

EVALUATION DES NERFS CRANIENS :

I - Le nerf olfactif (I)

L'olfaction s'explore, sur un sujet les yeux fermés, en présentant devant chaque narine séparément (en bouchant l'autre) des substances odorantes (lavande, café, menthe...) en lui demandant de les reconnaître ; on évitera d'utiliser des substances irritantes.

Le déficit de l'olfaction peut être complet : anosmie ou partiel : hyposmie. Ce trouble peut trouver son explication au niveau nasal (altération de la muqueuse) mais aussi au niveau du nerf olfactif (tumeurs de l'étage antérieur et surtout traumatismes crâniens).

II - Le nerf optique (II)

Problèmes de l'acuité visuelle, hémianopsies, scotomes ..

III- Le nerf moteur oculaire commun (III) :

Il innerve tous les muscles oculomoteurs (sauf le droit externe et le grand oblique), le releveur de la paupière supérieure et par ses fibres parasympathiques, le constricteur de l'iris.

Sa paralysie complète va donner : ☹️

Diplopie verticale : Elle se traduit par un décalage vertical des deux images qui s'accroît lors des mouvements de la verticalité.

Strabisme divergent : l'œil est dévié en dehors et parfois bloqué en abduction en raison de l'action prévalente du muscle droit externe. ☹️

Une impossibilité des mouvements de verticalité, et du regard en dedans (en adduction). ☹️

Un ptosis : chute de la paupière supérieure ☹️

Une paralysie de la motilité oculaire intrinsèque : mydriase paralytique avec abolition du réflexe photomoteur et du réflexe d'accommodation .

IV- Le nerf pathétique (IV)

Le nerf pathétique est responsable de l'innervation du muscle grand oblique.

Sa paralysie se traduit par : ☹️

Une diplopie verticale qui s'accroît lorsque le sujet regarde vers le bas, on observe fréquemment une attitude vicieuse de la tête qui lutte contre la diplopie, la tête est fléchie vers l'épaule saine.

Une limitation des mouvements oculaires vers le bas. 4

V- Le nerf moteur oculaire externe (VI)

Il assure l'innervation du muscle droit externe.

Son atteinte se manifeste par : ☹️

Un strabisme interne (déviation de l'œil en adduction) ☹️

Impossibilité ou limitation des mouvements oculaires en abduction ☹️

Une diplopie horizontale : qui s'accroît lorsque le sujet regarde du côté atteint. Une attitude vicieuse est fréquente, le sujet tourne la tête du côté sain pour soulager le droit externe paralysé.

VI- Le nerf trijumeau (V)

Noter que l'atteinte de la sensibilité du nerf V se traduit essentiellement par des douleurs de la face : c'est la névralgie du trijumeau : (ou névralgie faciale) qui s'exprime par une douleur fulgurante, survenant par décharges électriques qui se localise en un point précis de l'hémiface, et irradie suivant le territoire d'une des branches du trijumeau, elle peut être déclenchée par la parole, la mastication ou par le simple contact d'une zone précise appelée « zone gâchette ».

1/Troubles sensitifs objectifs :

- Anesthésie (ou hypoesthésie) cutanée : Elle intéresse l'hémiface correspondante selon un territoire bien précis correspondant à la ou (les) branche(s) atteinte

- Anesthésie des 2/3 antérieurs de l'hémi-langue

- Anesthésie cornéenne : réflexe cornéen : l'attouchement de la cornée avec une mèche effilée de coton, provoque normalement un clignement des paupières, qui disparaît en cas d'atteinte du V. 2)

2/ Signes moteurs: Pas de contraction des muscles temporaux et massétérins du côté atteint lors des mouvements de mastication. On peut observer une atrophie de la fosse temporale et massétérière.

VII- Le nerf facial

1/Paralysie faciale périphérique : Elle résulte d'une atteinte du noyau ou du nerf facial à un niveau quelconque de son trajet. Les signes sont homolatéraux à la lésion.

Elle réalise une paralysie totale, Elle touche autant la partie supérieure que la partie inférieure du visage. Son diagnostic, généralement évident, repose sur l'observation du visage:

Au repos, il existe une asymétrie de la face dont témoignent, du côté atteint : l'effacement des rides du front, l'élargissement de la fente palpébrale (lagophtalmie), l'effacement du pli naso-génien ou la chute de la commissure labiale. 🗡️

Aux mouvements volontaires, on constate, du côté atteint : o l'occlusion incomplète de l'œil avec signe de Charles Bell positif : on observe le déplacement du globe oculaire en haut et en dehors. o la bouche ouverte est attirée vers le côté sain o la langue tirée dévie vers le côté paralysé o le patient ne peut ni souffler ni siffler. o une PF peut gêner l'élocution (dysarthrie) et entraîner un écoulement salivaire

Troubles sensitifs L'hypoesthésie dans la zone de Ramsay-Hunt Troubles sensoriels L'agueusie des 2/3 antérieurs de la langue.

Troubles sécrétoires Les sécrétions lacrymales et salivaires sont diminuées du côté atteint

La paralysie faciale centrale par atteinte de la commande supranucléaire

Elle prédomine sur le facial inférieur du côté de la face opposé à la lésion centrale. Et respecte le territoire du facial supérieur (car ce dernier a une représentation corticale bilatérale) donc pas de signe de Charles Bell.

VIII- Atteinte du nerf vestibulaire

Le vertige : est le principal symptôme, Il s'agit d'une sensation de déplacement, en règle rotatoire, des objets environnants par rapport au sujet ou du sujet par rapport aux objets.

Le nystagmus : c'est une oscillation rythmique et conjuguée des globes oculaires. Le plus souvent, il n'apparaît que lors de la poursuite oculaire. Il peut être horizontal, vertical, rotatoire, multiple.

Troubles de la marche et de l'équilibre avec Signe de Romberg labyrinthique voire cours sur l'ataxie vestibulaire.

IX- Le nerf glosso-pharyngien (IX) :

L'atteinte de ce nerf se traduit par :

Un trouble de déglutition, un trouble du goût

Un réflexe nauséeux abolis

Un signe du rideau : déplacement vers le haut et le côté sain de la paroi postérieure du pharynx lorsque le patient prononce la lettre

X - Le nerf pneumogastrique (X)

Est un nerf mixte : moteur, sensitif et surtout végétatif. son atteinte se traduit par :

Un trouble de déglutition et une modification de la voix.

A l'examen : déviation de la luette du côté sain liée à la paralysie du voile du palais

Le réflexe du voile du palais : abolis

En cas de lésion bilatérale, les liquides régurgitent par le nez.

XI- Le nerf spinal (XI)

Est un nerf purement moteur, pour l'explorer : On demande au sujet de hausser les épaules et de tourner la tête de chaque côté contre résistance.

Son atteinte se traduit par une paralysie du SCM et du trapèze qui s'exprime par une difficulté à hausser les épaules et une difficulté à tourner la tête

XII- Le nerf grand hypoglosse (XII)

Est un nerf moteur, responsable de l'innervation motrice de la langue.

Son atteinte se traduit par une déviation dont le sens varie :

lors de la protraction de la langue : celle-ci dévie vers le côté paralysé (le nerf sain pousse la langue)

au repos : la déviation se fait vers le côté sain.

Une amyotrophie de l'hémilangue et des fasciculations se voient lorsque l'atteinte est sévère.

NB: nerf cochléaire: surdité de perception