

Les jeudis de l'urgence

Jeudi 26 janvier
20011

Sepsis

un cas clinique pré hospitalier



Boulle Philippe
Interne SAMU- SMUR

Chronologie de l'intervention



- Appel patient vers 14h49 au CTA , départ VSAV 14h50
- 14h51 contre appel samu: messagerie
- 15h15 bilan VSAV: homme 42 ans , tachycardie , TA 10/6, douleur gorge et abdomen, vertige
- Déclenchement SMUR pour réalisation notamment d'un ECG

Examen clinique à l'arrivée SMUR



- Homme 42 ans
- Antécédents: diabétique, HTA , pb pancréatique (insuffisance?)
- Ttt : levemir, tahor, propanonol, creon, primperan , spironolactone, pantoprazole, contramal, ixprim, largactil
- Motif d'appel: malaise après consommation d'alcool (interrogatoire limité par barrière linguistique) douleur gorge et abdominale

Examen clinique



- Signes de choc: Pâleur, sueur
- Cardio: Bruit du cœur assourdis, tachycardie sinusale
- Pneumo: toux grasse sans expectoration, tachypnée
- Abdo: souple dépressible, sensible en péri-ombilical, langue rôtie
- Neuro : G15 sans déficit
- ECG tachycardie sinusal
- Parametre vitaux
 - ✦ FR 30 avec Sat 97 •Temp 36.5
 - ✦ Glycemie 3.66 •Hb 13.7

Ta 60/30 puis 13/9 à gauche, 80/50 puis 70/50 a droit

Prise en charge smur



- VVP 18G × 2
- Remplissage sur 40 min
 - ✦ Remplissage : voluven 1L
 - ✦ Serum physiologique 1L
- monitoring
- Antalgie : titration morphine 3mg au total

évolution



- Désaturation avec sat à 94 % sous 3l oxygène
- Appel SAMU pour régulation impossibilité à joindre pour bilan
- Départ pour NHC
- Hypotension persistante malgré remplissage
- Lors de prise en charge smur apparition d'une défense abdominale diffuse
- Contact du réanimateur medical : examen dans VSAV et préconise
- TDM avant admission qui révèle
 - ✦ ascite
 - ✦ Absence de pneumopéritoine
 - ✦ Calculs biliaire
 - ✦ Aspect de colite angle droit
- Biologie a l'admission en réanimation
- thrombopenie 80 000
- Leucocytose 30 000 avec lactate 20 , ph 7.15

Hypothèse diagnostique



- Acido-cétose: diabétique , tachypnée, hyperglycémie
- Hémorragie digestive: syndrome de choc, contexte antécédent digestif au vu du traitement
- Dissection aorte
- Infection liquide ascite ?

Evolution en reanimation



- **Juste apres admission:**
 - ✦ IOT
 - ✦ Noradrenaline
- **Nouvelle donnée atcd:**
 - pancréatite en aout 2009
 - éthylisme chronique
 - Cirrhose hépatique
 - Pleurésie purulente en 01/10
- **Examens complémentaires**
 - Ponction ascite stérile
 - Ecbu -
 - Hémoculture + a streptocoque β -hémolytique du groupe A
- **Point de depart**
 - Colite de l'angle droit avec laparotomie négative
 - Abscess du doigt 3 main gauche

Au total



- Mise sous antibiothérapie
- Puis évolution défavorable avec passage en défaillance multiviscerale
- Décès au 4eme jour
- Choc septique à point de départ cutané