

Neuro – Cours n° 19

Sémio élémentaire de la Se et des Reflexes

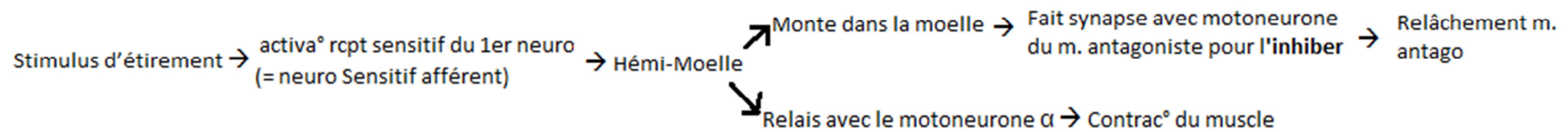
• Les Reflexes

= activité involontaire d'un effecteur en rp à la stimula° d'un rcpt

→ Elem clef de l'exam clini neuroⁱ car permet de locali. et de m.e.e une lésion (périph ou centrale).

Il existe 2 types de reflexes, les **ROT** (monosynaptique, myotatique) et les **R. Cutanés et Muqueux** (polysynaptique)

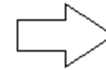
○ Les ROT



On vérifie ainsi l'intégrité de :

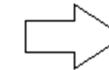
- Neuro af. Se (1^{er} neuro)
- Racine nerveuse
- Hémi-moelle concernée
- 2^e motoneurone (de l'antago)

L'exam doit être réalisé avec marteau reflexe chez un Patient détendu.



L'exam doit être:

- Sym
- Bilaté
- Comparatif



On recherche au nvx de réflexe:

- Diminution
- \emptyset
- Augmentation

→ L'Arc réflexe comprend : n, plexus, racine, corne ant et post

Type de réflexe		Racine	Stimula°	Réponse	Manœuvre
ROT	Bicipital	C5	Percussion tendon du biceps au pli du coude	• Contrac° Biceps brachial + flexion av-bras (brachial ant)	• Av-bras fléchi sur le bras, poignet sur le ventre à 90° • Index sur tendon du biceps brachial
	Stylo Radial	C6	Percu° radius au-dessus de la styloïde radiale (nvx poignet)	• Contrac° long Supinateur + flexion av-bras	Comme bicipital avec bd du radius poignet vers le haut
	Tricipital	C7	Percu° tendon du Triceps au-dessus de l'olécrane	• Contrac° Triceps Brachial + exten° du coude	• Bras en abduc° éloigné du cps • Av-bras qui pend (bras soutenu par le med nvx biceps)
	Cubito-pronateur	C8	Percu° ulna (cubitus) au-dessus de la styloïde ulnaire	• Prona° de la main/poignet	Même posi° que stylo radial avec légère supina°
	Rotulien	L4	Percu° du tendon rotulien	• Contrac° Quadriceps + exten° jambe	• Pat. assis (jambes pendantes) ou pat allongé (jambes relâchées pliées par le med, mais sous la rotule)
	Achilléen	S1	Percu° du tendon d'Achille	• Contrac° du Triceps sural + exten° de la cheville	• Pat à genou sur une chaise (pieds pendants) ou pat allongé avec flexion du genou + rota° ext de la hanche + flex° dorsale de la cheville
	Massétérin	Pont	Machoire inf, bouche à ½ ouverte	• fermeture de la mâchoire	
Anomalies retrouvées		<ul style="list-style-type: none"> • <u>↓ ou ∅ du rflex :</u> Lésion au nvx de l'arc réflexe • <u>Pendulaire :</u> Sgmt de mbr qui fait plusieurs oscilla° ap le ROT autour de sa posi° de repos (SynD cérébelleux +++) • <u>Exagéré :</u> Vif diffus, polycinétiqueo → rp au ROT aN^{mt} ↗ témoigne d'une lésion centrale + trépida° épiléptoïde + Babinski + Clonus de la rotule → SynD pyramidal 			
Rflex Cutanés	RCP		• Stimula° au bd ext de la voute plantaire de ar. vers av	• Normalement → ∅ de mvt ou flexion du gros orteil • Anormal → Exten° lente et majestueuse de l'hallux = BABINSKI	• Pat. allongé, genou + cheville fléchis
	RC Abdo	T6-T8 (sup)	• Stimula° cuta de la paroi abdo	• Contrac° rflex des m. sous-jacents → Si ∅ de contrac° → att. pyramidale de T6-T12	
		T8-T10 (moy)			
		T10-T12 (inf)			
RC Crémastérien	L1-L2	• Stimula° cuta face int de la cuisse	• Ascension testicule ou rétrac° de la grande lèvre		

• Les troubles de la Sensibilité

- Si att médullaire qui affecte voie Lemni → Deficit épicritique et proprioceptif sous lésionnel homolaté
- Si att médullaire qui affecte voie E-Lamni → Deficit thermo-algique sous lésionnel contro laté

Dans les troubles de la Se on peut avoir des Paresthésies ou bien des douleurs :

Paresthésie Att. de la Voie Lemniscale	Douleur			
= Tble Se non douloureux → Comme un sensa° aN, indolore et sponta à type de picotement, de fourmillement	Centrale → Lésion (dysfonction) dans le SNC	Périphérique → Dysfonction du SNP (n. qui peut être lésé n'importe où sur son trajet)		
A l'interro préciser : • Durée • Le type (picot, fourmil.)	• Localisa° • Evo°	• Hyperpathie (on sent aN ^{mt} les sensa° N) • Hyperesthésie...	- Doul. tronculaire = att. du tc nvx ou de ses branches	- Doul. Plexulaire = att. du plexus - Doul. Radiculaire = Att. de la racine nvse
<u>Causes :</u> • Att. Fi. myélini de gros cali qui véhiculent la Se épicriti. fine et Se. Profonde	<u>Topographie :</u> • Centrale ou Periph	→ Doul continue ou brève en éclair		→ Doul ↗ à l'étirement de la racine ou avec ↗ de la P _{LCR} (à l'impulsion comme effort de toux) → Radiculalgie

• Examen de la Sensibilité

Il doit être exhaustif mais orienté par l'interro et par le patient.

→ Se fait sur un pat. dévêtu quand les tests de Se s'y prêtent → sur l'intégralité du corps pour établir une cartographie des zones saines et altérées.

→ On doit faire **tests de Se**. et **palpa° des n** pour rech douleurs ou gonflements aN^{mx}.

→ Sert à déterminer :

- o Modalité du Tble Se → S'il est global (touche les 2 voies de la Se) ou dissocié (touche 1 des 2 voies)
- o Le degré de l'atteinte (Hypo/Hyper/Anesthésie, Se normale)
- o La réparti° qui dép de la localisa° de la lésion → On doit l'analyser pour deter la topographie lésionnelle (ex : en periph si local → souffrance d'un n. bloqué est possible, si diffus → peut être une M. diffuse des n. periph (polyneuropathie))
- o Présence ou ∅ de Si. associés

L'examen doit être :

- Sym
- Bilaté
- Comparatif
- Répété

Voie Concernée	Type d'Exam	Sensibilité Etudiée	Méthode	Résultat			
Voie Extra-Lemniscale	Se. Cu/Superficielle	• Tact Grossier (protopathique)	Effleure l'ensemble du cps du patient avec le doigt (YF) → Sym et répétitif → on fait la meme chose avec coton ou papier	→ Pat doit dire quand il sent qu'on le touche → Le ressenti doit etre = des 2 côtés			
		• Température	Utilise 2 tubes → eau légèrement froide → eau légèrement chaude (légèrement pour activer les thermocpt et pas les nocircpt)	→ Pat doit savoir si on le touche avec tube froid ou chaud / !\ A faire en periph +++ surtout chez les diabéti → dbt att nvse se trad. d'abord par une perte de la Se thermi en periph			
		• La douleur	Pique-Touche → si ø percep° dou → analgésie, anesthésie → si sent TROP la dou → Hyperpathie	→ Pat. doit différencier les 2 / !\ Si pat. comateux il faut ↗ le stimulus douloureux pour provo une réac° (pincement)			
Voie Lemniscale	Se. profonde et du tact fin	• Proptiocep° (Se. profonde)	→ Informe le cvx en permanence sur la posi° du corps On va explorer :				
			- Sens de posi° segmentaire				
			Distal	Proximal	Distal	Proximal	
			Lève ou baisse doigt ou orteil du patient.	• Imita° de posi° • Préhension aveugle	→ Pat doit etre capable de déter le sens du mvt (si on lève ou on baisse)	• Pat doit reproduire les posi° du med • Med posi° 1 des bras du pat dans l'esp → le pat doit le saisir les YF (ø repères visuels)	
			- Stéréognosie			→ Pat doit pouvoir identif les formes sans les regarder → Doit pouvoir identif les objets	
			= Reco. des objets et des formes (analy. des textures, formes..) → Elle mêle la Se. proprioceptive + mécani. d'intégra° nvx du cortex pariétal → Les ex. qui la test permettent une analy. + fine que ceux de la posi° sgmtr → Med dessine formes sur la paume du pat, donne objets dans la main du pat qui a les YF			→ ø reco objets = Astéréognosie	
			- Se. Vibratoire (pallesthésie)		→ Pat doit deter. à partir de quel moment les vibra° prennent fin		
			→ ressent vibra° que au dbt = Hypo-pallesthésie		→ ø Sensa° des vibra° = apallesthésie		
			- Coordina° fine des mvt volontaire		Ataxie cérébelleu.	Ataxie Vestibul.	Ataxie propriocepti
			Leur déficience = Ataxie → tbles èq, marche L'èq est maintenu par Syst vestibulaire, cervelet et Se. profon → donc ataxie a 3 origines possibles		Elargissem polygone de sustenta° (jbes écartées pour pallier l'instabili)	A la marche le suj va sur le côté	A la marche la jbe tombe lourdement sur le sol
Test pour ataxies proprioceptives : • Pat bras tendus à l'horieontal (YF) → mains doivent pas bouger → si bouge (descend) 1 ou 2 → Deficit de la propriocep° → Main instable ataxique		• Pat. debout, pieds joints (YF) → doit rester immobile → ø Si de Romberg Si YO → syst. vestibul et cérébelleux vont suppléer les déficiences du syst proprioceptif.					
• Se. Epicritique (Se fine)	→ test de discrimina° entre 2 points → avec aiguilles (1 ou 2) on fait une P peu espacé qu'on rapproche de + en +	→ Pat doit dire s'il ressent 1 ou 2 stimula° → La finesse de la Se dép de la partie du corps testée (main +++, bras bc moins Se)					

- Sémio Elementaire de la Se

Quand l'ens des infos ont été récolté (interro + exam clini) → On trie les données pour deter la topographie lésionnelle

Type de lésion	Caractéristiques
Lésion neuroG périph = att. avec tble Se lié au territ lésé	<ul style="list-style-type: none"> • Focal (+++) → Tble Se lim au territ d'un n, d'un plexus ou d'une racine → Le tble s'étend sur une bande • diffuse → Bilaté, +/- sym à prédominance distale
Lésion médullaire	<p>→ Pat va avoir un tble de la Se jusqu'à un cert nvx → La zone de transi° permet de locali la lésion médullaire (via dermatomes)</p> <p>→ Les tbles sont sous-jacent à la lim. sup horizontale de la lésion → ∅ notion de bande</p> <p>→ Svt l'att. est dissocié (1 des 2 voies de la Se, pas les 2 en même temps)</p>
Lésion Thalamique	<p>→ Tbles majeurs à tous les modes (att. voie Lemni, E-Lemni) de l'hémi-cps controlaté → Très fortes douleurs svt sous la forme d'une hyperpathie</p> <p>→ Le visage p-e affecté par des lésions thalami contrairement aux lésions médullaires ou periph → Si visage est affecté ça veut dire qu'il n'y a pas d'att en-dessous du bulbe on peut exclure lésion médullaire, doul. tronculaire ou radiculaire</p> <p>→ Att. du visage = Lésion dans le Crâne !!!!</p>
Lésion corticale / pariétale	<ul style="list-style-type: none"> • Att de la Se profonde de l'hémicorps controlaté (+++) par rap à Se. superficielle