

NEUROCHIRURGIE

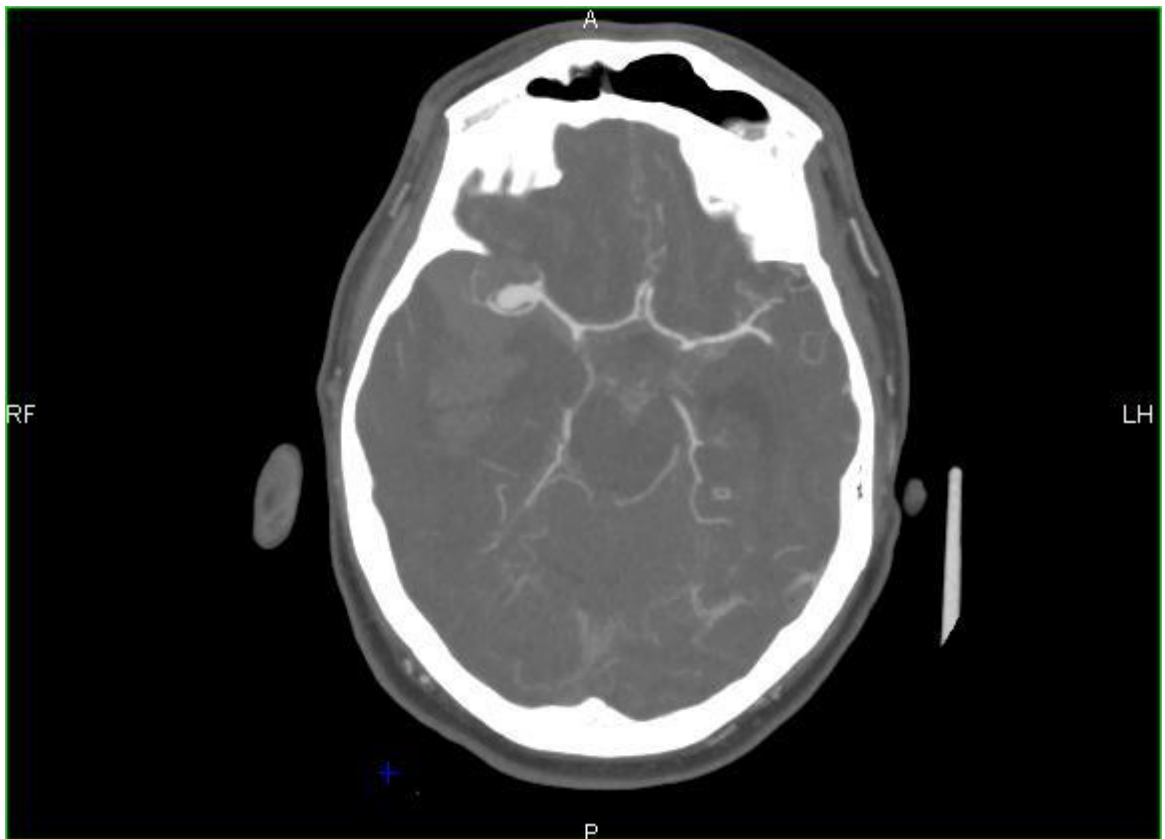
Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet

Question N°1 :

Une femme âgée de 52 ans, droitère, hypertendue traitée est admise aux urgences de neurochirurgie pour un coma brutal. Son score de Glasgow est à 7 (E2, M3, V2) avant intubation. Elle a une mydriase droite et une hémiparésie homolatérale.

- 1) Décrivez le scanner cérébral
- 2)





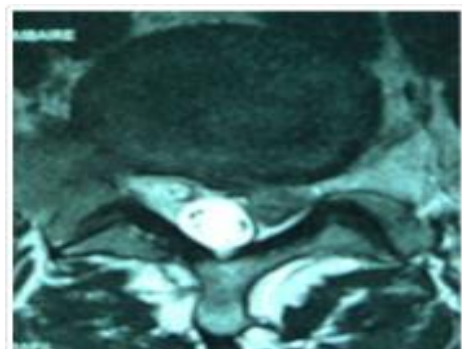
- 3) Expliquez la mydriase droite
- 4) Expliquez l'hémiplégie homo latérale à l'hématome
- 5) Quelles sont les complications en l'absence de traitement ?
- 6) Quel traitement proposez-vous ?

Question N°2 :

Vous recevez à votre consultation de neurochirurgie, monsieur A. Gérald, 52 ans, acteur. Ses antécédents médicaux sont chargés : problèmes de drogue, d'alcool, côtes cassées, tentative de suicide, ... L'an dernier, il était en plein spectacle en Normandie, quand il vous explique avoir été "terrassé" par une douleur lombaire débutant au milieu des lombaires. Il a dû annuler quatre autres représentations : il était "coupé en deux", penché en avant. Cette fois-ci, il pense faire une nouvelle crise, mais différente, puisque la douleur descend dans sa jambe.



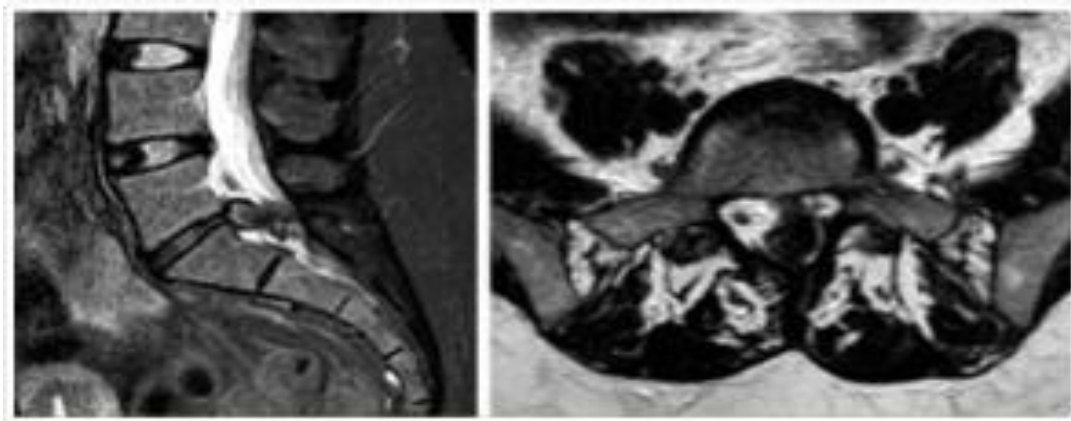
- 1) Vous savez que les lombalgies communes sont de caractère mécanique.
Quelle(s) caractéristique(s) caractérise(nt) ce type de douleur ?
- 2) Monsieur A. vient donc vous voir car, "la douleur est revenue, comme des coups de jus dans le nerf". Combien y-a-t'il de paires de nerfs rachidiens ?
- 3) Quel(s) élément(s) clinique(s) et paraclinique(s) est(vont être) présent(s) dans le syndrome du cône médullaire et absent(s) dans le syndrome de queue de cheval ?
- 4) l'examen clinique pas de syndrome de queue de cheval. Pour autant, vous retrouvez une topographie S1, avec une impulsivité à la toux et un Lasègue à 30°, et sans troubles vésico-sphinctériens et avec un réflexe achilléen aboli. Il a un peu de mal à marcher sur la pointe des pieds à cause de la douleur.
Quel examen complémentaire vous semblerait utile ?
- 5) Vous concluez à une lomboradiculalgie commune. Quel(s) traitement(s) pourriez-vous mettre en route ?
- 6) Il a bénéficié à la sortie de consultation d'une IRM car il connaît un médecin radiologue. Que retrouvez-vous ?



- 7) Ne voulant pas impacter trop sa tournée-spectacle, il vous demande ce qui pourrait être fait en cas de persistance de la douleur sans recourir à la chirurgie. Que lui avez-vous prescrit d'après cette imagerie ?



- 8) Le soir de sa sortie du cabinet de radiologie, monsieur A. va présenter un faux mouvement en voulant ramasser un objet. Sa femme est inquiète car avec les traitements il a moins mal, mais n'arrive pas à marcher correctement et présente une tache d'urine à l'entrejambe alors qu'il est sobre. Vous observez un déficit à 3/5 du triceps surale et 2/5 l'extenseur des orteils. Quel(s) diagnostic(s) retenez-vous ?
- 9) Quel(s) élément(s) vous font retenir le critère d'urgence ?
- 10) Une IRM est faite en urgence à votre demande. Que faites-vous au vue de l'imagerie ?



- 11) Un peu plus de 5 mois plus tard, monsieur A. revient à votre consultation. Il pensait que vos traitements régleraient ses soucis et que vous le soulageriez complètement. Son sommeil est perturbé, et le patient n'a plus le moral. Il a encore des lombalgies mécaniques, mais surtout une lombosciatique gauche "un peu différente d'avant". Il a toujours un surpoids, et craint une récurrence de sa hernie. Les imageries sont rassurantes. la douleur est faite de brûlures, fourmillements, picotement, avec un engourdissement à la jambe. À l'examen clinique, il n'y a plus de déficit moteur, ni de Lasègue. En revanche on note une hypoesthésie au tact et à la pique. Vous faites le diagnostic d'une douleur chronique neuropathique. À combien est le score DN4 du patient ?
- 12) Quelle(s) thérapeutique(s) conventionnelle(s) non-chirurgicales pourriez-vous apporter pour sa douleur chronique neuropathique ?



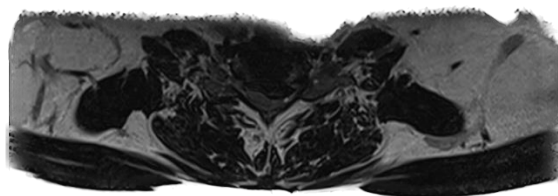
Question N°3 :

Décrivez dans un compte-rendu les étapes numérotées d'installation, d'abord et d'exérèse chirurgicale d'un schwannome vestibulaire de stade 4 de l'angle ponto-cérébelleux droit par abord rétrosigmoïde

Question N°4 :

Patiente de 46 ans, en recherche d'emploi, pesant 91 kgs pour 1m58 présente depuis 6 à 9 mois des douleurs cervicales et du membre supérieur gauche associé à une sensation de fatigue à l'effort. La patiente est adressée par le médecin traitant suite à la réalisation d'une IRM pour éventuelle prise en charge chirurgicale

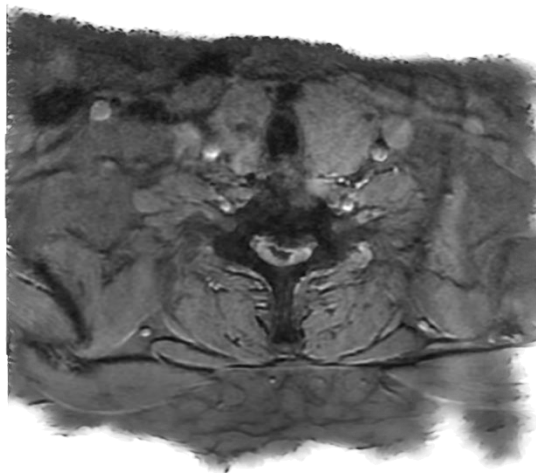
1) Décrivez les images visualisées



- 2) Décrivez votre examen clinique et que recherchez-vous ?
- 3) La patiente présente une symptomatologie sévère et rapidement évolutive, quelle prise en charge lui proposez-vous et quelles risques per-opératoires évoquez –vous ?
- 4) La chirurgie se déroule sans incident particulier. Malheureusement, en post opératoire immédiat, la patiente immédiatement au réveil présente un déficit complet de niveau C7 avec anesthésie complète et tétraplégie non flasque sous-jacente. Quelles hypothèses faites-vous et quelle est votre conduite à tenir ?
- 5) L'examen réalisé initialement est ininterprétable, un scanner cervical est donc réalisé . Que voyez-vous et quel est votre attitude thérapeutique ?



6) Après reprise chirurgicale, une IRM est réalisée en post-opératoire immédiat. Que voyez-vous ??



Question N°5 :

Un jeune patient de 20 ans est victime d'une chute de sa hauteur dans un état d'alcoolisation aiguë. Il est adressé aux urgences pour un déficit aux membres inférieurs.

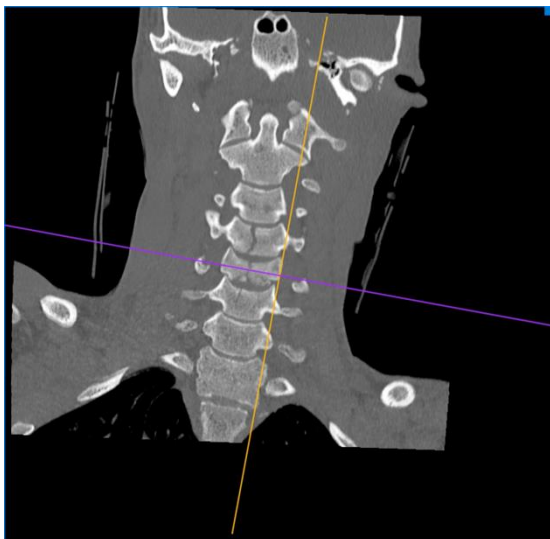


L'examen clinique révèle un patient conscient (Glasgow 15), un déficit moteur et sensitif complet aux membres inférieurs avec un niveau sensitif au niveau du métamère T3.

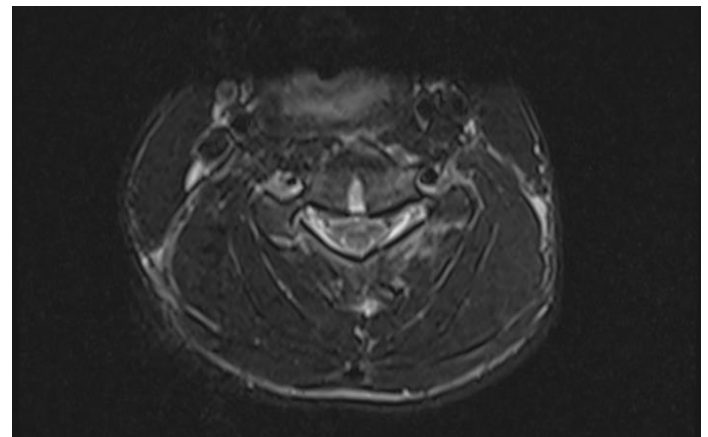
Aux membres supérieurs, le patient arrive à faire uniquement une flexion des coudes avec une force musculaire évaluée à 2/5. Absence de mouvement au niveau distal.

Il existe également un priapisme à la prise en charge et une béance anale.

1) Veuillez décrire les images ci-dessus



2) Veuillez interpréter cet examen



- 3) Quelle est votre prise en charge du point de vue chirurgical : veuillez décrire la voie d'abord .
- 4) Quelles sont les complications liées à cette voie d'abord ?
- 5) Quel est le risque vital à craindre dans les jours qui suivent ce traumatisme médullaire cervical niveau C4C5 ?

