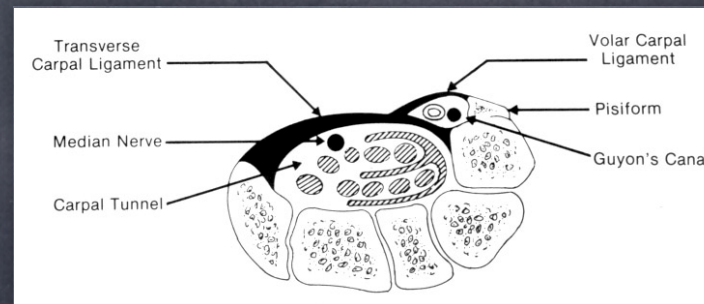


Cas cliniques

Réunion du 9/10/12

F. Wang



Cas clinique n° 1

*Évolutivité de la perte
axonale*

Cas clinique n°1

- Monsieur PW, 52 ans, 1m83
- Picotements 4 extrémités + crâne
- Engourdissement et chaleur des mains avec difficultés de préhension fine à froid le matin
- Sérologie sanguine + pour le Lyme (- dans le LCR)
- Canal cervical étroit

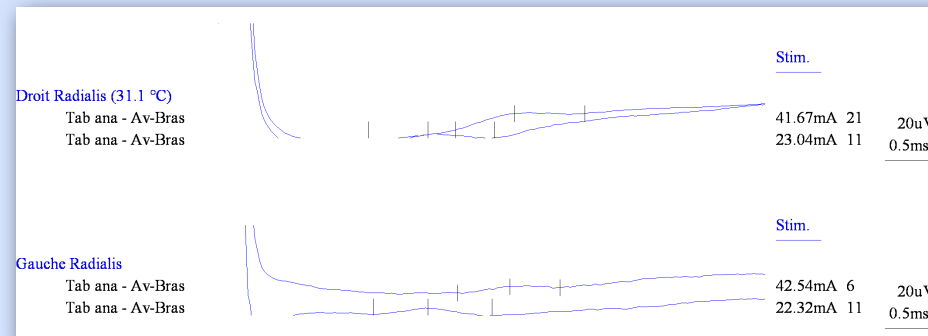
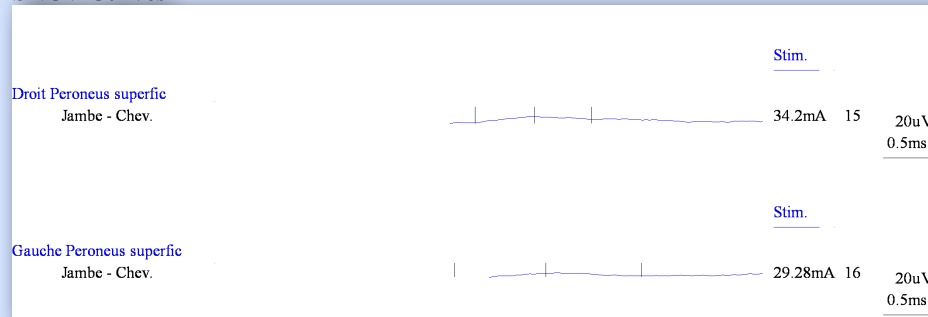
ENMG (10/12/2010) :

Cas clinique n°1

SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R Peroneus superfic Jambe - Chev.	2,4		1,8		33,3			
L Peroneus superfic Jambe - Chev.	2,2		1,7		36,4			
R Radialis Tab ana - Av-Bras	2,2		3,3	-5,8	54,5	-0,6		
Tab ana - Av-Bras	1,4		4,0		58,0			
L Radialis Tab ana - Av-Bras	2,2		1,3	-8,9	54,5	-0,6		
Tab ana - Av-Bras	1,4		2,5		56,3			
R Suralis Mollet - Chev	2,1		1,9		38,1			
L Suralis Mollet - Chev								
Mollet - Chev	1,9		1,8		41,7			

SNCV Curves



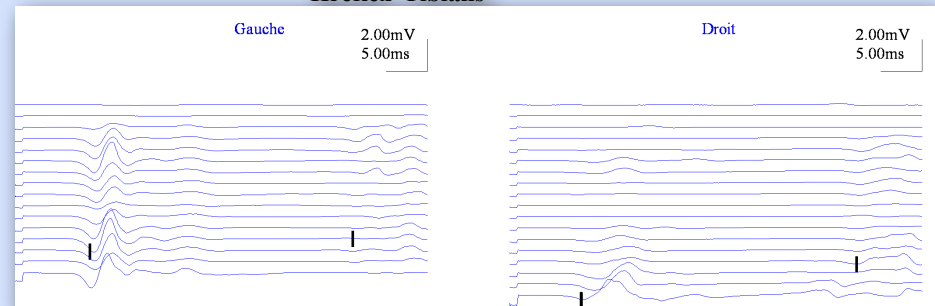
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Femoralis Pos. 1 - V. int.	7,5		7,6							
L Femoralis Pos. 1 - V. int.	7,5		5,5							
R Medianus Poignet - APB	4,8	2,6	2,9	-2,2						
Sus-C - Poignet	10,5		2,8		44,7	-2,9	-3	0,7	30,0	4,3
L Medianus Poignet - APB	5,8	5,6	4,3	-1,6						
R Peroneus Chev. - EDB	5,2	0,8	0,7	-2,5						
L Peroneus Chev. - EDB	6,1	2,1	0,3	-2,6						
R Peroneus profundus C popl - Tib ant	4,9		2,5							
L Peroneus profundus C popl - Tib ant	4,5		2,8							

MNCV Data

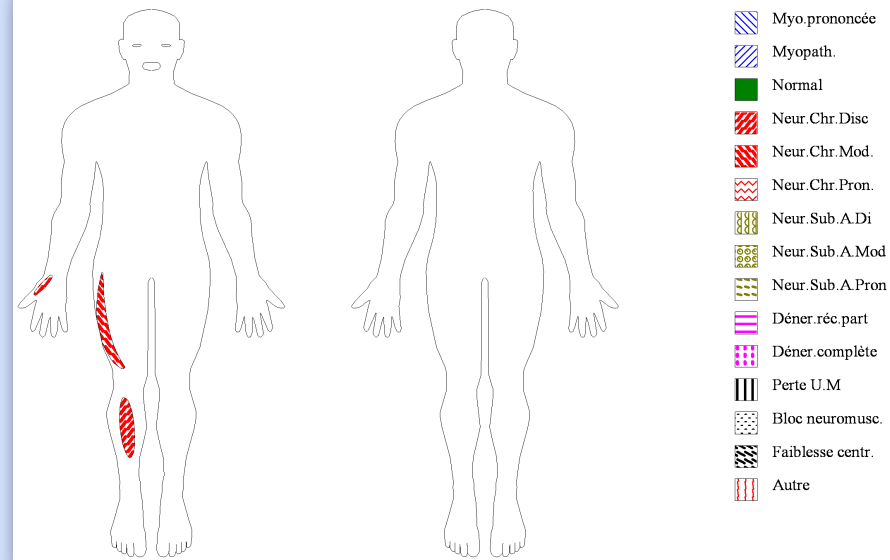
	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R SCC Poignet - APB	5,2	3,8	2,7	-2,2						
Poig/UI - Poignet	4,0		2,0				-27			
L SCC Poignet - APB	5,8	5,6	4,1	-1,7						
Poig/UI - Poignet	3,8		1,8				-56			
R Tibialis Chev. - AHB	7,9	3,6	1,0	-2,5					58,2	3,6
L Tibialis Chev. - AHB	5,0	-0,4	0,4	-2,7						
R Ulnaris Poignet - ADM	3,7	1,0	4,7	-2,5					30,3	3,4
L Ulnaris Poignet - ADM	3,7	1,0	5,2	-2,3					31,3	4,2

Hreflex Tibialis



Cas clinique n°1

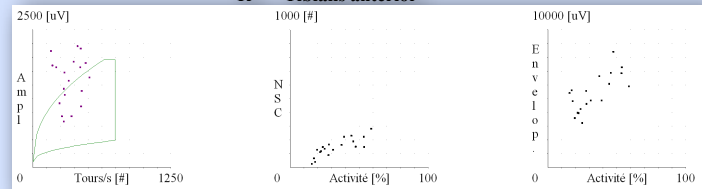
EMG Muscle Man



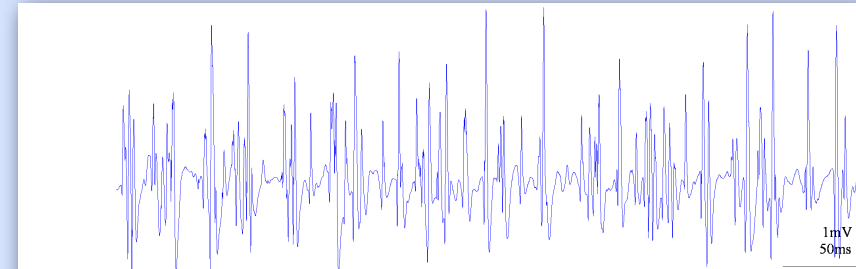
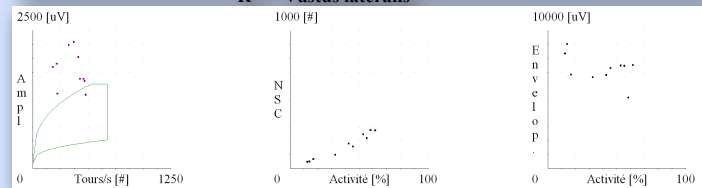
EMG Findings

Muscle (Innervation)	Interprétation	Voluntary act.						
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.	AV
Droit Abd pollicis brev (Medianus, C8 t1)	Neur.Chr.Disc	0/10	0/10	+	+	Normal	Normal	-
Droit Tibialis anterior (Peroneus profundus, L4 L5)	Neur.Chr.Disc	2/10	2/10	++	++	Normal	Normal	-
Droit Vastus lateralis (Femoralis, L2 L3 L4)	Neur.Chr.Mod.	0/10	0/10	++	++			--

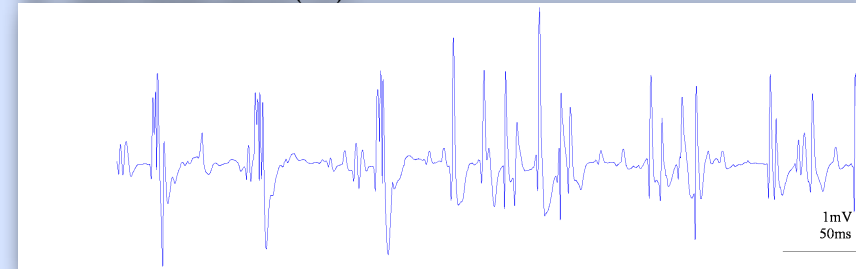
R Tibialis anterior



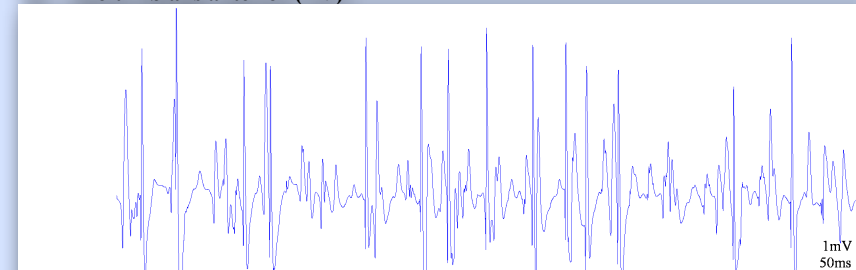
R Vastus lateralis



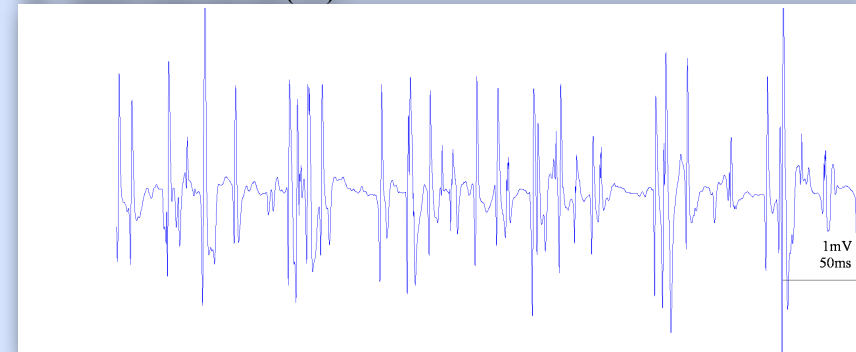
R Droit Tibialis anterior (AV)



R Droit Tibialis anterior (AV)



R Droit Vastus lateralis (AV)



Cas clinique n°1

Cher Olivier,

L'examen ENMG réalisé chez Monsieur **VILLIERS** confirme l'existence d'une PNP, sensitivo-motrice, prédominant nettement sur le versant axonal, d'intensité sévère distalement aux MI, en nette aggravation par rapport aux données de février.

Ce tableau doit faire évoquer une neuropathie infiltrative, paraN, une amylose, sarcoïdose, Lyme ...

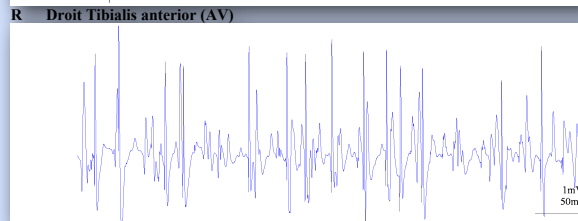
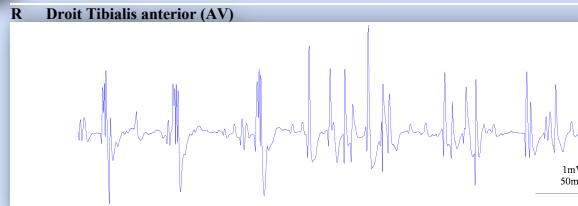
Une nouvelle recherche étiologique avec biopsie neuromusculaire s'impose.

Amicalement,

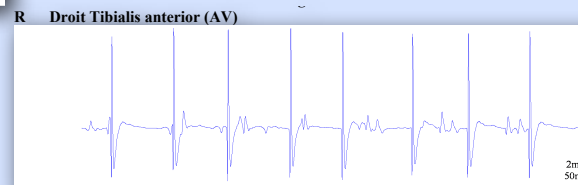
Dr F. Wang

Cas clinique n°1

ENMG 10/12/10

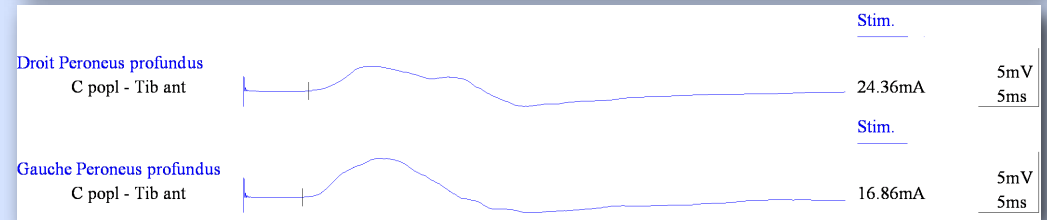
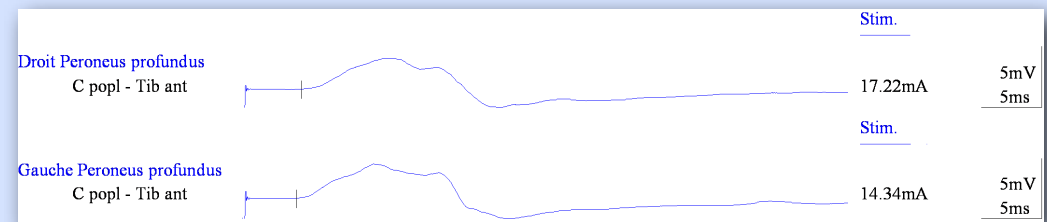


ENMG 20/09/11



R Radialis						
Tab ana	- Av-Bras	2,2	3,3	-5,8	54,5	-0,6
Tab ana	- Av-Bras	1,4	4,0		58,0	
L Radialis						
Tab ana	- Av-Bras	2,2	1,3	-8,9	54,5	-0,6
Tab ana	- Av-Bras	1,4	2,5		56,3	

R Peroneus profundus			
C popl	- Tib ant	4,9	2,5
L Peroneus profundus			
C popl	- Tib ant	4,5	2,8



R Radialis				
Tab ana	- Av-Bras	1,6	2,0	48,5
L Radialis				
Tab ana	- Av-Bras	1,7	1,5	

R Peroneus profundus			
C popl	- Tib ant	5,6	2,0
L Peroneus profundus			
C popl	- Tib ant	5,1	3,2

Cas clinique n°1

Cher Olivier,
Cher Confrère,

L'examen ENMG de contrôle réalisé chez Monsieur **WILLEMS** montre une aggravation significative de la neuropathie périphérique par rapport aux données de décembre 2010.

Une évaluation de contrôle est souhaitable dans 4-6 mois.

Amicalement,

Dr O Bouquiaux

Dr F. Wang

Mutation du gène TTR (c.176A>T ; p.D59V)

Cas clinique n°2

*Apport de l'ENMG aux
S9*

Cas clinique n°2

- Monsieur GN, 54 ans, 1m80
- Syndrome coronarien aigu =>
choc cardiogénique => SI du 27/02 au 02/05/12
- Trachéotomie du 20/03/12 au 30/04/12
- Multiples BPN à germes multirésistants

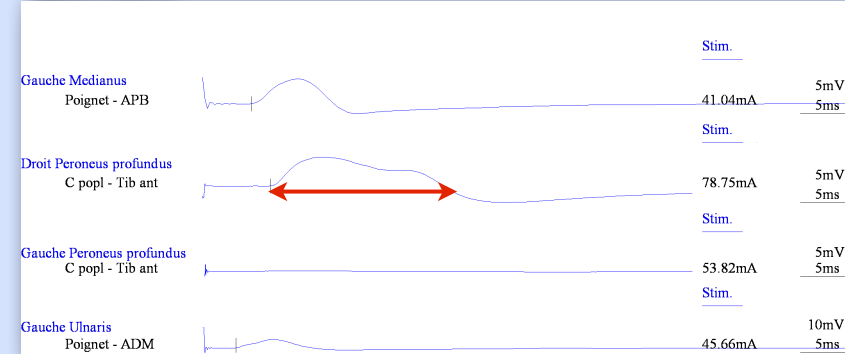
ENMG (13/04/12) :

Cas clinique n°2

MNCV Data		Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
L	Medianus			2,5	-2,3						
	Poignet - APB	5,0	3,3								
R	Peroneus profundus			3,0							
	C popl - Tib ant	7,0									
L	Peroneus profundus			1,7	-3,8						
	C popl - Tib ant										
L	Ulnaris										
	Poignet - ADM	3,4	0,1								

SNCV Data		Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
L	Radialis								
	Tab ana - Av-Bras	1,5		11,6		54,1			

MNCV Curves



EMG Findings

Muscle (Innervation)	Interprétation	Act.spontanée		Act.volontaire					
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.	AV	Recruit.
Gauche Inteross dors I (Uln ramus prof, c8 T1)	Myopath.	6/10	6/10	-	-	Normal	Normal	Normal	
Gauche Deltoideus post (Axillaris, C5 c6)	Myopath.	5/10	5/10	-	-	Normal	Normal	Normal	Tôt
Droit Tibialis anterior (Peroneus profundus, l4 L5)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	

Cas clinique n°2

Cher Confrère,

L'examen ENMG réalisé chez Monsieur [REDACTED] plaide pour une myopathie des soins intensifs.

Avec mes meilleurs sentiments,

Dr F. Wang

Cas clinique n°3

*Ralentissement focal de la
conduction avec BC*

Cas clinique n°3

- Madame FM, 55 ans, 1m57
- Paresthésies mains
- Tinnel poignet (nerf médian) + G > Dr

ENMG (25/04/12) :

Cas clinique n°3

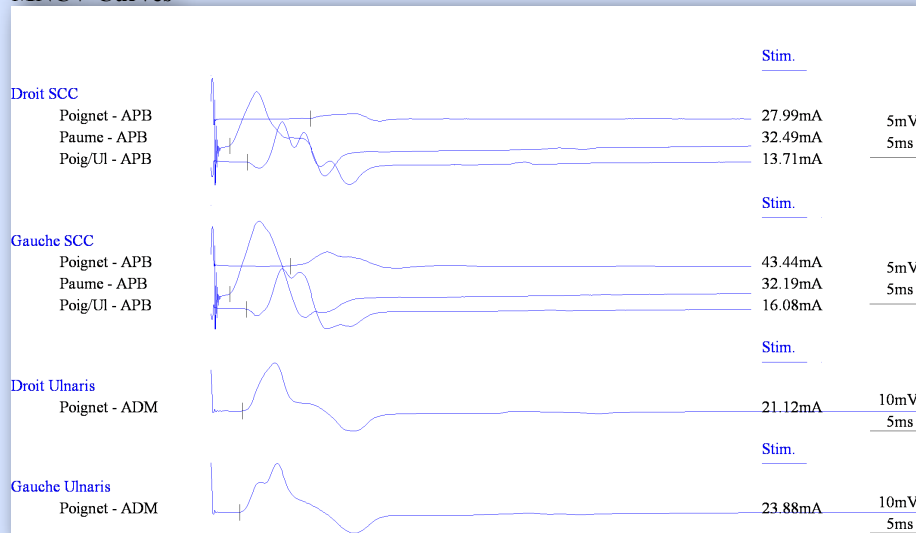
SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R Medianus								
Paume - Poignet	2,2		5,3	-5,9	36,4	-4,1		
L Medianus								
Paume - Poignet	3,0		1,9	-6,6	26,7	-5,9		
R Ulnaris								
Paume - Poignet	1,3		11,3		63,0			
L Ulnaris								
Paume - Poignet	1,2		17,5		65,0			

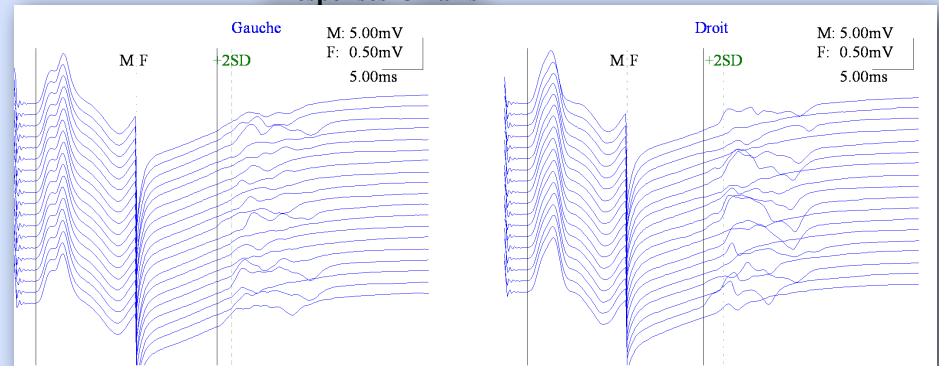
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R SCC										
Poignet - APB	9,2	16,7	0,4	-3,1						
Paume - Poignet	1,8		4,9				1057			
Poig/UI - Paume	3,4		3,7				-25			
L SCC										
Poignet - APB	7,4	11,4	1,3	-2,8						
Paume - Poignet	1,8		6,7				426			
Poig/UI - Paume	3,2		3,7				-45			
R Ulnaris									21,5	0,0
Poignet - ADM	2,9	-0,4	8,8	-1,1						
L Ulnaris									22,2	0,5
Poignet - ADM	2,7	-1,0	9,0	-1,0						

MNCV Curves



F-responses Ulnaris



EMG Findings

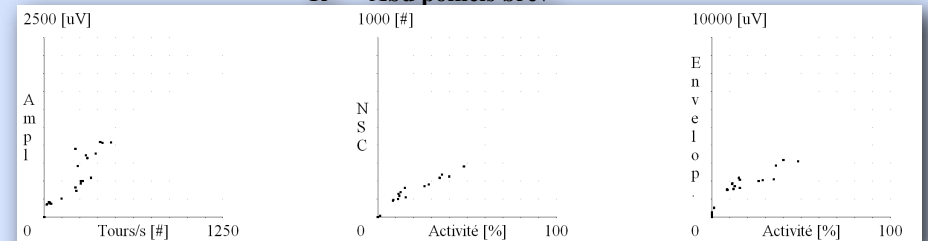
Muscle (Innervation)	Interprétation	Fib	PSW	Voluntary act.			
				Amp	Dur	Stabil	AV
Droit Abd pollicis brev (Medianus, C8 t1)	Déner.réc.part	4/10	4/10	Normal	Normal	Normal	-

EMG Signals

R Droit Abd pollicis brev (AV)



R Abd pollicis brev



Cas clinique n°3

Cher Confrère,

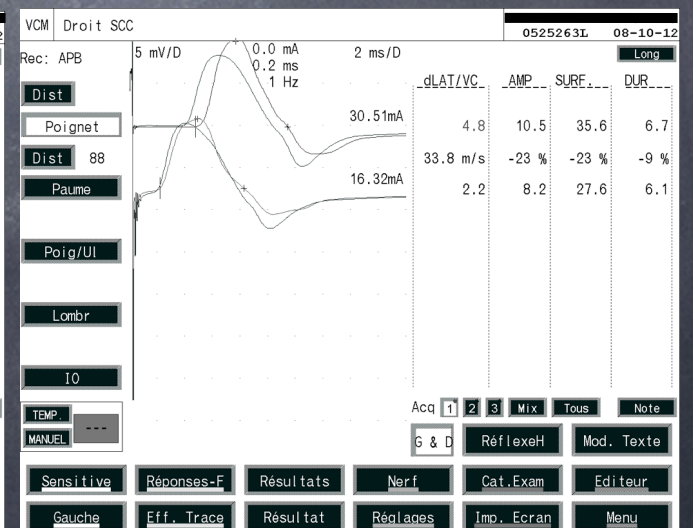
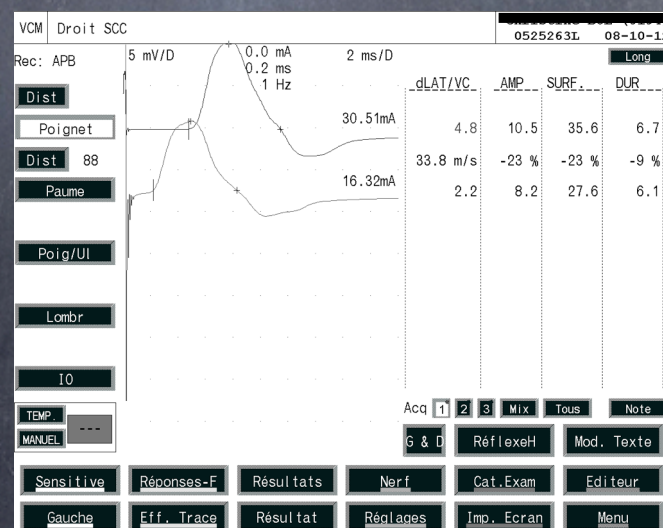
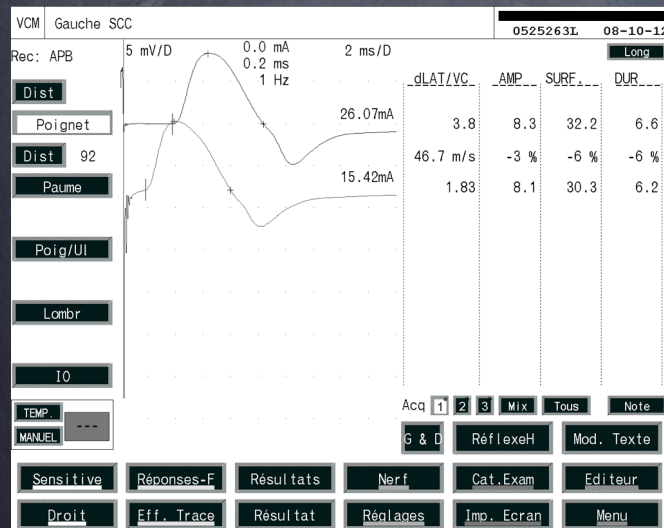
L'examen ENMG des membres supérieurs réalisé chez votre patiente Madame [REDACTED] ce 25/04/2012 objective un bloc de conduction du nerf médian au niveau du tunnel carpien bilatéralement, d'intensité sévère.

Un avis chirurgical s'impose.

Confraternellement,

Dr F. Wang

Dr A.C. Courtois



Cas clinique n°4

*Atteinte focale tronculaire
plexuelle*

Cas clinique n°4

- Madame KS, 25 ans, 1m80
- Endormissement du bout des doigts
- Pas de douleur
- Difficultés motrices des 2 mains (lâchage des objets)
- Amyotrophie thénarienne gauche
- Symptomatologie lente et progressive

- RX cervicale décrite comme normale
- Artériographie sous-clavière X 2 normale



ENMG (19/12/11) :

Cas clinique n°4

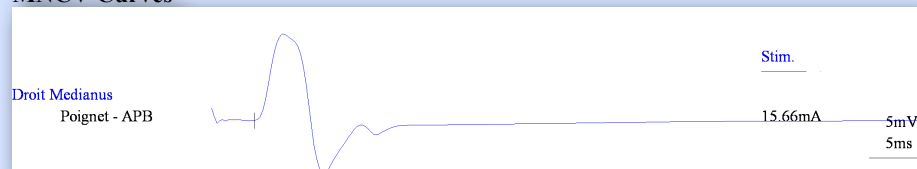
SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R Cut antebr med								
Bras - Av-Bras								
L Cut antebr med								
Bras - Av-Bras								
L Med/Cub								
M/wrist - M/arm	4,2		15,0					
U/wrist - U/elbow	4,8		10,6					
R Medianus								
Paume - Poignet	1,5		47,5	2,5	53,3	-1,0		
L Medianus								
Paume - Poignet	1,4		65,6	6,1	55,6	-0,6		
R Ulnaris								
Paume - Poignet	1,4		20,9		57,1			
L Ulnaris								
Paume - Poignet	1,3		17,3					

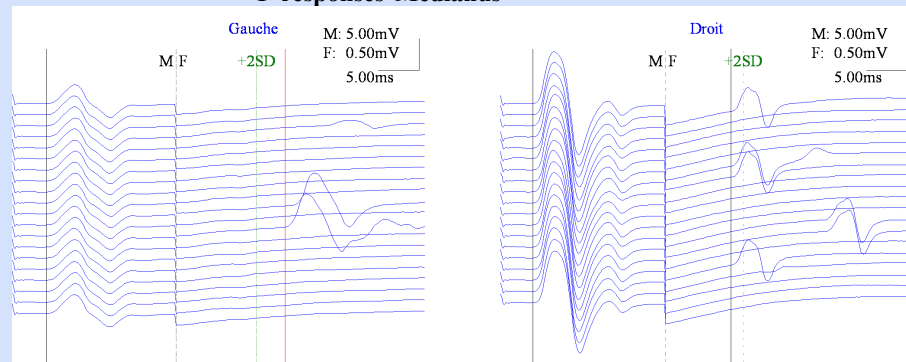
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Medianus									24,3	0,6
Poignet - APB	4,0	0,9	8,0	-0,7						
L Medianus									29,3	5,3
Poignet - APB	4,2	1,5	3,4	-2,4						
R Ulnaris									25,5	0,9
Poignet - ADM	3,3	0,4	9,1	-1,1						
L Ulnaris									23,5	-0,8
Poignet - ADM	3,9	2,2	7,4	-1,8						

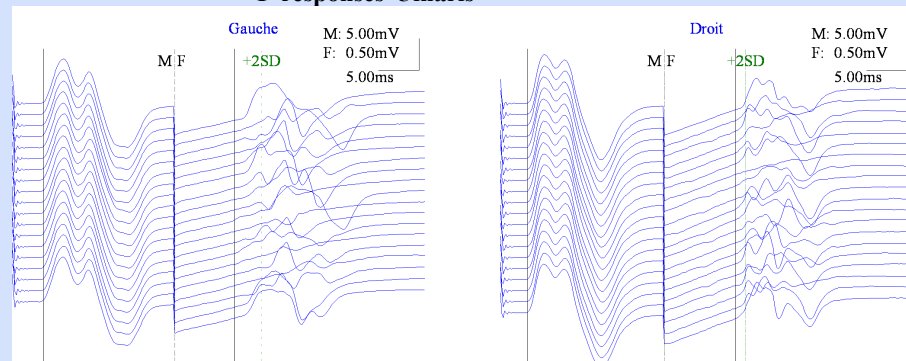
MNCV Curves



F-responses Medianus



F-responses Ulnaris



EMG Findings

Muscle (Innervation)	Interprétation	Act.spontanée		Act.volontaire		
		Fib	PSW	Amp	Dur	AV
Droit Abd pollicis brev (Medianus, C8 t1)	Neur.Chr.Mod.	0/10	0/10	++	++	--

Cas clinique n°4

Chère Consoeur,

L'examen ENMG des MS réalisé chez Madame [REDACTED] montre une atteinte neurologique proximale dans le territoire du TPI du plexus brachial bilatéralement, d'intensité sévère à gauche et moyenne à droite, d'évolution très chronique.

Ce tableau est très évocateur d'un TOS neurologique X 2.

Avec nos meilleurs sentiments,

Dr S. Bethlen

Dr F. Wang

Cas clinique n°5

*Ralentissement focal de la
conduction motrice et mixte
au coude*

Cas clinique n°5

- Madame ND, 42 ans, 1m69
- Cervicobrachialgies bilatérales
- Difficultés à fléchir les mains + douleurs importantes → rachis cervical et tête
- Mise au point antérieure (avis rhumato, BIO, Rx cervicale, EMG) → atteintes des nerfs cubitaux aux coudes → neurolyse à droite → pas d'amélioration → hypoesthésie du bord cubital de la main droite, endormissement des MS quand ils sont maintenus en l'air → Lyrica (+) et kine pour la nuque (-)
- ENMG (24/05/12) :

Cas clinique n°5

SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R Cut antebr med								
Bras - Av-Bras	1,0		7,2		80,0	2,8		
Stim 3 - Rec 3	1,1		20,6		69,6			
L Cut antebr med								
Bras - Av-Bras	1,1		3,4		72,7	1,4		
Stim 3 - Rec 3	1,2		18,0		68,4			
R Med/Cub								
M/wrist - M/arm	3,7		10,6					
U/wrist - U/elbow	4,8		0,7					
L Med/Cub								
M/wrist - M/arm	3,6		14,8					
U/wrist - U/elbow	5,5		1,9					
R Medianus								
Paume - Poignet	1,3		26,8	-1,6	64,0	0,9		
L Medianus								
Paume - Poignet	1,2		33,1	-0,4	66,1	1,3		
R Radialis								
Tab ana - Av-Bras	1,2		35,6		66,1			
L Radialis								
Tab ana - Av-Bras	1,3		30,8		64,0			
R Ulnaris								
Paume - Poignet	1,3		6,0					
R5 - Poignet								
L Ulnaris								
Paume - Poignet	1,2		7,9		66,1			
R5 - Poignet	1,9		2,0					

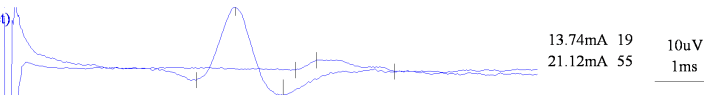
Droit Med/Cub (Moulonguet)

M/wrist - M/arm 15.84mA 24 10uV
U/wrist - U/elbow 26.37mA 56 1ms



Gauche Med/Cub (Moulonguet)

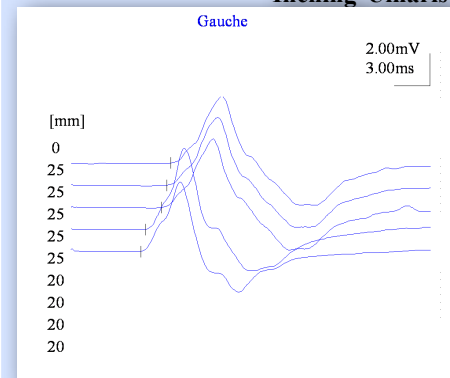
M/wrist - M/arm 13.74mA 19 10uV
U/wrist - U/elbow 21.12mA 55 1ms



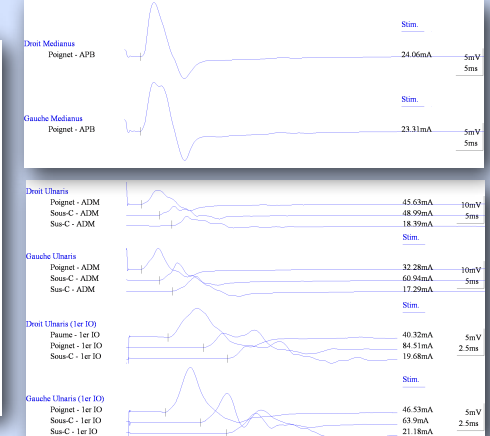
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Medianus									23,2	0,4
Poignet - APB	3,0	-1,8	9,9	0,1						
L Medianus									23,0	0,2
Poignet - APB	3,0	-1,8	8,9	-0,2						
R Ulnaris									27,5	3,5
Poignet - ADM	2,8	-1,0	5,1	-2,6						
Sous-C - Poignet	6,2		3,2		55,9		-36			
Sus-C - Sous-C	8,4		3,4		36,4		5	1,5		
L Ulnaris									26,5	2,7
Poignet - ADM	2,8	-1,0	7,5	-1,6						
Sous-C - Poignet	6,2		6,3		55,9		-17			
Sus-C - Sous-C	8,5		5,4		34,8		-14	-0,4		
R Ulnaris (1er IO)									25,7	
Paume - 1er IO	3,9		5,4							
Poignet - Paume	7,1		3,2		59,4		-40			
Sous-C - Poignet	9,3		3,1		36,4		-4			
L Ulnaris (1er IO)									26,5	
Poignet - 1er IO	3,6		8,2							
Sous-C - Poignet	6,9		5,3		57,6		-35			
Sus-C - Sous-C	9,2		3,6		34,8		-32			

Inching Ulnaris

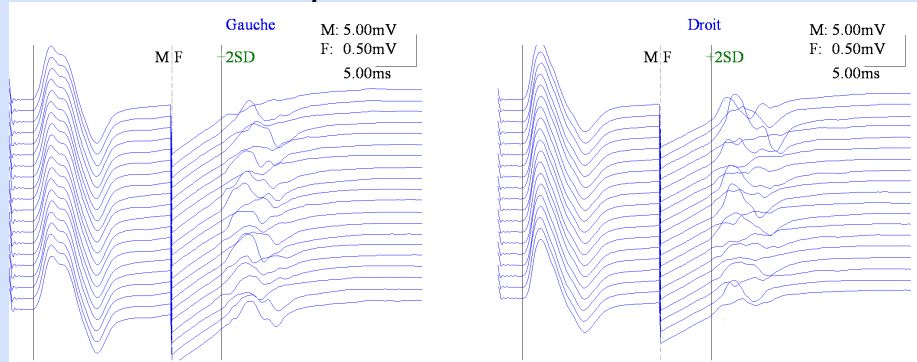


MNCV Curves

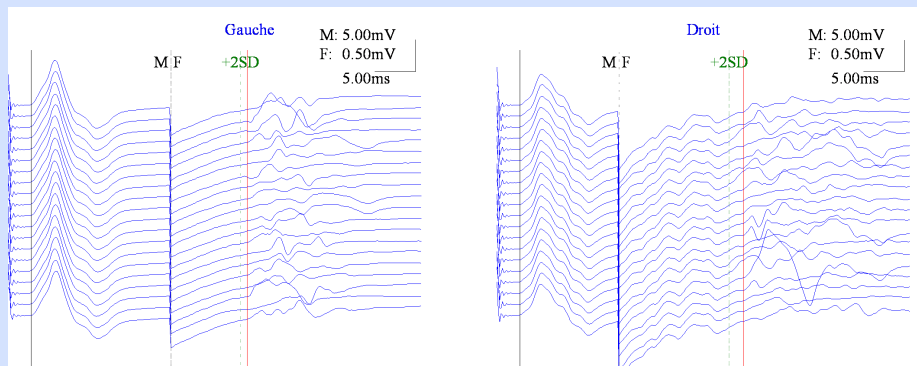


Cas clinique n°5

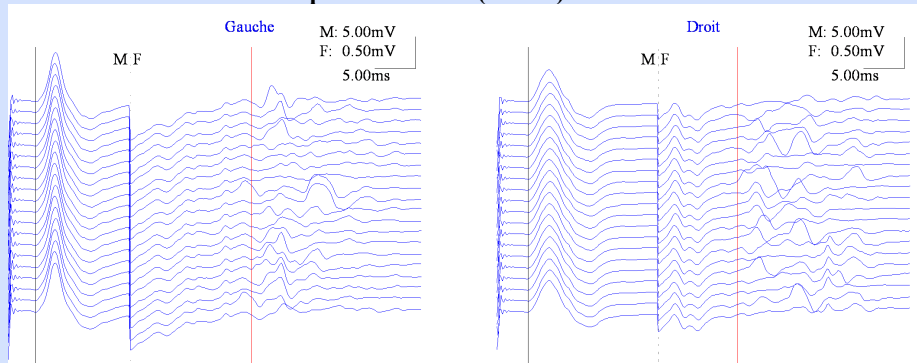
F-responses Medianus



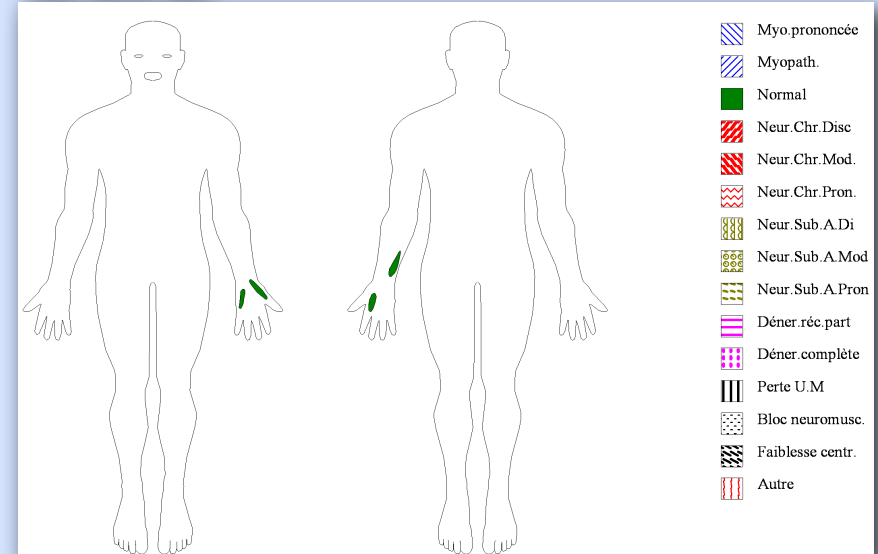
F-responses Ulnaris



F-responses Ulnaris (1er IO)



EMG Muscle Man



EMG Findings

Muscle (Innervation)	Interprétation	Act.spontanée		Act.volontaire				
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.	AV
Gauche Ext indicis (Radialis, C7 c8)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gauche Inteross dors I (Uln ramus prof, c8 T1)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gauche Abd dig min (man) (Uln ramus prof, c8 T1)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gauche Abd pollicis brev (Medianus, C8 t1)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Cas clinique n°5

Chère Consoeur,

L'examen ENMG des MS réalisé chez Madame [REDACTED] montre une neuropathie ulnaire au coude d'intensité sévère bilatéralement, séquellaire à droite et d'évolution chronique à gauche. Nous n'avons pas enregistré de signe évocateur d'une autre pathologie associée (TOS, ...).

Avec nos meilleurs sentiments,

Dr A Neuprez

Dr F. Wang

Cas clinique n°6

*Bloc de la transmission
neuromusculaire*

Cas clinique n°6

- Madame ML, 57 ans, 1m77
- Torticolis depuis 2 mois
- Discopathie dégénérative C5/C6, uncarthrose avec sténose foraminale droite -> prise en charge physiothérapie ->
- Faiblesse des muscles de la nuque
- Examen neurologique normal

- ENMG (24/01/11) : myasthénie ? myopathie ?

Cas clinique n°6

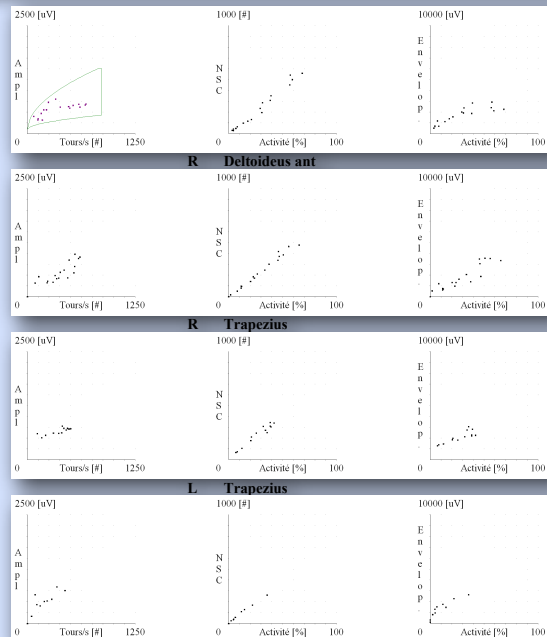
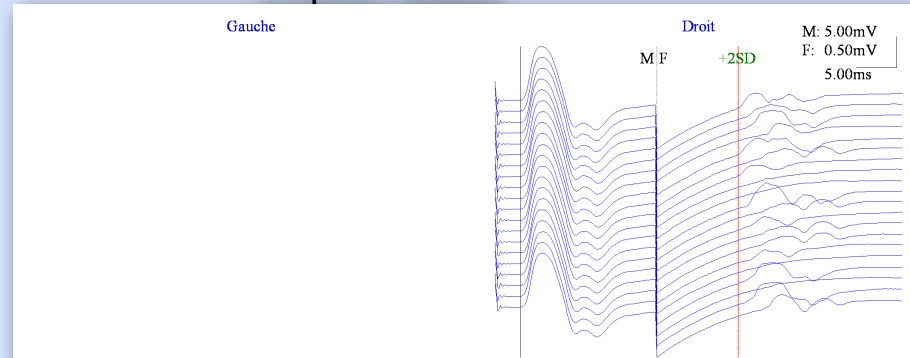
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Medianus									27,2	2,2
Poignet - APB	3,2	-2,0	9,6	0,4						
Sus-C - Poignet	8,2		9,4		52,0	-0,6	-3	0,7		

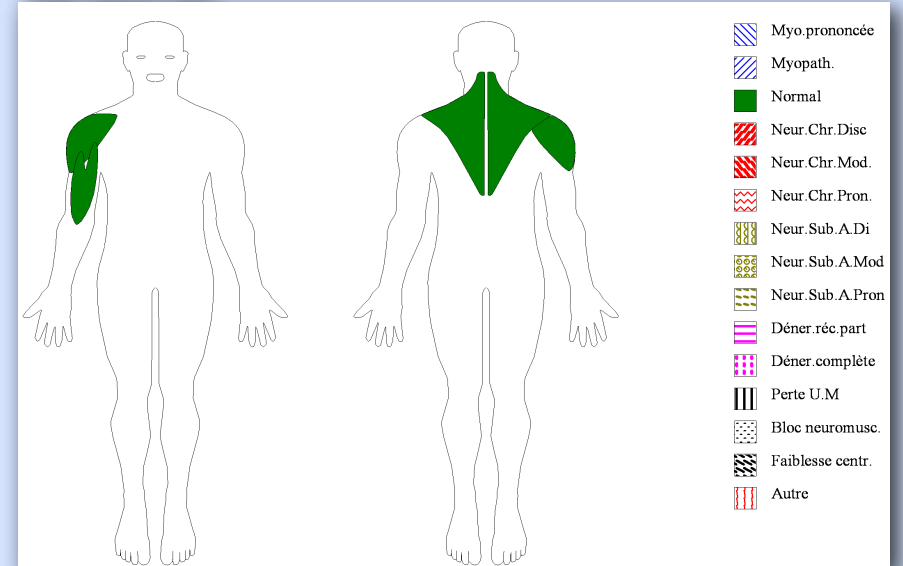
SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R Radialis								
Tab ana - Av-Bras	1,4		31,2		58,0			

F-responses Medianus



EMG Muscle Man



EMG Findings

Muscle (Innervation)	Interprétation	Voluntary act.						
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.	AV
Gauche Trapezius	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Trapezius	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Deltoideus post (Axillaris, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Biceps (Musculocutaneous, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Deltoideus ant (Axillaris, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

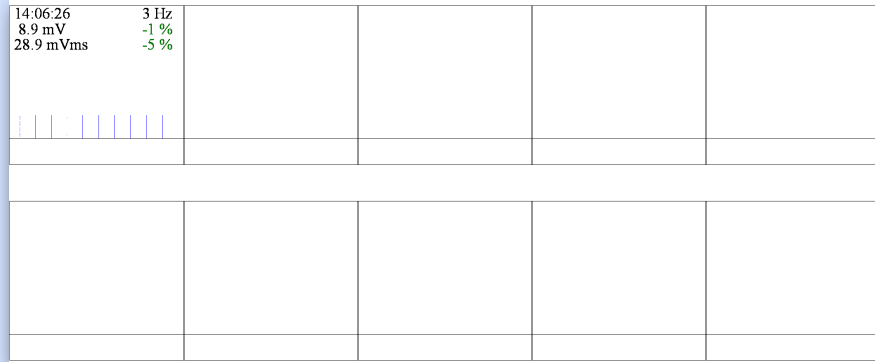
EMG MUP Curves



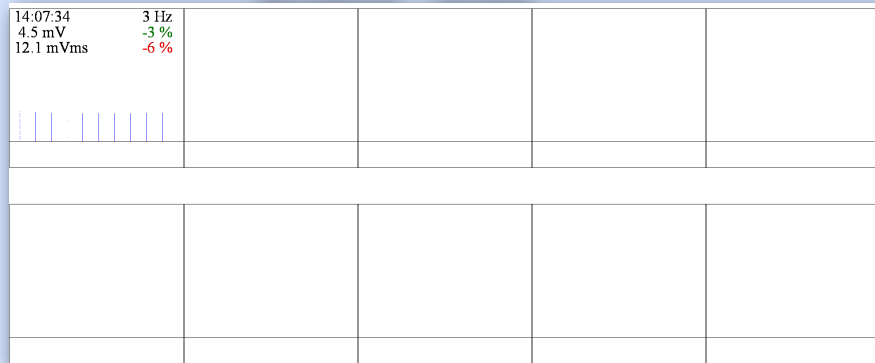
Muscle	#	Amp			Dur			Area			Poly %
		uV	rel.SD	<min >max	ms	rel.SD	<min >max	uVms	rel.SD	<min >max	
R Deltoideus post	12	441	-0,4	1 0	10,9	-0,2	0 0	659	-0,8	1 0	0 0

Cas clinique n°6

Decrement R Abd dig min (man)



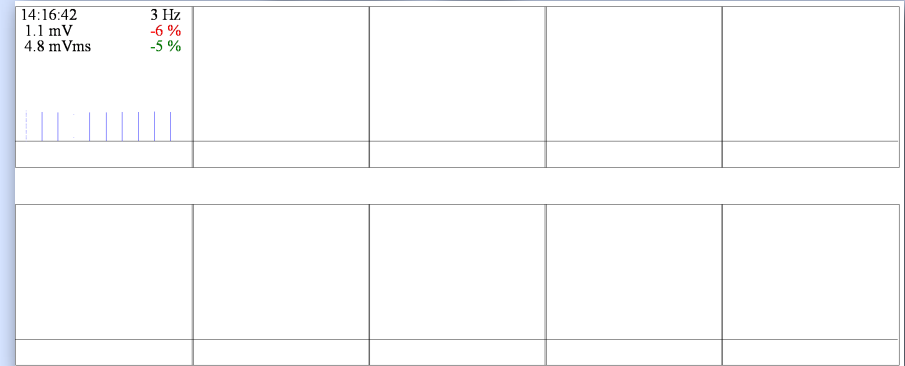
Decrement R Anconeus



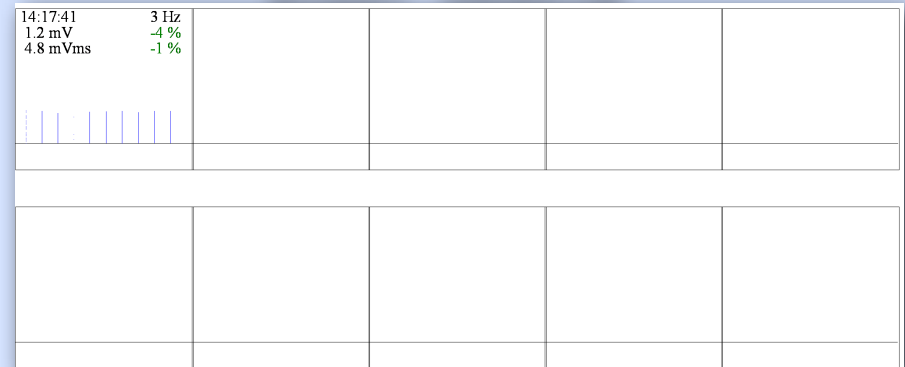
Decrement L Deltoideus post



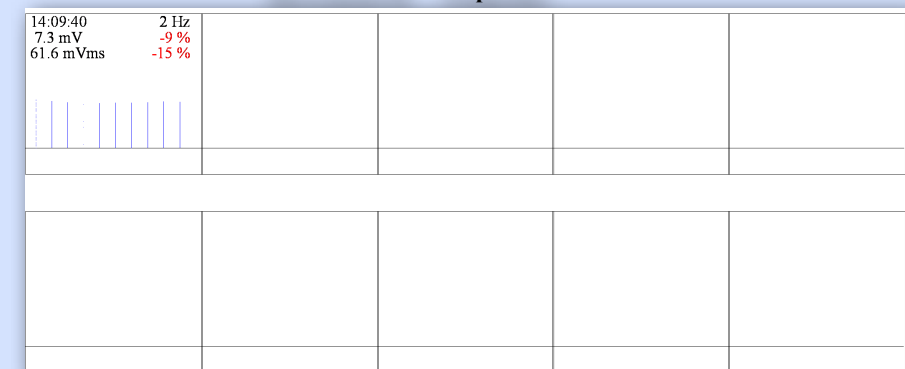
Decrement L Nasalis



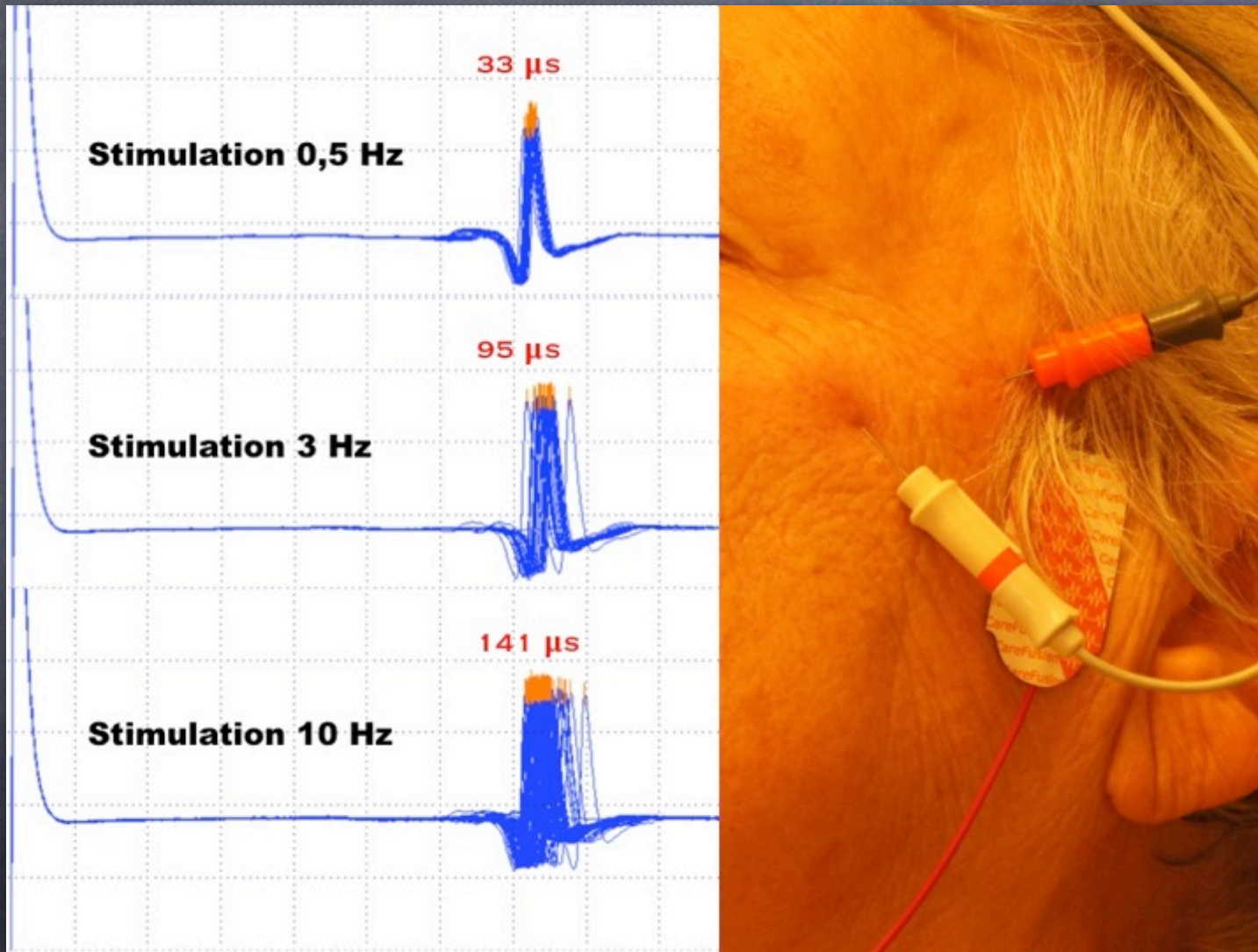
Decrement L Orbicularis oculi



Decrement R Trapezius



Cas clinique n°6



Cas clinique n°6

Conclusion :

Cher Ivan,

L'exploration réalisée chez Madame [redacted] montre :

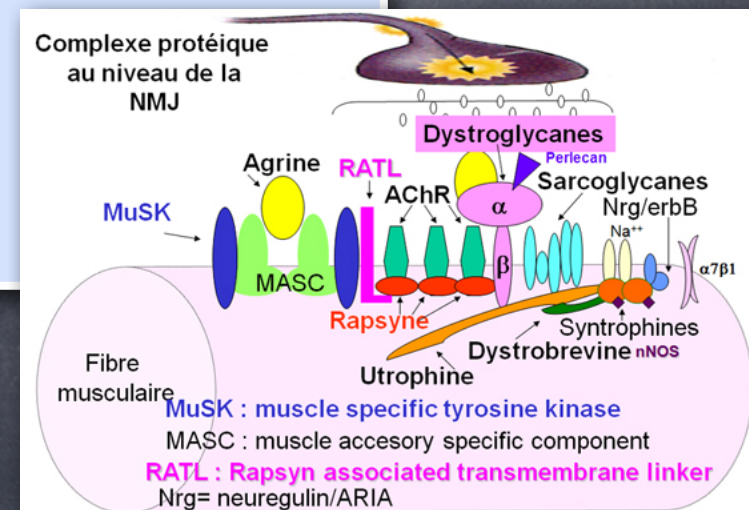
- décréments dans les limites de la normale
- tracés EMG dans les limites de la normale
- conduction nerveuse périphérique dans les limites de la normale
- test en fibre unique au niveau du muscle orbiculaire de l'oeil droit : jitter nettement augmenté au niveau de plus de 10% des jonctions neuromusculaires étudiées

Le tableau est compatible avec un trouble de la transmission neuromusculaire de type myasthénie.

Amicalement,

Dr F. Wang

Myasthénie avec anti-MuSK



Cas clinique n°7

Myosite

Cas clinique n°7

- Monsieur JW, 80 ans, 1m72
- ATCD : dermatomyosite depuis 20 ans
- Faiblesse musculaire des MI, sans fluctuation temporelle, douleurs cuisses, AEG, amaigrissement, hyperthermie

- ENMG (07/02/12) : poussée de dermatomyosite ?

Cas clinique n°7

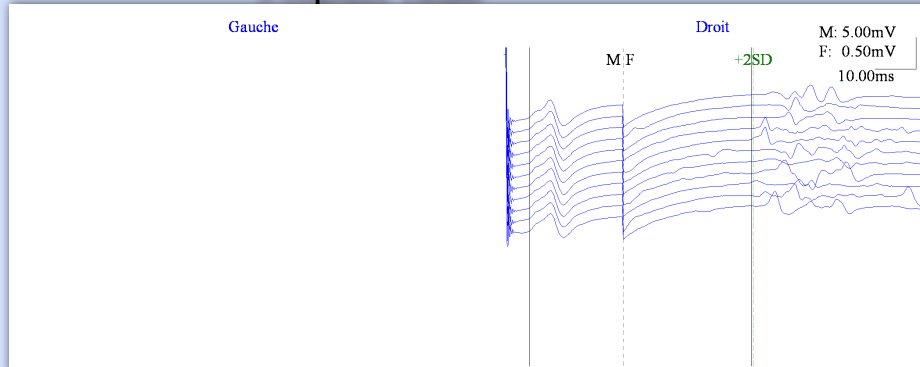
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Peroneus										
Chev. - EDB										
Fibula - Chev.	14,2		0,6							
L Peroneus										
Fibula - EDB	14,1		0,3							
R Tibialis									53,7	1,8
Chev. - AHB	6,3	2,2	2,4	-0,6						
L Tibialis										
Chev. - AHB	6,0	1,8	3,9	-0,3						

SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R Radialis								
Tab ana - Av-Bras	2,0		17,6	0,4	60,0	0,7		
R Suralis								
Mollet - Chev	3,2		1,6	-4,8	43,8	-0,2		
Mollet - Chev	1,6		4,4		48,5			
L Suralis								
Mollet - Chev	3,1		1,4	-5,2	45,2	0,1		
Mollet - Chev	1,7		3,0		46,8			

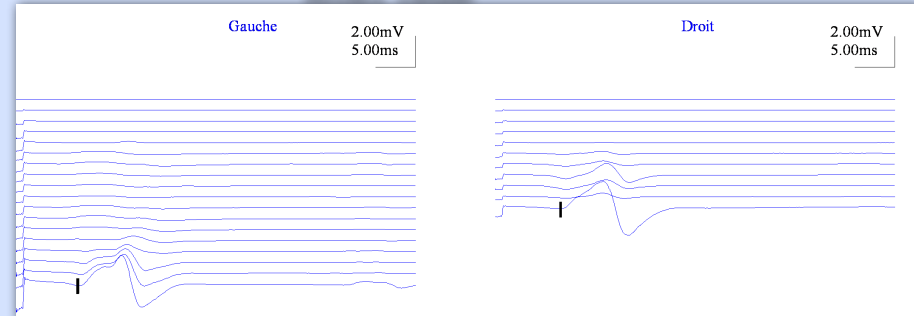
F-responses Tibialis



F-responses

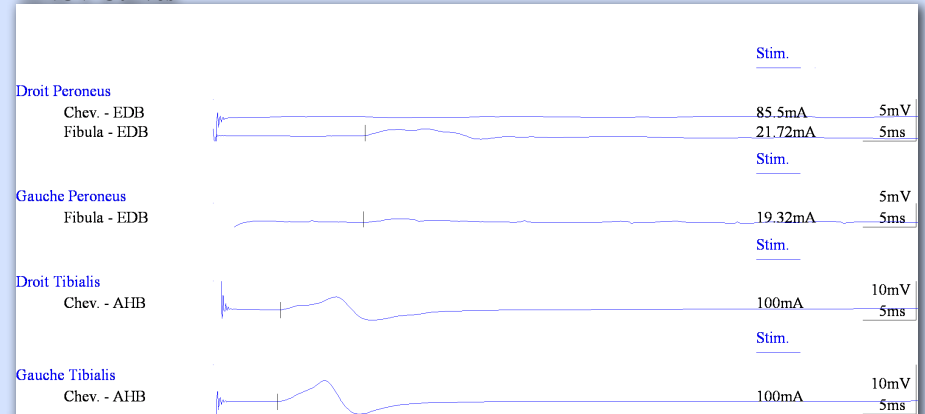
	F	Traces	F	Mean F	Max F	Min F	M	F-M:
	#	#	%	ms	ms	ms	ms	ms
R Tibialis								
Chev. - AHB		11				53,7	6,3	47,3

Hreflex Tibialis

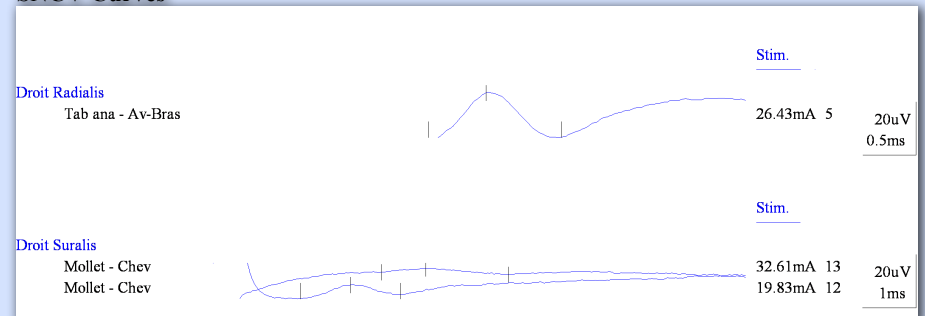


	#Stim	M-lat	H-lat	H-M lat	rel.SD	M-amp	H-amp	M/H amp	rel.SD
Gauche	18	7,9				3,33	0,40	8,28	
Droit	11	8,3				3,47	0,86	4,03	

MNCV Curves



SNCV Curves



Cas clinique n°7

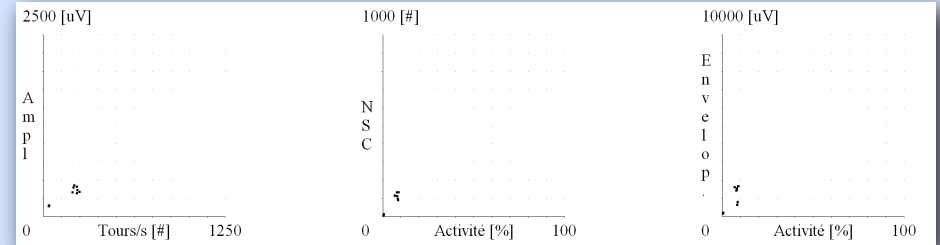
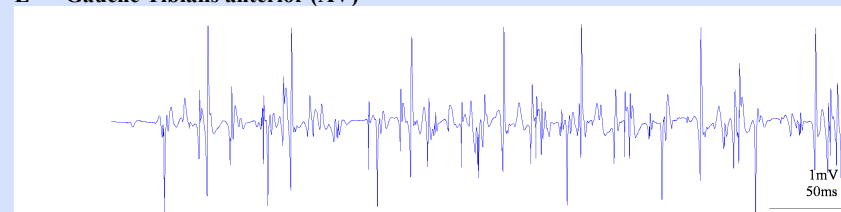
Muscle (Innervation)	Interprétation	Act.spontanée		Act.volontaire					Recruit.
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil	AV	
Gauche Delloideus post (Axillaris, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Droit Delloideus post (Axillaris, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	+	Normal	Normal	
Gauche Tibialis anterior (Peroneus profundus, L4 L5)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Droit Tibialis anterior (Peroneus profundus, L4 L5)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	
Gauche Vastus medialis (Femoralis, L2 L3 L4)	Myo.prononcée	4/10	4/10	--	--	++	-	Tôt	
Droit Vastus medialis (Femoralis, L2 L3 L4)	Myo.prononcée	4/10	4/10	--	--	++	-	Tôt	

EMG MUP Curves

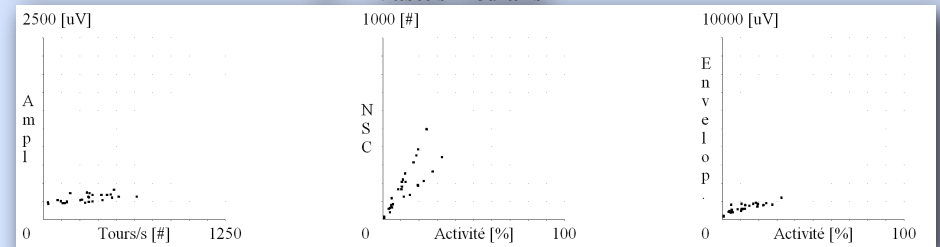


EMG Signals

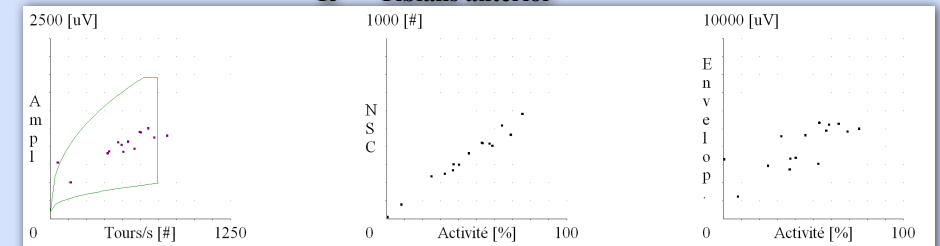
L Gauche Tibialis anterior (AV)



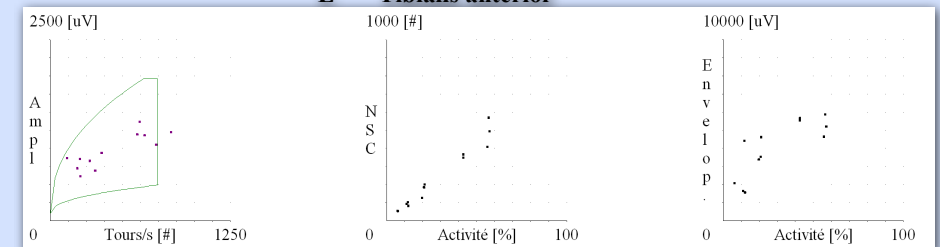
L Vastus medialis



R Tibialis anterior



L Tibialis anterior



Cas clinique n°7

Chère Marie-Laure,

L'examen ENMG des MI réalisé chez Monsieur **WILMARDT** montre:

- des signes myogènes sévères, avec signes de nécrose musculaire active, au niveau des 2 quadriceps, compatibles avec une myosite active
- une PNP axonale sensitivo-motrice longueur-dépendante, d'intensité modérée à moyenne

Amicalement,

Dr O. Bouquiaux

Dr M.L. Cuvelier

Dr F. Wang



Cas clinique n° 8

*Preuve indirecte d'une
atteinte (ab)articulaire*

Cas clinique n°8

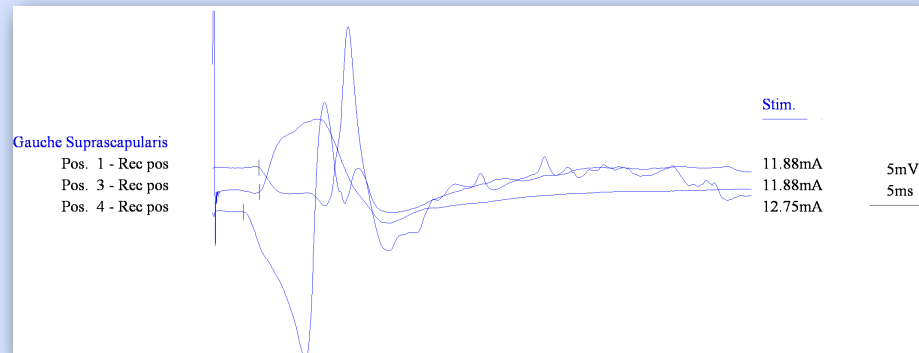
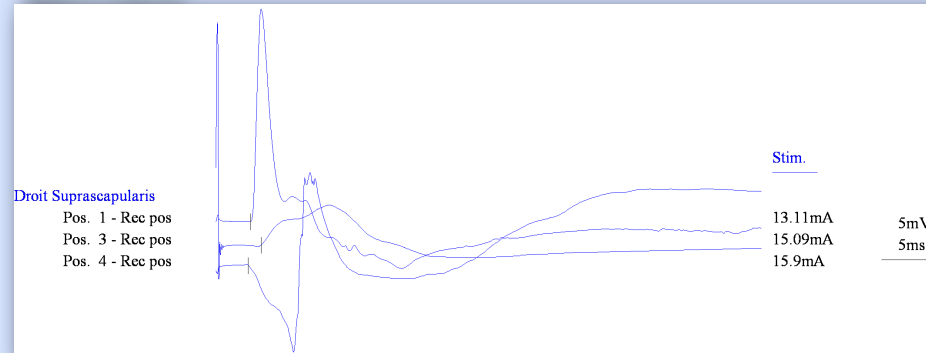
- Monsieur KM, 18 ans, 1m83
- Douleurs épaule droite
- Mise en évidence d'un probable chondroblastome de l'humérus proximal -> curetage biopsique (néc ouverture de la coiffe des rotateurs) + ciment biologique - kyste anévrysmal
- récupération de la mobilité active anormalement lente et pauvre
- ENMG (20/07/12) : NSS vs P&T ?

Cas clinique n°8

MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Suprascapularis										
Pos. 1 - Rec pos	3,1		19,5							
Pos. 3 - Pos. 1	4,2		3,7				-81			
Pos. 4 - Pos. 3	3,0		8,5				130			
L Suprascapularis										
Pos. 1 - Rec pos	4,3		13,1							
Pos. 3 - Pos. 1	4,4		6,7				-48			
Pos. 4 - Pos. 3	2,9		10,2				51			

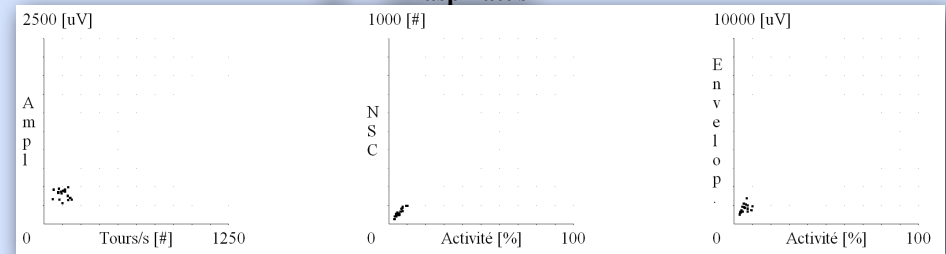
MNCV Curves



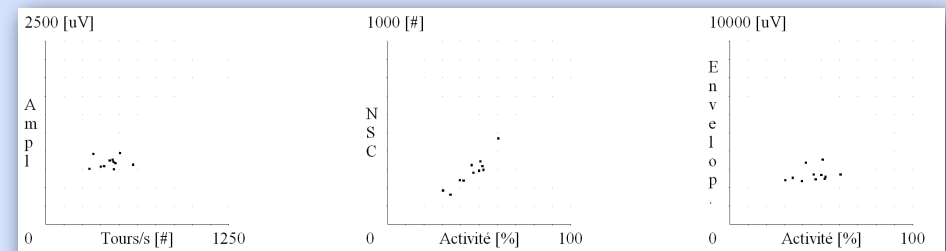
EMG Findings

Muscle (Innervation)	Interprétation	Act.spontanée		Act.volontaire				
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.	AV
Gauche Supraspinatus (Suprascapularis, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Supraspinatus (Suprascapularis, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	--
Gauche Infraspinatus (Suprascapularis, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Infraspinatus (Suprascapularis, C5 c6)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	---

R Infraspinatus



L Infraspinatus



Stimulation musculaire par aiguille-concentrique

Cas clinique n°8

Chère Audrey,

L'examen ENMG des MS réalisé ce jour chez ton patient Monsieur [REDACTED] reste actuellement situé dans les limites de la normale.

Cet examen ne plaide pas pour une atteinte du nerf sus-scapulaire ou un Parsonage et Turner. Les tests de stimulation musculaire sont en faveur d'une lésion de la coiffe des rotateurs à droite.

Amicalement,

Dr F. Wang

Arthroscanner épaule droite :
solution de continuité musculaire du deltoïde et de l'insertion de l'infra-épineux (environ 1 cm) d'allure post-chirurgicale. Adhérences et hypertrophie synoviale avec réaction inflammatoire intense.

Cas clinique n° 9

*Démyélinisation longueur
dépendante*

Cas clinique n°9

- Monsieur EH, 75 ans, 1m77
- Tableau de neuropathie sensitive ataxiante
- Mise en évidence d'une IgM monoclonale en janvier 1999 (Waldenström)
- Ac anti-MAG
- ENMG (06/03/99) :

Cas clinique n°9

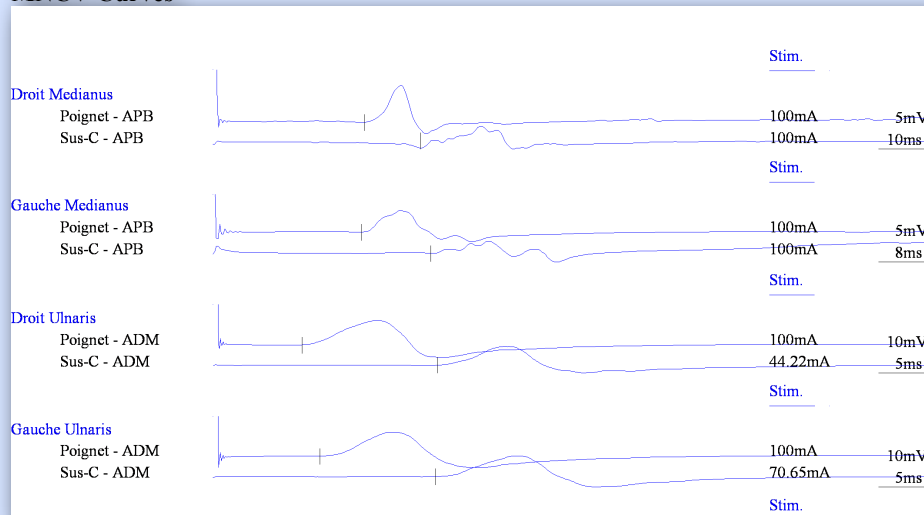
SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R Radialis								
Stim 3 - Rec 3	3,1		4,0		25,8			
L Radialis								
Stim 3 - Rec 3	2,2		4,2		36,4			

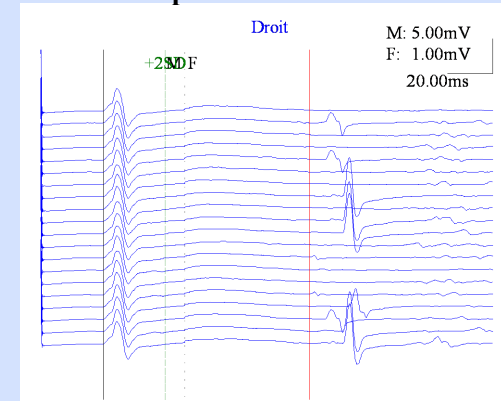
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Medianus									91,3	61,6
Poignet - APB	27,8	69,9	3,4	-1,4						
Sus-C - Poignet	38,0		2,0		23,5	-8,5	-42	-3,2		
L Medianus										
Poignet - APB	21,8	52,3	2,0	-1,9						
Sus-C - Poignet	32,0		1,1		22,5	-8,8	-42	-3,2		
R Ulnaris									70,0	36,3
Poignet - ADM	8,2	15,0	4,4	-2,5						
Sus-C - Poignet	20,6		3,5		23,4	-6,6	-22	-0,9		
L Ulnaris									60,3	28,4
Poignet - ADM	9,8	20,0	4,4	-2,6						
Sus-C - Poignet	20,4		3,8		26,8	-5,8	-14	0,0		
R Ulnaris (1er IO)									46,3	
Pos. 1 - Rec pos	20,5		3,6							

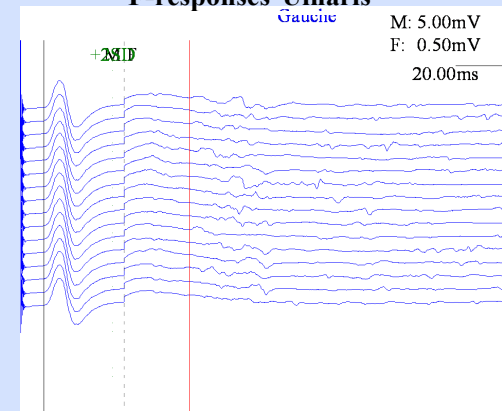
MNCV Curves



F-responses Medianus



F-responses Ulnaris



Cas clinique n°9

Cher Confrère,

L'examen ENMG de contrôle réalisé chez Monsieur ~~XXXXXX~~ reste stable par rapport aux données antérieures.

Avec mes meilleurs sentiments,

Dr F. Wang

PNP démyélinisante longueur-dépendante

Cas clinique n° 10

*Démyélinisation longueur
dépendante (bis)*

Cas clinique n°10

- Madame GF, 68 ans, 1m60
- Tableau de neuropathie sensitive ataxiante > 2000
- Pas de protéine monoclonale
- Pas d'Ac anti-myéline

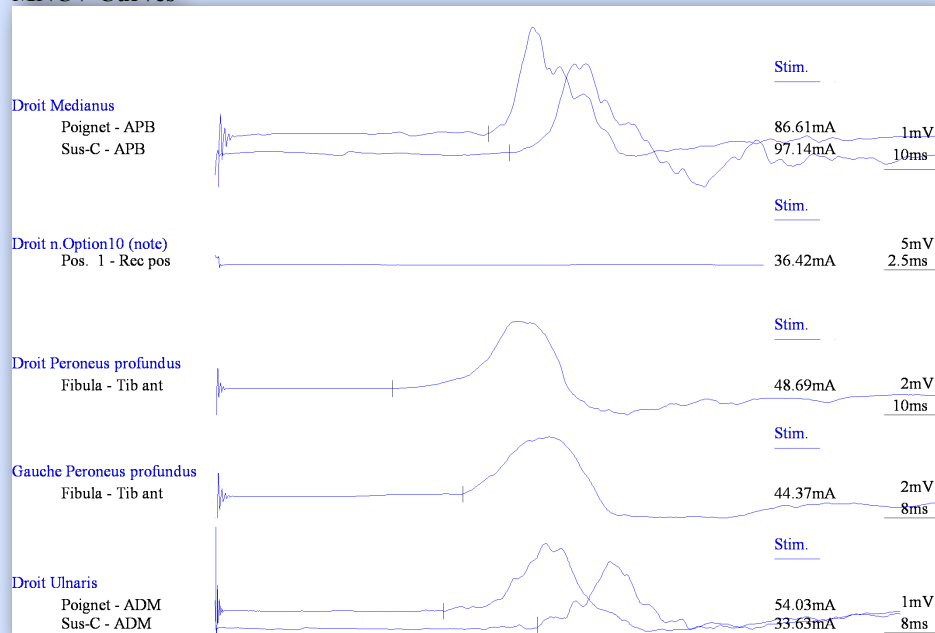
- ENMG (30/09/10) :

Cas clinique n°10

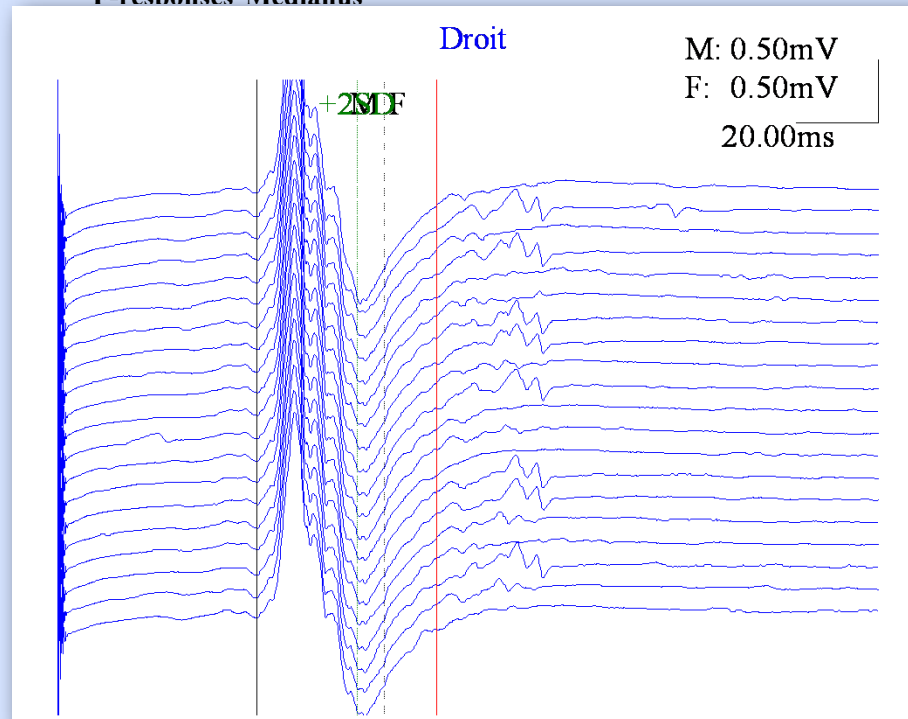
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Medianus									44,0	20,1
Poignet - APB	49,8	135,6	1,9	-2,2						
Sus-C - Poignet	53,8		1,6		47,5	-1,8	-16	-0,6		
R n.Option10 (note)									38,7	
Pos. 1 - Rec pos										
R Peroneus profundus										
Fibula - Tib ant	32,3		2,4							
L Peroneus profundus										
Fibula - Tib ant	36,2		2,1							
R Ulnaris									51,0	23,5
Poignet - ADM	33,2	94,0	1,2	-4,1						
Sus-C - Poignet	47,0		1,2				-2	1,2		

MNCV Curves

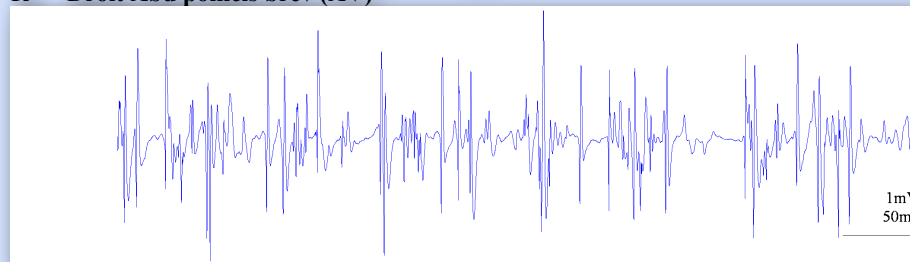


F-responses Medianus



EMG Signals

R Droit Abd pollicis brev (AV)



Cas clinique n°10

PNP démyélinisantes

- Index de latence terminale (ILT) : $d:(VCM \times LDM)$
 - Médian : 0,35 - 0,49
 - Ulnaire : 0,39 - 0,57
 - Fibulaire : 0,33 - 0,50
 - Tibial : 0,32 - 0,48
- Z-score : écart par rapport à la valeur moyenne attendue exprimé en nombre de DS
 - normal entre -2 DS et + 2 DS

DADS : distal acquired demyelinating symmetric neuropathy

Cas clinique n° 11

Démyélinisation proximale

Cas clinique n°11

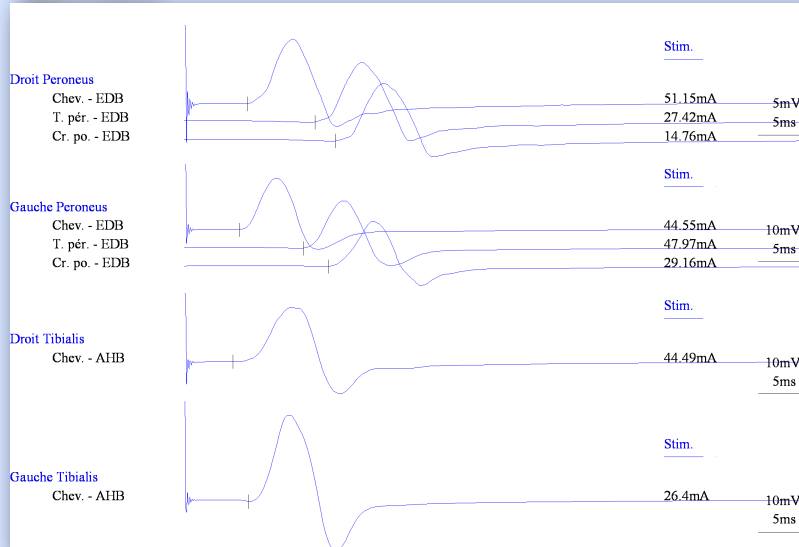
- Monsieur FB, 40 ans, 1m73
- > début 2008, déficit de force des 4 membres (d'abord MS → MI, prédomine en distalité) + paresthésies des doigts bilat + douleurs à type de lancement épaules et coudes + engourdissement des talons
- Sensibilité douloureuse et pallesthésies normales
- Pas de crampe
- Pas d'ataxie
- ENMG (21/10/08) :

Cas clinique n°11

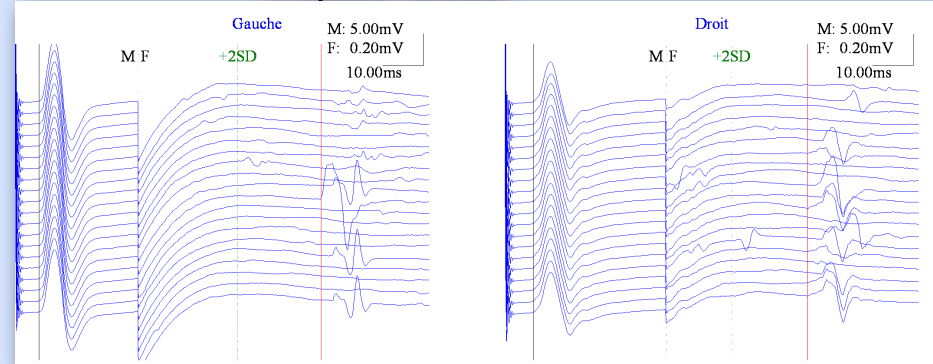
SNCV Data		Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R	Peroneus superfic								
	Jambe - Chev.	1,4		43,5	3,3	58,0		3,6	
L	Peroneus superfic								
	Jambe - Chev.	1,4		32,4	2,6	55,6		3,0	
R	Suralis								
	Chev. - Mollet	2,7		18,4	-0,2	51,9		0,3	
L	Suralis								
	Chev. - Mollet	2,6		13,6	-1,1	53,8		0,7	

MNCV Data		Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R	Peroneus									67,2	9,7
	Chev. - EDB	6,8	3,3	6,8	0,1						
	T. pér. - Chev.	13,9		6,3		44,4	-1,1	-8	0,1		
	Cr. po. - T. pér.	16,1		6,1		36,4		-4	0,6		
L	Peroneus									69,2	10,5
	Chev. - EDB	5,8	1,8	11,0	1,8						
	T. pér. - Chev.	12,7		10,1		42,0	-1,7	-8	0,1		
	Cr. po. - T. pér.	15,3		9,7		34,6		-4	0,6		
R	Tibialis									68,7	9,8
	Chev. - AHB	5,2	0,4	11,4	-0,4						
L	Tibialis									66,2	8,7
	Chev. - AHB	6,8	2,6	18,4	1,5						

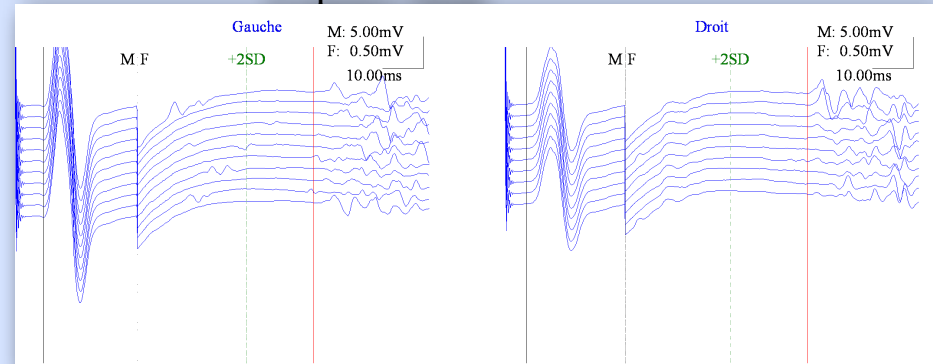
MNCV Curves



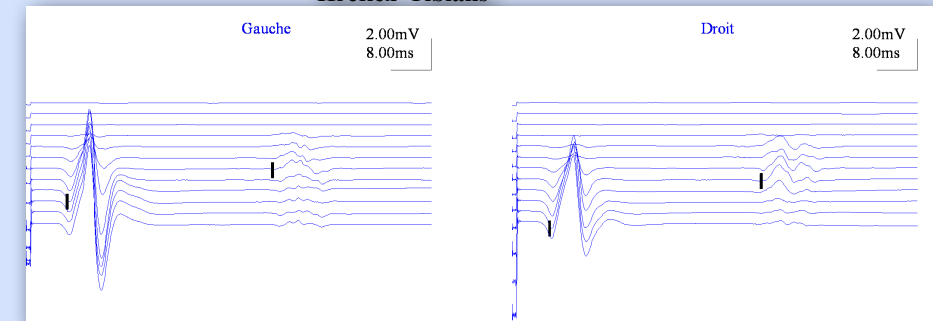
F-responses Peroneus



F-responses Tibialis



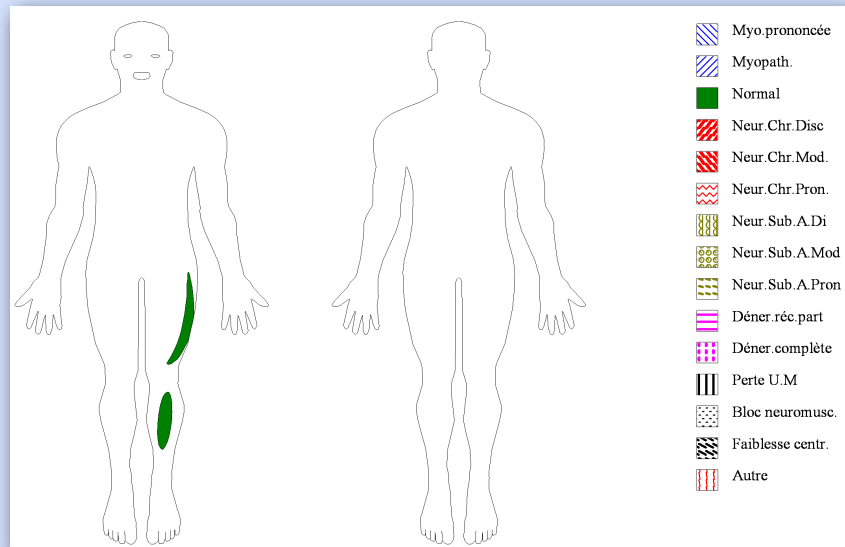
Hreflex Tibialis



#Stim : 12
M-lat : 8,4 M-amp : 9,36
H-lat : 48,9 H-amp : 0,86
H-M lat : 40,5 M/H amp : 10,83
rel.SD : 5,0 rel.SD

#Stim : 12
M-lat : 7,7 M-amp : 6,15
H-lat : 49,5 H-amp : 1,14
H-M lat : 41,8 M/H amp : 5,42
rel.SD : 5,6 rel.SD

Cas clinique n°11



Cher Confrère,

L'examen ENMG de contrôle réalisé chez Madame [redacted] montre une accentuation modérée des ralentissements distaux de la conduction nerveuse aux MI et MS.

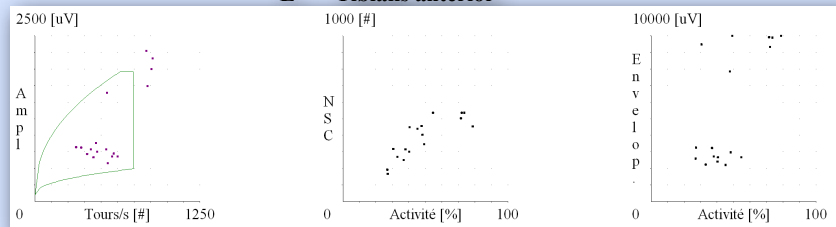
Avec mes meilleurs sentiments,

Dr F. Wang

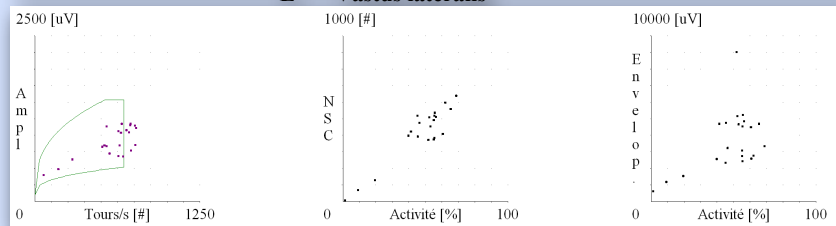
EMG Findings

Muscle (Innervation)	Interprétation	Voluntary act.						
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.	AV
Gauche Tibialis anterior (Peroneus profundus, L4 L5)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gauche Vastus lateralis (Femoralis, L2 L3 L4)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

L Tibialis anterior



L Vastus lateralis



PRNC

Cas clinique n° 12

*Démyélinisation
multifocale et
multitronculaire avec BC*

Cas clinique n°12

- Madame ML, 49 ans, 1m67
- > 2002, perte de dextérité et crampes de la main gauche
- Pas de plaintes sensibles
- Pas de déficit sensitif
- Pas d'ataxie
- Pas de syndrome pyramidal

- ENMG (03/03/08) :

Cas clinique n°12

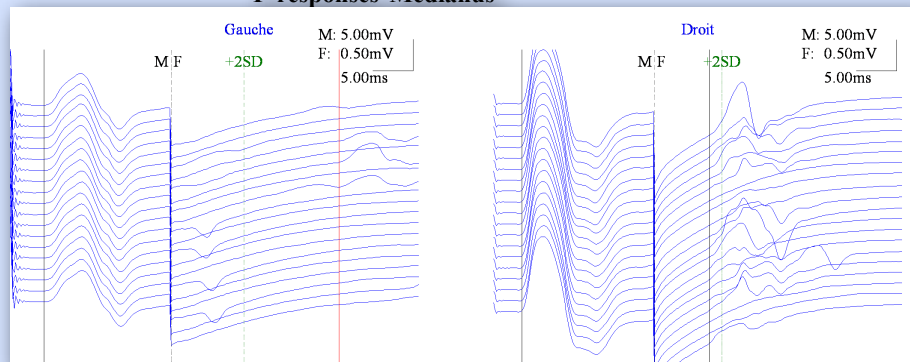
SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
L Cut antebr med								
Bras - Av-Bras	1,8		14,2		67,0	0,3		
R Med/Cub								
M/wrist - M/arm	3,7		14,9					
U/wrist - U/elbow	3,9		14,3					

MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M:	SD
R Medianus									23,3	0,6
Poignet - APB	3,5	-0,4	13,4	1,6						
L Medianus									36,7	13,0
Poignet - APB	4,2	1,7	6,1	-1,1						
Sus-C - Poignet	21,2		0,2				-97	-8,7		
L Musculocutaneous										
Pos. 1 - Biceps	6,0		4,7							
R Ulnaris									38,7	12,8
Poignet - ADM	3,7	1,8	7,6	-1,5						
Sus-C - Poignet	12,4		1,9		25,3	-7,0	-75	-7,5		
L Ulnaris									28,5	4,4
Poignet - ADM	3,8	2,1	7,3	-1,6						
Sus-C - Poignet	8,0		7,2		55,2	-0,6	-1	0,9		

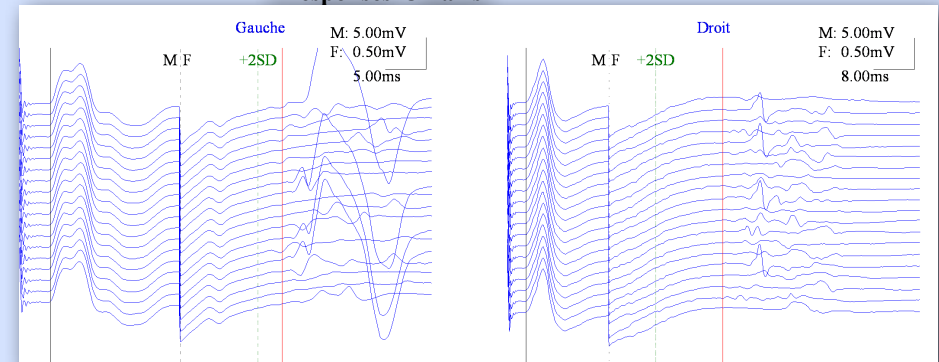
F-responses Medianus



MNCV Curves



F-responses Ulnaris



Cas clinique n°11

Chère Isabelle,

L'examen ENMG de contrôle réalisé chez Madame **LESENE ANTO** reste parfaitement stable par rapport aux données de 2007.

Amicalement,

Dr I. Kurth

Dr F. Wang

MMN

Cas clinique n° 13

Bloc musculaire

Cas clinique n°13

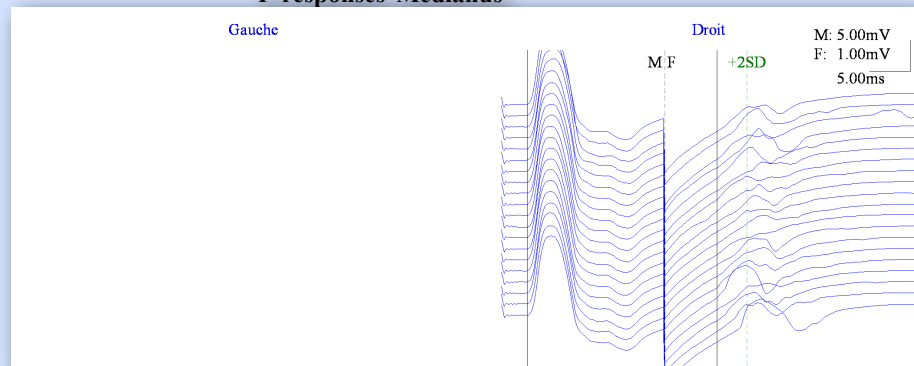
- Monsieur CR, 24 ans, 1m87
- Admis le 14/09/12 pour une perte de force majeure des MI > MS
- Tétraparésie flasque avec hyporéflexie OT
- Biologie : hypokaliémie à 2 mEq/L, discret syn. inflammatoire, discrète élévation des CK
- ENMG (14/09/12) : SGB ?

Cas clinique n°13

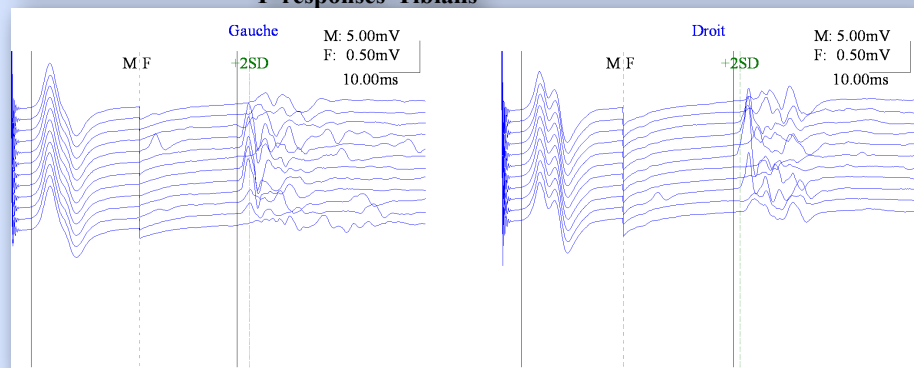
SNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD
R Peroneus superfic								
Jambe - Chev.	1,6		23,2		42,4			
L Peroneus superfic								
Jambe - Chev.	1,7		16,2		46,8			

F-responses Medianus



F-responses Tibialis



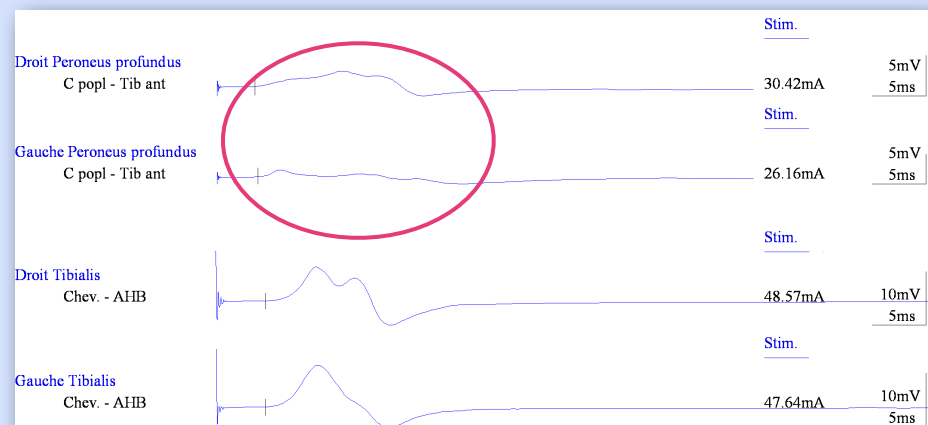
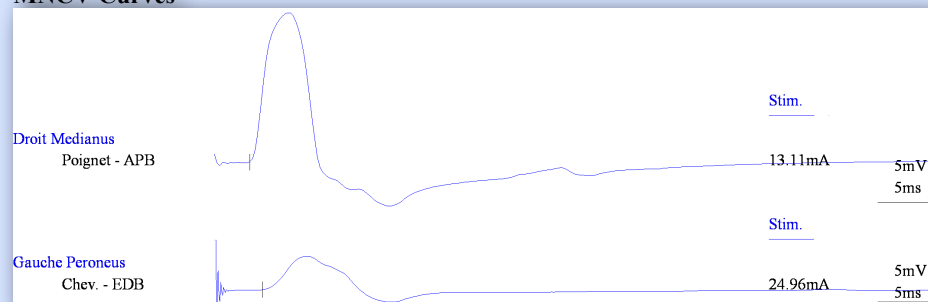
F-responses

	F #	Traces #	F %	Mean F ms	Max F ms	Min F ms	M ms	F-M: ms
R Medianus								
Poignet - APB		20				23,2	3,2	20,0
R Tibialis								
Chev. - AHB		11				52,0	4,8	47,2
L Tibialis								
Chev. - AHB		12				50,5	4,8	45,7

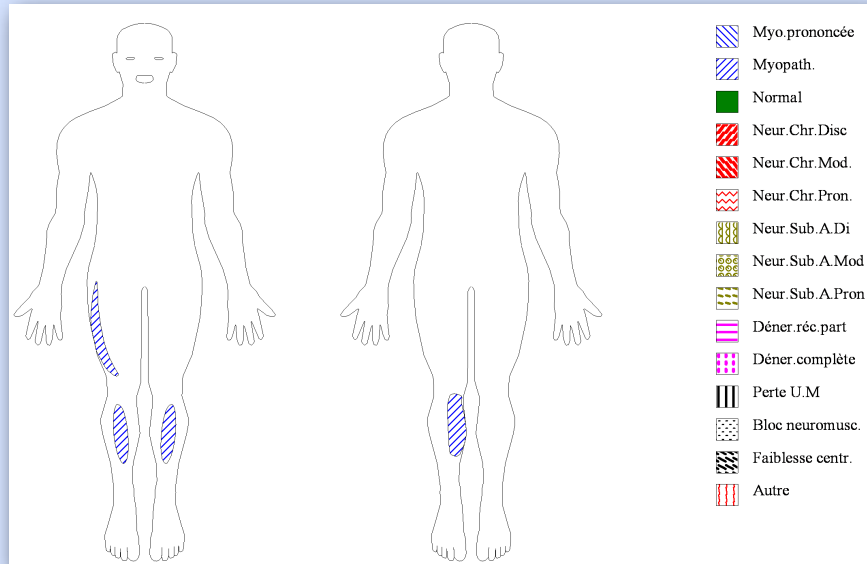
MNCV Data

	Lat	SD	Amp	SD	CV	SD	Amp%	SD	F-M: SD
R Medianus									23,2 -1,5
Poignet - APB	3,2	-1,8	13,7	1,4					
L Peroneus									
Chev. - EDB	4,4	-0,4	3,1	-1,9					
R Peroneus profundus									
C popl - Tib ant	3,7		1,4						
L Peroneus profundus									
C popl - Tib ant	4,0		0,6						
R Tibialis									52,0 1,4
Chev. - AHB	4,8	-0,6	6,3	-2,1					
L Tibialis									50,5 0,8
Chev. - AHB	4,8	-0,6	7,7	-1,7					

MNCV Curves



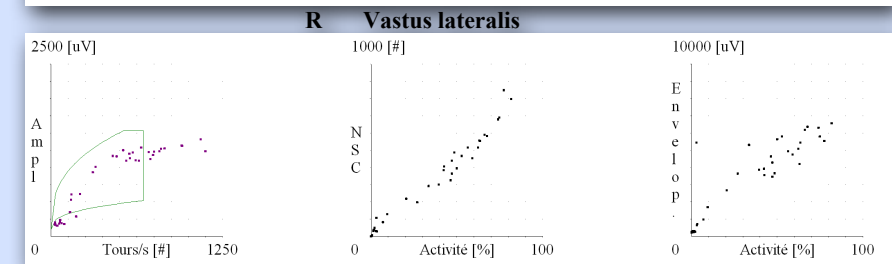
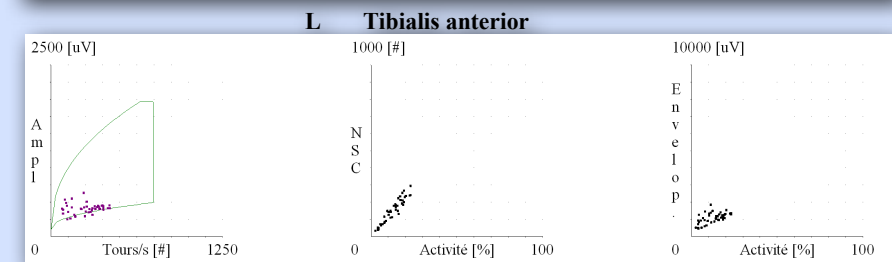
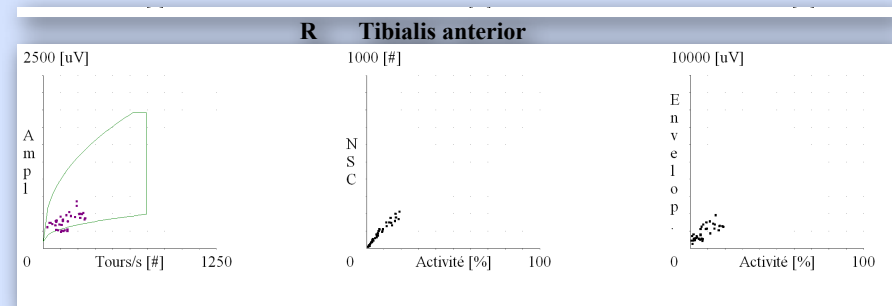
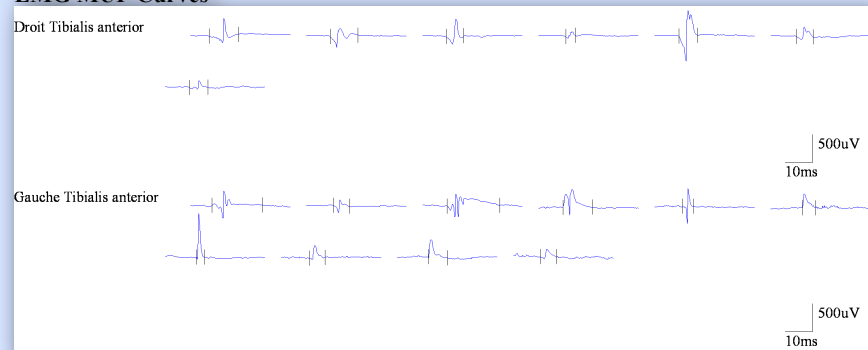
Cas clinique n°13



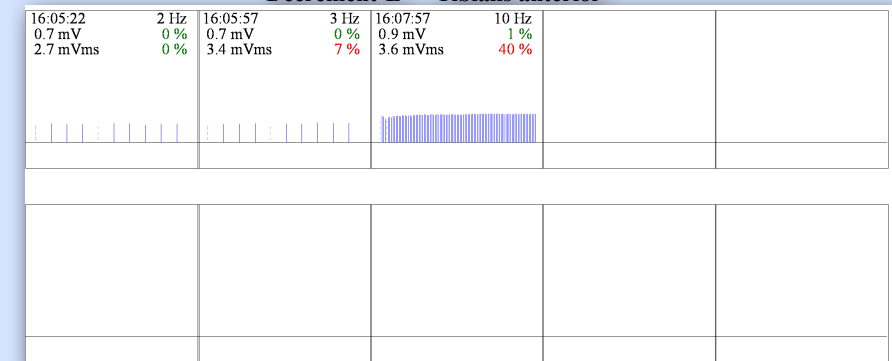
EMG Findings

Muscle (Innervation)	Interprétation	Voluntary act.							
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.	AV	Recruit.
Gauche Gastroc caput med (Tibialis, S1 s2)	Myopath.	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gauche Tibialis anterior (Peroneus profundus, l4 L5)	Myopath.	0/10	0/10	-	-	Normal	Normal	Normal	
Droit Tibialis anterior (Peroneus profundus, l4 L5)	Myopath.	0/10	0/10	-	-	Normal	Normal	Normal	
Droit Vastus lateralis (Femoralis, l2 l3 l4)	Myopath.	0/10	0/10	-	-	Normal	Normal	Normal	Tôt

EMG MUP Curves



Decrement L Tibialis anterior



Cas clinique n°13

Cher Rémy

L'examen ENMG réalisé chez Monsieur [REDACTED] montre:


- une réduction d'amplitude des réponses motrices évoquées aux MI (tibial antérieur >>pédieux)
- des tracés d'allure myogène au niveau des muscles tibial antérieur et quadriceps
- une absence de composante sensitive, de bloc de conduction, de ralentissement de la conduction nerveuse, de décrétement ou d'incrément à la SNR

Ces données plaident avant tout pour une myopathie aigüe. Un épisode aigu de paralysie périodique reste possible, de même qu'une PRN avec blocs de conduction terminaux responsables de tracés pseudo-myogènes.

Une évaluation de contrôle est souhaitable en début de semaine prochaine.

Amicalement,

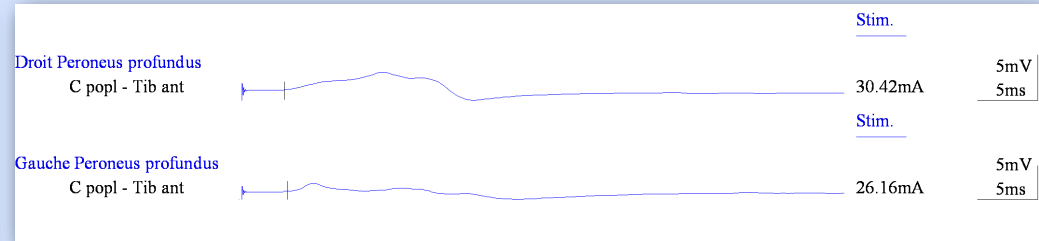
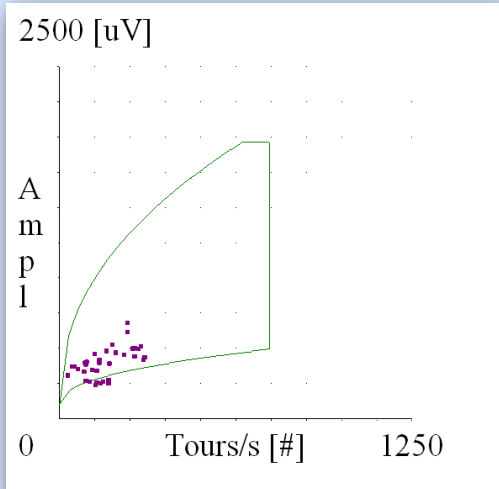
Dr F. Wang



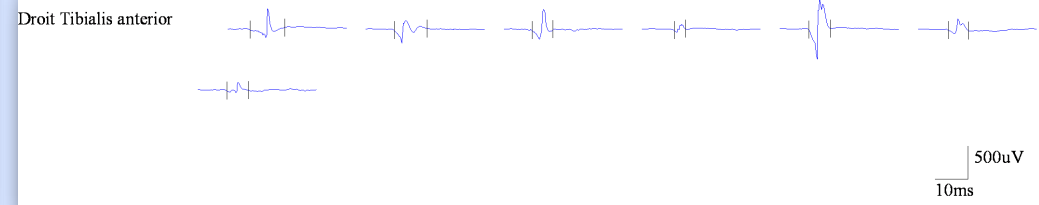
ENMG 18/09/12

Cas clinique n°13

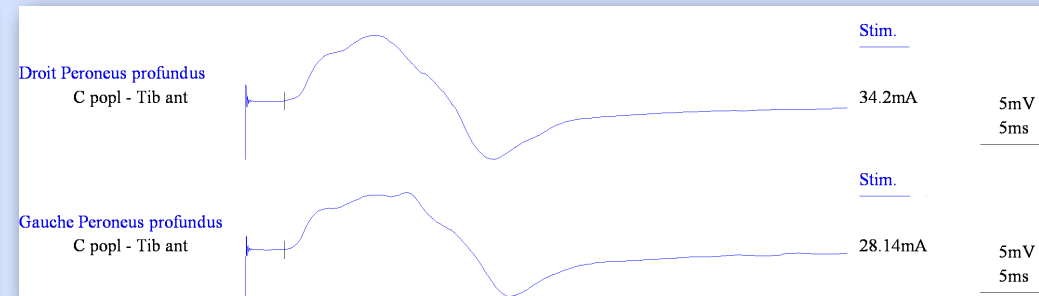
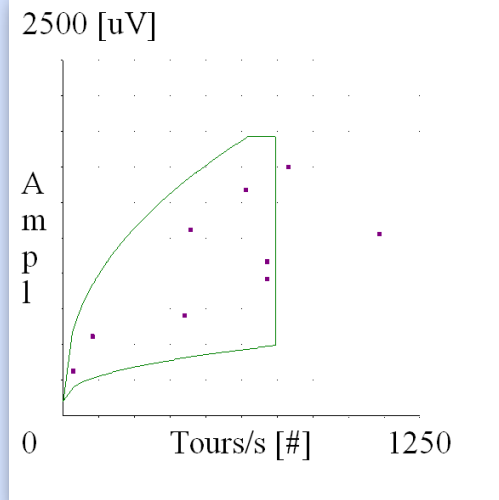
ENMG 14/09/12



EMG MUP Curves



ENMG 18/09/12



EMG MUP Curves



Cas clinique n°13

Cher Confrère,

L'examen ENMG de contrôle réalisé chez Monsieur [REDACTED] montre une normalisation des paramètres enregistrés.

Des tests d'effort (long et court) seront réalisés le 2 octobre pour orienter le diagnostic moléculaire d'une éventuelle canalopathie musculaire.

Avec mes meilleurs sentiments,

Dr O. Bouquiaux

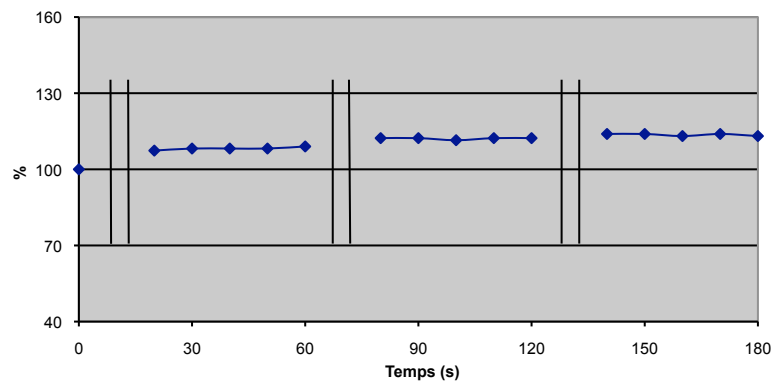
Dr F. Wang



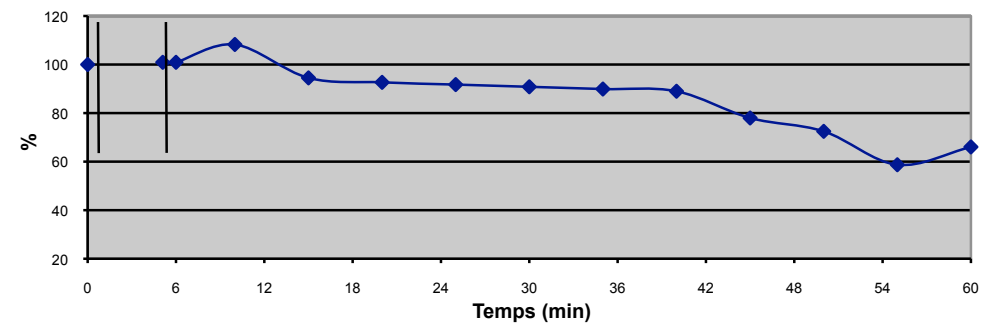
ENMG 02/10//12

Cas clinique n°13

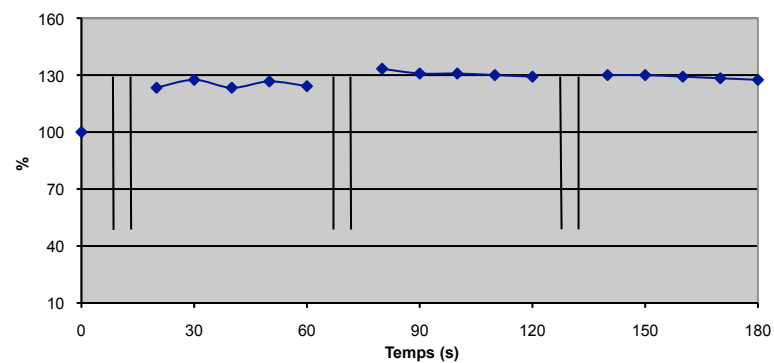
Exercice court



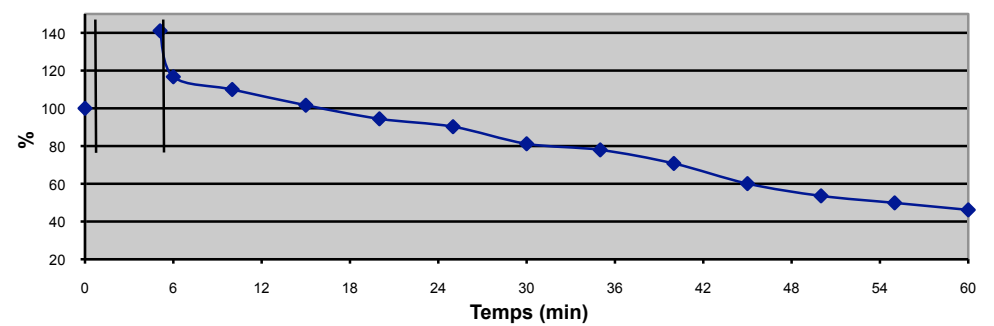
Exercice long
AMPLITUDE



Exercice court à FROID



Exercice long
SURFACE



Cas clinique n°13

Cher Confrère,

L'exploration complémentaire réalisée chez Monsieur [REDACTED] est évocatrice d'une canalopathie du canal calcique musculaire. Une analyse en biologie moléculaire, centrée sur ce gène, s'impose.

Avec nos meilleurs sentiments,

Dr ML Cuvelier Dr O Bouquiaux Dr F Wang