

Aide mémoire signes neurologiques

Échelle de coma de Glasgow: échelle utilisée chez un usager non sédationné. Inscrire la cote la plus élevée dans chaque catégorie qui correspond à la meilleure réponse, ainsi que le total.

	Techniques d'examen	Particularités / Note manuscrite
Cote	Ouverture des yeux	
4	• Spontanée (sans stimulation)	Un oedème périorbitaire important peut nuire à l'évaluation de l'ouverture des yeux du client. Ainsi, un usager capable de collaborer et d'exécuter des commandements simples, mais qui présente une incapacité à ouvrir les yeux liée à cet oedème, se verra attribuer la cote 1 pour cette sous-échelle. Dans cette situation, il devient important que cette information soit documentée dans la note d'évolution manuscrite.
3	• Sur ordre verbal (à la stimulation verbale) / au bruit	
2	• À la douleur (à la stimulation douloureuse) - Pincer les muscles trapèzes - Pincer la base d'un ongle (doigts-orteils) - Frotter les jointures sur le sternum	
1	• Pas de réponse (n'ouvre pas les yeux)	
Cote	Meilleure réponse verbale	
5	• Orientée (3 sphères) / vocalisation appropriée selon l'âge, sourie, orientée par le bruit, les interactions ou les objets	Un client intubé, trachéotomisé ou aphasique ne peut émettre aucun son, on doit donc lui attribuer la cote 1 pour cette sous-échelle. L'infirmière doit documenter l'information dans la note d'évolution manuscrite.
4	• Confuse (désorientation dans au moins une sphère) / pleure, irritable	
3	• Mots inappropriés (mots n'ayant pas de logique) / pleure à la douleur	
2	• Sons incompréhensibles (grognements, sons) / grogne à la douleur	
1	• Pas de réponse ou intubé ou trachéotomisé ou aphasique	
Cote	Meilleure réponse motrice aux stimuli douloureux	
6	• Obéit aux commandements : bouge à la demande / mvts spontanés	Un client présentant une hémiplégie, mais mobilisant adéquatement le côté sain, se verrait attribuer la cote 6 pour cette sous-échelle et ce, indépendamment du fait qu'il n'y ait aucune réponse du côté atteint.
5	• Localise la douleur : repousse ou vise à repousser l'agent stimulant avec sa main, retrait au-delà de la ligne médiane du corps	
4	• Retrait à la douleur (flexion normale) : Mouvements légers ne dépassant pas la ligne médiane du corps	
3	• Décortication : Flexion spastique des membres supérieurs	
2	• Décérébration : Extension spastique des membres supérieurs	
1	• Pas de réponse	Résultat d'une lésion structurale affectant les hémisphères cérébraux et le diencéphale. Suggère une lésion au niveau du mésencéphale ou de la partie supérieure de la protubérance, coma induit par une hypoxie cérébrale sévère.
/15		

Décortication



Décérébration



Force motrice : Elle s'évalue tant au niveau proximal (épaules /coudes, hanches/genoux) qu'au niveau distal (mains/poignets, pieds/chevilles) afin de détecter tout déficit pouvant se développer chez l'usager conscient.

Cote	Observations	Évaluation	Évaluer la force motrice des 4 membres
5/5	Mouvement contre la gravité et contre une forte résistance	Force musculaire normale	Les bras (droit et gauche) <u>Flexion</u> : Placer une main sur l'avant-bras du patient et l'autre sur le bras. Lui demander de fléchir le bras. Exercer une résistance pour contrer la flexion.
4/5	Mouvement contre la gravité et contre une résistance modérée	Légère faiblesse musculaire	<u>Extension</u> : Placer la main sur l'avant-bras fléchi du patient, demander de pousser contre votre main pour l'empêcher d'ouvrir le bras.
3/5	Mouvement contre gravité seulement	Faiblesse modérée	Les jambes (droite et gauche) <u>Flexion</u> : Demander au patient de plier la jambe, placer la main sous la cheville et l'autre sur le genou et demander au patient de ramener la jambe vers lui en offrant une résistance.
2/5	Mouvement en l'absence de gravité	Grande faiblesse	<u>Extension</u> : Placer une main sous le genou, l'autre sur la cheville, demander au patient de déplier la jambe en offrant une résistance avec la main.
1/5	Faible contraction musculaire à la palpation et aucun mouvement	Très grande faiblesse	
0/5	Absence de contraction musculaire	Paralysie totale	

Si le patient ne peut faire ces mouvements avec ces bras, vous pouvez effectuer le test de serment. Les yeux fermés, le patient lève les bras devant lui et place ses mains en supination (les paumes tournées vers le haut). Le patient ferme les yeux, et on lui demande de maintenir la position durant 10 à 20 secondes. Normalement, les bras restent stables sans descendre vers le bas (pronation). En présence d'une faiblesse des membres supérieurs, la main tourne vers le bas (pronation) et le bras baisse dans la même direction.

Si le patient est incapable d'effectuer le mouvement avec ses jambes (par exemple il est porteur d'un plâtre):

- Flexion : lui demander de tirer le pied vers lui et offrez une résistance en plaçant la main sur le dessus des orteils
- Extension : lui demander de pousser le pied dans votre main

Pupilles

- Légende pour la réactivité à la lumière : normale (N), lente (L) ou fixe (F)
- Légende pour la forme: Ronde (R), ovoïde (O), trou de serrure (TS), Irrégulière (Irr.)

Techniques d'examen	Normes	Particularités
On doit comparer le diamètre des 2 pupilles.	Le diamètre doit être égal avant projection de lumière (en mm).	
On doit comparer la forme des 2 pupilles.	La forme normale doit être ronde (R) .	<ul style="list-style-type: none"> • La forme ovoïde (O): signe précurseur d'hypertension intracrânienne • La forme trou de serrure (TS): résultat possible d'une chirurgie • La forme irrégulière (Irr.) peut être un signe d'un traumatisme oculaire.
On doit tester la réactivité des 2 pupilles (réflexe photomoteur) en projetant de la lumière à l'aide d'une lampe de poche destinée à l'examen clinique (lampe stylo) et en observant la réaction. La pièce doit être sombre.	<p>Le faisceau lumineux est directement dirigé sur l'oeil, une constriction brusque se produit normalement.</p> <p>Un réflexe <u>consensuel</u> (légère constriction de la pupille du côté opposé) s'observe en même temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la lumière est dirigée dans un oeil aveugle, il n'y aura pas de réponse consensuelle. • Si la lumière est dirigée dans l'oeil qui voit, alors la pupille de cet oeil et celle de l'oeil aveugle réagiront. <p>On note si la réaction est normale (N), lente (L) ou fixe (F).</p>	<p>Pupille du côté affecté s'élargit et se dilate complètement (mydriase): compression du nerf oculaire moteur (nerf crânien III). Si la pression intracrânienne continue d'augmenter, les 2 pupilles se dilatent.</p> <p>Réaction lente : peut indiquer une pression précoce sur le nerf crânien III (nerf moteur oculaire commun).</p> <p>Pupille fixe qui ne répond pas à un stimulus lumineux indique généralement une hypertension intracrânienne ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • une lésion directe du nerf crânien III • une chirurgie oculaire antérieure • l'administration d'atropine ou l'emploi de gouttes oculaires mydriatiques.
Lorsque les tailles des pupilles sont normales et que tous les réflexes pupillaires sont normaux, on peut écrire: PERRLA = Pupilles Égales, Rondes et Réactives à la Lumière et à l'Accommodation		

