

Chemin clinique Sepsis SAU Hautepierre

Marion Boulin

27/01/11

Cas Clinique

- Mme G, 78 ans, arrive Urgences pour malaise (16:30)
- **ATCD** : DNID, cardiopathie ischémique, PTH
- **Constantes** : FC = 100c/min, TA = 125/85mmHg, SaO₂ = 95%, T°C = 37.5°C
- **Examen** : contusion hanche, toux grasse, crépitants des bases
- **ECG** : sp
- **Thorax** : cardiomégalie, pas de foyer
- **Biologie** :
 - Créatinine = 115 µmol/L
 - CRP = 35 mg/L
 - GB = 13 200 /mm³

Evolution

- Transfert en UHCD
- Evolution à H+12 :
 - T°C = 39.1°C (hémoculture)
 - SaO₂ = 90% (introduction O₂ 2L/min)
 - GDS : PaO₂ = 58mmHg et lactates = 2.4mmol/L,
- Bilan du matin :
 - Crépitants base gauche
 - CRP = 120 mg/L,
 - GB = 12 800 / mm³
- Diagnostic de pneumonie, ATB débutée à 11h (H+18)
- Transfert en Médecine : amélioration mais décès brutal à J+16

Epidémiologie

- Incidence du sepsis au SAU mal évaluée, environ 3%

Strehlow MC, Ann Emerg Med 2006

- 750 000 cas de sepsis sévère par an

Martin GS, N Engl J Med 2003

- 61% des sepsis sévères sont passés au SAU

Angus DC, Crit Care Med 2001

- Mortalité : 15% à 40-50% du sepsis sévère au choc

- 10^{ième} cause mondiale de mortalité

Annane D, Lancet 2005

Questions posées

- Comment mieux reconnaître le sepsis aux Urgences ?
 - Comment améliorer la prise en charge du sepsis aux Urgences ?
- ➡ Réponse proposée : Création d'un chemin clinique portant sur le sepsis

Critère d'un sepsis (1992)

- Réponse inflammatoire systémique (**SRIS**)

2 des signes suivants	
Température	> 38,3°C ou < 36°C
Fréquence cardiaque	> 90/min
Fréquence respiratoire PaCO2	> 20/min < 32 mmHg
Leucocytose	> 12000 ou < 4000/mm ³

- **Sepsis** : SRIS + Infection “cliniquement ou microbiologiquement documentée”
- **Sepsis sévère** : sepsis + défaillance d'organe
- **Choc septique** : défaillance hémodynamique nécessitant un vasopresseur

Bone RC, Chest 1992

Mais...

- Critères de SRIS peu spécifiques
- Et sepsis avérés sans SRIS
- PEC aux Urgences souvent précoce, sans fièvre à l'admission...
 - ➔ Révision des critères de sepsis, en particulier aux Urgences
 - ➔ Création d'un chemin clinique basé sur la revue de la littérature et des consensus

Consensus internationaux et nationaux

- Surviving Sepsis Campaign 2004 révisée en 2008

Dellinger RP, Crit Care Med 2008

- Groupe Transversal Sepsis 2006

– ADARPEF, GFRUP, SAMU de France, SFAR, SFMU, SPILF, SRLF

– Recommandations sur le diagnostic d'un état septique et sur le délai et le type de PEC

Référentiel SFMU 2006

- TIME IS LIFE

Consensus : Diagnostic

- Elargissement des critères de SIRS :

2 des signes suivants	
Température	> 38,3°C ou < 36°C
Fréquence cardiaque	> 90/min
Fréquence respiratoire PaCO ₂	>20/min < 32 mmHg
Leucocytose	> 12000 ou < 4000/mm ³
Altération des fonctions supérieures	Confusion
Temps de recoloration capillaire	> 2 s
Glycémie (en dehors du diabète)	> 7,7 mmol/L
Lactatémie	> 2 mmol/L

- **Sepsis** : SRIS + Infection documentée

Consensus : Diagnostic

- Critères de sepsis sévère :

1 des signes suivants	
Pression artérielle systolique	< 90 mmHg ou < PA habituelle – 40 mmHg
Pression artérielle moyenne	< 70 mmHg
Lactatémie	> 4 mmol/L
SpO2 en AA ou besoin d'O2	< 90 %
Troubles des fonctions supérieures	Encéphalopathie GCS < 14
Oligurie	< 0,5 ml/kg/h pdt > 2h
Bilirubine	> 34 mmol/L
Plaquettes	< 100 000 /mm ³

- Choc septique : critères inchangés

Consensus Groupe Transversal

Sepsis 2006 : PEC

- Monitoring / 15' : PA, FC, SaO₂, FR
- Prélèvements microbiologiques avant l'administration des antibiotiques
- Prescrire dans les 3 heures une antibiothérapie probabiliste à large spectre (allergies exclues)
 - Dans l'heure en cas de choc septique
- En cas d'hypotension :
 - Débuter une expansion volémique par cristalloïde (20 à 40 ml/kg de poids corporel estimé en 1h)
 - Soit environ 500 ml/15' à renouveler
 - Objectifs PAS > 90 mmHg

CHEMIN CLINIQUE : SEPSIS AUX URGENCES

Y penser devant l'association :

- fièvre > 38,3 ET anomalie hémodynamique :
 - Tachycardie > 90 bpm et/ou
 - TA syst. ≤ 90mmHg
- et/ou devant un tableau clinique spécifique du ②

étiquette

① Evaluation du syndrome septique :

1. **Syndrome septique** (sepsis), 2 critères parmi (cases à cocher) :

- a - Temp > 38,3°C ou < 36°C
- b - Fc > 90c/min
- c - F resp > 20c/min ou PaCO2 < 32mmHg
- d - Altération fonctions supérieures
- e - Leucocytose > 12 000 él/mm³ ou < 4000 él/mm³
- f - Lactates > 2 mmol/L

2. **Syndrome septique sévère** : sepsis + signe de dysfonction d'organe (cases à cocher) :

- a - hypoTA < 90mmHg (ou ↓ de > 40mmHg/chiffre de base) OU Lactates > 4 mmol/L
- b - SpO2 < 90% en air ou nécessité d'oxygène (objectif : SaO2 > 95%)
- c - Syndrome confusionnel
- d - Oligurie < 0.5mL/kg/h
- e - Thrombopénie < 100 000 élts/mm³
- f - Hyperbilirubinémie > 34mmol/L

⇒ nombre de défaillances (entourer) : 1 2 3 ≥ 4


3. **Choc septique**

- a - hypoTA malgré remplissage (20-40ml/kg cristalloïde)

② Le patient présente une infection probable (case à cocher) :

- | | | |
|--------------|-------------------------|-------------|
| 1. pneumonie | | 3. urinaire |
| 2. abdomen : | a - biliaire | 4. cutanée |
| | b - sigmoïdite | 5. purpura |
| | c - péritonite | 6. autre |
| | d - cellulite périnéale | |

③ Conduite à tenir choc septique/ syndrome septique sévère:

1. Monitoring : TA, Fc, SaO2, Fr / 15min
2. Prélèvements microbiologiques immédiats
3. Antibiothérapie dès prélèvements effectués dans les 3h (allergies à exclure)
4. si Choc : remplissage vasculaire : 500ml physio/15min (20-40ml/kg)
 - a - Objectif : PAS > 90mmHg ou PAM > 65mmHg
 - b - Au bout de 90min → correction hypotension :  oui ⇒ poursuite surveillance
non ⇒ appel Réa Med (Htpierre, Bip 6145)

Conclusion

- La reconnaissance précoce du sepsis conditionne son pronostic :
 - Le traitement précoce du sepsis diminue de 16% la mortalité intra-hospitalière
Dellinger RP, Crit Care Med 2008
 - Chaque heure de retard à la mise en route des ATB augmente de 7,6% la mortalité du CS
Kumar A, Crit Care Med 2006
- La création du CC a pour but d'améliorer cette reconnaissance précoce et permettre un traitement rapide et efficace du sepsis au SAU

Evaluation prospective du CC

- Etude en cours sur 183 dossiers entre Juillet 2009 et Décembre 2010 (thèse)
- Profil des syndromes septiques aux SAU de Haute-pierre
- Evaluation de la PEC instaurée : prélèvements, délai des ATB, remplissage...
- Devenir des patients septiques passés aux SAU
- Adaptation du CC selon les résultats

Evaluation du remplissage

	Total	Sérum Physio seul	Macromolécules seules	Sérum Physio et Macromolécules
Actes de remplissage	52	20	19	13
Volume moyen (L)	0,91	0,95	0,57	1,34
Nombre de remplissage à débit > 0,5L/15'	6	4	0	2
Nombre de remplissage à débit < 0,5L/15'	47	16	19	11

Je vous remercie...