

Figure 8.154. Veines superficielles du cou.

Veines jugulaires antérieures

Les **veines jugulaires antérieures**, bien que variables et inconstantes, sont habituellement décrites comme drainant la partie antérieure du cou (figure 8.154). Ces veines paires, qui débutent sous la forme de petites veines, se forment au niveau ou juste au-dessus de l'os hyoïde. Une fois formée, chaque veine jugulaire antérieure descend de chaque côté de la ligne médiane du cou.

Dans la partie inférieure, au contact de l'insertion distale du muscle sternocléidomastoïdien,

chaque veine jugulaire antérieure traverse la lame périphérique du fascia cervical pour s'aboucher dans la veine subclavière. Parfois, la veine jugulaire antérieure peut s'aboucher dans la veine jugulaire externe immédiatement avant la confluence entre la veine jugulaire externe et la veine subclavière.

Les veines jugulaires antérieures droite et gauche communiquent souvent ensemble, par une **arcade veineuse jugulaire** dans l'aire de l'incisure suprasternale.

En clinique

Plans fasciaux de la tête et du cou

Le cou contient une série de compartiments, qui sont entourés par un dense fascia. Tous ces compartiments sont entourés par la lame superficielle du fascia cervical. D'un point de vue clinique, l'importance de ces compartiments est mise en évidence par

la possibilité pour une infection de s'étendre dans un compartiment ou dans un espace entre les différentes couches du fascia. Par exemple, si l'infection survient dans l'espace prétrachéal, elle peut s'étendre vers le bas jusqu'au médiastin supérieur et en avant vers le péricarde.

En clinique

Voie veineuse centrale

Dans la majorité des cas, les accès veineux périphériques au membre supérieur ou au membre inférieur seront suffisants pour administrer les médicaments et les fluides par voie intraveineuse, et pour obtenir du sang pour analyse. Dans certaines circonstances, il est nécessaire de placer des cathétères de plus grand diamètre dans les veines centrales, par exemple pour l'administration de médicaments qui ont tendance à provoquer des phlébites, ou bien pour la nutrition parentérale ou la dialyse.

La « ponction à l'aveugle » de la veine subclavière et de la veine jugulaire pour obtenir un accès veineux central est utilisée en pratique courante. Cependant, la ponction de la veine subclavière n'est pas exempte de complications. Comme la veine subclavière passe en dessous et en arrière de la clavicle, elle passe en dessous et en arrière de la clavicle, elle passe au-dessus de l'apex du poumon. Tout défaut de

positionnement d'une aiguille dans ou à travers cette structure peut traverser la plèvre apicale, et produire un pneumothorax. Une ponction artérielle par inadvertance ou une plaie veineuse peuvent également produire un hémopneumothorax.

La ponction de la veine jugulaire interne (figure 8.155) comporte des risques moins élevés, mais l'hématome local et les lésions de l'artère carotide constituent d'importantes complications.

En pratique courante, il est possible d'identifier les gros vaisseaux par l'utilisation de l'échographie, pour obtenir un accès veineux central sous contrôle direct en évitant les complications.

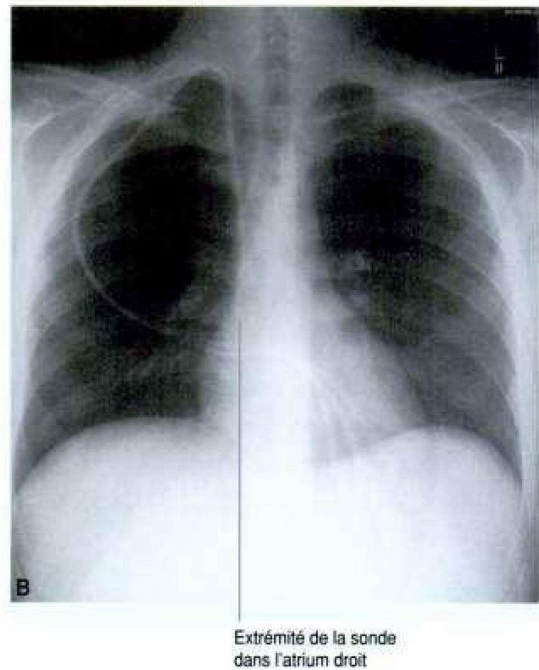
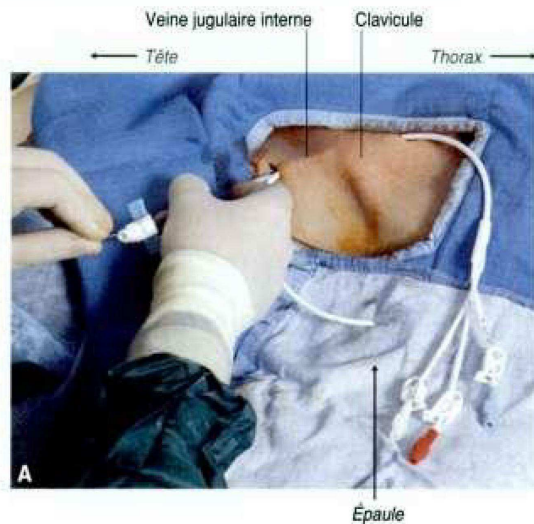


Figure 8.155. Cathétérisme veineux central au cou. **A.** Repères cliniques et techniques. **B.** Radiographie pulmonaire de contrôle montrant que l'extrémité du cathéter est dans l'origine de l'atrium droit.