

9 CHOC ET COLLAPSUS

- Choc = défaillance circulatoire majeure avec souffrance tissulaire mettant en jeu le pronostic vital
- Collapsus = défaillance circulatoire résultant d'un déséquilibre entre le système circulatoire et le volume liquidien intra vasculaire
- choc = collapsus + souffrance cellulaire
- le système cardiovasculaire dépend de : la pompe cardiaque, la volémie, la capacité du lit vasculaire
- la pression artérielle (P) = Q x R, $Q = VES \times FC \Rightarrow P = VES \times FC \times R$
- lors du collapsus il y'a chute de la TA
- **le choc compensé :**
 - stimulation des R alpha => vasoconstriction => augmentation des R
 - stimulation des R beta => augmentation de la FC + inotropisme + => augmentation du débit cardiaque
 - vasoconstriction prédomine dans les territoires splanchniques et cutanés
 - Début d'hypoxie tissulaire + acidose métabolique + hyperglycémie (glucose non dégradé)
- **choc décompensé**
 - effondrement du débit cardiaque
 - stase capillaire + détérioration de la paroi des capillaires (œdème)
 - formation de micro agrégats dans les capillaires (CIVD)
 - rein : oligoanurie (diminution du débit rénal et de la FG)
 - foie : nécrose centro-lobulaire
 - cerveau et cœur : longtemps protégés

Etiologies :

- **Choc hypovolémique :**
 - baisse importante de la volémie
 - PVC < 3cm Hg (normale = 3 à 8 cm Hg)
- **Choc vasculaire (vasoplégique)**
 - vasodilatation périphérique => diminution du retour veineux
 - se voit au cours de choc endotoxinique, choc anaphylactique
 - la PVC est basse
- **Choc cardiogénique**
 - par défaillance de la pompe cardiaque par défaut d'éjection ou défaut de remplissage
 - la PVC est élevée
 - causes :
 - IDM
 - IDM du VD
 - Embolie pulmonaire massive
 - Troubles du rythme : TV, FV, BAV
 - Insuffisances valvulaires aiguës
 - Tamponnade cardiaque
 - Dissection aortique
 - Cardiomyopathie au stade ultime

Clinique :

- sueurs profuses, extrémités froides pâles cyanosées, marbrures
- oligurie < 20cc/h
- polypnée superficielle > 20c/min
- Signes neurologiques retardés (agitation, agressivité, troubles de la conscience...)
- A ne pas confondre avec un choc vagal : associe nausées vomissement, bradycardie sinusale ou BAV, extrémités chaudes

Traitement

- mesures de réanimations
- bilan initial (Rx, ECG, groupage, NFS, urée, enzymes cardiaques...)
- armes thérapeutiques :
 - **dopamine** :
 - possède des propriétés alpha et beta
 - action spécifique sur le territoire splanchnique et rénale
 - à faible doses (1 à 10 gamma/kg/min) elle augmente l'inotropisme
 - à plus forte dose elle entraîne une vasoconstriction périphérique
 - **dobutamine** :
 - effets inotropes sans effets chronotropes ni sur la résistance vasculaire
 - **isoprenaline** :
 - beta inotrope +
 - utilisation limitée en raison de l'importante tachycardie et vasoconstriction qu'elle induit
 - **diurétiques d'action rapide** : lorsque la précharge augmente sur cœur défaillant
 - **liquides de remplissage** : macromolécules, sang totale, plasma
 - **vasodilatateurs injectables** : pour réduire la précharge (lenital), la postcharge (regitine), les deux (nipride)
- indications
 - **choc hypovolémique** :
 - le remplissage seul suffit avec surveillance de la PVC,
 - l'usage de drogues vaso-actives est exceptionnel
 - **choc infectieux** :
 - remplissage + drogues vaso-actives + ATB
 - **choc cardiogénique** :
 - drogues vaso-actives + lenital à la seringue électrique + diurétiques + anticoagulants
 - contre pulsion par ballonnet intra-aortique si échec du traitement médical
 - en cas de TV, FV : CEE
 - BAV : isuprel (8amp dans 500cc de SGI), monté de sonde d'électro-entraînement
 - Insuffisance valvulaire aigue : drogues vaso-actives + DN + digitaliques, chirurgie en urgence
 - Tamponnade : ponction péricardique
 - Embolie pulmonaire : thrombolyse relai héparine + isuprel, traitement chirurgical (emboléctomie)