

NEUROPATHIES PÉRIPHÉRIQUES ACQUISES

Pr.M'zahem

I- Introduction:

- NP: Altération de fonctions du SNP.
- simple atteinte d'1 tronc nerveux a une atteinte diffuse du SNP.
- Diagnostic+ est clinique et electro myographique.
- Elles relèvent d'étiologies très variées: toxique, MDCT, Vascularite.
- Le TRT reste essentiellement symptomatique et étiologique.

II- Aspect anatomopathologique des PN

2 grands types :

1/Neuropathies axonale :

- Les lésions intéressent primitivement l'axone ou le corps cellulaire du neurone.
- Les lésions myéliniques se constituent secondairement.

Les vitesses de conduction nerveuses restent longtemps préservés tandis que les potentiels d'action sont d'amplitude réduite.

2/Neuropathies démyélinisante :

Les lésions primitives des cellules de schwann et la myéline d'un nœud de Ranvier à l'autre.

Test : Polynévrite diphtérique, syndrome de Guillem Barré.

Les vitesses de conduction nerveuse sont diminuées parfois même effondrées

III/ Démarche diagnostique :

- Confrontation d'un tableau clinique et électro physiologique à des causes potentielles.
- Parfois aucune étiologie n'est retenue.
- D'autres fois plusieurs étiologies peuvent rendre compte d'une même symptomatologie clinique.

IV/ PNP

1/ Clinique :

- interrogatoire: mode d'installation, signes subjectifs et ATCD.
- Examen clinique: syndrome neurogène périphérique fait de signes sensitifs, moteurs ou végétatifs de systématisation périphérique.
- ENMG:
 - Confirme l'atteinte neurogène périphérique.
 - Contribue au diagnostic topographique.
 - Précise le mécanisme pathogénique: axonal ou démyélinisant.
 - A l'issue de cette étape clinique, un diagnostic topographique peut être établi.
 - Polyneuropathie:
 - Signes bilatéraux, symétriques et distaux touchant les MI puis les MS.
 - À prédominance motrice ou sensitive selon les cas.
 - Mono neuropathie ou mono neuropathie multiple:
 - S. cliniques dans le territoire d'un ou de plusieurs troncs nerveux. Les MNP sont principalement compressives.
 - Mécanismes ischémiques dans le cadre des vascularites.

PRN:

Déficit proximo-distal symétrique, plus rarement multifocal d'installation aiguë (< 1 mois), subaiguë ou chronique (> 2 mois) d'étiologie souvent inflammatoire.

Neuronopathies:

Ganglionopathies (sensitives): symptomatologie exclusivement sensitive. Maladies du motoneurone (motrice pure).

2/PNP aiguës

A/ Axonales :

■ Symétriques:

Forme axonale de GB:1 – 3 % des cas de SGB.

- Souvent précédées d'une infection à campylobacter jéjuni ou à CMV.
- Présence d'Ac sériques IgG anti GM1.
 - Forme axonale de GB:1 – 3 % des cas de SGB.
- Souvent précédées d'une infection à campylobacter jéjuni ou à CMV.
- Présence d'Ac sériques IgG anti GM1.

■ .Asymétriques:

• Vascularites :

- La NP peut être révélatrice de la vascularite ou compliquer une vascularite déjà connue.
- Il s'agit de MNM.
- NP asymétrique, sensitivomotrice de distribution tronculaire :
 - ❑ Signes sensitifs au 1e plan: douleurs insomniantes, paresthésies, brûlures, dysesthésies. SPE (90%), SPI (40%), cubital (40%) ou médian (25%), + rarement le radial.
 - ❑ L'atteinte motrice est souvent secondaire + amyotrophie.
 - ❑ L'extension de voisinage aboutit à un tableau de PNP.
- La F sensitive pure se voit dans 15% des cas.
- La F aiguë est une véritable urgence thérapeutique pour limiter la diffusion de l'atteinte et l'extension à d'autres organes.

• Particularités étiologiques:

- *PAN: NP présentes dans 40 – 75 % des cas, parfois infracliques ou inauguraux ds 50% des cas.
- *Granulomatoses de Wegener: NP dans 25 – 44% tardive et moins sévère.
- *Churg et Strauss: NP ds 40- 60%
- *Gougerot Sjogren: ganglionopathies et atteinte des N crâniens.
- *LED:PNP dans 5 à 25% des cas, svt asymptomatiques.
- *PR: 5-10%.

• TRT étiologique.

• B / Démyélinisantes :

- Symétriques : Syndrome de Guillain-Barré:

3/NP subaiguës

• A / Axonales :

• Symétriques :

« Métaboliques et carencielles : Diabète, IRC, hypothyroïdie, causes alcoolocarentielles...etc. »

• A/NP diabétique:

- 1e cause de NP dans le monde.

On distingue:

- Neuropathies longueur- dépendantes à prédominance sensitive ou polynévrite diabétique.
- la neuropathie végétative
- les neuropathies focales et multifocales.

-Elle augmente avec la durée du diabète (à partir de 05ans).

- Elle peut révéler un diabète type II qui peut évoluer 12 à 15 ans sans être découvert.

- La qualité de l'équilibre glycémique est également déterminante dans l'apparition de la NP.

Polynévrite diabétique ou poly neuropathies distales symétriques:

- ❑ Touche 80% des diabétiques.
- ❑ Peut être asymptomatique ou révélée par un examen systématique ou des troubles trophiques.
- ❑ Souvent, il s'agit d'une atteinte sensitive isolée.

- Mono neuropathie: La plus fréquente concerne le nerf médian au niveau du canal carpien. Souvent l'atteinte est bilatérale.

Polyneuropathie : Il s'agit de PN à prédominance sensitive, distale, symétrique

- Ces NP hypo thyroïdiennes s'améliorent sous traitement substitutif

□ **-G/NP de l'insuffisance rénale chronique:**

- L'aspect habituel est celui d'un PN distale, symétrique, essentiellement sensitive et motrice, atteignant + les membres inférieurs que les membres supérieurs.

- Les symptômes initiaux: paresthésies, dysesthésies douloureuses.

□ **H/toxiques et médicamenteuses:**

-Souvent dose dépendantes, sensibles.

-Plusieurs médicaments peuvent être en cause

-Le meilleur argument reste la régression à l'arrêt du TRT

• **Asymétriques :**

-Vascularites.

-Lyme.

-Diabète.

-Paranéoplasiques

□ **VIH:**

- L'atteinte asymétrique est rare faite d'une MNM d'installation rapide touchant surtout: sciatique, crural, cubital et parfois les N crâniens.

- LCR: Hyperprotéinorachie + réaction lymphocytaire discrète.

■ Peut être en rapport avec le V lui-même, les infections opportunistes ou aux anti rétroviraux.

□ **Lèpre :**

- MNP simple ou multiple.

- Hypertrophie N douloureuse à la palpation.

- Atteinte distale localisée aux Nerfs superficiels: cubital, Tibial post, radial, VII, V et médian (par ordre de fréquence).

- Des troubles végétatives et amyotrophie peuvent être présents.

- Dgc: séjour en zone d'endémie; incubation 3 – 12 ans.

• **B/ démyélinisantes :**

❖ **Symétriques:**

- PRN subaiguës.

❖ **Asymétrique :**

- PRN chronique :D'évolution lentement progressive ou à rechutes.

4/PNP CHRONIQUES

□ **NP chroniques axonales**

❖ **Symétriques:**

- Métaboliques.

- Toxiques.

- Héritaires

❖ **Asymétriques:**

- Vascularites

□ **NP chroniques démyélinisantes**

❖ **Symétriques:**

- PRNC.

- Héritaires.

- Gammopathies monoclonales à IgM anti MAG:

- PNP sensitive pure ou à prédominance sensitive.

- Début insidieux et évolue de façon chronique chez un homme de 50 à 70 ans caractérisé par:

■ **Asymétriques:** PIDC HNPP. NMMBC.