

# **LE SYNDROME NEUROGENE PERIPHERIQUE**

## **I-Introduction**

Le syndrome neurogène périphérique correspond aux symptômes et signes cliniques se manifestant lors des maladies du système nerveux périphérique. Ces symptômes sont liés à l'atteinte du neurone périphérique à partir de son origine (au niveau de la corne antérieure de la moelle épinière (motoneurone), au niveau du ganglion spinal (neurone sensitif) et au niveau des noyaux des nerfs crâniens) jusqu'à sa terminaison (trons nerveux)

### **1. Clinique**

Les atteintes des nerfs périphériques peuvent être :

- limitées à un seul nerf : lésion tronculaire, mononeuropathie habituellement d'origine compressive.
- l'atteinte limitée à une racine, lésion radiculaire souvent la conséquence d'un conflit discal au niveau vertébral.
- l'atteinte peut intéresser l'ensemble de racines constitutives d'un plexus, lésion plexique ou encore plusieurs trons nerveux, de façon asymétrique constituant une multinévrite.
- diffuse et de répartition distale, sensitivo-motrice, prédominant aux membres inférieurs, il s'agit d'une polyneuropathie (polynévrite). les symptômes sensitifs positifs (paresthésies, dysesthésies, troubles sensitifs subjectifs distaux, douleurs)
- enfin, diffusée à l'ensemble des nerfs et racines, il s'agit d'une polyradiculonévrite.

### **2. Examens complémentaires**

L'examen électrique des nerfs et des muscles (électromyogramme) permet au mieux de préciser le type de la lésion nerveuse périphérique.

### **3. Anatomopathologie**

Dans de rares cas, notamment dans les atteintes diffuses, une biopsie neuromusculaire peut être utile.

Le syndrome neurogène périphérique est caractérisé par l'ensemble des symptômes liés à l'atteinte du neurone moteur périphérique.

- La paralysie motrice en constitue l'élément majeur : le déficit de la force musculaire sera apprécié par le bilan musculaire (testing). Le mode d'installation, la topographie et l'existence et la répartition des signes sensitifs associés orienteront le diagnostic.
- Il existe une hypotonie, la paralysie est flasque.
- Les réflexes tendineux sont diminués ou abolis dans les territoires correspondants.

- L'amyotrophie, conséquence de la dénervation, se développe de façon plus ou moins marquée selon le degré de l'atteinte nerveuse périphérique.
- Les crampes ne sont pas rares, les fasciculations sont, elles, plus fréquemment observées dans les atteintes chroniques de la corne antérieure de la moelle.
- Des troubles vasomoteurs avec œdème et cyanose et des troubles trophiques

## **II-Les atteintes diffuses (Polyneuropathies)**

### **• Les polyradiculonévrites**

#### **Ce qu'il faut comprendre**

Les fibres nerveuses sont atteintes de façon globale, tant au niveau des racines que des extrémités distales, le fait le plus caractéristique est donc la possibilité d'atteinte des muscles faciaux et respiratoires (facteurs du pronostic vital immédiat).

#### **Ce qu'il faut savoir**

L'installation peut être rapide comme dans le syndrome de Guillain-Barré, caractérisé donc par la survenue en quelques jours d'un déficit sensitivo-moteur des 4 membres, distal et proximal. L'extension aux nerfs crâniens se manifeste par une paralysie faciale bilatérale et une atteinte des muscles oculomoteurs, une surveillance attentive de la déglutition est nécessaire. Les muscles respiratoires peuvent aussi être touchés, nécessitant une surveillance quotidienne rigoureuse. Tous les réflexes tendineux sont abolis. Il existe souvent une hyperprotéinorachie isolée sans élévation du nombre des cellules (dissociation albumino-cytologique). La récupération est rapide dans la majorité des cas.

### **• Les polynévrites**

Elles résultent d'une atteinte diffuse du système nerveux périphérique en général en rapport avec une maladie générale (carences, diabète, etc ...).

Toutes les fibres contenues dans le nerf sont touchées, les plus longues souffrent néanmoins en premier, ce qui explique la topographie distale de l'atteinte sensitive et motrice.

Il faut rechercher une cause générale susceptible d'altérer la physiologie de l'axone. On retiendra donc essentiellement les causes métaboliques et toxiques (médicamenteuses)

#### **Ce qu'il faut retenir**

- Le déficit moteur intéresse surtout les muscles distaux des membres inférieurs, notamment la loge antéro-externe : steppage.
- Les troubles sensitifs sont souvent au début limités aux douleurs, crampes et paresthésies avant que ne s'installe un déficit sensitif en chaussettes aux membres inférieurs et plus tard en gants aux membres supérieurs, intéressant toutes les modalités sensitives.
- Les réflexes achilléens sont précocement abolis.
- Les troubles trophiques et vasomoteurs sont habituels.
- **Les multinévrites (ce qu'il faut retenir)**  
Elles résultent de l'atteinte simultanée ou successive de plusieurs troncs nerveux, répartie de façon non systématisée. Le plus souvent elles sont dues à une vascularite, plus rarement au diabète.