

DFASM2 - MODULE 13 - SEMINAIRE 1

Questions isolées



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



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



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



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



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 type="checkbox"/> Un déficit moteur d'un hémicorps repectant la face |
| B - <input 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 type="checkbox"/> Un déficit moteur proportionnel aux 3 étages |
| D - <input type="checkbox"/> Un déficit moteur d'un hémicorps sans atteinte faciale ipsilatérale mais avec une atteinte faciale controlatérale |
| E - <input type="checkbox"/> Un déficit moteur des 4 membres, sans atteinte de la motricité faciale, associée à un ptosis bilatéral |



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



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 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 |



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



Question 9 - Question à réponses multiples

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

- | |
|---|
| A - <input type="checkbox"/> Une mydriase areflexique |
| B - <input 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 |



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



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 type="checkbox"/> Atteinte diffuse du 1er et du 2nd motoneurone |
| E - <input type="checkbox"/> Atteinte diffuse du 2nd motoneurone |



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 - <input type="checkbox"/> Un réflexe cutané-plantaire en extension |
| B - <input type="checkbox"/> Une abolition des ROT des membres supérieurs |
| C - <input type="checkbox"/> Une dépilation des membres inférieurs |
| D - <input type="checkbox"/> Une diminution ou une abolition des ROT achilléens |
| E - <input type="checkbox"/> Une ataxie proprioceptive |



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



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 elongation 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 type="checkbox"/> l'abolition du réflexe bicipital droit |
| B - <input type="checkbox"/> la présence d'un babinski droit |
| C - <input 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 |



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 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 |



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 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 |



Question 17 - Question à réponses multiples

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

- | |
|--|
| A - <input type="checkbox"/> un signe de Babinski gauche |
| B - <input 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 type="checkbox"/> un signe de Hoffman gauche |
| E - <input type="checkbox"/> une hypopallesthésie de l'hémicorps gauche |



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 - effacement du pli naso-génien
- B - effacement des rides du front
- C - dissociation automatico-volontaire
- D - signe de Charle Bell
- E - impossibilité de gonfler les joues



Question 19 - Question à réponses multiples

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

- A - Syndrome pyramidal.
- B - Fluctuation des troubles.
- C - Hallucinations visuelles.
- D - Hypotension orthostatique.
- E - Trouble du comportement en sommeil paradoxal.



Question 20 - Question à réponses multiples

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

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



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



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



Question 23 - Question à réponses multiples

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

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



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 type="checkbox"/> Une marche à petit pas.
C - <input type="checkbox"/> Une atteinte de la mémoire épisodique.
D - <input type="checkbox"/> Un réflexe nasopalpebral inépuisable.
E - <input 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.



Question 1 - Question à réponse unique

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

A - <input 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



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



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 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 |



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



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 type="checkbox"/> Myopathies
C - <input type="checkbox"/> Myasthénie
D - <input type="checkbox"/> Mononeuropathie multiple (~ multinévrite)
E - <input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot)



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



Question 7 - Question à réponses multiples

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

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

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 reflexe bicipital gauche. Le reste de l'examen est sans particularité.



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



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 type="checkbox"/> Fasciculations
B - <input type="checkbox"/> Diminution du bicipital
C - <input type="checkbox"/> Atteinte du long supinateur
D - <input 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



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



Question 4 - Question à réponse unique

Quel est votre diagnostic topographique chez ce patient ?

A - <input 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.



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 type="radio"/> Très forte



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



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 type="checkbox"/> Atteinte périphérique radiculaire
D - <input type="checkbox"/> Atteinte périphérique tronculaire
E - <input type="checkbox"/> Atteinte myogène



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



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 - <input type="checkbox"/> Heure d'installation
B - <input type="checkbox"/> Atteinte motrice du moyen fessier
C - <input type="checkbox"/> Rupture récente de traitement
D - <input type="checkbox"/> Terrain
E - <input type="checkbox"/> Présence de troubles sphinctériens

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.



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



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 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



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



Question 4 - Question à réponse unique

Quel est votre diagnostic sémiologique ?

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



Question 1 - Question à réponses multiples

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

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



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



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



Question 4 - Question à réponses multiples

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

A - <input type="checkbox"/> Il s'agit d'une affection longueur-dépendante
B - <input type="checkbox"/> Les fibres les plus longues sont statistiquement plus vulnérables aux atteintes hématogènes
C - <input type="checkbox"/> L'évolution ascendante est habituelle mais pas systématique
D - <input type="checkbox"/> Cette affection peut se révéler par une diplégie faciale
E - <input 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.



Question 1 - Question à réponses multiples

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

A - <input type="checkbox"/> Le ralentissement psychomoteur
B - <input type="checkbox"/> La présence d'une hypertonie
C - <input 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



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 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 type="checkbox"/> L'hypophonie
E - <input type="checkbox"/> L'hypertonie qui se renforce à la vitesse du mouvement



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 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.



Question 1 - Question à réponses multiples

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

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



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



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 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 type="checkbox"/> une lésion des cordons postérieurs de la moelle
E - <input type="checkbox"/> une lésion des fibres A δ



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 type="checkbox"/> une atteinte médullaire
D - <input type="checkbox"/> une myopathie
E - <input type="checkbox"/> une polyradiculonévrite aiguë



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 type="checkbox"/> une aréflexie diffuse
B - <input type="checkbox"/> un syndrome pyramidal
C - <input type="checkbox"/> la présence de trouble sphinctérien
D - <input 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.



Question 1 - Question à réponses multiples

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

A - <input type="checkbox"/> une atteinte de la jonction neuro-musculaire
B - <input 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 type="checkbox"/> une atteinte d'un nerf oculomoteur



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 type="checkbox"/> une atteinte musculaire
B - <input 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 type="checkbox"/> une atteinte du nerf oculomoteur (III)



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



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



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 type="checkbox"/> une abolition diffuse des réflexes ostéo-tendineux
B - <input type="checkbox"/> une ataxie proprioceptive
C - <input type="checkbox"/> une fatigabilité
D - <input type="checkbox"/> une atteinte pupillaire
E - <input 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.



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



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



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



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 type="checkbox"/> nerfs périphériques
E - <input type="checkbox"/> capsule interne



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 type="checkbox"/> une ganglionopathie (neuronopathie sensitive)
C - <input type="checkbox"/> une neuropathie petites fibres
D - <input type="checkbox"/> une multinévrite
E - <input 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.



Question 1 - Question à réponses multiples

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

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



Question 2 - Question à réponses multiples

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

A - <input type="checkbox"/> Une évolution chronique.
B - <input 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.



Question 3 - Question à réponses multiples

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

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



Question 4 - Question à réponses multiples

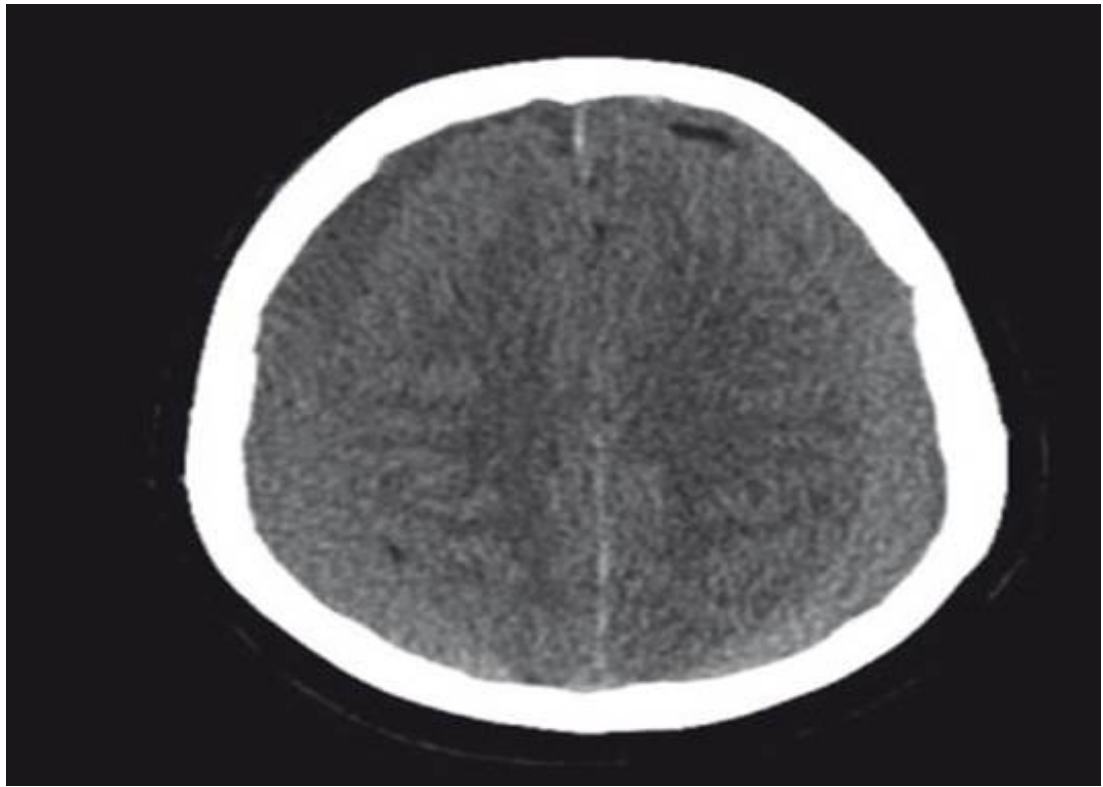
Quel(s) diagnostic(s) évoqueriez-vous devant la présence d'une fièvre à 39°C ?

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



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.



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.



Question 2 - Question à réponse unique

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

- | |
|--|
| A - <input 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. |



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 type="radio"/> Lobe temporal gauche. |
| D - <input type="radio"/> Lobe pariétal droit. |
| E - <input type="radio"/> Lobe pariétal gauche. |



Question 4 - Question à réponses multiples

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

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



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



Question 1 - Question à réponses multiples

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

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



Question 2 - Question à réponses multiples

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

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



Question 3 - Question à réponses multiples

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

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



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 type="checkbox"/> Présence d'intrusions.
C - <input type="checkbox"/> Anosognosie.
D - <input type="checkbox"/> Prédominance sur les noms propres.
E - <input type="checkbox"/> Fluctuation nyctémérale.



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



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



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 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



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 type="checkbox"/> La présence d'anticorps anti-RACH
B - <input 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



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



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



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



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 type="checkbox"/> Des réflexes ostéotendineux vifs et diffusés aux 4 membres
C - <input type="checkbox"/> Un signe de Hoffman bilatéral
D - <input type="checkbox"/> Un signe de Babinski bilatéral
E - <input 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.



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 type="checkbox"/> Une IRM médullaire
D - <input type="checkbox"/> Une IRM cérébrale
E - <input type="checkbox"/> Un scanner cérébral



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 type="checkbox"/> Une normocellularité avec hyperprotéinorachie
E - <input type="checkbox"/> Une normocellularité avec normoprotéinorachie



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



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



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