

Institut National d'Enseignement supérieur en Science
Médicales de Constantine
Faculté de Médecine de Constantine Université 3

Cours de sémiologie neurologique
Syndromes : neurogène , myogène et
myasthénique .

Dr C.GUETTARI / HMRUC
2019/2020

Syndromes neurogènes

Paralysies de type périphérique: sont en rapport avec l'atteinte du motoneurone périphérique (corne antérieure de la moelle épinière, racine rachidienne, plexus ou nerfs moteurs).

Caractères communs:

- Trouble moteur : paralysie flasque avec hypotonie, abolition ROT dans le territoire paralysé, amyotrophie avec fasciculations, troubles vasomoteurs (cyanose, refroidissement et trouble sudoraux)
- Trouble sensitifs: **Subjectifs** à type douleur et paresthésies.
Objectifs : anesthésie complète pourtant sur tous les modes de sensibilité.

I - Syndrome de la corne antérieure :

Paralysie flasque asymétrique intéressant surtout les muscles proximaux (deltoïde au MS, quadriceps au MI), atrophie musculaire, troubles vaso-moteurs importants, absence de troubles sensitifs objectifs .

Valeur sémiologique : Poliomyélite antérieure aiguë .

II - Syndromes radiculaires

Caractères généraux:

- troubles sensitifs: sont importants, dominés par les troubles subjectifs à type de douleur dont le trajet est caractéristique, qui est provoquée ou augmentée par la toux, défécation(augmentant la pression du LCR) et manœuvres d'élongation de la racine par ex : Lasègue en cas de sciatique, trouble sensitifs objectifs sont absents.

- Trouble moteurs : sont discrets à type de parésie, car chaque muscle est innervé par plusieurs racines sauf les muscles caractéristiques de Shliack .

Aux MS: deltoïde (C5), biceps (C6), triceps et l'éminence thénar(C7), l'éminence hypothénar(C8).

Aux MI: quadriceps(L3),jambier antérieur(L4), extenseur propre du gros orteil (L5), péronier (S1).

- Troubles des ROT correspondant à la racine atteinte.

Polyradiculopathie : si l'atteinte est symétrique .

Plexopathie : en cas d'atteinte de racines constitutive d' un plexus .

Différents syndromes radiculaires

1/Syndrome mono-radiculaire:

ex sciatique L5 ou S1 ou cruralgie (racine L3 et/ou L4) , ou névralgie cervico-brachiale (racine du plexus cervical), le plus souvent par hernie discale ou arthrose .



2/Syndrome pluri-radiculaire

M. Lasègue

- **Σd de la queue de cheval** est du à une lésion du canal rachidien , siégeant au-dessous du cône terminal de ME, à la jonction L1-L2, il s'agit habituellement d'une racine sacrée, il associe:
 - Trouble sensitif: douleur surtout au début et une anesthésie en selle, touchant la région périnéale et organes génitaux externe.
 - Trouble moteur: paralysie flasque dans le territoire des racines sacrées, les muscles fessiers, ischio-jambiers, triceps suraux, avec trouble réflexe (abolition du R achilléen).
 - Trouble génito-urinaire: impuissance et trouble urinaire avec incontinence ou rétention et perte du besoin d'uriner .

Le syndrome (Σd) de la queue de cheval doit être différencié du Σd du cône terminal au cours duquel on trouve un signe de Babinski bilatéral.

- **Syndrome radiculaire diffus ou polyradiculonévrite** : associe

- Troubles moteurs : paralysie flasque plus ou moins intense ,symétrique avec paralysie des nerfs crâniens.
- Trouble sensitif : paresthésies à type de douleurs et hypoesthésies .
- Anomalie du LCR: dissociation albumino-cytologique (élévation du taux d'Albumine et cytologie normale) et dissociation myéline-axonale(démyélinisation avec respect des axones) à l'ENMG.

Dans sa forme aigue il réalise le Σ d Guillain-Barré, à évolution ascendante aux MI, tronc pour atteindre MS et les paires crâniennes (motricité faciale, respiration, phonation, déglutition, oculomotricité) .

- Syndromes plexiques

Atteinte du plexus brachial est plus fréquente , elle réalise une atteinte pluri-radriculaire, le plus souvent post-traumatique, l'atteinte globale réalise une paralysie totale avec anesthésie du MS .

Atteinte partielle :

- Type supérieur (C5-C6), Duchenne-Erb: paralysie de la racine du MS
- Type moyen (C7), type Remak: paralysie de l'extension du coude, du poignet et doigts.
- Type inférieur (C8-D1), type Klumpke: paralysie des doigts et du pouce

Ces atteintes s'accompagnent des troubles sensitifs dans les territoires radiculaires correspondants.

-Σd tronculaires (mononeuropathie)

Atteinte d'un nerf va entraîner la paralysie de plusieurs muscles , associe des troubles moteurs et sensitifs dans le territoire d'innervation cutanée du nerf (N) .

N Radial (la main tombante) : flexion et pronation.

N Cubital ou ulnaire (main en griffe cubitale): flexion deux derniers doigts .

N Médian (main simiesque): main plate par amyotrophie de l'éminence thénar

N Grand dentelé (scapula alata): décollement et bascule de l'omoplate en dehors .

N Sciatique poplité externe (pied tombant), responsable de steppage , lors de la marche ou la montée des escaliers , la pointe du pied bute contre le sol du fait de l'atteinte des muscles de la loge antéro-externe de la jambe.

N Phrénique: réalise une paralysie de l' héli-diaphragme .



Figure 1. Back view showing two large, raised, reddish-brown lesions on the upper back, possibly representing a skin condition like a cyst or abscess.

*Lorsque la cause est une compression du nerf dans une zone propice (canal carpien, coude, tunnel tarsien), on parle de syndrome canalaire.

Atteinte diffuse de plusieurs nerfs :

1/ Polyneuropathie: (ancienne polynévrite): Σ d sensitivo-moteur **bilatéral** et **symétrique** de topographie **distale** avec paresthésie et hypo-esthésie tactile « en gant », ou « en chaussette », on parle d'atteinte longueur dépendante , les fibres longues sont touchées en premier , d'où le début distal des symptômes à prédominance sensitive , relève de causes très variées (diabète , alcool) .

2/ Mononeuropathie multiple (ancienne multinévrite):

Σ d sensitivo-moteur dont l'évolution dans le temps fait la définition , c'est l'atteinte successive de troncs nerveux différents , **asymétrique** et **asynchrone** (à des moments distincts) , l'atteinte est à prédominance motrice .

Σd myogène

Atteinte primitive des muscles ou myopathie , elle associe:

- Des paralysies progressives prédominant aux racines des membres.
- Amyotrophie parfois pseudo-hypertrophie.
- Absence de fasciculations et de troubles sensitifs
- ROT peuvent être conservés (au débout)
- Abolition du réflexe idiomusculaire (tardive).



On décrit plusieurs formes topographiques :

- Myopathie des ceintures: pratiquement toujours pelvienne avec signe du Tabouret ou de Gowers (appui des 2 mains sur les genoux) .
- Myopathie facio-scapulo-humérale: concerne la ceinture scapulaire avec décollement de l'omoplate, également les muscles de la face et le bras .
- Myopathie distale : concerne le plus souvent MI .
- Myopathie oculaire: atteinte préférentielle des muscles oculomoteurs se révélant par une ophtalmoplégie ou ptosis bilatéral progressif .
Signes accompagnateurs: peuvent être présents, myalgie, crampe, myotonie (lenteur à la décontraction musculaire), atteinte cardiaque et respiratoire , Rhabdomyolyse (nécrose musculaire).



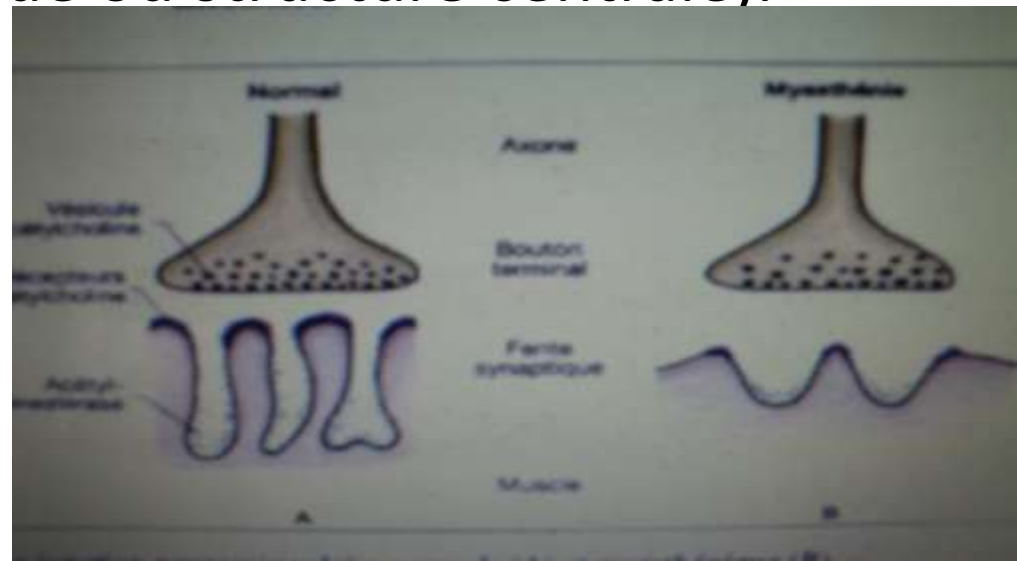
Varikose des medialen

Syndromes (Σd) myasthéniques

Bloc de la transmission synaptique au niveau de la jonction neuro-musculaire striée, la myasthénie est la cause plus fréquente, se traduit par une fatigabilité qui apparaît à l'effort et disparaît au repos, déficit est influencé par la température, la chaleur l'aggrave (test au sèche-cheveux) le froid l'améliore (glaçon posée sur la paupière ptosée) .

Déficit porte électivement sur secteurs:

Absence d'une systématisation neurologique (muscles touchés ne correspondent pas au territoire d'un nerf, d'une racine nerveuse périphérique ou structure centrale).



Oculaire : paupière tombante (ptosis), vision double (diplopie), floue disparaissant en vision monoculaire. Lors du mouvement volontaire d'ouverture des yeux (releveur de la paupière supérieure) , leur fermeture (orbiculaire des paupières), leur excursion (élévation, abaissement, latéralité ou convergence) peuvent être très limitées, cette triple combinaison est très évocatrice des Σ d myasthéniques .

Facial: mâchoire tombante, bouche entrouverte , effacement des rides , impossibilité de gonfler les joues ou de siffler, de sourire , réalisant un faciès triste et inexpressif .

Bulbaire : dysphonie (voix faible et nasonnée s'aggravant lors de la conversation), difficulté de mastication , dysphagie avec fausse routes alimentaires, gêne respiratoire par défaillance des muscles respiratoires (diaphragme, intercostaux, abdominaux).

Squelettique: muscles du tronc et des membres avec prédilection des secteurs proximaux et axiaux , se traduisant par une difficulté à tourner dans le lit ou à s'extraire du lit ou d'un fauteuil, à se relever de la position accroupie (signe du Tabouret), à maintenir les bras en l'air ou la tête relevée.