

DFASM2 - MODULE 13 - SEMINAIRE 1

Questions isolées



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Parmi les résultats suivants, le(s)quel(s) est (sont) typiquement en faveur d'une neuropathie démyélinisante ?

A - Une baisse d'amplitude des potentiels sensitifs et moteurs isolée

B - Une amplitude des potentiels sensitifs et moteurs conservés

C - Une baisse de vitesse de la conduction nerveuse

D - Une vitesse conservée de la conduction nerveuse

E - L'existence de blocs de conduction



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Parmi les diagnostics suivants, le(s)quel(s) peut-on évoquer devant un déficit visuel transitoire ?

A - Une accident ischémique transitoire

B - Une crise d'épilepsie partielle

C - Une migraine avec aura

D - Une hypocalcémie

E - Une hypoglycémie



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Parmi les signes cliniques suivants, le(s)quel(s) serai(ent) en faveur d'une atteinte de la queue de cheval plutôt que d'une atteinte médullaire ?

A - Des troubles vésico-sphinctériens

B - L'abolition des réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs

C - Un déficit moteur complet des membres inférieurs

D - L'existence d'un signe de Babinski bilatéral

E - Une anesthésie en selle



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

Parmi les symptômes suivants, le(s)quel(s) peut-on observer au cours d'un syndrome de la queue de cheval ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Un signe de Babinski (uni- ou bilatéral)
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Une atrophie musculaire
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Une abolition des réflexes achilléens
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une abolition des réflexes sphinctériens
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Une anesthésie "en selle"



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Un patient consulte pour une faiblesse motrice. Parmi les situations suivantes, la(es)quelle(s) doi(ven)t faire évoquer une atteinte médullaire ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Un déficit moteur d'un hémicorps respectant la face
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Un déficit moteur d'un membre inférieur avec abolition de l'achilléen et du rotulien du côté du déficit et amyotrophie
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un déficit moteur proportionnel aux 3 étages
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Un déficit moteur d'un hémicorps sans atteinte faciale ipsilatérale mais avec une atteinte faciale controlatérale
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Un déficit moteur des 4 membres, sans atteinte de la motricité faciale, associée à un ptosis bilatéral



(Pondération 1) Question 6 - Question à réponses multiples

Parmi les structures suivantes, la(es)quelle(s) est(sont) atteinte(s) primitivement dans la sclérose latérale amyotrophique ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Neurones moteurs dont les corps cellulaires sont dans le cortex moteur primaire
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Neurones moteurs dont les corps cellulaires sont dans la corne antérieure de la moelle
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Jonction neuromusculaire
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Muscle strié
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Muscle lisse



(Pondération 1) Question 7 - Question à réponses multiples

Vous suspectez un syndrome syringomyélique cervical C2-C6 chez un de vos patients. Parmi les signes suivant(s) le(s)quel(s) est(sont) compatible(s) avec cette hypothèse ?

A - <input type="checkbox"/>	Un niveau médullaire C2
B - <input type="checkbox"/>	Un trouble sensitif proprioceptif suspendu dans les métamères C2 à C6
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un trouble sensitif thermo-algique suspendu dans les métamères C2 à C6
D - <input type="checkbox"/>	Des troubles sphinctériens au premier plan
E - <input type="checkbox"/>	Une abolition des ROT achilléens

Commentaire de correction de la question:

Le syndrome syringomyélique touche les fibres thermo-algiques qui croisent au niveau de la lésion centro-médullaire uniquement. Le trouble est donc "suspendu" (cad limité vers le haut et vers le bas). Il n'y a donc pas de niveau médullaire (pas de limite vers le bas), pas de trouble sphinctériens. Les ROT peuvent être abolis dans les métamères touchés par la lésion en interrompant l'arc réflexe (ici les ROT des MS).



(Pondération 1) Question 8 - Question à réponses multiples

Parmi les symptômes suivants, le(s)quel(s) peut-on observer en cas d'atteinte de la jonction neuromusculaire ?

A - <input type="checkbox"/>	Paresthésies
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Fatigabilité musculaire
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Diplopie
D - <input type="checkbox"/>	Baisse de l'acuité visuelle
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Troubles de la déglutition



(Pondération 1) Question 9 - Question à réponses multiples

Quel(s) signe(s) clinique(s) peut-on observer en cas d'atteinte du nerf III ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Une mydriase areflexique
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Un ptosis
C - <input type="checkbox"/>	Une abolition du RPM consensuel à l'éclairement de l'oeil ipsilatéral
D - <input type="checkbox"/>	Une conservation du RPM consensuel à l'éclairement de l'oeil controlatéral
E - <input type="checkbox"/>	Une paralysie de l'abduction



(Pondération 1) Question 10 - Question à réponses multiples

Un patient se plaint de troubles sensitifs des membres inférieurs. L'examen met en évidence une abolition bilatérale des ROT achilléens. Parmi les mécanismes suivants pouvant être à l'origine de troubles sensitifs des membres inférieurs, le(s)quel(s) est(sont) compatible(s) avec cette abolition ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Neuropathie sensitive axonale des petites fibres à un stade évolué
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Polyradiculoneuropathie chronique
C - <input type="checkbox"/>	Lesion médullaire cervicale
D - <input type="checkbox"/>	Multiplés lésions cérébrales
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Syndrome de la queue de cheval



(Pondération 1) Question 11 - Question à réponses multiples

Vous recevez en consultation un patient de 61 ans, sans antécédent qui ressent une faiblesse musculaire générale d'aggravation progressive. Il allait très bien il y a quelques mois, avant de constater une faiblesse de sa jambe droite puis de la gauche quelques semaines plus tard, avant de remarquer qu'il avait du mal à lever ses membres supérieurs. Depuis quelques jours, il fait des fausses routes. A l'examen, vous notez une tétraparésie, flasque aux membre supérieurs et spastique aux membres inférieurs. Vous constatez une amyotrophie et des fasciculations des 4 membres et de la langue. Les ROT sont tous présents, vifs aux membres inférieurs. Il n'y a pas de trouble sensitif, la pallesthésie est normale, il n'y a pas de trouble du champ visuel, pas d'atteinte des nerfs crâniens en dehors des XII. Parmi les propositions suivantes, quel(s) diagnostic(s) topographique(s) vous semble(nt) envisageable(s) ?

A - <input type="checkbox"/>	Atteinte myogène
B - <input type="checkbox"/>	Atteinte de la jonction neuromusculaire
C - <input type="checkbox"/>	Atteinte multifocale du système nerveux central
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte diffuse du 1er et du 2nd motoneurone
E - <input type="checkbox"/>	Atteinte diffuse du 2nd motoneurone

Commentaire de correction de la question:

A: atteinte symétrique des ceintures, pas de la langue, pas de signe central (spasticité)

B: atteinte des ceintures, pas d'amyotrophie, pas de signe central, fluctuations

E: atteinte périphérique pure, souvent plus lentement évolutive, pas d'amyotrophie sauf dans les formes sévères



(Pondération 1) Question 12 - Question à réponses multiples

Chez un patient de 62 ans, diabétique de type 2 connu depuis 20 ans et qui suit mal son traitement, vous avez diagnostiqué une neuropathie axonale des petites fibres longueur dépendante dont les principaux symptômes sont des douleurs neurogènes des pieds et une hypoesthésie en chaussettes bilatérale. Quel(s) autre(s) signe(s) vous attendez-vous à trouver à l'examen clinique ?

- A - Un réflexe cutané-plantaire en extension
- B - Une abolition des ROT des membres supérieurs
- C - Une dépilation des membres inférieurs
- D - Une diminution ou une abolition des ROT achilléens
- E - Une ataxie proprioceptive

Commentaire de correction de la question:

Atteinte axonale des petites fibres donc troubles sensitifs thermo-algiques + signes végétatifs/dysautonomiques locaux mais pas de signe pyramidal ni d'atteinte des grosses fibres (ataxie)



(Pondération 1) Question 13 - Question à réponses multiples

Parmi les mécanismes suivants, le(s)quel(s) peu(ven)t être responsable(s) d'une diplégie faciale périphérique ?

- A - Atteinte bilatérale des faisceaux corticaux-géniculés
- B - Lésion protubérantielle touchant les fibres intra-axiales des 2 nerfs faciaux
- C - Atteinte des 2 nerfs faciaux dans les espaces sous-arachnoïdiens dans le cadre d'une méningoradiculite
- D - Atteinte de la gaine de myéline des 2 nerfs faciaux dans un contexte de polyradiculonévrite
- E - Atteinte de la jonction neuromusculaire dans le cadre d'une myasthénie généralisée

Commentaire de correction de la question:

Question difficile+++ . Bien comprendre que c'est l'atteinte du 2nd motoneurone qui détermine la sémiologie périphérique et que ce second motoneurone commence à l'intérieur du tronc cérébral, donc dans le système nerveux central !!

Item A : c'est l'innervation bilatérale des neurones du territoire facial supérieur qui fait en partie la différence sémiologique entre une atteinte périphérique et une atteinte centrale (sur le plan sémiologique+++ et pas anatomique). Si les 2 faisceaux corticaux-géniculés sont atteints, cette innervation "de réserve" ne compense plus et la sémiologie est périphérique malgré l'implication du 1er motoneurone.



(Pondération 1) Question 14 - Question à réponses multiples

Un homme de 45 ans est amené aux urgences par les pompiers suite à une chute en scooter, il présente un déficit du membre supérieur droit. L'urgentiste conclut à une élongation du tronc primaire supérieur du plexus brachial (C5-C6). Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) serai(ent) en faveur de ce diagnostic ?

- | | |
|---|---|
| A - <input checked="" type="checkbox"/> | l'abolition du réflexe bicipital droit |
| B - <input type="checkbox"/> | la présence d'un babinski droit |
| C - <input checked="" type="checkbox"/> | un déficit sensitif de la face externe du bras et de l'avant bras droit |
| D - <input type="checkbox"/> | un niveau sensitif |
| E - <input type="checkbox"/> | un déficit moteur des muscles intrinsèques de la main droite |



(Pondération 1) Question 15 - Question à réponses multiples

Un patient de 50 ans se présente à votre consultation avec des douleurs du membre inférieur droit et des difficultés à se mettre sur la pointe du pied à droite. Devant ce tableau afin de différencier une atteinte radiculaire (S1) d'une atteinte tronculaire (nerf tibial), quel autre muscle devez-vous tester ?

- | | |
|---|------------------------|
| A - <input type="checkbox"/> | le moyen fessier droit |
| B - <input checked="" type="checkbox"/> | le grand fessier droit |
| C - <input type="checkbox"/> | le psoas droit |
| D - <input type="checkbox"/> | le quadriceps droit |
| E - <input type="checkbox"/> | les adducteurs droits |



(Pondération 1) Question 16 - Question à réponse unique

Devant l'association de paresthésies de l'hémicorps gauche et d'un signe de Lhermitte, vous évoquez l'atteinte d'une structure, laquelle ?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| A - <input type="radio"/> | cordon postérieur de la moelle thoracique gauche |
| B - <input type="radio"/> | faisceau spinothalamique de la moelle cervicale gauche |
| C - <input checked="" type="radio"/> | cordon postérieur de la moelle cervicale gauche |
| D - <input type="radio"/> | faisceau spino-thalamique cervical droit |
| E - <input type="radio"/> | plexus brachial gauche |



(Pondération 1) Question 17 - Question à réponses multiples

En cas d'atteinte élective d'une héli-moelle cervicale gauche, quelle(s) anomalie(s) vous attendez vous à trouver à l'examen clinique ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	un signe de Babinski gauche
B - <input checked="" type="checkbox"/>	une atteinte sensitive thermo-algique de l'hémicorps droit
C - <input type="checkbox"/>	une abolition des réflexes ostéo-tendineux de l'hémicorps droit
D - <input checked="" type="checkbox"/>	un signe de Hoffman gauche
E - <input checked="" type="checkbox"/>	une hypopallesthésie de l'hémicorps gauche



(Pondération 1) Question 18 - Question à réponses multiples

Parmi les éléments suivants, le(les)quel(s) serai(ent) en faveur d'une paralysie faciale périphérique plutôt que centrale ?

A - <input type="checkbox"/>	effacement du pli naso-génien
B - <input checked="" type="checkbox"/>	effacement des rides du front
C - <input type="checkbox"/>	dissociation automatico-volontaire
D - <input checked="" type="checkbox"/>	signe de Charle Bell
E - <input type="checkbox"/>	impossibilité de gonfler les joues



(Pondération 1) Question 19 - Question à réponses multiples

Quel(s) signe(s) clinique(s) est/sont évocateur(s) d'une maladie à corps de Lewy ?

A - <input type="checkbox"/>	Syndrome pyramidal.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Fluctuation des troubles.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Hallucinations visuelles.
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Hypotension orthostatique.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Trouble du comportement en sommeil paradoxal.



(Pondération 1) Question 20 - Question à réponses multiples

Quel(s) signe(s) est/sont compatibles avec un trouble neurocognitif léger ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Plainte cognitive du patient.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Difficultés mnésiques constatées par l'entourage.
C - <input type="checkbox"/>	Nécessité d'être maintenant aidé pour payer les factures.
D - <input type="checkbox"/>	Nécessité d'être maintenant aidé pour prendre ses traitements.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Anomalie objective à un test neuropsychologique.



(Pondération 1) Question 21 - Question à réponses multiples

Parmi les signes cliniques suivants, le ou lesquels est/sont évocateur(s) d'une dégénérescence fronto-temporale ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Des modifications précoces du comportement.
B - <input type="checkbox"/>	Une atteinte précoce de la mémoire épisodique.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Une atteinte précoce de la mémoire sémantique.
D - <input type="checkbox"/>	Un âge de début après 70 ans.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Une hyperphagie.



(Pondération 1) Question 22 - Question à réponses multiples

Parmi les examens suivants, le ou lesquels peut/peuvent apporter des arguments positifs pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	L'IRM cérébrale.
B - <input type="checkbox"/>	Le bilan biologique plasmatique.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	La ponction lombaire.
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Le PET SCAN cérébral au fluorodesoxyglucose.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Le PET SCAN cérébral amyloïde.



(Pondération 1) Question 23 - Question à réponses multiples

Parmi les symptômes suivants, le ou lesquels peut/peuvent s'observer dans la maladie d'Alzheimer ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> Hallucinations visuelles.
B - <input checked="" type="checkbox"/> Crises convulsives.
C - <input checked="" type="checkbox"/> Syndrome extra-pyramidal.
D - <input checked="" type="checkbox"/> Incontinence.
E - <input checked="" type="checkbox"/> Trouble du comportement.



(Pondération 1) Question 24 - Question à réponses multiples

Parmi les signes suivants, le ou lesquels est/sont évocateurs d'une hydrocéphalie à pression normale ?

A - <input type="checkbox"/> Un syndrome pyramidal réflexe.
B - <input checked="" type="checkbox"/> Une marche à petit pas.
C - <input checked="" type="checkbox"/> Une atteinte de la mémoire épisodique.
D - <input type="checkbox"/> Un réflexe nasopalpebral inépuisable.
E - <input checked="" type="checkbox"/> Une impériosité mictionnelle.

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP1

Une femme de 34 ans, institutrice, se plaint depuis 4 ans d'une faiblesse des membres. Ce n'est pas toujours le cas, mais en ce moment, elle n'arrive plus à porter son fils de 6 ans dans ses bras qui sont trop faibles. Elle est épuisée en fin de journée au point d'être incapable d'écrire au tableau et parfois même de monter les escaliers. Elle se sent moins fatiguée pendant les vacances mais n'arrive cependant ni à nager longtemps, ni à effectuer les grandes randonnées en montagne comme avant. Elle a vu plusieurs médecins qui l'ont traitée pour une dépression d'autant que son visage était devenu triste et inexpressif.

Depuis une semaine, la fatigue est telle qu'elle est incapable d'aller jusqu'à la fin des repas, n'ayant plus de force pour mâcher, surtout lorsqu'elle mange la viande. Il lui est même arrivé à plusieurs reprises, le soir après le diner, en regardant la télévision, de voir les images se dédoubler, horizontalement ou verticalement.

A l'examen, on note un ptosis bilatéral, une limitation de l'abduction et de l'élévation de l'œil droit et de l'adduction de l'œil gauche.

Le reste de l'examen neurologique est normal.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponse unique

Parmi les éléments suivants, lequel est le plus important pour l'orientation du diagnostic topographique ?

A - <input checked="" type="radio"/> Caractère moteur pur du déficit des 4 membres et de la musculature ORL, OPH et faciale
B - <input type="radio"/> Symptomatologie fluctuante
C - <input type="radio"/> Atteinte bilatérale
D - <input type="radio"/> Atteinte symétrique
E - <input type="radio"/> Atteinte prédominante aux membres supérieurs



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

De manière générale, sans tenir compte de l'énoncé, quel(s) diagnostic(s) topographique(s) pourrai(en)t expliquer un déficit moteur des 4 membres et de la musculature ORL, oculaire et faciale ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte centrale, supra médullaire
B - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte multifocale des nerfs moteurs
C - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte diffuse des nerfs moteurs
D - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte myogène
E - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte de la jonction neuromusculaire



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

De manière générale, sans tenir compte de l'énoncé, quelle(s) atteinte(s) du système nerveux central pourrai(en)t être à l'origine d'une atteinte motrice des 4 membres, et de la musculature ORL, oculaire et faciale ?

A - <input type="checkbox"/> Atteinte hémisphérique unilatérale
B - <input type="checkbox"/> Atteinte thalamique unilatérale
C - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte du tronc cérébral
D - <input type="checkbox"/> Atteinte médullaire
E - <input type="checkbox"/> Atteinte du cône médullaire et des racines de la queue de cheval

Commentaire de correction de la question:

Sont faux

a, b (donneraient des signes unilatéraux)

d, e (ne donnerait pas d'atteinte de la motricité faciale ou ORL - ni des MS pour e)



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

De manière générale, sans tenir compte de l'énoncé, quelle(s) atteinte(s) périphérique(s) pourrai(en)t expliquer une atteinte motrice des 4 membres et de la musculature ORL, oculaire et faciale ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte diffuse des racines et des troncs nerveux (polyradiculonévrite)
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Certaines myopathies
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Myasthénie
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Mononeuropathie multiple (~ multinévrite)
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot)



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Parmi ces mécanismes pouvant expliquer une atteinte motrice des 4 membres et de la musculature ORL, oculaire et faciale, lequel(s) serai(en)t dans tous les cas purement moteurs ?

A - <input type="checkbox"/>	Atteinte diffuse des racines et des troncs nerveux (polyradiculoneuropathie)
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Myopathies
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Myasthénie
D - <input type="checkbox"/>	Mononeuropathie multiple (~ multinévrite)
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot)

Commentaire de correction de la question:
a et d) très probable atteinte sensitive associée



(Pondération 1) Question 6 - Question à réponses multiples

Si le déficit moteur des 4 membres et de la motricité ORL, faciale et OPH était lié à une lésion du tronc cérébral, quel(s) signe(s) serai(en)t très probablement présent(s) ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Trouble de la vigilance
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Syndrome cérébelleux
C - <input type="checkbox"/>	Aphasie
D - <input type="checkbox"/>	Apraxie
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Troubles sensitifs des 4 membres

Commentaire de correction de la question:
c et d sont des symptômes corticaux



(Pondération 1) Question 7 - Question à réponses multiples

Vous suspectez une atteinte de la jonction neuromusculaire chez votre patiente. Sur quel(s) argument(s) ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Déficit moteur pur
B - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Fatigabilité
C - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Absence d'amyotrophie
D - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> La normalité des ROT
E - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> La normalité du RCP

Commentaire de correction de la question:

l'atteinte de la jonction est fonctionnelle+++ , donc aucun signe clinique autre que la faiblesse

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP2

Un homme de 65 ans consulte pour une impotence fonctionnelle douloureuse du membre supérieur gauche apparue une semaine auparavant. La veille de l'installation des troubles, il avait effectué un long voyage en voiture après lequel il s'était plaint d'un torticolis, ce qui lui était déjà arrivé à plusieurs reprises. La douleur, initialement cervicale, irradiait vers l'épaule et le bras gauches, de façon permanente. Elle était augmentée par la toux, persistait la nuit et a été améliorée par la prise d'Aspirine. Elle était associée à un engourdissement du pouce gauche. Le toucher déclenchait, à ce niveau, des fourmillements et il existait une faiblesse du bras.

L'examen montre un déficit de la flexion de l'avant-bras, des fasciculations du biceps et du long supinateur et une diminution du réflexe bicipital gauche. Le reste de l'examen est sans particularité.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Parmi les sites lésionnels suivants et sans tenir compte de l'énoncé, le(s)quel(s) pourrai(en)t expliquer un déficit moteur du membre supérieur gauche ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte centrale cérébrale
B - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte centrale médullaire
C - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte périphérique radiculaire
D - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte périphérique plexique
E - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte périphérique tronculaire



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Quel(s) élément(s) est(sont) en faveur d'une atteinte périphérique dans le cas de votre patient ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Fasciculations
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Diminution du bicipital
C - <input type="checkbox"/>	Atteinte du long supinateur
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte de certains groupes musculaires et pas d'autres sur le même segment de membre
E - <input type="checkbox"/>	Impulsivité à la toux

Commentaire de correction de la question:

L'atteinte d'un muscle n'est spécifique d'aucun diagnostic topographie (c faux) et l'impulsivité à la toux est un élément d'orientation étiologique en cas d'atteinte périphérique et non de diagnostic topographique (e faux)



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Vous suspectez une atteinte périphérique. Quel(s) élément(s) peu(ven)t permettre d'en préciser la topographie ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Topographie du déficit moteur
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte des ROT
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Topographie des troubles sensitifs
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Topographie de la douleur
E - <input type="checkbox"/>	Type de la douleur



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponse unique

Quel est votre diagnostic topographique chez ce patient ?

A - <input checked="" type="radio"/>	Atteinte de la racine C6
B - <input type="radio"/>	Atteinte de la racine C7
C - <input type="radio"/>	Atteinte du plexus brachial
D - <input type="radio"/>	Atteinte tronculaire radiale
E - <input type="radio"/>	Atteinte tronculaire du médian

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP3

Un homme de 67 ans, diabétique, hypertendu, dyslipidémique, en rupture de traitement ces derniers mois suite au décès de sa femme, consulte pour la constatation le matin même d'un

déficit moteur distal du pied droit.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponse unique

Compte tenu du terrain de votre patient, comment estimez-vous la probabilité que la symptomatologie neurologique soit liée à un AVC chez lui ?

A - <input type="radio"/> Nulle
B - <input type="radio"/> Faible
C - <input type="radio"/> Modérée
D - <input type="radio"/> Forte
E - <input checked="" type="radio"/> Très forte



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Parmi les diagnostics topographiques suivants et sans tenir compte de l'énoncé, le(s)quel(s) pourrai(en)t expliquer un déficit moteur du membre inférieur ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte centrale cérébrale
B - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte centrale médullaire
C - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte périphérique radiculaire
D - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte périphérique plexique
E - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte périphérique tronculaire



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

A l'examen, votre patient présente un déficit moteur des releveurs et de l'eversion du pied ainsi que de l'extension des orteils. Les autres groupes moteurs sont indemnes. Il a une zone d'hyposensibilité sur la face antéro-externe du pied. Quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) topographique(s) le(s) plus probable(s) ?

A - <input type="checkbox"/> Atteinte centrale cérébrale
B - <input type="checkbox"/> Atteinte centrale médullaire
C - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte périphérique radiculaire
D - <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte périphérique tronculaire
E - <input type="checkbox"/> Atteinte myogène

Commentaire de correction de la question:
atteinte de certains groupes musculaires ET respect d'autres sur le même segment de membre
=> périphérique



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponse unique

Vous suspectez une atteinte périphérique. Compte tenu du diagnostic topographique maintenant suspecté, comment évaluez-vous la probabilité qu'il s'agisse d'un AVC ?

- A - Nulle
- B - Très faible
- C - Modérée
- D - Forte
- E - Très forte

Commentaire de correction de la question:

le diagnostic topographique est périphérique donc il ne s'agit pas d'un AVC. Cependant le risque en cas d'erreur est tellement grave (prendre un AVC pour une compression d'un nerf périphérique) que l'on ne peut pas se permettre à ce stade de tout faire reposer sur un examen clinique (nulle=>faible). Cette question ne serait jamais posée telle quelle aux ECNi, c'est un exercice d'entraînement+++



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Compte tenu des données de l'examen, vous hésitez entre 2 types d'atteinte périphérique, une atteinte radiculaire L5 et une atteinte du fibulaire commun. Cliniquement, certains symptômes peuvent vous permettre de faire la différence, le(s)quel(s) ?

- A - Heure d'installation
- B - Atteinte motrice du moyen fessier
- C - Rupture récente de traitement
- D - Terrain
- E - Présence de troubles sphinctériens

Commentaire de correction de la question:

l'atteinte du moyen fessier ne se voit pas en cas d'atteinte fibulaire - la présence de troubles sphinctériens ne fait pas partie du tableau d'atteinte radiculaire L5, mais pourrait témoigner d'une étiologie commune comme une hernie exclue ou une infiltration

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP4

Un homme de 71 ans, diabétique, se plaint depuis plusieurs années de mal sentir sous les pieds. Cela a commencé maintenant il y a plus de 10 ans par un engourdissement des 2 gros orteils, qui s'est étendu très progressivement, de manière parfaitement symétrique, jusqu'aux chevilles puis maintenant jusque sous les genoux. Il n'y a pas de déficit moteur, pas d'ataxie, pas d'erreur au sens de position du gros orteil. Les ROT achilléens sont abolis.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Théoriquement et sans tenir compte de l'énoncé, quelle(s) localisation(s) lésionnelle(s) peu(ven)t être à l'origine d'un trouble sensitif distal des 2 membres inférieurs ?

A - <input type="checkbox"/>	Atteinte hémisphérique unilatérale
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte du tronc cérébral
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte de la moelle cervicale ou dorsale
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte des racines de la queue de cheval
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte diffuse des nerfs périphériques



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Quel(s) type(s) de fibres est(sont) touché(s) dans le cas de votre patient ?

A - <input type="checkbox"/>	Nerfs moteurs
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Nerfs sensitifs non myélinisés
C - <input type="checkbox"/>	Nerfs sensitifs myélinisés
D - <input type="checkbox"/>	Contingent sympathique du système nerveux autonome
E - <input type="checkbox"/>	Contingent parasympathique du système nerveux autonome



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Quel(s) élément(s) vous attendriez-vous à trouver en cas d'atteinte de la queue de cheval chez ce patient ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte motrice
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Troubles sphinctériens
C - <input type="checkbox"/>	Atteinte privilégiée d'un type de sensibilité
D - <input type="checkbox"/>	Atteinte distale uniquement
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Absence d'atteinte des membres supérieurs



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponse unique

Quel est votre diagnostic sémiologique ?

A - <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Atteinte multiples des troncs et des racines nerveuses (polyradiculoneuropathie)
B - <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Polyneuropathie axonale ascendante progressive petites fibres
C - <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Atteinte multiple et asynchrone de plusieurs troncs nerveux (mononeuropathie multiple)
D - <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Syndrome du cône médullaire
E - <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Syndrome syringomyélique

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP5

Vous recevez aux urgences Mme T, 32 ans, pour un trouble de la marche d'apparition rapide. Elle est sportive et n'a aucun antécédent médical. Une semaine auparavant, elle a commencé à accrocher ses pieds sur les trottoirs. Progressivement, les choses se sont aggravées si bien qu'elle a fini par avoir du mal à se relever de son canapé. Elle a pensé que c'était lié à la fatigue. Ce matin, elle n'arrivait plus à boutonner son chemisier, ce qui l'a inquiétée au point d'appeler les pompiers qui l'amènent aux urgences.

Cliniquement, vous constatez, chez une patiente cohérente et orientée, une faiblesse motrice des 4 membres, touchant tous les groupes musculaires des membres mais prédominant aux MI et en distalité des MS. Il n'y a pas de trouble sensitif thermo-algique, mais de nombreuses erreurs au sens de position des articulations et des sensations d'étau sur les mollets et les avant-bras.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Quel(s) diagnostic(s) topographique(s) pourrai(ent) **théoriquement** expliquer cette symptomatologie ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Une atteinte multiple des troncs nerveux
B - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Une atteinte radiculaire multiple
C - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Une atteinte multiple tronculaire et radiculaire
D - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Une atteinte de la moelle cervicale
E - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Une atteinte du tronc cérébral



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Vous notez par ailleurs une diparésie faciale. Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous attendriez-vous à observer si la symptomatologie était liée à une lésion du tronc cérébral ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Des troubles cognitifs
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Des troubles de déglutition
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Des troubles de la vigilance
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Un syndrome cérébelleux
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Une atteinte d'autres nerfs crâniens



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponse unique

La patiente n'a pas de trouble de la vigilance, pas de syndrome cérébelleux, pas d'atteinte des autres nerfs crâniens. Vous notez une abolition de tous les ROT compatible l'hypothèse d'une polyradiculoneuropathie. Parmi les symptômes suivants, lequel vous attendez vous à observer chez votre patiente ?

A - <input checked="" type="radio"/>	Des troubles sphinctériens sévères
B - <input checked="" type="radio"/>	Une dysautonomie
C - <input checked="" type="radio"/>	Une anesthésie thermo-algique
D - <input checked="" type="radio"/>	Une spasticité
E - <input checked="" type="radio"/>	Une abolition des réflexes cutanés abdominaux



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

Concernant l'évolution ascendante constatée chez votre patiente, quelle(s) proposition(s) est(sont) vraie(s) ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Il s'agit d'une affection longueur-dépendante
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Les fibres les plus longues sont statistiquement plus vulnérables aux atteintes hémato-gènes
C - <input checked="" type="checkbox"/>	L'évolution ascendante est habituelle mais pas systématique
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Cette affection peut se révéler par une diplégie faciale
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Elle est liée au pathogène qui progresse de manière centripète

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP6

Un homme de 75 ans, hypertendu traité depuis 20 ans, consulte pour des troubles de la marche apparus brutalement il y a 15 jours.

Il y a 2 ans, en se levant après le déjeuner, il avait constaté une lourdeur du membre supérieur

et du membre inférieur droits sans autre symptôme. Son médecin lui avait prescrit un scanner qui était normal. Il avait renforcé le traitement anti-hypertenseur et la symptomatologie avait régressé en un mois.

A l'interrogatoire, on apprend que le patient a des accès de toux pendant les repas et on est frappé par une voix assourdie.

A l'examen, votre patient est ralenti. Il n'a pas d'aphasie ni de négligence, pas de trouble sensitif, pas d'ataxie, pas de trouble du champ visuel. La marche se fait à petits pas raides, les pieds frottant le sol. Les ROT sont vifs et diffusés aux quatre membres. Vous notez une hypertonie qui se renforce à la vitesse du mouvement. Il existe un Babinski bilatéral. La pression artérielle est à 160/100 mmHg.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Quel(s) symptôme(s) est(sont) en faveur d'une atteinte centrale chez votre patient ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Le ralentissement psychomoteur
B - <input checked="" type="checkbox"/>	La présence d'une hypertonie
C - <input checked="" type="checkbox"/>	La présence d'un signe de Babinski
D - <input type="checkbox"/>	Les accès de toux pendant les repas
E - <input type="checkbox"/>	La voix assourdie



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Parmi les symptômes de votre patient, le(s)quel(s) aurai(en)t pu vous faire évoquer un syndrome parkinsonien ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	La marche à petits pas
B - <input type="checkbox"/>	La vivacité des ROT
C - <input type="checkbox"/>	Le signe de Babinski bilatéral
D - <input checked="" type="checkbox"/>	L'hypophonie
E - <input type="checkbox"/>	L'hypertonie qui se renforce à la vitesse du mouvement



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Parmi les diagnostics topographiques suivants, lequel(s) vous parai(ssen)t envisageable(s) chez votre patient ?

A - <input type="checkbox"/>	Polyradiculonévrite
B - <input type="checkbox"/>	Polyneuropathie axonale ascendante progressive
C - <input type="checkbox"/>	Atteinte médullaire cervicale
D - <input type="checkbox"/>	Syndrome de la queue de cheval
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Atteinte cérébrale multifocale

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP7

Un patient de 37 ans se présente aux urgences. Il se plaint depuis 48h d'une faiblesse des membres inférieurs d'installation progressive. Le testing moteur retrouve :

- psoas : 4/5 à droite et à gauche
- quadriceps : 4/5 à droite et à gauche
- tibiaux antérieurs 4/5 à droite et 3/5 à gauche
- muscles fibulaires : 3/5 à droite et à gauche

Le reste du testing moteur est normal.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

La(les)quelle(s) de ces structures innerve(nt) les muscles fibulaires (long et court fibulaire)?

A - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> nerf fibulaire
B - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nerf tibial
C - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> racine L5
D - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> racine S1
E - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> racine L4



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

D'après le tableau présenté par le patient, quelle(s) type(s) d'atteinte pouvez-vous évoquer?

A - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une myopathie
B - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une atteinte pluriradiculaire
C - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une pathologie de la jonction musculaire
D - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une atteinte médullaire
E - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> une atteinte du tronc cérébral



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

L'examen de la sensibilité retrouve une hypopallesthésie modérée des extrémités associée à des paresthésies des membres inférieurs. Quelle(s) lésion(s) peut donner ce type d'anomalies sensitives ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	une lésion des racines dorsales
B - <input type="checkbox"/>	une lésion des racines ventrales
C - <input type="checkbox"/>	une lésion de la corne antérieure de la moelle
D - <input checked="" type="checkbox"/>	une lésion des cordons postérieurs de la moelle
E - <input type="checkbox"/>	une lésion des fibres A δ



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

Compte tenu de cette atteinte sensitive profonde et motrice des membres inférieurs, quelle(s) type(s) d'atteinte pouvez-vous évoquer ?

A - <input type="checkbox"/>	une atteinte du tronc cérébral
B - <input type="checkbox"/>	une pathologie de la jonction neuro-musculaire
C - <input checked="" type="checkbox"/>	une atteinte médullaire
D - <input type="checkbox"/>	une myopathie
E - <input checked="" type="checkbox"/>	une polyradiculonévrite aiguë



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Vous hésitez entre une atteinte médullaire et une polyradiculonévrite aiguë. Quel(s) élément(s) serai(en)t en faveur d'une polyradiculonévrite aiguë ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	une aréflexie diffuse
B - <input type="checkbox"/>	un syndrome pyramidal
C - <input type="checkbox"/>	la présence de trouble sphinctérien
D - <input checked="" type="checkbox"/>	des troubles de la déglutition
E - <input type="checkbox"/>	un niveau sensitif

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP8

Une patiente de 56 ans se présente avec une diplopie évoluant depuis 2 semaines. Vous constatez que la diplopie disparaît en vision monoculaire.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Quelle(s) type(s) d'atteinte peu(ven)t donner ce type de diplopie ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	une atteinte de la jonction neuro-musculaire
B - <input checked="" type="checkbox"/>	une atteinte d'un muscle oculomoteur
C - <input type="checkbox"/>	une atteinte du cristallin
D - <input type="checkbox"/>	une atteinte de la rétine
E - <input checked="" type="checkbox"/>	une atteinte d'un nerf oculomoteur



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

A l'examen clinique vous constatez également un ptosis droit. Vers quelle(s) atteinte(s) vous oriente l'association de la diplopie binoculaire et du ptosis ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	une atteinte musculaire
B - <input checked="" type="checkbox"/>	une atteinte de la jonction neuro-musculaire
C - <input type="checkbox"/>	une atteinte du nerf abducens (VI)
D - <input type="checkbox"/>	une atteinte de la voie sympathique
E - <input checked="" type="checkbox"/>	une atteinte du nerf oculomoteur (III)



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Parmi les anomalies suivantes la(les)quelle(s) vous orienterai(en)t vers une atteinte du nerf oculomoteur (III) ?

A - <input type="checkbox"/>	un myosis
B - <input checked="" type="checkbox"/>	une mydriase
C - <input type="checkbox"/>	une enophtalmie
D - <input checked="" type="checkbox"/>	un strabisme divergent
E - <input type="checkbox"/>	une parésie de l'abduction de l'oeil droit



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

A l'interrogatoire, la patiente vous rapporte également, une faiblesse proximale des deux membres inférieurs ainsi que des troubles de déglutition avec quelques fausses routes. Avec ces nouveaux éléments, vers quelle(s) type(s) d'atteinte vous orientez-vous ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une atteinte musculaire
B - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une atteinte de la jonction neuro-musculaire
C - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> une atteinte de la voie sympathique
D - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une polyradiculonévrite
E - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> une multinévrite



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Quel(s) élément(s) serai(en)t en faveur d'une pathologie de la jonction neuro-musculaire ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> une abolition diffuse des réflexes ostéo-tendineux
B - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> une ataxie proprioceptive
C - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une fatigabilité
D - <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> une atteinte pupillaire
E - <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> une majoration des symptômes en fin de journée

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP9

Un patient de 57 ans tabagique chronique présente depuis 2 semaines des troubles de l'équilibre. Les troubles s'aggravent rapidement. Lorsqu'il se présente à votre cabinet, il utilise deux cannes pour se déplacer. Concomitamment à l'installation des troubles de l'équilibre, le patient a constaté des difficultés à contrôler les mouvements de ses membres supérieurs. A l'examen clinique, vous constatez une démarche ataxique, talonnante. La position debout statique n'est pas possible les yeux fermés, le patient chute. Il n'est pas constaté de déficit moteur mais une abolition diffuse des réflexes ostéo-tendineux. Le patient a de grosses difficultés à réaliser les épreuves doigt/nez et talon/genou, il rate la cible à plusieurs reprises. L'examen des paires crâniennes est normal.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Sans tenir compte de l'énoncé, quelle(s) type(s) d'atteinte évoquez-vous devant des trouble de l'équilibre (ataxie statique) associé à une ataxie cinétique ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> atteinte vestibulaire
B - <input checked="" type="checkbox"/> atteinte cérébelleuse
C - <input checked="" type="checkbox"/> atteinte pyramidale
D - <input checked="" type="checkbox"/> atteinte oculomotrice
E - <input checked="" type="checkbox"/> atteinte proprioceptive



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Parmi les anomalies cliniques suivantes, la(les)quelle(s) serai(en)t en faveur d'une atteinte cérébelleuse plutôt que proprioceptive ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> une dysarthrie
B - <input checked="" type="checkbox"/> un signe de Romberg
C - <input checked="" type="checkbox"/> une abolition des réflexes ostéo-tendineux
D - <input checked="" type="checkbox"/> des réflexes ostéo-tendineux pendulaires
E - <input checked="" type="checkbox"/> un nystagmus



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Parmi les anomalies cliniques suivantes, la(les)quelle(s) serai(en)t en faveur d'une atteinte proprioceptive plutôt que cérébelleuse?

A - <input checked="" type="checkbox"/> une dysarthrie
B - <input checked="" type="checkbox"/> une hypopallesthésie
C - <input checked="" type="checkbox"/> un signe de Romberg
D - <input checked="" type="checkbox"/> un nystagmus
E - <input checked="" type="checkbox"/> un tremblement d'action



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

Vous vous orientez vers une atteinte proprioceptive, d'après la topographie de l'atteinte et votre examen clinique à quel(s) niveau(x) de la voie proprioceptive situeriez-vous la lésion?

A - <input type="checkbox"/>	cortex somesthésique
B - <input type="checkbox"/>	thalamus
C - <input type="checkbox"/>	tronc cérébral
D - <input checked="" type="checkbox"/>	nerfs périphériques
E - <input type="checkbox"/>	capsule interne



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Parmi les syndromes neurogènes périphériques suivants, le(les)quel(s) corresponde(nt) au tableau du patient ?

A - <input type="checkbox"/>	une polyneuropathie sensitive longueur dépendante
B - <input checked="" type="checkbox"/>	une ganglionopathie (neuronopathie sensitive)
C - <input type="checkbox"/>	une neuropathie petites fibres
D - <input type="checkbox"/>	une multinévrite
E - <input checked="" type="checkbox"/>	une polyradiculonévrite sensitive

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP10

De garde aux urgences de l'hôpital X, vous recevez Mme Françoise S., 72 ans, adressée par sa famille pour modification de son état cognitif. Sa famille a noté plusieurs épisodes de chutes au domicile ces derniers mois. Elle est traitée par Kardeic 75 et un demi-comprimé de Lexomil le soir. Elle est veuve depuis 3 ans et consomme un verre de vin rouge par repas.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Quel(s) élément(s) recherchez-vous en faveur d'un syndrome confusionnel ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Une évolution rapidement progressive.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Une fluctuation des troubles.
C - <input type="checkbox"/>	La présence de paraphasies phonémiques.
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Un trouble de la vigilance.
E - <input type="checkbox"/>	Un trouble aigu isolé de la mémoire épisodique.



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Quel(s) élément(s) serait(ent) en faveur d'un syndrome démentiel ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Une évolution chronique.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Un trouble mnésique d'aggravation progressive.
C - <input type="checkbox"/>	Une fluctuation des troubles.
D - <input type="checkbox"/>	Une polymédication.
E - <input type="checkbox"/>	Des troubles de la vigilance.



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Quel(s) examen(s) demandez-vous en première intention ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Une glycémie.
B - <input type="checkbox"/>	Un électroencéphalogramme.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un scanner cérébral.
D - <input type="checkbox"/>	Un TPHA/VDRL.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Une calcémie.



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

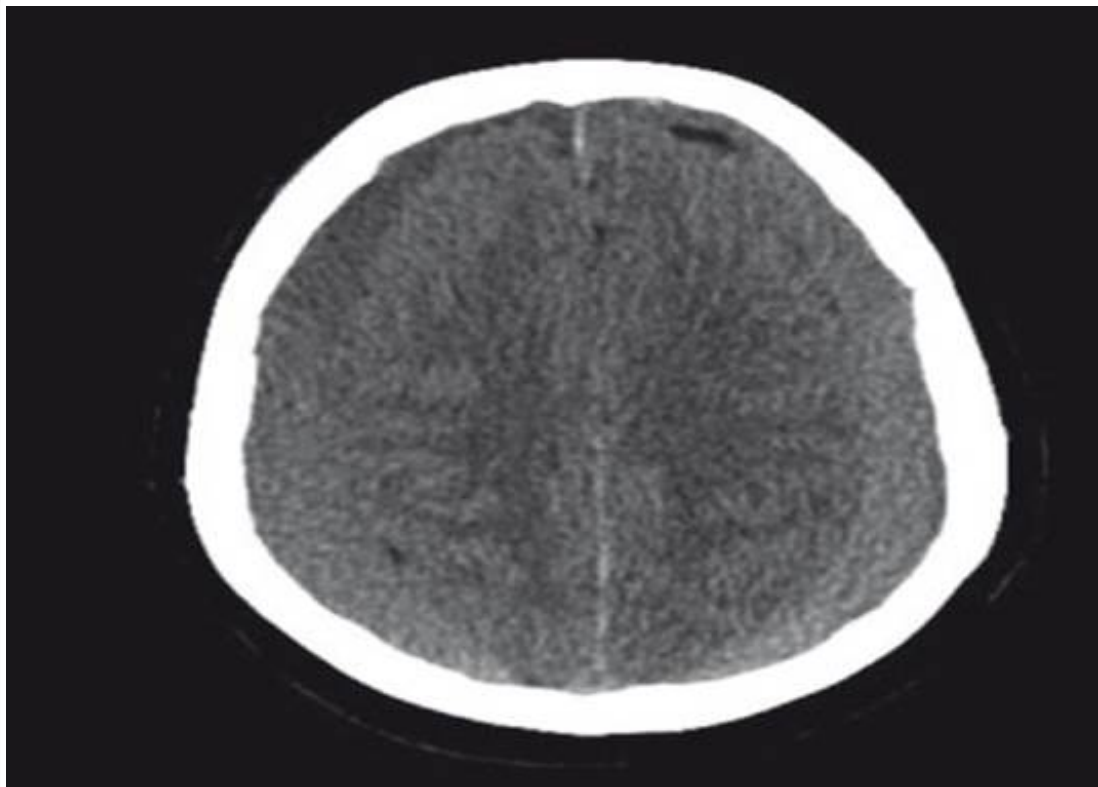
Quel(s) diagnostic(s) évoqueriez-vous devant la présence d'une fièvre à 39°C ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Une méningite aiguë.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Une endocardite.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Une pneumonie franche lobaire aiguë.
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une pyélonéphrite.
E - <input type="checkbox"/>	Une neurocysticercose.



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?



A - Hématome sous-dural chronique droit.

B - Hématome sous-dural chronique gauche.

C - Hématome sous-dural aigu gauche.

D - Hématome sous-dural aigu droit.

E - Hématome extra-dural droit.

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP11

Mme Josette B., 74 ans, droitère, vous consulte pour une plainte langagière.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Parmi les structures suivantes, laquelle/lesquelles peut/peuvent donner une atteinte du langage ?

A - Le lobe frontal gauche.

B - Le lobe temporal gauche.

C - Le thalamus gauche.

D - Le lobe pariétal gauche.

E - Le lobe occipital gauche.



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponse unique

Si la compréhension est préservée, mais la fluence verbale très réduite, où situez-vous la lésion ?

A - <input checked="" type="radio"/> Lobe frontal gauche.
B - <input type="radio"/> Lobe pariétal gauche.
C - <input type="radio"/> Lobe temporal gauche.
D - <input type="radio"/> Lobe occipital gauche.
E - <input type="radio"/> Lobe temporal droit.



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponse unique

Si au contraire la fluence verbale est préservée, mais les troubles de compréhension sont marqués, où situez vous la lésion ?

A - <input type="radio"/> Lobe frontal gauche.
B - <input type="radio"/> Lobe frontal droit.
C - <input checked="" type="radio"/> Lobe temporal gauche.
D - <input type="radio"/> Lobe pariétal droit.
E - <input type="radio"/> Lobe pariétal gauche.



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

Parmi les affections suivantes, laquelle/lesquelles peut/peuvent donner un trouble phasique ?

A - <input checked="" type="checkbox"/> Une maladie d'Alzheimer.
B - <input checked="" type="checkbox"/> Un infarctus sylvien gauche.
C - <input type="checkbox"/> Une maladie de Parkinson.
D - <input checked="" type="checkbox"/> Une dégénérescence fronto-temporale.
E - <input type="checkbox"/> Un syndrome de Wallenberg.



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Quel(s) mécanisme(s) évoqueriez-vous devant un trouble phasique et une hémiparésie droite d'évolution subaiguë?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Un infarctus sylvien gauche.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Une maladie d'Alzheimer.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un processus expansif intra-crânien.
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une maladie de Parkinson.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Une dégénérescence fronto-temporale.

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP12

Mme X., 75 ans, droitère, vous consulte pour des difficultés de mémoire qui l'inquiètent.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Parmis les éléments suivants, lequel/lesquels font appel à la mémoire épisodique verbale ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Sa date de naissance.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Le nom de l'actuel président de la république.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Le nom du roi de France en 1789.
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Le lieu de séjour de ses dernières vacances.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Le trajet de son domicile à chez sa fille.



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Quelle(s) structure(s) anatomique(s) joue(nt) un rôle dans la mémoire épisodique ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Le thalamus.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Les hippocampes.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Les corps mamillaires.
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Le lobe frontal.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Le lobe pariétal.



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

La ou lesquelles de ces pathologies peuvent entraîner un trouble de la mémoire épisodique ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Une maladie d'Alzheimer.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Une dépression.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un syndrome d'apnée du sommeil.
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une démence vasculaire.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Une maladie de Parkinson.



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

Quelle(s) caractéristique(s) clinique(s) est/sont évocatrice(s) d'une origine corticale au problème mnésique?

A - <input type="checkbox"/>	Sensibilité à l'indigage.
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Présence d'intrusions.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Anosognosie.
D - <input type="checkbox"/>	Prédominance sur les noms propres.
E - <input type="checkbox"/>	Fluctuation nyctémérale.



(Pondération 1) Question 5 - Question à réponses multiples

Quelle(s) caractéristique(s) associée(s) est/sont évocatrice(s) d'une origine corticale au problème mnésique?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Un manque du mot.
B - <input type="checkbox"/>	Une apathie.
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un trouble praxique.
D - <input type="checkbox"/>	Un défaut de planification.
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Un trouble gnosique.

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP13

Suite du miniDP1

Rappel de l'énoncé :

Une femme de 34 ans, institutrice, se plaint depuis 4 ans d'une faiblesse des membres. Ce n'est pas toujours le cas, mais en ce moment, elle n'arrive plus à porter son fils de 6 ans dans ses bras qui sont trop faibles. Elle est épuisée en fin de journée au point d'être incapable d'écrire au tableau et parfois même de monter les escaliers. Elle se sent moins fatiguée pendant les vacances mais n'arrive cependant ni à nager longtemps, ni à effectuer les grandes

randonnées en montagne comme avant. Elle a vu plusieurs médecins qui l'ont traitée pour une dépression d'autant que son visage était devenu triste et inexpressif. Depuis une semaine, la fatigue est telle qu'elle est incapable d'aller jusqu'à la fin des repas, n'ayant plus de force pour mâcher, surtout lorsqu'elle mange la viande. Il lui est même arrivé à plusieurs reprises, le soir après le dîner, en regardant la télévision, de voir les images se dédoubler, horizontalement ou verticalement. A l'examen, on note un ptosis bilatéral, une limitation de l'abduction et de l'élévation de l'œil droit et de l'adduction de l'œil gauche. Le reste de l'examen neurologique est normal.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Vous avez fait le diagnostic de pathologie de la jonction neuromusculaire. Parmi les étiologies suivantes, la(s)quelle(s) pourrai(en)t théoriquement (sans nécessairement tenir compte des détails de l'anamnèse) en être la cause ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Une myasthénie généralisée auto-immune
B - <input type="checkbox"/>	Une sclérose latérale amyotrophique
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un botulisme
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Un syndrome de Lambert-Eaton
E - <input type="checkbox"/>	Un syndrome de Guillain-Barré



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Un électromyogramme est réalisé. Quel(s) résultat(s) est (sont) compatibles avec le diagnostic de myasthénie généralisée auto-immune ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Un décrétement de l'amplitude du potentiel d'action
B - <input type="checkbox"/>	Un incrément de l'amplitude du potentiel d'action
C - <input type="checkbox"/>	Un ralentissement des vitesses de conduction motrices
D - <input type="checkbox"/>	Un allongement des latences distales
E - <input type="checkbox"/>	Un syndrome myogène



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Le diagnostic de myasthénie généralisée auto-immune est confirmé. Quel(s) élément(s) biologique(s) est(sont) compatible(s) avec ce diagnostic ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	La présence d'anticorps anti-RACH
B - <input checked="" type="checkbox"/>	L'absence d'anticorps anti-RACH
C - <input type="checkbox"/>	Une hypocalcémie
D - <input type="checkbox"/>	Une hypercalcémie
E - <input type="checkbox"/>	Une élévation des CPK



(Pondération 1) Question 4 - Question à réponses multiples

Parmi les pathologies suivantes, la(es)quelle(s) est (sont) susceptible(s) d'être associée(s) à une myasthénie généralisée auto-immune ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Un adénocarcinome pulmonaire
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Un cancer pulmonaire à petites cellules
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un lupus érythémateux disséminé
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une dysthyroïdie
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Un thymome

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP14

Suite du mini DP2.

Rappel de l'énoncé :

Un homme de 65 ans consulte pour une impotence fonctionnelle douloureuse du membre supérieur gauche apparue une semaine auparavant. La veille de l'installation des troubles, il avait effectué un long voyage en voiture après lequel il s'était plaint d'un torticolis, ce qui lui était déjà arrivé à plusieurs reprises. La douleur, initialement cervicale, irradiait vers l'épaule et le bras gauches, de façon permanente. Elle était augmentée par la toux, persistait la nuit et a été améliorée par la prise d'Aspirine. Elle était associée à un engourdissement du pouce gauche. Le toucher déclenchait, à ce niveau, des fourmillements et il existait une faiblesse du bras. L'examen montre un déficit de la flexion de l'avant-bras, des fasciculations du biceps et du long supinateur et une diminution du réflexe bicipital gauche. Le reste de l'examen est sans particularité.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Vous avez diagnostiqué une atteinte radiculaire C6.

Parmi les signes cliniques suivants, le(s)quel(s) orienterai(ent) vers une atteinte secondaire à une hernie discale cervicale ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	L'exacerbation de la douleur à la toux
B - <input checked="" type="checkbox"/>	L'existence d'une fièvre
C - <input checked="" type="checkbox"/>	L'existence d'un torticolis
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Un syndrome méningé
E - <input checked="" type="checkbox"/>	L'exacerbation nocturne des douleurs



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Parmi les signes cliniques suivants, le(s)quel(s) vous orienterai(ent) vers une atteinte radiculaire secondaire à une maladie de Lyme ?

A - <input type="checkbox"/>	L'exacerbation de la douleur à la toux
B - <input checked="" type="checkbox"/>	L'existence d'une fièvre
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Une raideur méningée
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une autre atteinte radiculaire à distance
E - <input checked="" type="checkbox"/>	L'exacerbation nocturne des douleurs



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Vous posez le diagnostic d'atteinte radiculaire secondaire à une hernie discale cervicale. Parmi les signes cliniques suivants, le(s)quel(s) devrai(ent) vous faire craindre une atteinte médullaire associée ?

A - <input type="checkbox"/>	Des réflexes ostéotendineux abolis aux 4 membres
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Des réflexes ostéotendineux vifs et diffusés aux 4 membres
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un signe de Hoffman bilatéral
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Un signe de Babinski bilatéral
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Des troubles vésico-sphinctériens

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP16

Suite du mini DP5

Rappel de l'énoncé :

Vous recevez aux urgences Mme T, 32 ans, pour un trouble de la marche d'apparition rapide. Elle est sportive et n'a aucun antécédent médical. Une semaine auparavant, elle a commencé à accrocher ses pieds sur les trottoirs. Progressivement, les choses se sont aggravées si bien qu'elle a fini par avoir du mal à se relever de son canapé. Elle a pensé que c'était lié à la fatigue. Ce matin, elle n'arrivait plus à boutonner son chemisier, ce qui l'a inquiétée au point d'appeler les pompiers qui l'amènent aux urgences.

Cliniquement, vous constatez, chez une patiente cohérente et orientée, une faiblesse motrice des 4 membres, touchant tous les groupes musculaires des membres mais prédominant aux MI et en distalité des MS. Il n'y a pas de trouble sensitif thermo-algique, mais de nombreuses erreurs au sens de position des articulations et des sensations d'étau sur les mollets et les avant-bras.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Si la patiente n'avait pas présenté de paralysie faciale, quel examen auriez-vous dû réaliser en première intention devant un déficit moteur des 4 membres ?

A - <input type="checkbox"/>	Un électromyogramme
B - <input type="checkbox"/>	Une ponction lombaire
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Une IRM médullaire
D - <input type="checkbox"/>	Une IRM cérébrale
E - <input type="checkbox"/>	Un scanner cérébral



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

L'IRM a permis d'éliminer une compression médullaire.
Vous réalisez une ponction lombaire. Parmi les résultats suivants, le(s)quel(s) est (sont) compatible(s) avec le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré ?

A - <input type="checkbox"/>	Une hypercellularité avec hyperprotéinorachie
B - <input type="checkbox"/>	Une hypercellularité avec normoprotéinorachie
C - <input type="checkbox"/>	Une hypoglycorrachie
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une normocellularité avec hyperprotéinorachie
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Une normocellularité avec normoprotéinorachie



(Pondération 1) Question 3 - Question à réponses multiples

Le diagnostic de syndrome de Guillain Barré est posé. Un EMG est réalisé. Parmi les propositions suivantes, la(es)quelle(s) serai(ent) compatible(s) avec ce diagnostic ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Les latences distales sont allongées
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Les latences distales sont normales
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Il existe un ralentissement des vitesses de conduction
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Les vitesses de conduction sont normales
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Il existe des blocs de conduction

SEMINAIRE_M13_RCN_miniDP15

Suite du mini DP4

Rappel de l'énoncé :

Un homme de 71 ans, diabétique, se plaint depuis plusieurs années de mal sentir sous les pieds. Cela a commencé maintenant il y a plus de 10 ans par un engourdissement des 2 gros orteils, qui s'est étendu très progressivement, de manière parfaitement symétrique, jusqu'aux chevilles puis maintenant jusque sous les genoux. Il n'y a pas de déficit moteur, pas d'ataxie,

pas d'erreur au sens de position du gros orteil. Les ROT achilléens sont abolis.



(Pondération 1) Question 1 - Question à réponses multiples

Vous posez le diagnostic de polyneuropathie axonale ascendante progressive petites fibres.
Parmi les étiologies suivantes, la(es)quelle(s) peut (peuvent) expliquer ce tableau sémiologique ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Un syndrome de Guillain-Barré
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Une vascularite
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Un diabète
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une prise de certains médicaments
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Une insuffisance rénale chronique



(Pondération 1) Question 2 - Question à réponses multiples

Vous réalisez un EMG à titre systématique. Parmi les résultats suivants, le(s)quel(s) pouvez-vous observer ?

A - <input checked="" type="checkbox"/>	Une baisse d'amplitude des potentiels sensitifs
B - <input checked="" type="checkbox"/>	Une amplitude des potentiels sensitifs conservée
C - <input checked="" type="checkbox"/>	Une baisse de vitesse de la conduction nerveuse
D - <input checked="" type="checkbox"/>	Une vitesse conservée de la conduction nerveuse
E - <input checked="" type="checkbox"/>	Des blocs de conduction