

Intratect® (IVIG)

1ère demande de garantie de prise en charge selon l'indication prévue.

Indication: Neuropathie Motrice Multifocale confirmée (NMM)

Données personnelles:

Nom:

Prénom:

né(e) le:

Rue:

complément adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance:

No d'assurance:

Adresse assurance (Service de MC ou MC)

complément adresse:

NPA:

Lieu:

Données pour confirmation du diagnostic (cocher la case correspondante):

Critères principaux

Parésie asymétrique progressive lente ou graduelle des extrémités ou une faiblesse motrice mesurable dans le domaine d'innervation d'au moins 2 nerfs d'une durée supérieure à 1 mois (usuellement plus de 6 mois)?

Oui

Non

Aucune atteinte objectivable de la sensibilité hormis une légère hypoesthésie?

Oui

Non

Critères de confirmation

Prépondérance aux extrémités supérieures?

Oui

Non

Réflexes musculaires diminués?

Oui

Non

Pas d'atteinte des nerfs crâniens?

Oui

Non

Spasticité (par. ex.: crampes) myokimie ou fasciculation aux extrémités concernées?

Oui

Non

Critères d'exclusion (tout doit être "Non")

Atteinte du motoneurone proximal (1er motoneurone)?

Oui

Non

Atteinte bulbaire significative?

Oui

Non

Paresthésie plus forte qu'une légère hypoesthésie?

Oui

Non

Faiblesse symétrique diffuse en debut de maladie?

Oui

Non

Protéines dans le LCR de plus de 1g/L?

Oui

Non

Autres maladies:

Co-médication:

Traitement avec Intratect® (Immunoglobuline humaine intraveineuse)

Recommandations posologiques selon les Guidelines: 2g/kg KG pendant 2-5 jours

Doses mensuelles d'Intratect® Dosierung prévues:

Poids corporel du patient(e):

Besoin d'Intratect® en grammes par mois:

Durée de la thérapie prévue jusqu'à la prochaine demande de garantie de prise en charge:

3 mois 6 mois

Médecin traitant:

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date:.....

Cachet/signature:.....

Guidelines de la EFNS/PNS Task Force ⁽³⁾:

Recommandations principales pour le schéma thérapeutique:

1. IVIg (2g/kg pendant 2-5 jours) comme thérapie de 1^{ère} intention lorsque le handicap nécessite un traitement (classe d'évidence A)
2. Les corticostéroïdes ne sont pas recommandés par manque d'efficacité (Bonne Pratique, classe d'évidence IV)
3. Lorsqu'une thérapie initiale est couronnée de succès, celle-ci devrait être réitérée (thérapie de maintien) (classe d'évidence C).
4. La durée de la thérapie d'entretien sera adaptée à la réponse individuelle. Un traitement typique nécessite 1 ou 2g/kg tout les 2 à 4 semaines (Bonne Pratique, classe évidences V).

Sources:

- 1) Boërio D. et al.: Nerve excitability changes after intravenous immunoglobulin infusions in multifocal motor neuropathy and chronic inflammatory demyelinating neuropathy. *J. Neurol. Sci.* (2010) 292:63-71
- 2) Donofrio, P. et al.: Consensus statement: the use of intravenous immunoglobulin in the treatment of neuromuscular conditions. Report of the AANEM ad hoc Committee. *Muscle Nerve* (2009) 40: 890-900
- 3) EFNS/PNS Task Force Guideline on management of multifocal motor neuropathy. *J. Periph. Nerv. Syst.* (2006) 11:1-8
- 4) Gajdos, P. et al.: Intravenous immunoglobulin for myasthenia gravis (Review). *Cochrane Collab.* (2008), issue 1, pp. 1-27; *John Wiley & Sons (eds)*
- 5) Léger J.-M. et al.: Intravenous immunoglobulin as short- and long-term therapy of multifocal motor neuropathy: a retrospective study of response to IVIg and of its predictive criteria in 40 patients. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* (2008) 79: 93-96
- 6) Slee M. et al.: Multifocal neuropathy. *Neurology* (2007) 89: 1680-1689
- 7) Delmont E. et al.: Multifocal motor neuropathy with and without conduction block. A single entity? *Neurology* (2006) 67: 592-596