

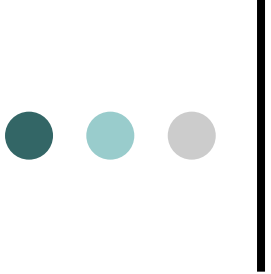


# La reconnaissance de la gravité d'un état septique

P Pavese

CHU de Grenoble

JNI Juin 2009

- 
- Il est 23h00 et vous faites votre tour dans le service de médecine où vous travaillez
  - Melle M, 22 ans, sans antécédent, est hospitalisée depuis cet après-midi pour une pyélonéphrite.
  - Lorsque vous arrivez dans sa chambre, elle frissonne et elle est agitée ...
  - Elle est tachycarde et a 39° de température



# Vous évoquez

1. Une embolie pulmonaire
2. Un choc septique à point de départ urinaire
3. Une fièvre mal tolérée
4. Une méningite
5. Un infarctus



# Vous évoquez

1. Une embolie pulmonaire



2. Un choc septique à point de départ urinaire



3. Une fièvre mal tolérée



4. Une méningite



5. Un infarctus



● ● ● | Quels sont les paramètres qui confortent le diagnostic de sepsis sévère à point de départ urinaire?

1. Fréquence cardiaque 80/mn
2. Saturation 90%
3. TA 130/60
4. Diurèse à 50 cc depuis l'entrée
5. Fréquence respiratoire 30/mn

● ● ●

# Quels sont les paramètres qui confortent le diagnostic de sepsis sévère à point de départ urinaire?

1. Fréquence cardiaque 80/mn



2. Saturation 90%



3. TA 130/60



4. Diurèse à 50 cc depuis l'entrée



5. Fréquence respiratoire 30/mn





# Choc septique

- Réponse inappropriée à une infection  
Hypo TA + tachycardie + polypnée +  
fièvre
- Mortalité : 30%

# ● ● ● Définitions actuelles

## **SEPSIS**

### **Un foyer infectieux et**

au moins 2 des signes suivants

- température rectale  $> 38^{\circ}\text{C}$  ou  $< 36^{\circ}\text{C}$
- fréquence cardiaque  $> 90/\text{mn}$
- fréquence respiratoire  $> 20/\text{mn}$
- leucocytes  $> 12 \text{ G/l}$  ou  $< 4 \text{ G/l}$





# Définitions actuelles



**SEPSIS SEVERE** SEPSIS et dysfonction d'au moins 1 organe

**CHOC SEPTIQUE** SEPSIS SEVERE et hypoTA  
PERSISTANTE

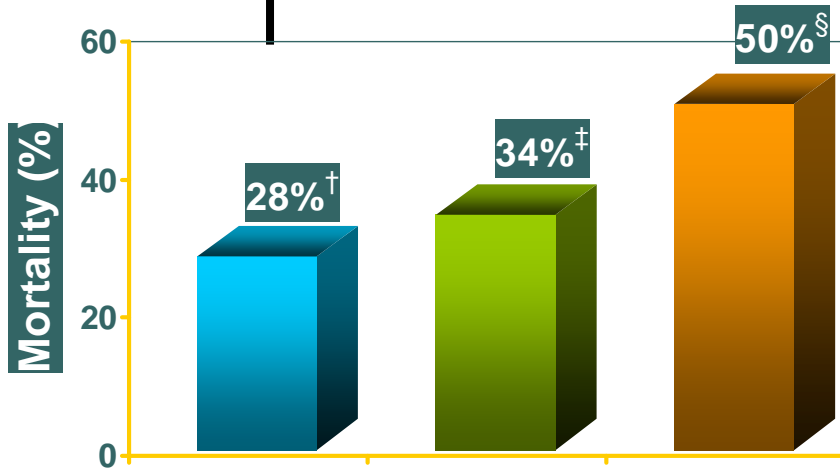
- malgré remplissage vasculaire adéquat (pas de reponse en 2 heures)
- nécessité de drogues inotropes ou vasoactives

**DEFAILLANCE multiviscérale**

# Epidémiologie des sepsis

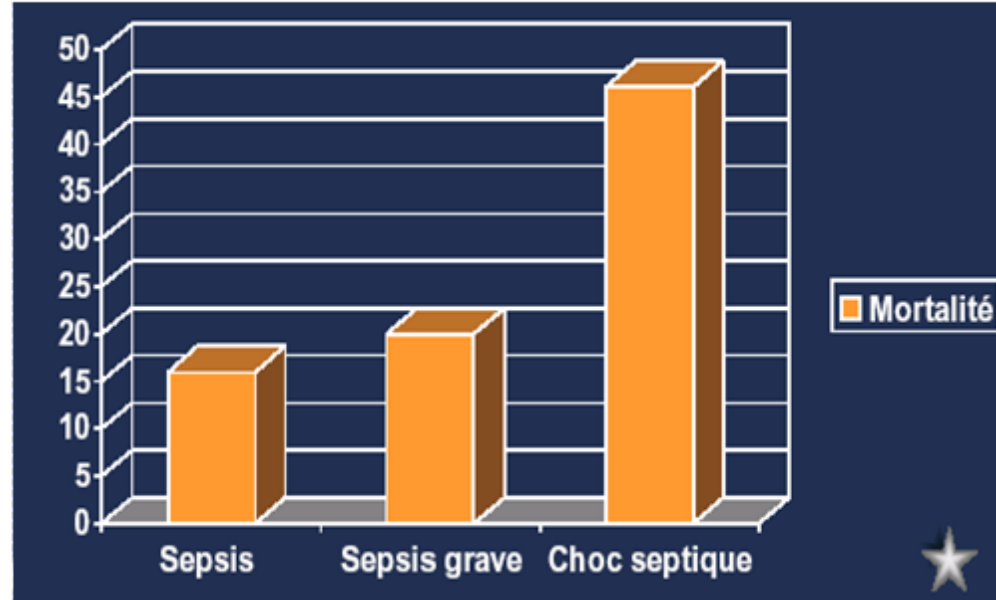
- SEPSIS = 11° cause de mortalité
  - 1° cause de mortalité des USI non cardiologiques
- Mortalité : en moyenne 30%
- monomicrobien : 90%
  - CGP 50% > BGN 35% > champignons 5%

# Mortalité



La mortalité est variable en fonction des séries :

- DMV : 15%



La mortalité est variable en fonction de la gravité initiale

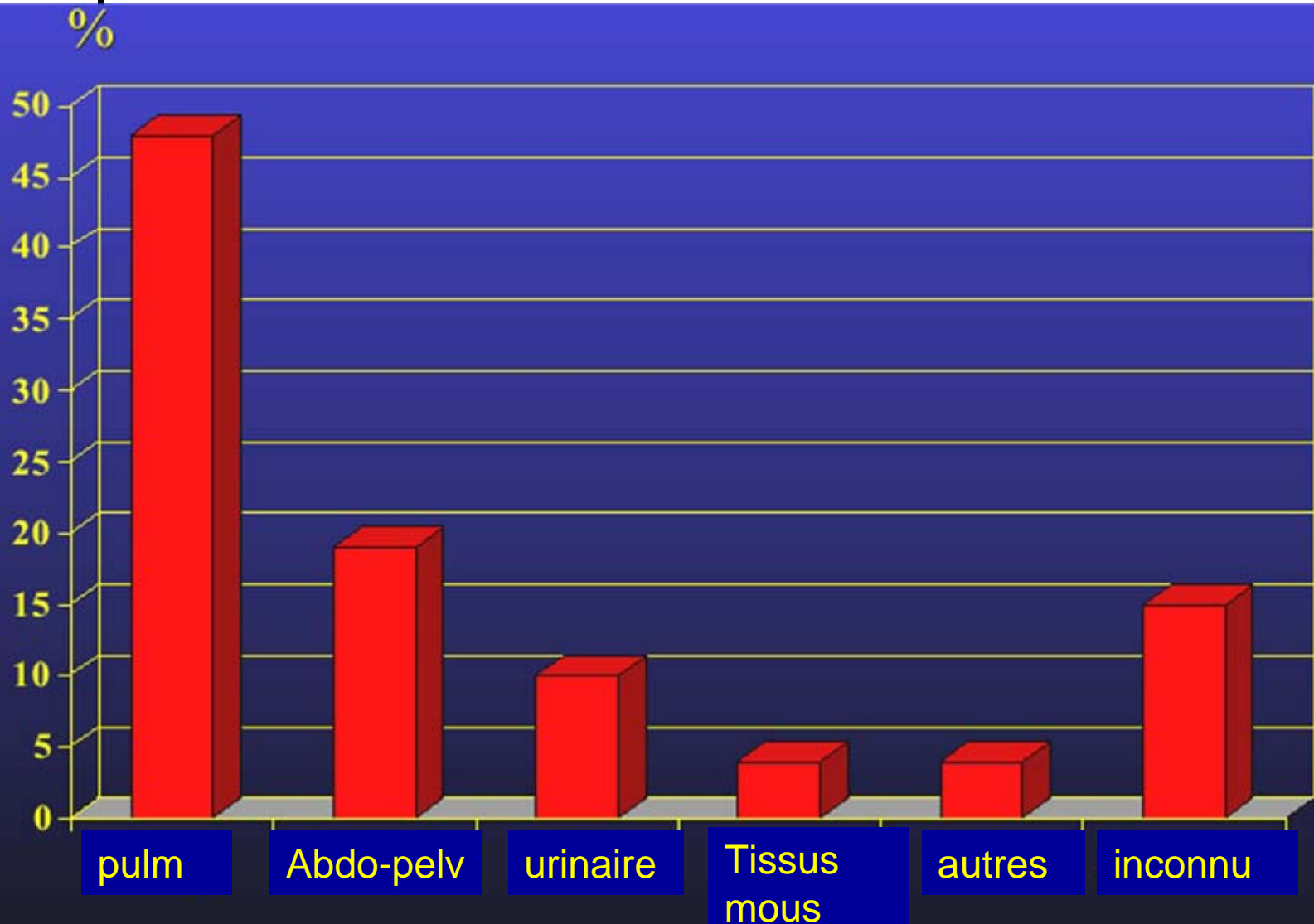
Elle est stable au cours du temps

**1995 : 59%**

**2005 : 42%**

# Epidémiologie : causes des sepsis

**Poumon >> abdomen > urines.....**





# CHOC SEPTIQUE



Fc > 120/mn  
TA < 100 ou -40  
VC périphérique,  
marbrures





## Que faut-il faire pour améliorer cette patiente?

1. Mettre de l'oxygène (1 à 2 l/mn)
2. Avoir un bon abord veineux : il va falloir faire un remplissage efficace
3. Doubler les doses d'antibiotiques
4. Donner un calmant



# Que faut-il faire pour améliorer cette patiente?

1. Mettre de l'oxygène (1 à 2 l/mn)



2. Avoir un bon abord veineux : il va falloir faire un remplissage efficace



3. Doubler les doses d'antibiotiques



4. Donner un calmant



● ● ● | Il faut commencer par un remplissage efficace. Quel est le bon réflexe?

1. Au mieux, il faut 2 VVP de gros calibre (14 G)
2. On utilise généralement du sérum salé : 500 cc /2h
3. On utilise généralement du sérum salé : 500 cc /15 mn
4. On utilise uniquement des colloïdes par exemple du Voluven





Il faut commencer par un remplissage efficace. Quel est le bon réflexe?

1. Au mieux, il faut 2 VVP de gros calibre (14 G)



2. On utilise généralement du sérum salé : 500 cc /2h



3. On utilise généralement du sérum salé : 500 cc /15 mn



4. On utilise uniquement des colloïdes par exemple du Voluven



● ● ● | Principes du traitement :

Remplissage

= Correction du déficit  
volémique, absolu ou relatif,  
pour prévenir une souffrance tissulaire

**Remplissage**

**= geste banal en médecine d'urgence**



# Modalités de remplissage

## Voies d'abord :

⇒ en urgence: **2 VVP de bon calibre (14G)** permettent d'assurer un débit suffisant

- **KT orange : 14 GA = 330 ml/min**
- **KT gris : 16 GA = 205 ml/min**
- **KT vert : 18 GA = 97 ml/min**
  
- KT rose : 20 GA = 62 ml/min
- KT bleu : 22 GA = 36 ml/min

**Agir avant l'hypoTA si possible !**



# Produits de remplissage

## PRODUITS D'ORIGINE HUMAINE

produits labiles : CGR , (PFC)

produits stables : Albumine

## PRODUITS DE SYNTHÈSE

### Cristalloïdes

effet lié à l'osmolalité

- NaCl 9‰

- Ringer, Ringer-lactate

### Colloïdes

effet lié au pouvoir oncotique

- Gélatines

- Dextrans

- HEA: Hydroxyethylamidons

organisée conjointement par  
la Sfar et la SRLF

## Prise en charge hémodynamique du sepsis sévère (nouveau-né exclu)

Avec la participation de l'Association des Anesthésistes  
Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française  
du Groupe Francophone de Réanimation et Urgences  
Pédiatriques  
de la Société Francophone de Médecine d'Urgence

Jeudi 13 octobre 2005

Amphithéâtre ROUVILLOIS

École d'Application du Service de Santé



# Recommandations du consensus

- Objectif du remplissage
  - PAM > 65 mmHg
- On utilise les cristalloïdes isotoniques
  - NaCl 9/1000
  - 500 cc / 15 mn à renouveler

● ● ● | Malgré le remplissage correct que vous avez effectué avec le médecin de garde, la TAs reste  $< 70$  mm Hg. Quelle va être la suite de la prise en charge?

1. Dobutamine au pousse-seringue IV
2. Adrénaline au pousse-seringue IV
3. Noradrénaline au pousse-seringue IV
4. Passage en réanimation

● ● ●

Malgré le remplissage correct que vous avez effectué avec le médecin de garde, la TAs reste  $< 70$  mm Hg. Quelle va être la suite de la prise en charge?

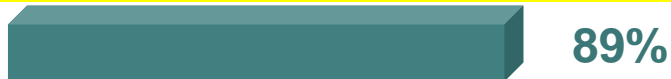
1. Dobutamine au pousse-seringue IV



2. Adrénaline au pousse-seringue IV



3. Noradrénaline au pousse-seringue IV



4. Passage en réanimation





### Question 3 :

Quelle est la place des médicaments inotropes positifs et vasoactifs ?

#### Traitement vasoconstricteur

Les médicaments vasoconstricteurs doivent être utilisés si le remplissage vasculaire ne permet pas d'obtenir une PAM  $>$  65 mmHg (grade B). L'utilisation précoce de ces agents est recommandée car elle permet de limiter la survenue des défaillances viscérales (grade E).

La noradrénaline étant la plus puissante des amines vasoconstrictrices, elle doit être utilisée en première intention (grade E).

La vasopressine (0,01 à 0,04 U/min) ou la terlipressine (bolus de 1 à 2 mg) peut être utilisée dans les chocs réfractaires (grade E).