

FACULTE DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX

Corrigé d'examen de 2^e session- Juillet 2013

Sémiologie FGSM3-UE17

Année Universitaire 2012-2013

Sémiologie neurologique- Pr. Emmanuel Broussolle

Sujet:

Caractéristiques topographiques du syndrome pyramidal : données générales, et présentation en cas de syndrome pyramidal unilatéral selon le niveau d'atteinte corticale, capsule interne, tronc cérébral et moëlle épinière

Corrigé :

1- données générales

- caractère souvent global du trouble pour un membre
- atteinte volontiers latérale, hémicorporelle
- prédominance de l'élément parétique pour les membres, et au niveau distal pour la main
- épargne relative, en cas d'atteinte unilatérale, des muscles axiaux (notamment muscles contrôlés par les nerfs crâniens, sauf le facial inférieur, et muscles rachidiens)
- les "couples" musculaires antagonistes sont frappés de manière inégale :
 - prédominance du déficit sur les extenseurs au membre supérieur
 - prédominance du déficit sur les fléchisseurs au membre inférieur
- l'hypertonie se répartit de manière inverse :
 - prédominance sur les fléchisseurs au membre supérieur
 - prédominance sur les extenseurs au membre inférieur

2- Le syndrome pyramidal unilatéral

Il réalise l'hémiplégie, controlatérale à la lésion dans la grande majorité des cas (jusqu'à la décussation bulbaire). Selon le niveau lésionnel, on note des particularités, liées en partie aux dispositions anatomiques :

- au niveau cortical : paralysie parcellaire, dont la formule la plus fréquente est brachio-faciale. Le déficit peut-être parfois très limité (paralysie "pseudo-périphérique"). Le déficit est presque toujours associé à une sémiologie sensitive.
- au niveau de la capsule interne : déficit global proportionnel (portant également sur les deux membres et la face) ; l'hémiplégie est volontiers pure de trouble sensitif.
- au niveau du tronc cérébral : lésion volontiers :
 - globale au niveau du pédoncule
 - très fréquemment parcellaire et motrice pure au niveau de la protubérance, du fait de l'étalement des fibres
 - l'atteinte des territoires faciaux disparaît pour les lésions au-dessous de la protubérance. L'atteinte associée des nerfs crâniens réalise des syndromes alternes
- au niveau de la moëlle : l'atteinte unilatérale est rare : absence d'atteinte faciale ; formule sensitive particulière associée (syndrome de Brown-Séguard)

Sémiologie psychiatrique- Pr Jean Dalery

Sujet :

Décrire les principaux éléments sémiologiques de la crise aiguë d'angoisse.

Corrigé :

- Crise aiguë d'angoisse, survenant brutalement
- Limitée dans le temps

- Souvent déclenchée dans certaines situations
- Demande à être soulagée rapidement
- Sensation de danger et de mort imminente
- Hypersensibilité à l'environnement
- Peur de perdre le contrôle
- Peur de mourir, d'étouffer, de faire une crise cardiaque
- Agitation ou stupeur
- Bouche sèche, palpitation, tachycardie
- Troubles du transit intestinal
- Souffle coupé
- Gêne à la respiration
- Sensation d'étouffement et d'étranglement
- Sueurs
- Vertiges
- Frissons ou bouffées de chaleur
- Peur de la rechute

Sémiologie néphrologique- Pr Laurent Juillard

Sujet :

Mécanismes de formation des oedèmes généralisés

Corrigé :

La formation des oedèmes généralisés nécessite :

- A) L'altération de l'hémodynamique capillaire
 - 1) Augmentation de la pression hydrostatique veineuse
 - 2) Diminution de la pression oncotique plasmatique
 - 3) Augmentation de la perméabilité capillaire
- B) Une rétention hydro-sodée par les reins
 - 1) Rétention primaire :
 - a) Excès de réabsorption dans le Sd néphrotique
 - b) Défaut d'élimination dans l'IR
 - 2) Rétention secondaire
 - Par diminution du volume sanguin efficace
 - Avec une hypoperfusion rénale

Sémiologie gynéco-obstétricale- Pr Michel Berland

Sujet :

Etiologie, symptômes, signes d'examens (clinique et para clinique) du cancer de l'endomètre (ou cancer du corps de l'utérus).

Corrigé :

ETIOLOGIE :

Patiente souvent ménopausée

Obésité

Traitement estrogénique...

SYMPTÔMES :

Métrorragies post-ménopausiques (toute métrorragie post-ménopausique doit faire évoquer le cancer de l'endomètre)

SIGNES D'EXAMEN PARACLINIQUES :

Hystérocopie + curetage biopsique guidé par l'hystérocopie (la biopsie est le seul examen permettant d'affirmer le diagnostic).

Sémiologie orthopédique- Pr Bernard Moyen

Sujet :

Signes cliniques et radiologiques vous permettant de faire le diagnostic d'une luxation traumatique antéro-interne de l'épaule

Corrigé : non transmis

Sémiologie urologique- Pr Marian Devonec

Sujet :

Cancer du testicule: signes cliniques, bilan et conduite à tenir

Corrigé : non transmis

Sémiologie chirurgicale générale et digestive- Pr Olivier Glehen, Pr Jean-Christophe Lifante

Question n°1 (Pr Olivier Glehen)

Un garçon de 13 ans est réveillé au petit matin par une douleur vive de la fosse iliaque droite. Il vomit son petit déjeuner. La douleur est continue et sa mère décide de l'accompagner aux urgences.

1. Quel principal diagnostic devez-vous évoquer-vous d'emblée ?

Appendicite aiguë (non compliquée)

2. Que faites-vous préciser à l'interrogatoire ?

Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux :

- Appendicectomie

Présence de signes généraux et signes fonctionnels:

- Température

- Nausées

- Signes fonctionnels urinaires : brûlures urinaires, pollakiurie

Précision sur la douleur :

- Mode d'apparition, localisation et évolution

- Type

3. Quels signes cliniques recherchez-vous à la palpation de la paroi abdominale ?

DEFENSE DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

4. Si vous deviez choisir 2 examens paracliniques pour compléter votre hypothèse diagnostique, lesquels choisiriez-vous ?

Une numération de formule sanguine à la recherche d'une hyperleucocytose

Une échographie abdominopelvienne à la recherche d'un épaississement des parois appendiculaires, d'un épanchement intrapéritonéal, d'un abcès appendiculaire ou périappendiculaire

La CRP et le scanner abdominal ne sont faits qu'en 2^{ème} intention.

5. Le jeune garçon précise qu'il est un peu soulagé lorsqu'il fléchit la cuisse droite. A quoi cela correspond-il sur le plan sémiologique ? Cela vous donne-t-il une orientation étiologique ?

Il s'agit d'un psöitis

On suspecte une localisation appendiculaire rétro-coecale

6. Quelle est la principale complication que vous redoutez en l'absence de traitement ?
Contracture abdominale ou défense généralisée, silence auscultatoire abdominal, arrêt des matières et des gaz
Péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire

Question n°2 (Pr Jean-Christophe Lifante)

Une femme de 60 ans, obèse, diabétique sans antécédent chirurgical se présente aux urgences pour des douleurs épigastriques violentes. Ces douleurs ont débuté brutalement, elles irradient dans le dos. La patiente est apyrétique et se plaint d'un arrêt du transit des gaz. L'examen clinique retrouve une défense abdominale généralisée, les orifices herniaires sont libres, le toucher rectal indolore. Le pouls est à 110 /min, la TA à 110/ 80 mmHg.

Le bilan biologique demandé en urgence retrouve,

Hémoglobine 14g/dl (Nle>13)

Leucocytes 15000 GB/mm³ (Nle<10000)

Plaquettes 300 000 / mm³ (Nle 150 000-450000)

ASAT Nx, ALAT Nx, GGT 200 UI/L, (Nle< 55), Bilirubine totale : 30 µmol/l (Nle< 20)

Le ionogramme sanguin est normal.

Lipases 6000 UI/L (Nle<75)

1 / Quel est votre diagnostic, pourquoi ?

- Pancréatite aiguë
- Lipasémie > 3N dans les 48 premières heures

2/ Quelles sont les deux étiologies les plus fréquentes en France de cette affection ?

- Lithiasique (migration lithiasique)
- Alcoolique

3/ Quel examen d'imagerie simple peut aisément faire pencher vers une des deux étiologies. Que montre-t'il alors ?

- Echographie abdominale recherche des éléments en faveur d'une migration lithiasique.
- Montre des calculs dans la vésicule biliaire.
- Peut montrer une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatique.
- Peut montrer le calcul dans le canal cholédoque.
- Non informative dans 40 % des cas.

4/ Un de vos collègues demande une TDM abdominale afin d'évaluer la gravité de l'affection. Qu'en pensez-vous ?

- Meilleur moment pour réaliser le scanner abdominal afin d'évaluer la gravité de la Pancréatite aiguë : 48 heures après le début de l'épisode.

5/ Donner le nom du score pronostique scannographique de cette affection.

- Score de Balthazar

6/ Décrire les 5 stades de l'inflammation (ABCDE) du score pronostique scannographique de cette affection.

- A : Pancréas normal
- B : Elargissement focal ou diffus du pancréas
- C : Pancréas hétérogène associé à une densification de la graisse péri-pancréatique
- D : Coulée péri pancréatique unique
- E : Coulées multiples ou présence de bulles de gaz au sein d'une coulée