



Examen neurologique

Février 2013

SÉMIOLOGIE :

Reconnaissance des symptômes et des signes cliniques, radiologiques, électrophysiologiques...

OBJECTIFS :

- reconnaître une TOPOGRAPHIE lésionnelle (étape clinique qui oriente les examens)
- identifier le MÉCANISME lésionnel (interrogatoire, examen clinique)
- porter un DIAGNOSTIC : topographie, mécanisme, cause (pathologie)
- définir un TRAITEMENT

PREMIERES ÉTAPES DE L'EXAMEN NEUROLOGIQUE

INTERROGATOIRE

du malade : âge / profession / sexe/ droitier-gaucher
de l'entourage

→ signes fonctionnels : symptômes qui amènent à consulter
conscience

motricité: paralysie, trouble de la marche, de la station debout
(équilibre)

sensibilité: douleur, fourmillements, anesthésie

trouble sensoriel

trouble du comportement ou des fonctions supérieures (langage,
mémoire, compréhension, gestes, perception des formes du corps
etc..)

PREMIERES ÉTAPES DE L'EXAMEN NEUROLOGIQUE

→ chronologie dans le temps : mode d'installation

date de survenue

horaire

prodromes

facteurs déclanchant ou associés (ex végétatifs digestifs)

évolution : permanent, variable : rémission passagère ou définitive

PREMIERES ÉTAPES DE L'EXAMEN NEUROLOGIQUE

→ HISTOIRE DE LA MALADIE SYMPTÔME PAR SYMPTÔME

→ HISTOIRE PERSONELLE

état général

état vasculaire : facteurs de risque

antécédents pathologiques

– médicaments

– problèmes à la naissance

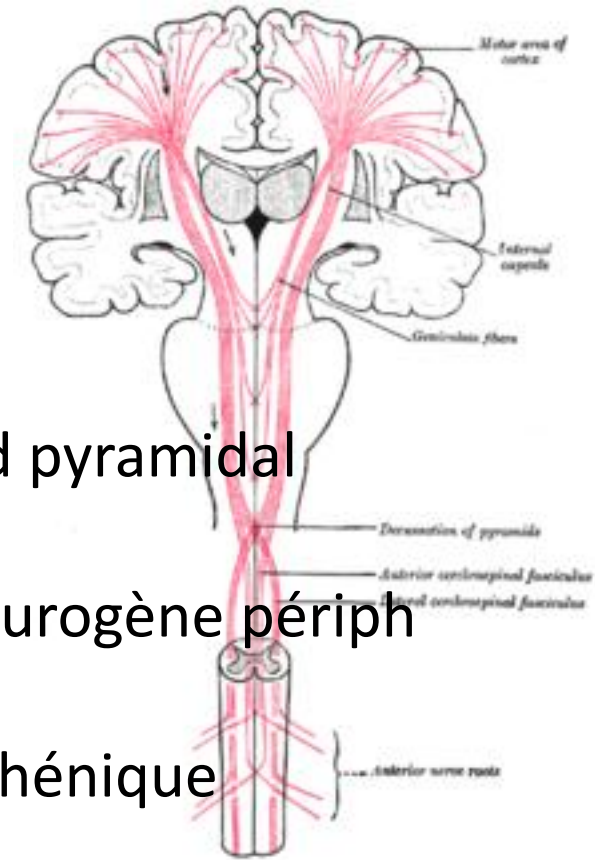
– niveau scolaire

→ Histoire familiale

Mécanisme lésionnel → interrogatoire

| <u>Processus</u> | <u>Mode s'installation</u> |
|------------------|---|
| Traumatique | brutal |
| Vasculaire | brutal |
| Tumoral | progressif |
| Dégénératif | très lentement progressif |
| Infectieux | rapidement progressif + syndrome infectieux |
| Métabolique | généralement lent |

MOTRICITÉ



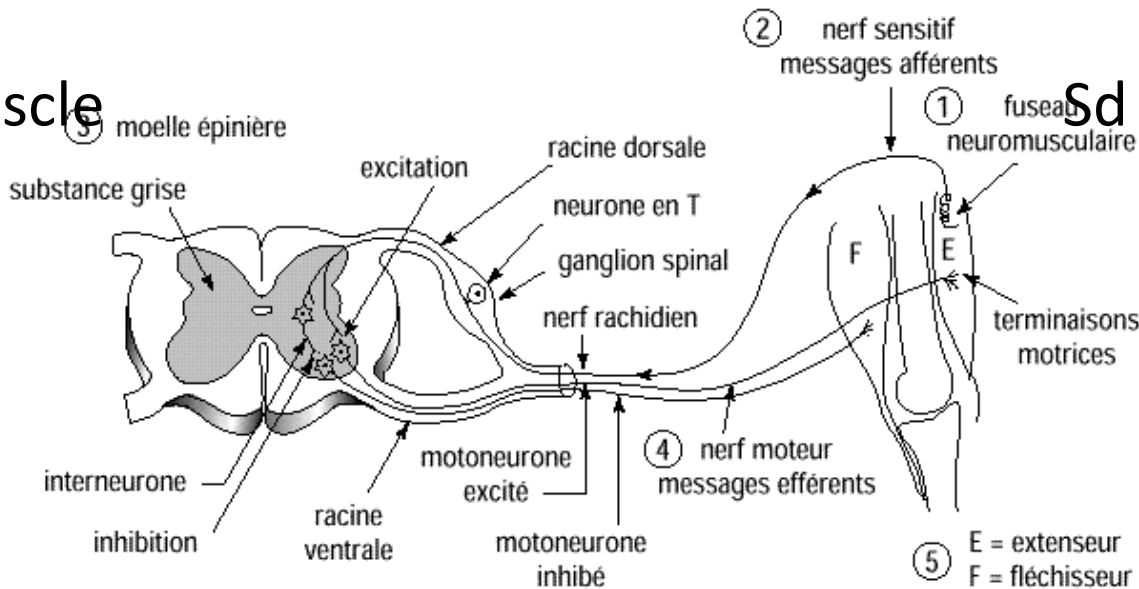
DÉFICIT MOTEUR / FAIBLESSE MOTRICE

Voie motrice centrale faisceau pyramidal Sd pyramidal

Voie périphérique Moto neurone Sd neurogène périph

Jonction neurom. plaque motrice Sd myasthénique

Muscle



Sd myogène

⑤ E = extenseur
F = fléchisseur

MOTRICITÉ

EXAMEN

OBSERVER les gestes du patient

position debout

marche

passage à la position debout

se déshabiller

écrire

tenir un objet

→ stable

→ aggravé par occlusion des yeux

→ compensation (danse des tendons, élargissement du polygone)

→ petits pas, steppage, fauchage

→ périmètre de marche

→ coordination



MOTRICITÉ

EXAMEN

TESTER la force du patient

Appréciation globale

Aux MS : manœuvre de Barré

Aux MI : manœuvre de Mingazzini et de Barré,
marche Talon/pointe

appréciation segmentaire



COTATION : TESTING ANALYTIQUE

- 0 : AUCUNE CONTRACTION
- 1 : CONTRACTION VISIBLE, PAS DE MVT
- 2 : MOUVEMENT SANS PESANTEUR
- 3 : MOUVEMENT CONTRE PESANTEUR
- 4 : MOUVEMENT CONTRE RÉSISTANCE
- 5 : NORMAL

MOTRICITÉ

DEGRÉ : TOTAL → PARALYSIE PARTIEL → PARÉSIE

RÉPARTITION

MONOPLÉGIE : UN MEMBRE

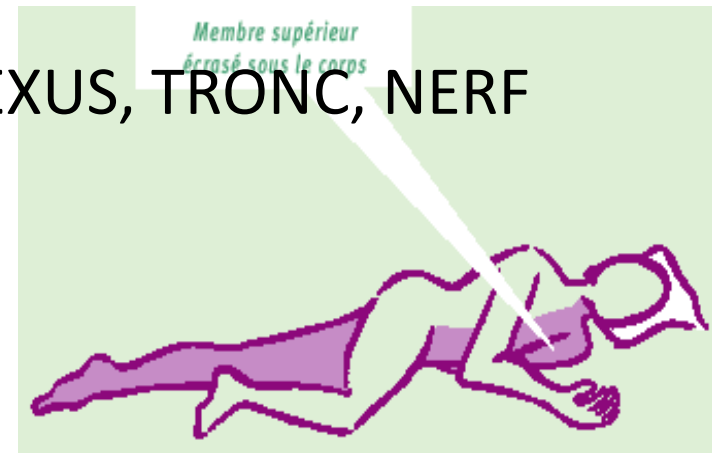
HÉMIPLÉGIE : HÉMICORPS (proportionnel ou non)

PARAPLÉGIE : 2 MI

TÉTRAPLÉGIE : 4 MEMBRES

SEGMENTAIRE : RACINE, DISTAL, PLEXUS, TRONC, NERF

AMYOTROPHIE



MOTRICITÉ

TONUS : COMPARATIF

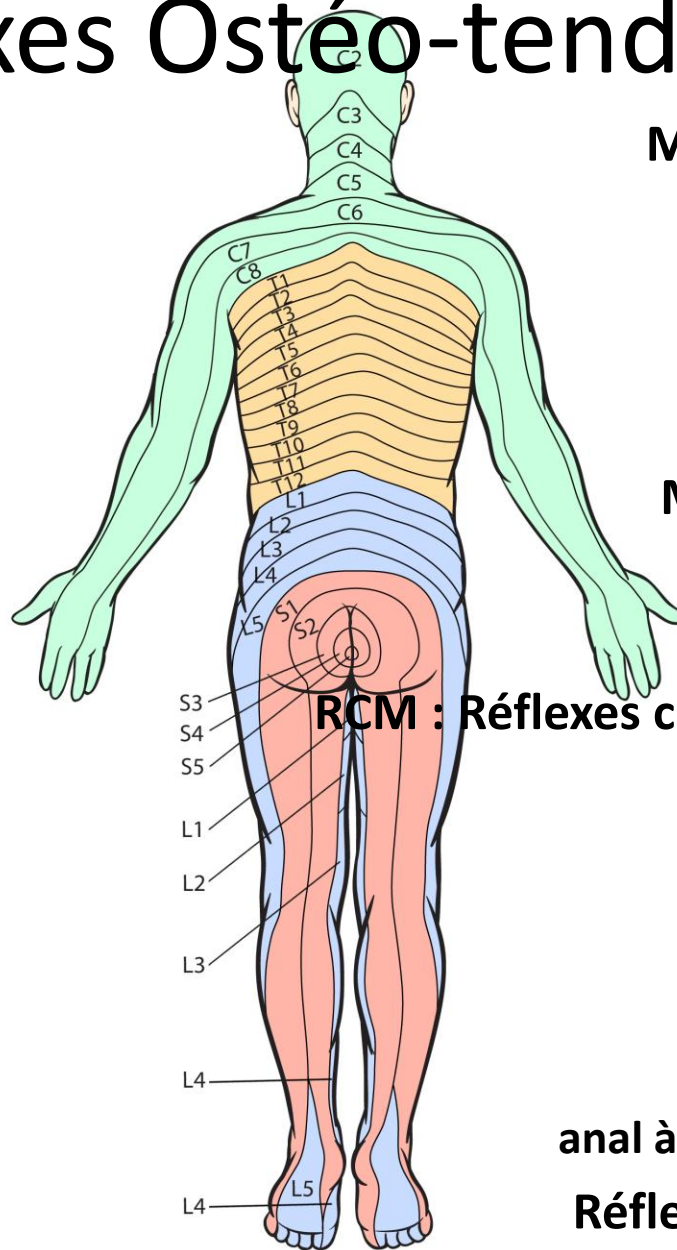
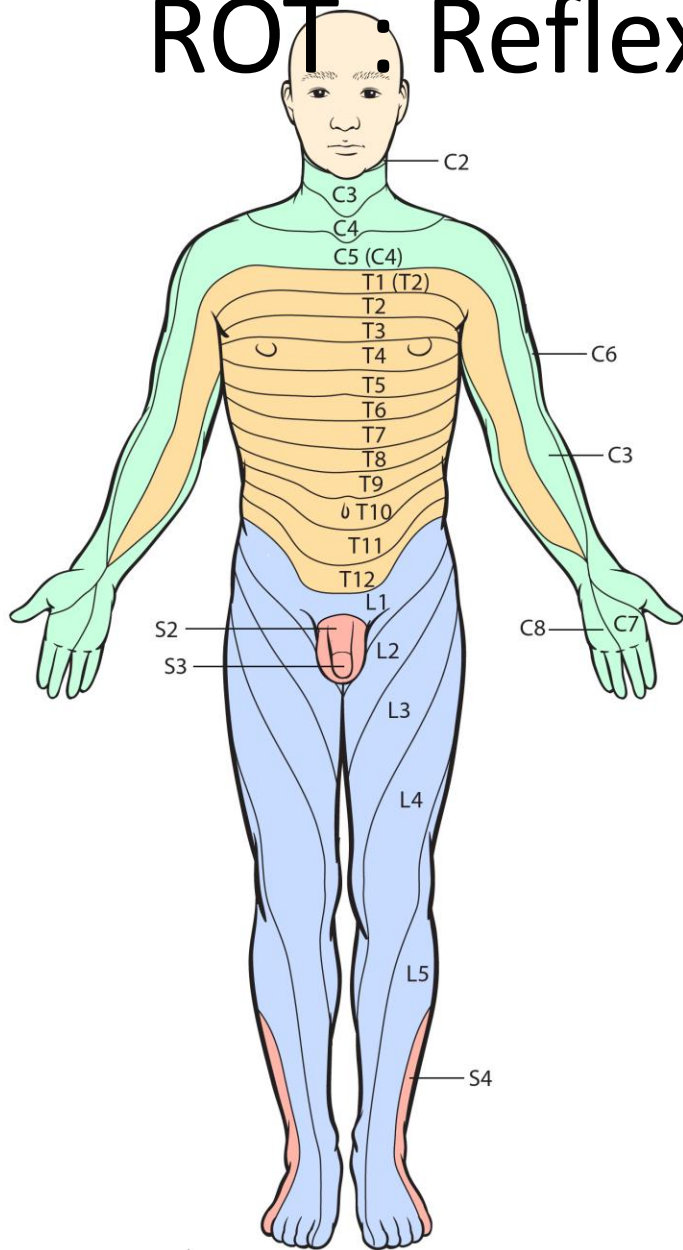
ballotement passif des membres

hyper laxité ligamentaire : hypotonie

spasticité : hypertonie pyramidale

hypertonie plastique : en tuyau de plomb, cédant pas à-coups (extrapyramidal)

ROT : Reflexes Ostéo-tendineux



MEMBRE SUPERIEUR

bicipital

tricipital

stylo-radial

cubito-pronateur

MEMBRE INFERIEUR

rotuliens

Achilliens

RCM : Réflexes cutané-musculaires

cutané abdominaux

D6-D8-D10

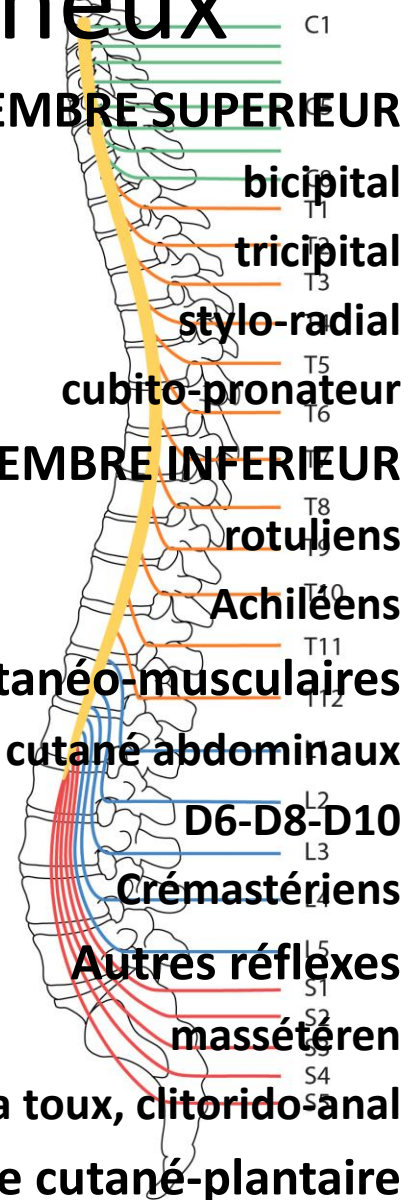
Crémastériens

Autres réflexes

massétéren

anal à la toux, clitorido-anal

Réflexe cutané-plantaire



4 grands syndromes moteurs

- Syndrome Pyramidal : central
- Syndrome neurogène périphérique
- Syndrome myasthénique
- Syndrome myogène

SYNDROME PYRAMIDAL

- Déficit moteur prédominant sur les extenseurs aux MS
 - Manœuvre de Barré
 - Chute des pronateurs
 - Signe de la main creuse
- Déficit moteur prédominant sur les fléchisseurs aux MI
 - Manœuvre de Mingazzini
 - Manœuvre de Barré aux MI
- Spasticité prédominant fléchisseurs MS, extenseurs MI
- Exagération des réflexes, diffusés, polycinétiques
- Signe de Babinski (RCP en extension)

SYNDROME EXTRA-PYRAMIDAL

- Akinésie, amimie, micrographie, dysarthrie monocorde
- Hypertonie plastique, en tuyau de plomb, cédant par à-coups (phénomène de la roue denté)
Tremblement de repos, disparition lors de l'attitude et de l'action
- Marche-à-petits-pas, diminution ou absence de ballant du bras à la marche, dystonie axiale en flexion, exagération des réflexes de posture



SYNDROME CÉRÉBELLEUX



- Statique : élargissement du polygone de sustentation, danse des tendons, asynergie (absence de soulèvement des pieds lors de l'accroupissement), écarts latéraux à la marche voire démarche ébrieuse, dysarthrie cérébelleuse (scandée et explosive), nystagmus du regard (« gaze-nystagmus ») dans toutes les directions du regard.
- Cinétique : dysmétrie des membres, dyschronométrie, adiadicocinésie, hypermétrie

SYNDROME NEUROGENE PERIPHERIQUE

- Déficit moteur dans le territoire d'un nerf ou d'une racine nerveuse
- Amyotrophie des muscles de ce territoire (parfois avec fasciculation)
- Abolition du réflexe



SYNDROME MYASTHENIQUE

- atteinte de la jonction neuro-musculaire
- Faiblesse musculaire (testing)
- Fatigabilité (accroupissement, fermeture des yeux, mastication, respiration, toux), fluctuations++
- Reflexes longtemps conservés

SYNDROME MYOGENE

- faiblesse musculaire (membre, face, releveur des paupières)
- amyotrophie
- signe du tabouret
- scoliose
- myotonie
- réflexes peuvent être abolis