

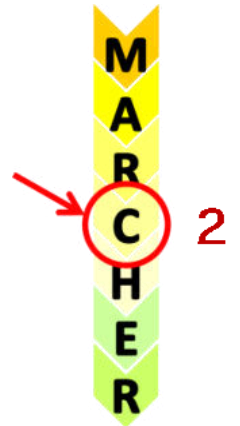
L'INCONSCIENCE AVEC VENTILATION SPONTANEE

I Introduction

Les sapeurs-pompiers sont fréquemment confrontés à des victimes présentant des troubles neurologiques variés pouvant aller jusqu'à l'inconscience. Cette FAC aborde la définition de l'inconscience, les différentes situations opérationnelles, ses conséquences ainsi que la prise en charge attendue.



Photo 25B1 : demande de secours pour personne inconsciente



II Généralités

1 Définition

L'inconscience désigne, dans le langage sapeur-pompier, une personne qui ne parle pas et ne réagit ni aux stimulations verbales ni tactiles lors du bilan primaire.

Son opposé est la conscience dont la définition est plus parlante : la *conscience* représente l'ensemble des sentiments et des pensées d'une personne et comprend la connaissance de sa propre existence, ses sensations, la perception et l'interprétation de son environnement et de son monde intérieur.

2 Situations opérationnelles

Les causes de l'inconscience sont multiples :

- **Causes toxiques** (les plus fréquentes) : alcool, drogues, médicaments, intoxication au monoxyde carbone ;
- **Causes neurologiques** : infections (méningites), épilepsie, AVC, tumeurs cérébrales ...



- **Causes traumatiques** : traumatisme crânien grave ;
- **Causes métaboliques** : hypoglycémie sévère, troubles hormonaux, manque d'oxygénation du cerveau ;
- **Causes environnementales** : hypothermie ;
- **Causes psychologiques** : Choc émotionnel, hystérie, simulation...

III Anatomie et physiopathologie

1 Anatomie

La conscience (état d'éveil, de vigilance) est contrôlée par le tronc cérébral, partie du système nerveux central reliant le cerveau à la moelle épinière, et par deux régions du cortex.

Une victime tombe en état d'inconscience lorsque des modifications physiologiques importantes apparaissent. Chacune des causes de l'inconscience agit à sa manière sur le fonctionnement et/ou les besoins physiologiques du cerveau engendrant sa défaillance.

Pour traiter l'inconscience, il faut en connaître la cause et corriger les carences en besoins physiologiques du cerveau.



Cf. FAC 25A anatomie et physiologie de la fonction neurologique.

2 L'inconscience brève : La syncope

Elle est définie comme une perte de connaissance brutale et très brève pouvant aller de quelques secondes à quelques minutes au plus, se caractérisant par un retour rapide à l'état de conscience normal.

Les caractéristiques de la syncope sont :

- une diminution de l'apport sanguin artériel au cerveau (baisse du débit sanguin cérébra)
- un arrêt circulatoire brutal et transitoire,
- une chute de la pression artérielle brusque et également transitoire.

Les différents types de syncope :

- les syncopes **réflexes** : vaso-vagale, contextuelles (émotions, douleurs intenses) ;
- les syncopes d'**hypotension orthostatique** qui se définissent par une chute de la pression artérielle systolique en passant de la position allongée ou assis à debout. Elles sont dues à la prise de certains médicaments, d'alcool, des maladies neurogéniques comme la maladie de Parkinson ;
- Les syncopes d'**origine cardiaque** (arythmie, cardiopathie, maladies cardio pulmonaires).



La syncope vagale : elle entraîne une baisse rapide de la pression artérielle accompagnée le plus souvent d'un ralentissement de la fréquence cardiaque. Ce réflexe peut conduire à une perte de connaissance brève ; après une station debout prolongée, une forte douleur, un effort physique important, une prise de sang, un effort de miction ou de vomissement, on assiste au déclenchement d'une cascade de symptômes qui conduisent au malaise qui survient d'autant plus que la personne traverse une phase de fatigue, de stress ou de manque de sommeil...



3 L'inconscience prolongée : Le coma

Le coma est un trouble de l'état de vigilance, réversible ou non, avec disparition +/- totale des fonctions de la vie de relation (conscience, motricité, sensibilité) mais avec le maintien +/- complet des fonctions végétatives (respiration, activité cardiaque, température...).

Le coma est évalué (profondeur) à l'aide du **score de Glasgow** dans le milieu médical qui le catégorise en 4 stades. On parle de coma lorsque le score de Glasgow est inférieur à 8 (une médicalisation sera alors nécessaire en pré hospitalier).

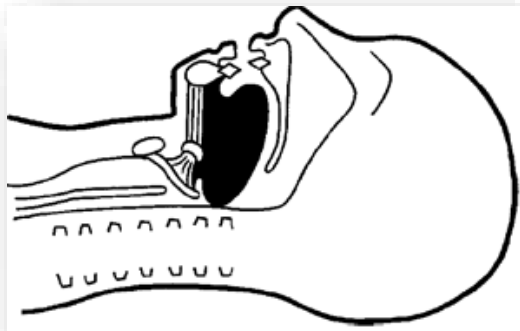


Cf. FAC 25C sur l'utilisation du score de Glasgow et de l'échelle AVPU.

- **Stade 1 ou « coma vigile »** : le patient est capable de parler en faisant des phrases +/- compréhensibles ou des grognements lors des stimulations sonores ou douloureuses. Il a des mouvements de défense adaptés contre la douleur (retire une main qui le pince par exemple);
- **Stade 2 ou « coma léger »** : réponse inadaptée aux stimulations douloureuses, pas de trouble neurovégétatif;
- **Stade 3 ou « coma profond » aréactif** : mouvements de décérébration (corps en extension) aux stimulations douloureuses ou absence de réponse, présence de troubles neuro-végétatifs;
- **Stade 4 ou « coma dépassé »** : pas de réponse aux stimulations, probable mort cérébrale.

4 Les conséquences

Chez une personne inconsciente à plat dos, la perte du tonus musculaire entraîne une chute de la langue en arrière de la gorge contre le pharynx et empêche l'air de passer et d'atteindre les poumons. Le sphincter de l'estomac se relâche également et des régurgitations de liquide gastrique peuvent avoir lieu et migrer vers les poumons provoquant ainsi des lésions pulmonaires graves. Une prise en charge adaptée et rapide doit être réalisée afin d'éviter une **issue fatale pour la victime par étouffement**.



Dessin 25B2 : Obstruction des VAS par chute de la langue en arrière



**IV****Prise en charge attendue****1****Le geste primordial : La PLS**

La prise en charge d'une personne inconsciente qui respire est essentiellement centrée autour de la mise en Position Latérale de Sécurité (PLS), geste clé permettant à la fois :

- le maintien seul de la langue en position neutre ;
- l'écoulement naturel des sécrétions et liquides biologiques ;
- une amplitude thoracique suffisante.

Le maintien de cette position est possible grâce à un calage naturel à l'aide de la jambe de la victime



Photo 25B3 : Position latérale de sécurité

Particularités :

- **Victime traumatisée (ou potentiellement traumatisée) de la colonne vertébrale :** La bascule sur le côté doit être prudente du fait des risques d'aggravation des lésions. Pour ce faire la technique à deux sapeurs-pompiers (au minimum) sera impérativement réalisée.
- **Victime traumatisée des membres :** Le maintien de la victime sur le côté est garanti par la stabilité de la jambe repliée sur le sol et par le coude au contact du sol. La mobilisation d'une jambe ou d'un bras fracturé pour assurer le calage aggraverait les lésions. Pour ce faire, la bascule doit toujours se faire sur le côté atteint afin de mobiliser le côté non atteint pour le calage.
- **Victime présentant un saignement extériorisé de l'oreille :** Afin de faciliter l'écoulement du saignement provenant du conduit interne de l'oreille, la victime doit être basculée du côté du saignement.

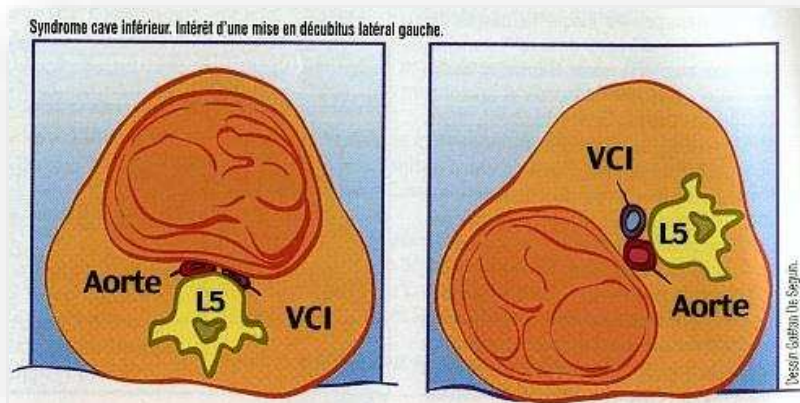


Les différentes techniques de PLS sont détaillées dans les FT 25.1 et 25.2.



- **Femme enceinte:** Le poids du fœtus et du contenu abdominal à partir du 5^{ème} mois de grossesse peut comprimer la veine cave inférieure et l'aorte abdominale si la femme enceinte est laissée à plat dos.

Afin d'éviter cette compression qui peut conduire au malaise voire au décès du fœtus et/ou de la mère, il faut systématiquement placer les femmes enceinte sur leur côté gauche.



Dessin 25B4 : Compression de la veine cave chez la femme enceinte sur le dos

	Victime sans traumatisme	Victime traumatisée
Technique	1 sapeur-pompier	2 sapeurs-pompiers (ou plus)
Côté de la PLS	Indifférent (mais côté gauche de la victime de préférence pour surveillance dans le VSAV)	- Côté membre atteint - Côté de l'écoulement sanguin de l'oreille - Côté poumon atteint
Femme enceinte	Côté gauche de la victime	

Tableau 25B5 : Synthèse concernant les techniques et côtés de PLS

2

La conduite à tenir

Devant toute personne inconsciente, les sapeurs-pompiers devront :

- 1) Assurer une libération des voies aériennes (bascule prudente de la tête en arrière ou LVA du traumatisé) ;
- 2) Vérifier la présence d'une ventilation spontanée chez la victime et contrôler si possible simultanément le pouls carotidien ;

(En l'absence de ventilation spontanée et de pouls carotidien débiter une RCP et prendre en charge l'arrêt cardio-respiratoire)

- 3) **Rechercher la présence de traumatisme des membres, d'un saignement de l'oreille ou d'une grosseur visible afin de déterminer le côté du retournement ;**
- 4) Placer la victime en position latérale de sécurité (technique à 1 sans traumatisme ou 2 **minimum** en cas de traumatisme) ;
- 5) Placer un dispositif vérifié d'aspiration de mucosités à la tête de la victime ;
- 6) Mettre sous oxygénothérapie au masque à Haute concentration **à 15l/mn quel que soit la SpO₂ initiale ;**
- 7) Couvrir la victime à l'aide d'une couverture iso thermique à même la peau si possible ;
- 8) Surveiller la fonction ventilatoire (amplitude, bruits...) en continue et en chiffrer fréquemment la fréquence par minute.
- 9) Anticiper un arrêt cardioventilatoire en disposant à portée de main d'un Ballon insufflateur et d'un DSA ;
- 10) Dès que possible solliciter un renfort paramédical et/ou médical (**VLI** et/ou VML du SMUR).



Photo 25B6 : Prise en charge complète d'une victime inconsciente qui respire par les sapeurs-pompiers



3

Logigramme de la prise en charge

