

Cours destiné au 3eme Année de médecine Dentaire

Dr HAMMOUCHE
MCA
UNIVERSITE 3 CONSTANTINE
CHUC

Les comas et les pertes de conscience

1. Introduction

Les troubles de la conscience représentent un motif fréquent d'hospitalisation

Il s'agit d'une **URGENCE** diagnostique et thérapeutique.

- le pronostic vital peut être mis en jeu à court terme en raison de la gravité de
- L'état neurologique (risque d'engagement cérébral et de mort encéphalique) ou en raison de la gravité de l'affection sous-jacente (Etat de choc septique en rapport avec une méningite bactérienne).
- Les étiologies sont multiples (toxiques et traumatiques chez la population jeune) et (vasculaires chez les patients âgés).

2. Définitions

Le coma signifie « sommeil profond » en grec. C'est un trouble de la conscience de soi et de l'environnement.

La **conscience** est définie par deux composantes :

- La vigilance, l'éveil, qui sont sous la responsabilité de la substance réticulée activatrice ascendante (SRAA) du tronc cérébral, qui possède des projections thalamiques.
- La conscience du soi et de l'environnement) ou éveil relationnel qui se traduit par une activité thalamo-corticale.

L'atteinte d'une de ces deux structures induira un trouble de la conscience.

Le **coma** est défini par altération profonde et durable de la conscience et de la vigilance, non réversible par une stimulation extérieure.

3. Le Diagnostic positif d'un coma.

3.1. Rechercher une détresse vitale.

- ✓ Etat circulatoire : pouls, pression artérielle, fréquence cardiaque, recherche de signes périphériques de choc.
- ✓ Etat respiratoire : évaluation de la fonction respiratoire par la fréquence respiratoire, rythme, amplitude ; signe d'encombrement ou d'œdème pulmonaire, cyanose. Des signes de détresse respiratoire (tachypnée, désaturation, bradypnée voir pauses respiratoires).
- ✓ faire une glycémie capillaire : a la recherche d'une hypoglycémie qui peut être responsable de lésions cérébrales graves si elle est prolongée
- ✓ les signes clinique d'hypoglycémie sont la pâleur, les sueurs profuses, la froideur des extrémités, agitation, tremblements,

3.2. Examen neurologique

3.2.1. Evaluation des fonctions supérieures C'est la première étape, permettant de connaître le comportement global du patient.

- La capacité de communiquer par le langage.
- La possibilité d'exécuter des ordres simples ou complexes.
- Le comportement visuel

3.2.2. Evaluation de la motricité et du tonus musculaire

3.2.2.1. Evaluation du tonus musculaire

- Le coma est le plus souvent associé à une hypotonie
- La constatation d'une hypertonie pyramidale ou extra-pyramidale constitue un élément d'orientation étiologique important.
- il faut chercher une raideur de la nuque et ou un syndrome méningé

3.2.2.2. Evaluation de la motricité des membres et de la face :

Cette évaluation doit être toujours comparative.

- La stimulation douloureuse permet de diagnostiquer un déficit moteur (hémiplégie, paraplégie, tétraplégie)
- Il faut également noter les mouvements anormaux : Convulsions partielles ou généralisées, fasciculations, myoclonies...

4. DIAGNOSTIC

4.1. l'examen clinique

- ✓ Un examen initial rapide fréquence respiratoire, tension artérielle, rythme cardiaque, température,
- ✓ Rechercher une raideur de la nuque une hémiplégie
- ✓ Faire un dextro pour éliminer un hypo glycémie
- ✓ Obtenir auprès de la famille du patient le maximum de renseignement (antécédents, prise de toxique, crise convulsive, traumatisme)
- ✓ Pour mesurer la profondeur du coma, différentes échelles sont utilisées

Score du Glasgow Les réponses obtenues aux diverses stimulations sont cotées selon une classification de trois types possibles

E OUVERTURE DES YEUX	<p>4 : spontanée</p> <p>3 : au bruit, à la parole</p> <p>2 : à la douleur</p> <p>1 : absente</p>
V : REPONSE VERBALE	<p>5 : orientée</p> <p>4 : confuse (conversation possible mais désorientation)</p> <p>3 : inappropriée (conversation impossible)</p> <p>2 : incompréhensible (grogne)</p> <p>1 : absente</p>
M : REPONSE MOTRICE	<p>6 : obéit à un ordre oral</p> <p>5 : orientée (chasse le stimulus à 2 endroits)</p> <p>4 : retrait (flexion rapide du coude)</p> <p>3 : décortication (flexion lente)</p> <p>2 : décérébration (extension)</p> <p>1 : absente</p>
SCORE	<p>GLASGOW = 15 score normal</p> <p>GLASGOW = 9 Pejorative</p> <p>GLASGOW < 7 Intubation</p> <p>GLASGOW = 3 mort cerebrale</p>

Examens complémentaires

- ✓ Les examens biologiques suivants sont systématiques : glycémie, ionogramme, Fonctions rénale et hépatique, gaz du sang.
- ✓ D'autres sont demandées en fonction du contexte. PL ; ECG ; EEG ; scanner ; même en l'absence de signe de focalisation

5. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

5.1. LES COMAS NEUROLOGIQUES

A non traumatique

- ✓ AVC hémorragique ou ischémique
- ✓ crise d'épilepsie : morsure de la langue perte d'urine
- ✓ tumeur cérébrale : → scanner oriente vers les tumeurs ou abcès cérébrales
- ✓ coma d'origine infectieux : coma + fièvre (méningite)

B/ traumatique :

Due à des accidents de la circulation, de la voie publique ou choc :

(lésions osseuses ou cérébrale)

5.2. LES COMAS METABOLIQUES

les troubles de la glycémie : hypoglycémie – acidocétose –hyperosmolaire

les troubles électrolytiques : hyponatrémie – hypernatrémie le coma urémique

Les autres encéphalopathies : hépatiques

5.3. COMA TOXIQUES

- Les intoxications médicamenteuses :
- Les sédatifs, barbituriques, benzodiazépine
- Les antis dépresseurs t
- causes non médicamenteuses : intoxication au CO

// Alcoolique

Overdose aux opiaces

6. LE TRAITEMENT

6.1. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

7.1.1. Fonction respiratoire :

- mise en DLG (décubitus latéral gauche)
- canule de GUEDEL permettant la perméabilité pharyngée
- aspiration des sécrétions
- oxygno-thérapie par sonde nasale ou masque
- l'intubation trachéale assure une ventilation assistée

7.1.2. Fonction circulatoire :

- surveillance TA. FR .FC
- traitement d'un trouble du rythme ou d'un collapsus

7.1.3. Traitement de :- HIC (hypertension intra crânienne)

- Trouble hydro électrolytique
- Trouble acido-base
- réchauffement en cas d'hypothermie

7.1.4. Traitement nutritionnel

- Prévenir les infections nosocomiales
- Assurer un apport calorique 2500 à 3000 calories /jours
- Prévention des escarres : sonde urinaire, changement de position / 3 heures, toilettes soigneuse

6.2. TRAITEMENT DE LA CAUSE DU COMA

- Coma traumatique : traiter hypertension intra crânienne (HIC) - évacuation chirurgicale d'un hématome
- Coma d'origine infectieux : antibiothérapie adaptée et traitement de la fièvre
- Coma métabolique : traitement de l'hypo et hyper glycémie réchauffement en cas d'hypothermie
- Coma d'origine toxique : charbon actif, antidote

Les pertes de connaissances

1. Définitions

Une syncope est une perte de connaissance brutale, brève (inférieure à 1 minute)
chute du débit sanguin cérébral > 50 %

Une lipothymie est une perte de connaissance incomplète, plus progressive

Les causes en sont cardiaques ou vasculaires.

2. Diagnostic positif

2-1 Reconnaître le malaise.

Les signes fonctionnels dépendent de la durée de l'ischémie cérébrale :

sensation de voile noir fugace devant les yeux

syncope sans prodrome,

NB si la syncope se prolonge, elle peut entraîner une crise convulsive anoxique,
avec perte d'urine et/ou morsure de langue

2-2 Anamnèse

* Nombre et fréquence des malaises. .

* Circonstances de survenue : repos, effort, orthostatisme...

* Prodromes : palpitations, douleurs thoraciques, mouvements de la tête ou du bras, sueurs, troubles digestifs, toux

2-3- examen clinique

* prise de pression artérielle couché, debout, et aux deux bras ;

* recherche d'un souffle cardiaque, d'arythmie ;

* examen vasculaire : pouls, souffles en particulier cervicaux ;

* examen neurologique complet

2-4 examens complémentaires

A systématiques

ECG : recherche des troubles du rythme ou de conduction, une ischémie.

Biologie standard :

- * NFS, ionogramme sanguin avec kaliémie, calcémie ;
- * glycémie ;
- * enzymes cardiaques

b- Orientés en fonction du contexte, si le premier bilan est négatif ECG et BILAN SG

- Holter ECG
- Échocardiogramme.
- Épreuve d'effort.
- Exploration du faisceau de His
- Cathétérisme cardiaque.
- Électroencéphalogramme
- Scanner cérébral
- Echo Doppler des vaisseaux du cou, chez le sujet de plus de 50 ans avec un souffle cervical ou abolition d'un pouls carotidien
- Test d'inclinaison :
 - réalisé lorsqu'on suspecte une origine vasovagale
 - après 30 minutes de décubitus dorsal, le sujet est placé en clinostatisme à 60° pendant 30 minutes, en surveillant pouls, TA et conscience

3 -Diagnostic étiologique On distingue :

- les syncopes d'origine cardiaque ;
- les syncopes d'origine vasculaire.

3-1.Causes cardiaques

Les moins fréquentes

Nécessitant un traitement urgent

Le diagnostic étiologique

- ✓ Rétrécissement aortique
- ✓ Myocardiopathie hypertrophique
- ✓ Tétralogie de Fallot

- ✓ HTAP
- ✓ les tamponnades (adiastolie aiguë)
- ✓ Troubles du rythme ou de la conduction
- ✓ Angor syncopal, à l'effort.
- ✓ Infarctus à la phase aiguë

3-2 Causes vasculaires extracardiaques

A/ Syncopes vasovagales

Mécanisme

Un effondrement des résistances périphériques sans adaptation du débit cardiaque pouvant être attribuable à une activité excessive du système nerveux parasympathique ou à une baisse d'activité du système nerveux sympathique.

On note :

* des facteurs favorisants : ambiance chaude, périodes postprandiales, douleurs, émotion, station debout prolongée, vue du sang

*signes cliniques : pâleur ++, sueurs, nausées, bradycardie, asthénie, bâillement ; un vomissement termine souvent cette lipothymie et soulage le patient ;

* autrement, le malaise s'aggrave et conduit à une perte de connaissance

B/ Hypotension orthostatique

Chute de La TA 20 mm Hg d (PAS) ou d'au moins 10 mm Hg de la pression artérielle diastolique (PAD)

Dans les trois premières minutes qui suivent le passage de la position couchée a la position debout

Les patients a risque sont

- ✓ Patients qui présentent une HTA
- ✓ les personnes plus de 65 ans
- ✓ patients sous antihypertenseurs,
- ✓ diabétiques, insuffisants rénaux,
- ✓ Parkinsoniens, les troubles cognitifs,
- ✓ les patients dénutris et déshydratés

4-la conduite devant une syncope

- si le patient est inconscient le mettre en décubitus latérale gauche DLG
- . si le patient est conscient allonger le, les jambes surélevées
- -Libérer les vêtements gênant la respiration et libération des voies aériennes
- -S'assurer du contrôle des paramètres vitaux TA,FR,Pouls
- si la bradycardie est persistante (inférieure à 60) : procéder à une injection d'ATROPINE 0,5 à 1 mg en sc ou IM.
- oxygénothérapie au masque au débit de 10 à 15 l/min.
- Si l'évolution est toujours défavorable transfert du malade aux soins intensifs