

Pathologies périphériques en soins intensifs

Pr Isabelle Bonan, Mélanie Cogné, Simon Butet

Service MPR

CHU Rennes

plan

- Polyradiculonevrite aiguë (PRNA)
 - Généralités
 - Critères pour transfert en réa
 - Pourquoi des troubles respiratoires
 - Pourquoi des troubles de la déglutition
 - La dysautonomie
 - Implication des différentes formes pour la PEC
 - Quelques éléments de rééducation
- Complications neuromusculaires de la réa
 - Neuromyopathie acquise en réanimation (ICU-AW)
 - 2 formes CIP et CIM
 - Mécanismes, prévention, devenir
 - NMES
 - Pathologies tronculaires
 - Facteurs-prévention
 - Indications ENMG
 - évolution



Objectifs pédagogiques

- PRNA
 - Pourquoi la réa
 - Comprendre les troubles respiratoires et de déglutition
 - Comprendre la Dysautonomie
 - Connaitre signes d'alerte
 - Profils évolutifs selon type PRNA
 - Comprendre rééducation respiratoire
- Neuromyopathie post-rea (ICU AW)
 - Connaitre les types d'atteintes et leurs spécificité
 - Connaite intérêt NMES
- Pathologie tronculaire acquise
 - Savoir les dépister
 - Intérêt ENMG



Polyradiculonévrite aiguë Guillain barré

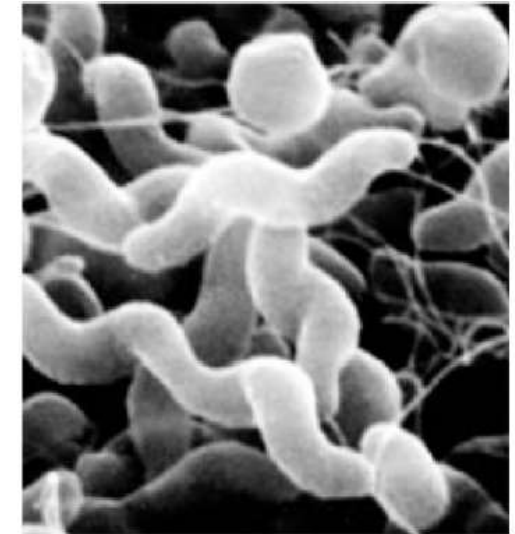
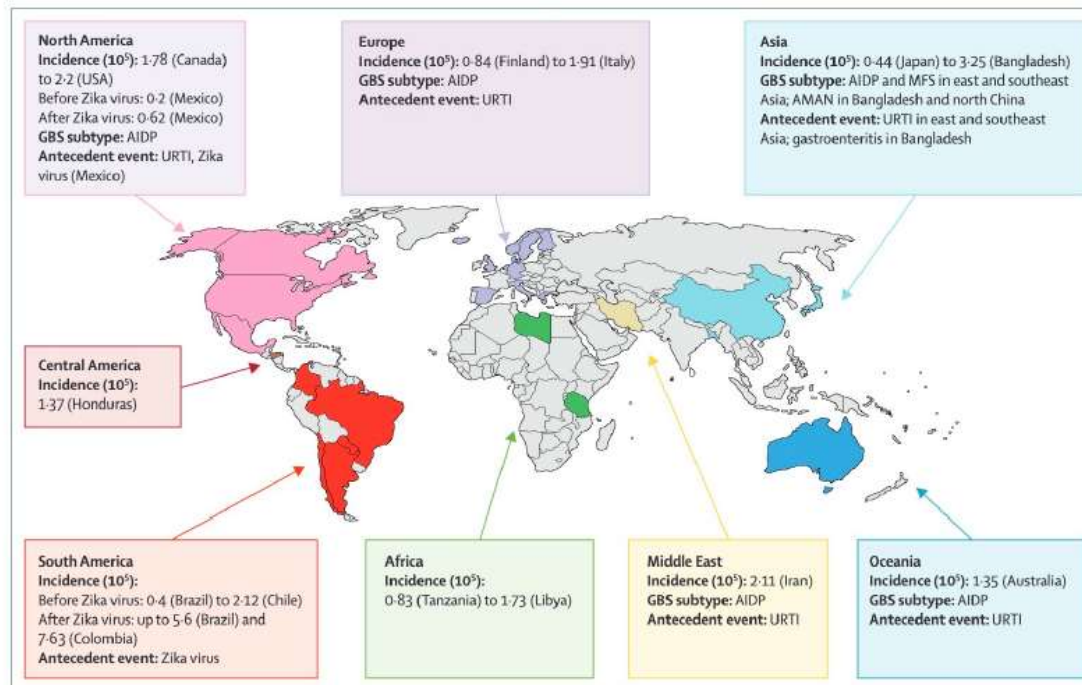
PRNA

Épidémiologie :

Incidence de 1 à 2 pour 100 000 habitants par an

- léger pic à l'adolescence
- autre pic chez le sujet > 60 ans

Pic au printemps et à l'automne (vaccination ?)



Atteinte démyélinisante

Mortalité :
Proche de 6% selon les séries

Guillain Barré: Facteurs de gravité

F Gravité

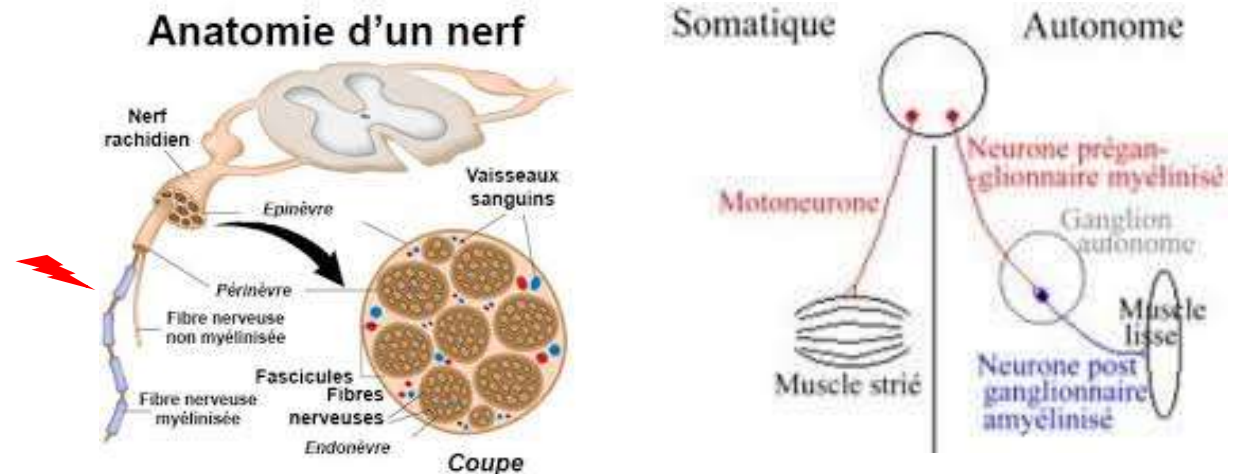
- progression du déficit rapide → déficit sévère
- atteinte nerfs crâniens bulbaires → troubles respiratoires et déglutition
- Atteinte système autonome → marqueur de sévérité de l'atteinte neuro
- forme axonale → plus de ventilation, hospitalisation prolongée

Ce qui fait la gravité

- Atteinte des racines et nerfs des muscles respiratoires
- Atteinte des racines et nerfs des muscles de la sphère oro-pharyngo-laryngée
- Atteinte du système autonome régulant:
 - La déglutition
 - Le rythme cardiaque
 - La tension artérielle

À comprendre!!!

la réaction auto-immune peut toucher les fibres somatiques (motrices, sensibles) et autonomes



1) Critères pour transfert en réa

≈ 30 % des patients nécessitent la réanimation et 20 % une ventilation mécanique

Indications d'admission en réa :

- Aggravation rapide de la faiblesse des m respiratoires
- insuffisance respiratoire
- troubles de la déglutition
- dysautonomie sévère

Objectifs en réanimation :

- ventilation mécanique (souvent prolongée)
- immunothérapie (IVIg ou plasmaphérèse)
- prévention complications (infections, TVP, dysautonomie,...)



2) Atteinte respiratoire pourquoi?

Atteintes innervation des muscles respiratoires

-Diaphragme

-Muscles intracostaux thoraciques

-Muscles accessoires respiratoires SCM, scalènes

et

-Muscles oro-pharyngés, laryngés, langue, retropharyngés (nerfs bulbaires IX, X, XII) impliqués dans la protection des voies aériennes

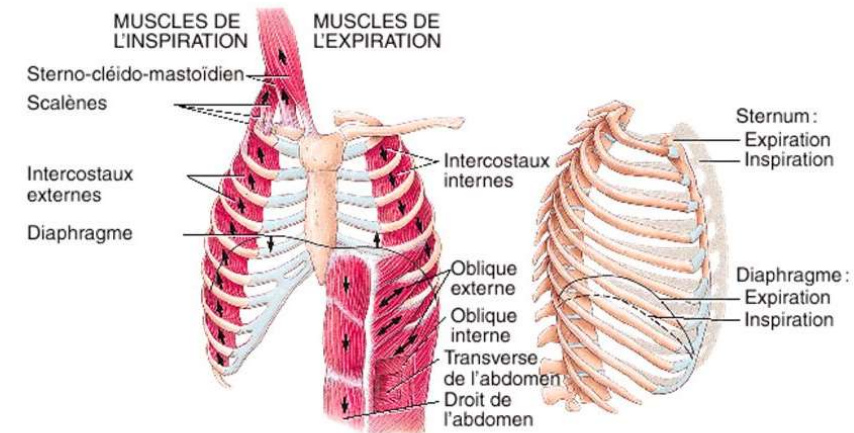
-Muscles expiratoires =toux

→ Risque fausses routes

=insuffisance respiratoire par atteinte neuromusculaire

=insuffisance respiratoire restrictive aiguë

Les muscles respiratoires



Signes d'alerte pour intubation

Signes cliniques

- Dyspnée-tachypnée-respiration abdominale paradoxale
- voix faible, nasonnée
- impossibilité de tousser efficacement
- troubles de la déglutition

Signes biologiques et fonctionnels:

- ↓ capacité vitale
- ↓ pression inspiratoire maximale,
hypercapnie, hypoxémie tardive

Critères d'intubation

- Trouble respiratoire
 - capacité vitale < 15–20 mL/kg
 - pression inspiratoire maximale < –30 cmH₂O
 - pression expiratoire < 40 cmH₂O
- Toux inefficace
- Troubles de la déglutition
- Encombrement bronchique
- Dysautonomie sévère

Ventilation mécanique précoce? Trachéotomie si > 3 semaines

- + Éviter pneumonie d'inhalation et intubation en urgence=plus invasive
- complications de la VM: pneumonie associée à la ventilation(jusqu'à **75 %**)
- Par la suite: tracheotomie à discuter si VM>3 semaines et/ou traitement Ig/plasmaphereses inefficace rapidement
- Intérêt
 - Plus confortable
 - Nutrition orale plus rapide
 - Hygiène bucale
 - Communication plus facile
 - Mobilisation plus facile



Quel devenir pour la ventilation?

Rétrospectif, équipe experte, patients sévères
Suivi 12 mois jusqu'à 3 ans

Figure 1 Weaning From Mechanical Ventilation Outcome

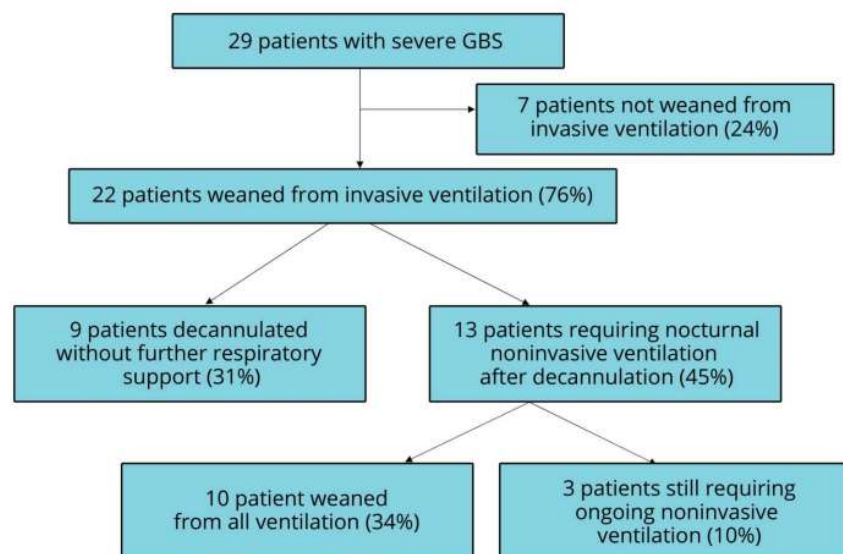


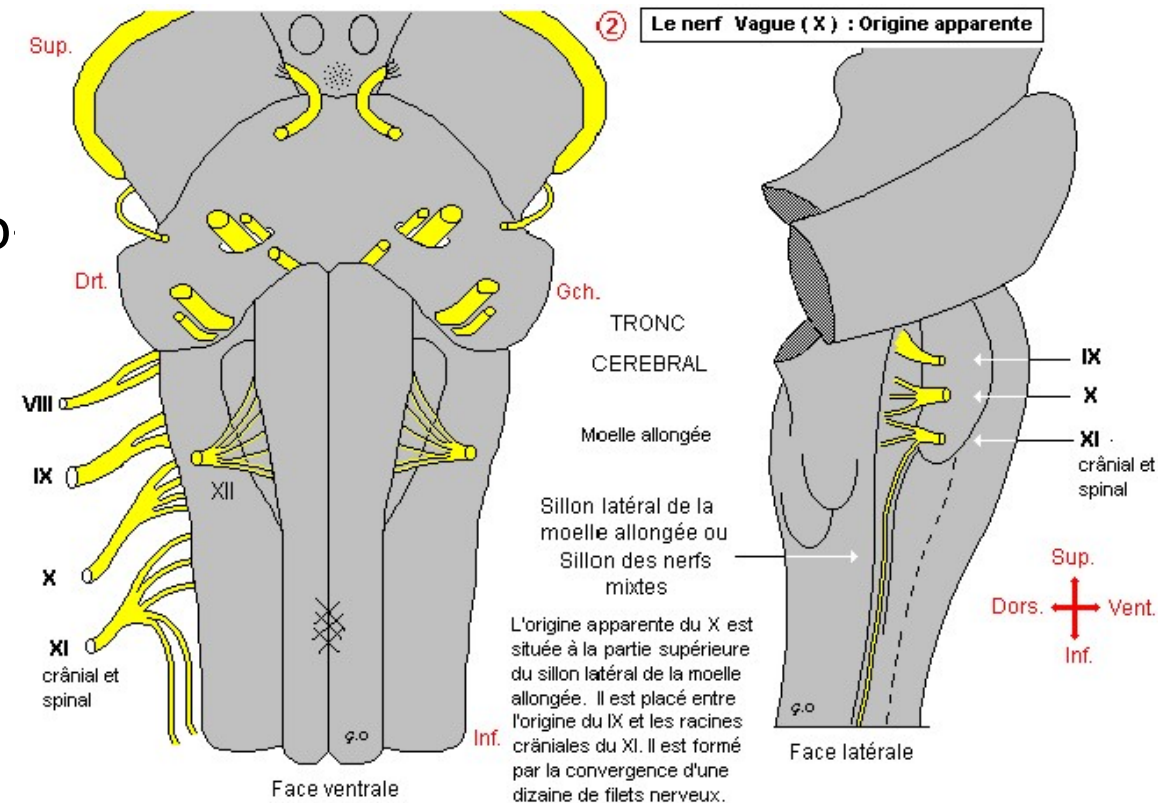
Table 1 Patient Characteristics

Patients	29 (21 male)
Age (y)	58 (range: 18–85)
Time from initial hospital admission to intubation (d)	2 (range: 0–56)
Possible infection at onset	
Upper respiratory tract infection	12/29 (41%)
Diarrheal illness	8/29 (28%)
Electrophysiologic testing	
Demyelination	10/29 (34%)
Axonal	13/29 (45%)
Inconclusive/not available	6/29 (21%)
Autonomic dysfunction	
Documented complications	23/29 (79%)
Required PPM insertion	3/29 (10%)

Abbreviation: PPM = permanent pacemaker.

3) Atteinte de la déglutition pourquoi?

- Atteinte des racines et nerfs des muscles de la sphère oro-pharyngo laryngée (IX, X, XII)
- +/-Atteinte du système autonome de la déglutition: Nerf vague (X)
=atteinte bulbaire

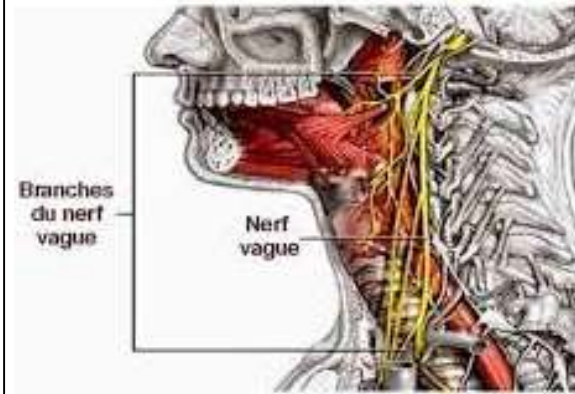


Les troubles de déglutition sont

liés à l'atteinte motrice des nerfs crâniens IX, X et XII, et peuvent être aggravés par une dysautonomie via l'atteinte du X

Rappel sur le nerf vague

- Les fibres autonomes passent par le **nerf vague (X) (parasymphatique)**
- **Régulation** notamment de :
 - la motricité pharyngo-œsophagienne
 - la sécrétion salivaire
 - le tonus du sphincter œsophagien supérieur



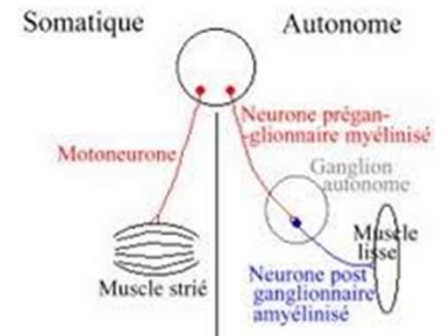
Nerf vague est mixte :
-moteur
-sensitif
-végétatif
(parasymphatique)

atteinte motrice somatique du nerf vague

→ paralysie pharyngo-laryngée

atteinte parasymphatique du nerf vague

→ dysrégulation de la motricité pharyngée et œsophagienne



4) Dysautonomie dans le Guillain-Barré

- liée à l'atteinte des fibres du système nerveux autonome (sympathique et parasympathique)
- concerne environ 1/5 des GB mais 50 à 70 % des formes sévères en réanimation

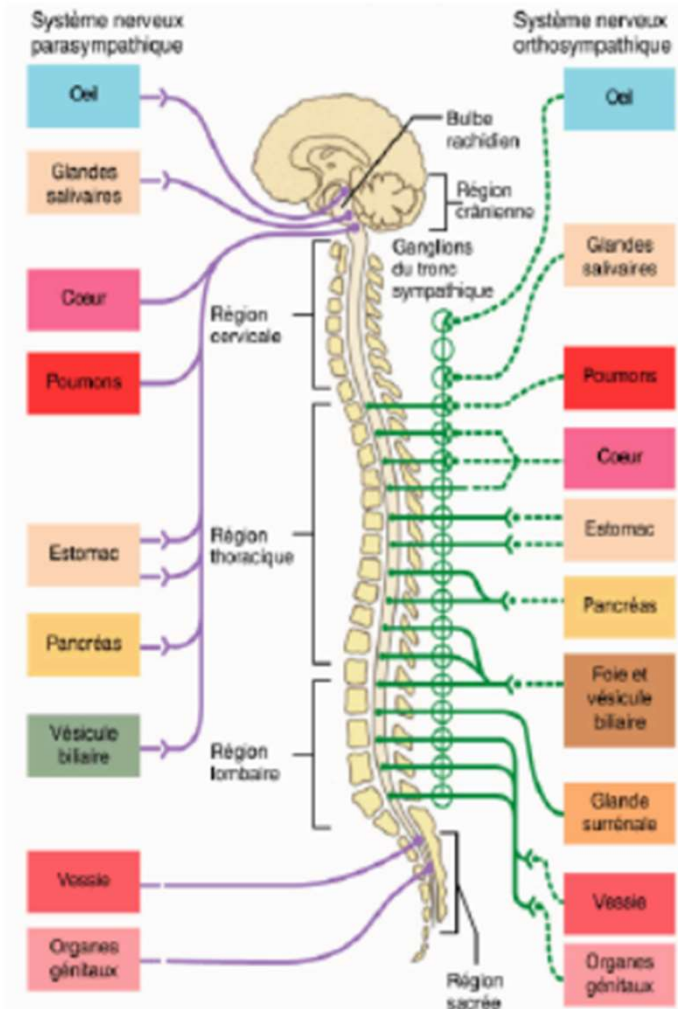
Rappel système autonome

Parasympathique

- Principalement assuré par le Nerf vague et les nerfs pelviens
- Fonctions: ralentissement de la fréquence cardiaque, stimulation digestive, sécrétion salivaire, motricité pharyngo-œsophagienne
- Le vague représente environ 75 % de l'activité parasympathique.

Sympathique

- Le système sympathique provient de la chaîne sympathique thoraco-lombaire=fibres issues de la moelle T1–L2
- Fonctions :accélération cardiaque, vasoconstriction, inhibition digestive, sudation



Signes cliniques dysautonomie

1. Signes cardio-vasculaires: Troubles du rythme cardiaque
Bradycardie sinusale Tachycardie sinusale Alternance brady-tachy (instabilité autonome), Bloc auriculo-ventriculaire, Asystolie (rare mais possible)
2. Variations tensionnelles majeures: Hypertension artérielle paroxystique, Hypotension, Hypotension orthostatique, Labilité tensionnelle très typique (variations rapides et imprévisibles)
3. Troubles respiratoires: Variabilité du rythme respiratoire, épisodes d'apnée centrale, instabilité ventilatoire
4. Troubles sudoraux et thermiques, (fébricule ou hypothermie)

signes cliniques dysautonomie

5. Troubles digestifs Iléus paralytique, constipation sévère, rétention gastrique, plus rarement diarrhée
6. Troubles vésico-sphinctériens: rétention urinaire, dysurie, incontinence (plus rare)
7. Troubles pupillaires et oculaires: mydriase ou myosis anomalies de la réactivité pupillaire troubles de l'accommodation
8. Hypersalivation-troubles de la sécrétion bronchique

Prise en charge de la dysautonomie

- Hypotension orthostatique
 - Bas/ceinture
 - Verticalisation progressive
 - Médicaments: midodrine/fluorocortisone
- Thermorégulation-sudation
 - Fréquents mais pas dangereux
- Troubles digestifs
 - Arrêt médicaments ralentissant le transit
 - Laxatifs parfois prokinétiques
- Troubles urinaires
 - À dépister++



Types de polyradiculonevrite

Forme classique démyélinisante (les plus fréquentes en Europe)

AIDP (Acute Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy)

=atteinte motrice symétrique ascendante avec aréflexie et atteinte sensitive modérée

Formes axonales

AMAN (Acute Motor Axonal Neuropathy)=atteinte motrice pure, pas d'atteinte sensitive, souvent post-infectieux (Campylobacter)

AMSAN (Acute Motor and Sensory Axonal Neuropathy) =forme sévère, atteinte motrice + sensitive, récupération plus lente

Formes topographiques particulières

Syndrome de Miller-Fisher, triade: ophtalmoplégie, ataxie, aréflexie

Forme pharyngo-cervico-brachiale: atteinte: bulbaire, cervicale, membres supérieurs

Forme paraplégique: atteinte limitée aux membres inférieurs

Pronostic fonctionnel selon la forme

Les formes au plus mauvais pronostic fonctionnel:

● Formes axonales sévères= AMAN et surtout AMSAN

nécessite régénération axonale= récupération souvent incomplète

● Formes avec atteinte respiratoire sévère

ventilation mécanique prolongée en réanimation→déconditionnement, pneumopathie, ICU-AW surajoutée

● Formes avec atteinte bulbaire marquée

impact majeur sur nutrition, impact sur récupération globale, autonomie

● Formes à évolution très rapide

progression en < 3–5 jours vers tétraplégie: récupération plus longue

● Formes avec dysautonomie sévère: instabilité hémodynamique, complications cardiaques=marqueur indirect de sévérité neurologique

Facteurs pronostiques défavorables

- âge élevé
- déficit moteur initial sévère
- incapacité à marcher à J7
- ventilation mécanique
- forme axonale à l'ENMG
- latence prolongée avant traitement

Formes de bon pronostic

✓ forme démyélinisante (AIDP) ✓ syndrome de Miller-Fisher ✓ formes
purement sensitives ou modérées

= récupération souvent quasi complète

Complications

- ICU-acquired weakness, thrombose veineuse profonde, ventilator-associated pneumonia, et hyperglycémie

La rééducation, quelles preuves?

- Khan F. *Rehabilitation in Guillain-Barré syndrome*. 2004. [PubMed](#)
- Sulli S. *Efficacy of rehabilitation in Guillain-Barré syndrome: systematic review*. 2021. [PubMed](#)

Systematic Review

The efficacy of rehabilitation in people with Guillain-Barré syndrome: a systematic review of randomized controlled trials

Sara Sulli, Luca Scala, Anna Berardi , Antonella Conte, Viola Baione, Daniele Belvisi, ...show all

Pages 455-461 | Received 16 Dec 2020, Accepted 10 Feb 2021, Accepted author version posted online: 11 Feb 2021, Published online: 23 Feb 2021

Étude	Caractéristiques (design, n, délai, phase)	Intervention	Groupe contrôle	Outcomes principaux	Résultats principaux
Guillain-Barré Syndrome Trial Group, 1987	RCT ; n = 245 ; < 14 j ; phase aiguë	Rééducation standard associée aux soins hospitaliers	Absence de groupe contrôle spécifique (rééducation dans les deux groupes)	Récupération fonctionnelle, autonomie	Amélioration globale, effet spécifique non isolable
Essai IMT (en cours)	RCT ; n = NR ; 7–21 j ; phase aiguë–subaiguë	Entraînement des muscles inspiratoires	Soins standards	Force respiratoire, qualité de vie	Résultats en attente
Khan et al., 2011	RCT ; n = 79 ; 30–60 j ; phase subaiguë	Rééducation multidisciplinaire intensive	Rééducation standard	FIM	Amélioration significative de l'indépendance fonctionnelle
Gupta et al., 2014	RCT ; n = 28 ; 60–90 j ; phase de récupération	Renforcement + endurance	Rééducation standard	Force musculaire, fatigue	Amélioration de la force, diminution de la fatigue
Shah et al., 2022	RCT ; n ≈ 40 ; ≥ 180 j ; phase chronique	Programme supervisé (12 semaines)	Programme à domicile	Fatigue, qualité de vie	Réduction de la fatigue, amélioration de la qualité de vie
High vs Low intensity rehabilitation, 2023–2024	RCT ; n = 20 ; 180–360 j ; phase chronique	Rééducation haute intensité	Rééducation basse intensité	Fonction, qualité de vie	Supériorité de la haute intensité

Quelques éléments de rééducation

Respiratory management

- Cheng MCF. *Prolonged ventilatory support for patients recovering from GBS*. 2021. [PubMed](#)

Inspiratory muscle training

- Almeida MP. *Inspiratory muscle training in people with Guillain-Barré syndrome*. 2025. [PubMed](#)

Rééducation des muscles inspirateurs (dpg)

Principe de la rééducation

-Entraînement des muscles inspiratoires (Inspiratory Muscle Training – IMT)




Le principe est simple =faire travailler les muscles inspiratoires contre une résistance contrôlée. C'est l'équivalent d'un renforcement musculaire spécifique du diaphragme

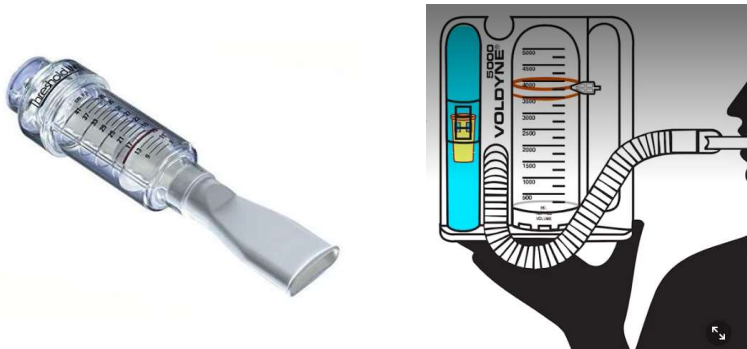
-Désencombrement bronchique indispensable au préalable: pour augmenter efficacité de toux et évacuer sécrétions bronchiques pour prévenir l'encombrement et les infections respiratoires

- toux assistée
- air stacking
- + travail expiratoire
- Positionnement
- insufflateur-exsufflateur: cough assist
- renforcement des abdominaux



InspireGBs – Inspiratory muscle training in people with Guillain-Barré syndrome: A feasibility study

Miguel P. Almeida PT, MSc^{1,2}  | João Carlos Winck MD, PhD³  |
Alda Marques PT, PhD² 



Test de l'IMT

Conclusion: InspireGBs is safe, feasible, and may be effective in improving inspiratory muscle strength in individuals with GBS. A randomized controlled trial is now needed to strengthen these findings.

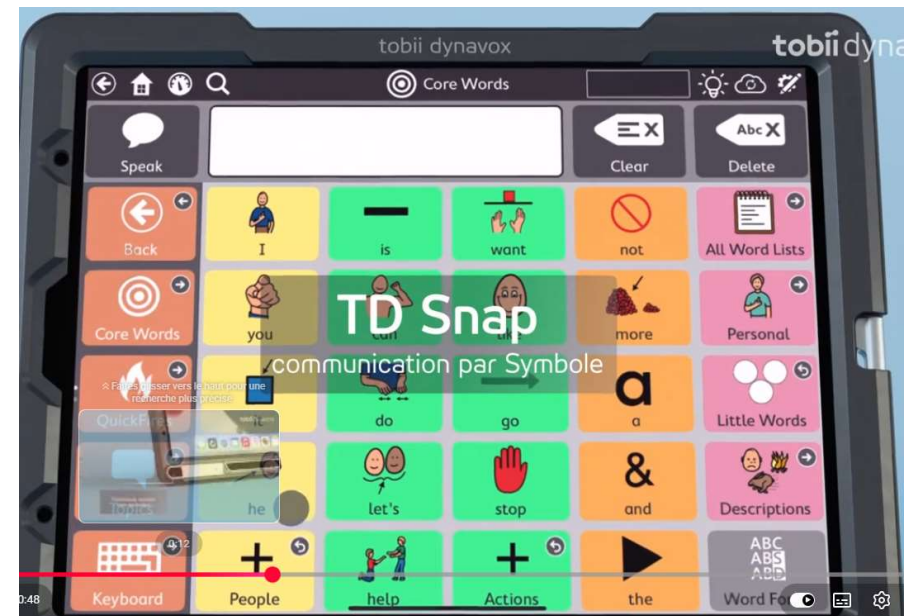
Cough assist



communication

Outils technologiques

- De plus en plus utilisés en réanimation : tablettes de communication
- applications avec pictogrammes
- synthèse vocale
- ou eye-tracking (dans formes sévères)
=commande par le regard
- très utile dans paralysie complète



Neuro-myopathie acquise en réanimation (ICU-AW)

En pratique, le diagnostic est un diagnostic clinique

- ICU-AW = faiblesse diffuse symétrique chez un patient de réanimation sans autre cause évidente si le patient est testable, sinon confirmation par EMG/conductions nerveuse
 - **score total < 48/60**
 - score < **36/60** faiblesse sévère.
- La faiblesse doit être **généralisée, symétrique**, et non expliquée par une autre cause évidente.

Fan E 2014

A multidisciplinary expert committee generated diagnostic questions. + systematic review was performed, + recommendations were developed using GRADE approach.

Evaluation par le MRC SS (/60)

Le Medical Research Council Sum Score (MRC SS)

Groupes musculaires testés

Membre supérieur :

1. abduction de l'épaule
2. flexion du coude
3. extension du poignet

Membre inférieur :

4. flexion de hanche
5. extension du genou
6. flexion dorsale de cheville

Ces muscles sont testés **à droite et à gauche.**

Interprétation

Score	Signification
≥48	force normale
<48	ICU-acquired weakness
<36	faiblesse sévère

Et Grip strength

Neuro-myopathie acquise en réanimation (ICU-AW)

25 à 50 % des patients ventilés > 7 jours

regroupe deux entités principales :

- la Polyneuropathie de réanimation (Critical Illness Polyneuropathy – CIP)
- la Myopathie de réanimation (Critical Illness Myopathy – CIM)
- isolées ou associées (forme mixte).

liées à inflammation systémique, dysfonction microcirculatoire, immobilisation et traitements utilisés en réanimation

Suspectée quand difficulté sevrage ventilatoire

Distinguer entités sur la clinique, +/- électrophysiologie et parfois la biopsie musculaire

2 tableaux distincts ou mélangés

Polyneuropathie de réanimation (CIP)

Physiopathologie

neuropathie **axonale** sensitive et motrice

Facteurs favorisants :

- inflammation systémique
- dysfonction microvasculaire
- toxicité métabolique

Clinique

- faiblesse musculaire diffuse
- prédominance distale
- aréflexie
- troubles sensitifs possibles

→ difficulté de sevrage ventilatoire par atteinte du **diaphragme**

Myopathie de réanimation (CIM)

Physiopathologie

atteinte **musculaire** primaire

Facteurs favorisants :

- corticothérapie
- curares prolongés
- immobilisation

Clinique

- faiblesse musculaire diffuse
- prédominance proximale
- pas de trouble sensitif
- réflexes souvent diminués mais parfois conservés

Le sevrage ventilatoire peut aussi être difficile

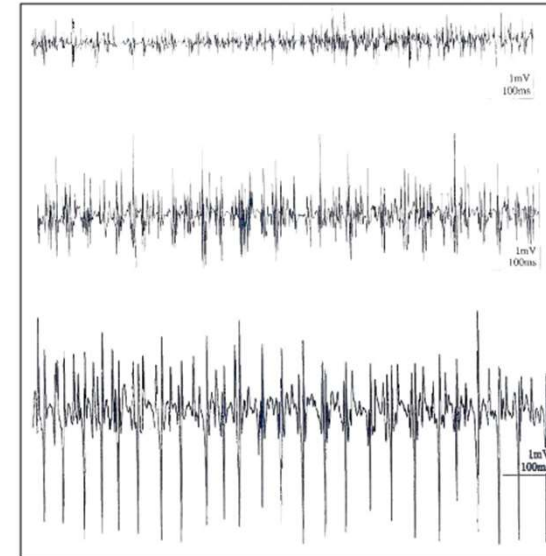
Stratégie et prévention

Stratégie

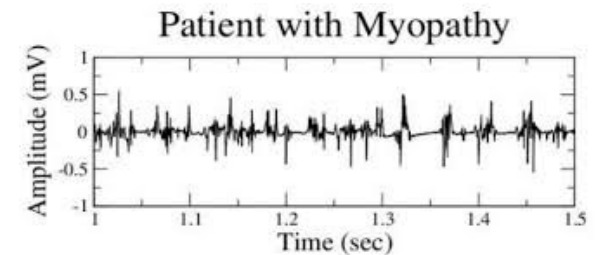
mobilisation précoce
réduction de la sédation
contrôle glycémique
limiter curares
nutrition adaptée
physiothérapie respiratoire

Objectif

limiter l'atrophie musculaire
permettre la mobilisation
réduire toxicité nerveuse
prévenir myopathie
maintenir masse musculaire
améliorer sevrage ventilatoire



Enregistrement de la contraction musculaire volontaire normale (milieu), en cas de myopathie (tracé du haut) et de neuropathie (tracé du bas).



Devenir ICU-acquired weakness

- Court terme
 - Durée Sevrage ventilatoire
 - Durée ICU et hospitalisation ↑
 - mortalité ↑
- Moyen terme à 6 mois
 - altération « fonction physique » (SF 36) et la QdV *
 - ↑ PICS
- Long terme
 - 1 étude à 5 ans **
 - 222 patients
 - Évaluation 6 MWT, Handgrip, SF36
 - La force, capacité marche, QdV ↓ à 5 ans
 - Dépend de la force à sortie réa

*Wieske 2015, Sidiras 2019

** Van Aerde 2020, ***Eggmann 2020

Eggmann S 2020

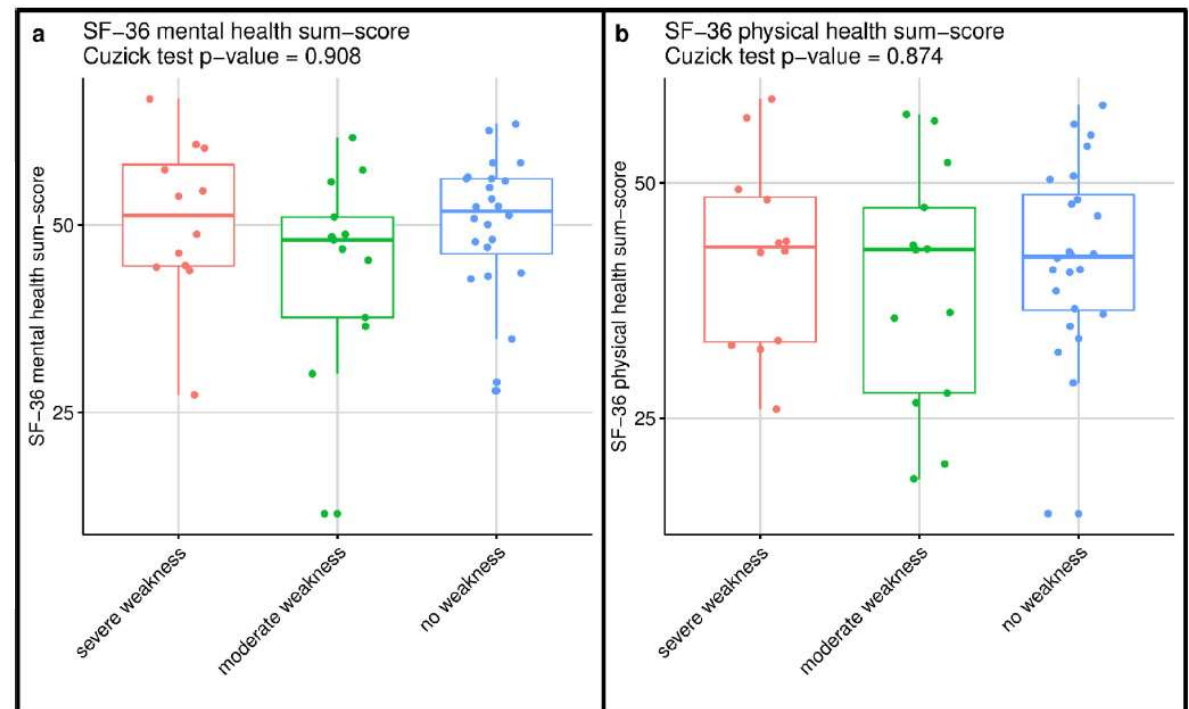
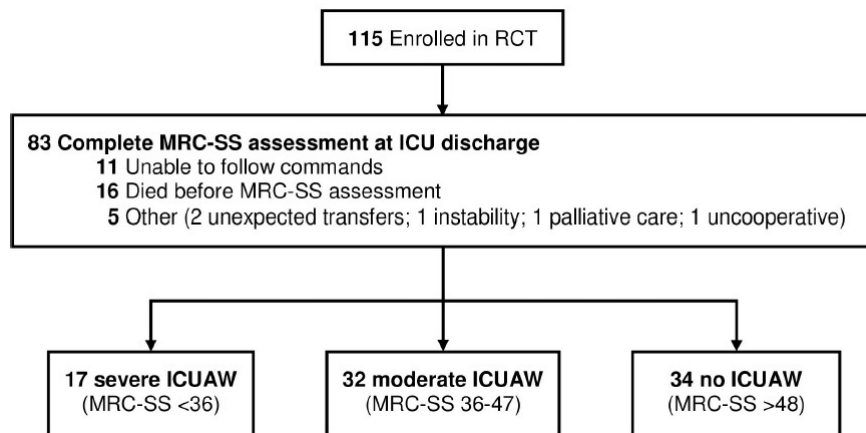


Fig 4. Illustration of the SF-36 physical and mental health sum-scores per MRC-SS group. Illustration of the SF-36 physical health sum-score (a) and mental health sum-score (b) with non-parametric Cuzick test accepting the null hypothesis of equal distributions.

BMJ Open Health-related quality of life, participation, and physical and cognitive function of patients with intensive care unit-acquired muscle weakness 1 year after rehabilitation in Germany: the GymNAST cohort study

Simone Thomas, Jan Mehrholz

Table 1 Baseline characteristics (measured at first admission to our postacute hospital or our inpatient rehabilitation)

Variable (n=150)	Median (IQR)	Mean (SD)
Age (years)	71 (12)	69.16 (9.02)
BMI (points)	27.4 (6.7)	29.11 (8.25)
Duration of illness (days)*	41 (30)	49.13 (29.13)
Duration of mechanical ventilation (days)	53 (42)	65.22 (45.14)
Apache II (points)	16 (5)	16.45 (4.08)
Barthel Index (points)	5 (25)	14.68 (19.20)
MRC sum score at baseline, upper limb	9.5 (3.25)	0.5 (0.8)
MRC sum score at baseline, lower limb	9 (3.25)	0.5 (0.8)
MoCA score at baseline (points)	16 (10)	14.3 (7.0)
CDT score at baseline (points)	4 (4)	3.9 (1.8)

*Duration of illness was defined as the time between the very first day on ICU (first admission to the acute hospital due to the onset of primary illness) until the study onset (admission to our postacute hospital or our inpatient rehabilitation).
 BMI, body mass index; CDT, Clock Drawing Test; ICU, intensive care unit; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; MRC, Medical Research Council.

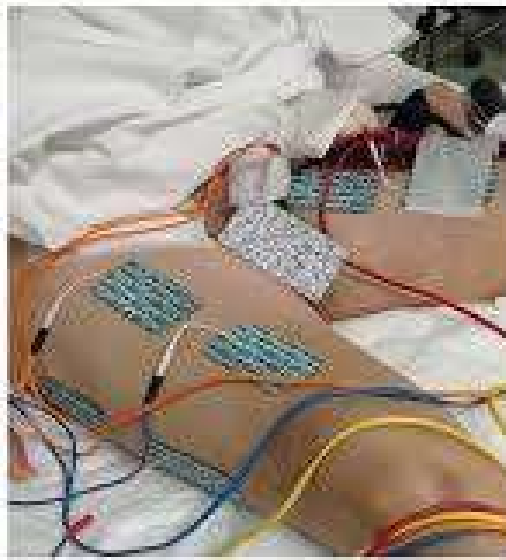
Table 2 Results of follow-up at 6 and 12 months

Variable (n=51)	Median (IQR)	Mean (SD)
Health-related quality of life		
EQ-5D, score (0–60) at 6 months	40 (20)	41.4 (11.7)
EQ-5D, score (0–60) at 12 months	40 (20)	39.8 (11.2)
EQ-5D VAS (0–100) at 6 months	60 (30)	59.9 (22.2)
EQ-5D VAS (0–100) at 12 months	60 (29)	61.9 (20.8)
Participation, RNL-Index (0–100) at 6 months	65.5 (42)	64.3 (27.9)
Participation, RNL-Index (0–100) at 12 months	68.2 (53)	65.9 (27.2)
Physical activities, PASIPD (0–100) at 6 months	7.9 (17.4)	16.2 (22.4)
Physical activities, PASIPD (0–100) at 12 months	7.9 (17.3)	12.3 (13.6)
Cognitive function		
MoCA (0–30) at 6 months	24 (5)	22.8 (5.2)
MoCA (0–30) at 12 months	NA	NA
CDT (0–6) at 6 months	1 (1)	1.7 (1.1)
CDT (0–6) at 12 months	1 (0)	1.4 (0.8)
Pain VAS (0–10) at 6 months	4 (4)	4.2 (3.0)
Pain VAS (0–10) at 12 months	3 (6)	3.5 (3.1)

CDT, Clock Drawing Test; EQ-5D, health-related quality of life; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; NA, not available; PASIPD, Physical Activity Scale for Individuals With Physical Disabilities; RNL-Index, Reintegration of Normal Living Index; VAS, Visual Analogue Scale.

The best predictors for good health-related quality of life 1 year after discharge were
 -the time until regaining walking ability (OR=0.96, OR per day, 95% CI 0.93 to 0.99) and
 -the mean MoCA score at start of rehabilitation (OR=1.25, 95% CI 1.02 to 1.52)

Quelques éléments de la rééducation



Neurostimulation et ICU-acquired weakness

- NMES peut réduire, atténuer atrophie musculaire, la force et le statut fonctionnel en réa surtout si ventilé et incapacité rééducation active, mais pas durée d'hospitalisation et QDV
- NMES souvent sur quadriceps, biceps, rectus femoris
30–60 minutes, 5 days/semaine, début dès 48h après admission,
- safe, faisable patients où reeduc passive seule possible .
- En complement mobilisation et kiné

Nakanishi 2023, Li L 2024, Guerra-vega 2025
(metanalyses)

Dans le cadre des muscles dénervés Guillain-Barré ou atteinte tronculaire sévère

- NMES est faisable mais bénéfice limité.
- Pb d'intensité stimulation requise pour muscles dénervés= inconfort, challenge technique
- Etudes pilotes pour Guillain-Barré :
safe, intérêt préserver masse musculaire, peu d'effet sur la force
durabilité? Gain fonctionnel?



Harbo 2019, Chu L 2025, Eberstein 1996

Atteintes tronculaires focales

Incidence des atteintes tronculaires focales

Etudes observationnelles (réanimation générale et COVID notamment)

◆ En réanimation générale

- incidence estimée : 3 à 10 % des patients de réanimation prolongée
- jusqu'à 15 % dans certaines séries avec immobilisation prolongée

◆ En réanimation COVID (décubitus ventral prolongé)

- incidence plus élevée : 10 à 25 %
- forte association avec :
 - proning répété
 - durée de ventilation mécanique
 - obésité

Kamel H 2013, Warner MA 2000

Malik GR 2020, Blugliera L 2021, Bellinghausen 2021

Les mécanismes principaux

a) Compression prolongée

- décubitus prolongé/ appui sur des zones de passage nerveux
- matériel (sangles, attelles, tubulures)

b) Étirement

- mobilisations inadaptées/positions extrêmes (abduction d'épaule, flexion prolongée)

c) Ischémie nerveuse

- hypotension prolongée
- choc septique
- troubles microcirculatoires

d) Facteurs aggravants

- dénutrition
- diabète
- défaillance multiviscérale
- durée de ventilation mécanique

Facteurs de risque

Facteurs majeurs

- durée de ventilation > 7–10 jours
- immobilisation prolongée
- décubitus ventral répété
- sédation profonde

Facteurs métaboliques

- diabète
- dénutrition
- Hypoalbuminémie

Facteurs mécaniques

- position prolongée en flexion du coude
- appui sur tête de fibula
- dispositifs de contention

Facteurs de gravité

- choc septique
- défaillance multiviscérale
- catécholamines

Prévention en réanimation

Positionnement

- alternance des appuis
- protection des zones à risque (coudes, fibula)

Matériel

- éviter compression par attelles, sondes
- Mettre coussins de décharge

Mobilisation précoce

- kinésithérapie
- verticalisation

Nerfs les plus touchés

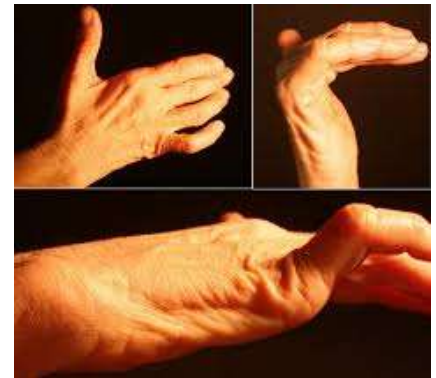
Dans les séries de patients de réanimation :

Membre supérieur

- **nerf ulnaire** : ~30–40 % des atteintes tronculaires
- **nerf radial** : ~15–25 %
- **nerf médian** : ~10–20 %

Membre inférieur

- **nerf fibulaire commun** : ~30–50 %
- **nerf tibial** : <10 %



Diagnostic

- déficit territorial tronculaire pur
- asymétrique
- moteur \pm sensitif
- survenant après plusieurs jours de réanimation

Diagnostic différentiel

- polyneuropathie de réanimation
- atteinte plexique
- AVC ou atteinte centrale

Électroneuromyogramme (ENMG) (non systématique)

- confirme l'atteinte tronculaire
- précise :
 - siège
 - type (axonale vs démyélinisante)
 - gravité

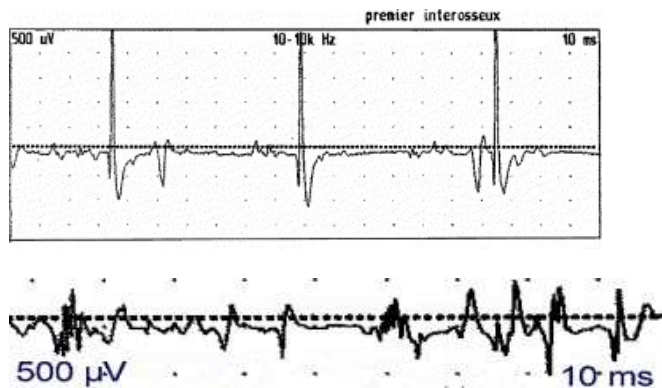
Imagerie non systematique (IRM, echo nerveuse)

- Si pas d'amélioration à 2-3 mois

ENMG

Phase optimale Dic 10 à 21 j

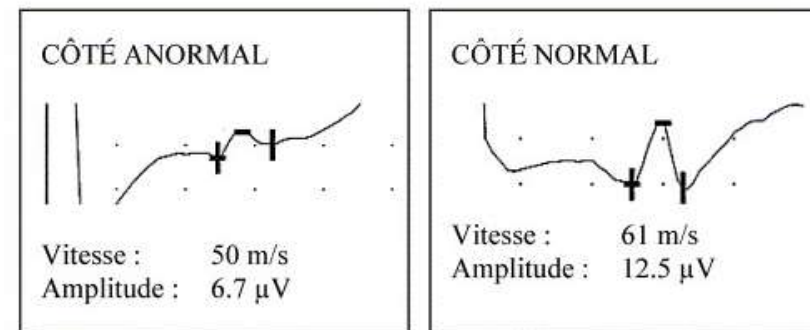
- Confirme l'atteinte tronculaire, la localise et distingue démyelinisante/axonale
- On peut s'en passer si tableau évident et amélioration rapide



À 6-12 semaines: bilan pronostic fiable

- La perte axonale est mieux visible
- Quantification dénervation
- potentiel réinervation =récupération en cours

A 6 mois évaluation des séquelles



Pronostic et évolution

Selon les études longitudinales :

- récupération complète :
50 à 70 % des cas
- récupération partielle :
20 à 30 %
- séquelles définitives :
10 à 20 %

délai de récupération :

- atteinte démyélinisante : en semaines
- atteinte axonale : 3 à 12 mois



Merci pour votre attention

