

Tableau de Guillain Barré révélant un syndrome de Churg et Strauss

Churg Strauss syndrome mimicking Guillain-Barré syndrome

Pôle psychiatrie et neurologie, centre de référence des maladies neuromusculaires, hôpital Albert-Michallon, CHRU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble cedex 9, France

C. Boutte

RÉSUMÉ

Introduction. – L'atteinte neurologique du syndrome de Churg et Strauss consiste généralement en une mononeuropathie multiple.

Observation. – Un patient de 57 ans a présenté un tableau clinique aigu évocateur de syndrome de Guillain Barré avec diplopie et blocs de conduction à l'électromyogramme. Devant une aggravation sous immunoglobulines intraveineuses, l'apparition d'une fièvre, d'un purpura et d'une hyperéosinophilie, un syndrome de Churg et Strauss fut évoqué. Les symptômes régressèrent après corticothérapie.

Conclusion. – Le syndrome de Churg et Strauss peut se manifester sous une forme mimant une polyradiculonévrite aiguë. Il faut savoir être attentif aux signes parfois discrets pouvant faire évoquer ce diagnostic de traitement différent.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Introduction. – *Multiple mononeuropathy is generally the inaugural sign of neurological Churg-Strauss syndrome.*

Observation. – *A 57-year-old patient presented a typical acute Guillain-Barré syndrome with diplopia and conduction block on the electromyogram. Despite intravenous immunoglobulins the patient's condition worsened with onset of fever, purpura and eosinophilia. Churg-Strauss syndrome was proposed and clinical symptoms regressed after corticosteroid therapy.*

Conclusion. – *Acute polyradiculoneuropathy can introduce Churg-Strauss syndrome. Clinicians should be aware of discreet clinical signs that can sometimes evoke the diagnosis, enabling appropriate treatment.*

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

L'atteinte du nerf périphérique dans les vascularites telles que la périartérite noueuse, la maladie de Wegener et le syndrome de Churg et Strauss est fréquente mais consiste en général en une mononeuropathie multiple ou une polyneuropathie axonale. Nous rapportons le cas, plus rare, d'un syndrome de Churg et Strauss dont le mode de

révélation a été un tableau clinique aigu de syndrome de Guillain Barré.

OBSERVATION

Un homme de 57 ans, bucheron, a été hospitalisé en neurologie pour une diplopie et des douleurs neuropathiques des membres inférieurs évoluant depuis plusieurs jours. Il présentait par ailleurs un

Mots clés

Syndrome de Churg et Strauss
Syndrome de Guillain-Barré
Blocs de conduction
Polyradiculonévrite aiguë
Diplopie

Keywords

Churg Strauss Syndrome
Guillain Barré syndrome
Conduction block
Acute polyradiculoneuritis
Diplopia

Adresse e-mail :
CBoutte@chu-grenoble.fr

Tableau I. Électroneurographie : conductions sensitivomotrices réalisées à 7 jours du début des troubles.

Nerfs	Amplitude distale motrice (mV)	Bloc de conduction	Latence (ms)	Vitesse (m/s)	Ondes f
Péronier droit	3,4	85 % au col du péroné	3,7	48	Non obtenues
Tibial droit	2,3	65 % au creux poplité	4,1	44	Non obtenues
Péronier gauche	1,05	78 % au col du péroné	3,2	46,5	Non obtenues
Tibial gauche	5,2	Complet au creux poplité	3,9		Non obtenues
Médian droit	3,8	Aucun	3,7	58	35 ms
Ulnaire droit	6,7	Aucun	2,9	47	37 ms

asthme allergique depuis l'enfance, des lésions cutanées crouteuses des membres inférieurs traitées par antibiotiques locaux depuis deux semaines et la notion d'une gastro-entérite récente.

Les symptômes ont débuté par des douleurs et brûlures lancinantes du mollet droit, s'étendant rapidement au membre inférieur gauche pour prendre une topographie ensuite distale et symétrique avec hyperesthésie des orteils. L'apparition secondaire d'une diplopie horizontale avait motivé la consultation. L'examen retrouvait un déficit moteur distal et proximal discret des quatre membres, une hypoesthésie épicrotique et thermoalgique en chaussettes et en gants, une abolition des reflexes ostéotendineux achilléens, un déficit de l'adduction de l'œil gauche, et une dyspnée modérée. Un syndrome de Guillain Barré est suspecté.

La ponction lombaire était normale et ne retrouvait pas de dissociation albuminocytologique à sept jours du début des troubles. L'examen électrophysiologique, réalisé également à j7 (Tableau I), évoquait un aspect de polyradiculonévrite aiguë avec nombreux blocs de conduction moteurs, aspects dispersés des réponses motrices (Fig. 1), absence d'ondes f, et abolition des réponses sensitives. Il existait également une atteinte axonale avec perte modérée d'amplitude motrice et activité spontanée de dénervation à l'aiguille. Un traitement par immunoglobulines polyvalentes est débuté en urgence.

L'évolution a été défavorable avec, outre l'aggravation du déficit sensitivomoteur, l'apparition d'une fièvre et de polyarthralgies, et une extension des lésions cutanées des membres inférieurs prenant un aspect purpurique.

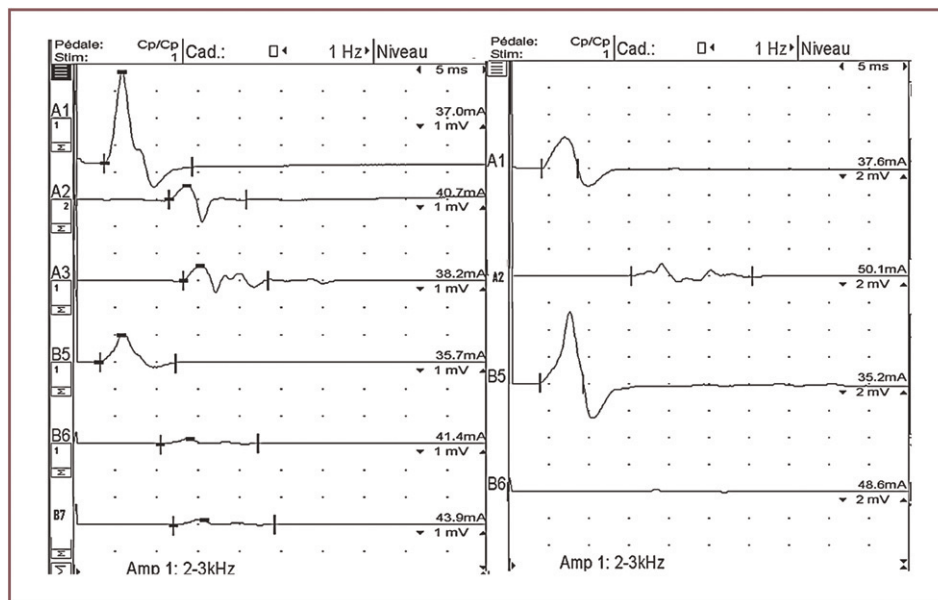


Figure 1. Aspects dispersés des réponses et blocs de conduction moteurs aux membres inférieurs. À gauche : nerfs tibiaux (A1 : à droite à la cheville, puis au creux poplité ; B5 : à gauche à la cheville puis au creux poplité). À droite : nerfs péroniers (A1 : à droite à la cheville, A2 : au col, A3 au creux poplité ; B5 : à gauche à la cheville, B6 au col, puis au creux poplité).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3087337>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3087337>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)