

COMAS

I-DEFINITION :

C'est la perte des fonction de la vie de relation (conscience, motricité, sensibilité) avec conservation plus au moins complète des fonctions végétatives.

II-DIAGNOSTIC DIFFERETIEL :

- 1- Pseudo-comas hystérique : évoqué devant un choc émotif
- 2- Les troubles du sommeil : hypersomnie (posé sur les antécédents : existence de nombreux épisodes similaires).
- 3- Syndrome de Lookedin : déafférentation cérébral : thrombose basilare.
Clinique : tétraplégie, diplégie facial et une paralysie labio-glosso-laryngo-pharyngée.
- 4- Mutisme akinétique : atteinte bilatérale du lobe frontale, cliniquement : tétraplégie avec suspension de la parole.

tableau du cours sur les traumatismes crâniens).

III-EXAMEN DU COMATEUX :

1- Niveau de conscience :

Permet d'étudier la profondeur du coma et son évolution, pour cela on utilise plusieurs stimuli :

- Stimulus verbal : réponse à des questions simples et à des ordres.
- Stimulus sensoriel : réaction aux bruits et à la lumière.
- Stimulus sensitif : consiste à apprécier la réaction du malade au pincement, à la piqûre et au contact cutané.

2-Examen neurologique :

Le but est de rechercher les foyers de localisation .

1- L'oculomotricité : recherche :

- Déviation conjuguée des yeux, elle entre dans le cadre de la paralysie de la latéralité (un malade regarde sa lésion en cas d'atteinte hémisphérique).
- Recherche une modification du diamètre des pupilles.
- Myosis unilatérale aréactive : engagement temporal.
- Myosis bilatéral : lésion diencephalique et protubéantielle.
- Mydriase bilatérale : mort cérébrale.

Le réflexe oculo-céphalique : qui est toujours absent chez le sujet conscient et présent chez le sujet comateux sauf en cas d'atteinte du tronc cérébrale.

3-Etude de la motricité :

Les troubles moteurs sont obtenus par comparaison des 2 coté :

- Au niveau de la face on recherche une paralysie par la manœuvre de Pierre Marie et Foix.
- Une hypotonie qui est recherchée aux membres supérieurs par la manœuvre de Rainiste : elle consiste à surélever de manière comparative les 2 membres supérieurs puis on va apprécier le tenus en laissant les 2 membre libres : le membre hypotonique tombe rapidement.

4-Etude des fonctions végétatives :

Apprécier les trouble de la thermorégulation en prenant la température plusieurs fois par jour.

Apprécier les troubles circulatoires en prenant la TA plusieurs foi par jour (en cas d'atteinte centrale, on aura une courbe tensionnelle anarchique). Apprécier les troubles respiratoires en fonction du rythme et de la fréquence pour cela on distingue plusieurs anomalies et qui demande paroi un diagnostic topographique :

- Rythme de Chevne Stocks : pause entre 2 inspiration .il se voit dans les lésions cérébrales massives diencéphaliques.
- Rythme de Kussmaul : apneutique : pauses entre inspiration et expiration.il se voit dans les lésions protubérantielle.
- Hyperventilation neurogène : respiration ample, rapide et permanente, elle se voit dans les lésions mésencéphaliques (pédonculaires).
- Respiration ataxique : respiration anarchique, irrégulière, entrecoupée de poussée, elle se voit dans les lésions bulbaires.

IV-CLASSIFICATION :

1- Classification clinique :

- Stade 1 : coma vigile : la réactivité clinique et EEG sont non seulement normales mais exagérées.
- Stade 2 : coma proprement dit : la réactivité est conservée, sur l'EEG : apparition de l'onde thêta.
- Stade 3 : coma profond ou coma carus : réactivité clinique est abolie, sur l'EEG : apparition du rythme delta.
- Stade 4 : coma dépasser : mort cérébrale, EEG : tracé plat.

2- Echelle de GLASGOW :

Repose sur 3 types de réponse en conservant dans chaque cas meilleur réponse obtenue : ouverture des yeux ; réponse motrice ; réponse verbale.

Le score varie de 3 à 15, on parle de coma lorsque le GCS est < 8

Cette échelle est surtout utilisée pour la surveillance des traumatismes crâniens.

Son intérêt tint à sa simplicité (voir tableau du cours sur les traumas crâniens).