



**POLYRADICULONEVRITES AIGUES POST
VACCINATION ANTIRABIQUE
A PROPOS DE 20 CAS PRIS EN CHARGE DANS
LE SERVICE DE MPR CHU DE T-O**

DJ.KADI, M.ADERKICHI, F.MALEK, S.DJOUZI, A.KHATI, Z.AMGHAR

***SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET REEADAPTATION
HOPITAL BELLOUA CHU DE TIZI OUZOU***

DEFINITION

La PRNA ou syndrome de GUILLAIN BARRE post vaccinal est une polyradiculonévrite inflammatoire avec démyélinisation segmentaire multifocale du SNP d'origine auto-immune .

HISTORIQUE

Décrit par Jean LANDRY en 1859 , se caractérise par des troubles nerveux paralysant les jambes , les bras , le cou et muscles respiratoires .

Georges GILLAIN , Jean Alexandre BARRE et André STROHL qui montrèrent en 1916 l'anomalie caractéristique : **une augmentation des protéines dans le LCR .**

EPIDEMIOLOGIE

- Touche 1 a 2 P / 100 000 habitants .
- Rare chez l'enfant avant 05 ans .
- Pas de prédominance de sexe .
- Touche toutes les classes socio-économiques .
- Pas de prédominance saisonnière avec recrudescence en été et automne .
- Aucune liaison avec HLA .
- Le syndrome est précédé d'une **vaccinothérapie ou d'une sérothérapie antirabique** , rarement après vaccination anti grippale et anti PAA, hépatite ,d'autres étiologies sont décrites.

Il a été noté une augmentation transitoire de l'incidence des syndromes de GB après vaccination antirabique , préparé a partir du cerveau de souris SUCKLING .

-16 cas sévère en COLOMBIE dont 2 morts avec dose très importante .

-6 cas sévères au PEROU avec 2 lots consécutifs .

Un lien de causalité n'a été établi que pour la vaccination antirabique et la vaccination antigrippal au ETAT UNIS en 1976 et 1977 .

En raison des possibilités de rechutes , il semble prudent de ne pas faire aux patients guéris d'un GB que les vaccinations indispensables .

COMMENTAIRE

Ces faits suggèrent que ce syndrome ne répond pas à une étiologie univoque mais serait l'expression d'un conflit immunologique induit par plusieurs facteurs .

PHYSIOPATHOLOGIE

- Infiltration multifocale des cellules mononuclées.
- Envahissement de la gaine de myéline par les macrophages.
- CD4 reconnaissent AG sur les cellules de Schwann et de la gaine de myéline → production de cytokines et activation macrophagiques.
- Stimulation par CD4 de la production des AC reconnaissant de la gaine de myéline entraînant l'activation de complément → destruction de la gaine de myéline.
- Cette participation humorale est confirmée par la démyélinisation observée « in vivo chez l'homme » après injection du sérum des patients atteints .

CLINIQUE

Déficit moteur de type périphérique:

- Bilatéral symétrique prédominance proximale.
- Installation ascendante.
- Paresthésie et douleur.
- Dysautonomie 15 % des patients.
(hyper , hypotension, Troubles de rythme, iléus gastroparésie , rétention urinaire)
- Troubles respiratoire de 15 à 30 %.

➤ Evolution en 3 phases :

- 1) **Phase d'invasion ou de progression:** 2 à 4 semaine.
- 2) **Phase de plateau:** inférieur à 4 semaines l'atteinte du SNV est fréquente (dysautonomie).

La réaction méningé est notée dans 7 à 10% des cas due à la présence d'AC non spécifiques dirigés contre le SNC et SNP.

- Syndrome d'HIC.
- Trouble de la vigilance, comportement (état confusionnel).
- Œdème papillaire due à une hyperprotéinorachie.

3) Phase de récupération: épisodes d'aggravation secondaire pour 7 à 16 % des cas.

La récupération dans le sens inverse de l'apparition du déficit .

- 90 % des patients non ambulatoire.
- 30 % nécessitent ventilation mécaniques.
- Durée moyenne de ventilation mécanique 2 à 6 semaines.
- 4 à 15 % de mortalité.
- 20 à 30% de séquelles motrices.
- Plus de 60% d'asthénie clinique.
- 30 % de retentissement socioprofessionnel majeur.
- Récupération essentiellement la première année pouvant s'étendre sur plusieurs années.

Formes cliniques

- Acute inflammatory demyelinating poly neuropathy (**AIDP**) Présentation clinique classique .
- Acute motor axonal neuropathy (**AMAN**)
- Acute motor and sensory axonal neuropathy (**AMSAN**)
- **Syndrome de Miller Fischer.**

AMAN et AMSAN sont plus fréquentes en Asie.

AMAN: atteinte motrice pure début brutal
amélioration après 3 semaines, séquelles rares
mortalités 3 à 5 %.

AMSAN: début brutal

- V. mécanique nécessaire précocement.
- - de 20% de patient déambule.
- après une année séquelles souvent graves.

Miller Fischer: areflexie ,ataxie ,ophtalmoplégie
Evolution souvent moins sévère.

Facteurs PC :

- Durée de la phase de plateau .
- Rapidité d'installation du déficit
- Importance de déficit.
- Age élevé.
- Atteinte du SNA .
- Nécessité d'une ventilation assistée.
- EMG: atteinte axonale précoce.
- Faible production de radicaux libre oxygéné.

Oxygène radical production and severity of the G.B syndrome Natalia-Massberg /al – journal of neuro immunologie 192(2007), 186-191.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **PL** :dissociation albumino-cytologique avec hyperproteinorachie jusqu'à 6g/l ,elle peut être retardée/ a la clinique jusqu'à 10 j .
l'électrophorèse du LCR montre un aspect oligoclonale transitoire en rapport avec la rupture de la barrière SG-LCR
- **Cytologie** : pauvre inf a 10 elts /mm³
- **Biopsie nerveuse** : effectuée a la recherche d'AC anti glycolipide ou glycoprotéine de la myéline et axone

- **EMG** : examen essentiel , permet de suivre l'évolution , d'orienter le diagnostic et de donner un pronostic
 - VC est utile pour la confirmation du diagnostic (diminution des VCM et VCS)
 - augmentation des latences motrices
 - mise en évidence des signes de dénervation avec tracé neurogene avec des potentiels de fibrillation au repos

La présence des potentiels de fibrillation , une réduction marquée de l'amplitude de potentiels sensitifs sont des elts de mauvais PC

- **PEC** : les potentiels sensitifs peuvent être normaux en raison de la prédominance de l'atteinte motrice

TRAITEMENT

purement symptomatique

- **1-corticothérapie** : remise en cause par la plupart des auteurs
- **2-les échanges plasmatiques** : utilisation dans les formes aiguës sévères . proposes pour épurer le sg complexes immun circulants ont donnees de bons résultats dans certaines études
- **3-utilisation d'ig** humains plasmatiques par voies IV (compétition d'ig avec les AC responsables de la démyélinisation et blocage des sites récepteurs. résultats encourageants
- **4-Nursing** afin d'éviter les CPC de décubitus
- **5-Parfois anticoagulants**

Par la suite le TRT est assuré par la rééducation

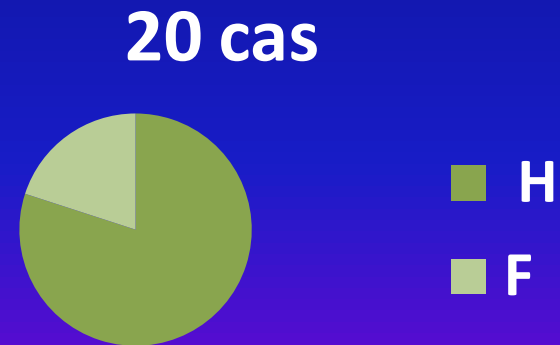
- Prévention des CPC de décubitus
- Favoriser la récupération par le renforcement musculaire ,si séquelle: appareillage
- Réinsertion socioprofessionnelle

Etude à propos de 20 cas de PRNA post vaccination anti rabique

Méthode: étude rétrospective à propos de 20 cas colligés au service de MPR du CHU de TO pour une durée de 10 ans allant de 2002 à 2012.

Répartition selon le sexe:

Sexe	H	F
20 cas	16	4

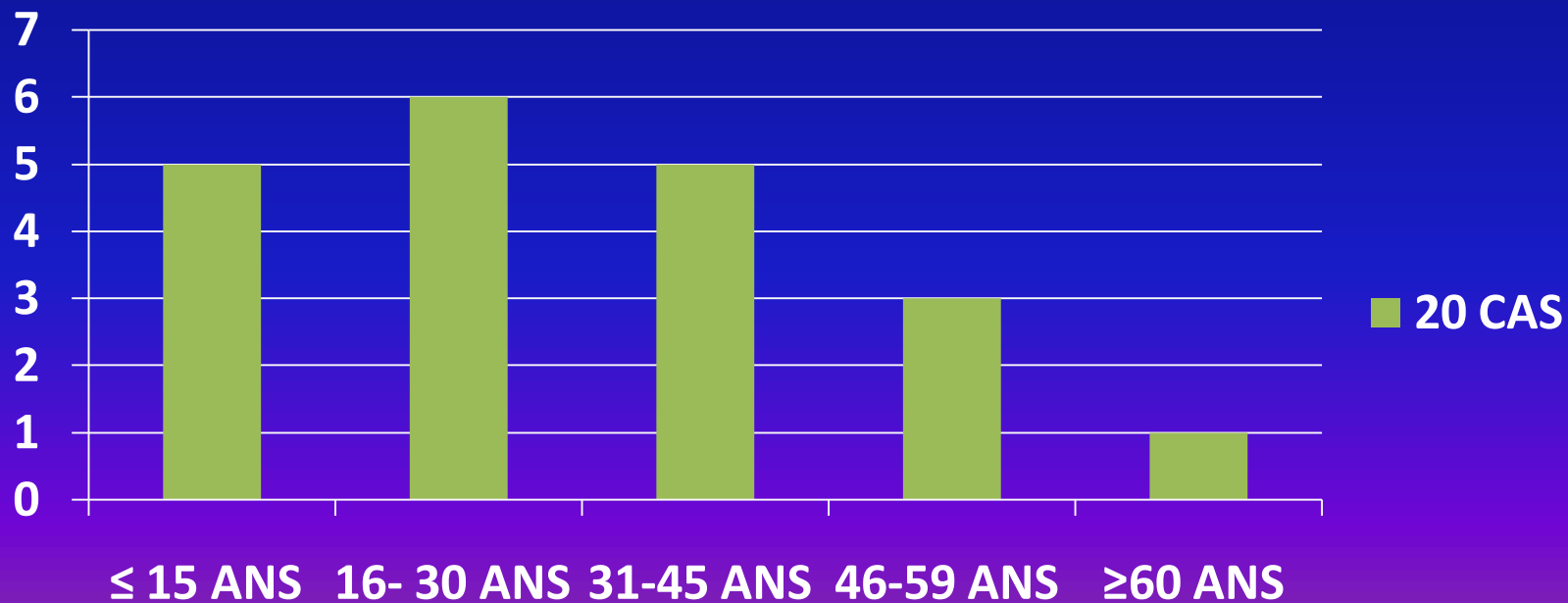


Nette prédominance du sexe masculin

Répartition selon le l'age:

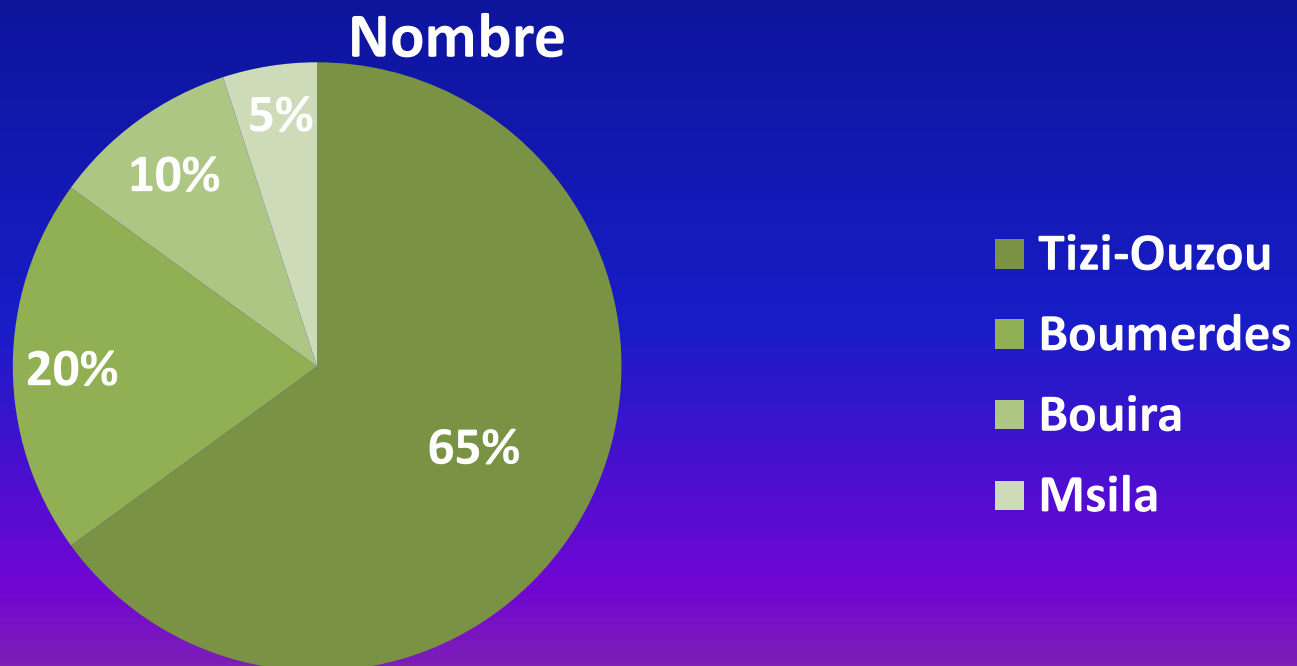
AGE	≤ 15 ANS	16- 30 ANS	31-45 ANS	46-59 ANS	≥60 ANS
20 CAS	5	6	5	3	1

20 CAS



Répartition selon la région d'origine:

Wilaya d'origine	Tizi-Ouzou	Boumerdes	Bouira	Msila
Nombre	13	04	02	01



L'âge prédominance reste l'adulte jeune.

- ✓ Avec 11 cas en 15 -45 ans.
- ✓ Plus rare dans les âges extrême mais non négligeable chez l'enfant avec 5 cas.
- ✓ Dans les ATCDS on retrouve:
 - 1 cas de PRNA dans l'enfance (F)
 - 1 cas d'ATCDS méningite .

❖ Vaccination antirabique:

17 cas après morsure de chien.

02 cas de griffe de chat.

01 cas de morsure de rat.

❖ Vaccin :

- (souriceau nouveau née) de l'institut pasteur 15 cas.

- 02 cas rabipure.

- 03 cas indéterminés.

L'apparition des signes cliniques dans la majorité des cas entre la 4^{ème} et 8^{ème} injections, 2 cas dans les 4^{première} injections .

1 cas où il y a poursuite de vaccination.

18 cas ont nécessité une hospitalisation de plusieurs jours ou plusieurs mois (service de réanimation, maladie infectieuse, pédiatrie, neurologie + MPR).

2 cas suivis à titre ambulatoire dans notre service.

6 cas ont présenté des troubles respiratoires graves dont 6 ont été trachéotomisés.

2 cas de décès.

2 patients ont présenté des signes d'atteinte du SNC .

❖ Encephalo-radiculomyelite.

❖ Myelite .

15 cas ont bénéficié d'un EMG au moins une fois.

4 EMG non fait (non disponibles)

1 cas de décès dans la 1^{er} semaine.

Dans la majorité des cas soit 14 cas atteinte neurogene périphérique axonale sévère.

1 cas non précisé : atteinte neurogène
périphérique .

12 cas de tétraparésie flasque sévère.

4 cas de tétraplégie incomplète ayant récupéré
complètement.

1 cas avec paralysie faciale avec ophthalmoplégie
ayant bien récupéré.

Complications présentées:

Complications précoces	Nombre de cas	Complications tardives	Nombre de cas
Trouble respiratoire avec trachéotomie	6 cas	escarres	8 cas
Trouble de la déglutition et dysautonomique	4 cas	Trouble orthopédique + POA (hanche , genoux ,coude)	4 cas
Trouble vésicaux sphinctérien	5 cas	Douleur neuropathique	4 cas
Atteinte de système nerveux central SNC	2 cas	Séquelles fonctionnelles légères en distale	8 cas
Décès	1 cas	Séquelles fonctionnelles graves	4 cas
		Amyotrophie globale	16 cas
		Décès	1 cas
		Récupération totale	6 cas

les résultats de notre série suggèrent que la PRNA post vaccination antirabique semble être plus grave avec 2 décès soit 10 % des cas, 6 cas de trouble respiratoire grave avec trachéotomie 30% des cas et troubles dysautonomiques .

importance des séquelles motrices et retentissement fonctionnel.

NB: Tous les cas du CHU de TO n'ont pas été comptabilisés car plusieurs malades n'ont pas été orientés dans notre service.

CONCLUSION

La fréquence , la gravité des incidents et séquelles parfois définitivement invalidantes voir mortelles de la vaccination antirabique doivent nous inciter a nous poser des questions sur :

- La qualité des vaccins utilisés (intérêt d'une étude épidémiologique poussée)
- De la vaccination systématique voir abusive même avec les animaux domestiques et connu.

- De prendre les mesures de prévention nécessaire pour réduire ces incidents post vaccinaux par :
 - . Abattage des chiens errants
 - . Vaccination obligatoire des animaux domestiques
 - .exiger une politique d'hygiène , a savoir (dératisation et réglementation de l'acheminement des déchets et ordures ménagères).



MERCI DE VOTRE ATTENTION