



**Prise en charge des états septiques graves dans les services d'urgence**

Professeur Jean-Louis Pourriat  
Service des urgences médicochirurgicales et médicojudiciaires  
Hôtel-Dieu - Université Paris V  
Place du Parvis Notre Dame  
75004 Paris

Le sepsis sévère et le choc septique ont des taux de mortalité proches de 50%. Ce n'est que très récemment que les communautés médicales internationales ont réalisé qu'il devenait impérieux de développer des stratégies ayant pour objectif de diminuer cette mortalité. Dans ce but, à côté d'une antibiothérapie et d'un contrôle du foyer infectieux, plusieurs auteurs ont démontré l'efficacité de nouveaux traitements. Malheureusement, à l'opposé, les augmentations des taux de résistance aux antibiotiques compliquent l'efficacité espérée, malgré les politiques de maîtrise de l'antibiothérapie. Par ailleurs, de nombreux patients en sepsis sévère, se présentant aux urgences, peuvent y séjourner plusieurs heures avant d'être transférés en réanimation, ce qui contribue à aggraver le pronostic. Ces notions de délais ont fait émerger les concepts de « Golden Hour » ou de « Silver Day » permettant d'avoir pour objectif des actions diagnostiques et thérapeutiques basées sur la rapidité des moyens mis en œuvre.

Face à ce problème, l'European Society of Intensive Care Medicine, la Society of Critical Care Medicine et l'International Sepsis Forum ont proposé une stratégie dont le but est de diminuer à 25% la mortalité en 2009 (« Surviving Sepsis Campaign »)(1). En France, à la suite de la Conférence de Consensus commune SFAR-SRLF sur la prise en charge hémodynamique du sepsis sévère (2), un groupe de travail, regroupant plusieurs Sociétés Savantes (ADARPEF, GFRUP, SAMU de France, SFAR, SFMU, SPILF et SRLF)(3), a élaboré un texte dont l'objectif est double : 1) Reconnaître précocement les malades septiques, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, 2) Organiser la prise en charge initiale, et notamment l'articulation entre les services d'urgences (y compris pré-hospitaliers) et de réanimation.

**Reconnaître les états septiques graves** pose, pour le médecin urgentiste, le problème d'identifier rapidement les signes cliniques ou biologiques à valeur pronostique (4). Les états septiques se définissent par la présence d'une infection patente ou vraisemblable, accompagnée par une réaction systémique. Cette réponse systémique est nommée « syndrome inflammatoire de réponse systémique » (SIRS). Ce syndrome est défini par la présence d'au moins deux des signes suivants : 1) température supérieure à 38°C ou inférieure à 36°C, 2) fréquence cardiaque supérieure à 90/min, 3) fréquence respiratoire supérieure à 20/min (ou PaCO<sub>2</sub> inférieure à 32 torr), 4) leucocytose supérieure à 12 000/mm<sup>3</sup> ou leucopénie inférieure à 4000/mm<sup>3</sup> ou plus de 10% de formes immatures. Malheureusement, la plupart de ces paramètres ont une faible spécificité, ce qui a conduit à proposer d'autres échelles, en cours de validation (5-8). L'identification des malades en choc septique ne pose en principe guère de problème. L'apparition ou la persistance de l'hypotension (PAs <90 ou PAm <65 mm Hg) ou de signes francs d'hypoperfusion (lactatémie  $\geq$  4 mmoles/L, oligurie), malgré les manoeuvres initiales de remplissage vasculaire au cours d'un sepsis grave, ou d'emblée chez un malade ayant des signes d'infection, définit le choc septique.

**La prise en charge thérapeutique aux urgences** (dans les 90 premières minutes) repose avant tout sur une *antibiothérapie précoce* faisant appel aux conférences de consensus (9). Le *contrôle de la source de l'infection* doit être également effectué le plus rapidement possible.



Les infections communautaires, à l'origine des états septiques graves, sont largement dominées par les infections intra-abdominales et respiratoires, puis par les infections urinaires, de la peau et tissus mous. *L'optimisation de l'état hémodynamique* doit être conduit parallèlement dès les urgences. Il repose sur la mise en place systématique, sans délai, d'une *oxygénothérapie* et d'une voie d'abord vasculaire permettant un *remplissage vasculaire rapide* par des bolus de cristalloïdes (500 ml/15 min), en évaluant la réponse hémodynamique. L'absence de réponse satisfaisante au remplissage vasculaire au-delà de 60 minutes (= choc septique) impose le transfert rapide dans une structure de réanimation, après avoir mis en route l'ensemble des mesures thérapeutiques précédentes, et éventuellement débuté un traitement vasopresseur. Les autres moyens thérapeutiques seront discutés et conduits, dans le service de réanimation ou en collaboration avec les réanimateurs, toujours dans une optique de maîtrise absolue des délais (dans les six premières heures), ceci afin d'éviter tout retard délétère sur le pronostic : *traitement inotrope positif, corticoïdes, ventilation mécanique, protéine C activée, prophylaxie thromboembolique, prophylaxie anti-ulcéreuse, contrôle de la glycémie...*

#### Références :

1. <http://www.survivingsepsis.org>
2. Prise en charge hémodynamique du sepsis sévère, 2005. <http://www.sfar.org>
3. Groupe Transversal Sepsis. Prise en charge initiale des états septiques graves de l'adulte et de l'enfant, 2006, sous presse.
4. Nguyen HB, Rivers EP, Abrahamian FM, Moran GJ, Abraham E, Trzeciak S, et al. Severe sepsis and septic shock: review of the literature and emergency department management guidelines. *Ann Emerg Med*. 2006;48:28-54.
5. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Crit Care Med* 2003 ; 31 : 1250-1256
6. Cohen J, Brun-Buisson C, Torres A, and Jorgensen J. Diagnosis of infection in sepsis: an evidence-based review. *Crit Care Med* 2004 ; 32 : S466-S494
7. Alberti C, Brun-Buisson C, Chevret S, Antonelli M, Goodman SV, Martin C et al. Systemic inflammatory response and progression to severe sepsis in critically ill infected patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005 ; 171 : 461-468
8. Shapiro NI, Wolfe RE, Moore RB, Smith E, Burdick E, and Bates DW. Mortality in Emergency Department Sepsis (MEDS) score: A prospectively derived and validated clinical prediction rule. *Crit Care Med* 2003 ; 31 : 670-675
9. Antibiothérapie probabiliste des états septiques graves. Conférence d'experts, 2003. <http://www.sfar.org>

Tableau 6 - Le score MEDS, d'après [19]

Variable	Odds Ratio	95 % CI	Points
Maladie terminale (<30j)	6.1	3.6-10.2	6
Tachypnée/hypoxie	2.7	1.6-4.3	3
Choc septique	2.7	1.2-5.7	3
Plaquettes <150.000 /mm <sup>3</sup>	2.5	1.5-4.3	3
Formes jeunes >5%	2.3	1.5-3.5	3
Age >65 ans	2.2	1.3-3.6	3
Pneumopathie	1.9	1.2-3.0	2
Résident en secteur de long séjour/maison de retraite	1.9	1.2-3.0	2
Altération des fonctions supérieures	1.6	1.0-2.6	2

Un score <7 est associé à une mortalité <5%, entre 8-12, à une mortalité de 7% à 10%, entre 12 et 15, à une mortalité de 15% à 20%, et >15, à une mortalité de 40% à 50% [19].

L'ensemble de ces données permet d'affiner la notion de malade septique à risque d'évolution grave. Plus que les valeurs absolues de seuil, citées plus haut, c'est plutôt l'évolution des signes cliniques ou biologiques vers ces seuils lors d'évaluations rapprochées qui doit attirer l'attention. L'identification précoce de ces malades devrait permettre d'instaurer rapidement des mesures de surveillance rapprochée, et de prendre les mesures thérapeutiques appropriées. Les tableaux suivants donnent une synthèse pratique de ces éléments (Encadré 1).

## 1.1 Le sepsis grave et le choc septique

### PRISE EN CHARGE

#### 1 Objectifs :

##### 1.1 Rapidité (« septic clock »)

##### 1.2 Les 90 premières minutes :

###### 1.2.1 mesures d'urgence

###### 1.2.2 orientation des patients (d'après la conférence de consensus 2005 SFAR-SRLF) ([www.Sfar.org](http://www.Sfar.org) et [www.srlf.org](http://www.srlf.org))

###### 1.2.3 Au cours des six heures suivantes (d'après la conférence de consensus – [www.sfar.org](http://www.sfar.org) et [www.srlf.org](http://www.srlf.org))

###### 1.2.4 De 6 heures à 24 h : adaptation des traitements initiaux et discussion des thérapeutiques adjuvantes



Tableau 2 – Pathologies non-infectieuses potentiellement associées à un SRIS (liste non exhaustive), d'après [24]

Syndrome	Pathologies associées
Agression tissulaire	Pancréatite Infarctus tissulaire (myocarde, pulmonaire) Maladie thrombo-embolique Erythrodermie Hémorragie méningée Rejet de greffe Chirurgie majeure – traumatisme – hématomes
Métabolique	Crise hyperthyroïdienne Insuffisance surrénale aiguë
Pathologie inflammatoire	Maladie de Still de l'adulte, LED en poussée Syndrome catastrophique des APL, PTT DRESS syndrome
Effet indésirable d'un traitement	Réaction à un produit dérivé du sang Administration de cytokines (G-CSF, IL2,...) Syndrome malin des neuroleptiques et syndromes de sevrage Hyperthermie maligne associée à l'anesthésie (produits halogénés, succinylcholine,...)
Pathologie tumorale	Cancers solides (du rein,...), lymphomes Syndrome de lyse tumorale