

# NEUROLOGIE

## Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

### TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

#### Sujet 1

Monsieur J., 41 ans, carreleur est adressé par son médecin traitant pour une faiblesse du pied gauche, d'installation soudaine il y a une semaine, indolore mais associée à quelques troubles sensitifs de la face latérale de la jambe et du dos du pied gauches.

Antécédents : diabète depuis 3 ans, cholecystéctomie il y a 2 mois suite à laquelle il a perdu 5 kg.

L'examen clinique retrouve un déficit moteur des releveurs du pied et des orteils à gauche à 2/5. Le testing est normal pour les autres muscles du membre inférieur gauche et au membre inférieur droit.

#### Question N° 1 :

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

#### Question N°2 :

Quels sont les 2 autres atteintes périphériques à évoquer devant ce déficit distal unilatéral des releveurs ?

#### Question N° 3 :

- 3.1 Quel examen complémentaire demandez-vous en première intention ?
- 3.2 Qu'en attendez-vous ?



#### Question N°4 :

Le patient revient vous voir 6 semaines après le début de ses symptômes avec le CR de l'ENMG .

Il va un peu mieux, le déficit distal est à 3/5 mais il reste gêné par des paresthésies désagréables du dos du pied et des orteils gauches.

Voici le résultat de l'ENMG réalisé 1 mois après le début des symptômes  
Conduction motrice (VC : vitesse de conduction)

Nerfs Moteur							
	Latence	Amplitude	VC	Différence Amplitude	Différence Surface	Intensité de Stim	Température
	ms	mV	m/s	%	%	mA	°C
<b>Fibulaire (SPE) Pédieux Gauche</b>							
Cheville - Pédieux	6.3	3.5				31.2	
Sous Col-Cheville	13.7	3.0	43			20.4	
Sus Col-Sous Col	15.9	1.5	36			20.4	
<b>Fibulaire (SPE) Pédieux Droit</b>							
Cheville - Pédieux	4.8	6.5				44.2	
Sous Col-Cheville	11.6	6.06	50			19.4	
Sus Col-Sous Col	12.9	6.04	54			28.8	
<b>Tibial Postérieur (SPL) Gauche</b>							
Cheville - CFGO	5.79	16.96				20.8	
<b>Tibial Postérieur (SPL) Droit</b>							
Cheville - CFGO	5.1	18.72				15.9	

#### Conduction Sensitive (VC : vitesse de conduction)

Nerfs sensitive					
	Lat	Amp	VC	Intensité de Stim	Température
	ms	uV	m/s	mA	°C
<b>Musculocutané (MI) Fibulaire superf Gauche</b>					
Jambe - Cheville	2.5	13.0	49.3	17.7	
<b>Musculocutané (MI) Fibulaire superf Droit</b>					
Jambe - Cheville	1.96	26.3	51.0	24.2	
<b>Sural (Saphène ext) Sensitif Gauche</b>					
Mollet - Retro ext	1.97	33.5	48.1	18.7	
<b>Sural (Saphène ext) Sensitif Droit</b>					
Mollet - Retro ext	1.92	35.7	50.0	17.7	

NORMES du laboratoire :

(VC vitesse de conduction, LD : latence distale, AD : amplitude distale, F : latence de l'onde F)

CONDUCTION MOTRICE

	VC (m/s)	LD(ms)	AD (mV)	F (ms)
Nerf SPE	> 40	< 5,5	> 2	< 50
Nerf SPI	> 40	< 5,5	> 3	< 55

CONDUCTION SENSITIVE (A: amplitude, VC: vitesse de conduction)

Nerf musculo-cutané

Antidromique A > 5  $\mu$ V VC > 40 m/s

Nerf saphène externe

Antidromique A > 10  $\mu$ V VC > 40 m/s

4.1 Décrivez deux anomalies de conduction motrice que vous observez et qui vont conforter votre hypothèse diagnostique ?

4.2 Quelle anomalie sensitive constatez-vous ?

4.3 Quels sont les 3 facteurs favorisant à retenir chez ce patient ?

Question N°5 :

5.1 Quelles recommandations ou conseils donnez-vous au patient ?

5.2 Adressez-vous le patient au chirurgien ?

5.3 Pourquoi ? Justifier votre réponse

Question N°6 :

Le patient revient vous voir en consultation 5 mois plus tard car le déficit moteur n'a pas complètement régressé et il se plaint de douleurs au niveau du col de la fibule déclenchées par les efforts sportifs (footing ou vélo).

6.1 Quel examen complémentaire proposez-vous ?

6.2 Que recherchez-vous ?



## Sujet 2

Un homme de 39 ans, droitier, sans antécédent particulier se présente à votre consultation pour une modification de son écriture et des difficultés à réaliser des mouvements répétitifs de la main droite. L'examen clinique ne montre pas de déficit moteur mais une hypertonie plastique, une diminution du ballant du bras droit lors de la marche et une diminution d'amplitude des mouvements répétés d'ouverture et de fermeture de la main droite.

- 1) Quel syndrome évoquez-vous devant ce tableau clinique ?
- 2) Devant l'asymétrie des signes cliniques, quelle hypothèse diagnostique évoquez-vous ?
- 3) Quelle maladie métabolique devez-vous éliminer ?
- 4) Vous décidez de débiter un traitement par un agoniste dopaminergique. Quels sont les effets secondaires dont vous devez informer le patient ?
- 5) Le traitement par pramipexole à faible dose est finalement bien toléré et le patient rapporte une nette amélioration de ses symptômes. Deux ans plus tard, il décrit une aggravation des symptômes de l'hémicorps droit avec une extension de façon moins prononcée au membre supérieur gauche avec un retentissement sur la marche. Votre examen clinique confirme l'aggravation. Quelle prise en charge lui proposez-vous ?
- 6) Citez trois signes qui vous orienteraient vers une atrophie multisystématisée ?

7) Trois ans plus tard le patient qui allait bien signale la réapparition d'une gêne fonctionnelle en fin de matinée et vers 16h l'après-midi et qui se prolonge jusqu'à près d'une heure après la prise de Levo-Dopa. Pendant ces mêmes périodes, il ressent un grand sentiment d'angoisse et des douleurs de l'hémicorps droit.

Que diagnostiquez-vous ?

8) Trois ans plus tard, malgré une adaptation thérapeutique optimale de son traitement médicamenteux, il présente des mouvements involontaires qui apparaissent une heure 30 après la prise de Levodopa et se poursuivent environ 45 minutes. Ces mouvements le gênent beaucoup sur le plan social. Il décrit également la réapparition de signes parkinsoniens 30 minutes avant la prise de Levodopa. Que pouvez-vous lui proposer à ce stade ?

9) Malgré l'adaptation thérapeutique le patient présente une perte de motivation inhabituelle qui impacte son activité professionnelle. Son bilan cognitif reste normal.

Comment caractérisez-vous cette modification du comportement et quels éléments psychologiques recherchez-vous ?



## Sujet 3

Une jeune femme âgée de 28 ans, sans antécédent remarquable (TA : 120/70 à un récent contrôle de la médecine du travail) suivant une contraception par oestroprogestatifs éprouve subitement un vertige rotatoire intense accompagné de vomissements, de paresthésies de la moitié droite du visage et d'une dysphonie sans acouphènes. Depuis 4 jours, suite à une chute accidentelle sans gravité au cours de laquelle elle « s'était tordue le cou », elle se plaignait d'une douleur de la nuque et de l'occiput du côté droit. L'examen permet les constatations suivantes : nystagmus horizontal (gauche) et rotatoire (horaire), hypoesthésie de la moitié droite du visage, myosis droit, dysmétrie du membre supérieur droit, hypoesthésie thermo-algique des membres supérieur et inférieur gauche et de la moitié gauche du tronc. Vous concluez à un syndrome de Wallenberg.

### Question N°1 :

Citez le signe d'examen manquant dans la description sémiologique neurologique.

### Question N°2.1 :

A quel niveau situez-vous la lésion responsable de ce syndrome ?

### Question N° 2.2 :

De quel côté ?

### Question N°3 :

L'IRM encéphalique que vous demandez montre un hypersignal en Diffusion et Flair étendu de la partie inférieure de l'hémisphère cérébelleux droit. Quelle branche artérielle explique cette ischémie ?

### Question N°4 :

Quel en est le risque évolutif ?

### Question N°5 :

L'hypothèse d'un infarctus lié à l'athérosclérose vous paraît-elle probable ? pourquoi ?

### Question N°6 :

Quelle est l'origine probable de cet infarctus ?

## Sujet 4

Mme K. 60 ans n'a pas d'autres antécédents qu'une HTA traitée et bien équilibrée. Elle va présenter des douleurs et des paresthésies des membres inférieurs à prédominance nocturne, d'installation rapide sur 24 à 48H.

Quatre jours plus tard, elle présente des difficultés à la marche à type d'instabilité et une faiblesse des membres inférieurs, responsable de chutes. Devant cette évolution elle est adressée au SAU.

À l'admission, elle présente un déficit moteur à la fois proximal et distal des membres inférieurs globalement coté à 4 sur 5 et une instabilité avec chute à l'épreuve de Romberg.

Il n'est pas noté de déficit moteur aux membres supérieurs.

Sur le plan sensitif, on retrouve une hypoesthésie au tact fin et à la pique au niveau des membres inférieurs remontant aux plis inguinaux et une apallesthésie des quatre membres.

Les réflexes ostéotendineux sont abolis, il n'y a pas d'hypertonie, pas de trouble vésico-sphinctérien.

Les réflexes cutanés plantaire sont indifférents.

1.1 Quel est votre diagnostic ?

1.2 A l'interrogatoire, que recherchez-vous au cours des jours qui précèdent le début des symptômes ?

2.1 En urgence, quel est l'examen complémentaire qui peut vous aider à confirmer le diagnostic ?

2.2 Quels en seront les résultats ?

Vous effectuez cet examen au SAU. Il ne révèle aucune anomalie.

3.1 Cela va-t-il modifier votre diagnostic ?

3.2 Justifier votre réponse.



4. Quelles thérapeutiques spécifiques peut-on proposer en dehors de la prise en charge symptomatique et de la prévention des complications ?

Alors qu'un traitement et une prise en charge adaptées sont débutés en urgence, à J3 elle n'est plus capable de tenir debout, rapporte une gêne à la déglutition et présente une ébauche de diplégie faciale.

La TA fluctue entre 160/110 et 120/80 sur 24H et la FC entre 110 et 75. Il existe une fébricule à 38°C. Il n'y a pas de dyspnée ni orthopnée. La capacité vitale est mesurée à 80% de la théorique. La gazométrie artérielle retrouve une hypoxie modérée à 79 mmHg sans hypercapnie.

Le bilan biologique révèle une CRP à 82 et la radiographie pulmonaire montre une opacité de la base droite.

5. Relevez les éléments qui justifieraient une prise en charge en réanimation.

A J4, Madame K se plaint de douleurs précordiales.

L'ECG montre une modification du tracé par rapport à celui réalisé à l'admission, à type de négativation des ondes T en D2, D3, AVF et de V3 à V6. La troponine est très modérément élevée à 0,77. L'échographie cardiaque montrera une akinésie de la couronne apicale.

6. Quel est votre diagnostic ?

L'évolution clinique sera finalement favorable permettant une prise en charge dans un service de rééducation. Alors qu'elle se trouve depuis 2 semaines avec une récupération qui se poursuit, Mme K va présenter de nouveau des chutes et l'examen clinique montre une réaggravation du déficit moteur aux membres inférieurs.

7. Quelles complications de décubitus redoutez-vous devant ce tableau déficitaire des membres inférieurs ?

Sur le plan biologique, on retrouve de nouveau un syndrome inflammatoire avec une CRP à 90, alors qu'elle s'était normalisée avant son transfert en rééducation. La recherche de foyer infectieux est négative.

8. Quelle pathologie sous-jacente allez-vous rechercher en priorité ?



## Sujet 5

Mr AB est âgé de 57 ans. Il exerce la profession de maçon.

Ses antécédents associent une hypertension artérielle essentielle relevant d'une monothérapie par enzyme de conversion de l'angiotensine depuis 2 ans, un tabagisme actif de plus de 45 PA (1 paquet par jour actuellement) et une consommation d'environ 20 verres standards d'alcool par semaine (soit 200 g). Aucune allergie n'est rapportée. Le dernier bilan biologique proposé « à titre systématique » par le médecin traitant 3 semaines auparavant (numération formule plaquettes, ionogramme, créatininémie, débit de filtration glomérulaire, bilirubine totale, phosphatases alcalines, Alat, Asat, LDL cholestérol, triglycérides, Antigène spécifique de prostate) s'est avéré normal.

Depuis environ deux semaines, il se plaint de céphalées quotidiennes. Ces dernières s'installent volontiers en deuxième partie de nuit. Au début, elles s'estompaient progressivement en cours de matinée. Depuis environ 3 jours, elles sont constantes. Ces céphalées sont décrites comme « en casque ». Elles fluctuent entre 3 et 8 sur une échelle numérique orale. Elles sont accentuées par l'activité physique (port de charge dans le cadre du travail). Il se plaint également d'une inappétence et de nausées elles aussi d'évolution progressive. Le patient est parfaitement apyrétique. La nuque est souple.

### Question N°1 :

A ce stade de la prise en charge, quel syndrome évoquez-vous ?

### Question N°2 :

Citez trois signes ophtalmologiques permettant de compléter le tableau clinique ?

### Question N°3 :

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) allez-vous proposer ?

### Question N°4 :

Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?



Question N°5 :

Très rapidement le tableau va s'accroître en intensité. Mr AB va se plaindre de manière concomitante d'une « *faiblesse* » de l'hémicorps gauche prédominant au niveau du visage et du bras. Son entourage vous signale qu'il s'est cogné à plusieurs reprises du côté gauche en franchissant les portes de son domicile. Un incident est survenu au volant de son véhicule 48 heures plus tôt. En quittant son garage, il a heurté, sans pouvoir expliquer pourquoi, le pilier gauche du portail.

A l'inspection, vous constatez que le patient ne s'est pas rasé l'hémiface gauche. A l'examen, il existe une « main creuse » à gauche. La stimulation tactile bilatérale des 2 membres supérieurs n'est pas perçue à gauche alors que les stimulations droites puis gauches sont parfaitement identifiées. En fixant votre nez le patient ne peut discerner les mouvements de votre main droite alors que votre main gauche est parfaitement perçue. Les réflexes ostéo tendineux sont plus vifs à gauche qu'à droite. Le réflexe cutané plantaire est en extension à gauche.

Nommez les 4 symptômes cliniques neurologiques évoqués dans cette observation.

Question N°6 :

Une IRM encéphalique est réalisée.

Décrivez l'image 1 : coupe, séquence, décrivez les caractéristiques de la lésion.



Image 1

Question N°7 :

Quelle hypothèse lésionnelle principale évoquez-vous ?

Question N°8 :

Quel principal traitement symptomatique proposez-vous ?

Question N°9 :

Le patient s'aggrave brutalement avec une hémiparésie gauche associée à des troubles de la vigilance (score de Glasgow à 6). Un scanner encéphalique non injecté est réalisé. Décrivez et interprétez cette coupe.



