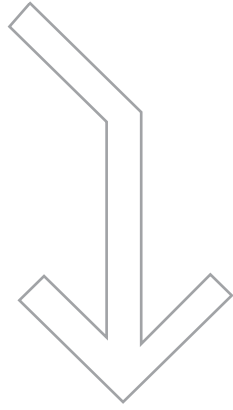


03 MAJBOOK



MAJBOOK

Toute la spécialité, par le Major

NEUROLOGIE PSYCHIATRIE et ADDICTOLOGIE

Alexis Maillard
Lina Jeantin

Préface du Pr Claire Le Jeune
Professeur à l'Université Paris Descartes

MED-LINE
Editions

Éditions MED-LINE
74 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
Tél. : 09 70 77 11 48
www.med-line.fr

*MAJBOOK NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE (N°. 03) - MAJBOOK - TOUTE LA SPÉCIALITÉ,
PAR LE MAJOR*
ISBN : 978-2-84678-248-7
© 2019 ÉDITIONS MED-LINE

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.



Préface du Pr Claire Le Jeunne

Publier les notes du major à l'Examen Classant National de médecine 2018, voilà une idée originale qui mérite tout notre intérêt.

Les notes qui deviennent fiches sont des documents uniques. Élaborées avec beaucoup de soin et de sens pratique, elles permettent de faire une révision d'un item en quelques dizaines de minutes.

Tout compte dans une fiche : la présentation, le jeu des couleurs, le choix des abréviations. C'est un énorme travail original fait à partir de sources différentes, des photocopiés, des manuels, le cours de l'enseignant, un article. Tout document jugé informatif peut contribuer à la touche finale de la fiche qui s'élabore et se complète petit à petit pour devenir définitive en général la dernière année.

En l'occurrence une fiche concerne un item du programme du 2^e cycle des études médicales sachant qu'il y en a 362 au total.

Cette méthodologie des fiches a traversé les temps, j'ai moi-même travaillé avec cette technique pour préparer le concours de 1977 et ce n'est que récemment que j'ai accepté l'idée de m'en séparer, tant l'énergie mise pour les préparer et le travail que cela symbolise sont considérables.

La taille de cet ouvrage de 1900 pages nous montre bien la somme des connaissances que nous demandons à nos étudiants de métaboliser. Chaque année davantage, car la médecine – et les connaissances scientifiques qui s'y rattachent – progresse à pas de géant et doit se spécialiser.

Il faut donc trouver des moyens pour pouvoir assimiler un programme aussi important sachant qu'en médecine, il n'y a pas d'impasse possible. C'est bien ce que nous montrent Alexis Maillard, Major aux iECN 2018, et Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018, dans ce recueil.

Ils abordent toutes les questions du programme sous forme de fiches présentées selon l'ordre du programme. Ils ont traité tous les items. Ils ont fait des fiches synthétiques brillantes qui leur ont permis d'avoir un classement exceptionnel.

Cet ouvrage permettra à ceux qui n'ont pas commencé le travail minutieux dès le début de DFASM de pouvoir rattraper le temps et de s'approprier les fiches ainsi élaborées.

Elles sont complémentaires de l'enseignement à la faculté qui se veut éminemment pratique et qui ne revendique pas l'exhaustivité surtout dans la dernière année des études.

Merci aux Éditions Med-Line d'avoir voulu valoriser ce travail et ainsi reconnaître son importance.

Nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite.

Pr Claire LE JEUNNE
Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes
Ex vice doyen à la pédagogie

Remerciements

Nos remerciements tous particuliers aux auteurs et aux éditeurs des livres suivants, qui nous ont autorisés à reproduire certaines iconographies de leurs ouvrages, au sein de notre livre, dans un souci d'aider le lecteur et de rendre l'ouvrage plus pédagogique.

- *Cancérologie*, Livre du Collège, Collège National des Enseignants en Cancérologie (CNEC), Ouvrage coordonné par le Pr Philippe Giraud et le Pr Jean Trédaniel, Editions Med-line
- *Dermatologie*, UE ECN en dossiers progressifs, Félix Pham, Guillaume Rougier, Editions VG
- *Dermatologie, vénérologie*, iKB, Pr Philippe Bahadoran, Alexandra Picard, Frédéric Mantoux, Emeline Castela, Editions VG
- *Chirurgie générale, viscérale et digestive*, Livre du Collège, Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive, Editions Med-line
- *Douleur, Soins palliatifs et accompagnement*, 3^e édition, Livres des Collèges : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
- *Guide pratique d'Ophthalmologie*, Dr Patrice Vo Tan - Dr Yves Lachkar, Editions VG
- *Guide pratique de Pédiatrie*, Daniel Berdah, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Gynécologie Obstétrique*, iKB, Pr Blandine Courbière, Pr Xavier Carcopino, Editions VG
- *Hépatologie, Gastrologie-entérologie, chirurgie viscérale*, iKB, Jean-David Zeitoun, Ariane Chryssostalis, Pr Jérémie Lefevre
- *Imagerie médicale*, KB, Mickaël Soussan, Editions VG
- *iECN+ Imagerie*, Pr Ivan Bricault, Raphaël Girard, Julien Frandon, Mehmet Sahin, Editions VG
- *Neurologie*, 12^e édition, Nicolas Danziger, Sonia Alamowitch, Editions Med-line
- *Orthopédie-Traumatologie*, 7^e édition, Guillaume Wavreille, Editions Med-Line
- *Ophthalmologie*, iKB, Allan Benarous, Tich Ludovic Le, Editions VG
- *Orthopédie-Traumatologie*, iKB, Sylvain Bodard, Grégory Edgard-Rosa, Arié Azuelos, Claude Aharoni, Editions VG
- *Parasitoses et mycoses*, L'entraînement IECN, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Parasitoses et mycologie en poche*, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Pédiatrie*, iKB, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Radiologie-Imagerie*, 2^e édition, sous la direction du Pr Nathalie Boutry, Editions Med-Line
- *Radiodiagnostic, Imagerie médicale et médecine nucléaire*, 116 dossiers à interpréter, Michaël Soussan, Ingrid Faouzzi, Editions Med-Line
- *Rhumatologie*, iKB, Pierre Khalifa, Editions VG



Introduction par les auteurs

Majbook Neurologie, Psychiatrie et Addictologie

La préparation de l'iECN est une épreuve complexe et de longue haleine par la masse considérable des connaissances nécessaires et par la ténacité dont il faut faire preuve. Et cette épreuve est rendue d'autant plus ardue que les supports de connaissances sont disparates, souvent peu synthétiques et de qualité inégale.

Avec cet ouvrage, constitué de la somme revue et actualisée de nos fiches pour la préparation au concours, nous proposons un support homogène, synthétique et complet pour la préparation des iECN. Le Majbook paru en un seul volume (avec tous les items de l'iECN) est désormais également décliné par spécialités pour ceux d'entre vous qui préfèrent réviser de cette façon. Les quatre premiers volumes traitent de la Pédiatrie (volume 1), de la Cardiologie-Pneumologie (volume 2), de la Neurologie, Psychiatrie et addictologie (volume 3), de la Santé publique, médecine légale, médecine du travail, pharmacologie (Volume 4).

Ces fiches nous ont accompagnés tout au long de notre externat. Elles ont été créées et enrichies à partir de nos cours, de nos stages, de nos conférences, et de toute la bibliographie utile tout au long de notre préparation. Elles donnent, pour chaque item, un contenu organisé et adapté à la réponse aux questions à choix multiples. Elles ne font pas l'impasse sur la compréhension qui est, de notre point de vue, le ciment de la mémorisation.

La présentation utilise des couleurs pour faciliter la lisibilité. Les points essentiels sont mis en valeur afin de hiérarchiser les connaissances et rendre l'apprentissage à la fois plus agréable et plus efficace. Des schémas et tableaux de synthèses viennent encore consolider les points importants du texte.

Enfin, nous avons souhaité intégrer à cet ouvrage une iconographie en couleurs (photographies, imagerie radiologique, schémas explicatifs, etc.) afin de fixer les concepts et image-clés qu'il est nécessaire d'avoir en tête le jour J.

Nous espérons que ces fiches vous aideront autant qu'elles nous ont aidés pour la préparation des iECN et vous permettront d'atteindre la spécialité dont vous rêvez.

Bon courage à tous !

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018
Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018



Les auteurs

Alexis Maillard est arrivé Major à l'iECN 2018. Il a débuté ses études de médecine à la faculté de médecine de Grenoble. Après un master 2 en neurosciences intégratives à l'École Normale Supérieure, il a poursuivi son externat à Paris Descartes. Il choisit la spécialité de Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France.

Lina Jeantin est classée 71^e à l'iECN 2018. Elle intègre la promotion 2013 de l'école de l'Inserm, où elle poursuit un double cursus médecine-sciences. Elle est également interne en Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France et souhaite allier une activité de recherche fondamentale à sa pratique clinique.

Ouvrage coordonné par le **Dr Sylvain Bodard**, classé 7^e à l'ECN 2013, Conférencier d'Internat.

Sommaire

PARTIE 1 : NEUROLOGIE

UE 4 : Perception - Système nerveux - Revêtement cutané

Item 89	Déficit neurologique récent.....	15
Item 90	Déficit moteur et/ou sensitif des membres	20
Item 91	Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval.....	23
Item 94	Neuropathies périphériques.....	31
Item 95	Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (syndrome de Guillain-Barré)	38
Item 96	Myasthénie	40
Item 97	Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face.....	43
Item 98	Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant	52
Item 99	Paralysie faciale.....	57
Item 102	Sclérose en plaques	61
Item 103	Épilepsie de l'enfant et de l'adulte	66
Item 104	Maladie de Parkinson	76
Item 105	Mouvements anormaux	80
Item 106	Confusion, démences Troubles cognitifs du sujet âgé (voir item 129)	83
Item 107	Troubles de la marche et de l'équilibre	89
Item 108	Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte	94

UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail

Item 148	Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant	107
----------	-----------------------------------------------------------------	-----

UE 9 : Cancérologie - Onco-hématologie

Item 296	Tumeurs intracrâniennes.....	119
----------	------------------------------	-----

UE 11 : Urgences et défaillances viscérales aiguës

Item 330-1	Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme crânien.....	127
Item 331	Coma non traumatique chez l'adulte et l'enfant.....	136
Item 335	Accidents vasculaires cérébraux (AVC)	140
Item 336	Hémorragie méningée.....	149
Item 337	Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte	155
Item 338	État confusionnel et trouble de conscience chez l'adulte et chez l'enfant.....	158

Les items suivants sont traités dans d'autres volumes de la Collection :

Item 80 : Anomalie de la vision d'apparition brutale dans le volume d'Ophtalmologie.

Item 86 : Trouble aigu de la parole. Dysphonie dans le volume d'ORL.

Item 100 : Diplopie dans le volume d'Ophtalmologie.

Item 101 : Vertige dans le volume d'ORL.

PARTIE 2 : PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE

➤ UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical

Item 11	Soins psychiatriques sans consentement.....	167
---------	---------------------------------------------	-----

➤ UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives

Item 56	Sexualité normale et ses troubles	173
Item 58	Facteurs de risque, prévention, dépistage des troubles psychiques de l'enfant à la personne âgée.....	179
Item 59	Connaître les bases de la classification des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée	180
Item 60	Organisation de l'offre de soin en psychiatrie.....	182
Item 61	Trouble schizophrénique de l'adolescent de l'adulte	184
Item 62	Trouble bipolaire de l'adolescent de l'adulte.....	190
Item 63	Trouble délirant persistant	195
Item 64-1	Diagnostiquer : un trouble anxieux généralisé panique, un trouble phobique, un TOC, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée)	197
Item 64-2	Diagnostiquer un trouble de la personnalité.....	206
Item 64-3	Diagnostiquer un trouble de l'humeur : trouble dépressif de l'enfant et l'adulte	210
Item 65	Troubles envahissants du développement	214
Item 66	Troubles du comportement de l'adolescent.....	218
Item 67	Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum	221
Item 69	Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.....	225
Item 70	Troubles somatoformes	232
Item 71	Différents types de techniques psychothérapeutiques.....	235
Item 72	Prescription et surveillance des psychotropes.....	238
Item 74	Addiction à l'alcool	253
Item 75	Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés).....	260
Item 76	Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse.....	262
Item 77	Addictions comportementales	271
Item 78	Dopage	274

➤ UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement

Item 117	Le handicap psychique.....	277
Item 141	Deuil normal et pathologique	282

➤ UE 11 : Urgences et défaillances viscérales aiguës

Item 346	Agitation et délire aigu.....	287
Item 347	Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique	291
Item 348	Risques et conduites suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.....	293

Les items suivants sont traités dans d'autres volumes de la Collection :

Item 53 : Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant dans le volume de Pédiatrie.

Item 68 : Troubles psychiques du sujet âgé dans le volume de Gériatrie.

Item 73 : Addiction au tabac dans le volume de Pneumologie.

Item 74 : Addiction à l'alcool dans le volume de Gastro-entérologie.

Abréviations

AA	Air ambiant	CIM	Classification internationale des maladies
AAH	Allocation adulte handicapé	CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée
AAN	Anticorps anti-nucléaires (= FAN)	CI	Chlore
AAP	Anti-agrégant plaquettaire	CMUc	Couverture universelle maladie complémentaire
Ac	Anticorps	CMV	Cytomégalovirus
ACH	Acétyl-Choline	CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
ACR	Arrêt cardiorespiratoire	CPK	Créatine phospho-kinase
AD	Antidépresseur	CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
ADH	Anti-diurétique hormone (hormone anti-diurétique)	CTCG	Crise tonico-clonique généralisée
ADK	Adénocarcinome	CV	Cordes vocales, cardiovasculaire, champ visuel
ADP	Adénopathies	D	Droit, droite
ADT	Antidépresseur tricyclique	DA	Dopamine
AEEH	Allocation d'éducation enfant handicapé	DALA	Déficit androgénique lié à l'âge
AG	Anesthésie générale	DDB	Dilatation des bronches
AIT	Accident ischémique transitoire	DLCO	Diffusion Libre du CO
AL	Anesthésie locale	DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
ALR	Anesthésie loco-régionale	DR	Décollement de rétine
AMM	Autorisation de mise sur le marché	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
AMS	Atrophie multi-systématisée	DT	Douleur thoracique, Delirium tremens
AOMI	Artérite oblitérante des membres inférieurs	DT1, DT2	Diabète de type 1, 2
APA	Allocation personnalisée d'autonomie	EAL	Examen d'une anomalie lipidique
ARM	Angiographie par résonance magnétique	EBV	Epstein-Barr virus
ARS	Agence régionale de santé	EDC	Épisode dépressif caractérisé
ASE	Aide sociale à l'enfance	EDTSA	Écho-doppler des troncs supra-aortiques
ATB	Antibiotique, antibiothérapie	EEG	Électro-encéphalogramme
ATCD	Antécédents	EER	Épuration extra-rénale
ATIII	Antithrombine III	EG	État général
AV	Acuité visuelle	EI	Effet indésirable
AVC	Accident vasculaire cérébral	EMG	Électromyogramme
AVF	Algie vasculaire de la face	ENMG	Électro-neuromyogramme
AVK	Anti-vitamine K	EP	Embolie pulmonaire
AVP	Accident de la voie publique	EPP	Électrophorèse des protéines plasmatiques
AVS	Auxiliaire de vie scolaire	ES	Effet secondaire
BAT	Biopsie de l'artère temporale	ETO	Échographie trans-oesophagienne
BAV	Bloc atrio-ventriculaire ou Baisse de l'acuité visuelle	ETT	Échographie trans-thoracique
BB-	Bêta bloquants	F	Fille, femme
BGN	Bacille Gram Négatif	FAN	Facteur anti-nucléaire (= AAN)
BK	Bacille de Koch, par extension tuberculose	FCS	Fausse couche spontanée
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive	FdR	Facteur de risque
BU	Bandelette urinaire	FN	Faux négatifs
BZD	Benzodiazépines	FO	Fond d'oeil
C2G, C3G	Céphalosporine de 2 ^e , de 3 ^e génération	FP	Faux positifs
Ca	Calcium	G	Gauche, Garçon
CAE	Conduit auditif externe	GDS	Gaz du sang
CAI	Conduit auditif interne	GDS en AA	Gaz du sang en air ambiant
CAT	Conduite à tenir	GEM	Glomérulonéphrite extra-membraneuse
CBH	Claude-Bernard-Horner	GEPA	Granulomatose éosinophile et polyangéite
CBP	Cancer broncho-pulmonaire	GEU	Grossesse extra-utérine
CCR	Cancer colorectal	GGT ou γGT	Gamma-glutamyl-transférase
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	GNMP	Glomérulonéphrite membrano-proliférative
CE	Corps étranger	GNRP	Glomérulonéphrite rapidement progressive
CHC	Carcinome hépato-cellulaire	GPA	Granulomatose avec poly-angéite
CI	Contre-indication	GPAO	Glaucome primitif à angle ouvert

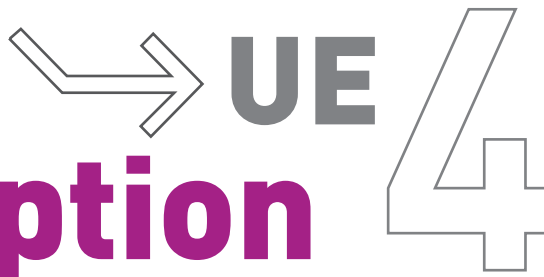
GR	Globule rouge	LP	Libération prolongée
H	Homme	M	Mois (3M = 3 mois)
H1	Récepteurs histaminergiques de type 1	MAF	Mouvements actifs foetaux
HBP	Hypertrophie bénigne de prostate	MAP	Menace d'accouchement prématurée
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire	MAV	Malformation artério-veineuse
HDJ	Hôpital de jour	MCV	Maladie cardio-vasculaire
HED	Hématome extra-dural	MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
HELLP	Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets	MG	Médecin généraliste
HIA	Hémorragie intra-alvéolaire	MHD	Mesures hygiéno-diététiques
HIV	Hémorragie intra-vitréenne	MI	Membre inférieur
HMG	Hépatomégalie	MID	Membre inférieur droit
HNF	Héparine non fractionnée	MIG	Membre inférieur gauche
HPN	Hydrocéphalie à pression normale	MIN	Mort inattendue du nourrisson
HPN	Hémoglobinurie paroxystique nocturne	MPP	Mal perforant plantaire
HPV	Human papilloma virus	MS	Membre supérieur
HRP	Hématome rétro-placentaire	MSD	Membre supérieur droit
HSA	Hémorragie sous arachnoïdienne (= hémorragie méningée)	MSG	Membre supérieur gauche
HSD	Hématome sous dural	MT	Médecin traitant
HSM, HSMG	Hépatosplénomégalie	MTX	Méthotrexate
HSV	Herpes Simplex virus	N	Normal
HTA	Hypertension artérielle	NA	Noradrénaline
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire, par définition HTP de type 1	Na	Sodium
HTIC	Hypertension intracrânienne	NFS-P	Numération Formule sanguine - Plaquettes
HTP	Hypertension pulmonaire	NGC	Noyaux gris centraux
HTS	hormonothérapie substitutive	NL	Neuroleptiques
HU	Hauteur utérine	NN	Nouveau-né
HyperTG	Hypertriglycéridémie	NOIA (ou NOIAA)	Neuropathie optique ischémique antérieure (aigue)
HypoTA	Hypotension artérielle	NORB	Neuropathie optique rétrobulbaire
IC	Insuffisance cardiaque	NRS	Nourrisson
ICG	Insuffisance cardiaque gauche	OACR	Occlusion de l'artère centrale de la rétine
ICoro	Insuffisance coronarienne	OAP	Œdème aigu du poumon
ID	Immunodépression	OATF	Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale
IDM	Infarctus du myocarde	OBACR	Occlusion d'une branche de l'artère centrale de la rétine
IDR	Intra-dermo réaction	OBVCR	Occlusion d'une branche de la veine centrale de la rétine
IHC	Insuffisance hépato-cellulaire	OCT	Tomographie par cohérence optique
IMG	Interruption médicale de grossesse	OEAP	Oto-émissions acoustiques provoquées
INF	Interféron	OG / OD	Oreille gauche / droite
IOA	Infection ostéo-articulaire	OGÉ	Organes génitaux externes
IOT	Intubation oro-trachéale	OH	Alcool, alcoolisme
IR	Insuffisance rénale (IRC = chronique, IRA = aigue)	OM	Oreille moyenne
IRA	Insuffisance rénale aiguë	OMA	Otite moyenne aigue
IRespC	Insuffisance respiratoire chronique	OMC	Oedème maculaire cystoïde
IRSNA	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	OMC	Otite moyenne chronique
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	OMI	Oedèmes des membres inférieurs
IST	Infection sexuellement transmissible	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IU	Infection urinaire	OPP	Ordonnance de placement provisoire
IV	Intraveineux	OSM	Otite séro-muqueuse
IVG	Interruption volontaire de grossesse	OVCR	Occlusion de la veine centrale de la rétine
JPDC	Jusqu'à preuve du contraire	PA	Pression artérielle
K ou K+	Potassium	PAN	Péri-artérite noueuse
KT	Cathéter, cathétérisme	PAP	Pression artérielle pulmonaire
LAF	Lampe à fente	PC	Perte de connaissance, Périmètre crânien
LBA	Liquide broncho-alvéolaire	PCR	Polymerase Chain Reaction
LCR	Liquide céphalo-rachidien	PdC	Produit de contraste
LCS	Liquide cérébro-spinal	PEA	Potentiels évoqués auditifs
LED	Lupus érythémateux disséminé	PEC	Prise en charge
LGM	Lésions glomérulaires minimes		

PIO	Pression intra oculaire	TDM TAP	Tomodensitométrie Toraco-Abdomino-Pelvienne
PMI	Protection maternelle et infantile	TDM Tx	Tomodensitométrie du thorax
PNA	Pyélonéphrite aiguë	TdR	Trouble du rythme
PO	Per os	TED	Troubles envahissant du développement
POM	Paralysie oculomotrice	TFI	Troubles fonctionnels intestinaux
POP	Pillule oestro-progestative	THM	Traitement hormonal substitutif
PP	Post-partum	THM	Traitement hormonal de la ménopause
PPR	Photocoagulation pan-rétinienne	TJ	Turgescence jugulaire
PPS	Projet personnalisé de soins	TO	Tonus oculaire
PR	Polyarthrite rhumatoïde	TP	Taux de prothrombine
PSP	Paralysie supra-nucléaire progressive	TR	Toucher rectal
PTx	Pneumothorax	TS	Tentative de suicide
PUMA	Protection universelle maladie	TSA	Troncs supra aortiques
QI	Quotient intellectuel	TV	Tachycardie ventriculaire
RAA	Rhumatisme articulaire aigu	TVC	Thrombose veineuse cérébrale
RCIU	Retard de croissance intra-utérin	TVO	Trouble ventilatoire obstructif
RCV	Risque cardio-vasculaire	TVR	Trouble ventilatoire restrictif
RD	Rétinopathie diabétique	Tx	Thorax
RGO	Reflux gastro-oesophagien	TXA2	Thromboxane A2
RHJ	Reflux hépato-jugulaire	UGD	Ulcère gastro-duodéal
RM	Rétrécissement mitral	VADS	Voies aérodigestives supérieures
RPCA	Résistance à la protéine C activée (= déficit en facteur V)	VB	Voies biliaires
RPM	Réflexe photomoteur	VHA (VHB, C, D, E)	Virus de l'hépatite A (B, C, D, E)
RPM	Rupture prématurée des membranes	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
RSA	Revenu de solidarité active	VitD	Vitamine D
RTx	Radio de thorax		
S	Semaine (3S = 3 semaines)		
SA	Semaines d'aménorrhée (36SA = 36 semaines d'aménorrhée)		
SAOS	Syndrome d'apnée obstructive du sommeil		
SAPL	Syndrome des antiphospholipides		
SAT-VAT	Sérologie antitétanique - Vaccination antitétanique		
SAU	Service d'accueil des urgences		
SB	Substance blanche (cérébrale)		
SC	Sous-cutané		
Sd	Syndrome		
SdG	Signe de gravité		
SEP	Sclérose en plaques		
SG	Substance grise (cérébrale)		
SGS	Syndrome de Goujerot-Sjögren		
SMG	Splénomégalie		
SN	Syndrome néphrotique		
SNG	Sonde naso-gastrique		
SpA	Spondylarthrite		
SpO2	Saturation en oxygène de l'hémoglobine		
SRAA	Système rénine angiotensine aldostérone		
ssi	Si et seulement si		
SSR	Soins de suite et de réadaptation		
Staph	Staphylocoque		
TA	Tension artérielle		
TA	Troubles de d'adaptation		
TAG	Trouble anxieux généralisé		
TC	Tronc cérébral, Trauma crânien		
TCA	Trouble du comportement alimentaire		
TCA	Temps de Céphaline activée (équivalent du TCK)		
TCC	Thérapie Cognitivo-comportementale		
TCK	Temps de Céphaline Kaolin (équivalent du TCA)		
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité		
TDM AP	TDM abdomino-pelvien		



Partie 1

NEUROLOGIE



Perception

Systeme nerveux

Revêtement cutané

- ITEM 89 Déficit neurologique récent
- ITEM 90 Déficit moteur et/ou sensitif des membres
- ITEM 91 Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval
- ITEM 94 Neuropathies périphériques
- ITEM 95 Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (syndrome de Guillain-Barré)
- ITEM 96 Myasthénie
- ITEM 97 Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face
- ITEM 98 Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant
- ITEM 99 Paralyse faciale
- ITEM 102 Sclérose en plaques
- ITEM 103 Épilepsie de l'enfant et de l'adulte
- ITEM 104 Maladie de Parkinson
- ITEM 105 Mouvements anormaux
- ITEM 106 Confusion, démences (voir item 129)
- ITEM 107 Troubles de la marche et de l'équilibre
- ITEM 108 Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

Déficit neurologique récent

OBJECTIFS CNCI :

- Diagnostiquer un déficit neurologique récent.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge, notamment en unité neurovasculaire en cas de suspicion d'accident vasculaire cérébral.

1. Identification du déficit neurologique : diagnostic syndromique et topographique

- **Diagnostic syndromique et topographique :**
 - 3 grandes topographies de l'atteinte : SNC / SNP / Jonction neuro-musculaire ou les muscles
 - Signes d'atteinte du SNC :
 - Atteinte hémicorps / Troubles de la **vigilance** associés / Association à une crise d'épilepsie
 - **Signes d'atteinte corticale** : aphasie / HLH / troubles gnosiques praxiques...
 - **Signes pyramidaux** : ROT diffusés / clonus de cheville / signe de Babinski
 - **Niveau sensitif** abdominal ou thoracique franc (atteinte moelle)
 - Atteinte des PC et/ou oculomotricité ET atteinte voies longues (orienté vers atteinte du TC)
 - Signes d'atteintes du SNP :
 - **Fasciculations / amyotrophie** / ↓ ROT (!! phase « flasque » d'un déficit moteur central)
 - Déficit moteur ou sensitif de topographie **radiculaire** ou **tronculaire systématisés**
 - Atteinte **distale** des MI sans troubles vesico-sphinctériens
 - Signes d'atteinte de la jonction neuromusculaire ou musculaire :
 - Atteinte **motrice pure** (pas de trouble sensitif ou vesico-sphinctérien)
 - Déficit à prédominance **proximal** / Absence d'anomalie des ROT et des RCP
- **Diagnostic différentiel** : causes non neurologiques de déficit récent
 - **Perte de la motilité : impotence fonctionnelle** qui peut être :
 - **d'origine ostéoarticulaire** : fracture / entorse / arthrite / rupture de coiffe...
 - **d'origine vasculaire périphérique** : **Occlusion artérielle aiguë ++** / Phlébite / hématome
 - **Troubles de l'élocution, de l'équilibre et de la vision d'origine locale** : **ORL** ou **ophtalmologique**
 - **Déficit d'origine psychogène** : = **trouble somatomorphe**

2. Identification du mécanisme et de la cause

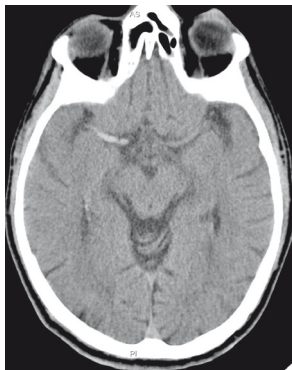
- **Mode d'installation et profil évolutif**
 - **Mode d'installation** : élément majeur d'orientation diagnostique
 - **Soudain (secondes ou minutes)** : mécanisme vasculaire / migraineux / épileptique / traumatique
 - **Déficit soudain d'emblée maximal** : avant tout **vasculaire**
 - **Déficit installé sur quelques dizaines de secondes** : mécanisme **épileptique** (marche épileptique)
 - **Déficit installé sur quelques dizaines de minutes** : un mécanisme **migraineux** (marche migraineuse)
 - **!!** Un mécanisme vasculaire est toujours possible pour tous ces modes
 - **Aigu-subaigu** (quelques heures à jours) : Surtout mécanisme **inflammatoire / infectieux / toxique**
 - ⇒ **Certaines affections cérébro-vasculaires** : **TV cérébrale** / thrombose artérielle *in situ* (tronc basilaire...)
 - **Rapidement progressif** (quelques semaines) : Processus **expansif** rapide (tumoral, abcès, HSD) / Infectieux / Métabolique
 - **Profil évolutif** :
 - **Déficit neurologique transitoire** : examen clinique est normal à l'arrivée du patient
 - ⇒ Déficiences liées à une **atteinte centrale** dans la très grande majorité des cas
 - **Amélioration spontanée** : mécanisme vasculaire (AIT) ou inflammatoire (poussée de SEP)
 - **Aggravation** (déficit en tache d'huile) : **processus expansif**
- **Examens complémentaires** : orientés par diagnostic topographique
 - **Examens d'exploration neurologiques** :
 - **IRM cérébrale** (à défaut TDM) : si orientation vers atteinte **supra-médullaire**
 - **IRM cervico-dorso-lombaire** : si Sd médullaire / **lombaire** : si Sd de la queue de cheval
 - **ENMG** : suspicion atteinte **SNP** / jonction neuromusculaire / muscles
 - **EEG** : si suspicion de crise d'épilepsie
 - **PL étude du LCS** : Si suspicion **polyradiculonévrite** / processus infectieux ou inflammatoire
 - ⇒ **!!** après imagerie cérébrale (ou médullaire) car présence d'un déficit neurologique focal
 - **Délai de réalisation** : dépend des hypothèses étiologiques
 - **Tout déficit neurologique aigu = AVC JPDC** → imagerie cérébrale **en urgence**
 - **Tout TC avec signes neurologiques focaux** : réalisation **immédiate** d'un **scanner cérébral**
 - **Suspicion de pathologie infectieuse** : imagerie **en urgence** indispensable
 - **Sd médullaire ou Sd de la queue de cheval aigu** : imagerie médullaire doit être réalisée **en urgence**
 - **Déficits d'installation progressive (sans SdG)** : Examens complémentaires délai rapide (<24 h)
 - **Autres examens** (selon orientations étiologiques) : Enzymes musculaires / dosage de toxiques...

3. Principales étiologies

- **Déficits neurologiques transitoires**
 - 3 principales causes neurologiques : **AIT / Crises d'épilepsie / Auras** migraineuses
 - **AIT** :
 - **Terrain** : > 50 ans avec FdR vasculaires
 - **Mode d'installation** : Evocateur si **soudain** et **d'emblée maximal**
 - **Symptômes** : « **Négatifs** » (amputation du CV, perte sensibilité...)
 - **Signes associés** : Souffle vasculaire / Cardiopathie / AOMI...
 - **Résolution** : **Rapide**
 - **Crise d'épilepsie** :
 - **Terrain** : Variable / ATCD épilepsie connue ou **épisodes identiques** (accès stéréotypés)
 - **Mode d'installation** : **Marche épileptique** (de proche en proche sur **dizaines de secondes**)
 - **Symptômes** : « **Positifs** » (paresthésies, illusions ou hallucinations...)
 - **Signes associés** : **Clonies** dans crises motrices / **Rupture de contact**, amnésie
 - **Résolution** : **Rapide**
 - **Aura migraineuse** :
 - **Terrain** : < 50 ans, ATCD de migraine
 - **Mode d'installation** : **Marche migraineuse** (extension des troubles quelques dizaines de **minutes**)
 - **Symptômes** : « **Positifs** » (Symptômes surtout visuels et sensitifs)
 - **Signes associés** : Céphalées migraineuses (hémicrâniées / photosonophobie / signes digestifs)
 - **Résolution** : Progressive / **Durée déficit < 1h**
 - **Autres causes** :
 - **Hypoglycémie** (signes focaux possibles) : !! **Glycémie capillaire devant tout déficit neurologique**
 - **Autres causes centrales** : HSD, tumeur, malformation vasculaires → plus souvent sur épilepsie surajoutée
 - **Atteinte périphérique tronculaire** : par **compression posturale** ou externe
 - ⇒ si récidivant : rechercher une **neuropathie tronculaire**
- **Déficits neurologiques permanents**
 - **Principales étiologies des déficits neurologiques récents permanents** :
 - **Atteinte encéphalique** :
 - **AVC** : ischémiques / hémorragique / thrombose veineuse cérébrale...
 - **TC compliqué / Tumeur cérébrale maligne / Infectieuse / HSD**
 - Pousée de SEP et autres atteintes inflammatoires du SNC (Behçet, sarcoïdose..)
 - **Carentielle** : encéphalopathie de **Gayet-Wernicke**
 - **Atteinte médullaire** :
 - Compression médullaire / Accident vasculaire médullaire
 - **Myélite** inflammatoire et infectieuse / Myélopathie carentielle
 - **Atteinte du SNP** :
 - Sd de la queue de cheval / Sciatique paralysante / SGB / méningoradiculite
 - Plexopathie / Neuropathie multifocale ou unifocale
 - **Atteinte jonction neuro-musculaire ou muscles** :
 - **Myasthénie** et autres causes de syndrome de la jonction neuromusculaire
 - **Myosite** (inflammatoire, infectieuse..) / myopathie toxique ou métabolique (dyskaliémie)

4. Identification des situations d'urgence et prise en charge

- **Accidents vasculaires cérébraux**
 - **Evaluation clinique** (rapide) : Examen neurologique (**score NIHSS**) / glycémie capillaire / constantes
 - **Principes de traitement** : **Tout AVC doit être orienté en UNV**
 - **Objectifs de la PEC** : selon nature de l'AVC
 - **Infarctus cérébral**
 - **Symptômes < 4 h 30** : **thrombolyse** (altéplase) IV le plus rapidement possible après imagerie
 - **Symptômes > 4 h 30** : **antiagrégant plaquettaire** (aspirine)
 - Identification rapide de la cause et **traitement adapté ++**
 - **Hémorragie intraparenchymateuse**
 - Si **HTA** : Traitement **antihypertenseur** en urgence
 - Correction d'un surdosage en anticoagulant si besoin
 - **AIT (Sd de menace)** : Traitement **antiagrégant plaquettaire** / Identification cause et traitement adapté ++
 - **TVC** : Traitement **anticoagulant** à dose efficace / Traitement symptomatique (HTIC...)
 - **Hémorragie méningée** : neurochirurgie ou neuroradiologie interventionnelle



Artère cérébrale moyenne droite hyperdense spontanément (thrombus). Signe précoce d'infarctus sylvien. Dit signe de la trop belle sylvienne

Source : IKB Imagerie

- **Traumatisme crânien** : Déficit neurologique post TC = SdG → réalisation immédiate **scanner cérébral**
 - Si **hématome extradural ou sous-dural** : transfert par SAMU en neurochirurgie → évacuation
- **Causes infectieuses** : A évoquer en urgence devant **tout déficit neurologique fébrile**
 - **Méningo-encéphalites infectieuses** :
 - **Clinique** : typiquement Sd méningé + Sd infectieux + signes neurologiques focaux
 - **!!** Si déficit neurologique → au minimum **scanner cérébral en urgence** avant PL
 - **PL** :
 - **LCS trouble** (méningite purulente) : débiter immédiatement **ATB IV probabiliste** à forte dose
 - **LCS clair** :
 - **formule lymphocytaire et glycorachie normale** : traitement IV anti-herpétique et/ou anti-Listeria
 - **formule panachée et/ou hypoglycorachie** : traitement IV antibiotique
 - **Abcès cérébraux** :
 - **Clinique** : signes focaux + paramètres infectieux mais **!! fièvre absente dans 50 % des cas**
 - **Imagerie cérébrale** (sans et avec injection) : lésion avec prise de contraste annulaire → fait diagnostic
 - **Traitement** : **ATB IV** probabiliste en urgence ++
 - **Bilan systémique large** : **sérologie VIH** / NFS-CRP / procalcitonine / Hémocultures / radio de thorax / prélèvements bactériologiques...
- **Épilepsie** (état de mal partiel) : traitement antiépileptique IV en urgence
- **Encéphalopathies carenciales et métaboliques**
 - **Encéphalopathie hypoglycémique** : contexte ++ (diabétique traité...)
 - **Tableau clinique** : Troubles de la vigilance ou Sd confusionnel / ± crises d'épilepsie et déficit neurologique
 - **Contrôle immédiat glycémie capillaire** : hypoglycémie à corriger en urgence
 - **Encéphalopathie de Gayet-Wernicke**
 - **Contexte associé aux carences en B1** : alcoolique, dénutrition...
 - **Tableau clinique** : Signes déficitaires = atteinte **cérébelleuse** et **oculomotrice** / tableau d'**encéphalopathie**
 - **Traitement** : **VitB1** à forte dose en **parentérale** (1 g/j)
 - A débiter **sans attendre les résultats** des examens complémentaires
 - **!!** sérum glucosé contre-indiquée avant recharge vitaminique (perfusion avec sérum physiologique)
- **Syndrome médullaire aigu**
 - **IRM médullaire +++** : **en urgence** devant tout Sd médullaire (ou Sd queue de cheval) d'installation récente
 - Si **compression médullaire** : **urgence thérapeutique** → avis neurochirurgical en urgence
 - Si **Sd médullaire aigu sans compression médullaire** : **myélite** le plus souvent
 - **Accidents vasculaires médullaires** : **!!** Recherche ++ dissection aortique → cause d'infarctus médullaire
- **Guillain-Barré**
 - **Clinique** : Atteinte sensitivomotrice ascendante avec abolition des ROT / post-infectieux dans 50 % des cas
 - **Recherche SdG** = nécessitant transfert en réanimation
 - **Troubles de la déglutition**
 - **Troubles respiratoires** : encombrement / dyspnée / toux inefficace
 - **Troubles neurovégétatifs** : instabilité tensionnelle / TdR cardiaque
 - **Examens complémentaires** : **étude LCS** (hyperprotéinorachie) et **ENMG** → confirmation
 - **Traitement** : **Ig IV** et/ou **échange plasmatiques** (corticoïdes inefficaces)
- **Myasthénie**
 - **Crise myasthénique** = urgence vitale
 - **!! Signes de gravité** : atteinte **muscles respiratoires / troubles déglutition**
 - A suspecter devant : fausses routes / toux inefficace / dyspnée / encombrement
 - **Examens complémentaires** : si myasthénie inconnue
 - **EMG** avec recherche d'un bloc neuromusculaire
 - **Dosage des anticorps** : anti-acétylcholine et MUSK
 - **Prise en charge** : traitement par **Ig IV** et/ou **échange plasmatiques**

Déficit moteur et/ou sensitif des membres

OBJECTIFS CNCI :

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution

I. Diagnostic positif et topographique

1. Déficit moteur

- **Recherche d'un syndrome neurologique moteur** : 4 grands syndromes
 - **Atteinte centrale** (1^{er} motoneurone) : **Sd pyramidal** (**A connaître +++**)
 - **Déficit moteur** :
 - Hémiplégie ± face ou paraplégie
 - **Atteinte des muscles** : **Extenseurs des MS et Raccourcisseurs MI**
 - **ROT** :
 - **Vifs** / diffusés / polycinétiques
 - **Hoffman** / Trépidation épileptoïde
 - **RCP** : **Babinski**
 - **Tonus** : **Spasticité**
 - en flexion aux MS
 - en extension aux MI
 - **Amyotrophie** : Non
 - **Marche** : Fauchage ou spasmodique
 - **Atteinte périphérique** (2^{ème} motoneurone) : **Sd neurogène périphérique** (**A connaître +++**)
 - **Déficit moteur** : Muscles innervés par un seul tronc / racine
 - Bilatérale, proximale et distale → **polyradiculonévrite**
 - Bilatérale, symétrique, distale → **polyneuropathie**
 - **ROT** : **Abolis**
 - **RCP** : Flexion ou indifférent
 - **Tonus** : Normal ou hypotonie
 - **Amyotrophie** : Oui ± **fasciculations**
 - **Marche** : Steppage à la marche
 - **Atteinte de la jonction neuromusculaire** : **Sd myasthénique** (**A connaître +++**)
 - **Déficit moteur** : Muscles :
 - **oculomoteurs**
 - des paupières
 - paryngolaryngé
 - proximaux membres
 - **ROT** : Normaux
 - **RCP** : Flexion ou indifférent
 - **Tonus** : Normal
 - **Amyotrophie** : Non
 - **Marche** : **Fatigabilité** / Symptômes **fluctuants**
 - **Atteinte des muscles** : **Sd myogène**
 - **Déficit moteur** : Muscles **proximaux** / Atteinte symétrique
 - **ROT** : Normaux
 - **RCP** : Flexion ou indifférent
 - **Tonus** : Hypotonie
 - **Amyotrophie** : Oui ou hypertrophie
 - **Marche** : Marche **dandinante**
 - **NB** :
 - **Déficit spastique est toujours d'origine centrale**
 - **Déficit flasque** : périphérique +++ / ou centrale (phase initiale lésion aigüe voie pyramidale)
- **Atteinte du SNC** :
 - **Clinique** : **syndrome pyramidal**
 - Déficit moteur / **hypertonie spastique** / Réflexes pathologiques (Babinski, Hoffman...)
 - Dans les premiers jours atteinte aigüe pyramidale : Paralyse flasque fréquente avec abolition ROT
 - ⇒ Apparition hypertonie spastique en 1 et 3 semaines
 - **Répartition de l'atteinte motrice** : oriente diagnostic topographique

- **Hémiplégie** : Atteinte **moelle cervicale ou au-dessus**
 - **Atteinte de la face (PFC)** : affirme **lésion supra-médullaire**
 - **Caractère proportionnel ou non de l'hémiplégie** :
 - **Prédominant brachio-facial** : **atteinte corticale** du faisceau pyramidal (cf **infarctus sylvien**)
 - **Déficit « proportionnel »** : atteinte de la capsule interne (tous les faisceaux sont concentrés)
- **Sd alterne moteur** (= hémiparésie + atteinte controlatérale nerf crânien) : lésion **tronc cérébral**
- **Tétraplégie** : atteinte spinale cervicale haute ou TC
- **Paraplégie** :
 - **Atteinte spinale** : cervicale basse / thoracique / cône terminal
 - **Atteinte SNP** : Sd queue de cheval / atteinte pluriradiculaire (polyradiculonévrite, méningoradiculite)
 - **!! Piège** : paraparésie en rapport avec **lésion bifrontale paramédiane**
⇒ (infarctus cérébral antérieur bilatéral, méningiome de la faux du cerveau)
- **Répartition du déficit sensitif** (Associé au déficit moteur) :
 - **Atteinte supra-médullaire** : Déficit à tous modes **même territoire** que l'atteinte motrice généralement
⇒ **!! Déficit moteur** parfois isolée si lésion petite taille et/ou épargne structures sensibles (cf AVC lacunaire)
 - **Atteinte médullaire** :
 - **Niveau sensitif sur le tronc ou le cou** : témoigne d'un **Sd lésionnel**
 - **Atteinte sensitive dissociée** : Sd de Brown-Séquard / Sd syringomyélique
- **Atteinte du SNP** :
 - **Sd neurogène périphérique** : atteinte de la motricité volontaire / automatique / réflexe
 - **Cliniques** :
 - **Déficit moteur** : intensité variable / si diffus → même atteinte muscles agonistes et antagonistes
 - **Fasciculation** / ROT abolies / **Hypotonie** / **Amyotrophie**
 - **Neuropathies diffuses** : 3 grandes types
 - **Polyneuropathie** : chronique / bilatérale / **symétrique et distale ++** / **Début synchrone**
 - **Polyradiculonévrite aiguë** : **aiguë** (jours) / bilatérale symétrique **proximale et distale ++** / Début synchrone
 - **Mononeuropathies multiples** : **Asynchrone** / Atteintes tronculaires multiples et asymétriques
 - **Neuropathies focales** : atteinte racine / plexus / tronc → **Systématisation précise**
 - **Sd myasthénique** : atteinte jonction neuro-musculaire
 - **Fatigabilité musculaire** : Faiblesse le soir ou après effort / ↓ le matin ou avec le repos
 - **Examen neurologique** : Normal ± déficit à l'effort
 - **Signes négatifs** : pas de signes pyramidaux (spasticité...) / sensitifs / troubles vesico-sphinctériens
 - **Sd myogène** :
 - **Déficit moteur** : topographie variable mais plutôt **proximale** (ceinture ++)
- **Marche dandinante** / Difficulté à la montée des escaliers
 - **Signe du tabouret** : prend appui sur ses mains pour se relever de la position assise
 - **Réflexes** : ROT conservés / abolition du réflexe idiomusculaire / **Amyotrophie** progressive
 - **Signes négatifs** : pas de troubles sensitifs
- **Déficit moteur en fonction de la topographie lésionnelle**
 - **Hémiplégie** : atteinte **centrale**
 - prédominance brachiofaciale : cortex moteur
 - proportionnelle : capsule interne
 - hémiplégie + atteinte nerf crânien controlatéral : TC
 - **Para ou tétraplégie** :
 - **Centrale** : atteinte médullaire ou du TC
 - **Périphérique** : Sd de la queue de cheval
 - **Atteinte bilatérale proximale des membres**
 - **Myopathie**
 - Polyradiculonévrite
 - **Atteinte bilatérale et symétrique, distale des membres** : **Polyneuropathie**

2. Déficit sensitif

- **Atteinte du SNC** :
 - **Atteinte encéphalique** :
 - **Cortex pariétal** : Hypoesthésie prédominance brachiofaciale / souvent hémiplégie, aphasie, héminégligence...
 - **Thalamus** : **Hypoesthésie proportionnelle** non dissociée (à tous les modes) controlatérale
 - **Tronc cérébral** : **Sd alterne sensitif** (du Sd de Wallenberg)
 - Hypoesthésie de la face par atteinte du V homolatéral à la lésion
 - Hypoesthésie de l'hémicorps controlatéral avec respect face (atteinte voie spinothalamique)
 - **Lésion** : fossette latérale du bulbe
 - **Moelle épinière** :
 - **Atteinte transversale complète de moelle** :
 - **Niveau sensitif** : avec Sd lésionnel et sous-lésionnel → Lésion toujours **au dessus de ce niveau**
 - **Déficit moteur** : tétra ou paraplégie
 - **Atteinte cordonale postérieure** :
 - **Marche ataxique**
 - **Signe de Lhermitte** : décharge électrique brève dans rachis et membres à la flexion de nuque

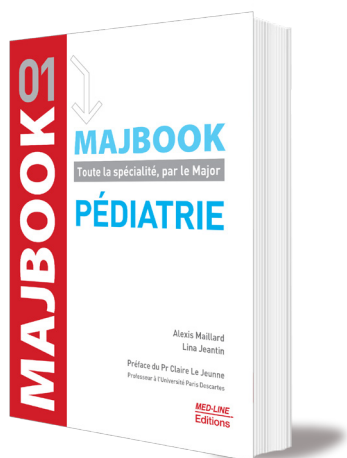
- **Sd de l'hémi-moelle (Brown-Séquard)** : grande valeur localisatrice ++
 - **Homolatéral lésion** : Sd pyramidal et proprioceptif (décussation dans TC)
 - **Controlatéral lésion** : Hypoesthésie thermoalgique (décussation dans la moelle)
- **Sd syringomyélique** : retentissement sur fibres spinothalamiques
 - **Hypoesthésie dissociée suspendue** : sur partie haute du tronc et MS (en cape)
 - → Hypoesthésie thermo-algique / Sensibilité au tact conservée (voie lemniscale)
- **Atteinte du SNP :**
 - **Neuropathies focales :**
 - **Racine** : Troubles sensitifs précoces ± Troubles moteurs ± Abolition d'un réflexe
 - **Plexus** : Paralyse / atteinte sensitive / atteinte des réflexes
 - **Tronc nerveux** : Troubles sensitifs systématisés pour tronc nerveux / Troubles moteurs au 1^{er} plan
 - **Neuropathies diffuses :**
 - **Polynuropathies** : Déficit sensitif **longueur dépendant**
 - pieds → mollets (« en chaussette ») → dessus des genoux (« en cuissarde ») → mains
 - ± hypoesthésie du tronc (« en plastron ») et du crâne (« en calotte »)
 - **Polyradiculonévrite** : Atteinte sensitivo-motrice ascendante diffuse / nerfs crâniens + nerfs spinaux
 - **Mononeuropathies multiples** : Atteinte tronculaire multifocale, asymétrique et **asynchrone**

II. Orientation étiologique

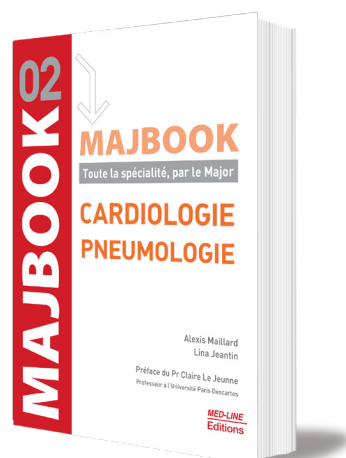
- **Examens complémentaires : Aucun systématique** +++ → selon les hypothèses étiologiques cliniques
 - **Imagerie du SNC : IRM +++** (scanner si contre-indication)
 - **Electroneuromyogramme :**
 - **Suspicion d'atteinte du SNP :**
 - **Paramètres étudiés :**
 - **En détection** : **tracés neurogènes** (pauvres et accélérés) → confirme caractère neurogène
 - **En stimulo-détection** : vitesse de conduction motrice et potentiels sensitifs distaux
 - **Précise mécanisme des lésions :**
 - **Atteinte axonale** : Vitesse conduction motrice préservée / Potentiels sensitifs distaux ↓
 - **Atteinte démyélinisante** : Vitesse conduction motrice ↓ / Potentiels sensitifs distaux préservés
 - **Suspicion d'atteinte jonction neuromusculaire** : Recherche **bloc synaptique** par stimulation répétée
 - **A basse fréquence** : bloc post-synaptique → **myasthénie**
 - **A haute fréquence** : bloc pré-synaptique → **Sd de Lambert-Eaton**
 - **Suspicion d'atteinte musculaire :**
 - **Détection** : Tracés **myogènes** (riches et polyphasiques)
 - **Stimulo-détection** : normale
 - **PL (indications)** : Atteinte proximale / Suspicion atteinte inflammatoire ou infectieuse SNP ou SNC
 - **Examens biologiques sanguins** : au cas par cas
 - **Biopsies : musculaires ou neuromusculaires**
 - **Biopsie neuromusculaire** : Uniquement si atteinte fibres sensitives à l'examen clinique ou ENMG
 - **!! Risque complications** (≠ musculaire) : hypoesthésie / difficultés cicatrisation...
 - → Discuté en milieu spécialisé au cas par cas
- **Stratégie diagnostique :**
 - **Selon le diagnostic topographique du déficit moteur :**
 - **Atteinte centrale :**
 - **Hémiplégie ou syndrome alterne** : IRM cérébrale
 - **Tétraplégie ou paraplégie** : IRM médullaire
 - **Atteinte périphérique :**
 - **Tétraplégie progressive** : ENMG et PL
 - **Atteinte successive de plusieurs troncs nerveux** : ENMG
 - **Fatigabilité** : ENMG
 - **Hémiplégie** : **Imagerie cérébrale** dans tous les cas
 - **Tétraplégie et paraplégies centrales :**
 - **IRM médullaire** (niveau ciblé) ± PL : selon mécanisme suspecté
 - ± **IRM cérébrale** : si normalité de l'IRM médullaire → pour éliminer atteinte bilatérale
 - **Atteinte successives plusieurs troncs nerveux** : **ENMG en urgence** / Recherche diabète / ± biopsie neuromusculaire
 - **Atteinte sensitive/motrice rapide, symétrique, ascendante des membres** : **ENMG et PL**
 - ⇒ **!!** Peuvent être normaux les premiers jours
 - **Fatigabilité sévère des membres** : **ENMG** (recherche bloc musculaire en faveur myasthénie)
 - **Autres** : examens moins urgents
 - **Atteinte sensitive/motrice progressive et symétrique des membres :**
 - **ENMG / Examens biologiques** (étiologique) : Diabète, Sd inflammatoire, Gammopathie, hypothyroïdie...
 - **Atteinte motrice proximale, progressive et symétrique des membres :**
 - **ENMG** : recherche atteinte musculaire ou bloc neuromusculaire
 - **Dosage enzymes musculaires / Biopsie musculaire** à discuter

LE MAJBOOK PAR SPÉCIALITÉ

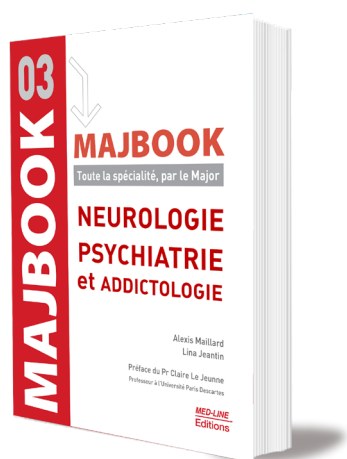
Les 4 premiers livres



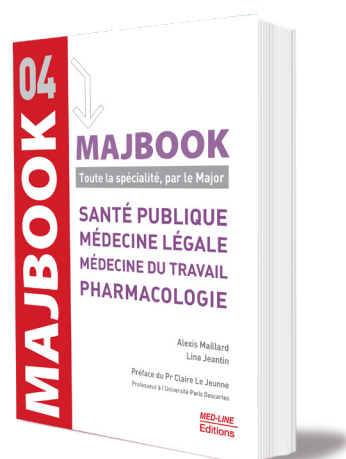
→ 01
PÉDIATRIE



→ 02
**CARDIOLOGIE
PNEUMOLOGIE**



→ 03
**NEUROLOGIE
PSYCHIATRIE
et ADDICTOLOGIE**



→ 04
**SANTÉ PUBLIQUE
MÉDECINE LÉGALE
MÉDECINE DU TRAVAIL
PHARMACOLOGIE**

Toute la spécialité, par le Major

➤ Travailler efficacement l'iECN avec les fiches du Major

- Les fiches actualisées du Major
- Tous les Items de la spécialité

➤ Votre nouvel outil pour mettre toutes les chances de votre côté

- Un contenu organisé, synthétique et adapté à la réponse aux QCM
- Les explications utiles pour comprendre et mémoriser
- Des couleurs pour hiérarchiser les connaissances et faciliter la lecture
- Les points essentiels, schémas, tableaux, pour mieux comprendre
- Un texte et une iconographie en couleurs

➤ Un livre pour avoir toute la spécialité en tête le jour J.

Les auteurs :

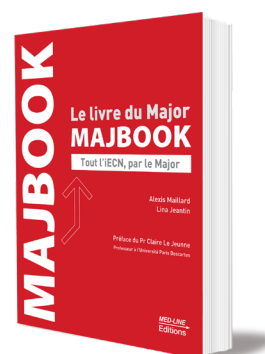
Alexis Maillard, Major aux iECN 2018

Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018

Coordination : Dr Sylvain Bodard, 7^e aux ECN 2013, conférencier d'Internat

Préface du Pr Claire Le Jeune, Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes, Ex vice doyen à la pédagogie

Retrouvez **tout l'iECN**
dans le **volume complet**
MAJBOOK



19,90 € TTC

ISBN : 9782846782487



MED-LINE
Editions

www.med-line.fr