

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 5 Mars 2024

Prise en charge du choc septique en unité de soins intermédiaires : mythe ou réalité

Dr Xavier Roux, Soins intensifs

Le sepsis est un problème majeur de santé publique, avec 50 mio de cas par an et un décès lié toutes les 3 secondes. $\frac{1}{3}$ décès chaque année est lié à un épisode septique .

Chaque pays met en place un plan pour limiter les conséquences du sepsis. En Suisse, le plan national SSNAPS prend trois actions (Prévention, détection précoce et traitement, soutien au survivant) dans 4 domaines: Patients, Structures, société et recherche.

Le sujet de la présentation porte sur la détection précoce et le traitement du sepsis, chez les patients qui arrivent aux urgences ou développent un sepsis en cours d'hospitalisation.

Physiopathologie

Cela commence le plus souvent par une infection bactérienne, qui, avec une réaction inflammatoire disproportionnée, va provoquer des dommages d'organes et parfois une atteinte hémodynamique marquée, il s'agit alors de choc.

Définition du choc septique →

Les critères CIRS sont mis de côté au profit du score SOFA pour évaluer la défaillance d'organes. Ce dernier a été développé aux SI même si son utilisation s'est élargie.

De 0-24 points, il base son évaluation sur 6 systèmes: respiration (gazométrie), coagulation, foie, cardiovasculaire, SNC, rénal. Il a un intérêt marqué, pour poser le diagnostic et un pronostic.

- Infection prouvée ou suspectée
- Défaillance d'organes (score SOFA \geq 2)
- Atteinte HD
 - hypotension (PAM $<$ 65 mmHg)
 - malgré remplissage
- Lactates \geq 2mmol/L après remplissage

Prise en charge

De nombreuses études sont disponibles et des recommandations ...

Les recommandations 2021: suspicion → dosage lactates, paire d'hémocultures et autres prélevés microbiologiques, antibiotique large spectre. Selon hémodynamique: remplissage, \pm amines, à faire dans la première heure du choc septique.

Le lieu de prise en charge initiale est souvent la chambre de médecine ou les urgences... un transfert aux SI est la prise en charge de référence, bien qu'il puisse y avoir des difficultés:

- lits disponibles
- Niveau de soins, acceptabilité du patient...
- Coût: faire aussi bien pour moins cher?
- Incertitudes dans les premières heures → le temps d'arriver, ça va mieux..
- Problème éthique en cas de pénurie (cf covid)

L'unité de soins intermédiaire, apparue il y a une 20aine d'années, est utile pour traiter un patient avec une instabilité modérée ou potentiellement sévère, qui a besoin de surveillance et de soutien d'organe accru, sans la nécessité de toute la logistique des SI.

Ces unités se sont développées avec différentes modalités selon l'hôpital, soit reliées aux soins intensifs, soit à une spécialité. Elles servent néanmoins toutes à: préserver les lits de soins intensifs, faciliter le flux patient, et limiter le coût en faisant tout aussi bien.

Compétences requises pour traiter un choc septique

1. Traitement antibiotique ou anti-infectieux: pas spécifique
2. Contrôle de la source de l'infection: pas spécifique, drainage chir ou radiologique
3. Optimisation volémique: possible aux soins intermédiaires
 - Remplissage selon la pression artérielle, la diurèse horaire et les signes d'hypoperfusion (TRC a une bonne valeur prédictive, aussi utile que l'élévation des lactates)
 - Echographie POCUS: permet aux non-intensivistes d'évaluer simplement la volémie
 - EGDT, Early Goal Directed Therapy, un protocole discuté car n'a pas été validé dans tous les cas, pertinent pour les cas graves.
4. Optimisation hémodynamique: possible aux soins intermédiaires
 - Le choc septique est l'archétype du choc distributif...l'utilisation de noradrénaline s'est démocratisée plus largement dans les dernières années... Des protocoles clairs en fonction du poids du patient sont nécessaires. Son utilisation est corrélée à la gravité du cas.
 - La surveillance invasive de la pression artérielle (cath artériel) reste le *Gold Standard*, car la mesure non-invasive surestime un peu la pression réelle, en sachant que le brassard à pression donne beaucoup de variation intrapersonnelle → 30% des mesures invasives vs non invasives ne sont pas concordantes dans [une étude canadienne](#) sur 1800 patients dont 23% de choc. Plus il y a de noradrénaline, plus la discrédance augmente.
→ La pression artérielle invasive reste une recommandation en 2021, de niveau faible.
5. Support d'organe, 3 demandent une prise en charge aux soins intensifs:
 - Cardiaque: surveillance du débit → invasive ± continue
 - Rénale: pas rare, dans les 24-48h. Epuration extra-rénale chez patient instable → complique la mise en place de la dialyse.
 - Respiratoire: si ventilation mécanique, FiO2 extrêmes, signes d'ARDS

Les soins intermédiaires peuvent donc soutenir la plupart des compétences nécessaires à la prise en charge du choc septique, avec une attention particulière sur les doses de NorA et la prise en charge du support d'organes.

Première [étude observationnelle](#) à Toulon en 2018: UIMC vs SI, avec une mortalité de 30% vs 50% respectivement (biais, patients moins graves en UIMC). Parmi les 60 patients en UIMC, 27% sont ensuite transférés aux SI pour aggravation. → collaboration entre les deux services essentielle!

[Une autre étude](#) de plus grande ampleur (n=10 818), rétrospective sur registre, donne moins d'informations sur la gravité des cas: choc septique selon définition en début de colloque.

6500 patients aux SI pour 4200 en UIMC....les deux populations sont superposables en termes de survie, même si la population des intermédiaires est peut-être moins grave...

La mortalité à 30 jours montre une très légère différence en faveur des SI (24.2 vs 23.9%), significative au vue de l'ampleur de la population.

[L'étude la plus récente](#) comprend 97 000 patients allant du sepsis au choc septique, et compare les trois lieux de prise en charge: unité conventionnelle, UIMC, SI.

Ce sont des données rétrospectives et il n'y a pas d'information sur la défaillance hémodynamique... la proportion de choc n'est donc pas connue.

L'étude compare: UIMC + SI vs unité standard, ainsi que UIMC vs SI.

Plus le score SOFA augmente, plus le transfert en unité de surveillance augmente. Les courbes de mortalités sont plutôt surperposables lors de SOFA faible.

Lorsque le SOFA augmente >5-6 , la mortalité en unité standard augmente légèrement (vs UIMC + SI). Si le SOFA augmente > 11 la mortalité augmente en UIMC vs SI.

Conclusions

- Les UIMC sont en capacité de prendre en charge les chocs septiques moins graves → quels marqueurs? SOFA, SAPS3, Dose d'amines, lactates?
- Choc septiques avec SOFA élevé et/ou supplémentation d'organes → SI
- Hautes doses d'amines (NorA > 0.1 μ g/kg/min) → considérer SI
- En cas de mauvaise évolution → réévaluation

Conditions pour prise en charge par UIMC

- Nécessité d'une équipe médico-soignante formée
- Effectif médico-soignant suffisant
- Protocoles clairs
- Collaboration étroite avec le service des soins intensifs → transferts rapides



001/200

hugobor

Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch