

Activité 1 : Comment un examen de routine peut-il être utilisé dans le diagnostic médical ?

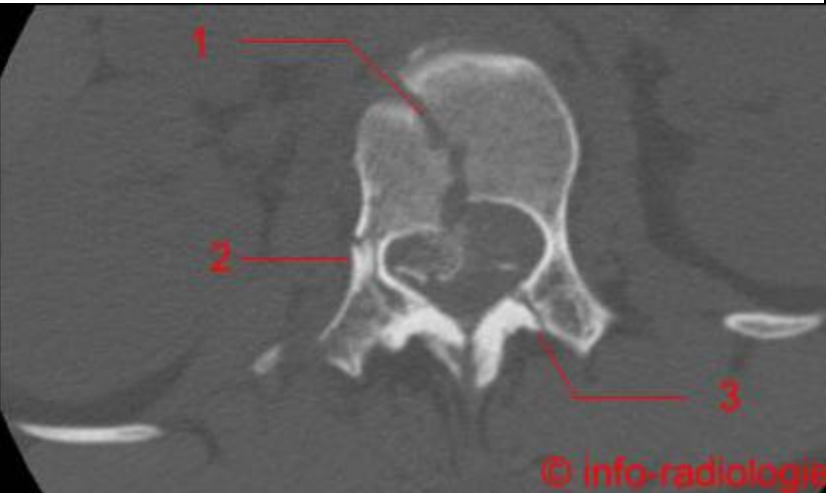
Patient 1

Jeune skieur chutant sur des bosses d'une piste de ski. Evacué dans la vallée par ambulance.

Tableau clinique :

- Importantes douleurs dorsales basses.
- Pas de perte de connaissance. Pas de douleur abdominale.
- Le pouls et la tension artérielle sont normaux.
- Paralyse flasque des membres postérieurs
- Douleur vive dans le bas du dos
- Abolition des reflexes rotulien et achilléen
- Le reflexe du pouce est conservé

Le radiologue de garde fait emmener le patient directement au scanner.

	
Scanner du rachis lombaire (fenêtre osseuse) - Reconstruction sagittale. Flèche, Fracture comminutive du corps vertébral de L1 avec rétropulsion de fragments dans le canal rachidien.	Image 3. Scanner du rachis lombaire (fenêtre osseuse) - Coupe axiale passant par L1. 1, Fracture comminutive du corps vertébral de L1 avec rétropulsion de fragments dans le canal rachidien. 2, Fracture du pédicule droit. 3, Fracture de la lame gauche.

Un important rétrécissement du canal rachidien est provoqué par la rétropulsion des fragments osseux. Au niveau de la charnière thoraco-lombaire, selon la localisation de l'extrémité de la moelle épinière, de tels fragments osseux intracanaux peuvent provoquer des lésions médullaires, des lésions du cône médullaire, des lésions des racines ou rien du tout.

Patient 2

Une femme de 65 ans se présente en consultation de neurologie suite à des chutes répétées et à une augmentation sensible de maladresses comme la chute d'objets.

Tableau clinique :

- Mobilité fine dégradée
- Reflexes myotatiques diminués ou abolis
- Fonctions intellectuelles préservées
- Sensibilité normale (toucher, vibration, chaleur...)

Compte rendu de la consultation avec le neurologue :

Suspicion de Sclérose Latérale Amyotrophique (quelquefois appelée la maladie de Charcot).

Voir le site *portail-sla.fr* : <http://portail-sla.fr/sla/L1Menu/lamaladie/.2>

Patient 3

Un patient est présenté aux urgences "classiques" suite à un accident de vélo, il est inconscient.

Tableau clinique :

- Abolition des reflexes myotatiques
- Motricité intacte
- Aucune sensibilité aux stimulations douloureuses (piqûre, brûlure...)
- Nombreuses traces de blessures anciennes et déjà guéries.

L'étude de son dossier médical révèle une insensibilité congénitale à la douleur.

Son état est stable, il est alors transféré au service de neurologie pour expliquer l'absence de réflexe myotatique.

Voir le site *Allodocteurs* : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-l-analgesie-congenitale-la-maladie-sans-douleur_133.html#paragraphe2

Patient 4

Sujet 12212 de la base de données d'imageries médicales du logiciel EduAnatomist.

Le patient a été victime d'un Accident Vasculaire Cérébral sylvien* au stade aigü.

Il est pris en charge au Service des Urgences Cérébrales Vasculaires deux heures après le début des symptômes, présente une hémiparésie droite (paralysie du côté droit du corps : face, membre supérieur, membre inférieur).

Chez ce patient, les réflexes myotatiques rotuliens et achilléens sont intacts.

L'angiographie-IRM révèle une occlusion d'une artère sylvienne. Le patient a été thrombolysé à la suite de l'examen IRM. L'angiographie-IRM révélera une recanalisation de l'artère obstruée, le traitement thrombolytique ayant été efficace.

**L'artère sylvienne est issue de la carotide interne, elle assure la vascularisation des hémisphères cérébraux.*

Fichier imagerie par IRM : **IRM_sujet12212_anatpathologieAVC_T2_J1.img**