

NEUROCHIRURGIE

Question N°25 :

Quel est l'examen de référence à demander dans le cadre du bilan étiologique d'une hémorragie méningée spontanée ? Décrivez brièvement l'aspect typique de la lésion causale la plus fréquente, sur cet examen:

Réponse :

- Angiographie cérébrale (0.25) des 4 axes (0.25)
- (Anévrisme) Image d'addition (0.25) sacciforme (0.25)

NOTE

/1

Question N°26 :

Citez les deux principaux mécanismes physiopathologiques pouvant engendrer une inflation du secteur liquidien intracrânien :

Réponse :

- Obstacle à l'écoulement du LCR (0.5)
- Défaut de résorption du LCR (0.5)

NOTE

/1

Question N°27 :

Chez un jeune traumatisé du crâne, non hypertendu, qui s'est aggravé secondairement par l'apparition de signes d'hypertension intracrânienne majeure avec un état de somnolence, en rapport avec une volumineuse contusion oedémato-hémorragique temporale droite, la décision de l'opérer en urgence est retenue. Cependant, sa tension artérielle systémique est mesurée à 18/10 cmHg.

Faut-il traiter d'abord ce pic hypertensif artériel? Justifier votre réponse :

Réponse :

Non (0.5) car c'est dû à un réflexe physiologique : réflexe de Cushing (0.5)
qui tend à corriger la PPC (0.25) pour éviter l'ischémie cérébrale (0.25)

NOTE

/1.5

CAS CLINIQUE N° 4 (questions n° 28 et 29)

Enoncé: Un patient âgé de 60 ans, hypertendu connu, a présenté une altération brutale de l'état de conscience. Son score de Glasgow a chuté rapidement, en deux heures, de 12 à 7/15, nécessitant son intubation. Le scanner cérébral montre un hématome cérébelleux vermio-lobaire gauche de 5 cm de grand axe, rompu dans le quatrième ventricule avec début d'hydrocéphalie sus-tentorielle.

Question N°28 : Faut-il opérer ce patient ? Quels sont vos arguments ?

Réponse : **Oui (0.5) car il s'agit d'un hématome cérébelleux > 3cm de diamètre (0.5)**
Avec une notion d'aggravation clinique secondaire (0.5)

NOTE

/1.5

Question N°29 : Relevez de cette observation un critère clinique et un critère radiologique de mauvais pronostic:

Réponse : - **L'état de coma (0.5)**
- **L'hémorragie intra-ventriculaire avec début d'hydrocéphalie (0.5)**

NOTE

/1

CAS CLINIQUE N° 5 (questions n° 30, 31 et 32)

Enoncé: Une femme âgée de 53 ans sans antécédents pathologiques, présente depuis environ 1 mois, des dorsalgies basses d'horaires inflammatoires, associées à une sensation de décharges électriques lancinantes, irradiant en ceinture à la hauteur de l'ombilic. Elle rapporte aussi depuis la même date, un engourdissement avec lourdeur des membres inférieurs, réduisant progressivement son périmètre de marche, sans notion de troubles sphinctériens.

A l'examen, elle marche difficilement avec aide, elle a une paraparésie spastique, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et diffusés aux membres inférieurs avec un signe de Babinski bilatéral. Les réflexes cutanés abdominaux moyens et inférieurs sont abolis des deux côtés. Il existe un niveau sensitif d'hypoesthésie tactile remontant jusqu'aux crêtes iliaques.

Question N°30 : Vous suspectez le diagnostic de compression médullaire, relevez le seul signe d'examen physique faisant partie du syndrome lésionnel ?

Réponse : **L'abolition des réflexes cutanés abdominaux moyens et inférieurs**

NOTE

/0.5

Question N°31 : Quel est le trouble sensitif que vous devez chercher pour compléter le syndrome sous-lésionnel et mieux vous orienter vers la topographie postérieure ?

Réponse : **Trouble de la sensibilité profonde (0.5) sous forme de (marche talonnante et/ou erreur au sens de position du gros orteil et/ou de la sensibilité vibratile) (0.5)**

NOTE

/1

Question N°32 : L'IRM médullaire met en évidence sur la séquence sagittale T2 une formation postérieure, refoulant en avant la dure-mère, réduisant les espaces sous-arachnoïdiens postérieurs, refoulant en avant la moelle qui est comprimée et réduisant les espaces sous-arachnoïdiens antérieurs. Dans quel espace situez-vous la lésion ?

Réponse : **Dans l'espace épidual (extradural)**

NOTE

/0.5

CAS CLINIQUE N° 6 (questions n° 33, 34, 35 et 36)

Énoncé: Un homme âgé de 50 ans, sans antécédents pathologiques notables, se plaint depuis trois semaines, de céphalées holocrâniennes d'aggravation progressive, rebelles au traitement antalgique usuel et associées à plusieurs épisodes de vomissements survenant surtout le matin. Son état s'est aggravé rapidement, depuis 4 jours, par l'installation d'une lourdeur de l'hémicorps droit avec des troubles de l'élocution. A l'examen, il est conscient mais ralenti sur le plan psychomoteur avec une hémiparésie droite à prédominance crurale. On note, en plus, une lenteur d'expression avec un manque de mots et des paraphrasies verbales fréquentes, sans trouble évident de la compréhension.

Le scanner cérébral met en évidence un processus expansif intra-axial, mesurant 6 x 5 cm dans le plan axial, de densité spontanée hétérogène, ayant un centre hypodense et une périphérie isodense. Après injection de produit de contraste, il existe une prise de contraste périphérique irrégulière. Il s'y associe une importante plage hypodense péri-lésionnelle, respectant le cortex, ne se rehaussant pas après injection de gadolinium. L'ensemble lésionnel est responsable d'un effet de masse avec engagement sous-falcorien.

Question N°33: Quel est le type du trouble de langage que présente ce patient ?

Réponse: **Aphasie de Broca**

NOTE

/0.5

Question N°34: Précisez la nature histologique la plus probable et la topographie de ce processus expansif causal, en se basant sur les données clinico-radiologiques ?

Réponse: **Glioblastome (ou tumeur gliale maligne) (0.5) frontal(e) gauche (0.5)**

NOTE

/1

Question N°35: A quoi correspond la plage hypodense péri-lésionnelle sur le scanner cérébral ?

Réponse: **Œdème (vasogénique) péri lésionnel**

NOTE

/0.5

Question N°36: Citez 3 arguments de mauvais pronostic chez ce patient ?

Réponse: - **la nature histologique hautement maligne (0.5)**

- **le siège intra-axial (0.25)**

- **le côté gauche (ou hémisphère dominant):**

siège en zones hautement fonctionnelles (0.25)

NOTE

/1

