

# Maladies neurologiques

---

Module 2

[Malaise,PC](#)

[Comas](#)

[Convulsions, épilepsie](#)

[AVC](#)

[Autres](#)

## Malaise, perte de connaissance

---

La plupart des appels sur la voie publique concerne des "malaises".

Sous ce terme le témoin désigne une situation variable de la simple sensation bizarre à la mort subite.

Avertissement

Pourquoi classer ces symptômes dans les maladies neurologiques ? Parce qu'il y a un trouble de la conscience.

Mais la cause est variable: neurologique, cardiaque, psychiatrique... ! On aurait donc pu aussi bien la classer dans le chapitre maladies cardiaques...

La victime est consciente, ne se sent pas bien et présente des signes inhabituels

### Rappel anatomique et physiologique

---

Sous le crâne il y a le cerveau (encéphale).

Il est le siège de l'information, de la coordination du corps, de la conscience.

- commande d'une manière consciente (volontaire) ou involontaire.

- maintient le tonus des muscles. - informe des douleurs, de la vision, de l'audition

Le cœur bat tout seul mais il peut s'accélérer (et surtout ralentir) grâce à un nerf (vagal) en provenance du cerveau.

### Physiopathologie (Définitions)

---

La définition officielle de secourisme est :

"La victime ressent une sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans pouvoir en identifier obligatoirement l'origine. Cette sensation, parfois répétitive, peut être fugace ou durable et/ou de survenue brutale ou progressive."

Le "malaise" est un terme vague qui pour le grand public correspond en fait à beaucoup de choses.

Pour le médecin lors d'un malaise il n'y a pas de perte de contact avec la personne "évanouie".

### Syncope ou Perte de connaissance brève

Perte de connaissance brutale "à l'emporte-pièce".

Perte de connaissance brève (<5mn) à début brusque accompagnée ou non d'une perte de tonus postural avec un retour spontané à un état de conscience normale.

Le malade donc "s'effondre" et il n'a plus de contact avec le monde extérieur puis reprend ses esprits.

Il y a risque de traumatisme car chute.

C'est la vraie syncope ou perte de connaissance (P.C.) brève.

Attention

Ne pas confondre PC brève cause inconnue, vagal ou cardiologique (le sujet de la page) avec PC prolongée ou inconscience ou coma (voir pages inconscience et AVC) d'origine plutôt neurologique

### Malaise

Presque identique mais il n'y a pas de perte de connaissance.

Le patient ne perd pas contact avec le monde extérieur.

Il est "mal à l'aise".

Ex. : le malaise hypoglycémique

### Lipothymie

Sensation d'évanouissement imminent avec sudation, pâleur, vue trouble, sifflement dans les oreilles, jambes molles... mais ça ne va pas plus loin.

## Crise d'épilepsie

Il y a perte de connaissance mais avec d'autres signes : mouvement cloniques, perte d'urine, morsure de la langue...

## Hystérie

Le malade fait semblant.

## Signes cliniques

---

### Bilan vital

La plupart du temps on arrive après la syncope.

On vérifiera immédiatement les constantes vitales notamment le pouls puis la tension.

Par exemple :

Une syncope à l'effort chez une personne âgée nécessite la prise du pouls. La cause peut être une bradycardie extrême.

### Prise du pouls

Sa prise doit être systématique

- Pouls carotidien si inconscience
- Pouls radial si non

### Bilan complet

#### Vérifier l'absence de signes neurologiques

- Paralyse (hémiplégie) ou faiblesse
- Paralyse faciale
- Perte de la vision
- Changement de caractère (irritable)
- Agitation
- Convulsions
- Troubles de la parole (Aphasie)
- Maux de tête (Céphalées)
- Perte de l'équilibre
- Instabilité de la marche

#### Vérifier l'absence de traumatisme secondaire

- Plaie du cuir chevelu
- Fracture du poignet
- Fracture du col du fémur

#### Éliminer une crise d'épilepsie

- Morsure de langue
- Mouvements anormaux (témoins)
- État post-critique
- Perte des urines

#### Signes cutanés

- Pâleur
- Sueurs

#### Signes respiratoires

- Difficultés respiratoires
- Ne peut plus parler (obstruction)

#### Signes cardiaques

- Douleur serrant la poitrine
- Déclat dans la poitrine
- Pouls rapide, lent

#### Signes particuliers

- Douleur abdominale
- Règles en cours
- Sensation de froid, de chaud, de frissons, de faim, de soif
- Douleurs musculaires (myalgies)
- Nausées, vomissements
- Hyperthermie

- Faim

## Eléments à rechercher (Bilan)

---

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter.

### Bilan circonstanciel

Il est important de savoir si les signes sont survenus :

- brutalement, comme "un déclic"
- progressivement en quelques minutes
- progressivement sur une longue période

Si l'origine est cardiaque, le déclenchement est le plus souvent brutal.

Il faut essayer de retrouver l'heure du déclenchement

« Depuis combien de temps dure ce malaise ? »

« Avez-vous déjà présenté ce type de malaise ? »

### Y-a-t-il un facteur déclenchant ?

Citons :

- une émotion, une violente douleur, la vue du sang...
- la chute avec ou sans fracture (poignet, col fémur)
- la perte de connaissance passagère
- le déclic dans la poitrine avec sensation de cœur qui bat vite
- des ratés du cœur ...
- station debout prolongée
- sortie brutale du lit la nuit pour aller uriner
- petit déjeuner non pris, il est midi

### Antécédents

« Avez-vous été gravement malade ou récemment hospitalisé ? »

Un interrogatoire simple mais orienté recherchera les maladies antérieures du malade. Ces éléments sont importants pour le médecin.

### Cardiaque appareillé ?

A-t-il une pile sous la peau en dessous de la clavicule ?

(Il s'agit d'un pacemaker ou d'un défibrillateur implantable)

### Traitement ?

« Prenez-vous des médicaments ? »

Médicaments pour le cœur : anticoagulants ou aspirine (médicaments fluidisant le sang), des diurétiques, des bêtabloquants (ralentit le rythme cardiaque), des pastilles sous la langue, des sprays, un patch sur la peau... ?

Médicaments pour le diabète : antidiabétiques oraux, piqure d'insuline

Médicaments contre l'épilepsie

Médicaments "pour les nerfs"...

## Causes

---

Elles sont très variables.

Une hospitalisation ou une consultation médicale pour bilan sera nécessaire.

Le mécanisme le plus explicable est l'apport insuffisant en oxygène et/ou sucre du cerveau par manque de débit sanguin.

### Hypotension orthostatique

Lors du passage de la position assise à la position debout, la pression sanguine change et l'organisme réduit la taille de ces vaisseaux pour obtenir pratiquement immédiatement une tension correcte.

Pour des raisons multiples, ce mécanisme est retardé (traitement trop fort comme un médicament antihypertenseur, un somnifère, déshydratation, diabète...).

La tension s'effondre avant de revenir à la normale d'où la syncope.

### Syncope vagale

Il s'agit d'un réflexe exagéré d'un nerf (le nerf vague d'où le nom) qui ralentit le cœur voir l'arrête (mais quelques battements seulement, c'est pourquoi on ne va pas jusqu'à parler d'arrêt cardiaque !).

L'origine est variable:

- douleur forte
- peur (d'une piqure, du sang...)
- toux, défécation forte, vomissement

### Troubles du rythme cardiaque

Pouls lent révélé à l'effort nécessitant la pose d'un pace maker  
Ratés du cœur avec des pauses (Un enregistrement sur 24 h de l'ecg est nécessaire pour le confirmer , dit un Holter)  
Crise de tachycardie à déclenchement brutal comme un "déclat"  
Une vraie syncope chez une personne jeune peut exceptionnellement se reproduire voire mort subite d'où consultation médicale obligatoire (e.c.g.)

#### Causes neurologique

Accident Ischémique Transitoire (A.I.T.)  
Accident Vasculaire Cérébral (A.V.C.)  
Epilepsie  
Sténose de la carotide (rétrécie)  
Réflexe exagéré au niveau du cou en tournant la tête ou en appuyant, col de chemise trop serré

#### Autres

Elles sont nombreuses. Citons :

- Hypoglycémie
- Migraine
- Troubles psychiatriques
- Coup de chaleur
- Déshydratation

#### Gestes à faire

---

##### Principes

Devant un malaise, le sauveteur doit tout mettre en œuvre pour :  
Mettre au repos la victime  
Observer et interroger pour recueillir les informations nécessaires  
Mettre la victime en position d'attente adaptée à son état  
Transmettre ces informations lors de l'alerte afin d'obtenir un avis médical

##### Position

Mettre la victime au repos, en position allongée ou assise selon l'état de conscience.  
PLS si inconscience  
Si jambes surélevées par les témoins, les maintenir  
Si lipothymie persistante mettre les jambes surélevées (ce qui augmente le débit dans le cerveau)  
Assis si reprise totale de la conscience  
Pas de station debout  
Il faut la rassurer en lui parlant sans énervement et la calmer

##### Maintenir une bonne ventilation

Desserrer éventuellement cravate, col de chemise, ceinture et tout ce qui peut gêner les mouvements de la cage thoracique  
Libérer les voies aériennes s'il a des signes d'obstruction  
Oxygéner si besoin

##### Alerter

Bilan au centre 15 pour avis et feu vert du transport vers les urgences pour bilan ou attente du SMUR.  
Un avis médical est indispensable car il est difficile pour un non professionnel de distinguer un malaise sans gravité d'une urgence grave.

Certes des facteurs identifient des malaises bénins comme:

- la fatigue
- le manque de sommeil
- un repas copieux et alcoolisé
- une absence d'alimentation (jeune)
- un stress, une peur

Mais les pièges sont trop nombreux pour que l'ambulancier seul prenne une décision.

Quelques exemples vécus:

- un bâillement = fatigue mais aussi bas débit de la circulation sanguine du cerveau par état de choc
- pâleur, nausée, bradycardie = problème cardiaque mais aussi malaise vagal avant un vomissement !
- un malaise : grosse fatigue mais aussi A.I.T. (Accident Ischémique Transitoire) signe avant-coureur d'un A.V.C.

##### Aide à la prise de médicaments

Dans certaines maladies, un traitement particulier doit être pris en cas de malaise. Dans ces cas, le traitement et les doses à prendre sont connus par la victime et ont fait l'objet d'une prescription préalable par son médecin.

Si une victime le demande, ou sur consigne d'un médecin préalablement alerté, il faut aider la personne à prendre ce traitement en respectant les doses prescrites.

De même, si une victime demande spontanément du sucre, lui en donner, de préférence en morceaux.

### Mort subite

Alerter.

Il faut utiliser le plus tôt possible un défibrillateur.

En attendant et à défaut on fera sans attendre un MCE en premier, en attente d'un défibrillateur.

On complétera par une LVA et une ventilation artificielle.

Les gestes de réanimation sont poursuivis jusqu'à l'arrivée des secours spécialisés.

## Comas

---

L'inconscience ou coma se reconnaît par l'absence de réponse aux ordres : ne peut pas parler, ne serre pas la main.

La question suivante est : la personne respire-t-elle ?

Il faut essayer de quantifier la profondeur du coma et de suivre son évolutivité.

La détresse respiratoire est souvent associée à la détresse cérébrale.

Le geste préventif essentiel est la PLS associé à la LVA.

### Rappel anatomique

---

Le cerveau est composé de 2 lobes.

En son centre, il y a le tronc cérébral ou bulbe qui se prolonge par la moelle épinière.

Il est constitué de milliards de cellules nerveuses ou neurones, reliées entre elles par plus de cent mille milliards de connexions.

### Rappel physiologique

---

Au centre du cerveau, principalement au niveau du tronc cérébral, il y a des zones qui régulent les automatismes sans que notre conscience intervienne:

- régulation respiratoire
- régulation de la température ...

Cette zone des fonctions vitales organise aussi le sommeil.

### Physiopathologie

---

Une lésion traumatique, hémorragique, cancéreuse, infectieuse peut détruire des zones du cerveau.

L'apport d'oxygène et d'éléments nutritifs est indispensable au bon fonctionnement des cellules nerveuses.

Une détresse respiratoire ou une hypoglycémie altère les cellules.

Un vaisseau cérébral peut être bouché (A.V.C.) détruisant la zone irriguée.

Les cellules ne se multiplient pas et ne régénèrent pas ou si peu !

### Signes cliniques

---

En s'approchant du malade, la première chose que l'on voit, même à distance est son état de conscience: bouge-t-il et parle-t-il ?

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

La réactivité est testée :

- en secouant les épaules et crier :
- "ça va" "vous m'entendez"
- "ouvrez les yeux "
- puis en lui prenant les mains, vous demandez:
- "serrer moi les mains"

Pour ne pas oublier:

Y : ouverture des Yeux

V : Réponse Verbale

M : Réponse Motrice

En premier, éliminer :

### Arrêt circulatoire

On constate :

- Inconscience
- Pas de respiration
- Pas de pouls carotidien

## Arrêt respiratoire

On constate :

- Inconscience
- Pas de respiration
- Pouls carotidien présent

## Confirmer une inconscience durable

La personne respire et son cœur bat.

Mais la perte de connaissance persiste. Il ne s'agit pas d'un simple malaise.

## Premiers gestes

---

### Alerter

Toute détresse neurologique donne lieu à un appel au 15 pour bilan et avis.

### Position latérale de sécurité

Elle fait partie des premiers gestes à pratiquer, y compris chez un traumatisé (en respectant l'axe tête-cou-dos). C'est un geste préventif.

### Liberté des Voies Aériennes (L.V.A.)

La bascule de la tête en arrière (hyperextension) dégage le pharynx. C'est le A d'airway.

Si nécessaire on complètera par une subluxation de la mâchoire, pose d'une canule, aspiration des mucosités.

Cas particulier du traumatisé crânien

Le casque sera enlevé pour mieux réaliser la LVA.

La tête sera maintenue en position neutre ▷ Voir fiche technique

## Éléments à rechercher (Bilan)

---

### Éliminer une détresse respiratoire associée

C'est le point le plus important.

Tous coma est potentiellement porteur d'une détresse respiratoire :

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 même possibilité d'associer plusieurs mécanismes.

Il faudra donc toujours évaluer la respiration et noter:

- fréquence respiratoire, amplitude respiratoire
- efforts inspiratoires, bruits
- cyanose? Sueurs ?

### Confirmer le coma

Depuis votre arrivée sur les lieux, la personne est toujours inconsciente.

Vous devez évaluer puis noter sur la feuille de transport avant de transmettre au 15

La réactivité est testée :

- en secouant les épaules et crier :
- "ça va" "vous m'entendez"

puis en lui prenant les mains, vous demandez:

- "serrer moi les mains"
- "ouvrez les yeux"

### Méthode "EPADONO"

Cette procédure veut dire: Eveil, PARole, DOuleur, NON réactif.

E -> Éveil = le patient sait ce qui se passe autour de lui, connaît son nom, le jour de la semaine et peut dire où il se trouve.

Pa -> Parole = le patient parle et répond lorsqu'on lui adresse la parole.

Do -> Douleur = le patient ne réagit pas à la parole, mais réagit à un stimulus douloureux (pincer).

No -> Non-réactif = le patient ne réagit pas à la douleur.

### Évaluation selon le type de stimulation

Madame, Monsieur "vous m'entendez ?", "ouvrez les yeux", "serrez ma main"

La stimulation consiste à secouer les épaules, puis sans réactions, une pression du dos de la main sur le sternum.

En aucun cas on ne doit pincer le mamelon.

Pour ne pas oublier:  
Y : ouverture des Yeux  
V : Réponse Verbale  
M : Réponse Motrice  
Ouverture des yeux

### Cotation de l'intensité de l'inconscience

La profondeur se note par la stimulation.  
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 souvent spécifiques à une maladie particulière ou un traumatisme (Glasgow).

#### Cotations par stade de 1 à 5

On peut essayer de chiffrer l'intensité de l'inconscience.

Pour l'ambulancier, le plus simple est de distinguer : le coma léger d'un coma profond, mais cette évaluation sera très subjective.

Il est facile de confirmer un coma profond aréactif avec ou sans dépression respiratoire

Un coma réactif ne répondra pas à la voix forte mais bouge un peu à la forte stimulation.

Par contre la frontière entre confusion, somnolence et coma léger est plus difficile à évaluer.

C'est la cotation la plus simple mais très subjective:

##### *Coma léger ou stade 1*

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

##### *Coma réactif ou coma stade 2*

Aucune réponse à la voix forte, mais bouge à la stimulation forte.

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 à la forte stimulation, la langue obstrue le pharynx.

Le malade 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.

##### *Coma stade 4*

Il n'existe plus aucun réflexe, le pouls et la respiration sont présents mais faiblement.

Une ventilation artificielle est obligatoire.

L'électroencéphalogramme (E.E.G ou enregistrement électrique de l'activité du cerveau) n'est pas plat.

##### *Coma dépassé ou mort cérébrale*

L'E.E.G est plat. Le cerveau est mort. Les fonctions vitales sont maintenues artificiellement.

##### Evolutivité

Plus que la profondeur, l'essentiel est de surveiller en continue le patient afin de vérifier si le coma est stable, ou s'aggrave.

A tout moment son état peut évoluer : amélioration, aggravation ou réveil.

Il faudra donc noter toute modification pendant toute la durée de la surveillance et donc effectuer des examens fréquents.

L'aggravation est parfois rapide, avec apparition en quelques dizaines de minutes d'un coma profond.

### Recherche de signes de localisation

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

L'examen neurologique recherche une différence entre le côté droit ou gauche et permet de localiser le côté atteint (le scanner ou l'IRM le confirmera).

On parle de signe de localisation.

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

### Motricité

Remue les doigts ?

Remue les orteils ?

Mouvement des membres à la stimulation douloureuse

Rappelons qu'il ne faut pas pincer les seins, à la rigueur un frottement du dos de la main sur le sternum.

Le mieux est de prendre les 2 bras et de les laisser tomber sur le thorax. Si un côté est paralysé il tombera plus vite.

A la stimulation, la personne peut bouger son bras ou ses bras pour essayer d'enlever votre main.

Une réponse inadaptée est un mouvement d'enroulement et d'extension, de très mauvais pronostic (décérébration), mais parfois n'a aucune explication et n'est pas inquiétant !

On dit que le blessé "fait de la moto"

L'hémiplégie est la paralysie de la moitié du corps

### Pupilles

On évalue : diamètre, symétrie et réactivité à la lumière.

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

Lors d'une paralysie, elle est parfois d'un seul côté contrairement à la mydriase bilatérale de la personne en arrêt cardiaque.

### Convulsion

Une personne inconsciente peut avoir des mouvements incoordonnés. Mais contrairement à la classique convulsion ou crise d'épilepsie, il ne se réveille pas.

### Bilan complémentaire

#### Bilan circonstanciel

Qu'il s'agit d'un accident, d'un suicide, ou d'une maladie...il est très utile de connaître les circonstances.

#### Antécédents

Un interrogatoire simple mais orienté auprès de la famille ou des témoins recherchera les maladies antérieures du malade.

Un moyen pour bien interroger :

M : Maladie ? (« a-t-il des maladies ? »)

H : Hospitalisation ? (« a-t-il déjà été hospitalisé ? »)

T : Traitement(s) en cours (« Prend-t-il des médicaments ? »)

A : Allergie ?

Epilepsie ?

C'est à dire convulsion ou crise d'épilepsie, avec un traitement régulier (Gardéнал par exemple).

Cardiaque appareillé ?

A t-il une pile sous la peau en dessous de la clavicule ?

(Il s'agit d'un pace-maker ou d'un défibrillateur implantable)

Traitement ?

Prend-t-il des médicaments ? Notamment des anticoagulants (médicaments fluidisant le sang)

A-t-il des piqûres tous les jours (Insuline chez le diabétique par exemple)

Prend-t-il des médicaments pour les nerfs ? Des somnifères ?

Malaise ou PC non exploré

### Causes

---

#### Coma traumatique

Un choc sur la tête peut " paralyser " le cerveau pendant quelques secondes.

C'est le Traumatisme Crânien avec Perte de Connaissance ou le classique "TC+PC".

Si le coma est immédiat et se prolonge les dégâts à l'intérieur du crâne sont importants.

Par contre si le coma survient que secondairement, il s'agit d'un hématome à l'intérieur du crâne qui grossit: il faut opérer d'urgence. (Hématome extra dural).

Le scanner ou l'IRM est un examen pratiqué dans le service de radiologie qui permet de visualiser les dégâts.

#### Coma toxique

##### Suicide

La prise dans un but de suicide de "somnifères, tranquillisants ou barbituriques" entraîne après un délai variable, fonction du produit et de la dose ingérée, un coma plus ou moins profond.

Le risque de détresse respiratoire est important.

##### Intoxication à l'oxyde de carbone ou CO

Une ou plusieurs personnes sont inconscientes dans un contexte particulier (chauffage défectueux, groupe électrogène...)

#### Coma médical

##### Accident Vasculaire Cérébral ou A.V.C.

Il se déclenche quand le sang cesse d'irriguer une partie du cerveau, soit par un caillot de sang qui bouche une petite artère ou un saignement provoqué par la rupture d'une artère souvent favorisée par une hypertension.

Les effets sont variables selon le lieu de de la lésion

##### Coma anoxique



Toute cause d'hypoxie endort le cerveau. Si l'asphyxie persiste ou devient totale, en cas de réanimation efficace, selon le délai, il y aura des séquelles plus ou moins importantes.

#### Coma métabolique

L'hypoglycémie sévère du diabétique est à l'origine d'une détresse cérébrale aussi grave que l'anoxie.

#### Autres causes

Tumeur au cerveau, infection (méningite)...

### Gestes à faire

---

#### Confirmer la bonne position en latéral

Desserré éventuellement cravate, col de chemise, ceinture et tout ce qui peut gêner les mouvements de la cage thoracique

Libérer les voies aériennes s'il a des signes d'obstruction

Oxygéner si besoin

Alerter

Avoir à disposition un aspirateur de mucosités

#### Coma chronique

---

Le coma peut se prolonger pendant de nombreuses années.

Un traumatisé peut se réveiller mais avec parfois des séquelles diverses: paralysie, troubles de mémoire...

Après un arrêt cardio-respiratoire, grâce à une réanimation efficace, le cœur peut repartir, mais le cerveau a déjà souffert de l'absence d'oxygène ou anoxie.

En cours d'hospitalisation des complications peuvent survenir : surinfection pulmonaire, escarres. On parle de complications de décubitus (d'alitement)

Le comateux est alité dans un lit antiescarre,

Selon la profondeur du coma, on a :

- trachéotomie
- ventilation artificielle
- perfusion
- sonde urinaire
- alimentation par sonde

L'ambulancier est parfois amené à transporter un coma chronique

#### Coma dépassé (Savoir +)

---

La réanimation a été efficace.

Le blessé ou le malade a été transporté par le SMUR, intubé et ventilé en réanimation.

Malheureusement le bilan médical montre un coma profond totalement aréactif et surtout sans aucune activité électrique (mesuré par l'électro encéphalogramme e.e.g.).

Le cœur bat mais débranché de son ventilateur il ne respire pas.

On parle de mort cérébrale.

L'équipe médicale en accord avec la famille peut proposer des prélèvements d'organes.

### Convulsions, épilepsie

---

La crise d'épilepsie est une urgence médicale classique, que l'ambulancier rencontre souvent.

Il s'agit de mouvements incoordonnés précédés d'une phase d'hypertonie musculaire et suivis d'une phase de relâchement.

Des gestes simples permettent de passer le cap difficile afin d'éviter que la personne se blesse.

Exceptionnellement, la crise persiste et l'intervention médicale s'impose.

#### Rappel anatomique

---

Le cerveau est composé de milliards de cellules nerveuses ou neurones.

Elles sont connectées les unes aux autres.

#### Rappel physiologique

---

Les neurones sont parcourus par un courant électrique ou influx nerveux qui se propage de cellule en cellule.

#### Physiopathologie

---

C'est un véritable orage électrique.

L'ensemble du cerveau ou seulement une zone précise est traversé par une décharge électrique.

Les conséquences sont une perte de connaissance et un envoi inapproprié de courant électrique dans les nerfs moteurs ce qui a pour effet une contraction involontaire des muscles.

Si la décharge est localisée, un automatisme correspondant à la fonction de cette zone se produit.  
En conclusion, l'activité électrique du cerveau "s'emballe".  
C'est une convulsion. Elle survient, en général, chez un sujet qui est déjà "épileptique".  
Il y a environ 500 000 épileptiques en France soit 0,5 à 1 % de la population.

### Quelle est la différence entre convulsion et crise d'épilepsie ?

Aucune !!! Les signes sont les mêmes.  
Ce qui change, ce sont les circonstances.  
Lors d'un traumatisme crânien, une forte fièvre chez un enfant, une crise peut apparaître.  
Dans ce cas on l'appelle "convulsion". Il n'est pas sûr qu'elle récidive un jour.  
Par contre un malade qui fait régulièrement une crise ou qui est sous traitement, on dit que le malade est épileptique et dans ce cas la crise ne s'appelle plus convulsion mais crise d'épilepsie ....C'est comme ça.  
Mais pour l'ambulancier ce sont les mêmes signes et les mêmes gestes à faire mais le bilan complémentaire est différent.

#### Notes

Il faut distinguer l'épilepsie maladie de la crise d'épilepsie appelé plus souvent convulsion.  
Les manifestations cliniques sont les mêmes mais dans l'épilepsie les crises se répètent.

## Signes cliniques

---

### La "crise" classique

Elle 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.

### Risque de détresse

#### 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.

Attention Si une 2<sup>ème</sup> crise succède à la première, mise en PLS et demande l'intervention d'un SMUR

#### Risque traumatique

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.

#### Risque rare de mort subite

Risque de décès brutal inexplicable après la crise, multiplié par 20 par rapport à la population générale.

Certes événement exceptionnel mais méfiance quand même.

### Autres formes cliniques

#### Etat de mal épileptique

C'est une crise de durée anormalement longue ou des crises répétitives sans réveil entre 2.

Il y a risque de détresse respiratoire et/ou de souffrance cérébrale ce qui engage le pronostic vital.

#### Formes localisées

De la simple "absence" à une crise d'hallucinations en passant par des automatismes.

## Ne pas confondre

### Tremblement

C'est une simple contraction des muscles mais sans trouble de la conscience. Par ex. : un frisson

### Spasme du sanglot

Il survient uniquement chez le jeune enfant après une colère, une douleur, une réprimande des parents. L'enfant bloque sa respiration, devient pâle ou/et cyanosé et perd connaissance pendant un bref instant.

### Malaise, lipothymie

Il n'y a pas de perte de connaissance.

### Syncope

C'est une perte brutale de connaissance de courte durée avec possibilité de traumatisme.

Mais il n'y a ni mouvements ni perte des urines.

Il est cependant parfois difficile de faire la différence surtout dans les formes atypiques

### Tétanie

Dans un contexte d'angoisse, la personne reste consciente et peut avoir des contractions des doigts (qui se rejoignent bien tendus)

### Urgence neurologique

De l'AVC à l'hémorragie méningée

Ne jamais négligée toute manifestation ressemblant à une crise d'épilepsie

## Eléments à rechercher (Bilan)

---

### Bilan vital

Prise des constantes : pouls, fréquence respiratoire, saturation, tension et température

### Bilan complet

Il est classique en insistant sur le bilan neurologique :

- mouvements des 4 membres
- motricité de la face
- sensibilité des 4 membres
- état des pupilles et réflexe photo-moteur

D'autres signes peuvent être reliés à une maladie neurologique comme :

- un mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente
- une raideur de la nuque
- la lumière fait mal (photophobie)
- des vomissements en jet
- une perte de l'équilibre, une instabilité de la marche ou des chutes inexpliquées

◁ Revoir cours bilan neurologique

### Bilan traumatique

À la recherche :

- plaie de la langue
  - plaie du scalp (surtout postérieure, à l'occiput)
- Il faut vérifier toutes les articulations en insistant sur l'épaule (risque de luxation)

### Antécédents du malade

Maladies

Épilepsie, diabète, HTA, AVC, AIT, troubles du rythme, maladies cardiaques...

Traitement en cours dont antiépileptique (faire les poches si inconscient) comme la dépakine.

Evolution de l'épilepsie

Date dernière crise, intervalle entre les crises

Événement déclenchant

- Arrêt du traitement
- Intoxication
- Fatigue
- Ivresse
- Fièvre...

## Causes

---

## Convulsion

### Traumatisme crânien

La convulsion survient immédiatement après le choc  
Le traumatisé se réveille rapidement.  
Elle n'est pas facteur de gravité  
Si elle survient plus tard  
C'est plus inquiétant.

### Fièvre élevée chez l'enfant

La montée brutale de la température (hyperthermie) peut chez l'enfant déclencher une crise convulsive.  
Ce n'est pas parce qu'une personne a fait une crise convulsive dans l'enfance qu'il deviendra épileptique toute sa vie  
Une fièvre + convulsion peut être la première manifestation d'une infection du cerveau: la méningite.  
C'est pourquoi devant toute convulsion fébrile (avec fièvre) un bilan hospitalier est nécessaire.  
Attention urgence vitale en présence de plaques bleutées sur le corps.

### Intoxications

Des substances hallucinogènes (drogues), des champignons, des médicaments peuvent faire convulser.

### Epileptique

C'est une personne qui fait régulièrement des crises d'épilepsie (dans ce cas on dit épilepsie plutôt que convulsion, mais c'est les mêmes signes).  
Il prend des médicaments dit "anti épileptique" (type : dépakine, gardéna...).  
Il y a en France 500 000 épileptiques.  
De nombreuses personnes sont épileptiques sans cause évidente à l'origine de cette infirmité.

### Facteurs déclenchants la crise d'épilepsie

Des facteurs émotionnels, médicamenteux, hormonaux peuvent favoriser le déclenchement d'une crise d'épilepsie :  
Modifications de la conscience:  
- manque de sommeil, fatigue, réveil brutal  
- lumière intermittente (comme passé dans un tunnel à claire voie)

### Modification de l'équilibre émotionnel

- angoisse, conflit

### Modifications hormonales

- règles, grossesse

### Fièvre et infection

#### Déséquilibre métaboliques

Hypoglycémie, hyperglycémie  
Hyperventilation volontaire ou non  
Hypoxie  
Médicaments et toxiques  
Alcool

## Gestes à faire

---

### Alerte

Centre 15

### Protection

L'épileptique sera protégé des traumatismes par coussins, couvertures, interposés entre le malade et le sol.  
On fera particulièrement attention à la tête.  
On éloignera tous les objets situés à proximité.  
Ne rien faire  
Il ne faut pas empêcher la crise de se dérouler.  
Eviter la chute de la langue  
A la phase hypotonique, on évitera l'obstruction pharyngée par :  
Mise de la tête en hyperextension, subluxation de la mâchoire  
Mais la personne contrairement à une idée répandue "n'avale pas sa langue".  
Eviter la morsure de langue  
En interposant un objet solide entre les incisives supérieures et inférieures, voire par la pose éventuelle d'une canule sans l'enfoncer, ni la fixer. Les incisives mordant le plastique

Mais si l'ouverture de bouche est impossible car la mâchoire est serrée (trismus), il ne faut pas insister ou attendre la phase de relâchement.

A la phase hypotonique, la personne va peu à peu se réveiller et récupérer tous ces réflexes. C'est pourquoi la pose d'une canule n'est pas indispensable.

En tout cas il ne faut pas la fixer afin que la personne puisse la rejeter.

Il ne faut pas qu'elle soit trop longue car si elle touche la zone laryngée, il y a risque de vomissements et de spasme de la glotte.

Le seul avantage, en cas de nouvelle crise (état de mal épileptique) l'airway est préservé.

En conclusion le mieux est l'abstention.

Mise en Position Latérale de Sécurité si l'inconscience se prolonge

Couvrir

Surveillance visuelle du malade est permanente avec prise du pouls, de la fréquence respiratoire et de l'état de conscience.

## Transport

---

La crise terminée, le malade se réveille peu à peu.

Le feu vert est alors donné par le S.A.M.U. pour le transport par ambulance.

En cas de refus d'hospitalisation, il faut alors expliquer au malade ce qu'il lui est arrivé, et qu'un bilan médical est indispensable.

L'ambulancier s'installe à côté du malade, afin d'exercer une surveillance visuelle permanente. A la moindre somnolence le malade est installé en PLS.

Le risque c'est l'apparition d'une nouvelle crise.

Attention lors des franchissements des tunnels ou d'autres cas de lumière alternative (soleil et arbres réguliers sur une nationale par ex.), l'effet dit stroboscopique peut déclencher une crise.

## Accident vasculaire cérébral

---

Dans l'Accident Vasculaire Cérébral, un vaisseau du cerveau est bouché ou éclaté.

On parle de " congestion cérébrale", attaque ou ictus.

C'est une cause importante de mortalité. En effet un malade sur 5 meurt dans le mois qui suit.

Surtout c'est la première cause d'handicap moteur comme:

- l'hémiplégie (paralysie de la moitié du corps)
- l'aphasie (troubles de la parole)

Elle concerne non seulement des personnes âgées mais aussi des plus jeunes.

Il se manifeste par des signes neurologiques variés:

- de la simple perte de connaissance de quelques secondes au coma profond
- persistance de la conscience avec paralysie périphérique (hémiplégie) ou/et trouble de la parole (aphasie).

Dès l'alerte le patient doit pouvoir bénéficier d'une I.R.M. le plus vite possible puis être dirigé sur une unité neuro-vasculaire de soins intensifs neurologique.

L'AVC n'est plus une fatalité. Au même titre que l'infarctus où des moyens ont été mis en œuvre, il faut faire de même.

## Rappel anatomique et physiologique

---

Le cerveau reçoit du sang artériel via l'aorte puis les carotides.

Chaque zone du cerveau est vascularisée par des vaisseaux de plus en plus fins.

Toutes les cellules du cerveau ont besoin pour vivre d'oxygène et d'autres énergies comme le sucre (glucose).

### Physiopathologie (Savoir +)

On distingue 2 types de mécanismes principaux :

- AVC ischémique
- AVC hémorragique

Il est important, pour le médecin de faire la différence car le caillot se débouche alors que déboucher une artère qui saigne aggraverait les choses.

### AVC Ischémique (ou infarctus cérébral)

Dans 80 % des cas, un caillot bouche une artère cérébrale qui est déjà rétrécie par du cholestérol ou le sang envoi un embol.

Une partie du cerveau n'est plus irriguée et s'infarcie (comme de la "farce"! ). C'est le même mécanisme que dans l'infarctus du myocarde.

On parle aussi d'AVC ischémique (ischémie = manque d'oxygène)

Quelle est la différence entre une thrombose et une embolie ?

La thrombose se forme sur place : un caillot se forme au contact d'une lésion de la paroi artérielle comme une plaque d'athérome ou/et un rétrécissement du vaisseau.

L'embolie se forme à distance (fragment de caillot, plaque d'athérome qui se détache) et est transporté par la circulation avant de se coincer dans un vaisseau plus petit que le caillot.

#### AIT ou accident ischémique transitoire.

C'est le même mécanisme mais le caillot est de très petite taille. Très vite une déviation de la circulation sanguine du cerveau permet de limiter les dégâts.

#### AVC hémorragique

Dans 15 % des A.V.C., après rupture d'une artère cérébrale, le sang se répand et endommage les tissus avoisinants du cerveau.

La déchirure du vaisseau est due à l'usure et souvent favorisée par de l'hypertension (comme un pneu usé surgonflé qui éclate).

Souvent il n'y a pas de traitement spécifique à part le nursing.

#### Hémorragie méningée

Dans 5 % des AVC, il s'agit d'une hémorragie méningée.

Il faut savoir que 1 à 5 % des adultes sont porteurs d'un anévrisme dans le cerveau .Il s'agit d'une hernie d'un petit vaisseau qui se remplit de sang. Les gens l'ignorent (sauf si on fait une IRM pour autre chose...) et il n'y a aucune conséquence. Mais 1% par an de ces anévrismes se déchirent.

Le sang va dans le liquide céphalo-rachidien qui entoure les méninges.

Cet A.V.C. peut survenir chez des gens jeunes, car l'anomalie du vaisseau est de naissance.

Elle frappe 5000 personnes par an en France. Un tiers en meurent, 1/3 survivent avec des séquelles plus ou moins graves (paralysie, trouble de la marche, de la parole...) et 1/3 n'ont pas de séquelles.

Soit le saignement est minime et alertera ou bien il est massif et en quelques heures (voire moins) on a une hémorragie cérébrale avec coma profond qui peut se transformer en coma dépassé. (Sujet jeune = prélèvement d'organe).

### Signes cliniques

---

#### Signes avant-coureur ou A.I.T. (Accident Ischémique Transitoire)

Dans 10 % des cas, avant l'AVC, quelques heures, quelques jours avant voire beaucoup plus tôt, le patient a manifesté des signes qui ont été négligés et qui durent de quelques secondes à quelques minutes comme:

- une perte de conscience très brève comme perdre la télécommande
- ne trouve pas ses mots
- est "absent"

Il peut s'agir d'un accident ischémique transitoire ou A.I.T. ou d'autre chose

La vraie définition est un "déficit neurologique durant typiquement moins d'une heure avec une imagerie (scanner, IRM) normal".

Le déficit est variable : moteur, sensitif, troubles de la parole, visuels.

Surtout son début est brutal et disparaît en moins de 10 mn au grand maximum 1 h.

Le patient et leur entourage ont souvent tendance à minimiser cette alerte et à la mettre sur le compte du stress, de la fatigue.

C'est une erreur.

Il faut immédiatement consulter son médecin qui va prescrire un bilan médical poussé et complet ou appeler le 15.

#### AVC

Le plus souvent l'appel concerne un malaise.

Il survient spontanément surtout chez le sujet jeune ou après une poussée de tension artérielle.

Les antécédents du malade sont souvent importants: diabète, hypertension, cardiaque, autre AVC...

Il se manifeste par des signes neurologiques variés:

- de la simple perte de connaissance de quelques secondes au coma profond
- persistance de la conscience avec paralysie périphérique (hémiplégie) ou/et trouble de la parole (aphasie).

#### Découverte tardive

Il n'est pas rare que la personne inconsciente ou ne pouvant pas se relever soit découverte tardivement.

Dans ce cas il faudra être particulièrement attentif à la recherche:

- hypothermie
- détresse respiratoire
- encombrement pharyngé par fausse route et trouble de la déglutition (voir cercle vicieux)
- escarres

En quelques heures aux zones d'appui (fesses mais aussi face interne des genoux), une zone rouge apparaît

### Eléments à rechercher (Bilan)

---

## Bilan vital

Il est particulièrement attentif en cas d'inconscience.  
Il faut dépister le moindre signe de détresse respiratoire  
Une poussée aigue d'hypertension artérielle est possible.

## Recherche d'une inconscience

Un AVC (surtout hémorragique) peut se manifester par un coma léger ou profond.  
Le pouls carotidien est présent et la personne respire.  
Avant toute chose, elle est mise en pls.

## Eliminer une détresse respiratoire associée

Tous coma est potentiellement porteur d'une détresse respiratoire :

## Bilan neurologique

Il sera difficile chez une personne inconsciente.  
Mais la plupart du temps le "malaise terminé" la personne est consciente

## Etude de la motricité

On recherchera :

- hémiplégie (paralysie de la moitié du corps à droite ou à gauche)
- paralysie faciale (paralysie d'un côté du visage, bouche de "travers")
- faiblesse musculaire

## Etude de la sensibilité

On recherche une perte de sensibilité, un engourdissement d'une partie du corps

## Etude de l'élocution (parole)

Il y a souvent des troubles du langage ou de la compréhension.  
On demande au patient de répéter une phrase.  
On dépiste soit une articulation difficile, parole impossible, incompréhension (aphasie)  
L'aphasie est l'impossibilité de parler mais souvent la personne comprend soit oralement ou par écrit.

## Etude de la vision

On vérifie l'absence de mydriase (dilatation de la pupille) unilatérale (un seul côté).  
On analyse la réactivité à la lumière (réflexe photomoteur)

## Signes associés

D'autres signes peuvent être reliés à un AVC comme :

- un mal de tête sévère (céphalée, migraine), soudain et inhabituel, sans cause apparente
- une raideur de la nuque
- la lumière fait mal (photophobie)
- des vomissements en jet
- convulsions

Attention

Si ces signes sont transitoires, cela ne doit pas rassurer.

Il peut s'agit d'un accident ischémique transitoire

Un bilan médical urgent est nécessaire

En résumé dans la forme typique d'AVC, on retrouve :

Malaise, puis conscience ou obnubilé  
Hémiplégie droite ou gauche  
Paralysie faciale de l'autre côté (bouche "de travers")

## Antécédents

Les antécédents du malade sont souvent importants:

- HTA,
- diabète, cholestérol
- autre AVC,
- maladie vasculaire : infarctus, artérite
- simple perte de connaissance brève négligée.(A.I.T.)

Il faut noter:

- Age
- Traitement contre la tension, le diabète, le cœur, anticoagulants...

## Causes

---

On emploie souvent des termes variables comme "commotion cérébrale", "ramollissement cérébral" "hémorragie cérébrale"...

Tant que l'I.R.M. n'est pas faite mieux vaut utiliser le terme de "suspicion d'A.V.C."

L'ambulancier n'a pas à deviner le type d'AVC en cours ou d'autres maladies.

On doit se contenter de dépister une détresse respiratoire ou neurologique et de transmettre au centre 15.

## Gestes à faire

---

Objectifs : Alerter, pratiquer gestes de survie, installer, améliorer la détresse, rassurer

### Principes

Devant un malaise, le sauveteur doit tout mettre en œuvre pour :

Mettre au repos la victime

Observer et interroger pour recueillir les informations nécessaires

Mettre la victime en position d'attente adaptée à son état

Transmettre ces informations lors de l'alerte afin d'obtenir un avis médical

### Position

Mettre la victime au repos, en position allongée ou assise selon l'état de conscience.

PLS si inconscience

Si jambes surélevées par les témoins, les maintenir

Si lipothymie persistante mettre les jambes surélevées (ce qui augmente le débit dans le cerveau)

Assis si reprise totale de la conscience

Pas de station debout

Il faut la rassurer en lui parlant sans énervement et la calmer

Maintenir une bonne ventilation

Desserré éventuellement cravate, col de chemise, ceinture et tout ce qui peut gêner les mouvements de la cage thoracique

Libérer les voies aériennes s'il a des signes d'obstruction

Oxygéner si besoin

Avoir à disposition un aspirateur de mucosités

Alerter

Bilan au centre 15 pour avis et feu vert du transport vers les urgences pour bilan ou attente du SMUR.

Un avis médical est indispensable car il est difficile pour un non professionnel de distinguer un malaise sans gravité d'un AVC.

## Transport

---

Les progrès médicaux font que souvent le transport se fera par SMUR et directement vers un centre spécialisé, afin de débiter rapidement un traitement. (Unité Neuro-Vasculaire ou U.N.V)

Si le centre 15 donne le feu vert pour le transport :

- inconscient : PLS.

- conscient : allonger tête légèrement surélevée

Oxygène en inhalation si nécessaire

Aspirateur mucosité prêt

Haricot prêt (Vomissements fréquents)

Surveillance spécifique: conscience, convulsion

Surveillance respiratoire, cardiaque et circulatoire

Frotter les zones rouges (début d'escarres) et nettoyer les zones souillées

## A l'hôpital (savoir +)

---

Une course contre la montre débute. Le patient doit être hospitalisé de préférence dans une unité neurovasculaire afin de pratiquer une IRM.

En présence d'un AVC ischémique, l'équipe médicale doit déboucher le caillot grâce à des médicaments qui seront administrés dans les 4h30 après le malaise.

Il y a actuellement 120 unités. L'objectif est d'avoir en 2014 140 services.

Il est prouvé que le passage dans ces services diminue la mortalité et les séquelles.

## Prévention (Savoir +)

---

Le meilleur traitement est d'éviter l'apparition d'un AVC grâce à la prévention.

On dépistera les signes d'alerte: accident ischémique transitoire

Facteurs de risque :

- Hypertension artérielle

- Tabac

- Diabète



- Hypercholestérolémie
- Arythmies et maladies cardiaques
- Drogues

L'AVC survient de plus en plus jeune (âge moyen passant de 71 ans à 69 ans). Pour la tranche d'âge entre 20 et 54 ans (de 13 % passant à 18 %).

Cela à cause d'une mauvaise hygiène de vie favorisant obésité et diabète. L'usage de la drogue est aussi en cause.

Chez la femme jeune l'association migraine, tabac, pilule est de très haut risque.

La baisse de 2 points de la tension artérielle diminue de 40 % le risque d'HTA7

## Transport d'une personne ayant fait un AVC

---

Les accidents vasculaires cérébraux ou A.V.C. donnent souvent des séquelles comme :

- une aphasie ou trouble de la parole
- des troubles de la mémoire
- des troubles du comportement, par exemple la personne peut pleurer spontanément, être irritable et peu coopérante.
- une hémiplégié (paralysie de la moitié du corps)

Le patient aura donc besoin de consultations et de kinésithérapie ou d'hospitalisation en centre de rééducation/moyen séjour.

C'est pourquoi l'ambulancier transportera souvent ce type de malade.

Il s'agit d'une hémiplégié avec ou sans aphasie (c'est à dire de troubles de la parole).

Le membre paralysé est en rétraction.

La marche est difficile. Il faudra donc s'aider d'appareillages.

Avant tout transport il faudra pratiquer un bilan, évaluant son degré de conscience et de ventilation et son déficit de type aphasie, hémiplégié.

On vérifiera si le patient est porteur d'une sonde urinaire, d'une perfusion, s'il a des escarres.

L'ambulancier aidera l'hémiplégié dans ces déplacements. Il faut se renseigner sur les possibilités du malade et sur ses capacités de déplacement.

Même s'il ne peut pas parler il peut comprendre vos paroles. Il faut donc expliquer au malade tous les manœuvres à pratiquer. Au besoin on s'aidera d'une ardoise magique car parfois il comprend l'écrit et pas la voix.

Il sera installé sur un drap propre, lisse, maintenu au sec, couché sur le côté sain en protégeant ses talons et coudes en cas d'escarres.

Le membre supérieur sera surélevé et on ne tirera pas dessus. Son membre ne sera pas coincé.

Il sera mobilisé régulièrement et on stimulera les zones de compressions.

Pendant le transport on notera sa conscience et sa ventilation.

La prise de la tension artérielle est utile pour un transport prolongé.

Les perfusions et sonde seront vérifiées.

Pour une simple hémiplégié à mobilité réduite, il faut s'assurer le soutien et le maintien du malade pour éviter la chute, en se maintenant en permanence au contact du malade (bloc hanche-cuisse-genou ) et en le soutenant. S'il a une canne, on se met du côté malade, sinon du côté sain.

## Autres maladies

---

L'ambulancier transporte des patients présentant des handicaps principalement moteurs.

L'origine est variée le plus souvent une maladie dite "neuro-dégénérative". Il s'agit de maladies chroniques.

Ces maladies sont énumérées à titre d'information. L'ambulancier est en présence d'un patient porteur d'un handicap qu'il faudra aider.

Aucune explication n'est requise pour le DEA.

## Les maladies

---

### Sclérose en plaques (S.E.P.)

C'est une maladie d'évolution très longue avec des phases de stabilisation voire d'amélioration, mais aussi des poussées d'aggravation.

Peu à peu la personne devient invalide: difficulté à parler, troubles de la marche, contrôle difficile de la miction...

### Maladie de Parkinson

C'est une maladie évolutive du cerveau, en rapport avec des anomalies chimiques.

Les signes apparaissent progressivement et son diagnostic n'est pas facile au début, vite mis sur le compte de la vieillesse.

Ils deviennent évidents :

- tremblements de repos, notamment du pouce: "le patient compte sa monnaie, roule de la mie de pain"

- hypertonie (rigidité des membres). On a la sensation de "tuyau de plomb" lors de la mobilisation passive du membre. Cette rigidité peut céder par à-coups (aspect de roue dentée). L'attitude générale est en flexion (Cyphose dorsale, membres semi-fléchis) et donne un aspect penché en avant.

- akinésie (rareté et ralentissement des mouvements, pouvant aller jusqu'aux dyskinésies : gestes involontaires).

- la mimique et la marche sont perturbées.

Il a un visage impassible, la bouche entrouverte, clignant rarement des yeux.

La marche est lente à petits pas, sans balancement des bras parfois entrecoupée d'arrêts.

La parole est mal articulée et monotone.

Les personnes prenant des médicaments puissants pour une maladie psychiatrique peuvent avoir des signes similaires mais ce n'est pas un Parkinson.

Actuellement, aucun médicament n'a démontré d'efficacité sur la progression de la maladie : il n'existe pas de traitement curatif de la maladie.

Le traitement médicamenteux reste donc aujourd'hui encore purement symptomatique (agissant sur les symptômes).

Il est important de maintenir le corps en relative bonne forme

## Maladie d'Alzheimer

### C'est quoi ?

C'est une maladie neurologique (du cerveau) dégénérative.

Il s'agit d'un vieillissement anormalement rapide et prématuré du cerveau.

Elle atteint certaines cellules du cerveau dans les régions gérant les processus de mémoire, de langage, de raisonnement.

Elle évolue lentement sur une durée en moyenne de 10 ans.

Elle survient nettement plus jeune que la démence du vieillard.

### La détecter

La personne oublie ses souvenirs dans un premier temps les récents.

Elle oublie les mots les plus simples

Une désorientation apparaît: difficulté à se repérer et confond les moments de la journée

Des pertes de jugement et raisonnement : ex "ne pas fermer le robinet d'eau qu'on a laissé ouvert et se contenter d'éponger"!

C'est l'entourage qui constate ses signes d'alerte et non pas le malade.

Rien à voir avec les oublis de la vie quotidienne surtout si on fait plusieurs choses à la fois

Des tests sont pratiqués ainsi qu'un scanner afin d'éliminer autre chose

### Soigner

Il faut essayer que la personne continue à vivre normalement dans son environnement habituel le plus longtemps possible.

Des aides à domicile sont nécessaires.

## Transport

---

Le transport est celui d'un handicapé : aide à la marche, fauteuil roulant, voire sonde urinaire.

Il faut prévenir les chutes.

### Pour le parkinson

Tous ces gestes sont lents, et il faut donc faire preuve de patience...

### Pour la démence

Les papiers administratifs seront indispensables.

Il faut rassurer, la personne est souvent déboussolée.

Attention aux fugues, on peut facilement perdre son malade.

Certaines personnes sont agressives.