

CAT DEVANT UN COMA

Dr. H. HADDOUCHE

PLAN

A- DEFINITION

B- PHYSIOPATHOLOGIE

C- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

D- PRISE EN CHARGE

DEFINITION

Coma est une abolition de la **CONSCIENCE** et de la
de la **VIGILANCE**.

CONSCIENCE= état de percevoir et d'intégrer les stimulations
externes (sensorielles) et internes (végétatives) puis d'agir en
conséquence de façon adaptée. Fonction des hémisphères
cérébraux

VIGILANCE= état d'éveil et de sommeil. Fonction du tronc cérébral
par la SRAA.

COMA = absence de:

- éveil
- vie de relation
- réaction adaptée aux stimuli externes
- avec ou non de troubles neurovégétatives

PHYSIOPATHOLOGIE

Deux mécanismes:

1- souffrance cérébrale diffuse:

toxique – infectieux – métabolique – anoxie – épilepsie

2- lésions directes de SRAA:

lésions du tronc cérébral - compression du TC – engagement

SRAA: structure nerveuse du tronc cérébral . Elle intervient dans la régulation des grandes fonctions vitales(cycle éveil-sommeil) contrôle les activités motrices réflexes ou stéréotypées (marche et tonus postural) et les fonctions cognitives(attention).

Elle contrôle les activités du cerveau et de la ME par **le système ascendant activateur** et **descendant inhibiteur**

COMA= perturbation SRAA et/ ou cortex

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A- Syndrome de dé-éfferentation: LOCKED-IN SYNDROME

paralyse des 4 membres avec ouverture et clignement des yeux

B – MUTISME AKINETIQUE:

yeux ouverts sans mouvements ni communication

C- AREACTIVITE PSYCHOGENE:

simulation - hystérie

PRISE EN CHARGE

A- GESTES IMMEDIATS:

1- protection des VAS:

- PLS / inhalation - liberté des VAS(canule- subluxation de la mandibule- désobstruction – ablation de dentier)

2- correction des désordres systémique:

- circulatoire : remplissage vasculaire- réanimation ACR
- respiratoire: oxygénation- ventilation artificielle
- métabolique: correction hydro-électrolytique et glycémie

3- monitoring : TA- FC- FR – T°- SaO2

B- ORIENTATION ETIOLOGIQUE:

1- Interrogatoire: HTA- diabète- cardiopathie- trauma crânien- atcd psychiatrique- épilepsie- post partum- prise de contraceptif- toxicomanie- pathologie thyroïdienne tumeur cérébrale- hydrocéphalie

2- Examen clinique: rapide et recherche :

- fièvre : méningite-méningo-encéphalite- neuropaludisme
- trauma crânien récent ou ancien: HSDC- HED- Hématome IC
- traces injections de stupéfiants
- pli cutané : DSH – hyoNA
- hypothermie: hypothyroïdie – intox médic
- déficit moteur : avc
- examen des pupilles oriente sur le diagnostic topographique
- évaluer la profondeur du coma: GCS et SCORE DE LIEGE

EXAMENTS COMPLEMENTAIRES

- A- Bilan biologique** : dextrostix – labstix – FNS- urée - créatinine
ionogramme- GDS- calcémie- ASAT – ALAT- dosages toxicologiques
- B- Examen radiologique**: TDM cérébrale
- C- Examen électro-physiologique**: EEG
- D- Ponction lombaire**.

SCORE DE GLASGOW

A- Réponse oculaire: 4 points

- ouverture des yeux spontanée : 4
- ouverture des yeux à l'appel ou bruit: 3
- ouverture des yeux à la douleur: 2
- aucune réponse :1

B- Réponse verbale: 5 points

- orientée : 5
- confuse : 4
- incohérente : 3
- incompréhensible : 2
- aucune : 1

C- Réponse motrice: 6 points

- volontaire : 6
- adaptée : 5
- retrait/ évitement: 4
- flexion : 3
- extension : 2
- aucune : 1

TOTAL : 15 points

SCORE DE LIEGE

Le score de LIEGE évalue 05 réflexes du tronc cérébral.

1- réflexe fronto-orbiculaire: 5

2- réflexe oculo-céphalique vertical: 4

3- réflexe photomoteur: 3

4- réflexe oculo-céphalique horizontal: 2

5- réflexe oculo-cardiaque: 1

6- aucun : 0

SCORE GLASOW-LIEGE= 20 points

Réflexe fronto-orbitaire explore le Diencéphale

Réflexe oculo-céphalique vertical explore le Mésencéphale

Réflexe photomoteur explore le Mésencéphale

Réflexe cornéen explore jonction mésencéphalo-protubéranciel

Réflexe oculo-céphalique horizontal explore la Protubérance

Réflexe oculo-cardiaque explore le Bulbe

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Pronostic dépend de la cause du coma:

- si cause curable : coma réversible
- si prise en charge rapide : bonne évolution

CONCLUSION

