

Mlle T. , 35 ans , G2P2 , présente des céphalées depuis 3 jours alors qu'elle s'apprette à sortir de la maternité comme prévu au 6e jour. elle présente des céphalées en casque d'aggravation progressive , permanente , non pulsatile, qui gênait son allaitement. depuis ce matin 2 épisodes de vomissements sont survenu .

à l'examen clinique , il n'existe pas de déficit neurologique focal , pas de fièvre , cependant elle décrit un flou visuel récent.

cette patiente en surpoids (BMI 26) , présentait comme lors de sa première grossesse une HTA gravidique bien contrôlée sous traitement médical depuis son 2e trimestre de grossesse.

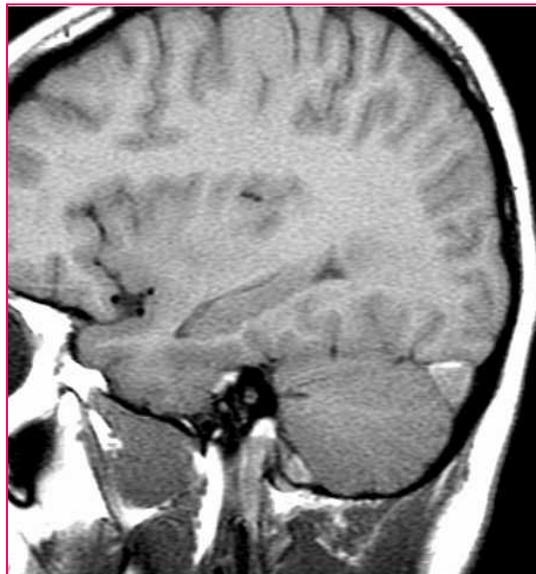
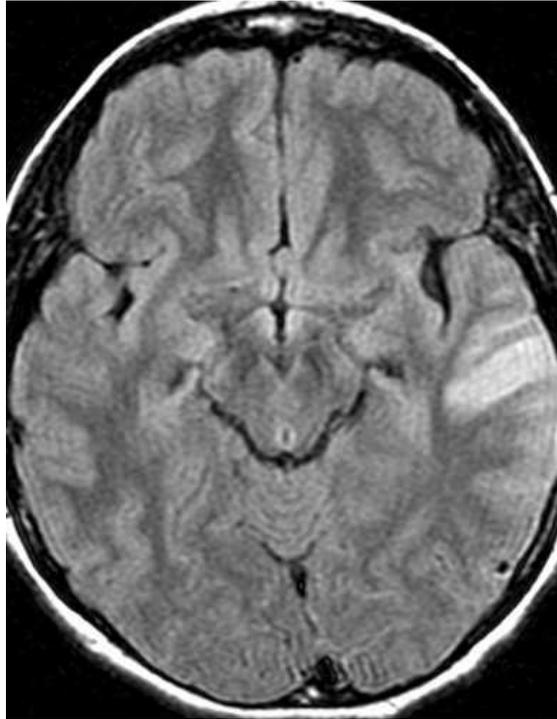
1. Quelles sont les principales étiologies de céphalées subaigues d'aggravation progressive hors contexte gravidique

2. Avant de réaliser une ponction lombaire, quel examen demandez-vous en urgence ? sur quels arguments ?

3. Quels sont les inconvénients d'un scanner avec injection iodé chez cette patiente , quelles précautions préalables prenez vous?

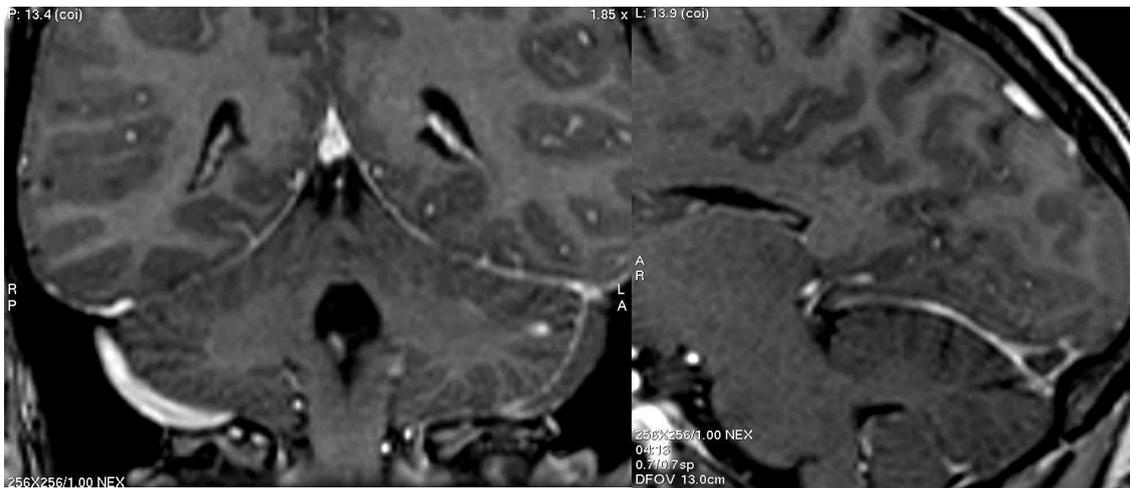
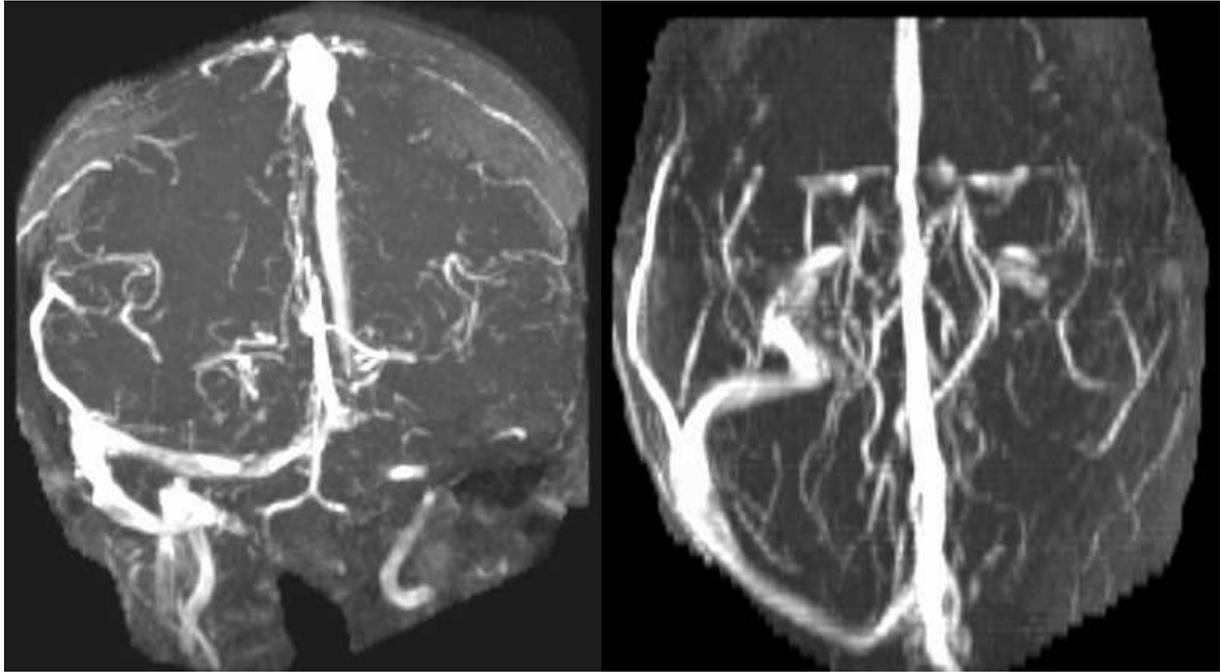
4 Mlle T . présente brutalement , une crise convulsive généralisée , avec une confusion , et agitation. Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques ?

5. commentez les séquences réalisés , décrivez les anomalies observées (type de séquence , topographie des lésions et séméiologie radiologique)



6. D'après ces informations morphologiques de base , vous vous orientez vers l'une des 2 pathologies . Comment confirmez le diagnostique ?

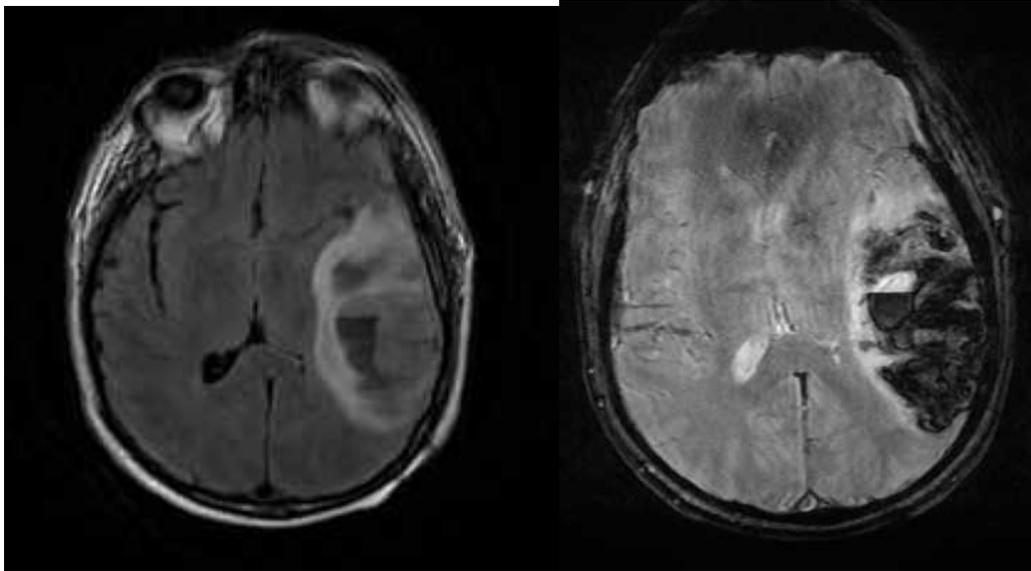
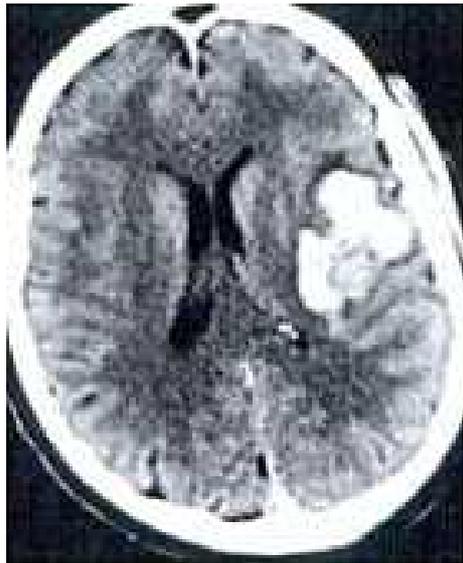
7. 2 types séquences supplémentaire sont programmées afin de différencier ces deux hypothèses . Comment se nomme ces séquences ?



8. Quel est votre diagnostic final et sur quel argument ?

9. Quelques minutes après le diagnostic , alors que le traitement n'est pas encore mis en route, Mlle T. présente des mouvements anormaux hémicorporel droit rapidement résolutifs avec troubles de vigilance modérés et une aphasia dans les suites.

Que suspectez vous? Quels sont vos arguments sur les examens suivants?

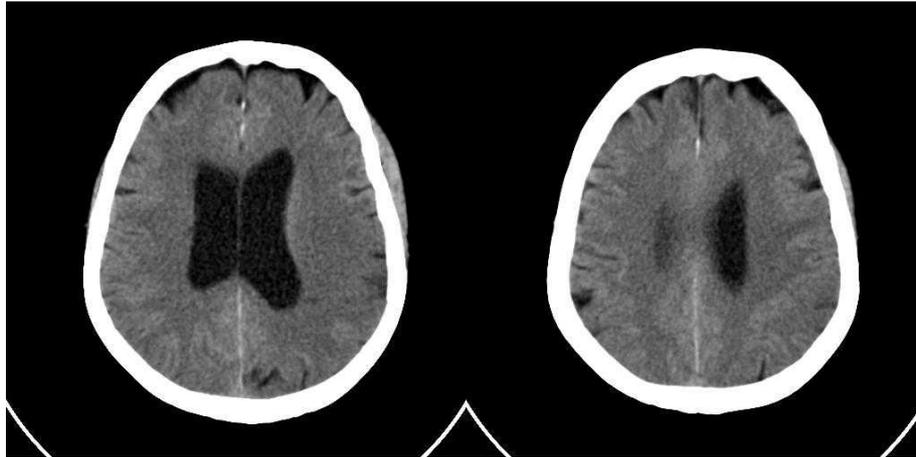


10 Ces données morphologiques modifient elles le traitement ? En quoi consiste t il ?

Monsieur M. âgé de 52 ans est adressé aux urgences par le SAMU pour déficit hémicorporel droit survenu brutalement il y a 4 heures. L'examen clinique retrouve un déficit moteur constitué à prédominance brachio-faciale, associé à des troubles sensitifs et une aphasie motrice non fluente.

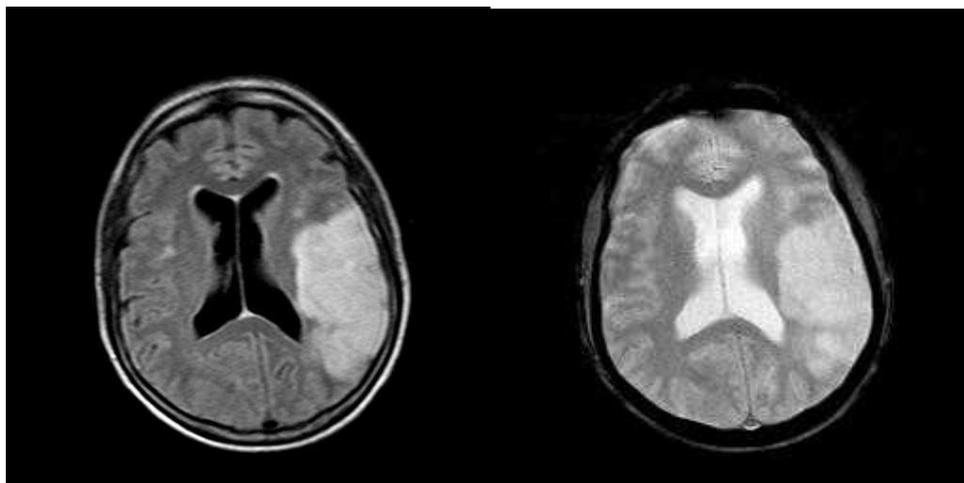
Q1 : Quel est l'examen d'imagerie actuellement recommandé devant la survenue d'un déficit neurologique brutal ? Pourquoi ?

Q2 : Un scanner cérébral sans injection de produit de contraste est réalisé immédiatement après l'admission du patient. Quels sont les deux objectifs essentiels de cet examen chez ce patient ?



Q3 : Le scanner cérébral est interprété comme normal. D'après la symptomatologie clinique, quel est le diagnostic le plus probable ?

Q4: commentez l'examen suivant, manque t il une séquence? Quelle est son intérêt?



Q4 : Le patient est hospitalisé dans une unité neuro-vasculaire. Quels sont les examens morphologiques à réaliser pour le diagnostic étiologique de cette pathologie ?

Q5 : Les différents examens retrouvent une sténose à 70% de l'artère carotide interne gauche dans sa portion bulbuaire. Quels sont les principes généraux de la prévention secondaire chez ce patient ?

Q6 : Quelles sont les 3 principales causes d'accident ischémique cérébral après 50 ans ?

Q7: 6 mois après son épisode, vous revoyez Mr M en consultation, il est inquiet pour sa femme qui a eu un trouble visuel transitoire il y a moins d'une semaine.

Quels critères cliniques vous orientent vers une pathologie vasculaire?

Un bilan étiologique complet a rapidement été mené.

Commentez l'image suivante qui est la seule anomalie morphologique retrouvée lors du bilan.



Q8:

Votre interrogatoire vous évoque une amaurose transitoire de l'oeil gauche.

Comment être sûr qu'il s'agit bien d'un AIT?

Mr M est inquiet pour sa femme, a t il raison?

Quelle est votre attitude thérapeutique ?