



# Société Francophone du Nerf Périphérique

## Infolettre de la SFNP N°1

### Le mot du président

Cher(e)s collègues, cher(e)s ami(e)s, vous avez sous les yeux la première infolettre de la SFNP. Sa vocation est de vous informer des nouveautés dans notre domaine des maladies du nerf périphérique et dans la SFNP.

Il y a 8 rubriques variées qui – en un coup d’œil – vous donneront les infos pertinentes sélectionnées par les membres du bureau. Un agenda vous rappellera aussi les dates importantes de cette année. Si vous désirez participer ou informer, prenez contact avec L. Magy [laurent.magy@unilim.fr](mailto:laurent.magy@unilim.fr). Bonne lecture! **T Kuntzer (Lausanne)**

### Vie de la société

La SFNP est une jeune société et va bientôt fêter ses dix ans l’année prochaine ! Tous les 2 ans, le tiers de son conseil d’administration (CA, 15 membres), se renouvelle, avec des élections qui auront lieu en décembre prochain, pour la constitution du nouveau CA en février 2019, lors du congrès. Un appel à candidature va être lancé à partir de Septembre 2018, n’hésitez pas à vous présenter, pour faire vivre cette jeune société et apporter vos idées ! La cotisation pour être adhérent à la SFNP est toujours de 40 euros par an. Lors du prochain congrès en 2019, sur place avec un nouveau stand, vous pourrez renouveler votre cotisation. **T Maisonobe (Paris)**

### Lu pour vous

**Misawa et al. ont publié en avril 2018 dans Lancet Neurology** un essai en double insu *versus* placebo de phase 2 visant à tester l’efficacité et la tolérance de l’éculizumab comme traitement du syndrome de Guillain-Barré (SGB). 34 patients japonais de 18 ans et plus présentant un Guillain-Barré interdisant une marche indépendante, ont été inclus dans 13 hôpitaux pour recevoir selon une randomisation de type 2:1 une cure d’IgIV à la dose de 2 g/Kg et 4 perfusions (1 perfusion par semaine) de 900 mg d’éculizumab ou d’un placebo. Le critère primaire d’efficacité était la proportion de patients pouvant marcher de façon indépendante au bout de 4 semaines. Ce critère n’a pas été statistiquement atteint (61% dans le groupe éculizumab versus 45% dans le groupe placebo). Le critère secondaire « possibilité de courir à 24 semaines » était cependant en faveur de l’éculizumab.

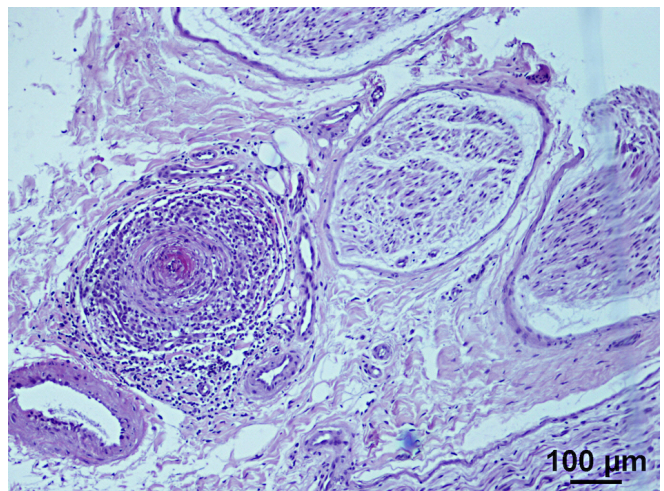
Il y a eu 2 événements indésirables graves pour lesquels on ne peut pas exclure un lien avec l’éculizumab : un choc anaphylactique (1 patient) et une association hémorragie intracrânienne/abcès cérébral (1 patient).

Ce travail est le premier véritable essai testant l’effet du blocage du complément comme traitement du SGB. Les résultats quoique négatifs sont encourageants et appellent évidemment la réalisation d’un essai plus large.

**JP Camdessanché (Saint-Etienne)**

**L’image** Vasculite nécrosante. Nerf musculo-cutané gauche en coupe transversale. Inclusion en paraffine, coloration H&E. On distingue 3 fascicules, et un vaisseau épineural qui est le siège d’une infiltration transmurale par des cellules mononucléées. La lumière du vaisseau est occluse et on distingue au centre en rouge foncé la nécrose fibrinoïde. Patient de 52 ans présentant une mononeuropathie multiple.

**L. Magy (Limoges)**



### La base de données de la SFNP

Le projet avance. Après des difficultés de diffusion liées aux pesanteurs administratives hospitalières, nous avons opté pour une formule externalisée hébergée par une structure agréée pour les données de santé. Dès l’obtention de l’autorisation de la CNIL, la base sera ouverte à tous. Sous l’égide d’un comité de pilotage, elle comportera un secteur non anonymisé propre à chaque hôpital ou service et un secteur anonymisé pour les projets de recherche. Connaissant la charge que représente l’implémentation d’une base de données, la SFNP a opté pour un outil convivial qui peut-être un complément au dossier informatisé du patient adapté aux neuropathies périphériques. **JC Antoine (Saint Etienne)**

## Le coin des juniors

Sans être spécifiques, les signes cliniques suivants font fortement suspecter le diagnostic de polyradiculonévrite chronique (évolution sur plus de deux mois) : évolution par poussées, déficit moteur proximal, ataxie, troubles sensitifs d'emblée aux 4 membres ou débutant au membre supérieur, aréflexie d'emblée diffuse, atteinte des nerfs crâniens.

Ainsi, si l'EMG ne remplit pas les critères EFNS de démyélinisation, ces symptômes devront inciter le clinicien à faire d'autres explorations pour étayer cette hypothèse (ponction lombaire, PES, IRM des racines nerveuses, voire biopsie de nerf). **P Petiot (Lyon)**

## Etudes en cours

**Deux études explorent les biomarqueurs prédictifs d'une réponse aux IgIV dans les PIDC.**

- L'étude coordonnée par A Guéguen, L Magy et S Kaveri s'intéresse aux modifications du transcriptome induites par les IgIV ([antoinegueguen@yahoo.fr](mailto:antoinegueguen@yahoo.fr)).

- L'étude coordonnée par E Delmont et J Boucraut (Marseille) recherche la présence d'anticorps associés à la réponse aux IgIV et analyse les modifications du profil cytokinique induites par les IgIV. ([emilien.delmont@ap-hm.fr](mailto:emilien.delmont@ap-hm.fr))

**Le protocole Addition** analyse la prévalence des mutations transthyrétine dans une population sélectionnée de neuropathies périphériques (C Labeyrie, Kremlin Bicêtre, [celine.labeyrie@aphp.fr](mailto:celine.labeyrie@aphp.fr))

**Protocole Baxalta** : analyse contre placebo de l'efficacité des IgG sous-cutanées en association avec une hyaluronidase dans les PIDC.

**Nous aurons prochainement les résultats de 2 études :**

- Mycopicid : intérêt du mycophenolate-mophetil dans les PIDC

- pleoCMT (Pharnext) : PXT3003 versus placebo dans les neuropathies héréditaires CMT1a. **E Delmont (Marseille)**

## Agenda

- 21èmes journées Francophones d'ENMG : PARIS Montrouge, 6-8 Juin 2018
- 6th Translational Research Meeting on Peripheral Neuropathies : Paris 28 Juin 2018 (Institut de Myologie)
- Peripheral Nerve Society Annual Meeting : Baltimore, 21-25 Juillet 2018
- Neuropathies périphériques : 1<sup>RES</sup> Rencontres Professionnels de Santé & Patients 14 septembre 2018 PARIS Maison Internationale [www.rencontres-neuropathies.com](http://www.rencontres-neuropathies.com)
- GEN 27/06/2018 (Paris), 13/09/2018 (Paris)
- 23<sup>èmes</sup> journées de la SFNP : Institut Pasteur (Paris), les 8 et 9 Février 2019

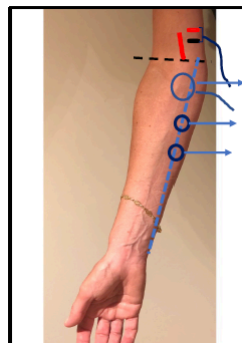
## Adhérez à la SFNP

La SFNP ne peut vivre que par ses adhérents, c'est-à-dire vous ! Alors adhérez, diffusez, faites connaître, et enrichissez notre société.

Consultez notre site : [societedunerfperipherique.org](http://societedunerfperipherique.org)

## Technique

Le nerf cutané médial de l'avant-bras (C8-T1) n'est pas exploré en routine. Pourtant l'étude de sa conduction peut se révéler précieuse dans certaines situations.



Artère  
brachiale  
La Terre  
E. Active  
E. Référence

### Exploration

-du tronc inférieur, de son faisceau médial (ex-tronc primaire inférieur et tronc secondaire antéro-interne)  
-d'une neuropathie non-longueur dépendante (neuronopathie) ou avec atteinte proximale

Higashihara M, Sonoo M, Tsuji S, Ugawa Y. Two-step technique to optimize the medial antebrachial cutaneous nerve response. Clin Neurophysiol. 2010 ;121(5):712-3.

**S Attarian (Marseille)**

**Lexique PIDC** : ce terme vient de la traduction en 2005 par un groupe français de l'acronyme CIDP (**Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy**). Le terme de CIDP provenait de la publication en 1975 par PJ Dyck *et al.* de la première série de la Mayo Clinic sous le terme **Chronic Inflammatory Polyradiculoneuropathy** (car la majorité des patients avaient été biopsiés avec de nombreux infiltrats inflammatoires). Il est intéressant de noter que selon les nombreuses publications par la suite le **P** signifiait soit Polyneuropathie (cf la publication des critères de l'AAN en 1991) soit Polyradiculoneuropathie. Cette subtilité "topographique" n'est pas anodine et est revenue dans le débat au moment de la traduction. Le I de inflammatoire a également parfois été transformé en I d'immunitaire, probablement plus large mais plus juste. Enfin le D de démyélinisant, absent au départ, risque de nouveau d'être remis en question avec le concept des nodo-paranodopathies où il est question de troubles de conduction, parfois fonctionnel que de démyélinisation. **T Maisonobe (Paris)**

### BUREAU DE LA SFNP

**Président** : Pr T. Kuntzer  
[thierry.kuntzer@chuv.ch](mailto:thierry.kuntzer@chuv.ch)

**Vice-Président** : Pr D. Adams  
[david.adams@aphp.fr](mailto:david.adams@aphp.fr)

**Secrétaire Général** : Dr T. Maisonobe  
[thierry.maisonobe@aphp.fr](mailto:thierry.maisonobe@aphp.fr)

**Secrétaire-Adjoint** : Pr L. Magy  
[laurent.magy@unilim.fr](mailto:laurent.magy@unilim.fr)

**Trésorier** : Dr M. Gugenheim  
[michel.gugenheim@wanadoo.fr](mailto:michel.gugenheim@wanadoo.fr)

**Secrétariat** : Nathalie LE HENAFF  
GH PITIE SALPETRIERE  
Neurophysiologie Clinique  
47 Bd de l'Hôpital – 75651 PARIS cédex 13  
Tél : 01 42 16 19 31  
E-mail : [nathalie.le-henaff@psl.aphp.fr](mailto:nathalie.le-henaff@psl.aphp.fr)