

Détresses

Module 1

Généralités sur les détresses

Rappel des définitions

Ce qu'exprime le malade comme manifestation de sa maladie s'appelle un **signe** ou un **symptôme**.

Le rassemblement de plusieurs signes peut orienter vers la cause de la maladie.

On parle de **syndrome**.

Par ex. : fièvre, frissons, douleurs musculaires et fatigue font évoquer un syndrome grippal.

Lorsque ces signes sont plus dramatiques, on s'oriente vers la défaillance d'un organe ou d'un système.

On parle alors de **détresse**.

Les fonctions dites "vitales"

3 fonctions ont un rôle essentiel dans le maintien de la vie:

- la fonction neurologique,
- la fonction respiratoire
- la fonction cardio-circulatoire

On parle de fonctions vitales (vitale= "vie"tal) donc de détresses vitales

Sans ces fonctions le malade risque de mourir rapidement

On aura donc :

- une détresse neurologique
- une détresse respiratoire
- une détresse cardio-circulatoire

La fonction cardio-circulatoire est un ensemble ayant le même but: apporter l'oxygène aux cellules.

On peut néanmoins la dissocier en fonction circulatoire et fonction cardiaque permettant de distinguer:

- la détresse circulatoire (état de choc)
- la détresse cardiaque (arrêt cardiaque, fibrillation ventriculaire, insuffisance cardiaque aigüe)

Note

Si l'inconscience et l'arrêt cardio-respiratoire sont des détresses vitales majeures qui relèvent de gestes de secours immédiats, il existe un certain nombre de situations où une victime peut présenter des signes visibles de détresse vitale sans que pour autant elle soit inconsciente ou en arrêt respiratoire.

Il y a donc des pièges qu'il faudra apprendre à connaître.

par ex. : devant 2 blessés, l'un hurlant de douleurs, plein de sang et l'autre tranquille allongé sur le bord de la chaussée mais pâle, le bilan complet révélera que le deuxième a une détresse circulatoire (état de choc) mais pas le premier...

Détresse vitale versus détresse psychologique

Le mot détresse est ambigu, car il exprime aussi une détresse morale: stress, angoisse.

Rôle des fonctions vitales

Fonction neurologique

Elle a pour fonction :

- d'être vigilant et de communiquer avec le monde extérieur
- de marcher et de faire des mouvements tout en ressentant les douleurs
- de commander les mouvements respiratoires
- de protéger les voies aériennes grâce aux réflexes de toux, laryngé et de déglutition

Pour les premiers secours, ce qui compte ce n'est pas la détresse neurologique en elle-même (en général inconscience, appelée coma) mais sa conséquence: la détresse respiratoire

Conseil

Détresse neurologique => Recherche détresse respiratoire associée

Fonction respiratoire

Elle a pour rôle d'amener en continu de l'oxygène aux cellules à partir de l'air que l'on respire et d'évacuer à l'extérieur le gaz carbonique.

Pour que tout fonctionne il faut:

- de l'oxygène dans l'air
- des voies aériennes libres
- des mouvements respiratoires
- une alvéole perméable (filtre)

Le relais se fait ensuite par la fonction circulatoire.

Astuces

Si vous comprenez ces 4 obligations, vous pouvez retrouver TOUTES les causes de détresse respiratoire

Fonction circulatoire

Elle a pour rôle, grâce à la circulation du sang dans les vaisseaux de transporter l'oxygène et les éléments nutritifs vers les tissus où ils sont utilisés et d'éliminer le gaz carbonique et les déchets.

Pour que tout fonctionne, il faut:

- du sang dans les vaisseaux
- du plasma (eau) dans le sang
- des globules rouges dans le sang

Par ex.: une personne avec très peu de globules rouges dans le sang lors d'une hémorragie massive ne pourra pas survivre car le transport de l'oxygène sera insuffisant.

Fonction cardiaque

La pompe cardiaque a pour rôle de faire circuler le sang dans les vaisseaux donc l'oxygène. Sans battements cardiaques efficaces (arrêt, fibrillation...) la circulation ne se fait plus.

Relation entre toutes les fonctions

Les 4 fonctions sont liées, si l'une est défaillante, elle retentit sur les autres.

Il y a donc une véritable interrelation entre la fonction neurologique, la fonction respiratoire, circulatoire et cardiaque. Toute perturbation d'une fonction vitale entraîne inexorablement la perturbation des autres.

Toute altération de la conscience aura donc un possible retentissement sur la fonction respiratoire avec risque d'asphyxie

Par exemple, la survenue d'un trouble de la conscience (traumatisme crânien, intoxication...) peut chez une victime allongée sur le dos perturber les mouvements respiratoires par un encombrement puis une obstruction des voies aériennes. Une détresse respiratoire s'installe alors jusqu'à la survenue d'un arrêt de la respiration. L'arrêt respiratoire est accompagné rapidement d'une détresse circulatoire puis d'un arrêt cardiaque.

Il en est de même chez une victime qui présente une détresse circulatoire.

Le manque d'oxygénation de l'organisme et notamment du cerveau peut rapidement donner des troubles de la conscience puis une détresse respiratoire qui se termine par la survenue d'un arrêt cardiaque.

Notes

Le bilan vital fait partie des priorités de l'ambulancier arrivé sur les lieux.

Arrêt cardio-respiratoire ou inefficacité circulatoire

C'est, bien entendu, l'urgence la plus grave.

Explications

Pierre BLOT, www.formationambulancier.fr

Tous les organes vitaux sont défaillants puisqu'ils ne reçoivent plus d'oxygène et de sucre.

- Arrêt de la respiration
- Arrêt de la circulation
- Le cerveau souffre

Le cœur est soit :

- **en arrêt**
Il n'y a pas de contraction ventriculaire (systole) d'où le nom d'asystolie.
- **en fibrillation ventriculaire**
Il y a des mini-contractions des fibres musculaires du cœur (myocarde) mais elles ne se font pas en même temps et la systole ne se fait pas. Le cœur n'est pas arrêté mais le résultat est le même : la circulation est stoppée
C'est pourquoi plutôt que d'évoquer un arrêt cardiaque ou arrêt cardio-respiratoire (puisque la respiration est arrêtée), il est plus logique de parler d'inefficacité circulatoire ou d'état de mort apparente, jusqu'à l'arrivée d'un défibrillateur qui analysera l'activité électrique du cœur.

Conséquences

La vie d'une victime en arrêt cardiaque (AC) est à brève échéance menacée.

Si aucun geste de premiers secours n'est réalisé, la mort de la personne surviendra.

Quand la respiration d'une victime s'arrête et quand son cœur cesse de battre, l'air n'arrive plus au niveau des poumons, le sang cesse de circuler et l'alimentation en oxygène du corps entier est arrêtée.

Très rapidement les organes et les cellules vont souffrir.

Le cerveau est l'organe le plus sensible de l'organisme à un manque d'oxygène.

Si aucun geste de secours n'est réalisé, des lésions cérébrales apparaissent en quelques minutes. Progressivement, elles deviennent irréversibles rendant les chances de survie quasiment nulles au-delà de la 8ème minute.

Circonstances

Début brutal

Brutalement, sans aucun signe préalable, le malade s'écroule : il est en état de mort apparente, sans vie. On parle de "**mort subite**".

Il s'agit soit:

- d'un accident vasculaire au cerveau (même chez un sujet jeune)
- le cœur qui lâche (arrêt ou fibrillation) par infarctus du myocarde.
- un trouble du rythme grave du cœur chez une personne jamais malade
- une hémorragie massive d'un gros vaisseau (plaie par balle par ex.)
- une destruction du tronc cérébral (traumatisme du rachis cervical)
- et bien d'autres causes...

A noter que parmi toutes ces causes, "la plus récupérable" est la fibrillation ventriculaire par infarctus du myocarde puisque l'usage d'un défibrillateur permet de faire repartir le cœur.

Ceci permet de comprendre le développement des défibrillateurs automatiques dans les lieux publics.

Début progressif

L'arrêt cardiaque est secondaire à une autre détresse souvent respiratoire (anoxie).

Même un cœur sain ne résistera pas longtemps à une asphyxie totale ou à un saignement dramatique.

Citons pour exemple 2 circonstances dramatiques :

- *Asphyxie chez un enfant, par un corps étranger bloqué dans le pharynx*

Dans un premier temps il est conscient, angoissé, cyanosé, en grande détresse respiratoire.

Le cœur tient : tachycardie, tension élevée.

Puis, secondairement, l'enfant devient inconscient.

Il ne lutte plus, la cyanose est intense, le cœur lâche, bradycardie et hypotension puis arrêt du cœur.

Le délai est très variable, fonction de l'âge et de l'intensité de l'asphyxie : de quelques minutes à 30 minutes.

- *Polytraumatisé qui saigne abondamment*

Il est pâle, la tension est faible, l'état s'aggrave rapidement, le cœur est rapide avec un pouls filant, Puis il lâche parfois lors d'un changement de position ou lors de l'accélération de l'ambulance !!!

Attention

Devant un arrêt cardiaque on doit toujours rechercher une origine respiratoire ou circulatoire

Signes

- **Absence de pouls carotidien ou fémoral**

Le seul signe le plus important à rechercher immédiatement est l'abolition du pouls carotidien ou fémoral (Pour un professionnel, le grand public ne le recherche pas)

- **Inconscient**

Aréactif sans mouvements, sauf parfois une courte phase de convulsions ou de petits mouvements (Les cellules du cerveau ne sont pas contentes et piquent une colère électrique avant de mourir ...)
La personne ne répond pas aux questions

- **Arrêt respiratoire ou apnée**

Après parfois une courte phase de soubresauts respiratoires dit « gasps » dit "respiration agonique".
Ni le thorax ou l'abdomen ne se soulèvent à chaque inspiration et qu'aucun souffle d'air ne sort de la bouche à l'expiration, il est en apnée.
On vérifie pendant 10 secondes que la respiration est arrêtée.

Les autres signes seront recherchés en quelques secondes (<10 s.) afin de confirmer l'inefficacité circulatoire :

- **Pâleur ou cyanose**

- **Pupilles dilatées**

des 2 côtés droit et gauche (avec retard parfois),
On parle de mydriase
Elle est liée à la souffrance du cerveau
Son apparition est parfois retardée

Attention

Il est inutile de rechercher le pouls radial, et encore moins d'écouter le cœur au stéthoscope ou de prendre la tension artérielle.

La réanimation sera immédiatement entreprise.

Attention

Ne pas oublier l'alerte précoce au centre 15.

On rappelle que pour le grand public, on se contente de l'inconscience et de l'arrêt respiratoire. Le pouls carotidien n'est pas recherchée (trop compliqué et trop long).

En résumé, le diagnostic est donc simple et repose sur l'absence de signe de vie:

- Victime inconsciente
- Ne bougeant pas
- Ne réagissant pas
- Ne respirant pas

Défaillance cardiaque

Note

Nous abordons un sujet complexe. Il est donné à titre d'information.
Il faut simplement savoir que la défaillance cardiaque entraîne une détresse respiratoire.

Insuffisance cardiaque aigue

Le cœur peut être défaillant dit "insuffisant".
Rappelons que le cœur est une pompe qui envoie de la pression dans les vaisseaux.

Si la contraction (systole) est faible, le corps recevra mal son énergie.

La personne est vite essoufflée, ses jambes gonflent...

Le cœur s'use (insuffisance cardiaque chronique) avec l'âge ou à la suite de maladies (infarctus, diabète, HTA...) mais dans de rares cas (virus par ex.), le cœur peut devenir défaillant en peu de temps.

Astuce

C'est comme l'usure d'un moteur. A 300 000 Kms le cœur est fatigué. Mais si la voiture est mal entretenue, en surcharge permanente (obésité) ou avec les freins toujours serrés (HTA) le moteur va s'user prématurément. Et parfois le moteur "lâche" à 50 000 kms (c'est comme l'insuffisance cardiaque aigüe).

Œdème Aigu du Poumon ou O.A.P.

Sujet difficile à la limite du programme

C'est la forme ultime de l'insuffisance cardiaque.

La pompe cardiaque fonctionne mal surtout la pompe gauche. La pompe droite (qui travaille moins) envoie le sang dans la petite circulation mais la pompe gauche à du mal à le récupérer. Le sang stagne et engorge les poumons. La pression monte et le plasma peut filtrer vers les alvéoles

Explication

L'O.A.P est la présence de plasma dans les alvéoles qui vient de la circulation.

Le malade respire mal, il est encombré avec de la mousse rosée (plasma +air) qui sort par la bouche.

Le cœur est rapide, la tension artérielle est variable.

Il est parfois difficile de faire la différence entre une détresse respiratoire d'origine cardiaque, respiratoire ou infectieuse. La présence rapide d'un médecin est indispensable.

Note

O.A.P.= Œdème Aigu du Poumon = détresse respiratoire

Malaise cardiaque

Le malaise est en fait d'origine très variable.

D'une personne à l'autre sa signification diffère.

C'est donc un terme peu fiable.

La prise de la tension artérielle et du pouls permettent d'orienter vers le cœur et de dépister :

- un accès de tachycardie (pouls rapide)
- une bradycardie ou pouls lent
- une chute de tension ou hypotension
- un malaise vagal (bradycardie provisoire après une douleur, une émotion, une angoisse...)

Répertoire

Recopier les mots : tachycardie et bradycardie

Infarctus du myocarde

La douleur est typique : violente douleur thoracique en barre, qui "broie", irradiant parfois dans le cou ou dans les épaules et les bras.

A tout moment le cœur peut brutalement s'arrêter.

D'autres signes sont parfois associés:

- nausées, sueurs
- pouls lent
- état de choc ou /et OAP

Embolie pulmonaire

Après une intervention, un alitement ou un plâtre, un caillot de sang peut se former dans les veines des membres inférieurs ou phlébite.

Celui ci risque de se détacher et gagner la petite circulation sanguine où il se bloque dans la circulation pulmonaire.

L'embolie pulmonaire se traduit par un tableau clinique très variable selon la taille du caillot de la mort subite au simple point de côté en passant par une détresse respiratoire.

Détresse circulatoire

Définition

Collapsus

C'est un effondrement de la tension artérielle.

Pour des secouristes de base c'est même la présence d'un pouls carotidien mais pas de pouls radial et/ou tension artérielle imprenable.

Astuces

Rappelons que collapsus vient du latin ou d'un verbe anglais "to collapse"= effondrement (terme utilisé aussi lors d'un effondrement d'un immeuble lors d'un tremblement de terre).

Etat de choc

C'est " un état aigu résultant d'une détresse circulatoire provoquant la diminution de l'apport d'oxygène aux cellules, évoluant spontanément vers la mort en l'absence de traitement adapté.

Ceci est la définition médicale, mais on parle aussi de choc dans d'autres circonstances, par ex « la foule est en état de choc... » Journal de 20 h à la TV !

Hypotension

Ca le mérite d'être clair: hypo = baisse, mais par rapport à quoi ? Surtout lorsque les chiffres bas sont supérieurs à 8 cm ou 80 mm.

En effet une personne normale peut avoir 80 alors que ce même chiffre est inquiétant chez une personne qui habituellement a une tension de 140 !

Attention

Pour compliquer les choses, il y a même des détresses circulatoires (hémorragie interne par ex.) où la tension est normale voire augmenter au début du traumatisme !

Notes

Ne pas paniquer devant les diverses définitions d'état de choc, variable selon les corps de métier. Même dans cet enseignement les professeurs utiliseront probablement des noms différents.

Conséquences

La défaillance circulatoire a pour effet la non distribution en quantité suffisante d'éléments nutritifs dont l'oxygène et le glucose aux cellules.

Les cellules font souffrir, changer de métabolisme en produisant beaucoup de déchets dont des produits acides.

Que se passe-t-il lors d'une hémorragie ?

Le volume sanguin diminue et donc le nombre de globules rouges, transporteur d'oxygène.

Au début, l'organisme s'organise:

- augmentation du débit pour faire plus de "rotation" avec fréquence cardiaque augmentée (tachycardie)

(Phénomène salutaire mais dangereux chez un cardiaque ou coronarien)

- Il coupe l'alimentation des organes peu consommateur d'énergie comme la peau (d'où la pâleur, le froid des extrémités et une tension artérielle normale voire augmentée). La fermeture des vaisseaux appelée vasoconstriction est en rapport avec une décharge d'adrénaline en provenance des glandes surrénales.

Le secourisme augmente la quantité d'oxygène transporté par le globule rouge en donnant de l'oxygène

Puis l'organisme "jette l'éponge" car les mécanismes compensateurs sont débordés

- la tension chute (collapsus)

- le débit de la circulation baisse

- tous les organes sont mal perfusés et souffrent

A la fin, il n'y a plus suffisamment de sang dans les ventricules. La pompe cardiaque se désamorce et le cœur s'arrête (d'où la solution de sauvetage avec les membres inférieurs en l'air).

Autres mécanismes

Il y a d'autres causes, (certes plus rares) comme:

- la baisse du débit cardiaque (choc cardiaque dit cardiogénique),

- la dilatation des vaisseaux (choc allergique dit anaphylactique),

- pas assez de carburants aux cellules en surconsommation (septicémie, choc infectieux)...

Conseil

Informations données à titre indicatifs.
Ne pas tout mélanger.
Avoir à l'esprit d'abord : détresse circulatoire = hémorragie ?

Causes

Choc traumatique

Lors d'un accident, le blessé est parfois "choqué" par l'émotion, la peur, la douleur. C'est un " choc émotionnel ".
S'il persiste après immobilisation des fractures il faut rechercher une autre cause.

Hémorragie accidentelle

Il est évident s'il y a une plaie d'un gros vaisseau. (**Hémorragie externe**)

Il est beaucoup plus sournois si l'**hémorragie est interne**.

Il est évoqué en présence:

- d'une plaie thoracique ou abdominale par balle ou arme blanche,
- une contusion thoracique ou abdominale avec douleur, éraflure cutanée
- une fracture probable du bassin par écrasement
- une fracture du fémur (cuisse)
En effet, les fractures du bassin ou du fémur peuvent saigner de plusieurs litres de sang.

Attention
La fracture du col du fémur du vieillard n'est pas choquante

Hémorragie non accidentelle

Il s'agit soit:

- **hémorragie extériorisée** comme le vomissement de sang ou hématomèse
- **hémorragie interne**
 - Grossesse Extra-utérine ou G.E.U.
(Chez une jeune femme, l'œuf reste bloqué dans une trompe qui se déchire)
 - Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale
(Chez une personne âgée, l'aorte abdominale grossit, fait une hernie puis éclate)

Autres causes

- Maladies cardiaques,
- Brûlures,
- Déshydratation par vomissements, diarrhée (urgence chirurgicale : occlusion)
- Choc infectieux
- Réactions allergiques graves

Signes

Toutes les cellules donc les tissus, donc les organes sont mal perfusées, mal oxygénées et donc souffrent.
Il suffit donc d'analyser toutes les manifestations organe par organe : cerveau, vaisseaux, respiration, peau...

Conseil
Prenez tous les organes vitaux et rechercher une manifestation clinique

Conscience

Elle est conservée au début avec des bourdonnements d'oreilles, vertiges, sensation de soif et d'angoisse, puis dans les formes graves, la conscience s'altère rapidement après une phase d'agitation. Une convulsion est toujours possible.

Le bâillement est un signe d'ennui, de faim mais aussi de mauvaise perfusion du cerveau. Petit signe mais dans ce contexte signe de grande valeur !

Attention aux malades agités. La relation avec un état de choc n'est pas toujours évidente...

Pouls

Il est rapide (tachycardie), souvent filant, il n'est pas très tonique

(Exceptionnellement le pouls est au contraire lent...)

Mais dans tous les cas, les pouls carotidiens ou fémoraux sont perçus.
Pour certains secouristes l'état de choc, c'est pouls carotidien + et pouls radial = 0

Respiration

Elle est superficielle et rapide (tachypnée)

Tension

Elle est variable, le plus souvent basse, voire effondrée ou imprenable.
C'est même le critère d'état de choc pour des secouristes de base.
Mais une tension normale ou élevée, surtout au début est possible.

Extrémités

Elles sont froides, moites (sueurs) et cyanosées.
Mais il y a d'autres origines: détresse respiratoire, froid, stress....

Peau

La pâleur est présente si la cause est une hémorragie.
(Anémie= baisse du nombre de globules rouges donc d'hémoglobine donc moins de rouge !).
Il y a parfois sur les membres inférieurs principalement sur les cuisses, voire sur les genoux des zones bleutées en "carte de géographie" appelé "**marbrures**" (comme du marbre).

Conseil

Chaque organe souffre par ex :

- Poumon : il respire vite
- Cœur : Il bat vite
- Cerveau : il souffre : angoisse, puis agitation voire malaise
- Extrémités : Elles ne reçoivent plus de sang : pouls filant, mains froides, pales et froides

Apprendre par cœur tous les signes en ayant comme fil conducteur les organes
Chercher pour chacun un signe de souffrance

Arrêt respiratoire isolé

Circonstances

L'arrêt respiratoire seul est rare mais possible. De plus il restera isoler peu de temps car cerveau et cœur ne recevant pas d'oxygène vont souffrir

Info

L'arrêt respiratoire est une étape intermédiaire brève entre la détresse respiratoire et l'arrêt cardiaque

Causes

Accident

- **Traumatisme crânien** avec une lésion du bulbe ou tronc cérébral
- **Section de la moelle épinière** par fracture des vertèbres cervicales, les membres sont aussi paralysés (tétraplégie).

Electrocution

Elle bloque la respiration par contracture permanente des muscles respiratoires ou par passage du courant électrique par les centres respiratoires.

Overdose

C'est l'injection dans une veine d'une drogue de type héroïne. Le drogué "oublie" de respirer!

Asphyxie suivi d'un arrêt respiratoire

- *Obstruction des voies aériennes*

Le malade lutte, puis s'épuise.

Au bout d'un temps très variable, le malade perd pied : la respiration s'arrête et le cœur ne va pas tarder à suivre. A ce stade une bonne réanimation respiratoire efficace évitera l'arrêt du cœur.

- *Paralysie respiratoire*

Peu à peu, la paralysie s'étend en "tache d'huile", à bas bruit. La respiration se ralentit avec un volume faible, puis tout est paralysé : la respiration s'arrête, le cœur suivra un peu plus tard ...

Signes

Les mouvements respiratoires sont arrêtés : ni la poitrine ni le ventre ne se soulèvent, aucun souffle d'air ne sort de la bouche, ce qui n'est pas si évident à observer, mais le pouls carotidien est présent. On parle d'apnée.

- Sentir : aucun souffle d'air n'est ressenti sur votre joue
- Entendre: aucun bruit respiratoire
- Regarder: pas de soulèvement du thorax et/ou de l'abdomen

Il faut immédiatement pratiquer la ventilation artificielle mais sans massage.

Notes

Dans des circonstances, certes exceptionnelles, on peut donc avoir un arrêt de la respiration sans arrêt cardiaque. Celui ne surviendra que tardivement, mais avant les cellules du cerveau seront progressivement détruites par anoxie.

Paralysie respiratoire

Mécanisme

Poumons, cage thoracique et voies aériennes sont en état de marche.
C'est la commande des muscles respiratoires qui est défaillante.

Causes

- Tous les comas profonds qui "endorment" peu à peu les centres respiratoires, principalement :

- Suicides par tranquillisants, somnifères, barbituriques.
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Traumatisme crânien

- Tétraplégie par section de la moelle épinière

- Maladies rarissimes des nerfs, de la jonction neuro-musculaire, des muscles respiratoires

Signes

Il faut regarder le malade très attentivement, car la détresse respiratoire n'est pas spectaculaire puisque tout est paralysé !!
Le malade respire lentement et faiblement.

Bien sûr, le malade ne peut se défendre : il n'y a aucune lutte : ni tirage, ni agitation.

Le plus souvent le malade est aussi inconscient.

Même la cyanose n'est pas toujours présente car la consommation d'oxygène est réduite.

Notes

C'est le piège total, si on ne fait pas une analyse précise de la ventilation.
Il s'agit de circonstances exceptionnelles et de plus il est très difficile de se rendre compte du problème.
D'où l'intérêt de toujours mesurer la fréquence respiratoire surtout devant une inconscience

Asphyxie

Circonstances

Toutes les causes d'obstacles des voies aériennes sont à l'origine d'une asphyxie.

Signes

En général la détresse respiratoire est évidente dès le premier coup d'œil.

Le malade respire:

- Sentir : un souffle d'air est ressenti sur votre joue
- Entendre: bruit respiratoire normal ou anormal
- Regarder: soulèvement du thorax et/ou de l'abdomen efficace ou non

Au début:

La personne est consciente, angoissée (sauf si l'origine de la détresse est un coma ...)

Les plaintes du malade sont :

- "Je suis gênée pour respirer"
- "j'étouffe"
- "j'ai mal quand je respire"
- ou il ne peut plus parler (traduisant un problème au niveau du larynx) (avec main porter à la gorge)
- Il refuse de s'allonger, préfère la position assise.

Attention

Il faut ABSOLUMENT respecter ce souhait: LAISSER 1/2 assis

- Il lutte de tout son corps contre l'asphyxie,
- Il respire vite (Tachypnée) avec un va et vient inefficace, et une amplitude faible.
- Il met en jeu tous les moyens nécessaires :
 - battement des ailes du nez,
 - tirage des muscles du cou
- Il y a cyanose, sueurs, tachycardie et hypertension artérielle.
- La tentative d'aspiration d'air sur cet obstacle entraîne un vide dans le thorax avec creusement sus-claviculaire, sus-sternal et intercostal.
- A l'inspiration, le thorax ne bouge pas ou peu et l'abdomen gonfle (obstacle pharyngé ou laryngé)

Savoir +

Rappelez-vous lors de la leçon sur la physiologie respiratoire, la comparaison avec une seringue et son piston (le diaphragme).

Le vide (plutôt une pression inférieure à l'extérieur) est fait et l'air rentre.

Si vous bouchez l'embout de la seringue et que les parois de la seringue sont souples, les parois se rapprochent car le vide est encore plus fort à l'intérieur.

En résumé:

Fréquence respiratoire rapide
Amplitude faible
Cyanose, sueurs
Battement des ailes du nez
Tirage des muscles du cou
Creusement sus-claviculaire et intercostal
Balancement thoraco-abdominal
Bruits éventuels (Tirage)
Tachycardie et HTA

Rapidement

La victime devient somnolente, confuse, de plus en plus cyanosée, la lutte respiratoire persiste et le cœur tient bon.

Dégradation

L'inconscience est totale, le malade ne lutte plus, la respiration devient faible avec cyanose intense.

Le cœur rapidement va lâcher avec bradycardie et hypotension puis arrêt cardiaque.

Attention

Lorsque le malade épuisé, ne lutte plus les signes évidents de détresse respiratoire disparaissent remplacés par une inconscience puis une détresse cardiaque

Coma

L'inconscience ou coma est la principale détresse cérébrale.

Causes

Traumatisme crânien

Il provoque parfois une perte de connaissance (T.C. + P.C.), mais en général le blessé se réveille rapidement.

Si l'inconscience persiste, il y a coma d'emblée, et les dégâts du cerveau sont importants.

Un scanner ou une IRM est indispensable.

Si après une phase de réveil, le blessé plonge secondairement et progressivement vers une confusion, somnolence puis coma, il y a "intervalle libre".

Elle traduit un saignement à l'intérieur du crâne qui comprime progressivement le cerveau.

On parle d'**hématome extradural** et il faut opérer rapidement.

Asphyxie

Le manque d'oxygène (hypoxie) et l'accumulation de gaz carbonique (hypercapnie) plonge la personne en asphyxie dans l'inconscience.

Autres

Elles sont nombreuses. Citons :

- Accident Vasculaire Cérébral
- Suicide par somnifère

Signes

La stimulation du malade est sans effet.

Il ne répond à aucune question, à aucun ordre.

L'inconscience est totale et ... durable. Il ne s'agit pas d'une simple perte de connaissance ou d'un malaise rapidement réversible

Evaluation de la profondeur du coma

La profondeur se note par la stimulation douloureuse.

Il est difficile d'estimer la profondeur du coma.

Important

Plus que la profondeur, le principal est de surveiller l'évolution du coma.

Le coma s'aggrave-t-il ou bien y-a-t'il une amélioration ou la situation reste sans changement ?

Il existe de nombreuses cotations pour chiffrer la profondeur du coma.

En traumatologie on utilise souvent le score de Glasgow (voir chapitre traumatologie).

Détaillons la cotation la plus simple mais très subjective:

- Coma léger ou stade 1

Réagit à l'appel de la voix après stimulation. Ses réflexes de déglutition et de toux sont conservés

- Coma réactif ou coma stade 2

Aucune réponse à la voix forte, mais bouge au pincement fort.

Bien que diminués, les réflexes de sécurité sont conservés.

Les fonctions respiratoires et cardio-circulatoires sont peu altérées.

- Coma profond ou coma stade 3

Ne réagit plus au pincement fort, la langue obstrue le pharynx.

Supporte une canule dans la bouche.

Tous les réflexes de défense et de sécurité ont disparu: réflexe de déglutition, réflexe laryngé, réflexe de toux.

Une assistance ventilatoire est parfois nécessaire

Recherche de signes de localisation

Une lésion du cerveau est en général unilatérale à gauche ou à droite.

Rappelons qu'une lésion à droite donne une paralysie à gauche (même côté pour les pupilles).

Motricité

- Remue les doigts ?
- Remue les orteils ?
- Serre les mains ?

L'hémiplégie est la paralysie de la moitié du corps

Pupilles

La mydriase est la dilatation d'une pupille même dans un endroit sombre.

Elle est d'un seul côté contrairement à la mydriase bilatérale de la personne en arrêt cardiaque.

Détresse respiratoire associée

C'est le point le plus important .

Tout coma est potentiellement porteur d'une détresse respiratoire par:

- Obstruction des voies aériennes par:
 - chute de la langue,
 - trouble de la déglutition,
 - encombrement du pharynx
 - fausse route
- paralysie des centres respiratoires

Il y a possibilité d'associer plusieurs mécanismes

Points clefs

Inconscience = Détresse respiratoire ?

- Chute langue
- Encombrement du pharynx
- Fausse route
- Troubles du rythme respiratoire

Il faudra donc avant tout bilan neurologique évaluer la respiration et noter:

- Fréquence respiratoire
- Amplitude
- Régularité
- Bruits

Convulsion

C'est une décharge électrique dans une partie du cerveau.

Circonstances

Elle survient au cours d'un traumatisme crânien ou lors d'une maladie comme une forte fièvre chez l'enfant en général. Des patients font aussi des crises répétées, dans ce cas on parle de crise d'épilepsie et on dit que le malade est épileptique. Ces crises sont favorisées par l'alcoolisme ou par le non respect du traitement journalier imposé dans cette maladie.

Signes

La " crise " se manifeste par :

- perte brutale de connaissance avec parfois blessure, puis
- phase tonique de quelques secondes où le malade est raide, immobile, les muscles contractés, la respiration bloquée avec légère cyanose, mais les pouls sont perçus.

La mâchoire est serrée et ne peut pas s'ouvrir (appelé trismus)

- phase clonique : ensuite pendant plusieurs minutes, le malade est agité, avec des mouvements incoordonnés et morsure de la langue. Ce sont les convulsions. Il faut noter le côté où a débuté la crise. Puis apparaît:
- phase résolutive ou hypotonique avec perte des urines, de durée variable.

Le malade est "mou", la langue tombe dans le pharynx.

Le réveil sera progressif sans souvenir.

La perte de connaissance brutale, puis l'agitation intense sont à l'origine d'éventuels traumatismes comme la plaie du cuir chevelu.

La morsure de la langue est possible pendant la phase de contracture.

Détresses

Risque respiratoire

Pendant la phase d'inconscience, la fausse route est possible avec apparition d'une détresse respiratoire.

Risque neurologique

La crise peut durer et se répéter.

Le malade reste dans le coma entre 2 crises.

On parle "**d'état de mal épileptique**".

L'intervention du S.A.M.U. est nécessaire car le cerveau "souffre".

Le risque respiratoire est majeur.

Il faudra injecter des drogues pour endormir et calmer le cerveau.

Le détail des maladies neurologiques (Bilan, détresse, causes, transport) sera étudié au chapitre maladie.