

Motricité et réflexes

Amytrophie:

- diminution du volume musculaire
- lésion du nerf périphérique, lésion primitive de la fibre musculaire ou non utilisation du membre

Hypertrophie:

- augmentation du volume musculaire
- dans certaines myopathies

Fasciculations:

- contraction involontaires brèves
- localisé en cas de lésion du nerf périphérique
- généralisé en cas de maladie de la corne antérieure de la moelle

Myokymies:

- contraction involontaire grossière, lente et prolongée

Crampe:

- contractions involontaires intenses et douloureuses
- en cas d'effort, d'ischémie ou par causes métaboliques
- peu accompagner les hypertonies et révéler certaines neuropathies

Mytonie:

- persistance d'une forte contraction musculaire après la percussion

Hypotonie:

- résulte d'une lésion musculaire primitive, d'une atteinte des nerfs périphériques ou du contrôle central

Hypertonies:

* Élastique:

- augmentation progressive de la résistance à l'amplitude et à la vitesse de l'étirement
- à l'arrêt reviens à sa position initiale ou cède brutalement

* Plastique

- résistance en tuyau de plomb homogène et continue
- maximale d'emblée

Réflexes tendineux:

- réflexe myotatique mono synaptique, médullaire
- doivent être recherchés chez les sujets en complet relâchement musculaire => manoeuvre de Jendrassik
- percussion entraîne une contraction unique du muscle
- * Anomalies:
 - réflexe aboli
 - réflexe pendulaire oscillation autour de la position de repos
 - exagération d'un réflexe: vivacité anormale, diffusion à d'autres groupes musculaires, aspect polycinétique
- * Réflexe cutané plantaire:
 - stimulation du bord externe de la plante du pied
 - flexion involontaire du gros orteil

- * Signe de babinski: extension lente du gros orteil
- * Réflexe nasopalpebral: fermeture bilatérale des paupières lors de la percussion de la racine du nez

Douleurs radiculaires:

- trajet correspond au territoire innervé par la racine intéressée
- caractère mécanique de la douleur

Névralgie

- définie par le siège de la douleur sur le trajet du tronc nerveux
- continue, intermittente ou fulgurante

Hyperpathie:

- souffrance plus étendue que la zone stimulée
- souffrance plus prolongée que la stimulation
- peut être déclenché par des stimuli normalement indolores

Hyperesthésie: douleur provoquée par un simple effleurement

Paresthésie:

- sensation anormale de survenue spontanée
- traduit généralement une atteinte des fibres myélinisées de gros calibre central ou périphériques

Dyesthésie: même type de sensation que la paresthésie mais déclenchée par frottement de la zone

Déficit:

- de la sensibilité proprioceptive: troubles de l'équilibre dans l'obscurité ou difficulté à reconnaître des objets dans sa main
- de la sensibilité tactile et proprioceptive: sensation de marcher sur une surface bizarre
- de la sensibilité thermoalgique: absence de douleur de brûlure

L'examen:

- **pallesthésie:** étude de la perception du diapason appliqué sur des surfaces osseuses
- **ataxie proprioceptive** se recherche en demandant au patient de marcher les yeux fermés
- **astérognosie:** impossibilité de reconnaître des objets au touché souvent due à des lésions du cortex pariétal controlatéral

Adiadococinésie: difficulté d'effectuer des mouvements alternatifs

Dyschronométrie: retard à l'initiation ou à l'arrêt du mouvement

Ataxie: déficit de la station debout et de la marche

Les grands syndromes

I) Syndrome moteur périphérique

Syndrome myogène:

- déficit de la force lié à une affection primitive des fibres musculaires
- * Déficit moteur pure des racines:
 - interrogatoire: difficulté de courir, se lever du sol...
 - examen: marche dandinante, hyper-lordose, aide des mains pour se lever du sole...
- * Déficit des muscles axiaux
- * Déficit des muscles de la face
- * Modification du volume musculaire le plus souvent une amyotrophie
- * Rétraction tendineuses surtout du tendon d'Achille
- * Déformation du rachis inconstante
- * Abolition de la réponse idiomusculaire à la percussion
- * Signes de l'intégrité du SN: absence de fasciculation, absence de signes sensitifs pyramidaux
- * Examen complémentaire:
 - élévation des enzymes musculaires
 - tracé myogène de l'EMG
 - atrophie et involution graisseuse en IRM

Syndrome myasthénique

- blocage de la transmission neuromusculaire
- le plus souvent de cause auto-immune
- * Atteinte purement musculaire
- * Affecte différents territoires musculaires
 - oculaire les plus fréquente
 - muscles faciaux et pharyngés
 - muscles des membres et axiaux
 - muscle respiratoire (signe de gravité)
- * Fatigabilité musculaire avant la faiblesse
- * Profil chronologique particulier avec une variabilité de la fatigabilité et une évolution par poussée
- * Déficit amélioré par les anti-cholinestérasiques
- * Présence d'un bloc neuromusculaire à l'EMG

Syndrome neurogène périphérique

- les atteintes peuvent être limitées à un seul nerf, limité à une racine, à l'ensemble des racines d'un plexus ([multinévrte](#)), diffuse-sensitivomotrice ([polyneuropathie](#)), ou encore diffusé à l'ensemble des nerfs et racines ([polyradiculonévrite](#))
- * **Syndrome neurogène périphérique:** en cas d'atteinte d'un unique neurone périphérique
 - paralysie motrice avec déficit de la force musculaire
 - hypotonie
 - réflexes tendineux abolies ou diminués
 - amyotrophie due à une dénervation
 - crampes et fasciculations
 - troubles vasomoteurs avec oedèmes cyanoses et troubles trophiques
- * **Syndrome radiculaire** en cas d'atteinte mono radiculaire

- douleur caractérisé par son trajet (du rachis vers le territoire innervé), et les circonstances de déclenchement (par augmentation de la pression du LCR ou étirement des racines)
- paresthésies et déficit tendineux souvent associés
- déficit moteur modéré voir absent
- réflexes tendineux diminué ou aboli
- * **Syndrome tronculaire**: en cas d'atteinte d'un tronc
- déficit moteur topographique systématisé qui touche l'ensemble des muscles en aval de la lésion
- amyotrophie
- paresthésies dans les territoires nerveux et rarement des douleurs
- * **Syndrome de la queue de cheval**
- douleurs radiculaires
- paralysie flasque des membres inférieurs
- anesthésie en selle et des organes génitaux
- abolition des réflexes rotulien et achilléen
- abolition des réflexes bulbo-anales
- troubles sphinctériens (rétentions des urines et anales)

Atteinte du nerf radial dans la gouttière huméral

- * Syndrome moteur
- déficit de l'extension de l'avant bras du poignet et de la 1^{er} phalange
- déficit de l'abduction du pouce de la supination et de la flexion de l'avant bras
- abolition du réflexe tricipital et stylo radial
- * Syndrome sensitif: hypoesthésie de la face dorsale du pouce de la main et de la 1^{er} phalange de l'indexe

Atteinte du sciatique poplité externe au col du péroné

- * Syndrome moteur:
- déficit sur l'extension des orteils => flexion dorsale du pied
- déficit sur l'éversion du pied
- amyotrophie de la loge antéro externe de la jambe
- * Syndrome sensitif: hypoesthésie au niveau de la face dorsale des premiers orteils et du dos du pied ainsi que la face antéro externe de la jambe

II) Syndrome moteur central

Syndrome pyramidale

- * Trouble de la commande motrice:
- au maximum, impossibilité totale de toute mobilisation
- le plus souvent la force musculaire est conservée mais les gestes son mal habiles
- le déficit concerne essentiellement les mouvements volontaires
- présence de **syncinésies** (mouvements involontaires des groupes musculaire à distance ou a proximité du mouvement volontaire effectué
- a la face: muscle de la partie inférieur du visage
- au membres: troubles globaux ou partiels
- épargne les muscles axiaux et les muscles du cou
- * Modifications du tonus
- hypertonie spastique lors de la mobilisation passive
- prédominance sur les muscles allongeurs au membre < et sur les muscles fléchisseur au membre >
- * Trouble des réflexes tendineux:

- exagération des réflexes
- signes de Babinski associé
- * Regroupement syndromatique:
 - hémiplégie ou hémiparésie (*paralyse incomplète*)
 - hémiplégie brachio-faciale
 - monoparésie ou monoplégie (*atteinte d'un membre*)
 - paraparésie ou paraplégie (central ou périphérique)
 - quadriparésie ou quadriplégie
- * Topographie des atteintes
 - corticale => hémiplégie partielle controlatérale
 - capsule interne => hémiplégie massive complète
 - tronc cérébrale => syndrome alterne ou respect de la face si la lésion est en dessous du noyau facial

Syndrome parkinsonien

- dysfonctionnement de la voie dopaminergique nigro-striatale avec lésion du substantia nigra
- peut être secondaire à la prise de neuroleptique
- **corps de Lewy** = marqueurs de la maladie
- trois symptômes majeurs: **tremblement au repos**, **akinésie** et **hypertonie**
- * Tremblement au repos:
 - lent, régulier, de faible amplitude, disparaît totalement lors d'un mouvement volontaire et du sommeil
 - le plus souvent unilatéral il peut être bilatérale
- * Akinésie:
 - raréfaction de l'activité motrice du patient
 - trouble de l'initiation et de l'exécution du mouvement
 - réduction ou disparition de l'activité gestuelle automatique émotionnelle
 - face peu expressive, clignement des paupières plus rare et plus lent
- * Hypertonie extra-pyramidal:
 - lors de la mobilisation passive
 - prédomine sur les muscles antigravité
 - manoeuvre de froment utilisé pour le dépistage
 - majoration de la rigidité lors d'un mouvement volontaire

Mouvement choréique: mouvement dansant touchant de façon asynchrone et erratique les différentes parties du corps

Mouvement Ballique: ample brusque rapide et irrégulier souvent répétitif touche principalement la racine des membres, conséquence d'une lésion du noyau thalamique controlatéral

Tics: mouvements involontaires brusques brefs et stéréotypés

Myoclonies: contraction brèves involontaires touchent un ou plusieurs muscles

Asterixis: brève relaxation des extenseurs du poignet

III) Troubles de l'équilibre

Syndrome cérébelleux

- lésion provoque des troubles homolatéraux
- signes: hypotonie, ataxie cérébelleuse, trouble de l'exécution des mouvements et dysarthrie cérébelleuse
- les syndromes topographiques: vermien => muscles axiaux, hémisphérique => membres

Syndrome vestibulaire:

* Symptômes:

- vertige
- bourdonnement d'oreille
- nausée
- plus rarement sensation de latéropulsion

* Signes:

- nystagmus: oscillation rythmique et conjuguée des globes oculaires
- marche avec déviation unilatérale
- signe de Romberg labyrinthique (déviation latérale du corps les yeux fermés)

* Syndrome vestibulaire périphérique:

- vertige rotatoires intenses, nausées et vomissement
- nystagmus horizontal ou horizonto-rotatoire (secousse lente du côté atteint)
- signe de Romberg du côté atteint, voire ataxie
- atteinte cochléaire fréquentes avec baisse de l'audition

* Syndrome vestibulaire central:

- vertiges flous
- nystagmus multiples
- ataxie multidirectionnelle
- troubles auditifs absents

IV) Syndromes sensitifs médullaires

Syndrome médullaire cordonal postérieur

- atteinte des cordons postérieurs souvent associée à une atteinte radiculaire
- signes sensitifs homolatéraux voir bilatéraux, sous-lésionnels et dissociés concernent la sensibilité proprioceptive et épargnent la sensibilité thermo-algique
- paresthésie intense à prédominance distale ou étendue
- sensation de striction, d'étouffement
- signe de Lhermitte (flexion du cou sur le thorax provoque une sensation de courant électrique le long du rachis et des membres)
- on peut observer une hémiparésie homolatérale

Syndrome médullaire de Brown-Sequard ou syndrome de l'hémi-moelle

- lésion de l'hémi-moelle latérale
- associe les signes d'un syndrome pyramidal et d'un syndrome cordonal postérieur homolatéraux à la lésion
- Il existe un syndrome spino-thalamique
- Le déficit concerne la sensibilité thermo-algique

Syndrome médullaire spino-thalamique

- déficit sensitif sous-lésionnel et controlatéral dissocié, de type extra lemniscal
- touche la sensibilité thermo-algique

Syndrome de compression médullaire

- dépend du niveau de l'atteinte et de l'installation
- atteinte au niveau lésionnelle et sous-lésionnelle
- au niveau lésionnelle il s'agit d'une atteinte radiculaire uni ou bilatérale
- au niveau sous-lésionnelle dominé par un syndrome pyramidal bilatéral entraînant une paraparésie ou paraplégie spasmodique

Syndrome centromédullaire, le syndrome syringomyélique

- lésion centro-médullaire interrompant les voies spinothalamique qui décussent dans la moelle
- déficit thermo-algique respectant la sensibilité proprioceptive
- atteinte des faisceaux pyramidaux et de la corne antérieur de la moelle provoquant une amyotrophie des muscles concernés

Sémiologie sphinctérienne

Signes clinique des troubles urinaires

- Pollakiurie: augmentation de la fréquence des mictions
- Incontinence urinaire
- Urgenturie
- Incontinence urinaire à l'effort
- Enurésie nocturne: miction involontaires nocturnes
- Dysurie: difficulté à uriner

Sémiologie urodynamique

- Hyperactivité du détrusor
- Hypoactivité du détrusor
- Hypotonie sphinctérienne
- Dyssynergie vésicosphinctérienne contraction paradoxale de la vessie et du sphincter lors de la miction

Classification des troubles vésicosphinctériens

1° Lésion du système nerveux périphérique: paralysie flasque du détrusor et du sphincter

- Dysurie due à l'absence de contraction de la vessie
- Incontinence due à l'absence de contraction des sphincter
- Périnée périphérique:
 - * paralysie des m. périnéaux
 - * hypotonie anale
 - * abolition des réflexes
 - * troubles sensitifs
- Signes urodynamiques
 - * profilométrie: pression uréthrales effondrées
 - * débitométrie: miction par poussée abdominale
 - * cystomanométrie: vessie hypoesthésique de grande capacité

2° Lésion médullaire:

- Perte du contrôle central => hyper activité de la vessie et perte de la synergie entre le détrusor et sphincter
- Dysurie
- Hypertonie anale
- Troubles sensitifs variables
- Signes urodynamiques
 - * profilométrie: pression uréthrales normale ou élevée
 - * débitométrie: miction hachées
 - * cystomanométrie: hyperactivité détrusorienne, réduction de la capacité vésicale fonctionnelle

3° Lésion encéphalique

- Trouble du contrôle central => hyperactivité
- Urgenturie
- Pollakiurie
- Hypertonie anale
- Signes urodynamiques
 - * profilométrie: pression uréthrales normale ou élevée
 - * cystomanométrie: hyper activité du détrusor, réduction de la capacité vésicale fonctionnelle

Sémiologie des nerfs crâniens

Scotome:

- Lacune du champs visuelle d'un ou des deux yeux
- D'origine centrale ou périphérique

Rétrécissement concentrique du champ visuelle

- D'origine le plus souvent anorganique

Hémianopsies

- Déficit visuelle bilatérale
- Perte de la vision de la moitié du camps visuel
- L'acuité visuelle n'est pas altérée, elle peu donc être méconnue du patient
- Différents types:
 - * **hémianopsies altitudinales**: lésion du cortex occipital ou des radiation optiques
 - * **hémianopsiesbi-temporale**: amputation de l'hémichamp temporal pour chaque oeil
 - * **hémianopsies latérales homonymes**: champ temporal d'un oeil et nasal de l'autre, traduisent une lésion post chiasmatique
 - * **quadrinopsies**: ce sont des hémianopsies du cadran supérieur ou inférieur

A l'exploration

Moitié oculaire extrinsèque: étude de chaque oeil séparément, puis l'ensemble en suivant le doigt de l'examineur

Moitié oculaire intrinsèque: examen du diamètre et de sa modification pupillaire. Reflexe est le myosis de l'oeil controlatéral

Ptôsis: chute de la paupière supérieur

Diplopie: Vision double, dont le signe est le strabisme, disparaît en vision monoculaire

Strabisme: perte du parallélisme des globes oculaires

Paralysie du III

- Complète elle donne lieu à:
 - * ptôsis
 - * diplopie verticale ou oblique
 - * strabisme divergent
 - * impossibilité de déplacer l'oeil
 - * mydriase paralytique associée à une paralysie de l'accommodation
- Elle est souvent incomplète (due à une atteinte partielle du n. ou du noyau)
- Une apparition aigue doit faire rechercher une urgence médicale: rupture d'anévrisme

Paralysie du IV

- Limitation de l'activité du IV (diminue l'abaissement de l'oeil et l'intorsion)
- Due à un traumatisme de l'orbite et anomalie congénitale
- => diplopie vertico-oblique
- => attitude vicieuse de la tête

Paralysie du VI

- Limitation de l'abduction
- Due au ischémies de la protubérance

=> diplopie horizontale, tête tournée vers le muscle paralysé

Trouble de la motilité pupillaire

- **Mydriase**: dilatation pathologique de la pupille
- **Myosis**: rétrécissement pathologique de la pupille

- Signe d'Argyll-Robertson:

- * abolition du réflexe photomoteur
- * conservation de l'accommodation convergence
- * myosis bilatéral
- * irrégularité pupillaire

=> syphilis nerveuse

- Signe de Claude Bernard Horner:

- * myosis
- * rétrécissement de la fente palpébrale
- * énoptalmie

=> atteinte sympathique pupillaire homolatérale aux symptômes

Paralysie du V

- Exploration:

- * étude de la sensibilité de la face et de la cornée, de la langue et des gencives
- * recherche des contractions mastérisiennes

- Sémiologie:

- * paresthésies et douleurs
- * sous forme de crise de durée variable

Atteinte du VII

- Paralysie de tous les muscles de la face
- Rides effacées, commissure labiale abaissée, bouche déviée, clignement abolie
- Paralysie accentuée lors du mouvement volontaire: fermeture des paupières abolie
- Signe de Charles Bell: déplacement du globe oculaire en haut et en dehors, absent en cas d'atteinte centrale
- Réflexe cornée abolie mais sensibilité conservée

Sémiologie des nerfs crâniens

Parole langue

Dysarthries paralytiques:

- En cas d'atteinte musculaire, associé le plus souvent à des signes touchant d'autres territoires
- En cas d'atteinte des commandes motrices

Dysarthrie cérébelleuse: atteinte de la coordination motrice, parole prend un aspect scandé et explosif

Dysarthries extrapyramidales: dysarthrie associée à une dysprosodie (débit ralenti de la parole monocorde et peu articulée)

Syndrome frontal:

- Désorganisation des activités instrumentales spécifiques
- Altération des fonctions exécutives sur les comportements élaborés

Trouble du comportement et de la régulation de l'activité motrice

- Souvent un ralentissement psychomoteur (pas de réactions affectives, restriction des champs d'intérêt...)
 - Parfois excitation psychomotrice
- => disparition de certaines contraintes sociales

- Perturbation de l'activité motrice:

- * défaut d'initiation et de spontanéité gestuelle
- => comportement de la négligence motrice de l'hémicorps
- * impossibilité de reproduire des séries de gestes de rythme ou de dessins
- * stéréotypes gestuelles
- * trouble de l'équilibre et de la marche avec retropulsion de station debout
- * comportement du miction
- * réaction de préhension pathologique, la prise de l'objet ne peut être relâchée

- Troubles du langage

- * réduction de toute communication verbale
- * manque de mots avec préservation après stimulation

- Trouble de l'attention et de la mémoire

- * déficit de l'attention volontaire et de la concentration
- * déficit de la mémoire de fixation et des apprentissages

- Troubles intellectuels: troubles du raisonnement et du jugement

- Syndrome confusionnel

- * baisse de la vigilance
- * fluctuation de l'attention
- * désorientation temporo-spatiale
- * ralentissement
- * perturbation diffuse des activités intellectuelles
- * illusions et hallucination
- * perturbation des cycles de sommeil
- * étiologie
- + générale
- + neurologique

- Syndrome démentiel

- * diminution de la capacité intellectuelle
- * syndrome amnésique
- * troubles du comportement

Les syndromes encéphalique

Syndrome vasculaire:

- Territoire de l'a. cérébrale antérieur
 - * unilatérale: déficit à prédominance crurale controlatérale à la lésion
 - * bilatérale: paraplégie possibilité de syndrome frontal
- Territoire de l'ACM
 - * infarctus sylvien superficiel antérieur: hémiparésie brachio-faciale + aphasie de Broca
 - * infarctus sylvien superficiel postérieur: hémianopsie latérale homonyme, hémihypoesthésie, aphasie fluente de Wernicke
 - * branches perforantes: hémiparésie globale proportionnelle et possibilité de dysarthrie a gauche
 - * infarctus sylvien totale: trouble de la vigilance au début déficit sensitivo-moteur massif, déviation oculo-céphalique vers la lésion
- Territoire de l'ACP
 - * superficiel unilatéral hémianopsie latérale homonyme controlatérale, a gauche trouble du langage
 - * superficiel bilatéral: cécité corticale
 - * profond unilatéral: hémihypoesthésie controlatérale
 - * profond bilatéral: possibilité de syndrome amnésique de type korsakovien

Syndrome d'hyper tension intra crânienne

Céphalés, ralentissement idéatoire ou obnubilation, impression de flou visuel ou de diplopie horizontale transitoires, impressions vertigineuses aux changements de position

Céphalés. Leur type, intensité et durée peuvent varier. Toutefois, certaines caractéristiques des céphalées doivent faire penser à l'HIC :

- Apparition chez un patient habituellement non céphalalgique ou modification des caractères habituels des céphalées chez un céphalalgique connu ;
- Installation/recrudescence nocturne ou matinale ;
- Accroissement progressif de la fréquence, de la durée et de l'intensité
- Caractère rebel aux antalgiques usuels.

Vomissements inconstants, évocateurs lorsqu'ils surviennent sans nausée préalable, souvent lors d'un changement de position de la tête.

Les autres signes d'HIC sont plus tardifs : **ralentissement idéatoire ou obnubilation, impression de flou visuel ou de diplopie horizontale transitoires, impressions vertigineuses aux changements de position.**

Les signes propres à l'étiologie peuvent être associés ou même être le motif de consultation : crises d'épilepsie (quel qu'en soit le type), baisse de l'acuité visuelle, tout symptôme neurologique d'atteinte centrale (hémiparésie, ataxie cérébelleuse, syndrome tronculaire, ...). L'association à des signes d'HIC doit être recherchée systématiquement.

L'examen neurologique peut :

- Être normal, ce qui n'écarte pas le diagnostic
- Révéler des signes liés à l'HIC : altération diffuse des fonctions cognitives (ralentissement surtout) ; paralysie incomplète du VI (sans valeur localisatrice)
- Révéler les signes propres à l'étiologie. Toute céphalée accompagnée de signes ou de symptômes neurologiques doit faire évoquer et rechercher une HIC

L'examen du fond d'œil :

- Est à faire sans dilatation atropinique si le syndrome d'HIC est d'installation aiguë (l'état des pupilles étant un critère de surveillance)

- Peut être normal (HIC récente, nourrisson, patient âgé) sans exclure le diagnostic
- Peut révéler un œdème papillaire

Syndrome méningés

Le syndrome méningé comprend un certain nombre de symptômes et signes dominés par :

- La **céphalée** peut être isolée. Elle est sévère, permanente, diffuse, irradiant vers le cou et le rachis Elle s'accompagne d'une **photophobie**, d'une intolérance au bruit et d'une hyperesthésie diffuse.
- Les **vomissements** sont inconstants, survenant volontiers aux changements de position.
- D'autres symptômes peuvent survenir, selon les étiologies, certains sont des signes de gravité : troubles de la conscience (obnubilation, états confusionnels, plus rarement coma), convulsions, troubles végétatifs (bradycardie, bradypnée, élévation tensionnelle)

Ponction lombaire

Le liquide céphalo-rachidien normal : la pression peut donc être mesurée sur le malade en décubitus latéral à l'aide d'un manomètre ou d'un tube stérilisé, elle est de 12 à 15 cm d'eau ; le nombre d'éléments est $< 3/mm^3$; la protéinorachie est $< 0,40$ g/l (méthode de Lowry) ou $< 0,20$ g/l (méthode de Sicard). A l'électrophorèse des protéines : les gammaglobulines ont une distribution polyclonale avec un taux $< 15\%$ des protéines; la glycorachie est de 60% de la glycémie. Le liquide est stérile à la culture

Epilepsies

- Lié à l'activation anormale d'une population de neurone du cortex
- Manifestations subjectives ou objectives
- Manifestation brèves sans facteurs déclenchants

Crise tonico-chronique

- Perte brutale de connaissance complète
- EEG difficilement interprétable
- Après la crise: baisse majeur de l'amplitude des activités cérébrales puis des ondes lentes et diffuses
- A distance de la crise on peu observer des anomalies épileptiques intercritiques
- On distingue 3 phases de 1 à 2 minutes
 - * Phase tonique: hyper extension des 4 membres, provoque la chute morsure de la langue et crie. associe apnée et troubles végétatifs
 - * Phase clonique: secousses musculaires brusques
 - * Phase résolutive: stade de coma post critique avec hypotonie musculaire
- Amnésie de la crise complète, courbature et céphalées , morsure latérale de la langue

La crise de type absence

- Crise d'épilepsie généralisée mais sans convulsions
- Surviens plus chez les enfants
- Suspension de la conscience brutale et brève
- La crise se manifeste par un arrêt de l'activité en cours, il n'entend rien et ne répond pas aux questions
- Pas de chute ni d'activité motrice
- Pas de confusions ni d'amnésie post critique
- EEG montre une décharge de pointe d'onde généralisé synchrone et régulier

Electro-encéphalogramme

- Les anomalies épileptiques sont des figures paroxystique à survenue brutale
- Caractéristiques:

- * pointe: bref et de haut voltage
- * polypointe: composé de plusieurs pointes
- * pointe onde: pointe suivie d'une onde lente
- * pointe lente: potentiel plus lent et moins pointu
- Plus précis si une crise se déroule pendant l'enregistrement
- Permet d'établir le diagnostic topographique, syndromatique et positif
- Il peut malgré tout méconnaître une activité épileptique très focale
- Type d'enregistrement:
 - * enregistrement dans le sommeil
 - * enregistrement Holter
 - * enregistrement continu