



Item89-Déficit neurologique récent (voir item 335).

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.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié - Collège des enseignants en neurologie	- Déficit transitoire = AIT / crise comitiale - Déficit persistant = AVC / tumeur / autre - Préciser l'anamnèse +++ - Atteinte centrale versus périphérique = diagnostic topographique	- Dextro si diabétique - IRM en urgence si transitoire

Etiologies

Devant un déficit neurologique transitoire

- Accident ischémique transitoire (**AIT**) +++ (cf [Accidents vasculaires cérébraux \(AVC\)](#).)
- **Crise d'épilepsie** partielle (cf [Épilepsie de l'enfant et de l'adulte](#).)
- Migraine avec aura (cf [Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face](#).)
- Autres: MAV / HSD chronique / tumeur

Devant un déficit neurologique persistant

- **Topographie centrale**
 - **Causes vasculaires:** infarctus cérébral (**AIC**) / **hématome** IP / TVC (cf [Accidents vasculaires cérébraux \(AVC\)](#).)
 - **Causes tumorales:** **tumeur** cérébrale (intra ou extra-crânienne) (cf [Tumeurs intracrâniennes](#).)
 - **Causes traumatiques:** hématome sous-dural / hématome extra-dural
 - **Causes infectieuses:** abcès intra-cérébral / méningo-encéphalite (cf [Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant](#).)
 - **Causes inflammatoires:** sclérose en plaque (cf [Sclérose en plaque](#).)
- **Topographie périphérique**
 - **Poly ou mononeuropathie:** cf [Neuropathies périphériques](#).
 - **Radiculopathie:** sciatique / Sd canaux (cf [Trouble délirant persistant](#).)

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** **FdR CV** +++ / migraine / épilepsie / cancer / **diabète**
 - **Prises:** médicamenteuses / alcool / tabac
 - **Anamnèse +++ (A savoir !)**
 - **Mode d'installation:** **progressif ou brutal** / traumatisme ou non
 - **Evolution:** déficit **transitoire ou persistant**
 - **Signes fonctionnels**
 - **Caractéristiques du déficit:** moteur ou sensitif / isolé ou non
 - **Signes associés:** céphalées / nausées-vomissements (HTIC) / BAV
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes:**
 - **PA** (rechercher HTA compensatrice) / T (fièvre)
 - **!! NPO DEXTRO** si patient diabétique (**A savoir !**)
 - **Diagnostic topographique +++**
 - Premier temps diagnostique devant tout déficit persistant
 - **En faveur d'une atteinte centrale**
 - **Sd pyramidal** : ROT vifs / signe de Babinski / hypertonie spastique
 - Sd médullaire : Sd lésionnel / sous-lésionnel / rachidien

- En faveur d'une atteinte périphérique
 - Sd **neurogène périphérique** : ROT abolis / amyotrophie / hypoesthésie
 - Sd myogène (déficit proximal) / Sd myasthénique (fatigabilité à l'effort)

Examens complémentaires

- !! Toujours guidés par la **clinique**
- Si déficit neurologique transitoire
 - **IRM** en urgence et systématique dans le bilan d'AIT (**A savoir !**)
 - EEG si suspicion de crise comitiale
- Si suspicion d'atteinte centrale
 - **IRM cérébrale** (ou médullaire) chaque fois que possible
 - Eventuellement, TDM cérébrale si contexte traumatique
- Si suspicion d'atteinte périphérique
 - **ENMG** si suspicion de neuropathie périphérique
 - Eventuellement, IRM/TDM lombaire si sciatique (!! PAS en 1ère intention)

Synthèse

	Atteinte centrale			Atteinte périphérique		
	Sd pyramidal	Sd extra-pyramidal	Sd médullaire	Sd neurogène	Sd myasthénique	Sd myogène
Lésion	Cx ou capsule int.	NGC	Moelle	SNP	Jonction NM	Muscle
Déficit moteur	Hémiplégie	Non	Para/Tétraplégie	// atteinte topo	Fatigabilité	Proximal
Tonus	Hypertonie spastique	Hypertonie plastique	Hypertonie spastique	Hypotonie	Normal	Myotonies
ROT	vifs / diffus / polycinétiques	Normaux	abolis puis SP	↓ ou abolis	Normaux	Normaux
Amyotrophie	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Déficit sensitif associé	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
Signe associé	signe de Babinski	Akinésie / Tremblements	Sd lésionel / Sd rachidien	signes végétatifs crampes	Atteinte oculaire	Douleurs musculaires

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 4 caractéristiques des ROT dans le syndrome pyramidal ?

- Vifs
- Diffusés
- Polycinétiques
- Augmentation de la zone réflexogène

Comment s'appelle le signe équivalent du « signe de Babinski », au membre supérieur dans le syndrome pyramidal ?

- Le signe de Hoffmann (moins bonne sensibilité/spécificité que le signe de Babinski)

Où se trouve la lésion anatomique dans un syndrome myasthénique ?

- Jonction neuro-musculaire

