

## ITEM 89 : DEFICIT NEUROLOGIQUE RECENT

**Déficit neurologique** = perte d'une fonction liée à une dysfonction temporaire (transitoire) ou lésionnelle (permanent) d'une région du système nerveux, central ou périphérique → **déficit moteur, sensitif, cérébelleux, sensoriel** ou **cognitif**  
 - Installation brutale (ex : AVC), rapidement progressive (quelques minutes/heures) ou progressives (jours)

<b>DD</b>	= Déficit non neurologique : <b>impotence fonctionnelle</b> <b>Origine :</b> - <b>Ostéo-articulaire</b> : fracture, entorse, arthrite, rupture de coiffe... → douleur - <b>Lésion vasculaire périphérique</b> : occlusion artérielle aiguë, phlébite, hématome... → douleur - <b>Trouble somatoforme</b> : Origine psychogène, non anatomique, examen clinique discordant, plainte changeante... - <b>Troubles de l'élocution, de l'équilibre</b> ou <b>de la vision</b> : origine ORL ou ophtalmologique				
	Diagnostic syndromique	- Classification en un ou plusieurs syndromes neurologiques : <b>syndrome pyramidal, cérébelleux...</b> - Diagnostic topographique : <b>membre, hémicorps...</b>			
<b>Démarche diagnostique</b>	Localisation	Atteinte du système nerveux périphérique	- <b>Fasciculations, amyotrophie</b> - Déficit moteur ou sensitif de <b>topographie radiculaire</b> ou <b>tronculaire</b> - <b>Diminution/abolition des ROT</b> - <b>Atteinte distale des membres inférieurs sans troubles vésicosphinctériens</b>	Atteinte du système nerveux central	- Atteinte d'un <b>hémicorps</b> (motrice ou sensitive) - <b>Niveau sensitif abdominal</b> ou <b>thoracique</b> franc - <b>Aphasie, hémianopsie latérale homonyme</b> - <b>Trouble de vigilance</b> associé - <b>Epilepsie</b> - <b>ROT vifs, diffus, clonus de cheville, signe de Babinski</b>
		Atteinte de la jonction neuromusculaire ou musculaire	- <b>Atteinte motrice pure</b> sans déficit sensitif ou vésico-sphinctérien - Déficit à prédominance proximale - Réflexes tendineux et plantaires normaux		
	Mécanisme	<b>Début :</b> - Soudain (secondes) et d'emblée maximal : <b>vasculaire</b> - Soudain, rapidement progressif (secondes/minutes) : <b>migraineux, épileptique, traumatique</b> - Subaigu (heures/jours) : <b>inflammatoire, infectieux, toxique, thrombose</b> - Chronique (jours/semaines/mois/années) : <b>tumoral, dégénératif</b> <b>Profil évolutif :</b> - Amélioration : <b>vasculaire, inflammatoire</b> - Aggravation : <b>tumoral</b> - Stabilité : <b>vasculaire, tumoral</b> - Par poussée : <b>inflammatoire</b>			
	Contexte	= <b>Traumatisme, infection, chirurgie, HTA sévère, effort physique, prise de toxique, alcool</b> <b>Signes associés :</b> - Fièvre, céphalées : <b>méningite, méningo-encéphalite, abcès</b> - Plaies, hématomes, contusions, lésions osseuses : <b>hématome/contusion cérébrale</b> - Arythmie cardiaque : <b>AVC ischémique</b> d'origine embolique			
<b>Etiologie</b>	Bilan	- <b>IRM cérébrale</b> (ou <b>scanner</b> à défaut) ou <b>rachidienne</b> - <b>EMG</b> si suspicion d'atteinte périphérique, de la jonction neuromusculaire ou musculaire - <b>PL</b> si suspicion de processus infectieux ou inflammatoire, ou de polyradiculonévrite → Délai : - Déficit neurologique aigu = suspicion d'AVC : imagerie cérébrale en urgence - Déficit d'installation progressif, sans signe de gravité : imagerie dans un délai < <b>24h</b>			
	Cause centrale	Cérébrale	- <b>Cortex</b> : syndrome frontal, atteinte visuelle, troubles visuo-spatiaux, troubles mnésiques - <b>Voies intracérébrales</b> : syndrome pyramidal, atteinte du corps calleux, hémianopsie - <b>Noyaux gris centraux</b> : mouvements anormaux, syndrome extrapyramidal - <b>Tronc cérébral</b> : atteinte des voies longues, atteinte des nerfs crâniens, paralysie oculomotrice de fonction, troubles de vigilance → Transitoire : AIT, épilepsie, aura migraineuse → Constitué : infarctus, hémorragie, trauma crânien, tumeur, poussée de SEP, infectieux		
		Médullaire	- <b>Myélite transverse</b> : compression, ischémie - <b>Syndrome de Brown-Séquard</b> : compression, inflammatoire - <b>Syndrome syringomyélique</b> : dégénératif - <b>Syndrome cordonal postérieur</b> : métabolique		

	<b>Cause périphérique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndrome de la queue de cheval</b> : compression par hernie discale</li> <li>- <b>Polyradiculopathie</b></li> <li>- <b>Plexopathie</b> : infiltration tumorale</li> <li>- <b>Mononeuropathie</b> : compression mécanique</li> <li>- <b>Mononeuropathie multiple</b></li> </ul>		
<b>Déficit neurologique transitoire</b>	= Généralement non observé par le médecin : interrogatoire du patient ou de l'entourage (démence, confusion postcritique d'une épilepsie...) → <b>d'origine centrale</b> dans la grande majorité des cas			
	<b>Origine</b>	<b>AIT</b>	<b>Migraine</b>	<b>Epilepsie</b>
	<b>Terrain</b>	Personne âgée, FdRCV	Adulte jeune	2 pics : jeune ou personne âgée
	<b>Installation</b>	Brutal (d'une seconde à l'autre)	Rapidement progressif En quelques minutes	Rapidement progressif En quelques dizaines de secondes
	<b>Progression</b>	Maximale d'emblée	<b>Marche migraineuse</b> sur plusieurs dizaines de minutes	<b>Marche épileptique</b> : propagation rapide en quelques dizaines de secondes
	<b>Symptôme</b>	Négatif : paralysie, amputation d'un champ visuel, perte de sensibilité	Positif : phénomènes visuels lumineux/colorés, paresthésies...	Positif : clonies segmentaires, paresthésie d'un membre, figures géométriques dans le champ visuel
	<b>Résolution</b>	Rapide d'une seconde à l'autre	Progressif, avec migraine post-aura	Rapide Amnésie possible
	<b>Autres causes</b>	<b>Centrale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Encéphalopathie hypoglycémique</b> : à rechercher en 1<sup>er</sup> systématiquement (glycémie capillaire)</li> <li>- <b>Encéphalopathie de Gayet-Wernicke</b> : Vitaminothérapie B1 parentérale</li> <li>- <b>Traumatique</b> (hématome sous-dural), <b>tumoral</b> (méningiome), <b>vasculaire</b> (malformation)</li> </ul> <b>Périphérique : Neuropathie héréditaire par susceptibilité à la compression</b>		
<b>Déficit neurologique constitué</b>	<b>Origine cérébrale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>AVC</b></li> <li>- <b>Traumatisme crânien</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>. Notion de traumatisme récent ou plus ancien (jusqu'à plusieurs semaines)</li> <li>. Chutes fréquentes, plaies du scalp, perte de conscience</li> <li>. Scanner : hématome sous dural aigu ou chronique, hématome extra-dural, contusion</li> </ul> </li> <li>- <b>Tumeur</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>. Début progressif, évolution « en tâche d'huile »</li> <li>. HTIC (céphalées matinales ou en décubitus, vomissements, obnubilation), crise d'épilepsie</li> <li>. Antécédent de cancer primitif (sein, poumon, digestif...)</li> <li>. IRM injecté (ou scanner cérébral injecté au minimum)</li> </ul> </li> <li>- <b>Infectieux</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>. Fièvre, confusion (surtout sujet jeune)</li> <li>. Syndrome méningé : céphalée, raideur de nuque, photo-phonophobie, nausées, vomissements</li> <li>. Notion d'abcès dentaire, otite ou sinusite récente, immunodépression, chirurgie récente, purpura</li> </ul> </li> <li>→ Tout déficit fébrile est une urgence absolue</li> <li>- <b>Inflammation</b> : installation sur plusieurs jours, ou parfois plus rapide en quelques heures</li> </ul>		
	<b>Origine médullaire</b>	<b>Compression médullaire</b> → à éliminer en urgence par une <b>IRM médullaire</b> - <b>Paraplégie/tétraplégie</b> flasque ou spastique (si subaigu), <b>niveau sensitif, troubles vésico-sphinctériens, douleur rachidienne, douleur radiculaire</b> - Cause : traumatique, compressive (arthrose, hernie discale), inflammatoire (SEP), tumorale (épidurite métastatique, MT vertébrale, fracture pathologique), infectieuse (spondylodiscite bactérienne, tuberculose)		
	<b>Origine périphérique</b>	<b>Syndrome de Guillain-Barré</b>	→ A évoquer en 1 <sup>er</sup> lieu : <b>PL</b> (dissociation albuminocytologique), <b>EMG</b> - Installation en quelques jours d'un déficit moteur symétrique des 4 membres, débutant souvent par des paresthésies aux pieds - Evolution ascendante - Abolition diffuse des ROT - Notion d'infection respiratoire ou digestive dans les jours précédents (50%)	

Déficit neurologique constitué	<i>Origine périphérique</i>	<b>Atteinte radiculaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur et troubles sensitifs d'un territoire radiculaire précis</li> <li>- Arthrose cervicale ou lombaire connue, notion de « faux mouvement » à l'origine de la douleur, lombalgie chronique</li> <li>- Majoration des douleurs à la manœuvre de Valsalva, signe de Lasègue</li> <li>- Formes les plus fréquentes : <b>sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale</b></li> </ul> <p>→ En cas de déficit moteur (à distinguer de l'impotence uniquement lié à la douleur) : prise en charge neurochirurgicale en urgence</p>
		<b>Atteinte tronculaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit sensitif limité à un territoire tronculaire, déficit moteur tronculaire</li> <li>- Compression prolongée, traumatisme récent ou anesthésie générale récente (attitude vicieuse pendant l'intervention)</li> <li>- En cas de déficit tronculaire ou pluri-tronculaire aigu douloureux → évoquer une vascularite</li> </ul>
		<b>Nerfs fragiles à risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nerf fibulaire commun</b> au <b>col de la fibula</b> (parésie des releveurs du pied)</li> <li>- <b>Nerf ulnaire</b> au <b>pli du coude</b> (déficit sensitif des 2 derniers doigts)</li> <li>- <b>Nerf radial</b></li> </ul>