

2020/2021

UNIVERSITE SALAH BOUBNIDER CONSTANTINE 3
FACULTE DE MEDECINE DE CONSTANTINE
SERVICE DE MEDECINE INTERNE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE BENBADIS DE CONSTANTINE

[TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ]

Pr N Benmostefa

1 LES DIFFERENTS SYNDROMES SENSITIFS

1.1 Les syndromes sensitifs d'origine périphérique

Ils sont en rapport avec une atteinte soit des troncs nerveux, soit des racines.

1.1.1 Mononévrite :

est l'atteinte d'un seul tronc nerveux.

— *Signes subjectifs* : **douleurs** et **paresthésies** dans le **territoire de distribution sensitive du nerf atteint**. Les douleurs peuvent être déclenchées ou augmentées par la pression du tronc nerveux en certains points de son trajet.

— *Signes objectifs* : **hypoesthésie** ou **anesthésie** à tous les modes dans le **territoire de distribution sensitive et troubles moteurs dans le territoire de distribution motrice du nerf atteint**.

1.1.2 Polynévrite :

est l'atteinte **symétrique** de **plusieurs troncs nerveux**, la **topographie** des troubles est habituellement **distale**.

— *Signes subjectifs* : **douleurs profondes** et **paresthésies**.

— *Signes objectifs* : **hypoesthésie cutanée** le plus souvent ; parfois troubles de la sensibilité profonde.

La distribution des troubles sensitifs subjectifs et objectifs est particulière, elle est **bilatérale, symétrique, distale** affectant une **topographie « en gant » ou « en chaussette »**. Ils sont **associés à des troubles moteurs localisés à la loge antéro-externe de la jambe** au membre inférieur et aux muscles extenseurs des doigts au membre supérieur.

1.1.3 Monoradiculite :

est l'atteinte d'une seule racine.

— *Signes subjectifs* : sont au premier plan, ils sont dominés par la **douleur de type radiculaire** : cette douleur suit le trajet de la racine, elle est déclenchée ou augmentée par les manœuvres qui augmentent la pression dans le LCR et par les manœuvres d'étirement de la racine.

Parfois, on peut retrouver des paresthésies.

— *Signes objectifs* : sont habituellement discrets à type d'**hypoesthésie** à tous les modes dans le territoire de distribution sensitive de la racine intéressée. Les troubles moteurs sont également habituellement discrets.

1.1.4 Polyradiculonévrite :

est l'atteinte symétrique de plusieurs racines.

— *Signes subjectifs* : sont au premier plan à type de **paresthésies** et **parfois de douleurs**.

— *Signes objectifs* : sont habituellement **absents**; par contre, il existe des **troubles moteurs symétriques et diffus** intéressant les **membres et les nerfs crâniens**.

— Le **LCR** est caractéristique, il montre une **dissociation albumino-cytologique** (hyperalbuminorachie avec cytologie normale).

1.2 Les syndromes sensitifs centraux

Ils peuvent avoir pour origine une atteinte de la **moelle**, du **bulbe**, du **thalamus** ou du **cortex**.

1.2.1 Au niveau de la moelle :

on peut observer un syndrome **médullaire complet** ou un syndrome médullaire **partiel**.

1.2.1.1 Le syndrome médullaire complet :

se voit dans les **paraplégies** qui réalisent une lésion complète de la moelle, soit par section médullaire (post-traumatique), soit par compression. On observe alors une **anesthésie** ou **hypoesthésie** à **tous les modes** dans le **territoire** situé **au-dessous de la lésion**. La limite supérieure du trouble de la sensibilité à une valeur capitale pour le diagnostic topographique de la lésion médullaire surtout en cas de compression médullaire.

1.2.1.2 Les syndromes médullaires partiels :

peuvent revêtir plusieurs aspects :

— Une lésion de l'hémi-moelle droite ou gauche réalise le **syndrome de Brown-Sequard**

associant :

• Du côté de la lésion : des **troubles** de la **sensibilité profonde** et des **troubles moteurs** à

type de **paralysie**.

• Du côté opposé à la lésion des **troubles** de la **sensibilité thermo-algésique**.

— Une lésion des cordons postérieurs réalise le **syndrome cordonal postérieur** qui peut s'accompagner de *troubles sensitifs* subjectifs dont le plus caractéristique est la **douleur fulgurante** ou douleur **en éclair**.

Les *troubles sensitifs* objectifs vont porter uniquement sur la **sensibilité profonde**; ils associent :

• **Une ataxie** : qui est l'ensemble des troubles moteurs apparaissant lors de la fermeture des yeux (en rapport avec un trouble de la sensibilité profonde) :

- **troubles du maintien des attitudes** : avec signe de Romberg et signe de la main instable ataxique : on demande au sujet de maintenir ses mains tendues en avant, doigts écartés; lors de la fermeture des yeux, la main et les doigts présentent des oscillations;

- **troubles des mouvements** : avec troubles de la marche : **démarche talonnante** et **anomalies du mouvement finalisé** : le mouvement est mal dirigé, hésitant et le but est manqué : **dysmétrie**.

— Une *abolition* de la *sensibilité vibratoire au diapason*.

— Une *perte du sens de position segmentaire des membres*.

— Une *astéréognosie* : perte de la reconnaissance palpatoire des objets. Il n'y aura pas de troubles de la sensibilité thermo-algésique d'où le nom de dissociation tabétique : car ce tableau a d'abord été décrit dans le tabès (syphilis nerveuse), il peut se voir également au cours de l'avitaminose B 12.

— Une *lésion centro-médullaire* : située autour du canal épendymaire, va entraîner des troubles isolés de la sensibilité thermo-algésique « en bande » ou « suspendue » avec conservation de la sensibilité profonde, c'est la classique dissociation syringomyélique ou dissociation thermo-algésique (décrite dans la syringomyélie, maladie qui s'accompagne d'une cavitation centro-médullaire de nature primitive en rapport avec une malformation congénitale).

La lésion centro-médullaire intéresse en hauteur seulement quelques segments médullaires au niveau du renflement cervical d'où l'aspect suspendu des lésions et en largeur la lésion va non seulement intéresser les fibres spino-thalamiques, mais aussi la corne antérieure, d'où l'association caractéristique :

— anesthésie thermo-algésique en bande avec conservation de la sensibilité profonde ;

— paralysie avec amyotrophie siégeant au niveau de la ceinture scapulaire, des bras et des mains;

— troubles trophiques des membres supérieurs.

Valeur sémiologique : la syringomyélie, les tumeurs intramédullaires.

1.2.2 Au niveau du bulbe :

l'atteinte de la région latérale du bulbe réalise le syndrome de Wallenberg qui est un syndrome alterne sensitif (dû à un ramollissement du bulbe par ischémie artérielle dans le territoire vertébro-basilaire).

— Du côté de la lésion on observe une hypoesthésie ou une anesthésie thermo-algésique dans le territoire du trijumeau avec conservation de la sensibilité tactile (en effet parmi les noyaux sensitifs du V seul le noyau spinal est touché, car il s'étend sur toute la hauteur du bulbe et il est le relais des afférences thermiques et douloureuses; les autres noyaux du V en particulier, le noyau principal qui est le noyau de la sensibilité tactile siège au niveau de la protubérance), un syndrome de Claude Bernard Horner, un syndrome vestibulaire et un hémisyndrome cérébelleux.

— Du côté opposé à la lésion : une héli-anesthésie thermo-algésique des membres supérieurs et inférieurs réalisant avec / 'anesthésie faciale du côté de la lésion, le syndrome sensitif alterne ; une hémiparésie peut être observée.

1.2.3 Au niveau du thalamus :

c'est le syndrome capsulo-thalamique de Dejerine-Roussy : la lésion intéresse le noyau postéro-ventral du thalamus et déborde sur la capsule interne et les radiations optiques ; il va se manifester du côté opposé à la lésion :

— Des troubles sensitifs subjectifs à type d'hyperpathie.

— Des troubles de la sensibilité profonde et des troubles de la sensibilité thermo-algésique.

— Une hémianopsie latérale homonyme.

— Une hémiparésie.

1.2.4 Au niveau du cortex :

Des lésions du cortex pariétal vont entraîner des troubles sensitifs de la moitié opposée du corps souvent limités à une partie du corps du fait de l'étalement de la représentation somatotopique sensitive.

Ces troubles sensitifs portent essentiellement sur la sensibilité profonde : trouble du sens des positions sédentaires et astéréognosie. Les troubles de la sensibilité superficielle sont seulement à type d'hypoesthésie.

2 La tétanie

Définition : est un **syndrome sensitivo-moteur** évoluant par **crises paroxystiques**.

L'accès tétanique : comporte des **troubles sensitifs** et des troubles **moteurs** dont la répartition topographique est particulière ; ils affectent les **extrémités : mains, pieds**, et la région **péribuccale**.

— **Les troubles sensitifs** : sont constants.

— **Troubles subjectifs** : à type de **paresthésies** : fourmillements et picotements, puis impression d'enraidissement.

— **Troubles objectifs** : **hypoesthésie tactile et profonde.**

— **Les troubles moteurs** : sont des **contractions** soutenues, involontaires et incoercibles **d'intensité modérée, non douloureuses.**

— **La main d'accoucheur : (fig1)**

- le pouce en extension et adduction,
- les doigts serrés les uns contre les autres à demi fléchis,
- la paume est creusée par le rapprochement de ses deux bords
- le poignet peut être en demi-flexion.

Lorsque les pieds sont atteints, les orteils se mettent en flexion plantaire serrés les uns contre les autres, la plante est creusée comme la paume de la main.

- La crise commence par des troubles sensitifs débutant par les doigts et les orteils **sans jamais dépasser le coude, ni le genou**, puis apparaissent les troubles moteurs. La durée de la crise va de **quelques minutes à quelques heures.**



Figure 1 : main de l'accoucheur

Entre les crises : des troubles sensitifs objectifs à type d'hypoesthésie tactile des doigts peuvent persister.

On recherchera :

le signe de Chvostek : contraction de l'orbiculaire des **lèvres** lors de la percussion de la joue au **milieu d'une ligne unissant le lobule de l'oreille et la commissure labiale**;

le signe de Weiss : contraction de l'orbiculaire des **paupières** lors de la percussion de l'angle externe de l'œil

le signe de Lust : contraction **des muscles de la loge antéro-externe** de la **jambe** lors de la percussion du sciatique poplité externe au col du péroné.

*Tous ces signes peuvent être négatifs, on essaiera alors donc de déclencher un accès tétanique par l'épreuve du garrot qui consiste à poser sur le bras pendant 10 minutes un garrot ischémiant, puis à l'enlever; chez le tétanique cette manoeuvre déclenche un accès c'est le **signe de Trousseau.***

Les causes des tétanies : l'hypocalcémie, l'alcalose, l'hypokaliémie et les tétanies idiopathiques (*sans cause décelable*).

3 Bibliographie

Précis de sémiologie