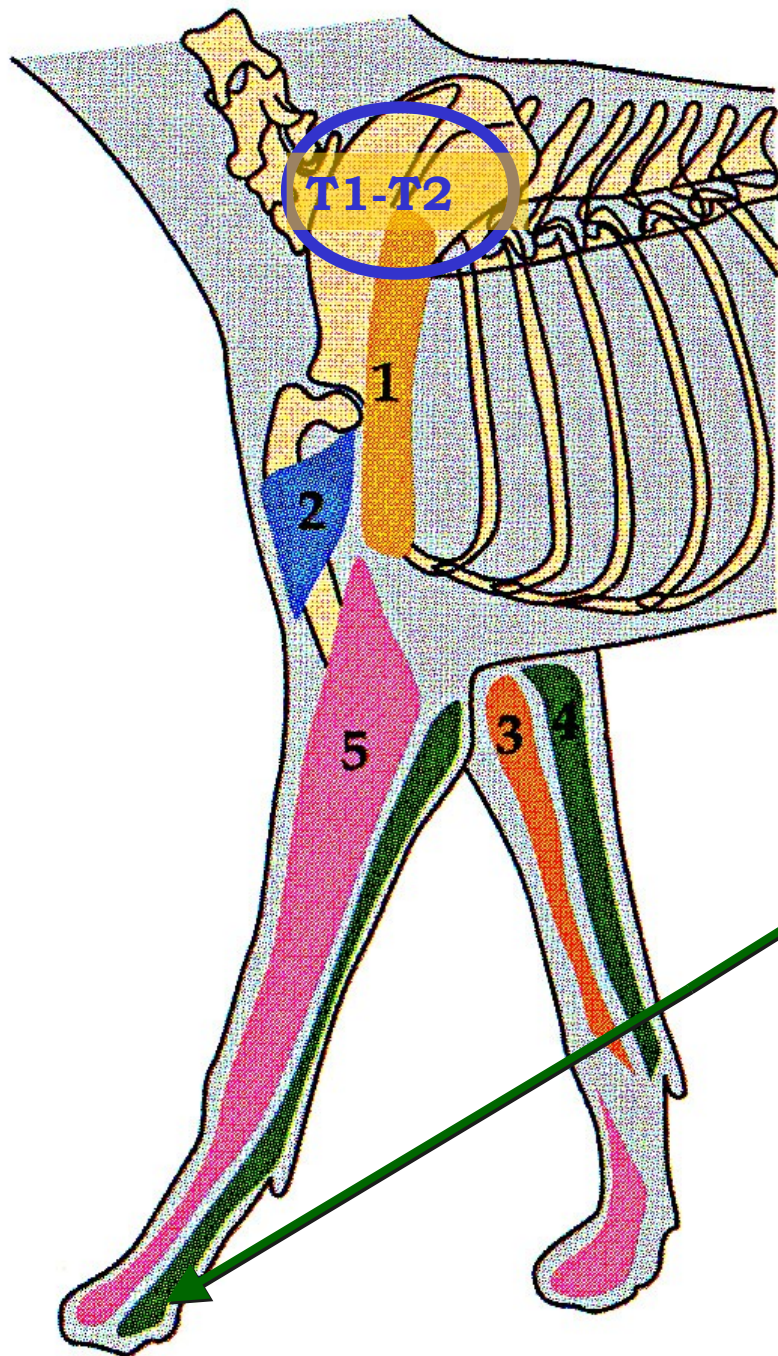
- **CLINIQUE Général:**
 - boiterie associée du membre controlatéral à la lésion ophtalmologique.
 - réflexes normaux sur les deux membres
 - Proprioception bilatérale intacte
- **EXAMENS COMPLEMENTAIRES:**
 - radiographiques
 - tests de mobilité ostéopathiques

- 
- Le membre antérieur:
anatomie neurologique
 - Les dermatomes

PLEXUS BRACHIAL:
Branches destinées
au bras et à l'avant bras

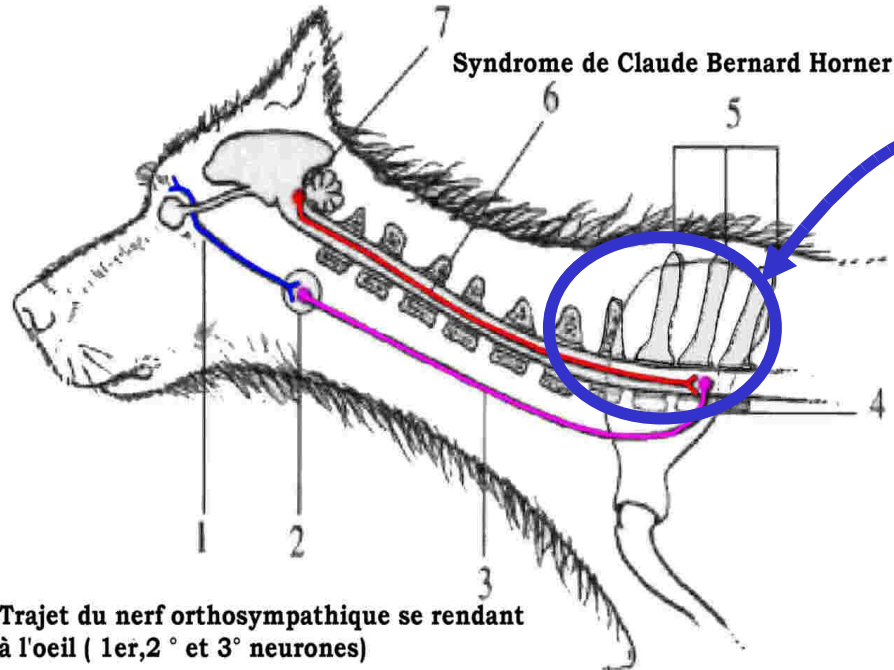
SCHEMA THEORIQUE
VUE LATÉRALE
DU MEMBRE





1. Axillaire
2. Brachiocéphalique
3. Musculocutané
4. Ulnaire
5. Radial

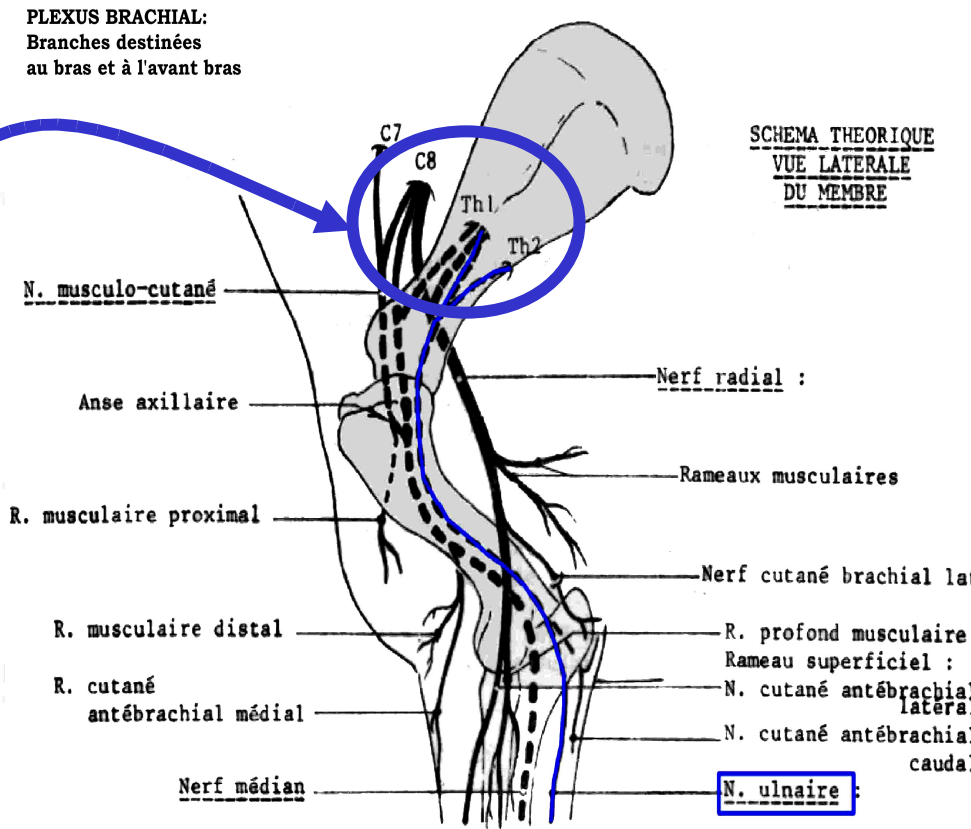
D'après L Cauzinille



Syndrome de Claude Bernard Horner

PLEXUS BRACHIAL:
Branches destinées
au bras et à l'avant bras

**SCHEMA THEORIQUE
VUE LATÉRALE
DU MEMBRE**



Trajet du nerf orthosympathique se rendant à l'oeil (1er,2° et 3° neurones)

- 1/ Troisième neurone; 2/ Ganglion cervical cranial; 3/deuxième neurone (tronc cervical sympathique); 4/rameau communiquant;
- 5/ vertèbres thoraciques (T1,T2,T3); 6/ premier neurone;
- 7/ centre hypothalamique (modifié d'après CLERC [1])

ZONES DES ALTERATIONS POTENTIELLES DES STRUCTURES SYMPATHIQUES

**Un syndrome neurologique et des symptômes mécaniques avec un point central commun :
La zone cervico-thoracique**

INDICATIONS D'UN TRAITEMENT ACUPUNCTURAL ET OSTEOPATHIQUE

- **L'élimination d'une origine sur le premier neurone permet de déduire que l'affection dont souffre ce chien est bien en relation avec une circulation d'énergie perturbée, au niveau synaptique par un déséquilibre yin-yang local, projetée notamment dans la régulation ortho-parasympathique.**
- **Le raisonnement théorique, certainement valable laisse place à la clinique pratique et les points qui en découlent**
- **Un traitement en acupuncture seule aurait pu être mis en place.**
- **Le traitement ostéopathique a été initié de facto lors de la réalisation des tests de mobilité(Test =sans intension, mais...)**

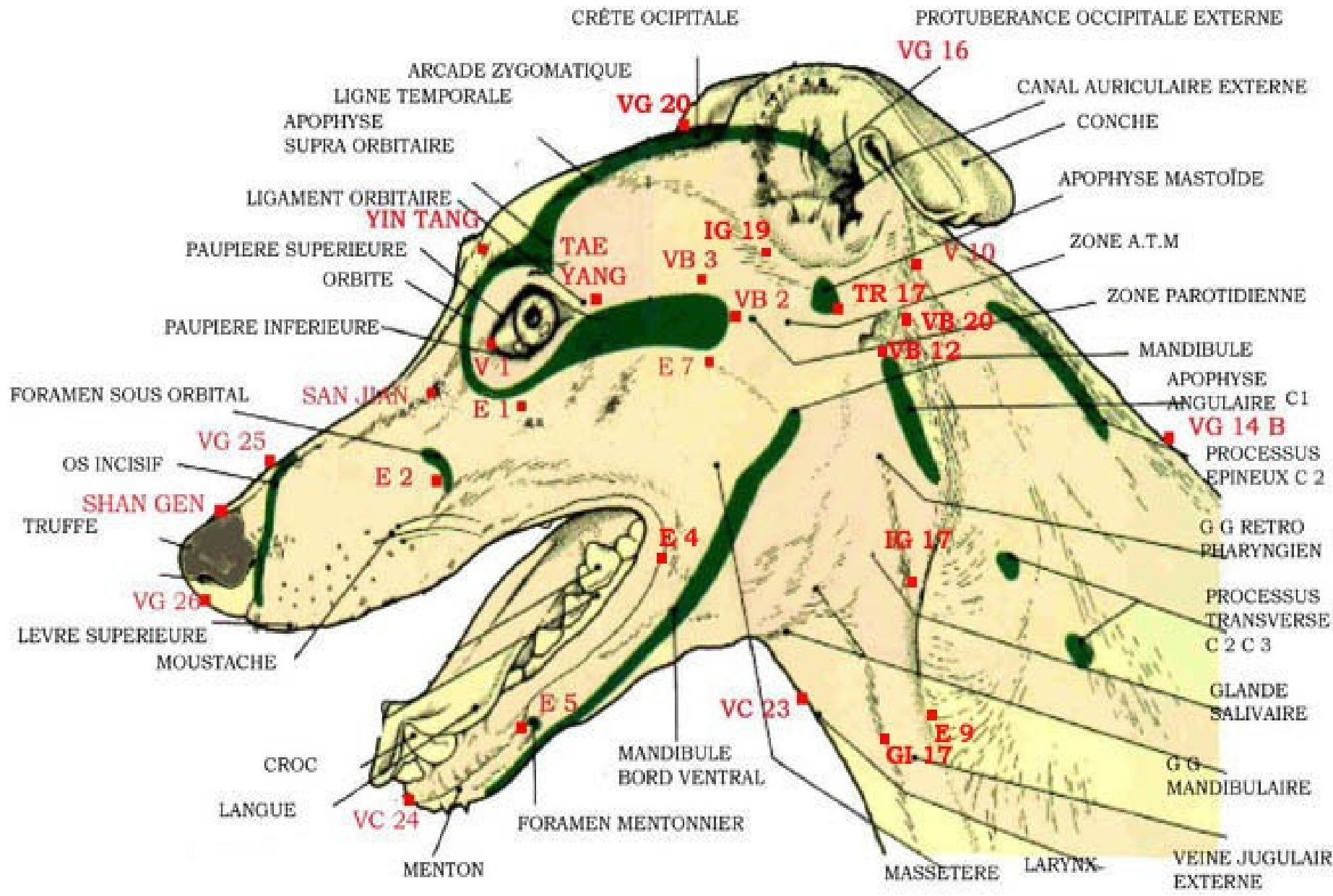


Le traitement en

- ACUPUNCTURE:
 - les points utilisés au niveau de la tête
 - points médians et latéraux coté lésion de l'œil
 - les points utilisés au niveau du membre antérieur
 - points du membre atteint coté opposé à la lésion oculaire

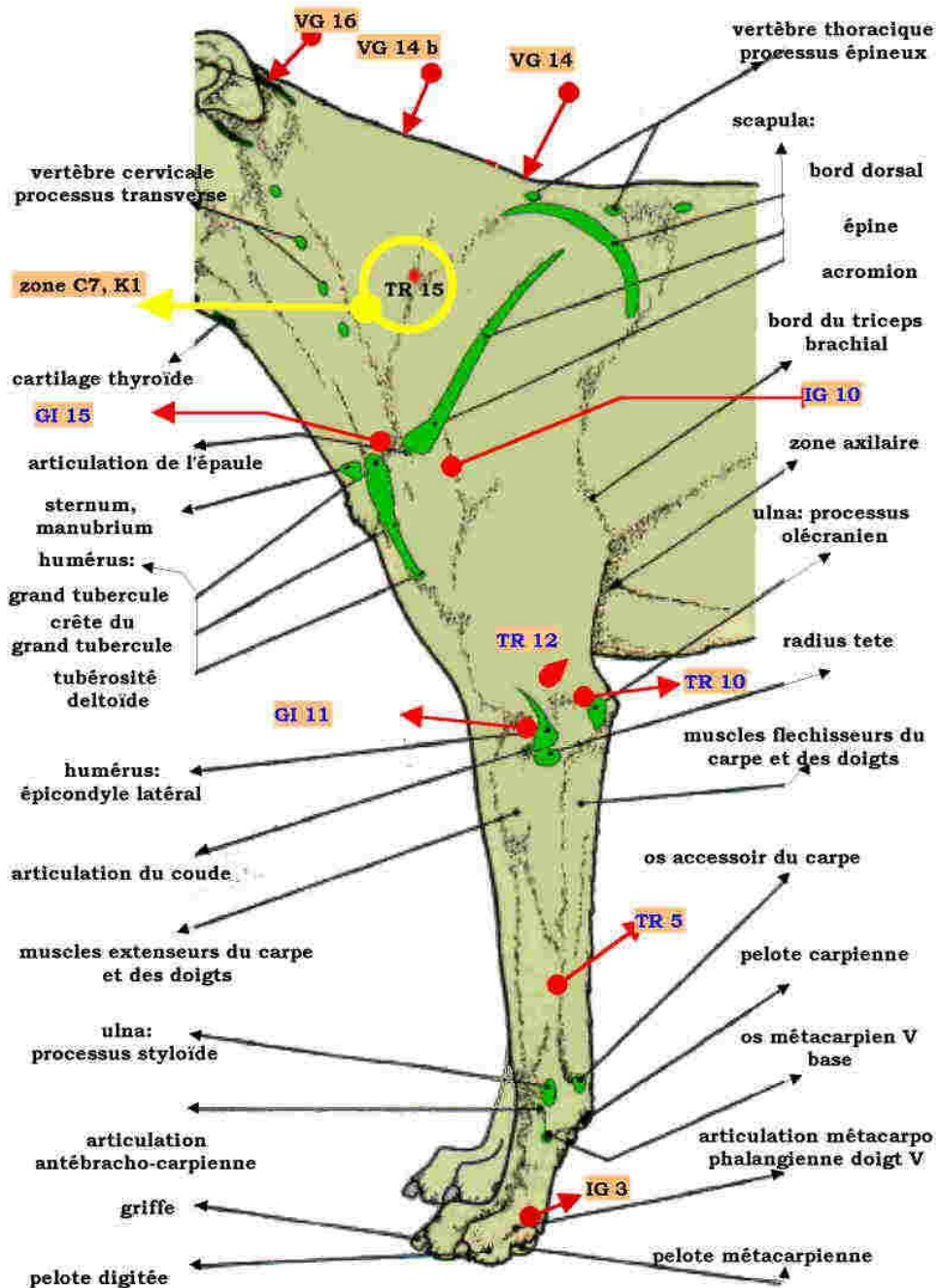
Points de la tête et du cou

V1 œil brillant	HM 3 tae yang
VB 3 Au dessus de la barrière	E 7 En dessous de la barrière
TR 17 Vent pervers	
V 10 colonne du ciel	VB 20 Stagnation du vent
VG 16 Palais du vent	VG 14 Grande vertèbre
VG 14b Résonance du milieu du cou	



Points du Membre antérieur

TR 15 Fosse céleste	IG 10 Répond à la carrure de l'épaule
GI 15 Os de l'épaule	GI 11 Réservoir yang
TR 10 Résonance du coude	TR 5 Extérieur verrouillé
IG 3 Bas du torrent	





Le Traitement

- **OSTEOPATHIE: manœuvres**
 - au niveau du crâne
 - Sutures cranio-faciales, palatines per os .
 - **Extra-crâniennes**
 - cervicales hautes
 - cervicales basses
 - Globale mécanique cranio sacrée, membres.

Nota bene :Les libérations tissulaires sont nettement facilitées après le traitement acupunctural

EVOLUTION

- COURT TERME:(déc97- janvier 98)
 - Amélioration sensible puis rechute à 12 j après traitement.TGO. Récupération totale en 1 mois.
- LONG TERME:
 - Décembre 98: Rechute suite boiterie antérieur Gauche depuis 8 j Traitement VG 16, VG 14 + régulation ostéopathique lombo-sacrée.
 - Novembre 99: Rechute comme en décembre 98 rétrocedant en 8 j à un traitement ostéopathique de la région cervicale haute et basse.
- EPILOGUE: Suivi encore 3 ans avec évolution arthrosique lombaire traitée. Sans rechute pour le Syndrome BH. DCD avril 2002.

Conclusion

- Le syndrome de Bernard Horner est complexe
- La vision allopathique « Newtonienne » n'apporte pas de solution diagnostique complète.
- La réversibilité spontanée montre que le classement dans les neuropathies dégénératives n'est pas satisfaisant.
- La chance d'avoir rencontré des symptômes neurologiques associés à des symptômes mécaniques PR2EXISTANTS et leur résolution rapide après traitement permet d'orienter notre traitement (après diagnostic d'exclusion) vers une thérapie énergétique lorsqu'on est en présence d'un syndrome idiopathique comme par exemple un syndrome de Claude BERNARD - HORNER.



THESE-Année 2005

Contribution à l'étude du syndrome de Claude Bernard-Horner : étude rétrospective de 32 cas observés à l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort entre 1997 et 2002

■ David, Guillaume Troyano