



# **CHOC ET PATIENTE INCONSCIENTE**

# Plan

- Objectifs
- Définition du choc
- Signes du choc
- Causes du choc
- Prise en charge du choc
- Causes d'une inconscience
- Prise en charge d'une inconscience

# Objectifs

- ✓ Poser le diagnostic du choc suivant le schema ABCD
- ✓ Poser le diagnostic du coma et classifier les niveaux de conscience (AVPU)
- ✓ Réaliser un examen secondaire pour déterminer la cause et rechercher d'autres pathologies
- ✓ Prendre en charge une patiente en choc, avec une baisse de niveau de conscience
- ✓ Traiter la cause et autres pathologies

# Définition du choc

- Un pouls rapide et filant: sup à 120 battements par minute
- Une Peau moite avec extrémités froides
- Une tension artérielle basse : inférieure à 80/40mmHg
- Une respiration rapide : au delà 16 cycles par minutes

# Signes de choc

## Signes précoces

- ✓ **Cerveau (SNC)** : Agitation, confusion, somnolence, perte de conscience ou coma
- ✓ **Peau** : Sueur froide ou peau moite, extrémités froides
- ✓ **Respiration** : polypnée
- ✓ **Conjonctives** : Palpébrales pâles ou injectées, les bulbaires sub ou ictériques
- ✓ **Pouls** : Filant et rapide ( parfois pouls bondissant)
- ✓ **TA** : Basse parfois imperceptible

## Signes tardifs

- ✓ **Rein** : Oligo-anurie
- ✓ **Foetus** : Souffrance foetale → mort foetale.

# Causes de choc

## Deux causes majeures chez une femme enceinte:

- **Hémorragie:**

- ✓ Antépartum: avortement, GEU, grossesse molaire, PP, traumatisme
- ✓ Perpartum: DDPNI, PP, rupture utérine
- ✓ Postpartum: atonie utérine, rétention placentaire, lésions des parties molles, inversion utérine, coagulopathies.

- **Infection** (septicémie):

- ✓ avortement septique,
- ✓ chorio-amnionite....

## Autres

- Choc cardiogénique (défaillance de la pompe cardiaque)
- Choc anaphylactique

# Prise en charge

Trois volets de prise en charge:

- Immédiate
- Spécifique
- Complémentaire.

# Prise en charge immédiate 1/2

- ✓ Appelez à l'aide
- ✓ **Voies respiratoires (A) et Respiration (B)**
- **Evaluer les voies respiratoires**
- **Si pas de respiration:** dégager les voies respiratoires et ventiler
- **Donner l'oxygène** 6 à 8l/min (si disponible)
- ✓ Surveiller les signes vitaux



# Prise en charge immédiate 2/2

## Circulation

- Evaluer en vérifiant le pouls, la coloration, TA et état de conscience
- Placer un abord veineux de gros calibre pour un remplissage rapide et immédiat
- Prélèvement sanguin pour l'analyse du laboratoire ( Hb, GS et Rhesus, test de coagulation)
- Placer la sonde vésicale à demeure
- Couvrir la femme avec un drap pour éviter la baisse rapide de température

# Prise en charge spécifique 1/4

## Remplissage vasculaire

Si pouls > 100 / minute ou TA < 90 mm Hg ou saignement vaginal important

- Perfuser **1 litre de liquide** ( Ringer Lactate ou Sérum physiologique) **en 20 minutes**
- Puis donner **1 litre en 30 minutes**
- Re-évaluer la situation et répéter si nécessaire

# Prise en charge en cas d'hémorragie

Signes	Sang perdu	Action
Faible augmentation du pouls	700 ml	Donner les liquides IV
Augmentation du pouls et de la fréquence respiratoire	1500 ml	Donner les liquides IV
Baisse de TA	2000 ml	Donner les liquides IV et le sang
Froideur, somnolence, pouls très élevé, TA très basse	2500 ml	Transfusion nécessaire

# Prise en charge spécifique 2/4

## Déterminer et traiter la cause

### ✓ Si Hémorragie:

- Arrêter l'hémorragie en fonction de l'étiologie: ocytociques, massages, compression bimanuelle, compression de l'aorte, chirurgie
- Transfuser pour compenser les pertes de sang ( SONU C)

### ✓ Si Infection (septicémie):

- Prélèvements pour labo (culture + antibiogramme, tests inflammatoires...
- Antibiothérapie en association, à fortes doses par voie parentérale .

### ✓ Si traumatisme: chirurgie

# Prise en charge spécifique 3/4

## Éléments de surveillance

- ✓ Re-évaluer fréquemment
- la mère : signes vitaux, bilan hydrique, médicaments
- le foetus: BCF

# Prise en charge complémentaire

Ré-évaluation:

Si amélioration:

- abaisser le débit de perfusion et continuer le traitement étiologique du choc

Si non amélioration :

- Maintenir la perfusion en abaissant le débit + oxygénothérapie
- Surveiller attentivement la patiente;
- Récupérer les résultats des analyses de labo et faire d'autres examens
- Référer (SONUB → SONUC), ou si autre cause.

# **PACIENTE INCONCIENTE**

# Causes de l'inconscience

- Une baisse de la conscience signifie un manque d'oxygène au niveau du cerveau.
- Manque d'oxygène au niveau du cerveau peut être due à une baisse de la perfusion cérébrale ou une baisse de concentration d'oxygène dans le sang.

# Prise en charge de l'inconscience

## ✓ Evaluation du niveau de conscience

**A - Alerte**

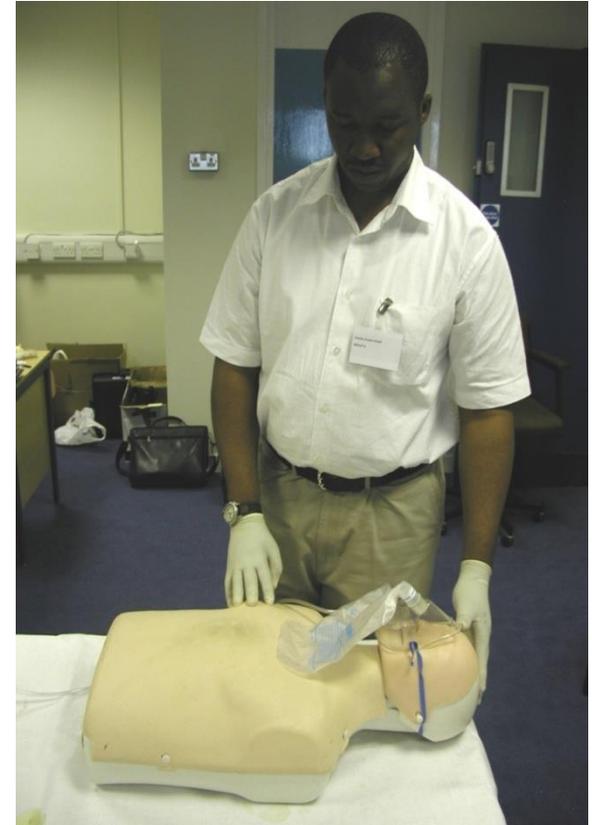
**V - Voix**

**P – Réponse à la douleur (Pain)**

**U – pas de réponse (Unresponsive)**

# Prise en charge d'une inconscience

- ✓ **Appeler à l'aide**
- ✓ **Vérifier la respiration**
  - Placer la patiente en décubitus latéral gauche (si elle respire)
  - Dégager les voies aériennes et assister la respiration
  - Donner l'oxygène si disponible



# Prise en charge d'une inconscience

- ✓ Vérifier la circulation, le pouls, la TA et la température
- ✓ Evaluer les pupilles
- ✓ Placer un abord veineux
- ✓ Placer la sonde urinaire à demeure
- ✓ Vérifier l'âge gestationnel et les BCF, si elle n'a pas encore accouché
- ✓ Demander à l'accompagnant si elle a les antécédents de convulsions
- ✓ Identifier et traiter la cause:
  - Eclampsie, épilepsie, paludisme, diabète, septicémie, méningite , pneumonie.....



# Résumé

- ✓ Diagnostic du choc
- ✓ Causes
  - Hémorragie
  - Septicémie
- ✓ Principes de la Prise en Charge du choc
- ✓ Classification du niveau de conscience **AVPU**
- ✓ Prise en charge d'une baisse de la conscience



**MERCI**