

*REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE*

*Service d'anesthésie-réanimation Tlemcen*

*Médecin chef : Dr Hadouche*

*Médecin responsable des médecins internes : Dr boucli*

# *Mémoire De Fin D'étude*

*Pour l'obtention de diplôme de*

*Docteur en médecine générale*

*Thème:*

## *Syndrome de Guillain -Barré*

*Suivi et encadré par:*

*Dr boucli*

*Présenté par:*

*-djabeur-djezzar Ahlem*

*Promotion 2007-2014*

# Remerciements



- ✎ *Nous remercions tout d'abord, Allahi qui ma donné la force et le courage afin de parvenir à élaborer ce modeste travail.*
- ✎ *je tient à remercier mon responsable : Dr boucli pour ses conseils judicieux, de ses remarques objectives et surtout de sa gentillesse permanente, qui ma permis de passer un agréable moment au sein du service d'anesthésie-réanimation.*
- ✎ *Aussi à Monsieur le médecin chef.*
- ✎ *je profite à cette opportunité d'exprimer ma gratitude à tous nos Professeurs, assistants et maîtres assistants, résidents qui ont contribué par leur collaboration et disponibilité durant toute ma formation.*
- ✎ *A tous les internes.*
- ✎ *je n'oublie pas d'adresser ma gratitude à tous mes amis et collègues pour leurs soutiens et encouragements.*
- ✎ *Enfin je remercie toute personne ayant intervenue de prés ou de loin à l'élaboration de ce travail.*

## **Sommaire**

**I- INTRODUCTION**

**II- Définition**

**III- Diagnostic**

**1- L'apport de la clinique**

**2- Les examens complémentaires**

**IV- Evolution**

**V- Diagnostic différentielle**

**VI- Traitement**

**VII- Suivi du malade après le traitement**

**VIII- Partie pratique**

**IX- conclusion**



**Partie théorique**

## ➤ Introduction :

### Qu'est-ce que le syndrome de Guillain-Barré ?

-Le syndrome de Guillain-Barré est une atteinte des nerfs périphériques caractérisée par une faiblesse voire une paralysie progressive, débutant le plus souvent au niveau des jambes et remontant parfois jusqu'à atteindre les muscles de la respiration

Puis les nerfs de la tête et du cou.

- Ce syndrome est aussi appelé polyradiculonévrite aiguë

Inflammatoire, ou encore polyradiculonévrite aiguë post-infectieuse car il survient souvent après une infection.

Dans la majorité des cas, les personnes atteintes récupèrent leurs Capacités physiques au bout de 6 à 12 mois.

### Qui peut en être atteint ? Est-il présent partout et dans le monde ?

Le syndrome de Guillain-Barré touche les personnes des deux sexes, mais il est un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Sa fréquence augmente légèrement avec l'âge, mais il peut survenir à n'importe quel moment de la vie.

Les enfants de moins de 5 ans sont toutefois très rarement atteints. Le syndrome de Guillain-Barré est présent dans toutes les populations.

### A quoi est dû le syndrome de Guillain-Barré ? Comment expliquer les symptômes ?

-Le syndrome de Guillain-Barré est dû à une atteinte des nerfs périphériques, qui sont les fibres nerveuses (sortes de « câbles ») qui transmettent les informations depuis le cerveau ou la moelle épinière (système nerveux central) vers les muscles ou les organes des sens (nerfs moteurs ou sensitifs respectivement) ou vers les organes internes (système nerveux autonome).

-Tous les nerfs commandant les mouvements des membres ou des muscles respiratoires peuvent donc être touchés.

-Ces nerfs sont constitués de fibres recouvertes d'une gaine isolante, appelée myéline comparable à l'isolant recouvrant les fils électriques.

-La myéline assure le bon fonctionnement des nerfs et favorise la transmission du message nerveux.

Dans le syndrome de Guillain-Barré, la myéline est altérée voire détruite (on parle de démyélinisation).

Cette altération entraîne un ralentissement (ou un « court-Circuit ») de la transmission du signal nerveux, responsable des symptômes de faiblesse et de sensations anormales.

Si la transmission nerveuse est trop lente, ou si elle se bloque, le Malade peut même être paralysé.

-La cause exacte du syndrome de Guillain-Barré n'est pas connue, mais la démyélinisation a probablement une origine auto-immune : les défenses immunitaires, qui normalement ne s'attaquent qu'aux éléments « étrangers » (bactéries, virus...), se retournent contre l'organisme lui-même et l'attaquent.

Plus précisément, l'organisme produit des anticorps (molécules de défense) nocifs, appelés auto-anticorps, qui endommagent la myéline et occasionnent des réactions inflammatoires douloureuses.

On ne sait pas encore pour quelle raison les défenses immunitaires se dérèglent, mais il est probable qu'une infection soit à l'origine de la réaction excessive et anormale du système immunitaire.

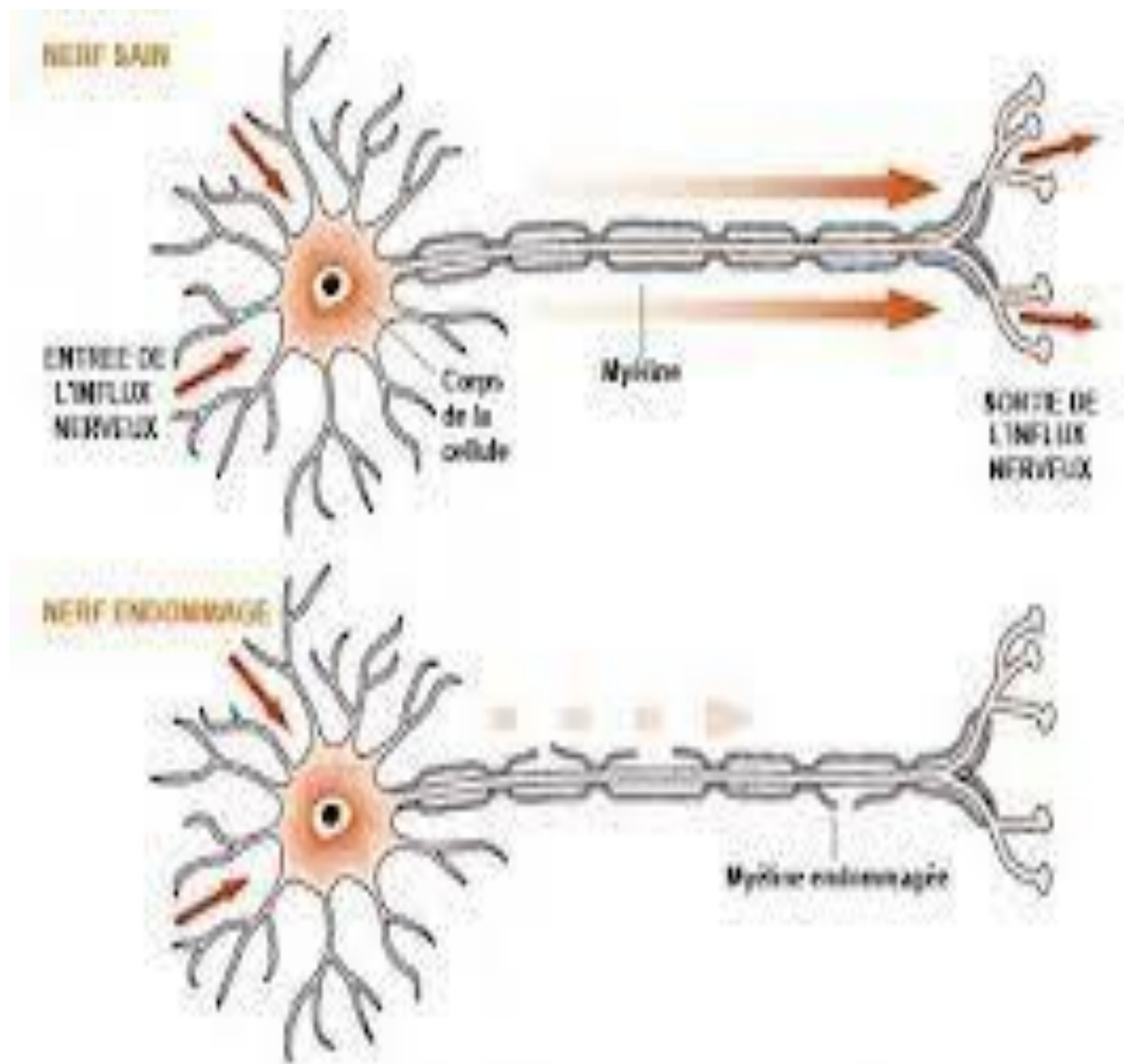
En effet, environ deux tiers des personnes atteintes d'un syndrome de Guillain-Barré ont souffert d'une infection virale ou bactérienne dans les jours ou les semaines précédant le début des symptômes. Ces infections peuvent aller d'un rhume banal à des maux de gorge en passant par des troubles gastriques et intestinaux.

Les cytomégalovirus et le virus d'Epstein Barr (virus de la mononucléose infectieuse) semblent souvent en cause.

La principale bactérie incriminée est *Campylobacter pilori* (Responsable de certaines gastro-entérites).

Toutefois, les mécanismes par lesquels les virus ou les bactéries provoquent chez certaines personnes un syndrome de Guillain-Barré n'ont pas encore été élucidés.

Exceptionnellement, le déclenchement du syndrome peut également être lié à la prise de certains médicaments (comme la streptokinase, le danazol, le captopril...). Bien que plusieurs vaccins aient été incriminés, aucune étude n'a permis de confirmer leur rôle dans le déclenchement de la maladie



## ➤ Diagnostic :

Le syndrome de Guillain-Barré se manifeste par des symptômes de sévérité très variable d'une personne à l'autre.

Chez certaines personnes, il peut même passer inaperçu ou être Assimilé à une maladie virale banale.

- Il évolue en trois phases, succédant à un épisode infectieux (de type grippe, angine ou gastro-entérite).



-Le syndrome de Guillain-Barré atteint les nerfs permettant de percevoir les sensations (chaleur, froid, etc.), ainsi que ceux commandant les mouvements musculaires (pour marcher, Respirer, avaler, parler, etc.).

- Les premiers symptômes comprennent donc :

- Des sensations anormales telles qu'engourdissement, picotements, fourmillements, sensations de décharge électrique ou de vibrations, se manifestant surtout dans les pieds et les mains.
- Une faiblesse musculaire d'intensité variable, allant jusqu'à une paralysie d'un membre, survient également, d'abord dans les pieds, puis « remonte » vers les membres supérieurs et la tête (visage et cou).
- De manière générale, l'atteinte est symétrique (elle concerne les deux côtés du corps en même temps) et progresse rapidement.
- Des douleurs intenses ou des crampes peuvent apparaître surtout au niveau du dos, des fesses et des cuisses.

Elles peuvent même constituer les premiers symptômes.

- Différents nerfs peuvent être touchés au niveau de la tête, ayant des conséquences diverses : paralysie du mouvement des yeux ou des muscles du visage, gêne ou difficulté à avaler ... Dans ce dernier cas, le malade est sujet à des fausses routes (passage des aliments ou de la salive dans les voies respiratoires), parfois graves car elle peuvent conduire à un étouffement.

Les nerfs contrôlant le diaphragme, principal muscle respiratoire, peuvent aussi être atteints, empêchant le malade de respirer correctement.

Le recours à une ventilation artificielle est parfois nécessaire pendant quelque temps.

Cependant, il est impossible de connaître à l'avance l'importance des paralysies, qui varie beaucoup d'un malade à l'autre.

- Cette première phase du syndrome dure le plus souvent entre une à trois semaines, parfois un mois, et le malade doit parfois être hospitalisé en réanimation. En effet, si les muscles respiratoires ou les muscles contrôlant la déglutition sont atteints, une surveillance médicale étroite s'impose pour éviter les complications graves.

- A cette phase du syndrome succède un « plateau » de durée variable (quelques jours à quelques semaines), au cours duquel les symptômes se stabilisent.

- Alors que les paralysies sont maximales, d'autres symptômes peuvent apparaître, liés à l'atteinte du système nerveux dit autonome, qui contrôle les fonctions « automatiques » (c'est-à-dire non volontaires) du corps, comme la pression sanguine, le fonctionnement de la vessie et du tube digestif, la sudation, etc.

**\*- Ces manifestations comprennent le plus souvent :**

- une accélération des battements cardiaques (tachycardie) ou au contraire un ralentissement (bradycardie)

- des problèmes de régulation de la tension artérielle avec des chutes brutales de cette dernière (hypotension) ou au contraire une augmentation anormale (hypertension).

- plus rarement, un ralentissement du transit digestif avec des risques de constipation.

En outre, pendant toute cette phase, on peut observer des complications survenant fréquemment chez des malades hospitalisés en réanimation pendant une longue période en position couchée : risque de formation de caillots sanguins dans les veines des jambes (phlébites), et risque d'infections, surtout respiratoires et urinaires.

- La dernière phase du syndrome est la phase de récupération, au cours de laquelle les symptômes régressent.

Cette phase dure plusieurs mois. La récupération peut être totale mais certaines séquelles peuvent persister, en fonction de la sévérité du syndrome.

## L'examen complémentaire :

Deux examens complémentaires sont utiles :

### - La ponction lombaire :

Elle consiste à prélever le liquide circulant autour de la moelle épinière (le liquide céphalo-rachidien) pour rechercher une élévation anormale de protéines évocatrice du syndrome de Guillain-Barré. La ponction lombaire se fait à l'aide d'une aiguille au niveau de la colonne vertébrale dans le bas du dos, éventuellement sous anesthésie locale.

### - L'électromyogramme (EMG) :

Cet examen permet d'évaluer le fonctionnement des nerfs et des muscles à l'aide d'électrodes (se présentant comme des petites aiguilles).

Dans le syndrome de Guillain-Barré, l'électromyogramme révèle que les muscles fonctionnent bien, mais que les nerfs qui leur donnent les ordres sont endommagés.

En effet, la démyélinisation se traduit par des signes électriques particuliers qui permettent de confirmer le diagnostic.

## ➤ L'évolution :

Elle se fait typiquement en 3 phases :

- la phase d'extension :

Dure de 1 à 2 semaines.

Le degré d'intensité de l'atteinte neurologique est imprévisible au début.

Ces patients doivent être étroitement surveillés pour détecter l'apparition d'une atteinte des muscles respiratoires ou des troubles de la déglutition qui mettent en jeu le pronostic vital et nécessitent un transfert en réanimation.

- La phase de plateau :

Dure de 2 à 4 semaines dans les formes habituelles, mais peut se prolonger pendant plusieurs mois.

- la phase de récupération :

est plus ou moins longue.

La majorité des patients guérissent : 85 % des patients sont ambulatoires au cours des 6 mois qui suivent.

Une minorité gardent des signes neurologique plus ou moins invalidants. Malgré les techniques modernes de réanimation, la mortalité est de 2 à 7 %.

Les facteurs pronostiques péjoratifs sont l'âge, la nécessité d'une ventilation mécanique, une phase d'installation inférieure à 7 jours, une infection à campylobacter jejuni, une forte diminution d'amplitude des potentiels musculaires (atteinte axonale associée).

## ➤ Diagnostic différentielle :

Une maladie proche du syndrome de Guillain-Barré (le syndrome de Miller-Fischer) pourrait représenter une forme variante localisée.

Le syndrome de Miller-Fischer associe une paralysie des mouvements des yeux (ophtalmoplégie), une incoordination des mouvements (ataxie) et une absence de réflexes (aréflexie).

Cette affection, qui succède également à un syndrome infectieux (dû le plus souvent à une bactérie appelée *Campylobacter jejuni* et responsable d'une gastro-entérite), peut avoir la même évolution que le syndrome de Guillain-Barré classique.

Elle est généralement traitée comme le syndrome de Guillain-Barré.

### ● Les aspects génétiques :

Il est possible que certains gènes prédisposent au syndrome de Guillain-Barré, ce qui signifie que les personnes possédant ces gènes sont plus susceptibles que les autres de développer la maladie. Cependant, les cas familiaux (plusieurs personnes atteintes au sein d'une même famille) sont exceptionnels.

Ainsi, le syndrome de Guillain-Barré n'est en aucun cas directement transmis des parents aux enfants.

Ce n'est donc pas une maladie héréditaire.

### ➤ **Le traitement, la prise en charge, la prévention :**

Le syndrome de Guillain-Barré nécessite une hospitalisation immédiate. En effet, il est important de traiter la maladie le plus rapidement possible, avant que les lésions des nerfs soient trop importantes.

Deux traitements principaux, d'efficacité comparable, permettent de limiter le processus d'endommagement des nerfs, et de ce fait de limiter la sévérité du syndrome.

- La plasmaphérèse, qui est une sorte de « nettoyage » du sang du malade, consiste à remplacer le plasma (partie liquide du sang, auquel on a ôté les cellules comme les globules rouges, blancs...) du malade par du plasma sain.

Cette technique permet d'éliminer du sang du malade les auto-anticorps détruisant la myéline.

Plusieurs séances d'environ 2 heures sont nécessaires.

- L'autre traitement couramment utilisé est l'injection d'immunoglobulines intraveineuses (IgIV).

Le terme immunoglobuline est un synonyme d'anticorps.

Cette technique consiste à injecter au malade (sous forme de perfusion) des anticorps issus du sang de plusieurs donneurs.

Par des mécanismes encore mal connus, ces IgIV neutralisent les auto-anticorps néfastes probablement à l'origine du syndrome.

Ce traitement est plus facile à administrer que la plasmaphérèse, et ses effets secondaires sont rares.

Il s'agit surtout de réactions allergiques, de douleurs musculaires, de fièvre et de maux de tête survenant pendant la perfusion, ainsi que de maux de tête et de vomissements environ 24 heures après la perfusion.

Enfin, l'ensemble des symptômes liés au syndrome de Guillain Barré doit être traité pour soulager le malade.

Difficultés respiratoires

Environ un quart des malades, pendant la phase initiale de la maladie, souffre d'une atteinte des nerfs contrôlant la respiration. Cette atteinte, qui peut survenir rapidement, peut être très dangereuse si elle n'est pas prise en charge (puisque le malade peut brutalement cesser de respirer).

Une fois hospitalisé, le malade est placé sous étroite surveillance, et des tests mesurant sa capacité respiratoire sont effectués quotidiennement.

En cas d'atteinte respiratoire trop importante, une ventilation assistée est instaurée.

Il s'agit le plus souvent d'une intubation, c'est-à-dire l'introduction par la bouche ou le nez d'un tube insufflant de l'air dans les voies respiratoires (trachée).

Les sécrétions des bronches ont tendance à s'accumuler (puisque le malade n'arrive pas à tousser efficacement), ce qui peut entraîner des infections respiratoires (pneumonie).

Des aspirations des bronches et des séances de kinésithérapie respiratoire, véritable toilette des poumons destinée à « drainer » les sécrétions bronchiques, sont généralement mises en place pour faire tousser et expectorer le malade

Dans certains cas, notamment si une ventilation assistée prolongée est nécessaire, une trachéotomie temporaire peut être réalisée : il s'agit d'une intervention consistant à créer un orifice dans la trachée, à travers lequel un tube est introduit, pour faciliter la respiration.

Elle n'est pas systématique et s'envisage au cas par cas.

Il faut noter que les malades sous respiration artificielle ne peuvent pas parler mais restent conscients et peuvent communiquer par d'autres moyens.

Le malade reste sous ventilation artificielle jusqu'à ce que ses muscles respiratoires permettent à nouveau d'assurer la respiration de manière autonome.

#### Troubles de la déglutition

Si des troubles de la déglutition sont présents et que le malade ne peut plus s'alimenter sans risque de fausse route, une sonde gastrique est mise en place.

Il s'agit d'un tube souple passé par le nez et qui descend jusqu'à l'estomac, à travers duquel de la nourriture liquide est introduite.

#### Problèmes liés à l'hospitalisation

Le fait de rester allongé pendant une longue période peut entraîner des complications, comme des escarres (plaies survenant surtout au niveau des fessiers et des talons en raison de la pression exercée sur ces zones par le corps du malade).

Le personnel soignant procède donc à des changements de position fréquents du malade pour prévenir les escarres et diminuer la douleur.

La prise de médicaments anticoagulants et le port de bas de contention permettent de limiter le risque de formation d'un caillot de sang dans les veines (phlébite) au niveau des jambes.

Tension artérielle

Dans le syndrome de Guillain-Barré, on peut observer des variations de la tension artérielle (qui augmente ou diminue) ainsi que des variations du rythme cardiaque (anormalement lent ou rapide).

Plusieurs médicaments sont disponibles pour traiter ces différents Symptômes.

Traitement de la douleur

Parfois, quand la douleur est intense, en particulier à la phase initiale, le recours à des médicaments antidouleur (antalgiques) est nécessaire

## **Un soutien psychologique est-il souhaitable ?**

L'évolution des paralysies et la perte progressive d'autonomie crée un état d'anxiété et d'inquiétude.

L'état du malade peut se dégrader très vite, nécessitant des mesures de réanimation impressionnantes (intubation, monitoring du rythme cardiaque...).

Le découragement et le renoncement peuvent s'installer, surtout lorsque les progrès tardent à arriver, et qu'il existe des séquelles potentielles.

Un soutien psychologique peut donc être nécessaire pour le malade et ses proches.



## Comment se faire suivre ?

Le suivi du syndrome de Guillain-Barré est assuré dans les services hospitaliers de neurologie.

La récupération des capacités physiques, très lente, nécessite un suivi de plusieurs mois et parfois jusqu'à un an ou plus.

Le rythme des consultations sera fixé par le médecin qui appréciera les progrès du malade.

La kinésithérapie doit être poursuivie aussi longtemps que nécessaire car des progrès peuvent encore être effectués plusieurs mois après la rémission.



**PARTIE PRATIQUE**

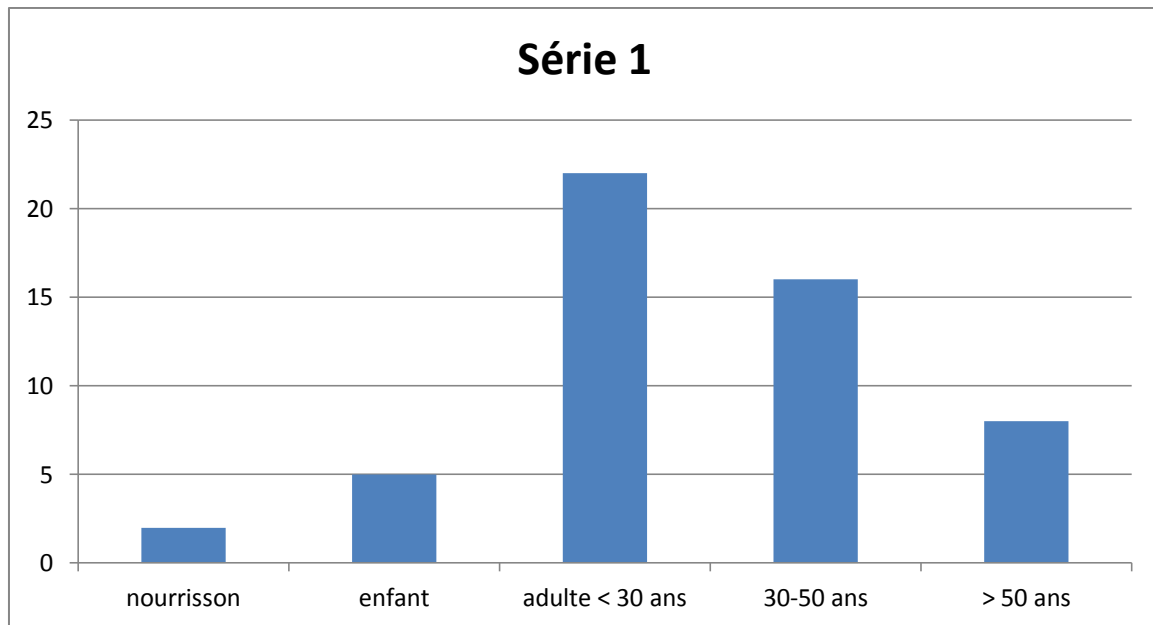
L'étude qu'on a réalisée s'intéresse au syndrome de Guillain –Barré avec un objectif principal :

Mesurer les différents indicateurs épidémiologiques en rapport avec le syndrome de Guillain–Barré décelées chez des patientes hospitalisées au niveau du service d'anesthésie réanimation CHU TLEMCEM.

L'enquête épidémiologique est de type descriptif rétrospectif et s'est basée sur la récolte des données archivées au niveau du service d'anesthésie réanimation.

### 1/selon l'âge :

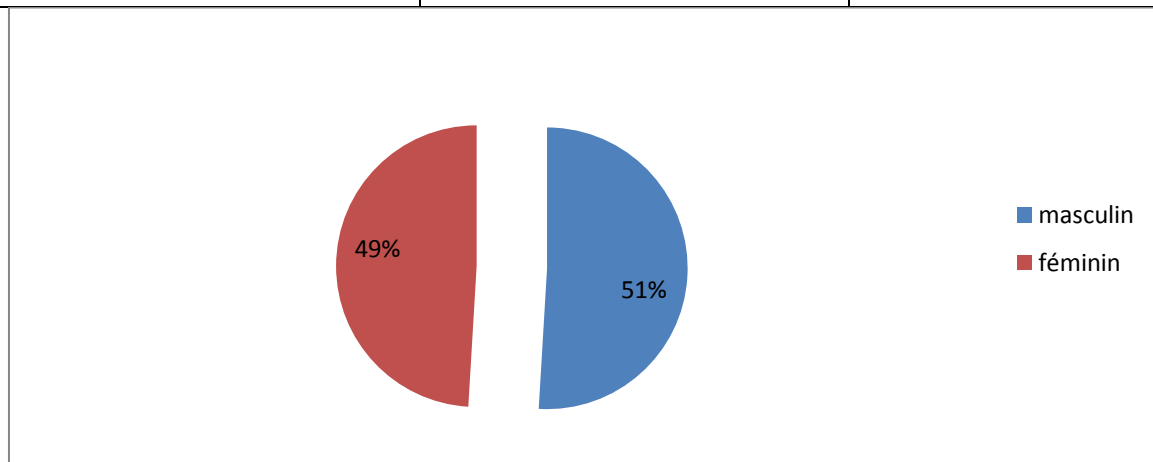
nourrisson	Enfant	Adulte <30 ans	30-50 ans	>50 ans
2	5	22	16	8
3%	9%	41%	30.18%	15.09%



Le syndrome de Guillain barré touche l'homme a toute âge sans exception ( nour ,enfant, adulte) mais on trouve une nette augmentation chez dernier et ceci peut être due a la croissance du syndrome avec l'âge et sa fréquence exceptionnelle avant l'âge de 5 ans.

## 2/selon le sexe :

sexe	masculin	Féminin
Nombre des cas	26	27
Pourcentage	49%	51%

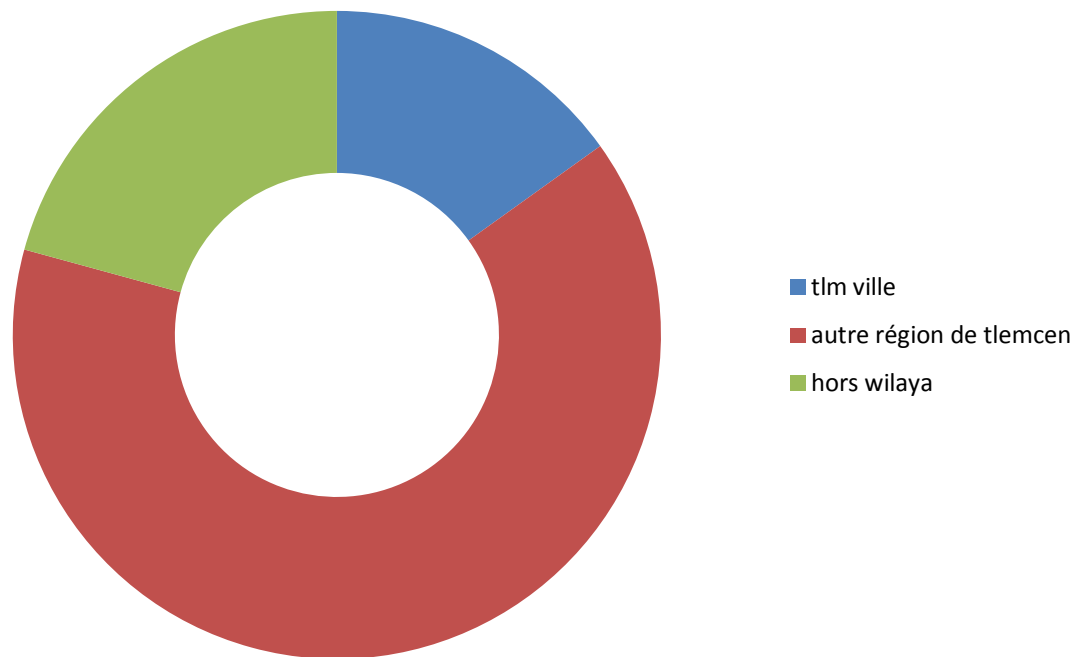


On note une légère fréquence du syndrome de Guillain barrée chez les hommes (51% avec un pourcentage de 49% pour les femmes) ceci est très corrélé avec les données théoriques (sex ratio égale a 1)

### 3/selon la répartition géographique :

Tlemcen ville	Autre région de tlemcen	Hors wilaya
08	34	11
15%	64%	20.7%

**fréquence de syndrome de guillain barré en fonction de la répartition géographique**

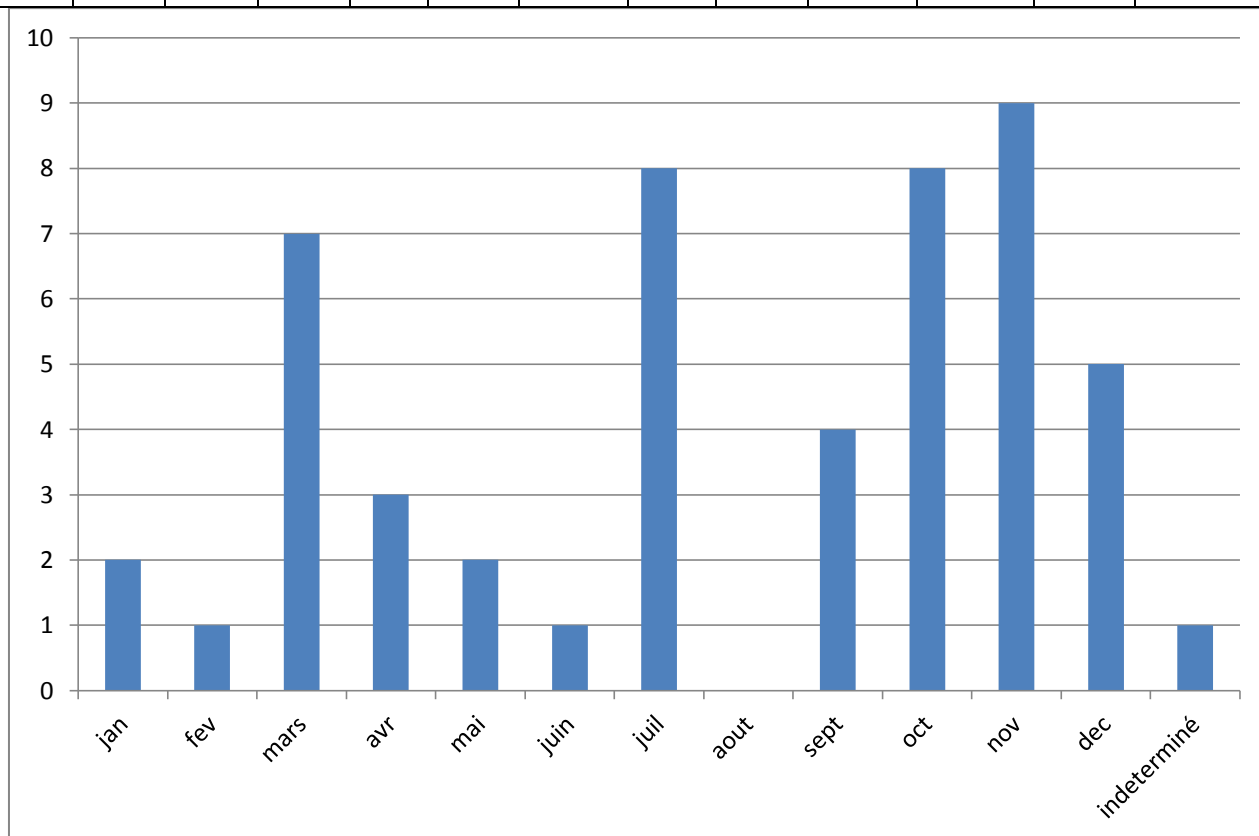


Sur cette représentation graphique on note une fréquence du syndrome de Guillain barré a la wilaya de Tlemcen par rapport aux autres wilayas de proximité et ceci peut être due a :

- la proximité du centre hospitalo -universitaire doc l'accès de soin.
- La rapidité de la prise en charge donc l'espérance de vie.

#### 4/en fonction de la période d'hospitalisation :

jan	fev	mar	avr	ma	juin	juil	aou	sep	oct	nov	dec	impréci
v		s		i			t	t				s
2	1	7	3	2	1	8	0	4	8	9	5	1
3%	1.9	13	5.8	3%	1.9	15.6	0%	7.8	15.6	17.6	9.8	1.9%
	%	%	%		%	%		%	%	%	%	

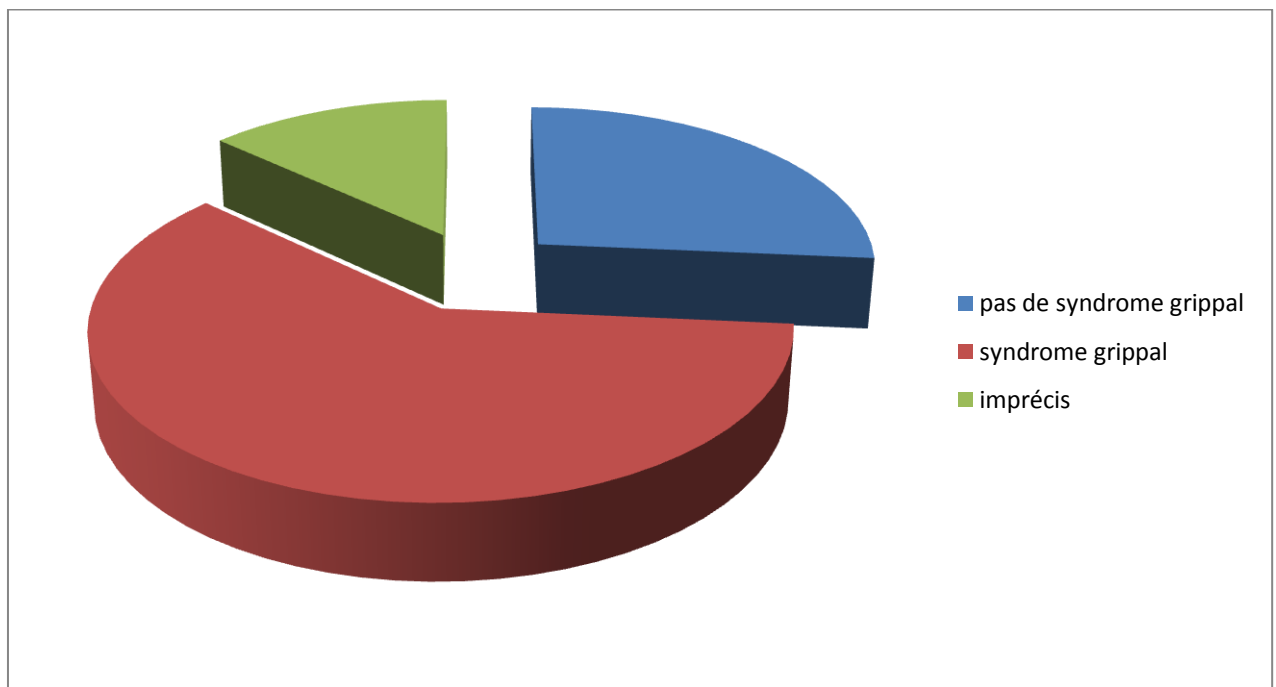


Sur cette représentation graphique on constate :

- L'existence du syndrome de Guillain barré durant toute l'année.
- Fréquence du syndrome en automne et hivers et ceci peut être secondaire au changement de climat (facteur favorisant du syndrome grippal).

### 5/syndrome grippal :

Pas de syndrome grippal	Syndrome grippal	imprécis
14	32	7
26.41%	60.37%	13.20%



On note une fréquence (60.37%) du syndrome chez des patients présentant un syndrome grippale qui est un facteur favorisant.

## 6/la symétrie :

symétrique	asymétrique	imprécise
19	09	25
35.84%	16.98%	47.16%

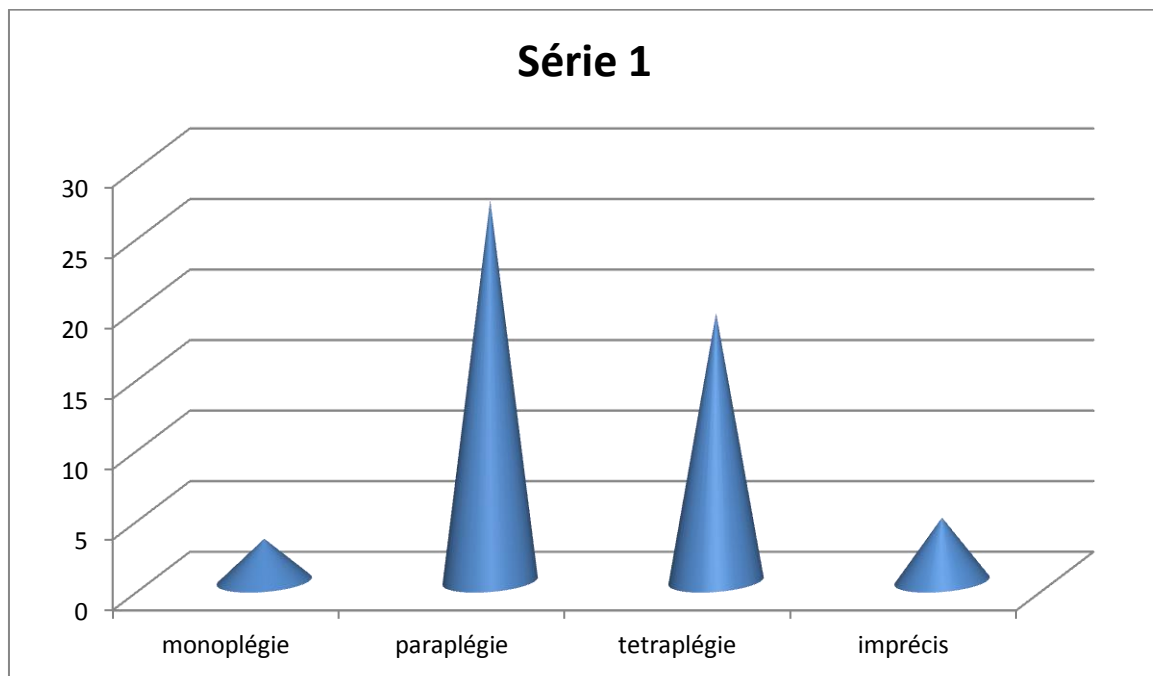


- Le début de syndrome de Guillain barré peut être caractérisé par une symptomatologie symétrique ; asymétrique ou imprécise
- La majorité des patient (47.16%) ne connaissent pas le début le leur maladie et qui peut être secondaire a l'évolution rapide du syndrome.



## 7/forme de la paralysie :

monoplégie	paraplégie	tétraplégie	imprécis
3	27	19	4
5.66%	50.94%	35.84%	7.54%



Il ya une nette fréquence des formes évolué du syndrome de Guillain barré (paraplégie, tétraplégie) qui sont de mauvais pronostic.

## Conclusion :

Le syndrome de Guillain barré est la première cause de paralysie aigue extensive dans les payes industrialisées depuis la disparition de la poliomyélite.

Son diagnostic reste essentiellement clinique.

C'est une maladie évolutive et un examen neurologique précis et répété permettra le plus souvent de confirmé le diagnostic, de juger de l'évolutivité de la maladie et donc de sa gravité potentielle.

Les examens complémentaires sont essentiellement utiles pour éliminer d'autres pathologies, notamment une méningoradiculite par la ponction lombaire ainsi qu'une atteinte médullaire par l'IRM.

Un élément essentiel de la prise en charge et l'identification des patients, environ un 1/3 d'entre eux a risque de développer une insuffisance respiratoire aigue et nécessitant alors une ventilation mécanique. L'autre volet thérapeutique est le choix entre échanges plasmatiques et les immunoglobulines intraveineuses.