

Cours de sémiologie neurologique

Dr N. Kerouaz .Service De Médecine Interne Constantine

Année 2016 / 2017

L'EXAMEN DES FONCTIONS SUPERIEURES

Consiste à apprécier l'état de conscience et tester des fonctions cognitives.

1. Examen de la conscience :

Le premier contact avec le patient permet de définir l'état de la conscience : le patient vous suit-il du regard ? Réagit-il à votre présence, répond-il à vos questions ? Connaît-il son nom, l'endroit où il se trouve, la date du jour ?

Ainsi on peut constater :

- Un syndrome confusionnel ou
- Un coma

Une confusion mentale : est une baisse importante de la vigilance qui est fluctuante selon les moments de la journée avec désorientation temporo-spatiale, trouble du jugement et du raisonnement.

Un coma :

Il s'agit d'une Perte prolongée partielle ou totale de l'état de conscience et de la vigilance associée ou non à une altération des fonctions végétatives et métaboliques.

Le patient comateux semble endormi, Il n'interagit pas avec l'environnement et ne répond pas de façon adaptée aux stimulations (verbales ou tactiles) répétées exercées par l'examineur.

le coma, témoigne d'une souffrance cérébrale

Examen du patient dans le coma

Par l'intermédiaire de l'entourage, on recherchera à connaître :

Des facteurs favorisants : diabète, insuffisance hépatique, respiratoire, épilepsie, troubles psychiatriques ...

Le mode d'installation du coma : aigu ou progressif.

Des prodromes éventuels : malaise, céphalées ...

II / l'examen clinique :

4 temps:

1/ Reconnaître le coma

2/ Evaluer les fonctions vitales :

S'assurer de la liberté des voies aériennes, Efficacité de la ventilation spontanée,

Efficacité cardio- circulatoire, Examen général rapide (PA, pouls, FR, signes de choc,

De défaillance cardio-respiratoire, prise de température)

3/ Evaluer la profondeur du coma :

On appréciera le degré de vigilance par le **score de Glasgow** : Ce score mesure l'altération de conscience sur trois éléments :

L'ouverture des **yeux**, la réponse **verbale** et la réponse **motrice**

4/Orienter le diagnostic étiologique: Recherche d'une raideur de nuque, L'examen de la motricité et des mouvements réflexes, L'examen des pupilles et des mouvements oculaires, recherche d'une anomalie du rythme respiratoire.

Le score de Glasgow :

Ouverture des yeux Score

- _ Spontanée 4
- _ Sur ordre oral 3
- _ Après stimulations douloureuses 2
- _ Aucune 1

Meilleure réponse motrice

- _ Exécute un ordre 6
- _ Chasse les stimuli nociceptifs 5
- _ Simple réponse de retrait 4
- _ Réponse en flexion stéréotypée 3
- _ Réponse en extension 2
- _ Pas de réponse 1

Réponse verbale

- _ Claire et adaptée 5
- _ Conversation confuse 4
- _ Mots inappropriés 3
- _ Mots incompréhensibles 2
- _ Aucun mot 1

Les valeurs du score sont comprises entre **3 et 15**. On définit le coma profond pour un score inférieur ou égal à 8.

2. Etude des fonctions cognitives :

L'objectif est de connaître comment, au lit du patient rechercher un trouble cognitif, un bilan neuropsychologique pourra suivre dans second temps si nécessaire

L'examen consiste à Tester la **mémoire, le langage, les praxies** (c'est la capacité d'effectuer un geste précis) **et les gnosies** (c'est la faculté de reconnaître un objet par l'un des sens).

L'analyse de ces grandes fonctions est réalisée sommairement par le Mini mental test, l'existence d'un trouble doit conduire à un bilan neuropsychologique plus approfondi.

a) Les principaux troubles de mémoire :

Amnésie antérograde : impossibilité de fixation de souvenirs nouveaux alors que les données de l'enfance sont conservées, désorientation temporo-spatiale **et anosognosie** → **méconnaissance du trouble**.

Amnésie rétrograde : oubli portant sur les événements qui précèdent l'épisode pathologique.

Amnésie lacunaire : amnésie focale dans les souvenirs du patient, vue au cours des traumatismes crâniens

b) Les principaux troubles du langage :

On étudiera l'expression et la compression du langage oral et écrit.

L'Aphasie : trouble de l'expression et de la compréhension du langage secondaire à une lésion cérébrale focale en dehors de tout état démentiel, déficit sensoriel ou anomalies de l'appareil phonatoire.

Aphasie de Wernicke : **aphasie sensorielle** : la lésion est temporale postérieure. Le langage spontané est abondant, mais les **paraphrasies sémantiques** (couteau pour fourchette) sont nombreuses. Parfois est réalisé un véritable jargon totalement incompréhensible, fait de néologismes. **La compréhension** est totalement **perturbée**, Le malade n'a pas conscience de son trouble (**anosognosie**).

Aphasie de Broca : **aphasie motrice** la lésion siège dans le lobe frontal. Le malade parle peu, avec hésitation. Le langage spontané est pauvre, le vocabulaire restreint et les phrases courtes. Le manque du mot est plus ou moins sévère avec l'agrammatisme (Trouble de l'expression) .Il est conscient de son trouble. L'écriture et la lecture sont altérées.

c) Les apraxies

Est un ensemble de troubles de l'exécution intentionnelle d'un geste finalisé en l'absence de déficit moteur ou sensitif élémentaire. (Le malade ne sait plus faire les gestes demandés).

d) Les agnosies

Ce sont des troubles de la reconnaissance des objets connus et familiers survenant pour une modalité sensorielle donnée en l'absence **de troubles visuels, auditifs ou sensitifs élémentaires**. Ex : agnosie des visages, agnosie des couleurs.