

LES ETATS DE CHOC DE L'ENFANT

1. DIAGNOSTIQUER UN ETAT DE CHOC

1- Evaluation clinique initiale

- 1^{er} signes de choc:

tachycardie et hypoperfusion cutanée (mécanismes sympathiques de compensation).

- Signes intermédiaires : oligurie et altération de l'état de conscience.
- Signe tardif: hypotension artérielle.

- Paramètres hémodynamiques « F4P » :

Fréquence cardiaque

Pression artérielle

Pré-charge: hépatomégalie, volume des jugulaires, crépitants

Pouls centraux (brachial ou fémoral avant 1 an, carotidien après 1 an) et périphériques (l'amplitude des pouls reflète le volume d'éjection et la tension artérielle [TA] différentielle)

Perfusion :

☐ Cutanée : temps de recoloration cutanée (TRC normal < 3 secondes), coloration (marbrure, pâleur, cyanose périphérique), température des extrémités

☐ Cérébrale : état de conscience

☐ Rénale : recueil des urines et mesure de la diurèse (normale : 1 ml/kg/heure chez l'enfant ; 0,5 ml/kg/heure chez l'adolescent).

Choc compensé :

TA normale pour l'âge:

Tachycardie, marbrures, TRC allongé, extrémités fraîches, TA normale pour l'âge, pouls périphériques filants, tachypnée, conscience normale ou peu altérée, diurèse diminuée.

Choc décompensé:

TA abaissée et trouble de la conscience= arrêt cardio-respiratoire imminent:

Hypotension, tachycardie importante, pouls centraux faibles, tachypnée, pâleur, marbrures, cyanose périphérique modérée, TRC très allongé, trouble de la conscience, irritabilité, léthargie, diurèse effondrée.

2- Diagnostic étiologique :

- a) En fonction du mécanisme :

Hypovolémique

Septique

Défaillance myocardique

Anaphylactique

Obstacle à l'éjection ventriculaire ou obstructif: pneumothorax ou tamponnade

Neurogénique.

- b) En fonction de l'âge :

☐ Nouveau-né : choc septique (infection néonatale) ou cardiogénique (coarctation de l'aorte)

☐ Nourrisson : choc hypovolémique par déshydratation (gastro-entérite) ou choc septique (pneumocoque ou méningocoque)

☐ Enfants et adolescents: choc septique (méningocoque ou pneumocoque et de plus en plus

streptocoque, voire staphylocoque) ou anaphylactique.

2. PRISE EN CHARGE IMMEDIATE :

Tout se joue dans la 1^{ère} heure, après reconnaissance du choc.

1) Traitement initial en urgence

- Libération des voies aériennes.
- Oxygénation systématique par masque à haute concentration : assurer une ventilation efficace, avec pour objectif une SaO₂ > 95% (masque facial ou ventilation assistée au ballon, ± intubation).
- Poser au moins 1 voie d'abord :

Choc compensé : voie périphérique

Choc décompensé : voie intra-osseuse ou voie centrale.

- Paramètres de surveillance: monitoring FR, FC, pouls, TA, SaO₂, température, diurèse.
- Expansion volémique :

En l'absence de signes d'insuffisances cardiaques congestives (hépatomégalie, râles crépitants, bruits de galop) : **NaCl 0,9% : 20 ml/kg IV/IO** aussi rapidement que nécessaire.

Réévaluation systématique entre chaque expansion volémique.

Objectifs et critères de jugement :

- Récupération rapide du niveau de conscience attendu pour l'âge
- Baisse de la fréquence cardiaque
- Correction de l'hypotension artérielle
- Reprise de la diurèse.

2- Traitement spécifique des états de choc

Hypovolémique :

- Continuer expansion par sérum physiologique Na Cl 20 ml/kg IV, puis réévaluer
- Envisager vasopresseurs si mauvaise perfusion persistante malgré prise en charge.

Hémorragique :

- Continuer expansion par sérum physiologique Na Cl 20 ml/kg IV, puis réévaluer
- Juguler l'hémorragie si possible
- Si urgence majeure, utiliser culot O Rh négatif sans cross match Concentrés érythrocytaires : 10 à 20 ml/kg
- Envisager vasopresseurs si hypo-perfusion persistante et TA effondrée.

Cardiogénique :

- Echographie cardiaque dès que possible:

Une expansion volémique sur dysfonction myocardique par obstacle type sténose aortique entraînerait un décès si elle était faite

- Si Pré-charge augmentée : restriction hydrique et furosémide IV
- Antiarythmique si trouble du rythme symptomatique contribuant au choc
- Dobutamine ± dopamine si choc persistant.

Septique:

- Répéter sérum physiologique 20 ml/kg IV, avec réévaluation clinique entre chaque remplissage Jusqu'à 60 ml/kg)
- Antibiothérapie IV empirique après prélèvements
- Choc réfractaire au remplissage : envisager noradrénaline ou dopamine et transfert en Réanimation pédiatrique obligatoire.

Obstructif :

- Pneumothorax sous tension : décompresser à l'aiguille puis drain thoracique
- Tamponnade : administrer sérum physiologique. Si besoin ponction péricardique Réévaluer.

Anaphylactique :

- Cesser l'exposition à l'allergène
 - Adrénaline intramusculaire 0,01 mg/kg dans la cuisse
 - Adrénaline en perfusion continue si échec des injections IM répétées et choc décompensé
 - Traiter un bronchospasme: salbutamol en nébulisation, voire IV
-
- Méthylprednisolone IV 1 à 2 mg/kg.