

#001

Objectifs du carnet

Déficit Neurologique Récent

Carte de révision neurologique

- 1 Déficit focal récent impose exclure AVC, compression médullaire, crise post-critique et hypoglycémie.
- 2 Décrire topographie: face-bras, hémicorps, paraparésie, niveau sensitif, nerf crânien.
- 3 Début brutal = vasculaire; progression heures-jours = inflammation, infection, tumeur ou compression.
- 4 Imagerie cérébrale ou médullaire selon localisation.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant déficit neurologique récent en contexte EDN et en garde.
- Pour Déficit Neurologique Récent, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Déficit Neurologique Récent, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Déficit Neurologique Récent, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Reconnaître et localiser

Topos détail - Conf-Plus.

https://www.conf-plus.com/matiere/193/fiche/all/topos-details/3542

Éléments d'orientation diagnostique

Catégorie	Contenu						
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>Siège</th><th>Signes</th></tr></thead><tbody><tr><td>SNC</td><td> - Atteinte d'un hémicorps - Niveau sensitif abdominal ou thoracique : atteinte de la moelle - Aphasie, hémianopsie latérale homonyme - Troubles de la vigilance - Épilepsie </td></tr><tr><td>SNP</td><td> - 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 aboli - Déficit systématisé à une racine/un tronc nerveux - Fasciculations, amyotrophie </td></tr></tbody></table>	Siège	Signes	SNC	- Atteinte d'un hémicorps - Niveau sensitif abdominal ou thoracique : atteinte de la moelle - Aphasie, hémianopsie latérale homonyme - Troubles de la vigilance - Épilepsie	SNP	- 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 aboli - Déficit systématisé à une racine/un tronc nerveux - Fasciculations, amyotrophie
Siège	Signes						
SNC	- Atteinte d'un hémicorps - Niveau sensitif abdominal ou thoracique : atteinte de la moelle - Aphasie, hémianopsie latérale homonyme - Troubles de la vigilance - Épilepsie						
SNP	- 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 aboli - 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.

- Déficit focal récent impose exclure AVC, compression médullaire, crise post-critique et hypoglycémie.
- Décrire topographie: face-bras, hémicorps, paraparésie, niveau sensitif, nerf crânien.
- Début brutal = vasculaire; progression heures-jours = inflammation, infection, tumeur ou compression.
- Imagerie cérébrale ou médullaire selon localisation.

#003

Bilan, traitement et surveillance

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.

- Anticoagulation, cancer, fièvre, trauma et immunodépression modifient l'urgence.
- Ne pas attribuer à migraine ou trouble fonctionnel sans exclusion des dangers.
- Surveiller déglutition, respiration, sphincters et douleur rachidienne.
- Réévaluer si déficit fluctuant ou signes nouveaux.

#004

Pièges d'examen

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

#005

Synthèse opérationnelle

- Pour Déficit Neurologique Récent, localiser la lésion, dater le début, mesurer la gravité et choisir l'examen qui tranche.
- Pour Déficit Neurologique Récent, traiter immédiatement hypoglycémie, état de mal, infection grave, AVC ou compression suspectée.
- Pour Déficit Neurologique Récent, documenter autonomie, déglutition, respiration, marche, douleur et retentissement cognitif.
- Pour Déficit Neurologique Récent, 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