

Tutorat Les Nuits Blanches

2023/2024

Semestre 3

Promo 2022/2025

**UECP 15 – Neurologie et Grands Syndromes et Pathologies
Partiel Blanc
Corrigé**

✎

Tuteur Rédacteur

Sourd Dorian

✎

Référent Pôle partiel 2A

Sourd Dorian

✎

Durée : 40 minutes

Quand je lâche ce que je suis, je deviens ce que je pourrais être.

Lao Tseu

Les nerfs crâniens

QCM 1 – 3 : BCDE

A. Le nerf V est le nerf glossopharyngé

Faux, c'est le nerf trijumeau.

B. Le nerf X contrôle les cordes vocales

Vrai, et c'est le nerf vague

C. Les nerfs III, IV et VI sont oculomoteurs

Vrai

D. La fonction du nerf XI est la motricité des muscles cervicaux

Vrai

E. Les fonctions du nerf V sont la sensibilité et la motricité de la face.

Vrai, via 3 branches : ophtalmique V1, maxillaire V2 et mandibulaire V3.

QCM 2 – 3 : C

A. L'anosmie correspond à une vision abolie tandis que l'hyposmie est une vision diminuée

Faux, l'anosmie est un odorat aboli et l'hyposmie est un odorat diminué.

B. L'image 4 correspond à une hémianopsie latérale homonyme

Faux, c'est une quadrianopsie latérale homonyme. Elle est causée par une atteinte des radiations optiques

C. L'image 2 est une atteinte du chiasma optique

Vrai, cette atteinte cause une hémianopsie bitemporale

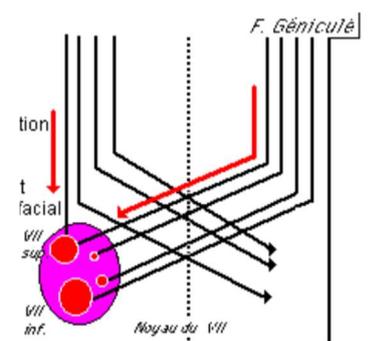
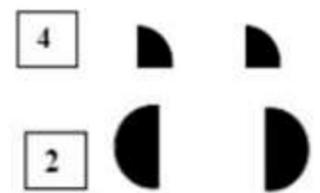
D. La paralysie faciale centrale correspond à une lésion du nerf facial (V)

Faux, la paralysie faciale centrale est l'expression du syndrome pyramidal, c'est-à-dire l'expression d'une lésion en amont du nerf. La paralysie faciale périphérique est en revanche conséquentiel à une lésion du nerf facial.

E. Une paralysie faciale centrale peut provoquer une atteinte de la partie supérieure du visage.

Faux, le noyau facial est représenté en cercle rose sur le schéma. Les flèches représentent une innervation motrice. Le croisement de ces flèches représente la décussation. La partie supérieure du noyau (rond rouge en haut à gauche) innervera la partie supérieure du visage tandis que la partie inférieure du noyau (rond rouge en bas à gauche) innervera la partie inférieure du visage.

On voit que pour la partie supérieure du noyau, il y a une innervation motrice venant de chaque côté du cerveau alors que pour la partie inférieure du noyau, il y a une innervation ne venant que d'un seul côté du cerveau.



Lors d'une atteinte pyramidale d'un côté du cerveau (en amont du nerf moteur), il ne peut y avoir qu'une atteinte de la partie inférieure du visage car la partie supérieure sera innervée par l'autre côté du cerveau.

→ Retenir : Une paralysie faciale centrale n'atteint que la partie inférieure du visage.

Syndromes méningés et méningites

QCM 3 – 3 : ABCDE

A. Les syndromes méningés ne comportent pas de fièvre

Vrai, ce sont les méningites qui comportent une fièvre

B. Les méningites virales sont bénignes alors que les méningites bactériennes exposent à un risque de mortalité

Vrai, le plus souvent (90%), les méningites sont virales.

C. Une confusion fébrile fait évoquer une méningo-encéphalite

Vrai, en revanche, une confusion simple non

D. Le pneumocoque et le méningocoque sont des agents infectieux bactériens qui peuvent provoquer une méningite

Vrai, il y a aussi l'haemophilus, la tuberculose et la syphilis.

E. Le purpura fulminans est une urgence

Vrai, il est à cause de sepsis sévère en raison d'une extravasation de sang dans le derme.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens

QCM 4 – 3 : ACDE

A. La maladie de Parkinson provoque toujours un syndrome parkinsonien

Vrai, tourné autrement : la maladie de Parkinson se manifeste toujours par la triade parkinsonienne. En revanche, 100% des syndromes parkinsonien ne sont pas causés par la maladie de Parkinson : neuroleptiques ou maladies parkinsoniennes atypiques (démence à corps de Lewy, atrophie multi systématisée...)

B. La triade parkinsonienne comprend : tremblements de repos, antépulsion, akinésie

Faux, c'est : tremblement de repos, rigidité et akinésie. En revanche, il y a bien une antépulsion dans la rigidité.

C. Le syndrome parkinsonien est causé par un déficit dopaminergique

Vrai, via la neurodégénérescence en neurones dopaminergiques

D. Une paralysie supra-nucléaire progressive est une cause de syndrome parkinsonien

Vrai

E. Le diagnostic de maladie de Parkinson repose uniquement sur l'observation des signes cliniques

Vrai, l'IRM ne permet pas de poser le diagnostic.

QCM 5 – 3 : AC

- A. Le traitement en première intention est la Levodopa et les agonistes dopaminergiques

Vrai, ces traitements ne permettront pas en revanche de guérir la maladie mais ils permettront d'atténuer les symptômes un certain temps.

- B. La Levodopa agit au niveau des récepteurs synaptiques en les activant

Faux, la Levodopa est transformé en dopamine au sein du neurone pré-synaptique.

- C. Les traitements dopaminergiques peuvent provoquer des troubles psychiques

Vrai, à type d'hyperactivité, d'hypersexualité et de syndromes compulsifs

- D. Le Duodopa est un traitement par injection sous-cutanée

Faux, c'est un traitement par injection entérale (gastrostomie nécessaire)

- E. La maladie de Parkinson est une maladie génétique

Faux, c'est une dégénérescence neuronale de cause encore inconnue. Une partie des causes est génétique (15% des maladies sont liées à un facteur génétique) mais pas totalement.

Sclérose en plaque

QCM 6 – 3 : ABC

- A. La Sclérose En Plaque (SEP) est une maladie qui se manifeste par poussée inflammatoire

Vrai, ce sont des réactions immunitaires inflammatoires au niveau des oligodendrocytes qui vont alors former des plaques au niveau de la gaine de myéline (diminuant la transmission du message nerveux).

- B. La SEP touche seulement la substance blanche

Vrai, elle ne touche pas la substance grise (formée des corps des neurones et des dendrites) car la gaine de myéline entour les axones et donc sont uniquement présent dans la substance blanche.

- C. La sclérose en plaque touche plus les femmes que les hommes

Vrai, 3 femmes pour un homme

- D. La ponction lombaire est indispensable au diagnostic de SEP

Faux, elle permet en revanche d'éliminer les causes différentielles

- E. Le bilan biologique permet de poser le diagnostic de SEP

Faux, elle permet en revanche d'éliminer les causes différentielles.

QCM 7 – 3 : AB

- A. Les critères de Mc Donald reposent sur l'étude d'un faisceau d'arguments en faveur d'une SEP tel que les résultats d'IRM

Vrai, il y a aussi l'examen clinique, les résultats de la ponction lombaire et les résultats biologiques.

- B. La forme rémittente de la SEP correspond à des poussées entrecoupées de phase de récupération des fonctions impactées

Vrai.

- C. La forme rémittente de la SEP correspond à une aggravation de symptômes neurologiques sans nouvelles poussées.

Faux, cette définition est celle de la forme secondairement progressive.

- D. Le pronostic de la SEP est prévisible

Faux, le pronostic est imprévisible et hétérogène.

- E. La SEP est une maladie que l'on sait guérir grâce aux immunosuppresseurs

Faux, les immunomodulateurs (1^{ère} ligne) ou les immunosuppresseurs (2^e ligne) empêchent les poussées inflammatoires ne reconstruisent pas la gaine de myéline.

Sémiologie neurologique

QCM 8 – 3 : Concernant le système nerveux périphérique : BC

- A. Il est constitué de la moelle épinière

Faux, c'est le système nerveux central qui contient la moelle épinière

- B. Il est constitué des racines des nerfs ainsi que des nerfs crâniens

Vrai, 31 paires de nerfs de nerfs rachidiens et 12 paires de nerfs crâniens

- C. Il est séparé du système nerveux central par les méninges

Vrai

- D. Il est constitué du lobe frontal, pariétal, occipital, temporal et insulaire

Faux, c'est le cerveau qui est constitué de ces lobes

- E. Il est uniquement à l'intérieur de la colonne vertébrale

Faux, c'est la moelle épinière (système nerveux central) qui est à l'intérieur de la colonne vertébrale.

QCM 9 – 3 : E

- A. La voie pyramidale correspond à la voie de la sensibilité

Faux, la voie pyramidale est la voie de la motricité volontaire

- B. La voie extra-lemniscale est la voie de la motricité

Faux, c'est la voie de la sensibilité thermique, algique et protopathique

- C. L'information sensitive de la voie extra-pyramidale née des noyaux gris centraux

Faux, l'information née bien des neurones gris centraux, en revanche c'est une information motrice.

- D. Le syndrome neurogène touche la terminaison motrice

Faux, il touche le nerf moteur dans son ensemble. C'est le syndrome myasthénique qui touche la terminaison motrice.

E. Le syndrome myogène provoque une diminution de la force musculaire

Vrai, en lien avec une atteinte du muscle en lui-même.

QCM 10 – 3 : ACD

A. Les dysesthésies sont douloureuses

Vrai, les paresthésies sont en revanche non douloureuses

B. L'allodynie est une réponse exagérée à un stimulus douloureux

Faux, c'est la définition de l'hyperalgésie. L'allodynie est une douleur provoquée par un stimulus non douloureux.

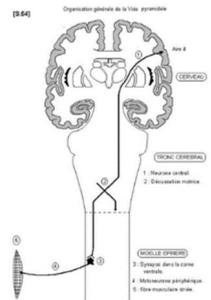
C. Le syndrome cordonal postérieur provoque une atteinte de la voie lemniscale

Vrai, car les faisceaux sensitifs se trouvent dans la partie postérieure de la moelle.

D. La décussation de la voie pyramidale se trouvant au niveau du tronc cérébral, une section partielle d'un côté de la moelle en T5 provoquera une hémiparésie ipsilatérale.

Vrai, l'hémiparésie sera ipsilatérale car la décussation se fait bien en dessous du tronc cérébral. Ipsilatéral = du même côté

E. La décussation de la voie extra-lemniscale se faisant au niveau du bulbe rachidien, une section de la moelle au niveau de celui-ci provoquera un syndrome cordonal postérieur.



Faux, premièrement la décussation de la voie extra-lemniscale se fait à chaque niveau de la moelle épinière (rappel : la voie extra-lemniscale concerne la sensibilité thermique, algique et protopathique).

Ensuite, un syndrome cordonal postérieur correspond à une atteinte de la voie lemniscale. Pour la voie extra-lemniscale, c'est un syndrome spino-thalamique et les atteintes seront controlatérales à la lésion.

Dernièrement, il n'y a pas de lien direct entre section bulbaire et syndrome cordonal postérieur car celui-ci n'a lieu que lors d'une atteinte de la partie postérieure de la moelle uniquement.

Neuropathies et myasthénies

QCM 11 – 3 : ACD

A. Le système nerveux somatique contrôle la vie de relation.

Vrai, la vie de relation correspond à la perception de l'environnement via les expériences sensorielles et la motricité

B. Le système nerveux parasympathique fait parti du système nerveux somatique

Faux, il fait partie du système nerveux autonome, de même que le système nerveux orthosympathique.

C. Il y a 3 paires de nerfs crâniens sensoriels

Vrai : olfactif, optique et auditif.

- D. La sensibilité correspond au segment dorsal de la moelle épinière tandis que la motricité correspond au segment ventral.

Vrai, en dorsal il y a aussi la présence d'un ganglion : le ganglion rachidien (rôle sensitif)

- E. Une neuropathie peut toucher aussi bien le système nerveux périphérique que le système nerveux central

Faux, les neuropathies sont exclusivement des atteintes du système nerveux périphérique

QCM 12 – 3 : AD

- A. La fasciculation est un syndrome neurogène

Vrai, c'est une contraction musculaire involontaire à type de spasme

- B. Une polyneuropathie est l'atteinte diffuse des racines et des nerfs

Faux, la polyneuropathie est l'atteinte diffuse des nerfs. En revanche, la polyradiculonévrite est l'atteinte diffuse des racines et des nerfs.

- C. Une atteinte axonale d'un nerf traduira un ralentissement de la vitesse de conduction de l'information nerveuse

Faux, l'atteinte axonale entraîne un défaut d'amplitude mais pas un défaut de conduction et donc pas une lenteur d'exécution du mouvement.

- D. La myasthénie est la pathologie de la jonction neuro-musculaire

Vrai, les anticorps y sont dirigés contre le récepteur à l'acétylcholine.

- E. La myasthénie provoque des céphalées de fatigue

Faux, elle provoque des atteintes au niveau de muscles notamment respiratoires.

Les céphalées

QCM 13 – 3 : CD

- A. Une céphalée primaire est une urgence jusqu'à preuve du contraire

Faux, ce sont les céphalées secondaires (secondaires à une cause) qui sont des urgences jusqu'à preuve du contraire.

- B. Une migraine avec aura se manifeste par un mal de tête en « coup de tonnerre »

Faux, le « mal de tête » en coup de tonnerre est décrit dans l'hémorragie méningée par rupture d'anévrisme. L'aura est un phénomène visuel annonçant la migraine.

- C. Une migraine est caractérisée par des céphalées durant 4 à 72h avec au moins une nausées/vomissement ou une photophobie et phonophobie

Vrai, c'est une définition qui permet de poser le diagnostic

- D. Le diagnostic d'une hémorragie méningée par rupture d'anévrisme se fait grâce à l'imagerie

Vrai, avec un scanner en urgence.

E. L'algie vasculaire de la face est une douleur bénigne surdiagnostiquée

Faux, c'est une douleur intense qui touche le fond de l'œil et les dents.

QCM 14 – 3 : ABCD

A. L'algie vasculaire de la face se fait par du Triptan (antimigraineux)

Vrai

B. La céphalée de tension est une céphalée bénigne

Vrai, elle se traite par du repos avant tout

C. La névralgie du trijumeau est une douleur liée à un conflit entre un nerf et une artère

Vrai, la douleur se situe sur le territoire du nerf

D. Les douleurs de la névralgie du trijumeau sont à type de décharge électrique

Vrai, elles arrivent aussi de manière fulgurante.

E. Les céphalées touchent une minorité de la population

Faux, une majorité est touchée : 16%.

L'épilepsie

QCM 15 – 3 : E

A. Un patient ayant présenté une crise d'épilepsie peut être considéré comme épileptique

Faux, une seule crise ne suffit pas à dire qu'un patient est épileptique

B. La crise généralisée est une crise consciente

Faux, il y a une altération de la conscience en raison d'un épuisement des neurones. En revanche la crise partielle peut être sans altération de la conscience.

C. Une hypoglycémie ne cause pas d'épilepsie

Faux, toute agression cérébrale aiguë cause une crise d'épilepsie.

D. Durant la phase clonique, le patient est en hyper-contraction soutenue

Faux, c'est la phase tonique où le patient est en hyper-contraction. La phase clonique correspond à de violentes secousses bilatérales

E. La phase post-critique correspond à une hypotonie

Vrai, cette hypotonie est la conséquence de l'épuisement des neurones.

QCM 16 – 3 : ABCD

A. Une crise d'épilepsie peut être causée par un arrêt non progressif d'antiépileptiques

Vrai

B. Le traitement de l'épilepsie commence par une monothérapie

Vrai, on augmentera ensuite si nécessaire vers un bi ou trithérapie.

C. Au-delà de la trithérapie, l'épilepsie est pharmaco-résistante.

Vrai

D. L'état de mal épileptique est une urgence thérapeutique

Vrai, sans traitement, il y a des risques de décès liés à un défaut de ventilation provoqué par une phase tonico-clonique trop longue.

E. L'état de mal épileptique est une forme d'épilepsie banale

Faux, cf D.

La cognition

QCM 17 – 3 : CE

A. Une apraxie est un trouble de l'exécution d'un geste qui touche l'aire de Broca

Faux, Apraxie est bien synonyme de trouble de l'exécution d'un geste (aphasie = trouble langage, amnésie = trouble mémoire, agnosie = trouble reconnaissance). Mais l'aire de Broca est relative à la fonction du langage (aphasie d'expression orale).

B. Le syndrome frontal provoque des troubles dépressifs

Faux, il provoque des troubles cognitifs à type de syndrome dysexécutifs, des troubles moteurs et psycho-comportementaux. Le syndrome frontal n'est pas dépressif car il n'y a pas de douleur morale perceptible.

C. Dans un syndrome frontal, certains réflexes archaïques resurgissent

Vrai, le réflexe de grasping et le réflexe d'aimantation.

D. L'apraxie idéo-motrice se manifeste lorsqu'un individu atteint ne peut pas effectuer sur commande un dessin

Faux, c'est la définition de l'apraxie constructive. L'apraxie idéo-motrice concerne les gestes significatifs : planter un clou, le salut militaire...

E. Une atteinte de l'aire de Wernicke peut induire un langage en jargon.

Vrai, le langage est alors incompréhensible.

QCM 18 – 3 : AE

A. Le processus de mémorisation est réalisé grâce au circuit de Papez

Vrai

B. La maladie d'Alzheimer est provoquée par un mécanisme de sclérose de la gaine de myéline et de neurodégénérescence fibrillaire

Faux, c'est un mécanisme l'apparition de plaques amyloïdes et la dégénérescence neurofibrillaire.

C. L'amnésie antérograde est une amnésie qui porte sur les faits précédents l'accident mnésique

Faux, une amnésie antérograde est un oubli des épisodes après l'accident. L'amnésie rétrograde porte sur les faits précédents l'accident

D. La démence est un syndrome aphaso-apraxy-parésique

Faux, c'est un syndrome aphaso-apraxy-agnosique : aphaso = troubles du langage, apraxy = trouble de l'exécution d'un geste, agnosique = trouble de la reconnaissance et de la représentation.

- E. Le diagnostic confirmé de la maladie d'Alzheimer ne peut se faire qu'à la mort du patient

Vrai, cette maladie nécessite une étude anatomopathologique pour que le diagnostic soit confirmé.

Accidents vasculaires cérébraux

QCM 19 – 3 : E

- A. L'AVC hémorragique est majoritaire

Faux, il est minoritaire (20%) alors que l'AVC ischémique est majoritaire (80%)

- B. Seul l'analyse clinique permet de différencier un AVC ischémique d'un AVC hémorragique

Faux, seul l'examen d'imagerie le peut

- C. L'artère carotide externe se divise en artère cérébrale moyenne et artère cérébrale antérieure

Faux, l'artère carotide externe draine la face. Dans le cerveau, on parle d'artère carotide interne. L'artère carotide interne donne l'artère cérébrale moyenne et l'artère cérébrale antérieure.

- D. Le tronc basilaire draine le lobe frontal et il est né de la réunion entre les deux artères vertébrales

Faux, il draine le tronc cérébral et le cervelet principalement. C'est l'artère cérébrale antérieure qui draine le lobe frontal.

- E. L'AVC sylvien gauche est responsable d'une hémiparésie ou une hémiplégie droite

Vrai, il est aussi responsable d'une hypo/anesthésie droite, d'une aphasie (trouble du langage d'expression ou de compréhension). C'est le syndrome de l'hémisphère majeur

QCM 20 – 3 : ABE

- A. L'AVC sylvien droit est responsable d'une hémiasomatognosie qui est la perte de reconnaissance d'un hémicorps

Vrai, il est aussi responsable d'une anosognosie (non conscience de la pathologie), d'une hémignégligence gauche et d'une hypo/anesthésie gauche. L'AVC sylvien droit est le syndrome de l'hémisphère mineur

- B. L'AVC de l'artère choroïdienne provoque une hémiplégie massive proportionnelle controlatérale

Vrai, car il touche la capsule interne.

- C. Une hémianopsie latérale homonyme se retrouve dans un AVC du tronc cérébral

Faux, elle se retrouve dans l'AVC cérébral postérieur (car les aires visuelles se situent dans le cortex cérébral postérieur).

D. La thrombolyse peut être effectuée jusqu'à 24h après le début de l'AVC ischémique s'il reste encore des zones de pénombre à sauver

Faux, c'est la thrombectomie qui peut l'être. La thrombolyse n'est plus indiquée après 4h30 du début de l'AVC.

E. Les hémorragies méningées sont souvent liées à une rupture d'anévrisme

Vrai, elles sont prévalentes (85%).