

#001

Objectifs du carnet

Déficit Moteur ou Sensitif des Membres

Carte de révision neurologique

- 1 Central: déficit pyramidal, spasticité, hyperréflexie, Babinski.
- 2 Périphérique: aréflexie, amyotrophie, fasciculations, territoire radiculaire ou tronculaire.
- 3 Myopathique: déficit proximal, réflexes longtemps conservés, douleurs ou CK élevées.
- 4 Jonction neuromusculaire: fatigabilité, fluctuation, oculobulbaire.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant déficit moteur ou sensitif des membres en contexte EDN et en garde.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Reconnaître et localiser

Introduction	
Épidémiologie	- Situations de consultations fréquentes pouvant représenter une urgence
Diagnostics différentiels	- Origine ostéoarticulaire : fracture, arthropathie aiguë, tendinite
	- Origine vasculaire : AOMI, hématome profond
Troubles moteurs et/ou sensitifs transitoires	- Origine douloureuse : un phénomène douloureux peut limiter la mobilisation
	- Origine psychogène = « surcharge fonctionnelle » : discordances anatomocliniques, signes observés et leur retentissement, manque de reproductibilité des signes d'un choc émotionnel
	- Accident ischémique transitoire
	- Migraine
	- Crise épileptique partielle

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Central: déficit pyramidal, spasticité, hyperréflexie, Babinski.
- Périphérique: aréflexie, amyotrophie, fasciculations, territoire radiculaire ou tronculaire.
- Myopathique: déficit proximal, réflexes longtemps conservés, douleurs ou CK élevées.
- Jonction neuromusculaire: fatigabilité, fluctuation, oculobulbaire.

#003

Bilan, traitement et surveillance

The screenshot displays a web page titled "Éléments d'orientation diagnostique" (Diagnostic orientation elements) from the website <https://www.conf-plus.com/matiere/193/fiche/all/topos-details/3542>. The page is structured into a table with four main categories: Interrogatoire, Âge, Siège lésionnel, and Mode évolutif. The "Siège lésionnel" category is further divided into SNC (Système Nerveux Central) and SNP (Système Nerveux Périphérique). The "Mode évolutif" category lists two types of onset: abrupt with rapid progression (suggesting stroke) and progressive with extension (suggesting a space-occupying lesion).

Éléments d'orientation diagnostique							
Interrogatoire	- Facteurs de risque cardio-vasculaires : AVC - Antécédents de cancer, altération de l'état général : cancer - Traumatisme crânien récent : hématome, contusion - Fièvre : encéphalite, méningo-encéphalite - Toxiques : alcool, drogues						
Âge	- AVC plus fréquent après 50 ans - SEP plus fréquente avant 40 ans						
Siège lésionnel	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>SNC</th><th>SNP</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td> - Atteinte d'un hémicorps - Niveau sensitif abdominal ou thoracique : atteinte de la moelle - Aphasie, hémianopsie latérale homonyme - Troubles de la vigilance - Épilepsie - Atteinte des paires crâniennes associée à une atteinte des voies lon </td><td> - Signes pyramidaux : ROT diffus, Babinski, clonus de cheville - Déficit moteur et sensitif distal avec ROT abol - Déficit systématisé à une racine/un tronc nerveux - Fasciculations, amyotrophie </td></tr></tbody></table>		SNC	SNP		- Atteinte d'un hémicorps - Niveau sensitif abdominal ou thoracique : atteinte de la moelle - Aphasie, hémianopsie latérale homonyme - Troubles de la vigilance - Épilepsie - Atteinte des paires crâniennes associée à une atteinte des voies lon	- Signes pyramidaux : ROT diffus, Babinski, clonus de cheville - Déficit moteur et sensitif distal avec ROT abol - Déficit systématisé à une racine/un tronc nerveux - Fasciculations, amyotrophie
	SNC	SNP					
	- Atteinte d'un hémicorps - Niveau sensitif abdominal ou thoracique : atteinte de la moelle - Aphasie, hémianopsie latérale homonyme - Troubles de la vigilance - Épilepsie - Atteinte des paires crâniennes associée à une atteinte des voies lon	- Signes pyramidaux : ROT diffus, Babinski, clonus de cheville - Déficit moteur et sensitif distal avec ROT abol - Déficit systématisé à une racine/un tronc nerveux - Fasciculations, amyotrophie					
Mode évolutif	- Début brutal avec aggravation en quelques heures → AVC - Début progressif avec extension en tache d'huile → processus expansif						

091. Mémo vidéo - Déficit neurologique récent 12:00
À VOIR

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Niveau sensitif ou troubles sphinctériens imposent IRM médullaire urgente.
- ENMG aide pour neuropathie, radiculopathie, motoneurone ou jonction.
- Bilan biologique ciblé: ionogramme, CK, TSH, B12, inflammation selon contexte.
- Gravité respiratoire à rechercher dans atteintes neuromusculaires.

#004

Pièges d'examen

- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, un signe neurologique fluctuant ou incomplet peut malgré tout révéler une urgence.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, toujours chercher médicament, toxique, infection, trouble métabolique et terrain vasculaire.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, la normalité d'un premier examen ne dispense pas de réévaluer si le tableau évolue.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, la conduite à tenir doit préciser surveillance, alerte et critères d'avis spécialisé.

#005

Synthèse opérationnelle

- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, localiser la lésion, dater le début, mesurer la gravité et choisir l'examen qui tranche.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, traiter immédiatement hypoglycémie, état de mal, infection grave, AVC ou compression suspectée.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, documenter autonomie, déglutition, respiration, marche, douleur et retentissement cognitif.
- Pour Déficit Moteur ou Sensitif des Membres, organiser suivi, rééducation, prévention secondaire et éducation du patient.

Sources: Référentiel du Collège des Enseignants de Neurologie; Recommandations HAS, SFNV et sociétés savantes selon les thèmes; Supports locaux SSD1/Alex/7- Neurologie; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte