

# Troubles de la Conscience

Les troubles de la conscience sont divisés en deux groupes selon leur durée :

\*les pertes de la conscience brève : lipothymies , syncopes , épilepsies .

\*les pertes de conscience de durée prolongée : comas .

## Les pertes de conscience brève :

### Physiopathologies :

- Anoxie cérébrale qui entraîne une paralysie neuronale , d'où une perte de connaissance .  
L' anoxie cérébrale est secondaire à une insuffisance respiratoire ou circulatoire .
- Décharge neuronale hyper synchrone qui se manifeste par une crise d'épilepsie .

### Ces différentes types :

#### 1) Syncope :

- c'est une perte de conscience totale , la durée est de 10 à 60 secondes .
- **Etude sémiologique** : on note une pâleur du visage , disparition du pouls et des battement cardiaques , TA imprenable parfois on note un arrêt respiratoire .  
A la phase finale du syncope, la récupération de la conscience est immédiate
- **Les causes** : sont BAV de 3 eme degré, RAO , hypotension orthostatique , idiopathique ou iatrogène .

#### 2) Lipothymie :

- c'est une perte incomplète de la conscience .
- **Etude sémiologique** : le début est progressif , angoisse , sueurs froides , sensation d'éblouissement et de voile blanc devant les yeux , la station debout est impossible accompagné d'une pâleur du visage , TA basse , pouls petit , mais reste perceptible . la durée de 2-3 minutes =++++ pas d'amnésie post critique .
- **Causes** : hypotension orthostatique .

#### 3) Epilepsie :

- crise cérébrale en rapport avec décharge neuronale hyper synchrone .
- **Clinique** : on distingue deux tableau :
  - **Le petit mal = absence** :  
C'est une suspension brève de conscience de 5-10 secondes , d'apparition soudaine , sans prodromes , elle ne s'accompagne ni de chute , ni de trouble du tonus , ni de troubles sphinctériens , ni de contraction clonique , suivie d'une reprise immédiate de l'activité . ce voit chez les enfants .
  - **Crise grand mal** :  
Survient a tout âge . il s'agit d'une perte de connaissance brutale sans prodromes , entraîne une chute du malade , la crise évolue en 4 phases :
    - Phase tonique : hypertonie généralisée avec apnée , cyanose et morsure de la langue , sa durée = 10-20 secondes .
    - Phase clonique : secousses musculaires violentes synchrones , s'accompagne d'un relâchement sphinctérien avec perte d'urine . durée = 10 secondes .

- Phase stertoreuse : la respiration est ample bruyante stertoreuse = 30 secondes à 2 minutes .
- Phase résolutive : retour progressif de la conscience = 10 secondes . **N.B +++ :** Après la crise le patient une amnésie post critique ( le patient ne rappelle rien de se qui est passé = étonné .)

### Les pertes de conscience de durée prolongée : COMA

Trouble de la conscience et de la vigilance non ou partiellement réversible sous l'influence des stimulations .

- **Conscience =** connaissance de soi et de son environnement .assimilé à la réponse verbale , dépend du cortex cérébral nécessite une vigilance normale □ **Vigilance =** état d'éveil , évaluée par la qualité de l'ouverture des yeux . dépend du système réticulé activateur ascendant du tronc cérébral (SRAA) qui active les hémisphères cérébraux .
- Le COMA est le plus syt du à une trouble de vigilance par dysfonctionnement du SRAA , peut donc etre la conséquence d'une souffrance lésionnelle étendue , qu'elle soit cérébrale diffuse , du tronc cérébral , ou métabolique .

# Coma

## Définition :

- Altération plus ou moins marquée de la vigilance .
- selon la profondeur du trouble de la vigilance, on distingue :

\*obnubilation : persiste une réaction aux ordres complexes, réactivité moins rapide et moins précise, l'orientation temporo-spatiale reste normale.

\*Stupeur : persiste la réponse aux ordres simples et aux stimulations nociceptives sous forme d'un geste ou d'une parole.

\*Coma constitué : seule une réponse aux stimulations nociceptives est obtenue dans les stades initiaux de coma, abolie dans les stades les plus sévères.

## -Etude sémiologique :

### 1-Etude de la vigilance ( perceptivité / réactivité) :

- Etude de la perceptivité :

- Réponse verbale simple à une question simple .( age , nom ..... ) • Exécution d'un ordre verbal simple .( tirer la langue , fermer les yeux ...)
- Rechercher d'un clignement palpébrale de menace .

#### ○ **Etude de la réactivité :**

- La réaction d'orientation : les yeux du sujet ouverts , un stimulus sonore entraîne la rotation des yeux vers le côté où vient le bruit .
- La réaction d'éveil : le sujet les yeux fermés , le stimulus sonore entraîne l'ouverture des yeux avec réaction d'orientation .
- La réactivité à la douleur : pincement du mamelon , on a trois réactions croissantes :
  - Réaction par une mimique : ou grimace ou sans réaction .
  - Réaction d'éveil : ouverture des yeux .
  - Réaction motrice : marquée par un retrait du membre stimulé ou incoordonnée .

## 2-Etude neurologique :

- 1- **Examen de la motricité** : rechercher de l'hémiplégie
- 2- **Examen du tonus** : rechercher d'une hyper ou hypotonie .
- 3- **Rechercher de troubles végétatifs** :
  - Troubles respiratoires : ( respiration périodique de Cheyne-Stokes , hyperpnée rapide , respiration apnéusée entrecoupée de pauses inspiratoires , une ataxie respiratoire ) .
  - Trouble de fonction circulatoire : instabilité de la fréquence cardiaque et artérielle .
  - Trouble de la thermorégulation .

### Cotation du testing

Mouvement	Cotation
Absence de contraction volontaire	0
Contraction faible n'entraînant pas de déplacement perceptible	1
Déplacement possible si gravité éliminée	2
Mouvement actif contre gravité	3
Résistance à la contre pression	4
Mouvement possible contre résistance (normale)	5

#### **Trouble de tonus :**

\*étude de la réponse motrice des membres à la stimulation douloureuse :

► réponse appropriée bilatérale avec retrait et évitement =voies sensitives et motrices grossièrement conservées

► abolition unilatérale de la réponse appropriée=hémiplégie par atteinte de la voie cortico-spinale en 1 point de son trajet

► abolition bilatérale des réponses motrices = atteintes bilatérale des voies cortico- spinales

\*Profondeur du coma = échelle de Glasgow coma : score <ou égale à 8

### **-Respiration :**

-**Cheyne Stokes**: lésion mésencéphalique supérieure, diencéphalique, souffrance hémisphérique bilatérale

-**Apneustique** (pauses en inspiration ou en expiration): lésion protubérance basse

-Ataxique (respiration superficielle anarchique) : souffrance du bulbe

-**Type Kussmaul**: alternance inspiration –pause, expiration-pause: coma métabolique, souffrance partie basse tronc cérébral













- **Hyperventilation neurogène centrale**: tronc cérébral.

### **-Les réflexes mésencéphaliques**

**1- Etude de la déglutition** : qui comporte 3 temps , le 1<sup>er</sup> buccal intentionnel et volontaire , le 2<sup>eme</sup> bucco pharyngé et automatique , son abolition indique un coma profond . le 3<sup>eme</sup> pharyngé est réflexe , son abolition se manifeste par des fausses routes .

### **2-Etude du reflexe pupillaire et photomoteur**

## • Examen des pupilles

		Pupilles normales et réactives	Lésion hémisphérique, comas toxiques et métaboliques
		Pupilles intermédiaires et aréactives	Lésion mésencéphalique
		Myosis bilatéral et faiblement réactif	Début d'engagement central : stade diencephalique. Comas toxiques et métaboliques
		Myosis serré bilatéral et aréactif	Lésion pontique, Intoxications morphiniques
		Mydriase unilatérale et aréactive	Engagement temporal, Lésion du III
		Mydriase bilatérale aréactive	Engagement temporal terminal, Hypothermie, Intoxications barbituriques

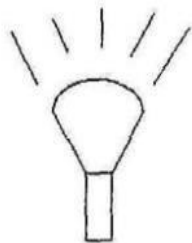


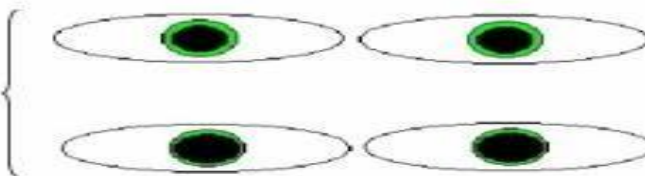
Figure 1.4 : Analyse sémiologique de la réactivité pupillaire à la stimulation lumineuse  
au cours des comas

## Pupilles

**Intermédiaires**



**Mydriase**



**Myosis**



**Anisochorie**



**Réactives**



**Aréactives**



## ■ Examen des pupilles

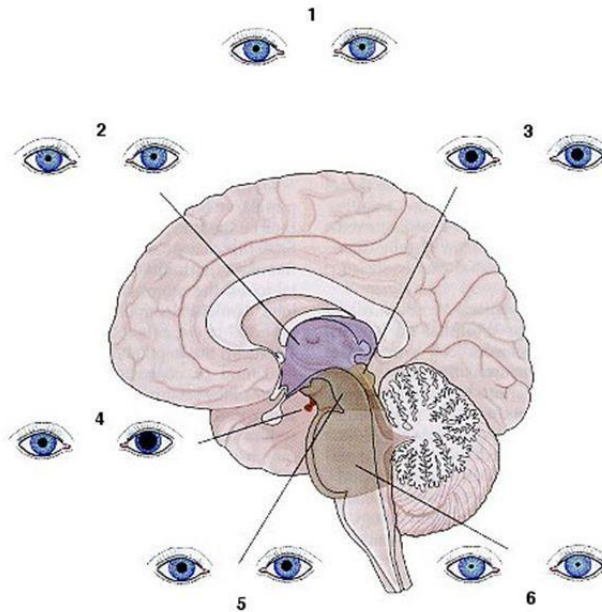
-Pupille intermédiaire ou en mydriase modérée avec abolition du RPM (5) : lésion du mésencéphale

-Mydriase unilatérale aréactive (4) : atteinte du III

-Myosis ponctiforme bilatéral sans RPM (6) : atteinte protubérantielle

-Myosis bilatérale avec conservation du RPM (2) : atteinte du diencephale

-Mydriase bilatérale aréactive (3) : lésions étendues du système nerveux généralement irréversibles



## Réflexe cornéen :

-afférent 5 , efférent 7 (muscle orbiculaire de l'œil)

-toucher la cornée ( pas la conjonctive)

-approche latérale ( pour éviter un réflexe visuel d'évitement)



## Réflexes cutanés et muqueux :

-cutané plantaire : flexion du gros orteil à la stimulation ( pointe mousseuse) du bord externe de la plante du pied

-signe de Babinski : extension lente et majestueuse du gros orteil et éventail des autres orteils  
=atteinte du faisceau pyramidal .

-cutanés abdominaux : contraction de la paroi abdominale à la stimulation cutanée (aboli si atteinte pyramidales « D6-D12 »)

-crémastérien : « L1-L2 »

- de défense : triple retrait

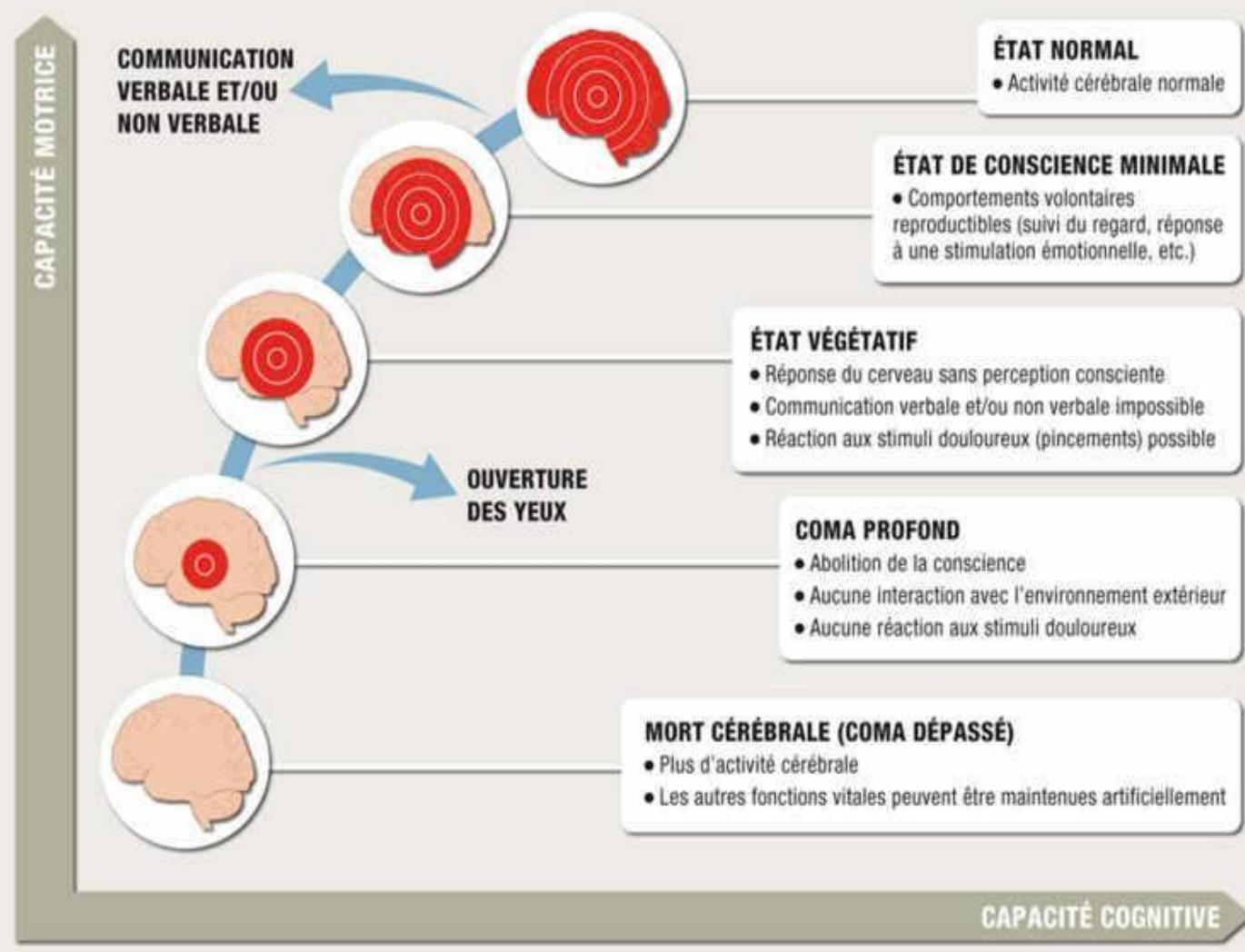
## Classification des comas :



- Stade 1 : =stade d'obnubilation ou coma vigile réponses possibles aux stimulations répétées, verbales ou sensorielles, mvt de défense adaptés contre la douleur = obnubilation, stupeur
- Stade 2 : coma léger=c'est le stade de la disparition de la capacité d'éveil du sujet , réponse inadaptée aux stimulations nociceptives, pas de troubles neurovégétatifs..
- Stade 3 : coma profond= coma carus =coma aréactif . il n'ya plus aucune réaction aux stimuli douloureux (mvts de décérébration aux stimulations nociceptives ou absence de réponse), troubles neurovégétatifs , dont fait partie l'état végétatif: respiration spontanée possible et R troncs présents, inconscient et réponses douleur inappropriées
- Stade 4 : coma dépassé OU MORT CÉRÉBRALE, pas de réponse aux stimulations, hypotonie, mydriase, abolition des fonctions végétatives.

## LES DIFFÉRENTS STADES DU COMA

Grâce à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), on a pu constater que le coma était caractérisé par différents stades qui dépendent à la fois des capacités motrices et cognitives de la personne concernée. Plus l'activité cérébrale augmente, plus la personne récupère ses fonctions et s'approche de la normalité.



**Tableau 1 : Score de Glasgow**

	Ouverture des yeux : Y	Réponse verbale : V	Réponse motrice : M
6			Exécution des ordres simples
5		Cohérente, orientée	Adaptée, orientée à la douleur
4	Spontanée	Confuse	En flexion (évitement)
3	Sur ordre	Inappropriée	Décortication
2	A la stimulation douloureuse	Incompréhensible	Décérébration
1	Absente	Absente	Absente

**EXAMEN CLINIQUE :**

**Echelle de Glasgow :**

- **E (ouverture des yeux)/4**

Spontanée: 4, sur stimulation verbale ou non douloureuse: 3, sur stimulation douloureuse: 2, absente: 1

- **V (réponse verbale)/5**

Appropriée: 5, confuse: 4, incohérente: 3, incompréhensible: 2, absente: 1

- **M (réponse motrice)/6**

Sur ordre: 6, orientée: 5, retrait en flexion rapide: 4, flexion anormale lente (décortication): 3, extension stéréotypée (décérébration): 2, absente: 1

**Le score de Glasgow :**

il s'échelonne de 3 = coma très profond à 15 = pas de trouble de la conscience

.

15 :normal

13à14 :confusion mentale

9à12 :-obnubilation (rares réponses verbales imprécises)

-stupeur(exécution motrices simples)

5à8 :coma

4à5 :coma profond avec souffrance axiale

3 :coma aréactif



## Évaluation de la profondeur du coma

### Examen de la vigilance

### Examen de la motricité

### Examen des yeux

#### Paupières

- Ouverture des yeux
- Clignement à la menace
- Réflexe cornéen
- Réflexe naso-palpébral

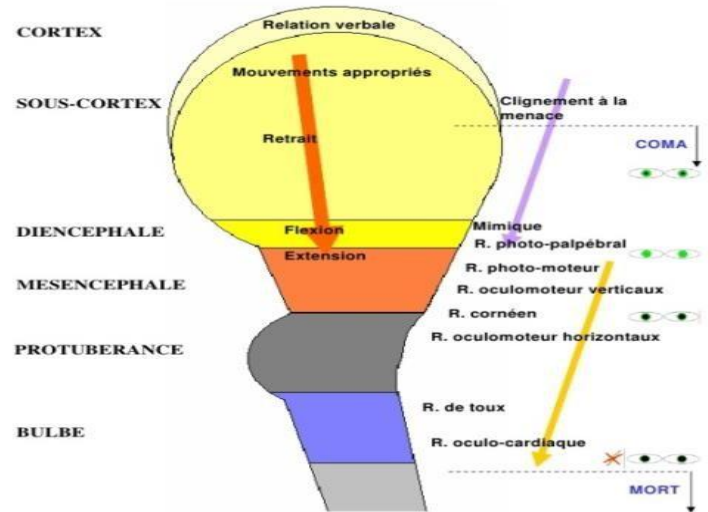
#### Pupilles

#### Position et mouvements des globes

- Réflexe oculo-céphalique
- Réflexe oculo-vestibulaire



## Évaluation de la profondeur du coma



## Principales mesures d'urgence à prendre en cas de coma :

- mise en position latérale de sécurité ( si vomissement ou si risque d'inhalation)
- surveillance T°C, TA, FC,SAO2
- vérification de la liberté des VAS, d'une ventilation spontanée administration d'O2 ou intubation si besoin
- assurer hémodynamique stable : traitement d'un choc hypovolémique, cardiogénique ou infectieux par remplissage vasculaire
- dosage systémique de la glycémie capillaire
- prélèvement sanguins : GDS, recherche détoxiques, ionogramme, NFS, PI, TP, TCA
- en fonction du contexte : administrer un soluté glucosé, naloxone en cas de suspicion d'intoxication aux opiacés, flumazenil en cas d'intoxication de BZD, traitement d'un état de mal épileptique.

## **Causes des comas :**

### **○ Causes neurologiques :**

- Traumatisme crânien .
- Accident vasculaire hémorragique ou par ramollissement .
- Infectieuse : méningite , encéphalopathie .

### **○ Causes métaboliques :**

- Diabète , insuffisance rénale , insuffisance respiratoire , insuffisance hépatique , hypoglycémie ,insuffisance thyroïdienne et anté hypophysaire .

### **○ Causes toxiques :**

- Coma au barbiturique et intoxication au Co.