Neuropathies périphériques acquises

I- Introduction:

-NP:Altération de fonctions du SNP.

-vont de la simple atteinte d'1 tronc nerveux a 1e atteinte diffuse.

-Dgc+ est clinico-electromyographique.

-Elles relèvent d'étiologies très variées:toxique,MDCT,Vascularite.

-Le TRT reste essentiellement symptomatique et étiologique.

II- Aspect anatomopathologique des PN

2 grands types :

- **Neuropathies axonale :**

  - Les lésions intéressent primitivement l'axone ou le corps cellulaire du neurone.

  - Les lésions myéliniques se constituent secondairement.

  La conduction peut persister plusieurs jours après une section nerveuse.

  Axonopathie distale rétrograde : observée dans les polyneuropathies toxiques, métaboliques ou génétique.

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

- <u>Neuropathies démyélinisante</u> :

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

Vitesse de conduction nerveuse sont diminuées.

L'intégralité d'atteinte des fibres expliquant le caractère étalé « hétérochrone » du potentiel d'action.

- / 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.

- **/ 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.

PNP

- Ainsi, on peut être face à:
  - Polyneuropathie:
    - Signes bilatéraux, symétriques et distaux touchant les MI puis les MS.
    - À prédominance motrice ou sensitive selon les cas.
    - Étiologie: toxique, carentielle ou métabolique.
  - Mononeuropathie 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.

PNP

- PRN:
  - Déficit proximodistal 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).

PNP aigues

- Neuropathies Aiguës :

- **A/ Axonales :**
  - Symétriques:
  - Porphyrie:

-Anomalie du métabolisme des porphyrines, précurseurs de l'hème.

-Se manifestent par des crises aiguës réalisant typiquement la triade: s.abdomoinaux, troubles psychiques et signes neurologiques ».

-PRN aiguë motrice essentiellement.

PNP AIGUES

- 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.

PNP AIGUE

-Début: soit aigu, bruyant ou subaigu chez un homme de plus de 50 ans ou plus progressif chez les sujets âgés.

-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 aiguë est une véritable urgence thérapeutique pour limiter la diffusion de l'atteinte et l'extension à d'autres organes.

PNP AIGUE

- TRTétiologique.
- Corticotherapie.
- Immunosuppressurs.
- TRT SYMPTOMATIQUE

PNP AIGUES

- **B / Démyélinisantes :**
  - Symétriques :

Syndrome de Guillain-Barré:

NP subaiguës

- **A / Axonales :**

Symétriques :

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

- NP diabétique:

- 1e cause de NP dans le monde.

PNP SUBAIGUES

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

-Prévalence: 5% à 60%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.

PNP SUBAIGUES

- **Polynévrite diabètique ou polyneuropathies distales symétriques:**
  - Touche 80% des diabétiques.
  - Peut être asymptomatique ou révélée par un examen systématique ou des tr trophiques.
  - Souvent, il s'agit d'une atteinte sensitive isolée.
  - L'atteinte débute souvent par une atteinte des petites fibres myéliniques et des fibres amyéliniques responsable d'une hypoesthésie thermoalgésique , de brûlures parfois très invalidantes et de paresthésies d'abord distales aux extrémités des pieds avec extension puis atteinte des grosses fibres myélinisées entrainant des troubles de la sensibilité proprioceptive.

PNP SUBAIGUES

- **Traitement :**

  - Le plus souvent, les antalgiques banals ne sont pas efficaces.

  - Le trt est celui d'une dlr neuropathique (antidepresseurs tricycliques, antiépileptiques comme la prégabaline et la carbamazépine, certains opioïdes comme le tramadol).

  - Traitement de l'hypotension orthostatique:

    -N'est justifié que lorsqu'elle s'accompagne de manifestations fonctionnelles.

    -Le port de bas de contention, la DHE, fludrocortisone,heptaminol.

PNP SUBAIGUES

- NP alcooliques et carentielles :

- Les neuropathies nutritionnelles représentent un problème de santé publique.

- Les causes invoquées st une toxicité directe de l'alcool et une carence vitaminique (en thiamine ou) par malabsorption

PNP SUBAIGUES

- Le dénominateur commun de ces NP est le caractère axonal d'une PNP sensitive le + souvent ou sensitivomotrice .
- Cliniquement:

  -Les symptômes sont distaux et symétriques aux membres inferieurs.

  -Le début est le plus souvent insidieux, peut être subaigu ou chronique.

PNP SUBAIGUES

- « crampes musculaires nocturnes, dlr des pieds et des mollets, allodynies , hypoesthésie à tous les modes des orteils et des pieds, des dysesthesies douloureuses nocturnes à type de brulures : syndrome des pieds brulants »

-Traitement et pronostic : L'administration de Chlorhydrate de thiamine par voie IV ou IM puis relais par la voie orale pendant plusieurs semaines.

PNP SUBAIGUES

- L'arrêt impératif des abus et la reprise d'une alimentation équilibrée.
  Pour les crampes : les dérivés de la quinine.
- Pour les paresthésies : les antiépileptiques.
- Souvent les manifestations motrices récupèrent plus rapidement.

PNP SUBAIGUES

- Carence en vit B1:

- Le béribéri est une entité clinique due à une carence en vitamine B1.

- Cette NP s'exprime de manière très similaire à la PN alcoolique avec des symptômes distaux et symétriques aux membres inférieurs à progression proximal.

- Traitement : Administration de thiamine

- Traitement des troubles sensitifs et moteurs.

PNP SUBAIGUES

- PN par carence en cobalamine :

- La cause habituelle de la carence en vitamine B12 est le déficit chronique en facteur intrinsèque de l'anémie pernicieuse de Biermer.

- La fréquence de la carence en vitamine B12 est estimée à 15 % de la population âgée.

- Etiologies : suite à une résection gastrique, mdie de Crohn, Whipple, lors d'une interaction avec certains médicaments.

PNP SUBAIGUES

- NP par carence en vitamine B6 ou pyridoxine

- Les neuropathies sont des polyneuropathies sensitives distales se manifestant par des brulures de la plante des pieds, les douleurs étant souvent insomniantes.

- Des signes moteurs apparaissent secondairement et sont discrets.

- Elles sont surtout induites par l'isoniazide, la penicillamine .

PNP SUBAIGUES

- Neuropathie thyroïdienne :

- Hypothyroïdie:

- Mononeuropathie: La plus fréquente concerne le nerf médian au niveau du canal carpien.

- Souvent l'atteinte est bilatérale.

- Elle touche 15 à 25 % des patients en hypothyroïdie.

PNP SUBAIGUES

- Polyneuropathie : Il s'agit de PN à prédominance sensitive, distale, symétrique
- Ces NP hypothyroidiennes s'améliorent sous traitement substitutif.
- 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.

PNP SUBAIGUES

- toxiques et médicamenteuses:

-Souvent dose dépendantes, sensitives.

-Plusieurs médicaments peuvent être en cause

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

PNP SUBAIGUES

- Asymétriques :

-Vascularites.

-Lyme.

-Diabète.

-Paranéoplasiques.

PNP SUBAIGUES

- VIH:
  - Le + svt PNP symétrique, distale, axonales et sensitive.
  - L'atteinte asymétrique est rare faite d'une MNM d'installation rapide touchant surtout: sciatique, crural, cubital et parfois les N crâniens.
  - LCR: H+ protéinorachie + réaction lympho discrète.
  - Peut être en rapport avec le V lui-même, les infections opportunistes ou aux anti rétroviraux.

PNP SUBAIGUES

- **B/ démyélinisantes :**

❖ Symétriques:

- PRN subaiguës.

❖ Asymétrique :

- F multifocales de PRN (PIDC ?) :D'évolution lentement progressive ou à rechutes.

-

PNP CHRONIQUES

- NP chroniques axonales
- Symétriques:
  - Métaboliques.
  - Toxiques.
  - Héréditaires
- Asymétriques:
  - Vascularites
  - Lyme.

PNP CHRONIQUES

- NP chroniques démyélinisantes
- Symétriques:
  - PRNC.
  - Héréditaires.
  - Gammapathies monoclonales à IgM anti MAG:
    - PNP sensitive pure ou à prédominace sensitive.
    - Début insidieux et évolue de façon chroniqe chez un homme de 50 à 70 ans caractérisé par: