

## **Introduction :**

Nous allons vous présenter un cas de neuropathie sensitivo-motrice périphérique.

## **Clinique :**

### **Motif de consultation :**

Paresthésie douloureuse chez une femme de 43 ans.

### **Antécédents :**

- Allergie à la pénicilline
  - asthme corticodépendant depuis 8 ans
  - polypose nasale
  - ostéonécrose aseptique de hanche
- Secrétaire médicale

### **Anamnèse :**

La patiente rapporte un épisode de bronchite avec depuis une asthénie. Ce jour la patiente constate des paresthésies initialement au niveau de la main gauche mais rapidement extensive au reste du membre supérieur gauche et au membre supérieur droit ainsi qu'un déficit moteur au niveau du nerf médian droit .

### **Examen :**

Pouls : 90 bpm, Tension artérielle : 120/60, Température : 38°, SpO2 :96% en air ambiant, fréquence respiratoire à 16 cpm.

L'examen met en évidence un déficit moteur proximal du membre supérieur gauche, un déficit sensitif avec paresthésies douloureuses, paresthésie du nerf médian droit.

Les réflexes ostéotendineux sont retrouvés au niveau des quatre membres mais globalement diminués, surtout au niveau du membre supérieur.

Le reste de l'examen neurologique et général est normal par ailleurs.

## **Paraclinique :**

### **Biologie sanguine :**

GB : 15000(PnN : 59%, lymphocyte : 10%, Pn éosinophile : 25%)  
Ionogramme, urée, créatinine et protéine normal.  
Myoglobine et troponine normales.

### **Radiographie du thorax :**

Condensation non systématisée base pulmonaire droite.

**Angioscanner cérébral :** normal.

**IRM cérébrale et médullaire cervicale :** normale.

### **Ponction lombaire :**

Elle ramène un liquide clair et normo tendu avec un discrète protéinorachie et rien à signaler par ailleurs.

Le diagnostic retenu est de Syndrome de Guillain Barre

EVOLUTION : amélioration partielle sous corticothérapie, la biologie complémentaire retrouve des anticorps antipolynuclaires positifs

### **Conclusion :**

Devant l'association d'un terrain asthmatique, d'une sinusite, d'une hyper éosinophilie et d'anticorps antipolynuclaire positif, on conclue à un syndrome de CHURG et STRAUSS dont cette neuropathie axonale intègre le tableau

### **Discussion :**

Le syndrome de CHURG et STRAUSS est une vascularite qui touche les artères et les veines avec essentiellement des signes ORL (sinusite et polypose) et respiratoire (asthme tardif) qui prédominent et qui sont le mode de révélation de la maladie.

Il existe aussi des signes cardiaques (myopéricardite), neurologiques (multinévrite), cutanés (purpura vasculaire, nodule), et gastro-intestinaux

(algies) qui sont assez fréquents mais qui sont rarement à l'origine du diagnostique comme décrit dans ce cas. Ce mode de révélation neurologique est rare

DC S.MEYER ;DC V.HAEGER;DC C.MENSE ;DC B.ROCAMORA;DC P.OLIVIER, service d'accueil des urgences ,samu,smur84 ,CH-AVIGNON