



Syndrome de Guillain-Barré

Une réaction immunitaire attaque les nerfs périphériques et peut provoquer une faiblesse rapidement progressive, jusqu'à compromettre la respiration, la déglutition ou la régulation cardiovasculaire. [M24–M25]

Ce qui se passe

Le syndrome survient souvent après une infection. Selon la forme, l'atteinte concerne la myéline qui isole le nerf ou l'axone qui transmet le signal. La faiblesse commence souvent dans les jambes, mais la présentation ascendante classique n'est pas obligatoire. Des douleurs et des fourmillements peuvent précéder le déficit moteur. [M24]

Les signes qui doivent alerter

- Faiblesse des deux côtés qui progresse en heures ou jours, difficulté à marcher et réflexes diminués.
- Atteinte du visage, difficulté à avaler, voix modifiée ou faiblesse de la toux.
- Gêne respiratoire, progression rapide ou fluctuations du pouls et de la tension : surveillance hospitalière urgente.

Repères médicaux : [M24–M25].

Évaluation et prise en charge

L'évaluation neurologique, l'électroneuromyographie et l'analyse du liquide céphalorachidien contribuent au diagnostic. Ces examens peuvent être normaux au début. La surveillance suit notamment la respiration, la déglutition et la fonction autonome. Immunoglobulines intraveineuses ou échanges plasmatiques sont indiqués selon la gravité et la temporalité ; les corticoïdes ne sont pas un traitement efficace standard du syndrome. [M24–M25]

Les pièges à éviter

Une myélopathie, une compression rachidienne ou un autre trouble neuromusculaire peuvent donner une faiblesse aiguë. Une atteinte des sphincters ou une distribution inhabituelle imposent d'élargir le raisonnement. L'amélioration peut être lente, avec fatigue ou douleurs persistantes ; la récupération ne se résume pas au retour de la marche. [M24–M25]



Lire le dossier

Grille de lecture JurisMedX pour le contexte suisse. Les questions ci-dessous orientent l'analyse ; elles ne constatent ni faute ni responsabilité individuelle.

Évolution et réévaluation

L'enjeu est souvent une succession de consultations : quelles difficultés sont apparues, puis ont progressé ? Examiner la comparaison des forces, des réflexes et des fonctions respiratoires entre les évaluations. Un examen complémentaire initial peu contributif ne clôt pas une évolution clinique inquiétante.

Lieu de surveillance

Rechercher les motifs du maintien dans une unité, du transfert ou du recours aux soins intensifs. Les besoins dépendent de la vitesse d'évolution et des atteintes respiratoires, bulbaires ou autonomes. L'expertise doit apprécier les moyens de surveillance effectivement disponibles à chaque étape.

Séquelles et causalité

La maladie peut être sévère malgré une prise en charge conforme. Distinguer son évolution propre d'une complication évitable et d'un retard thérapeutique éventuel. Décrire aussi fatigue, douleurs, endurance, autonomie et capacité de travail, sans assimiler un progrès moteur à une récupération complète.

Les pièces à rapprocher

- Consultations successives, force, réflexes, marche, toux, déglutition et mesures respiratoires.
- Résultats et dates des examens neurologiques ; raisonnement malgré les examens précoces normaux.
- Surveillance cardiovasculaire, immunothérapie, transfert, réadaptation et évaluation fonctionnelle prolongée.

Cadre général : [J02–J04]. Distinguer le régime applicable, les faits établis, les hypothèses d'expertise et leur portée probatoire. Références juridiques communes dans le registre des sources.



LEXIQUE ET CAS PÉDAGOGIQUE

Comprendre les mots et se tester

Mot du dossier	Traduction utile
Nerf périphérique	Nerf situé hors du cerveau et de la moelle épinière.
Aréflexie	Absence des réflexes recherchés à l'examen.
Dysautonomie	Atteinte de la régulation automatique, notamment du pouls et de la tension.
Dissociation albuminocytologique	Protéines élevées dans le liquide céphalorachidien sans augmentation cellulaire proportionnelle.

Cas flash fictif

Cas pédagogique fictif : après une infection digestive, une personne consulte pour fourmillements et difficulté à monter les escaliers. Deux jours après, elle ne peut plus se lever seule et avale difficilement.

Corrigé

La progression et le trouble de déglutition justifient une évaluation hospitalière urgente. Le lecteur du dossier doit comparer les deux états cliniques et les consignes données au premier contact. Il faut ensuite une expertise pour discuter si la première présentation imposait déjà une autre conduite et si cela aurait changé le dommage.

Rappel actif

- 1) Une ponction lombaire normale très tôt exclut-elle le syndrome ?
Réponse : Non. Les anomalies peuvent apparaître secondairement.
- 2) Quel risque peut dépasser la seule perte de marche ?
Réponse : Une défaillance respiratoire, un trouble de déglutition ou une dysautonomie.
- 3) Marcher à nouveau signifie-t-il forcément récupérer entièrement ?
Réponse : Non. Fatigue, douleur, faiblesse ou limitations d'endurance peuvent persister.

La vitesse d'aggravation est une donnée clinique. Elle doit rester visible dans la chronologie du dossier.



RÉFÉRENCES

Sources et repères de lecture

Vérification documentaire au 5 septembre 2026. Les identifiants dans le texte renvoient aux sources ci-dessous. Les recommandations étrangères sont des repères médicaux ; leur transposition à une situation suisse doit être discutée.

[M24] NINDS NIH. Guillain Barré Syndrome. Information institutionnelle en ligne ; brochure également disponible en 2025.

[Consulter la source M24](#)

[M25] EAN et Peripheral Nerve Society. Guideline on diagnosis and treatment of Guillain Barré syndrome. 2023, European Journal of Neurology, doi 10.1111/ene.16073.

[Consulter la source M25](#)

Cadre juridique commun

[J02] ASSM et FMH. Bases juridiques pour le quotidien médical. Guide en ligne, chapitre 8.2 Responsabilité du médecin en droit civil et en droit pénal.

[Consulter la source J02](#)

[J03] ASSM et FMH. Information. Guide en ligne, chapitre 3.2.

[Consulter la source J03](#)

[J04] ASSM et FMH. Consentement libre et éclairé. Guide en ligne, chapitre 3.3.

[Consulter la source J04](#)

Jurisprudence : aucune décision spécifique n'est intégrée à ce décodeur. Cela ne signifie pas qu'aucune jurisprudence n'existe.

Ces ressources pédagogiques expliquent le raisonnement ; elles ne remplacent ni une évaluation médicale ni une expertise du cas concret. Les cas flash sont fictifs. Version 1.0.