

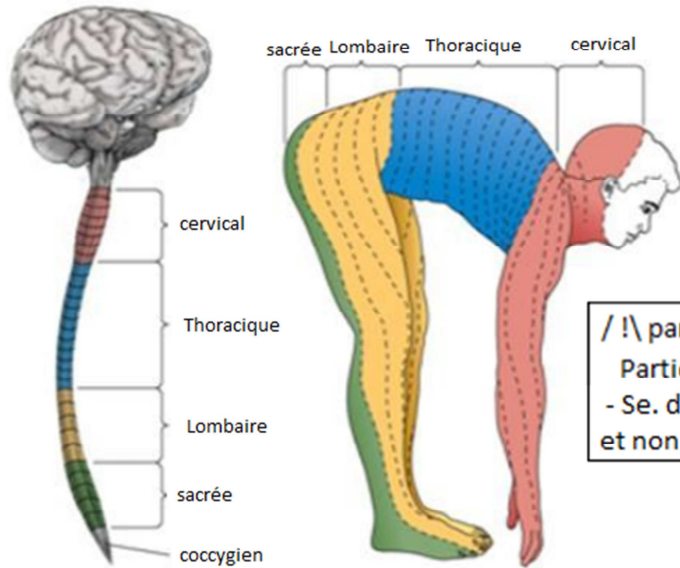
SynD neurogène periph et SynD médullaire

• Généralité

Les dermatomes :

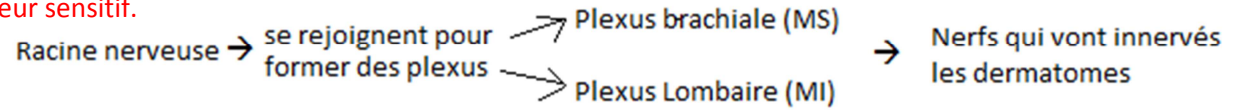
= Une **aire/espace de peau donné** qui est **innervé par un récepteur sensitif**.

REPRESENTATION DES DERMATOMES



/ \ partie post de la jambe → Dermatomes des racines sacrées  
 Partie ant de la jambe → Dermatomes des racines lombaires  
 - Se. des parties génitales est assurée par les racines SACREES  
 et non par les lombaires

**SNP**



**SNC**

Moelle épinière + cerveau

• Les Examens Complémentaires

EMG	LCR	Biopsie Neuro-Musculaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité sponta au repos = potentiel de dénerva°</li> <li>• A l'effort tracé pauvre</li> <li>• v. de conduc° variables selon topographie et le mécanisme de l'atteinte (ex : v ↓ si les grosses Fi. myélinisées sont att.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att. Distale → Il est N (poly/multinévrite)</li> <li>• Att. Proximale → aN (PRN et MRN)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ quand cause inconnue</li> <li>→ Devant tableau de multinévrite car cause vasculaire +++</li> </ul>

Patho / Lésion		Caractéristiques		Symptomes		Exam Complémentaires / Ttmts		
SynD neuroG périph cplet					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteint motrice +/- atteinte Se. +/- atteinte des réflexes</li> </ul>			
	Lié à une lésion des cps c <sup>r</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SynD de la Corne ant</li> </ul>	→ Corne ant il y a <b>motoneurone α</b> → att. de son cps c <sup>r</sup> → Atteinte <b>purement motrice</b> ex : Polyomyélite ant. Ä	<u>Au nvx du territ touché :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amyotrophie m<sup>r</sup> (car sous-utilisa° du m)</li> <li>• Paralyse flasque périph avec aréflexie tendineuse (∅ réflexe)</li> <li>• <b>Se NORMALE</b></li> </ul>		EMG : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activi. sponta au repos = pot. de dénervation + tracé pauvre à l'effort (= fble activité de motoN)</li> <li>• v. de conduction motrice et Sensitive normales</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SynD du gangli rachi.</li> </ul>	= att des cps c <sup>r</sup> de 1 <sup>er</sup> neuro sensitif au nvx du gangli rachi post ex : Zona	<u>Au nvx du territ. touché :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs</li> <li>• Anesthésie +/- ∅ reflexes</li> </ul>				
SynD neuroG périph	Lié à une att. focalisée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SynD radiculaire</li> </ul>	= Att des <b>racines</b> (baignent dans le LCR)	<u>Dans territ. de la racine concernée :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficits moteurs</li> <li>• ∅ ROT correspondant</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficits sensitifs ↗ ou déclenchés par :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manœuvres d'étirement (Lassègue ou mvt sponta)</li> <li>- ↗ de P<sub>LCR</sub> (toux, baisse la tête)</li> </ul> </li> </ul>		
			<b>Racines lésées</b>	<b>Tbles Se objectifs</b>	<b>Déficet moteur</b>		<b>ROT ↓ ou ∅</b>	
		SynD radiculaire sup	C5	Région du deltoïde	Abduc°, Rota° épaule ext		Bicipital Stylo-radial	
			C6		Flexion coude, Long supinateur Prono-supina° avant bras			
		SynD radiculaire Moy	C7	Région post bras/av bras dos de la main, Médius	Extension : - coude      - doigt      - poignet		Tricipital	
		SynD radiculaire Inf	C8	Face int bras, av bras, 2 derniers doigts	Griffe cubital	m. intrasèque main (territ. médian)		Cubito-pronateur
		SynD radiculaire Inf	T1	Face int bras		m. extrinseque main (territ. radial) + Claude Bernard Horner		
<b>Type d'atteinte</b>	<b>Racine</b>	<b>Trajet du nerf</b>	<b>Symptomes</b>		<b>Ttmts</b>			
Atteinte Monoradiculaire (ex : Sciatique L5/S1)	L5	Fesse → gros orteil (passe par loge laté)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si. du talon (incapable de marcher sur les talons)</li> <li>• Perte Se dans ce territ</li> <li>• ∅ reflexe tibial post</li> </ul>		→ Que tble et dou de la Se : Kinésithérapie → Tble moteurs (paralyse) : Chir d'URG de décompre° radicul <sup>r</sup> (dou peut persister ap chir)			
→ Manœuvre de Lassègue dou. dans les 2 cas	S1	Loge post (fesse → petit orteil)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si. de la pointe (des pieds)</li> <li>• ∅ reflexe achilléen</li> </ul>					
Atteinte polyradiculaire = SynD de la queue de cheval	L2 – L5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SynD complet :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ∅ rflex rotulien et achilléen</li> <li>- Tble génito-sphincterien</li> <li>- Paralyse flasque complète des MI</li> <li>- Doul radicul<sup>r</sup> (dans territ d'innerva° radicul<sup>r</sup>) + « anesthésie en selle » (= anesthésie OG(E) + MI)</li> </ul> </li> <li>• SynD incomplet :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anesthésie en selle (AES)</li> <li>- Tbles genito-sphincteriens</li> </ul> </li> </ul>		Diagno ≠ tiel : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Att. cône termnal de la moelle (déficet moteur + AES)</li> <li>- Quand le mécani. est compressif → URG chir</li> </ul>				

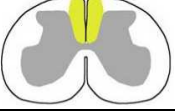
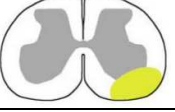
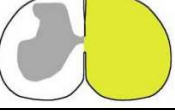

# Synd neurog périph

## Liée à une att. focalisée

MS	• SynD Plexique	= Att d'un <b>plexus</b> - Plexus brachiale (C5 à T1) → principales affec° = trauma ou envahissement extrinèque (adénoP, Tu <sup>m</sup> de canc apical poum)	• Douleurs → Si att C5-C7 = Plexique sup → Si att C8-T1 = Plexique inf • Synd de Claude Bernard Horner (car Fi Σ passent dans la partie inf du plexus)		
	• SynD Tronculaire	= Att du <b>n. periph</b>	<u>Nvx territ innervé par le n touché :</u> - Tbles sensitifs (paresthésie, hypo/anesthésie tactile ou thermo algique) - Si. moteurs systématisés (déficit + amyotrophie m <sup>r</sup> )	- ø ROT considéré - Doul. – Intense que lors des tbles radiculaires	
	• n. radial (C5-C8)	<u>Nvx du creux axillaire :</u> • Paralysie du triceps (ø exten° du bras) + ø reflex tricipital	<u>Nvx de la gouttière radiale :</u> • ø Rflx stylo-radial • Si Se : Paresthésie face dorsal 1 <sup>er</sup> esp intercostal • Si moteur : incapacité exten° et écartement des doigts (m. long supinateur et radial) et abduc° du pouce (m. long abducteur du pouce)	<b>Diagno différentiel:</b> att de C6 = brutale douloureuse (différent n. radial qui est progressive et svt infolore)	
	• n. médian ex : SynD canal carpien	<u>Si. Moteurs :</u> • Incapaci flexion des 3 1 <sup>ers</sup> doigts (m. fléchi. commun) + flexion et opposi° du pouce (m. abducteur du pouce) → amyotrophie éminence thénar	<u>Si. Sensitifs :</u> • Si. de Tinel (percu° n. médian → reprod des si. Se) • Paresthésie + douls des 3 1 <sup>ers</sup> doigts (nuit ou pour cert mvts +++)		
	• n. ulnaire	Att. de tous les m. intrinsèques de la main sauf le m. court abducteur du pouce (= n. médian)			
		<u>Nvx épitrochlée :</u> Si. moteurs : Amyotrophie des petits m intrinS de la main (griffe cubitale) Si. Se : Paresthésie 1/3 inf face palmaire du 4 et 5 <sup>e</sup> doigt	<u>Nvx loge de Guyon :</u> Si. Moteurs : Amyotrophie de l'hypothénar Si. Se : douls + parésthésies		
	• n. sciati (donne 2 n, le tibial post et le SPE)	<u>Nvx du tronc (rare) :</u> • Si. Mot : déficit des loges antéro-ext et post de la jambe	• ø réflx achiléen • Si. Se : Hypoesthésie quasie toute la jambe	Principales affec° : Trauma et diabète	
MI	• n. péroni laté (sciati poplité ext) +++	• Si. Mot : Déficit flexion dorsale (relever le pied)	• Si. Se : Hypoesthésie face antéro ext jambe + face dorsale pied	/ !\ ≠ d'un att. radiculaire de L5 où les douls sont descendantes tandis que att. d'un n. svt ø douls	
	• n. tibial post	• Si Mot : Déficit flexion pied et orteils (marche sur les talons) • ø rflx achiléen	• Si. Se : Hypoesthésie de la plante	/ !\ ≠ d'un att. radiculaire de S1	
	• n. fémoral	= Face ant du MI Cause : hématome +++	• Si. Mot : Déficit flex° cuisse et exten° jambe • ø rflx rotulien	• Si. Se : Hypoesthésie face ant-int jambe et cuisse	/ !\ ≠ d'un att. radiculaire de L4

## Liée à une att. Diffus

• Polynévrites et Multinévrites	<b>Polynévrite</b>		<b>Multinévrite</b>	
	= Touche toutes les Fi de tous les troncs nerveux (fi. longues +++)		= Touche certains troncs nerveux (cert. nerfs)	
	Causes : Toxiques (éthylisme chronique) ou métabo (diabète)		Causes : Ischémiques +++ (Patho IF <sup>r</sup> comme lupus, Diabète)	
	Bilaté, distal, sym. d'emblée → atteinte ascendante → Amyotrophie des MI, tbles SE, tbles végétatifs (pieds rouges...)		Asymétrique	
	Atteinte motrice + atteinte Sensitive + Atteinte Reflexe → <b>LCR reste normal</b>			
	• Polyradiculonévrites (PRN) et Méningoradiculites (MRN)	<b>PRN</b>		<b>MRN</b>
= Touche les racines + les troncs nerveux		= Touche les méninges + les racines (+/- les troncs nerveux)		
ex : SynD de Guillian Barré		Ex : Méningites +++		
<b>LCR anormal</b> → Hyper-protéino rachie, cellularité normale		<b>LCR anormal</b> → → Hyper-protéino rachie, cellularité ↗		
Atteinte motrice, Se, réflexe globale (touche Fi. distales et proximale) → Bilaté +/- symétrique				

SynD Médullaire	= Lésion de la moelle (quand elle est coupée » → Paraplégie Sensitivo-motrice → Déficit Se. et Mot. des 2 côtés en même temps • Il faut différencier synD horizontal (coup de couteau, IF°, ischémie..) → s'étend sur toute la moelle → déf. un nvx de Se En dessous du nvx de Se atteinte (+ le nvx de Se) → Perte de toute la Se et motricité car info ne remonte pas jusqu'au cerveau → Paraplégie (si paralysie cplte) ou Paraparésie (si paralysie incplte) <p style="text-align: center;"><b>/ !\ Si lésion périph → ∅ Reflexes, Si lésion Centrale → Reflexes sont + vifs</b></p> • Du SynD localisé → Ne touche qu'une zone limitée de la moelle		
	SynD Localisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SynD cordonal Post</li> </ul> 	= Lésion du cordon post de la moelle (touche voies Se)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synd Spino-Thalami</li> </ul> 		= Lésion du cordon antéro-laté → Att. voies E-Lemni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anesthésie thermique et dou. de l'hémicorps contro laté (sous-jacent de la lésion)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SynD de Brown Sequar</li> </ul> 		= Compression de l'hémi moelle (+++)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SynD Pyramidal du côté sectionné</li> <li>• SynD Alterne : → Côté sectionné : SynD cordonal post → Att Se. profonde + déficit Mot → Controlaté à la lésion : SynD Spino-Thalami → Att. Se Thermo-algique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SynD Syringomyélique</li> </ul> 		= Dvlpmt d'une cavi patho au centre de la moelle → la détruit progressivement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att. Voie Spino-Thalami : - Anesthésie thermo-algique suspendue uni ou bilaté (+++) - ∅ rflx corresp au nvx de la lésion</li> <li>• Si att. motoneurone → SynD de la corne ant</li> <li>• Se Profonde Normale (touche pas la voie Lemniscale)</li> </ul>