

Sémiologie des Etats de Choc

Dr. M. Desantis
CCA chirurgie générale et digestive

Plan

- ❖ Définition
- ❖ Clinique
- ❖ Examens complémentaires
- ❖ Etiologies

Définition

- ❖ Insuffisance de perfusion tissulaire qui entraîne une anoxie cellulaire avec modification du métabolisme aérobie en anaérobie



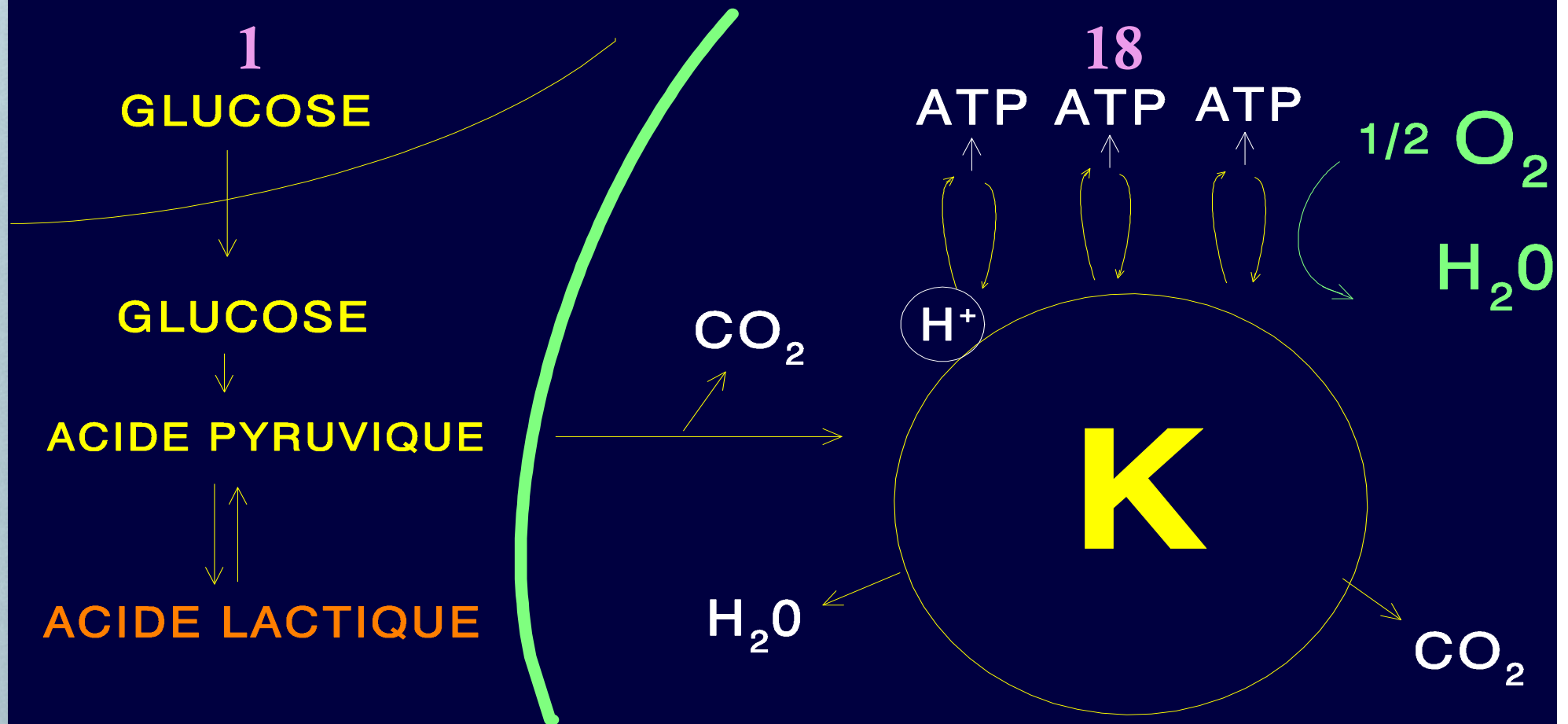
- ❖ Défaut de stockage d'ATP pour le fonctionnement cellulaire



- ❖ ACIDOSE LACTIQUE

METABOLISME AEROBIE

→ STOCKAGE D'ENERGIE



- ❖ La survenue d'une acidose lactique au cours du choc est un signe de gravité
- ❖ Lactatémie N < 2mmol/l
- ❖ 2 mmol/l < lactactémie < 10mmol/l transitoire
hypoperfusion tissulaire transitoire
- ❖ Si > 10 mmol/l > 24h: prédictif de décès

Définition clinique

- ❖ Survenue d'une **hypotension artérielle** définie par une pression artérielle systolique **<90 mm Hg**
- ❖ Ou par une baisse d'au moins 30% de la TA chez un hypertendu connu
- ❖ Redistribution de la perfusion aux différents organes
 - ❖ +++ cerveau et cœur
 - ❖ --- reins, peau, intestin
- ❖ Défaillance multiviscérale

Clinique

- ❖ Marbrures +++
- ❖ Extrémités froides et cyanosées
- ❖ Diminution de la TA
- ❖ Tachycardie
- ❖ Polypnée, sueurs (hypercapnie)
- ❖ Oligo ou anurie: $< 0,5\text{ml/kg/h}$
- ❖ Troubles neurologiques: conscience, agitation



Examens complémentaires

- Lactates : marqueur de l'hypoperfusion tissulaire périphérique
 - > 2,5 mmol/l (sauf si insuffisance hépatique)
- Hyperglycémie initiale: hypercatabolisme, puis hypoglycémie
- Bilan du retentissement viscéral
 - métabolisme : acidose (\downarrow pH, \downarrow HCO₃⁻), \uparrow K⁺
 - reins : IRA (\uparrow urée/créatinine sg)
 - foie : \uparrow transaminases (= cytolyse), TP, Facteur V (insuffisance hépato-cellulaire)
 - pancréas : \uparrow lipase (=souffrance digestive)
 - cœur : \uparrow troponine
 - ❖ « organes de choc = ischémie »

Examens complémentaires

- ❖ ECG
- ❖ ETT: Fraction d'éjection du VG= 60%
- ❖ Thorax: permet d'étayer l'étiologie

- ❖ **Diagnostic : examen clinique !**
- ❖ **Inspection du patient (et pas par un chiffre isolé de PA) + contexte**
- ❖ **Gravité : fonction du nombre de défaillance d'organes et intensité de la réponse inflammatoire**
- ❖ **Traitement : rétablir une perfusion tissulaire bien plus que de s'acharner à remonter la PA !**
- ❖ **Pronostic : fonction de la précocité du traitement symptomatique et étiologique**

Etiologies

- ❖ Choc hypovolémique
- ❖ Choc cardiogénique
- ❖ Choc septique
- ❖ Choc anaphylactique

Choc hypovolémique

- ❖ Défaut de perfusion cellulaire par baisse brutale et importante de la masse sanguine
 - ❖ **Hypovolémie absolue (vraie)**
 - ❖ Hémorragie aiguë : choc hémorragique
 - ❖ Externe: plaie
 - ❖ Interne extériorisées par TD: ulcère hémorragique, rupture VO, Mallory-Weiss
 - ❖ Interne non extériorisées: traumatismes fermés thorax, abdomen, retro-péritoine, bassin, fémur, rachis
 - ❖ Déshydratation aiguë: diarrhée, III secteur, polyuries, sueurs
 - ❖ Plasmorragie (brûlé)
 - ❖ **Hypovolémie relative**
 - ❖ Choc neurogénique
 - ❖ Fuite capillaire (états infectieux graves)

- Signes cliniques de choc :
 - Tachycardie $Fc > 120/\text{min}$
 - PAS $< 90 \text{ mmHg}$
 - Signes d'hypoperfusion tissulaire (pâleur, teint cireux, extrémités froides, marbrures prédominant aux genoux, oligo-anurie)
- Contexte évocateur : hémorragie extériorisée ou suspectée, vomissement/diarrhée (nourrisson)
- Mais...peu de corrélation entre le degré de l'hypovolémie et les modifications hémodynamiques : hypotension qd -30 à 40 %

- ❖ Choc neurogénique: hypovolémie relative
- ❖ Contexte+++
 - ❖ Traumatisme médullaire
 - ❖ Coma

- ❖ Traitement

- ❖ Etiologique

- ❖ Remplissage: Culots globulaires, PFC, macromolécules

- ❖ Pronostic dépend:

- ❖ Intensité de l'hypovolémie

- ❖ Volume de remplissage

- ❖ Délai de prise en charge

Choc cardiogénique

- ❖ Définition:
- ❖ Défaut de perfusion tissulaire par défaillance de la pompe cardiaque et chute du débit cardiaque
- ❖ DC = Volume de sang éjecté par unité de temps
 - ❖ 5 l/min chez un sujet sain au repos (index cardiaque 2,5 l/min/m²)

- ❖ Diagnostic
- ❖ Choc « froid »: marbrures, cyanose des extrémités, HypoTA avec différentielle pincée, tachycardie, polypnée, oligo-anurie
- ❖ Signes neuro+++
- ❖ Signes d'IC:
 - ❖ Droite: HMG, turjescence jugulaire, RHJ, OMI
 - ❖ Gauche: OAP, crépitans, galop
- ❖ Caractéristique: FEVG<60%

Étiologies:

Défaut d'inotropisme du VG : IVG aiguë
ISCHEMIE MYOCARDIQUE +++

- ❖ IDM
- ❖ décompensation d'une IC chronique

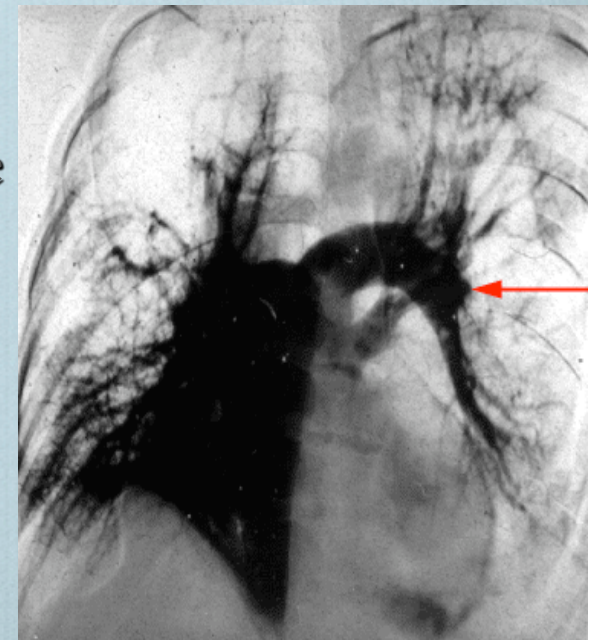
Autres

- ❖ cardiomyopathies aiguës infectieuses (coxsackie virus)
- ❖ Médicamenteuse

Obstacle à l'éjection du VD : IVD aiguë

- ❖ EMBOLIE PULMONAIRE +++
- ❖ Autres : épanchement péricardique, tamponnade

Trouble du rythme (TV, FV)
ou de la conduction (BAV),
valvulopathies



Choc septique

Insuffisance de perfusion tissulaire en relation avec une infection

- ❖ bacilles à Gram – (*E coli, Klebsielle, Pseudomonas...*)
- ❖ Cocci à Gram + (staphylocoques, streptocoques)
- ❖ Levures

avec hypotension persistante malgré un remplissage vasculaire adéquate, nécessitant l'utilisation d'amines vasopressives (noradrénaline)

- ❖ 1^{ère} cause de mortalité en réanimation

- ❖ Lié à une infection grave, quel qu'en soit le germe.
- ❖ Avec ou sans dissémination hématogène (HC +).
- ❖ Diagnostic clinique:
 - ❖ **Signes de choc + infection sévère**
 - ❖ hyper ou hypothermie $>38,5^{\circ}$, $< 36,5^{\circ}$ C
 - ❖ Hyper ou leucopénie <5000 , >10000 GB
 - ❖ Foyer infectieux

- ❖ Démarche diagnostic:
- ❖ Hémocultures systématiques avant toute ATB
- ❖ Prélèvement de toute porte d'entrée:
 - ❖ ECBU
 - ❖ ECBC
 - ❖ Coproculture
 - ❖ Abscès



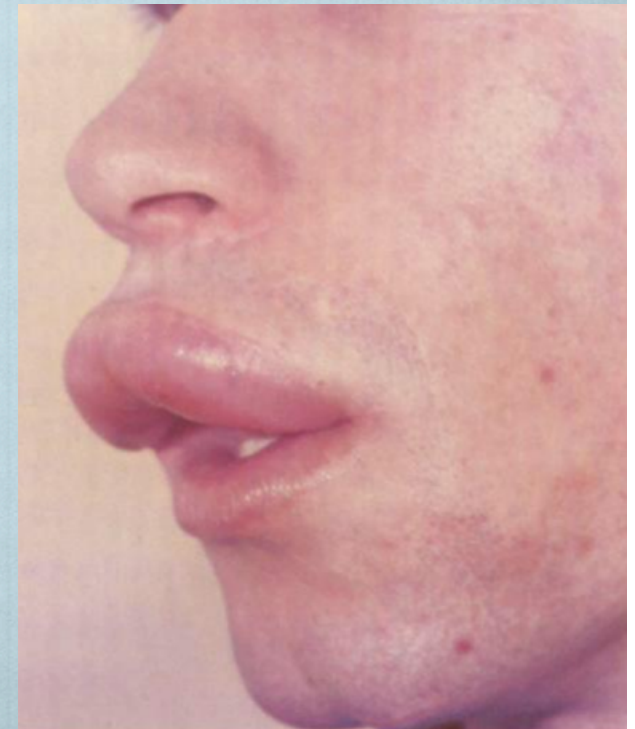
Recherche des défaillances viscérales associées :
cœur, poumon, rein, foie et coagulation

Le choc septique peut s'accompagner d'une défaillance multiviscérale

- Atteinte cérébrale fonctionnelle : encéphalopathie
- Insuffisance respiratoire aiguë : oedème lésionnel.
- Insuffisance rénale aiguë : fonctionnelle ou organique
- Atteinte hépatique : ictère à bilirubine mixte.
- Atteinte digestive : ulcérations de stress et cholécystite alithiasique.
- Troubles de l'hémostase : thrombopénie ou CIVD.

Choc anaphylactique

- ❖ Dégranulation mastocytes et polynucléaires basophiles
- ❖ Choc « chaud »: vasoplégique
- ❖ Collapsus après ingestion, contact du facteur responsable:
 - ❖ Médicament
 - ❖ Aliment
- ❖ Associé à des signes d'allergie:
 - ❖ Erythème, prurit,
 - ❖ Bronchospasme: dyspnée expiratoire
 - ❖ œdème de Quincke: dyspnée inspiratoire



- ❖ Cutanées :
 - ❖ érythème diffus, prurit, urticaire, œdème (œdème de Quincke), larmoiement
- ❖ Respiratoires:
 - ❖ toux, écoulement nasal, polypnée, sibilants voire dyspnée laryngée (stridor)
- ❖ Digestives : diarrhée, nausées, vomissements, douleur abdominale
- ❖ Neurologiques : simple malaise jusqu'au coma
- ❖ Manifestations circulatoires : tachycardie, pouls filant, PA effondrée imprenable