

CLINIQUES
DE L'EUROPE

EUROPA
ZIEKENHUIZEN

LE CHOC DANS TOUS SES ETATS

DR P. DENOËL

URGENTISTE

CLINIQUES DE L'EUROPE

SOMMAIRE

- Introduction
- Définition
- Classification et étiologies
- Reconnaître le choc compensé : 2 cas cliniques
- Rechercher les signes de choc
- En attendant le SMUR....

INTRODUCTION



Docteur...venez vite! Mon père ne va vraiment pas bien
il étouffe, il ne réagit plus,.....

CHOC DECOMPENSE ?

évident ----> appel 112



INTRODUCTION



Docteur, ma grand mère n'est pas comme d'habitude , elle n'a pas bon teint...il y a quelque chose qui n'est pas normal...pâle,....

CHOC COMPENSE ?

moins évident.....à ne pas rater!



DEFINITION

CHOC = insuffisance circulatoire aiguë, généralisée

----> déficit de perfusion tissulaire ---> \searrow O₂

----> dysfonction d'organes



-----> décès!



Choc compensé:



- altération de la perfusion des organes
- TA normale !!!!



Choc décompensé:



- altération de la perfusion des organes
- TA < 90mmHg



ou \searrow de 30 mmHg chez un hypertendu chronique

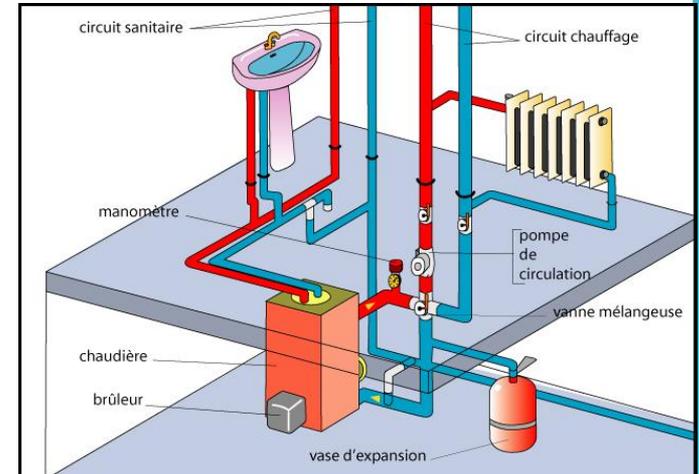
4 TYPES DE CHOCS

C = cardiogénique : Δ pompe

H = hypovolémique : Δ volume circulant

O = obstructif : Δ à l'éjection

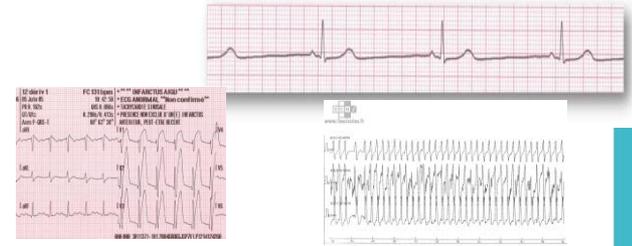
C = circulatoire périphérique, distributif : Δ circuit



PRÉSENTATION ÉVIDENTE

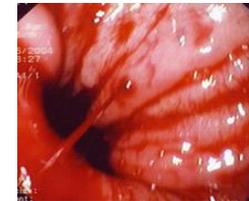
C = cardiogénique

ex : infarctus, tr. rythme,...



H = hypovolémique

ex: pertes liquidiennes: hémorragie, diarrhée +++,...



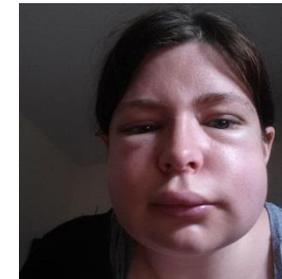
O= obstructif

ex: pneumoTx, tamponnade,...



C = circulatoire périphérique, distributif

ex: allergie +++ (œdème de Quinck) , méningococcémie,...



MOINS ÉVIDENT.... 1^{ER} CAS CLINIQUE

Mme X 79 ans, vit seule à domicile

Appel par petite fille : grand-mère « pas comme d'habitude ».

Anamnèse peu contributive : - pas de douleur
- traitement?



Ex clinique:

Agitée, peu collaborante

TA : 12/8 Pls: 90/min T :37° sat : ? (vernis à ongle) FR : 22/min Normohydratée

Quelques crépitements poumon droit. jugulaires normales

Abdo: souple et indolore

Genoux : marbrures

-----> envoi aux urgences ?

MOINS ÉVIDENT.... 1^{ER} CAS CLINIQUE

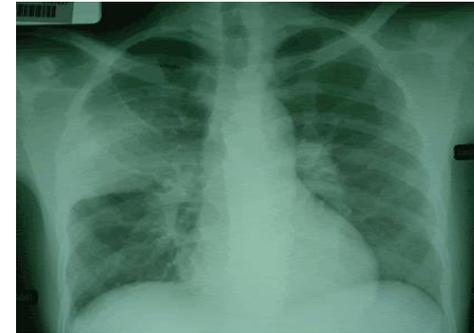
ex. clinique: agitée +++ (PS difficile ++)

Ta 80/50 pls 100/min T : 37° sat: imprenable FR: 23/min

Pâleur, froide et moite, marbrée ++

ex. complémentaires : Rx Tx : pneumonie droite

bio: CRP +++, trouble coag,...



choc septique décompensé

anomalie de perfusion + chute TA

signe précoce du choc septique = troubles de la conscience

encéphalopathie septique: agitation, obnubilation, coma, convulsion.....

CHOC SEPTIQUE = CHOC DISTRIBUTIF

10% des admissions à l'USI: 50% étiologie pulmonaire

Mortalité : 20 à 30%

importance +++ de la détection précoce pour antibiothérapie précoce

encéphalopathie = signe précoce, fréquent (70%)et sévère

Beaucoup de patients - sous immunosuppresseurs: chimio, cortisone, anti TNF,....

- immunodéprimés, agés, maladies chroniques, néo..

Personnes âgées :

- clinique très très pauvre!!!!

- T° : rare car pas d'interleukine

- abdo souple vu sarcopénie (même si péritonite, ischémie, ...)

- pneumonie : pas de toux ni dyspnée

- polymédiquées

- consulte rarement pour pathologie initiale, mais pour complications!1.

MOINS ÉVIDENT.... 2È CAS CLINIQUE



Anamnèse

Mme Y 82 ans, alzheimer débutant.

Hétéroanamnèse par la maison de repos: boiterie depuis hier, chute ???

Traitement : sintrom et emconcor pour FA

Ex clinique: neuro: conscience habituelle

Pâleur TA : 100/60 (couché) 75/50 (assise) pls irrégulier 80/min sat 98%

genoux marbrés , jugulaires nles, TRC 4 "

Légère douleur mobilisation hanche droite

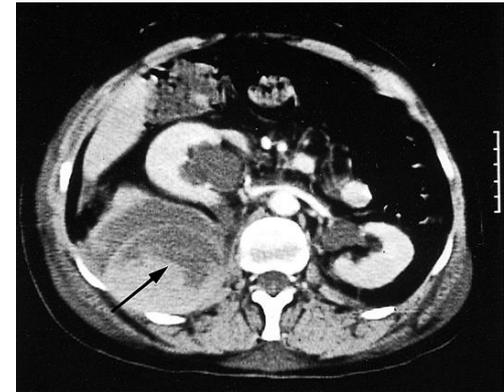
----> envoi aux urgences ?

MOINS ÉVIDENT.... 2È CAS CLINIQUE

Clinique identique

Ex complémentaires:

- Rx hanche et bassin ok
- bio: INR 7, Hb 11



----> Ct scan abdo: hématome du psoas

Choc hypovolémique hémorragique compensé

anomalie perfusion et TA nle

signe précoce du choc hypovolémique = hypotension orthostatique

!!!Ta

!!!! FC

!!! Hb

!!!!INR

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Pertes sanguines (mL)	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Pertes sanguines (%)	<15%	15-30	30-40	>40
Fréquence cardiaque (b/min)	<100	>100	>120	>140
Pression artérielle	normale	normale	diminuée	diminuée
Fréquence respiratoire (/min)	14-20	20-30	30-40	>40
Débit urinaire (mL/h)	>30	20-30	5-15	traces
Examen neurologique	normal	anxiété	Confusion	léthargie

Volume sanguin : - né 80 à 90ml/kg

ex: 3ans = 14 kg ---> 70ml/kg ---> 1l de sang
si perte 100ml = 10%

- > 16 ans: 60 à 65 ml/ kg

ex : 60kg ---> 3,9l de sang
si perte 100ml = 2,5%

RECHERCHER LES SIGNES DE CHOC

- Conscience (glasgow,..)
- Fréquence respiratoire : ! Si > 20/min



- 3 P P : pouls
P : jugulaires
pression artérielle: 8 - 6 - 4
hypoTa orthostatique



P : perfusion tissulaire



MAIS: - TA peut rester normale jusqu'au seuil du choc (Vx-constr périph)

- ↘ TA nécessite diminution de volémie de 30 à 40% ----> rechercher l'hypoTA orthostatique
- TA peut être basse en dehors d'un état de choc
- Diminution de 30% par rapport à la tension habituelle



RECHERCHER LES SIGNES DE CHOC

- Evaluer la conscience
- Fréquence respiratoire
- 3 P P : pouls
P : jugulaires, Pression artérielle
P: perfusion tissulaire

« clammy »



TRC > 2''



marbrures (genoux)



Cyanose centrale = tardif et mauvais paramètre
couleur ! (Intox CO= tout **rose**)

SUSPICION CHOC

- Rechercher l'étiologie du choc :
 - anamnèse : histoire actuelle, traitement en cours, antécédents,
 - examen clinique
 - ECG : infarctus, tr. rythme, normal
- Appel SMUR : toujours transfert médicalisé



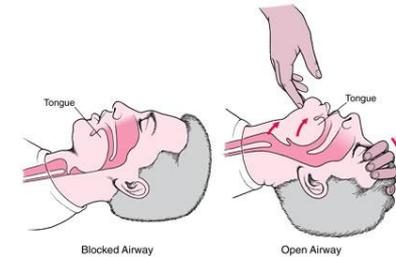
EN ATTENDANT LE SMUR.....

Position:

- conscient :

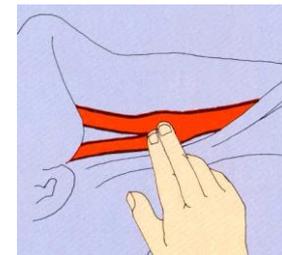
- non dyspnéique : decubitus +/- trendelenbourg
- dyspnéique : assis : OAP, pneumoThorax ,...

- inconscient : PLS vu perte de réflexe



Examen complémentaire : ECG si suspicion etio cardiaque : infarctus, Δ rythme

TSV : valsalva, massage sinus carotidien (jeune)



EN ATTENDANT LE SMUR.....

Médicaments :

- choc allergique, œdème de Quincke : - adrenaline 0,5mg IM **même si tachycardie**
enfant: 0,01mg/kg ---> 1mg dans 10ml physio
1ml par 10kg
 - solumedrol 125mg
 - anti-histaminique
- OAP avec bonne TA : dérivés nitré (puff), lasix (1 amp)
- Bradycardie : atropine 0,5mg IV

EN ATTENDANT LE SMUR....EN PRÉSENCE DE LA 1È AMBULANCE

Perfusion ?

si hypotension sur hypovolémie, anaphylaxie, sepsis

cristalloïdes (plasmalyte, physio 0,9%,)

enfant : bolus de 20ml/kg



O2 ?

pour avoir saturation à 92%



SMUR

- Airway : O2, intubation?,....
- Breathing : drainage thoracique?
- Circulation : voie(s) d'entrée pour
 - +/- remplissage
 - médicament.....



CONCLUSIONS

- CHOC = insuffisance circulatoire aiguë, généralisée
compensé ---> décompensé ---->décès

MAIS signes cliniques précoces à rechercher: ANTICIPER

- troubles de la conscience du choc septique
- hypotension orthostatique du choc hypovolémique

- Un patient peut être choqué avec une TA normale !

- !! Personnes âgées

- clinique très très pauvre
- souvent polymédiquées avec de très bons médicaments
pouvant entraîner de très graves complications

QUESTIONS ????