INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

NEUROLOGIE
RÉANIMATION - URGENCES

Déficit neurologique récent
Déficit moteur et /ou sensitif des membres

I-11-192-301

Dr Hassan HOSSEINI
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

SERVIER

Déficit neurologique récent. Déficit moteur et /ou sensitif des membres

Objectifs :

– Diagnostiquer un déficit neurologique récent.
– Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

- Devant un déficit neurologique récent (DNR), les quatre clés du diagnostic sont :

1. Âge

- C'est une donnée très simple et facile à obtenir.
- Par exemple : un DNR après 50 ans : on évoque en premier un AVC ; alors qu'avant 40 ans : on évoquerait plus volontiers une SEP.

2. Terrain

- Antécédents, maladie connue, circonstances de survenue…
- Exemples :
  - FDR vasculaires : AVC ;
  - cancer connu : métastases ;
  - TC : HED, contusion ;
  - fièvre : abcès, méningo-encéphalite…

3. Mode de début et le profil évolutif

- Brutal : AVC.
- Progressif ou en tache d'huile : processus expansif (tumeur, abcès, HSD…).

4. Topographie

- C'est le point fondamental devant tout DNR.
- Centrale ou périphérique (QS).
- Atteinte du SNC certaine, si :
  - hémiplégie ;
  - niveau sensitif au niveau du tronc (moelle) ;
  - aphasie (hémisphère dominant) ;
  - HLH (atteinte rétrochiasmatique) ;

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– trouble de la conscience ;
– épilepsie ;
– syndrome pyramidal (hyperréflexie, clonus, Babinski…).

• Atteinte du SNP certaine, si :
– aréflexie ;
– déficit sensitif et/ou moteur systématisé :
  * à une ou plusieurs racines,
  * à un ou plusieurs troncs nerveux (multinévrite) ;
– déficit sensitif et/ou moteur des quatre membres avec aréflexie (polyradiculonévrite) (QS) ;
– déficit sensitif et/ou moteur distal des deux membres inférieurs avec aréflexie (polyneuropathie) *(QS)*.

Déficit neurologique focal et transitoire : causes

• AIT (9/10).
• Épilepsie partielle.
• Tumeur intracrânienne.
• Malformation vasculaire.
• Hématome intracérébral de petite taille.
• Migraines avec aura.
• Hypoglycémie.

DNR fébrile : causes

• Endocardite.
• Encéphalite ou méningo-encéphalite.
• Abcès cérébral.
• Thrombophlébite cérébrale.

DÉFICIT MOTEUR ET/OU SENSITIF DES MEMBRES

• Devant un déficit moteur ou sensitif des membres, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

A/ Introduction

• Un déficit moteur peut être dû à :
– une atteinte du système nerveux central (moelle, tronc cérébral, encéphale) ;
– une atteinte du système nerveux périphérique ;
– une atteinte de la jonction neuromusculaire ;
– une atteinte musculaire.

• Un déficit sensitif peut être dû à :
– une atteinte du système nerveux central ;
– une atteinte du système nerveux périphérique.

• Certaines de ces atteintes donnent des déficits sensitivo-moteurs des membres.

B/ Examen clinique

1. Interrogatoire

• Âge, latéralité (droitier ou gaucher), vaccination.
• Antécédents personnels et familiaux (néoplasie, dépression immunitaire, traumatisme).
• Traitements pris.
• Mode d'installation des troubles : brutal ou progressif.
• Caractéristiques du déficit :
– type : sensation de faiblesse d'un ou plusieurs membres, lourdeur, engourdissement, paresthésies ou hypoesthésies ;
– il faut être prudent, car beaucoup de patients décrivent leurs troubles comme un déficit moteur alors qu'il peut s'agir d'un déficit sensitif.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Topographie des troubles : celle-ci orientera vers une cause centrale ou périphérique :
  - en faveur d'une atteinte périphérique : tronculaire, plexique, radiculaire ou distale sans systématisation nerveuse ;
  - en faveur d'une atteinte centrale : hémiplégie, tétraplégie, paraplégie.
- Facteurs aggravants : marche, effort (notion de fatigabilité)…
- Mode d'évolution : ascendant, d'emblée maximal… :
  - rechercher des signes associés (participant aux diagnostics étiologique, topographique ou de gravité) :
    - * crampes, myalgies, fasciculations, claudication intermittente de la marche,
    - * paresthésies, signe de Lhermitte, dysesthésies, douleur.
- Signes de gravité :
  - troubles sphinctériens ;
  - troubles de la déglutition ;
  - douleur rachidienne.

Toute douleur rachidienne associée à un déficit neurologique doit être considérée comme une urgence neurochirurgicale jusqu'à preuve du contraire +++

2. Examen clinique

a) Examen neurologique

- Inspection : anomalie de position d'un membre (exemple : chute de la main en col de cygne dans une paralysie radiale).
- Étude de la marche : recherche d'une marche avec fauchage (syndrome pyramidal), avec steppage (compression du SPE au col), pseudo-ébrieuse (syndrome cérébelleux), dandinante (syndrome myogène).
- Étude de l'équilibre :
  - * station debout au garde-à-vous : signe de Romberg ;
  - * marche aveugle.
- Étude de la force musculaire cotée de un à cinq au niveau des membres inférieurs et des membres supérieurs.

Testing musculaire ou cotation de la force motrice

1. Absence de contraction visible
2. Contraction musculaire volontaire, visible ou palpable, mais insuffisante pour entraîner un mouvement
3. Contraction musculaire volontaire permettant le mouvement contre la pesanteur
4. Contraction musculaire volontaire contre une résistance manuelle, mais la force réalisée reste déficitaire
5. Force musculaire normale

- ROT :
  - * vifs, polycinétiques, diffusés (syndrome pyramidal) ;
  - * diminués ou abolis (syndrome neurogène périphérique).
- Réflexe cutané plantaire (RCP) : indifférent ou signe de Babinski.
- Étude du tonus (hypotonie, hypertonie spastique ou plastique).
- Étude de la sensibilité :
  - * lemniscale : pallesthésie, sens de position des membres, tact discriminatif ;
  - * extralemniscale : sensibilité thermoalgésique.
- Paires crâniennes ++.

b) Examen général

- Température, tension artérielle, pouls.
- Recherche des signes d'infection : ganglions…

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Examen général complet :
  * examen cardio-vasculaire : recherche des pouls, auscultation cardiaque ;
  * examen ostéo-articulaire : mobilité articulaire, stabilité rachidienne ;
  * évaluation psychologique.

C/ Conduite à tenir

1. Diagnostic topographique

● Après l'examen clinique du patient et pour orienter le diagnostic étiologique, il faut préciser le diagnostic topographique de l'atteinte (centrale ou périphérique) dont dépendent les examens complémentaires.

a) Déficit moteur

– Pour différencier une atteinte périphérique d'une atteinte centrale, il faut tenir compte de :
  * la topographie des troubles :
    ▪ une atteinte distale, tronculaire, plexique ou radiculaire sera le reflet d'une atteinte périphérique, tandis qu'une atteinte « proportionnelle » en fonction de l'étendue de la lésion (organisation somatotopique) reflétera une atteinte centrale.
    ▪ signes associés : tonus, ROT, signe de Babinski (cf. tableau I).

b) Déficit sensitif

– Afin de connaître la topographie de la lésion (périphérique ou centrale), on peut s'orienter grâce à :
  * la topographie des troubles :
    ▪ une hypoesthésie, des paresthésies ou des douleurs de topographie radiculaire (racine L5, par exemple) ou tronculaire (sciatique poplité externe) signeront une atteinte périphérique. De même qu'une atteinte des fibres longueur-dépendantes (atteinte des fibres les plus longues en premier avec atteinte souvent des mains en gants et des pieds en chaussettes à peu de temps d'intervalle comme dans les polyneuropathies),
    ▪ à l'inverse, un niveau médullaire correspondant à un dermatome traduit une lésion médullaire, donc centrale, de même qu'une atteinte proportionnelle (selon l'organisation somatotopique) traduit l'atteinte des fibres du tronc cérébral ou du cortex somesthésique (exemple : l'atteinte du noyau ventro-postéro-latéral du thalamus droit provoque une anesthésie de l'hémicorps gauche),
    ▪ certains signes sensitifs :
      ▲ sont en faveur d'une origine centrale :
– le signe de Lhermitte(médullaire),
– l'extinction sensitive (pariétal ou sous-cortical) : le patient peut localiser la stimulation quand on lui touche la jambe gauche et droite séparément mais quand on lui touche les deux jambes en même temps, il ne le ressent que d'un côté (extinction sensitive controlatérale),
– l'astéréognosie ;
      ▲ sont en faveur d'une atteinte périphérique :
– les troubles neurotrophiques (mal perforant plantaire),
    ▪ des signes associés :
      ▲ des signes centraux, comme un syndrome pyramidal seront en faveur d'une atteinte centrale, alors qu'une aréflexie oriente vers une atteinte périphérique.

2. Examens complémentaires

● Devant une atteinte du système nerveux central, les examens à réaliser en première intention sont :
– une imagerie cérébrale : TDM ou, au mieux, IRM cérébrale ou médullaire.
● Devant une atteinte périphérique (nerveuse, musculaire ou jonction neuromusculaire) :
– un EMG nous permettra de rechercher un tracé pathologique ;
– la biopsie musculaire ou neuromusculaire est à discuter au cas par cas ;
– la ponction lombaire peut être intéressante, dans les deux types d'atteinte, à la recherche d'une pathologie inflammatoire du SNP ou du SNC.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

D/ Causes

1. Déficit moteur

a) Déficit flasque

– Atteinte périphérique :
  * atteinte de la corne antérieure (poliomyélite, amyotrophie spinale) ;
  * atteinte radiculaire (polyradiculonévrite aiguë de Guillain-Barré, polyradiculonévrite (PRN) chronique) ;
  * syndrome myogène (cf. encadré) ;
  * syndrome myasthéniforme (myasthénie, botulisme, Lambert-Eaton).
– Atteinte centrale : lésion médullaire aiguë, AVC, déficit postcritique d'une épilepsie.
– Causes métaboliques : hypoglycémie, hypokaliémie.

b) Tonus musculaire augmenté

– Atteinte neurologique : sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot (atteinte du premier et du deuxième motoneurone).
– Causes infectieuses : tétanos.
– Causes métaboliques : hypocalcémie.
– Causes toxiques.

2. Déficit sensitif

a) Causes périphériques

– Neuronopathies sensitives (syndrome sec, paranéoplasique…).

b) Causes centrales

– AVC, POE, SEP, tumeur ou compression médullaire postérieure, syndrome de Brown-Séquard…

3. Déficit sensitivomoteur

a) Déficit flasque, ROT diminués

– Atteinte neurologique : Guillain-Barré, traumatisme crânien avec hématome intracérébral, syndrome de la queue de cheval, compression médullaire aiguë.
– Causes infectieuses : diphtérie.
– Médicaments et toxiques.

b) Syndrome pyramidal

– AVC, POE, SEP, sclérose combinée de la moelle, tumeur médullaire, syndrome de Brown-Séquard…

Les urgences
1. Guillain-Barré 2. Myasthénie 3. Compression médullaire 4. Hypokaliémie, hypoglycémie 5. Rhabdomyolyse 6. Botulisme, diphtérie, polio

E/ Complications

● Elles sont nombreuses et nécessitent des mesures préventives.

1. Complications générales

● Complications thromboemboliques chez un patient confiné au lit :
– HBPM à doses préventives, mobilisation par kinésithérapie.
● Complications broncho-pulmonaires par encombrement, favorisé par l'alitement et parfois des fausses routes.
● Chutes lors de la reprise de la marche, par déficit moteur ou trouble proprioceptif sévère, avec risque de fracture ou de trauma crânien.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Complications locorégionales

- Escarres, talonnière d'appui ou sacrée :
  - changement de position régulièrement, massages pluriquotidiens aux points d'appui, matériel de décharge (matelas à eau, coussins spécialisés…).
- Enraidissement d'un membre avec risque de rétraction et complications ostéo-articulaires (PASH, ostéome para-articulaire du coude ou du genou).
  - mobilisation précoce préventive, intervention chirurgicale curative.
- Algoneurodystrophie du membre supérieur :
  - traitement curatif : repos, refroidissement du membre ± calcitonine.
- Traumatisme d'un membre porteur d'un déficit : brûlures non perçues à la main, troubles trophiques du pied.

F/ Principaux syndromes

1. Syndrome moteur

a) Syndromes périphériques

Syndrome myogène

- Définition :
  - Déficit moteur lié à l'atteinte du muscle strié.
- Clinique :

1. Déficit moteur :

- bilatéral et symétrique ;
- à prédominance proximale ;
- signe du tabouret : impossibilité de passer de la position assise à la position debout sans utiliser les mains ;
- à la marche : démarche dandinante ; bassin basculé en avant ;
- de la ceinture scapulaire : difficultés à lever les bras, à porter les charges ; décollements des omoplates à l'élévation des bras ;
- du tronc : hyperlordose ;
- de la face : ptôsis ± ophtalmoplégie.

2. Amyotrophie :

- le plus souvent ;
- parfois, pseudo-hypertrophie (dépôts de graisse).

3. Abolition du réflexe idiomusculaire : à la percussion du muscle.

4. Signes négatifs :

- ROT normaux (au moins au début) ;
- pas de trouble sensitif ;
- pas de signe central (pyramidal) ;
- pas de crampes (présentes dans le syndrome neurogène) ;
- rechercher :
  * douleur musculaire = myalgie (spontanée, ou à la pression des muscles),
  * myotonie (i.e. lenteur à la décontraction ; après une poignée de main, le patient ne lâche pas la main de l'examinateur),

- Causes (classées en fonction de leur mode évolutif) :

1. Syndrome myogène aigu ou subaigu :
   - myosite ;
   - causes toxiques, médicaments ;
   - causes endocriniennes.
2. Syndrome myogène chronique (transmission héréditaire) :
   - sans myotonie : maladie de Duchenne (récessive liée au sexe) ;
   - avec myotonie : maladie de Steinert (autosomique dominante).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Syndrome myasthénique

- Définition :
  - Atteinte de la jonction neuromusculaire.

- Clinique :
  - Déficit moteur :
    - * fatigabilité musculaire anormale : typiquement absentau réveil, il apparaît dès les premiers efforts et s'accentue au cours de la journée.
  - Atteinte oculaire :
    - * diplopie + ptôsis avec respect de la musculature intrinsèque (pupille).
  - Atteinte pharyngo-laryngée :
    - * trouble de la phonation et de la déglutition + atteinte des muscles de la face et de la nuque.
  - Atteinte des muscles respiratoires : faisant la gravité de la maladie +++.
  - Atteinte des racines des membres.
  - Signes négatifs :
    - * ROT normaux ;
    - * pas de trouble sensitif ;
    - * absence d'amyotrophie ;
    - * pas de trouble sphinctérien.

- Causes :
  - Myasthénie (maladie auto-immune, anticorps antirécepteurs à l'acétylcholine) +++.
  - Syndrome de Lambert-Eaton.
  - Botulisme.
  - Intoxication organo-phosphorée (insecticide).
  - Congénitale.

Syndrome neurogène périphérique

- Définition :
  - Symptômes témoignant de l'atteinte des fibres nerveuses périphériques cheminant dans plexus, racines, nerfs moteurs ou corps cellulaire des motoneurones dans la corne antérieure de la moelle.

- Clinique :
  - Crampes, plus souvent nocturnes.
  - Fasciculations (plus fréquentes dans les atteintes de la corne antérieure de la moelle).
  - Abolition des réflexes ostéotendineux.
  - Amyotrophie (surtout si dénervation).
  - Déficit moteur.
  - Troubles sensitifs :
    - * paresthésies aggravées par la station debout et troubles objectifs de la sensibilité.
  - Troubles neurovégétatifs :
    - * troubles sphinctériens, hypotension orthostatique, trouble de la sudation.
  - Troubles neurotrophiques.

- Étiologie :
  - Neuropathies périphériques circonscrites :
    - * plexiques, radiculaires, mononeuropathie.
  - Neuropathies périphériques diffuses :
    - * polyneuropathies, polyradiculonévrite, mononeuropathies multiples.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

b) Syndromes centraux

Syndrome pyramidal

- Définition :
  - Ensemble des symptômes apparus après une interruption partielle ou totale de la voie pyramidale (ou cortico-spinale) ; il s'agit d'un trouble moteur d'origine centrale.
- Clinique :
  - Toujours de façon comparative et bilatérale +++.

1. Force musculaire :

* le déficit moteur porte sur la motricité volontaire, par opposition à automatique ;
* localisation : hémiparésie ou hémiplégie controlatérale si la lésion est au-dessus de la décussation bulbaire :
  - homolatérale si la lésion est au-dessous de la décussation bulbaire (cf. « Anatomie du faisceau pyramidal avec sa décussation dans la pyramide bulbaire »),
  - au membre supérieur :
    - prédomine sur les muscles extenseurs, sur les mouvements fins des doigts (d'où l'attitude en flexion du membre supérieur en cas de lésion pyramidale),
    - se recherche par :
      - la mise à l'horizontale des bras du patient, main en extension, yeux fermés (manœuvre de Barré au membre supérieur) (cf. « Chute progressive des doigts, de la main, puis du bras »),
      - le signe de la main creuse (adduction du pouce donnant un aspect excavé à la paume de la main, lorsque le patient, bras semi-fléchi), tend ses paumes, doigts écartés fortement, vers l'examinateur *(cf. schéma)*,
  - au membre inférieur :
    - prédomine sur les muscles fléchisseurs,
    - marche en fauchant,
    - se recherche par la manœuvre de Barré (sujet sur le ventre) et par la manœuvre de Mingazzini (sujet sur le dos) : du côté atteint, la jambe tombe,
  - au niveau de la face :
    - prédomine dans le territoire du facial inférieur,
    - se recherche en demandant au patient de découvrir les dents : asymétrie, déviation des traits du visage du côté sain.

2. Tonus musculaire :

* le tonus est variable :
  - hypotonie au stade précoce de paralysie flasque, hypertonie au stade plus tardif de paralysie spastique au membre supérieur : hypertonie sur les fléchisseurs, expliquant l'attitude en flexion des doigts, du poignet, du coude, et adduction du bras *(cf. schéma)*,
* au membre inférieur : prédomine sur les muscles extenseurs, ce qui explique la marche fauchante.

3. Réflexes ostéotendineux et cutanés

* les réflexes ostéotendineux :
  - abolis à la phase précoce,
  - exagérés à la phase tardive :
    - vifs, avec augmentation de l'amplitude de la réponse.
    - polycinétiques (plusieurs réponses pour une seule stimulation),
    - extension de la zone réflexogène,
    - diffusés (extension de la réponse à d'autres groupes musculaires),
    - associés à un clonus de la rotule ou trépidations épileptoïdes du pied = contractions multiples après une stimulation (se recherche en maintenant le pied sous tension en flexion dorsale après un geste brusque de flexion du pied),

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Syndrome pyramidal (suite)

▲ parfois :
- le signe de Hoffmann (flexion forcée de la dernière phalange du médius du patient réalisée par l'examinateur) entraîne une flexion des doigts (du pouce en particulier),
- le signe de Rossolimo se traduit par la flexion des orteils après percussion de la base des métatarsiens.

* les réflexes cutanés :
- réflexes cutanés plantaires : extension lente et majestueuse du gros orteil (signe de Babinski),
- réflexes cutanés abdominaux, crémastériens, voile du palais abolis,
- exagération des réflexes de défense : triple retrait du membre inférieur après une stimulation nociceptive ;

* autres :
- des syncinésies peuvent être observées (mouvements involontaires d'un muscle lors de mouvements volontaires d'une autre partie du corps).

4. Diagnostics topographiques :

Topographie	Sémiologie
Cortex cérébral	* Hémiplégie controlatérale à la lésion, non proportionnelle, à prédominance : – brachio-faciale (territoire de l'artère cérébrale moyenne) ; – prédominance crurale (territoire de l'artère cérébrale antérieure). * Signes associés parfois : troubles sensitifs, du langage (aphasie), hémianopsie latérale homonyme.
Capsule interne	* Hémiplégie controlatérale, proportionnelle (i.e. touche les trois étages face/membre supérieur/ membre inférieur), motrice pure. * Signes associés parfois : troubles sensitifs.
Tronc cérébral	* Hémiplégie dite alterne car, au syndrome pyramidal controlatéral à la lésion, s'associe une paralysie périphérique d'un nerf crânien qui est homolatérale à la lésion (syndrome alterne du tronc cérébral).
Moelle épinière	* Lésion unilatérale : (cf. « Syndrome de Brown-Séquard ») associant : – un syndrome pyramidal + syndrome cordonal postérieur homolatéraux à la lésion. – un syndrome spinothalamique controlatéral. * Lésion bilatérale : paraplégie ou tétraplégie selon le niveau de l'atteinte.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Syndromes sensitifs

Syndrome syringomyélique

- Définition :
  - C'est une atteinte :
    - * dissociée :
      - ▪ atteinte de la sensibilité spinothalamique sans atteinte de la sensibilité proprioceptive ;
    - * suspendue :
      - ▪ correspondant à la place en hauteur que la lésion occupe dans la moelle (cf. schéma).
- Étiologie :
  - Syringomyélie : cavité se formant dans la substance grise centro-médullaire, interrompant ainsi le deuxième neurone sensitif spinothalamique lors de sa décussation et s'étendant sur plusieurs segments.
  - Tumeur intramédullaire.

Syndrome cordonal postérieur

- Définition :
  - Atteinte médullaire des cordons postérieurs (cf. schéma).
- Description :
  - Interrogatoire :
    - * paresthésies, impression de marcher sur du coton, signe de Lhermitte.
  - Ataxie proprioceptive :
    - * Romberg positif, marche talonnante, main ou pied instables ataxiques selon le niveau de l'atteinte (oscillation en tous sens de la main ou du pied quand le patient le tient en l'air, yeux fermés).
  - Troubles de la sensibilité discriminative :
    - * SPGO altéré, hypopallesthésie, hypoesthésie au tact fin.
- Topographie :
  - Les troubles sont homolatéraux au cordon postérieur atteint.
- Étiologie :
  - Compression médullaire, sclérose en plaques.

N.B. : Le syndrome cordonal postérieur fait partie du syndrome de Brown-Séquard.

Syndrome spinothalamique

- Définition :
  - Atteinte médullaire du faisceau antérolatéral spinothalamique.
- Description :
  - Interrogatoire : douleurs.
  - Atteinte dissociée de la sensibilité thermo-algésique et du tact grossier sans trouble proprioceptif et non suspendu.
- Topographie :
  - Les signes s'expriment dans le territoire controlatéral et sous-lésionnel.
- Étiologie :
  - Compression médullaire.

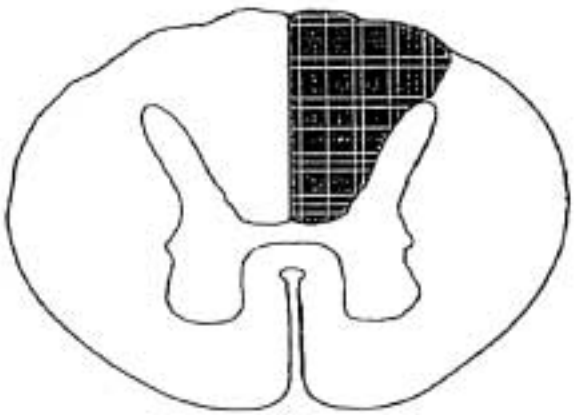
© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Déficit moteur				
	Premier motoneurone (ou supérieur) = syndrome pyramidal	**Second motoneurone (ou inférieur) = syndrome neurogène périphérique**	**Syndrome myogène**	**Syndrome myasthénique**
Déficit moteur	mono-, hémi-, para-, tétra-, parésie ou plégie	Systématisé, distal (racine, nerf)	Bilatéral, proximal	Fluctuant, fatigabilité
Tonus	Hypertonie spastique	Hypotonie	N	N
ROT	Vifs, polycinétiques, diffusés (clonus de la rotule et de la cheville)	Diminués ou abolis	N_x	N_x
Babinski	+	–	–	–
Troubles sensitifs	±	± (neuropathie)	–	–
Troubles sphinctériens	± (atteinte frontale, pseudobulbaire)	+ (syndrome de la queue de cheval)	–	–

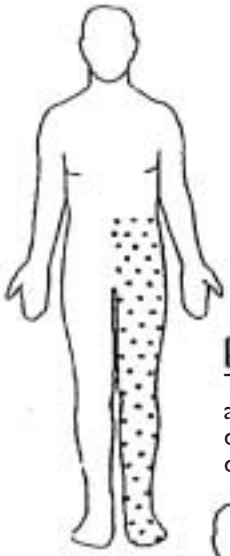
Tableau récapitulatif des résultats d'un EMG					
		Détection		**Stimulodétection**	
Tracé		Repos	Effort	Amplitude des potentiels	Vitesse des potentiels
Normal		Silence	Recrutement spatiotemporel en rapport avec l'effort	Normale	Normale
Neurogène	Axonal	Silence Fibrillation ou potentiel de dénervation selon la gravité	Tracé de type pauvre, simple et accéléré	Diminuée	Normale Pas de bloc de conduction
	Démyélinisant			Normale	Diminuée Latence distale augmentée Blocs de conduction possibles
Myogène		Silence ou salves de myotonie	Tracé avec petits potentiels polyphasiques et déchiquetés selon causes	Normaux	Normaux
Myasthénique		Normal	Décrément d'amplitude du potentiel moteur de plus de 10 % pour une stimulation répétitive de 3 Hz	Normaux	Normaux

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

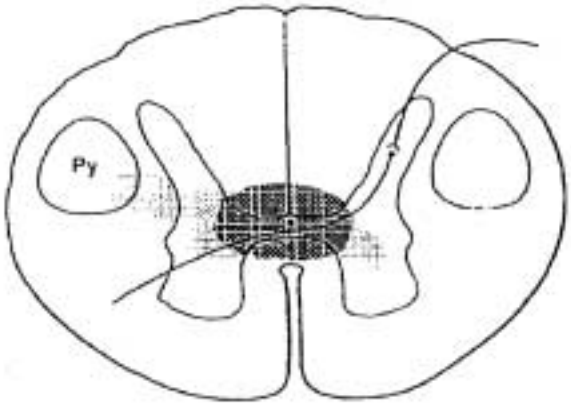
Schéma 3. Pathologie médullaire



Syndrome cordonal postérieur



Troubles proprioceptifs : ataxie, altération du sens de position des articulations

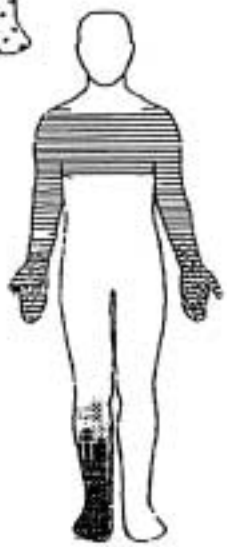


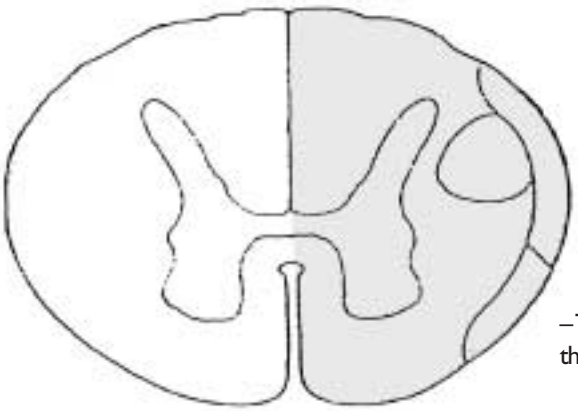
Syringomyélie

Troubles sensoriels thermoalgiques dissociés et suspendus

Paralysie (flaccide)

Paralysie (spastique)





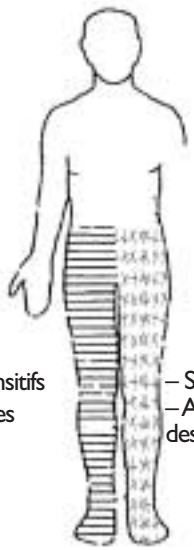
Syndrome de Brown-Séquard

Du côté opposé

– Troubles sensitifs thermoalgiques

Du même côté

– Syndrome pyramidal
– Ataxie, perte du sens des positions



© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier