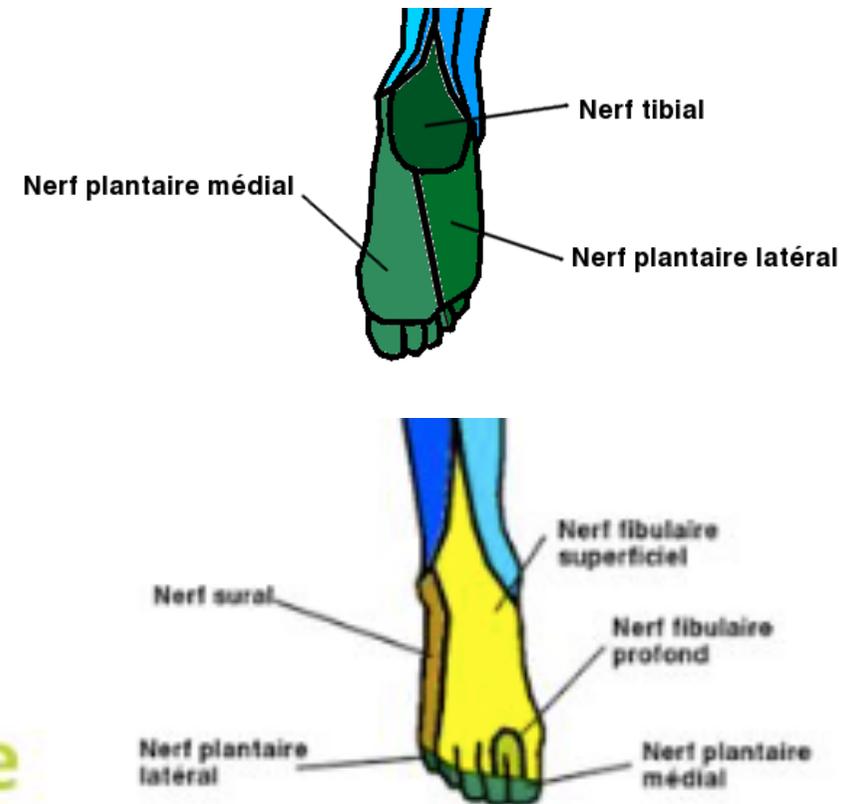
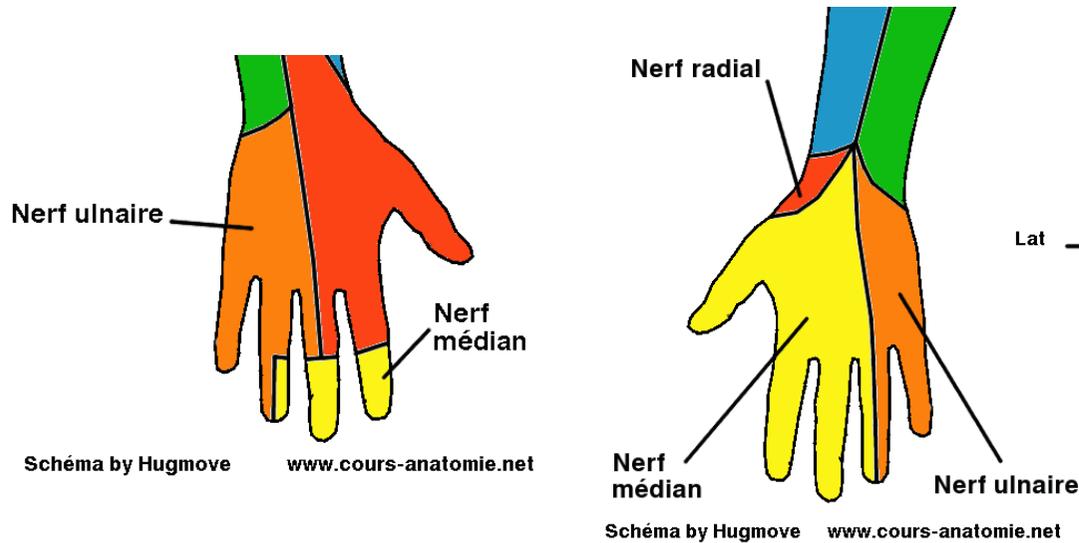


Radiculalgies et syndromes canaux

- **Dégénérescence wallérienne** : désintégration progressive myélo-axonale puis bouquets de régénéscence axonale.
- **Démyélinisation segmentaire** : mise à nu progressive des axones

Mononeuropathies et syndromes canaux

- ENMG montre : bloc de conduction +/- perte axonale
- Sensibilité à la compression est favorisée par diabète ou sensibilité familiale des nerfs à la pression (gène PMP22)
- Atteinte tronculaire compressive aigüe est à prédominance motrice indolore.
Atteinte tronculaire compressive, canalaire, chronique : sensitivomotrice
Atteinte tronculaire aigüe sensitivomotrice douloureuse fait suspecter une vascularite => URGENCE



Mononeuropathies et syndromes canaux

Syndromes	Symptômes sensitifs	Symptômes moteurs	Causes	Traitement
Nerf médian (canal carpien)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paresthésies douloureuses nocturnes (côté dominant) des 3 premiers doigts ▪ Bilatérale chez travailleurs manuels ▪ Hypoesthésie à tous les modes ▪ Signe de Tinel, signe de Phalen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblesse de la main, lâchage d'objets, difficultés boutons/clé ▪ Déficit muscles partie ext de éminence thénar (opposant du pouce et court abducteur pouce) ▪ Tardivement : amyotrophie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mécanique +++ ▪ Autres + rares : neuropathie amyloïde, hypothyroïdie, grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souvent spontanément résolutif ▪ Infiltration corticoïdes ▪ Chirurgie
Nerf ulnaire au coude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paresthésies 4^{ème}-5^{ème} doigts ▪ Hypoesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit interosseux (respect fléchisseur ulnaire du carpe) ▪ Amyotrophie espaces interosseux (1^{er} +++) et éminence hypothénar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compression dans gouttière épitrochléo-olécrânienne ▪ Compression par cal osseux (fracture coude) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgical
Nerf radial dans gouttière humérale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilité respectée ++ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit moteur muscle brachio-radial, extenseurs des doigts et du poignet ▪ Respect du triceps et du réflexe tricipital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture humérale ▪ Compression externe prolongée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conservateur ++ ▪ Chirurgie si fracture
Nerf cutané latérale de la cuisse (méralgie paresthésique)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysesthésie, paresthésie en rauquettes ▪ Purement sensitif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compression du nerf sous le ligament de EIAS ▪ Favorisé par ceinture serrée, grossesse, obésité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conservateur (infiltration cortisonique) ▪ Chirurgical -
Nerf fibulaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit sensitif discret du cou-de-pied 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit muscle loge antéro-externe de jambe (fibulaires, tibial ant, long extenseur orteils/hallux, courts extenseurs orteils) => Steppage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compression externe (paralysie posturale) : appui prolongée sur tête de la fibula, jambes croisées, position allongée + amaigrissement, travail position agenouillée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rien si aigue ▪ Chirurgie

Radiculopathies				
	Symptômes cliniques	Examen clinique	Exploration	Traitement
Complications neurologiques de la pathologie rachidienne lombaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleurs rachidiennes lombaires ▪ Douleurs radiculaires : unilatérales (S1, L5, L4, L3), mécaniques, accentuées par efforts/station debout, soulagées par décubitus, provoquées par toux/défecation ▪ Déficit moteur : mineur/modéré ou complet/aigu si sciatique paralysante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes rachidiens <ul style="list-style-type: none"> - Spontanés (effacement lordose lombaire, inflexion latérale du côté opposé) - Limitation de mouvements (mesure distance doigt-sol, indice de Schöber, inflexions latérales) ▪ Signes radiculaires : <ul style="list-style-type: none"> - Lasègue/Léri - Signes moteurs déficitaires - Troubles sensibilité - Anomalie des réflexes : achilléen si S1, rotulien si L3-L4 ▪ Atteinte queue de cheval : troubles urinaires, sexuels, insensibilité périnéale Si compression pluriradiculaire => URGENCE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'exploration systématique ▪ Si persistance des symptômes : scanner, IRM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médical
Complications neurologiques de la pathologie rachidienne cervicale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleurs (exacerbées par mouvements rachidiens, tous et décubitus +/-) ▪ Névralgie cervico-brachiale : C5, C6, C7, C8, T1 ▪ Eventuellement myélopathie cervicale : souffrance médullaire associée ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitation douloureuse des mouvements cervicaux, contracture des muscles cervicaux, douleur à la mobilisation ▪ Déficit moteur ? sensitif ? ▪ Abolition des réflexes ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IRM +++ ▪ Radio ▪ Scanner injecté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médical : repos, antalgiques, anti-inflammatoires, voire corticoïdes, collier cervical) ▪ Guérison en 4-6 semaines ▪ Chirurgie rare
Méningoradicite après morsure de tique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleurs radiculaires très intenses, pluriradiculaires, asymétriques ▪ Déficit sensitivo-moteur ▪ Diplégie faciale 50% ▪ Syndrome méningé (céphalées ++) 	<p>Diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sérologie + dans sang et LCS ▪ Synthèse intrathécale d'Ac ▪ Résultat + en ELISA confirmé par Western Blot 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LCS : augmentation nbr cellules à prédominance lymphocytaire, hyperprotéinorachie, normoglycorachie, répartition oligoclonale des protéines ▪ ENMG : tracés neurogènes, vitesses normales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATB-thérapie par voie parentérale : Ceftriaxone
Méningoradiculites infiltratives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dues à lymphomes/leucémies : atteinte radiculaire avec infiltration méningée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic évoqué devant atteinte rapidement progressive étagée : atteinte radiculaire asymétrique ▪ Diagnostic évoqué devant étude en cytométrie des cellules du LCS et bilan systématique d'hémopathie 		

Atteintes plexuelles (plexopathies)

❖ **Syndrome de Parsonage-Turner** (névralgie amyotrophique) :

- Dans suites d'un traumatisme, intervention chirurgicale, grossesse, vaccination, maladie de système, infection
- Clinique :
 - Douleur épaule permanente, insomniante, brûlure/arrachement, augmente à mobilisation, rebelle aux antalgiques, précède de qq jours la paralysie qui devient amyotrophique
 - Muscles touchés : deltoïde, dentelé antérieur, infra et supra-épineux, +/- diaphragme
 - Pas de fasciculations, réflexes normaux
 - Troubles sensitifs discrets (moignon épaule)
 - Symptômes unilatéraux
- ENMG : allongement des latences des nerfs proximaux
- LCS normal
- Traitement : rééducation. Evolution variable

❖ Autres atteintes :

- **Plexopathie infiltrative** : Syndrome Pancoast-Tobias
Infiltration du plexus cervical inférieur par tumeur de apex pulmonaire => atteinte C8-D1, douleurs +++, CBH
- **Plexopathie post-radiques** : après irradiation d'un cancer => évolution lentement progressive, indolore, asymétrique, déficit sensitivo-moteur à prédominance motrice, aréflexie ostéo-tendineuse