

Prise en charge – Neuropathie (atteinte ou lésion des nerfs moteurs ou sensitifs)

Évaluation

Observer :

- Est-ce que le patient semble faible ?
- Est-ce que le patient semble mal à l'aise ?
- Modification de la marche ou de la motricité ?
- En cas de faiblesse musculaire, des difficultés respiratoires sont-elles apparues ?

Interroger :

- Le patient fait-il état d'une faiblesse motrice (unilatérale ou bilatérale) ?
- Le patient indique-t-il une douleur, un engourdissement ou des picotements nouveaux ou aggravés ?
- Le patient indique-t-il des difficultés à marcher ou à tenir des objets ?

Examiner :

- Déficits moteurs
- Déficits sensoriels
- Troubles neuropsychiques
- Paresthésies
- Antécédents de toxicité avec d'autres thérapies
- Le patient est-il atteint de diabète sucré ?
- Y a-t-il des signes et symptômes neurologiques ?
- Résultats des imageries précédentes
 - o Métastases de la moelle épinière
 - o Autres métastases pouvant causer des symptômes

Classification de la toxicité :

Niveau 1 (Léger)

Moteur périphérique :

- Asymptomatique ; observation clinique ou diagnostique seulement
- Aucune intervention indiquée

Niveau 2 (Modéré)

Moteur périphérique :

- Symptômes modérés ; limitant l'AVQ instrumentale

Niveau 3 (Grave)

Moteur périphérique :

- Symptômes graves ; limitant les AVQ et l'autonomie ; a besoin d'appareils et d'accessoires fonctionnels

Niveau 4 (potentiellement mortel)

Moteur périphérique :

- Intervention potentiellement mortelle et urgente indiquée

Niveau 5 (Décès)

Sensorielle périphérique :

- Asymptomatique ; perte de réflexes tendineux profonds ou de paresthésie

Sensorielle périphérique :

- Symptômes modérés ; limitant l'AVQ instrumentale

Sensorielle périphérique :

- Symptômes graves, limitant l'autonomie et l'AVQ

Sensorielle périphérique :

- Intervention potentiellement mortelle et urgente indiquée

Gestion

Stratégie globale :

- Dépistage des causes de neuropathie : diabète avec HbA1C, vitamine B12, folates, TSH et VIH.
- Éliminer les étiologies infectieuses, non infectieuses, liées à la maladie (médicaments, troubles métaboliques/endocriniens, expositions environnementales, maladies vasculaires ou système immunitaire, traumatisme).
- Corticoïdes à forte dose * (0,5-1 mg/kg/jour prednisone ou équivalent) à utiliser
- Le traitement par l'ipilimumab doit être interrompu pour les événements de niveau 2, le nivolumab pour la première manifestation de niveau 3 et le pembrolizumab en fonction de la gravité de la maladie ; l'ipilimumab doit être interrompu pour les manifestations de niveau 2 qui persistent ≥ 6 semaines ou incapacité à réduire le dosage de corticoïdes à $\leq 7,5$ mg prednisone ou équivalent par jour ; pembrolizumab ou nivolumab à interrompre pour les événements de niveau 3/4 qui récidivent, persistent ≥ 12 semaines, ou sans possibilité de réduire le dosage à ≤ 10 mg prednisone ou équivalent par jour
- Prise en charge du syndrome de Guillain-Barré en soins intensifs, avec une attention particulière à la protection des voies respiratoires.
- Consultation chez un neurologue
 - o Prise en compte de l'électromyogramme et des tests de conduction nerveuse
 - o Perfusions d'immunoglobulines intra-veineuses
 - o Plasmaphérèse
- Diminuer les corticoïdes* graduellement sur au moins 4 semaines une fois que les symptômes commencent à disparaître
- Au besoin, consulter un physiothérapeute ou un ergothérapeute (pour l'évaluation fonctionnelle et la sécurité du patient à domicile).
- Médicaments de soutien pour la gestion des symptômes (exemple : gabapentine, prégabaline ou duloxétine)

Exécution :

- Comparer l'évaluation de base ; évaluer et documenter la neuropathie et l'étiologie (diabétique, médicaments, maladie vasculaire, chimiothérapie).
- Identification et évaluation précoces des symptômes du patient
- Une intervention précoce par des analyses de laboratoire et une consultation, si des symptômes de neuropathie sont soupçonnés.

Administration de corticostéroïdes :

- Recommandations pour la décroissance progressive des corticoïdes données à titre indicatif, à adapter au cas par cas
- La réduction doit tenir compte du profil actuel des symptômes du patient.
- Suivi étroit en consultation ou par téléphone, selon les besoins individuels et la symptomatologie.
- Administrer quotidiennement un traitement anti-acide pour prévenir les ulcères gastriques pendant la prise de stéroïdes (p. ex., inhibiteur de la pompe à protons ou antagoniste H2, si la dose de prednisone est > 20 mg/jour).
- Vérifier les effets secondaires des stéroïdes : changements d'humeur (colère, réaction, hyper attention, euphorie, manie), augmentation de l'appétit, interruption du sommeil, muguet buccal, rétention hydrique.
- Surveillez l'absence de réapparition des symptômes cutanés suite à la réduction progressive des stéroïdes et signalez-les (la réduction peut être ajustée).

Des stéroïdes à forte dose et à long terme :

- Envisager une prophylaxie antimicrobienne (sulfaméthoxazole/triméthoprim double dose 1 fois par semaine ; dose unique, si utilisée quotidiennement) ou alternative si allergique aux sulfamides
- Envisager une couverture anti-virale et anti-fongique supplémentaire.
- Éviter l'alcool/acétaminophène ou les autres hépatotoxiques.
- En cas d'utilisation prolongée de stéroïdes, il y a un risque d'ostéoporose ; prendre des suppléments de calcium et de vitamine D.

SIGNES D'ALARME :

- **Syndrome de Guillain-Barré**
- **Myasthénie**
- **Douleur, engourdissement et faiblesse asymétrique compatibles avec un syndrome de vascularite**

