

Institut national d'enseignement supérieur
en science médicales de Constantine

Faculté de médecine de Constantine
Université 3

Cours de sémiologie neurologique

Troubles de la conscience

Dr C.GUETTARI / HMRUC

2021/2022

Examen de l'état de conscience

Une conscience normale nécessite l'intégrité de la formation réticulaire activatrice ascendante du mésencéphale et le thalamus ainsi que les connections qu'elles échangent avec l'ensemble des structures du cortex cérébral.

Le premier contact avec patient permet de définir l'état de conscience : patient vous suit-il du regard ?, réagit-il à vos questions ?, connaît-il son nom?, l'endroit où il se trouve, la date, en cas trouble :

1/ Obnubilation: état de somnolence avec torpeur intellectuelle, sujet répond aux questions posées mais avec un certain retard.

2/Confusion mentale: une baisse importante de la vigilance, qui est fluctuante, associée selon les moments avec une désorientation temporo-spatiale, trouble du jugement et du raisonnement, la communication motrice et verbale avec l'extérieur demeure possible, c'est un état aigu et réversible par opposition de la démence qui est définitive.

3/ Délire: état de confusion mentale avec excitation et hallucinations.

4/ Coma: perte prolongée, partielle ou totale, de l'état de conscience et de la vigilance associée ou non à une altération des fonctions végétatives et métaboliques, avec perte de la communication motrice et verbale avec l'extérieur, il témoigne d'une souffrance cérébrale.

5/ Perte de connaissance brèves

Par anoxie cérébrale :

-Syncope: perte complète brusque et passagère en moyenne 10 mn, au delà 10 minutes, elle se complique des convulsions, elle est d'origine cardiovasculaire (bloc auriculo-ventriculaire ou BAV 3° degré), Rétrécissement aortique, hypotension orthostatique.

-Lipothymie: perte incomplète de la conscience, (terme populaire évanouissement), la conscience revient en 2 à 3 mn, la récupération physique plus lente (15 à 30 mn), causes (hypotension orthostatique, sujet neurotonique, hyperémotif) .

Par décharge neuronale hypersynchrone :

Epilepsie, sous forme de

-**Crise de type grand mal** : tonico-clonique généralisée suivie d'une amnésie postcritique (malade ne se souvient pas de sa crise) accompagnée de la morsure de la langue et perte des urines.

-**Crise type petit mal ou absence:** suspension brève de la conscience 5 à 10 secondes, apparait sans prodromes avec reprise immédiate de l'activité.

Examen du patient comateux

Interrogatoire de l'entourage, on recherchera à connaître :

- les facteurs favorisants: diabète, HTA, insuffisance hépatique, respiratoire, rénale, épilepsie, troubles psychiatriques, prise médicamenteuse, traumatisme ...

- Mode d'installation du coma: aigu ou progressif

- Prodromes éventuels: malaise, céphalée ...

Examen clinique : il comprend 4 temps.

1/ **Reconnaitre le coma**

2/ **Evaluer les fonctions vitales** : s'assurer de la liberté des voies aériennes, efficacité de la ventilation spontanée, examen général (pression artérielle, pouls, signes de choc, défaillance cardiorespiratoire, prise de la température) .

3 / **Evaluer la profondeur du coma**

On appréciera le degré de vigilance par le score de Glasgow:

Qui mesure l'altération de l'état de conscience sur 3 éléments :

Ouverture des yeux :

- spontanée **4**
- sur ordre **3**
- à la douleur **2**
- nulle **1**

Réponse motrice

- Obéissance aux ordres verbaux **6**
- Réaction orientée à la douleur **5**
- Réaction non orientée à la douleur **4**
- à type de décortication **3**
- à type de décérébration **2**
- nulle **1**

Réponse verbale

- Orientée **5**
- Confuse **4**
- Incohérente **3**
- incompréhensible **2**
- nulle **1**

La valeur du score est comprise entre **3** et **15**.

Interprétation du score de Glasgow

- Score = 15 : conscience normale.
- Score > 12 : coma léger
- Score entre 9 et 12 : coma moyen
- Score ≤ 8: coma profond, à 7 est à la limite d'une décision d'intubation.

4/ Recherche de troubles végétatifs :

Respiratoires: troubles du rythme et l'amplitude

- Respiration périodique type Cheyne-Stokes (lésion de l'encéphale)
- Hyperventilation à type d'hyperpnée rapide, régulière et ample (lésion du pédoncule -cérébelleux).
- Respiration apneustique: respiration entrecoupée de pause inspiratoire (protubérance)
- Respiratoire ataxique : irrégulière (altération des centres bulbaires)
- **Trouble circulatoire:** instabilité de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle.
- **Dysrégulation thermique:** hyperthermie, rarement hypothermie.

Stades du coma (selon la profondeur) :

Stade I : coma vigile, réponse possible (phrases compréhensibles) aux stimulations répétées, verbales et sensorielles, mouvements de défense adaptés contre la douleur.

Stade II : coma léger, réponse inadaptée aux stimulations nociceptives, pas de troubles neurovégétatifs.

Stade III (coma carus): coma profond, mouvement de décérébration aux stimulations nociceptives ou absence de réponse, troubles neurovégétatifs.

Stade IV: coma dépassé, pas de réponse aux stimulations, hypotonie, mydriase, abolition des fonctions végétatives.

5/ Orienter le diagnostic étiologique :

Recherche d'une raideur de la nuque (méningite ou hémorragie méningée).

Examen de la motricité et du tonus: membre paralysé et flasque tombe plus rapidement par rapport au membre sain (hémiplégie).

Réponse motrice au stimulus nociceptif:

- rigidité de décortication: flexion-adduction aux MS et extension aux MI.
- rigidité de décérébration : extension-adduction-hyperpronation aux MS et extension MI.

Réflexes mésencéphaliques:

- Etude de la déglutition dont l'abolition se traduit par des fausses routes.
- Réflexe pupillaire ou photomoteur: stimulus lumineux d'un côté entraîne un myosis bilatéral, son abolition est le signe d'un coma grave, anisocorie (inégalité pupillaire), elle signe l'engagement cérébral, mydriase bilatérale est due à une prise médicamenteuse (atropine, amphétamine, antidépresseurs tricycliques) ou anoxie sévère.
- Réflexe cornéen: son abolition est le signe d'un coma grave.

Mouvements oculaires: déviation des yeux du côté lésé si un accident vasculaire cérébral (AVC) d'un hémisphère (malade regarde sa lésion et se détourne de l'hémiplégie).

Réflexe oculo-encéphalique: mouvement des yeux de poupée, la réponse normale, les yeux se déplacent du côté opposé par rapport au mouvement de la tête (si tronc cérébral intacte), les yeux ne bougent dans le coma très profond.