

POLYNEUROPATHIE PÉRIPHÉRIQUE

S. Petitpierre

Patient de 60 ans

- BSH, excepté hyperuricémie et hypercholestérolémie
- **Printemps 2006**: sensations de **débattue-fourmillements** au niveau des deux pieds, principalement en position couchée ou assise, pas de symptômes moteurs. Dans le doute, arrêt du pravalotin
- Symptômes d'abord localisés très distalement puis remontent progressivement jusqu'aux genoux en janvier **2008**
- Décrit des fasciculations dans le même territoire
- Absence d'anamnèse familiale positive pour une neuropathie

Status en janvier 2008

- Réflexes achilléens abolis.
- Pallesthésie 4/8 aux malléoles avec qq erreurs du sens postural.
- Pas de parésie au testing segmentaire. Pas d'anomalie de la marche talon-pointe ou accroupissement.
- Discrète instabilité au Romberg.

Bilan complémentaire

- **ENMG**: réduction importante homogène des vitesses de conduction nerveuse avec prolongation des latences distales et réduction moindre des amplitudes. Les réponses évoquées sensibles du nerf sural sont abolies. Les réponses tardives spinales (ondes F) sont également abolies. Variation physiologique de l'intervalle RR à l'hyperpnée. Réponse sudoromotrice diminuée à la stimulation sonore (pied).

Conduction Nerveuse Motrice

Nerf(s) → recueil(s)	Stimulation	Distance	Latence	Amplitude	Surface	% prox/dist	Durée	Vitesse (m/s)
Péronier.D → Extensor digitorum brevis.D								
	Ankle	90	8.6	2.2	6.2		5.5	
	Below knee	280	21.9	2.2	6.8	109.4	6.9	21.0
	Fibula (head)	40	23.2	2.0	5.5	80.5	6.1	30.7
	Knee	40	24.8	1.8	4.9	88.4	5.7	25.0
Tibial.D → Abductor hallucis.D								
	Ankle	130	10.4	1.0	6.1		23.5	
	Popliteal fossa	355	27.4	0.8	6.5	106.3	20.7	20.8
Tibial.G → Abductor hallucis.G								
	Ankle		11.3	1.6	12.2		21.7	
Médian.D → Abductor pollicis brevis.D								
	Poignet		5.5	5.0	33.6		15.1	
	Coude	250	15.9	3.9	31.4	93.4	17.4	24.0
Ulnaire.D → Abductor digiti minimi (manus).D								
	Poignet	80	4.2	5.1	36.6		14.1	
	Sous-coude	230	13.6	3.6	29.8	81.2	18.2	24.4
	Sus-coude1	70	15.4	2.9	26.5	88.9	20.5	38.8

Réponses tardives spinales (ondes F)

Nerf(s) → recueil(s)	Latence min (ms)	Latence max (ms)	Persistence (%)	Latence F-M (ms)
Péronier.D → Extensor digitorum brevis			0	
Médian.D → Abductor pollicis brevis			0.0	
Ulnaire.D → Abductor digiti minimi (manus)			0	

Conduction Nerveuse Sensitive

Nerf(s) → recueil(s)	Distance (mm)	Latence (ms)	Amplitude (µV)	Vitesse (m/s)
Stimulation				
Sural.D → Ankle.D				
	Lower leg		0	
Superficial peroneal.D → Ankle.D				
	Lower leg	115	5.7	20.3

Bilan complémentaire

□ **Bilan biologique normal:**

VS, FSC, TP, PTT; Na, K, Glucose, créat, CRP;
tests hépatiques, folates, vit B12, B1, B6, E, TSH,
T4I, HbA1c

Immunologique: FR, ANA, ANCA, nég, Pas de
gammopathie monoclonale

Sérologie Lyme, syphillis

Auto-anticorps anti-neuronaux (Hu, Ri, Yo)

Diagnostic retenu

- **Polyradiculonévrite chronique
(PRNc, selon critères AIDS task force 1991)**

Traitement et évolution

- **Prednisone** 10 puis 40 mg/j et **azathioprine** 150 mg/j
- Intolérance hématologique de l'azathioprine → stop fin mai
- Nouvelle péjoration des symptômes sensitifs des MI, réveillant le patient
- Introduction de **mycophenolate mofetil**
- Péjoration des symptômes → ajout de Lyrica

Traitement et évolution

- Persistance des dysethésies douloureuses aux MI, aggravation subjective de l'instabilité à la marche
- au status: épreuve de Romberg et marche du funambule instable. Apallesthésies aux malléoles externes.
- → Arrêt du mycophenolate mofetil, ad **lvlg** (170 g cure 4 j en novembre 2008)

Traitement et évolution

- 2 semaines après la cure d'Ig: Amélioration subjective des dysesthésies selon le patient et au status: amélioration Romberg et funambule, hypopallesthésie 3/8 aux malléoles
- Mars 2009: réapparition des douleurs et nouvelle péjoration au status (Romberg, funambule, pallesthésie), hyporéflexie actuellement rotulienne
- → nouvelle cure d'Ig, avec nouvelle amélioration

Traitement et évolution

- Nouvelle péjoration des symptômes sensitifs associé à l'apparition d'une discrète **parésie** des MI
- → 3^{ème} cure d'Ivlg.
- Péjoration clinique: persistance des douleurs, lourdeur des MI, « impression que les marches d'escaliers sont de plus en plus hautes », confirmé par une péjoration de l'examen clinique avec parésie des MI.

Traitement et évolution

- → introduction de **ciclosporine**, malgré syndrome métabolique du patient qui a nécessité adaptations médicamenteuses.
- Evolution favorable avec diminution des symptômes sensitifs et stabilisation de l'atteinte motrice. Au status force idem, amélioration de l'équilibre, et de la pallesthésies.