

Choc Septique

Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique (SRIS)

- ✗ température > 38,3 °C
- ✗ fréquence cardiaque (FC) > 90
- ✗ ou une fréquence respiratoire (FR) > 20

Sepsis = SRIS + infection

Sepsis sévère = Septis + signe d'hypoperfusion tissulaire (marbrures, oligurie < 0,5 ml/Kg/h)

Choc Septique = Sepsis sévère + défaillance multiviscérale (PAM < 65 mm Hg)

La stabilisation hémodynamique

✗ Le remplissage vasculaire avec du sérum physiologique constitue l'étape initiale.

- ✗ ↗ précharge du VG (TO2)
- ✗ ↗ débit cardiaque

✗ 500 cc en 20' ou 20 cc/Kg chez l'enfant à répéter jusqu'à trois fois en 45 à 90'

Les amines vasopressives ou catécholamines

✗ Si l'hypotension persiste après remplissage vasculaire (**différence entre sepsis sévère et choc septique**), le recours aux amines doit être rapidement envisagé.

✗ la **NORADRRENALINE** sera utilisée en première intention (effet α prédominant)

+ ↗ Résistance vasculaire

+ vitesse de perfusion de 0.05 à 0.5 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ au PSE pour objectif tensionnel : PAM = 60 mmHg ou TAS > 90 mmHg .

✗ **DOBUTAMINE** (effet β_1 prédominant) lorsque choc hypokinétique (PVC ou mesure du débit cardiaque par écho ou Swann-Ganz)

- + ↗ débit cardiaque
- + Peu d'action sur TA&FC
- + 5 à 10 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ au PSE

✗ **ADRENALINE** (effet α et β_1)

- + ↗ débit cardiaque
- + ↗ TA&FC

✗ PHENYLEPHRINE

- + ↑ Résistances vasculaires
- + ↑ TA&FC
- + ↑ débit cardiaque
- + 0.5 à 9 µg/Kg/min au PSE

Antibiothérapie probabiliste

Dans l'éventualité où l'origine de l'infection n'est pas mise en évidence par l'anamnèse, un **bilan infectieux** doit être pratiqué avant la mise en place des antibiotiques.

✗ Ce bilan infectieux doit comporter au moins une série d'**hémocultures**, un **ECBU** et une **radio pulmonaire**.

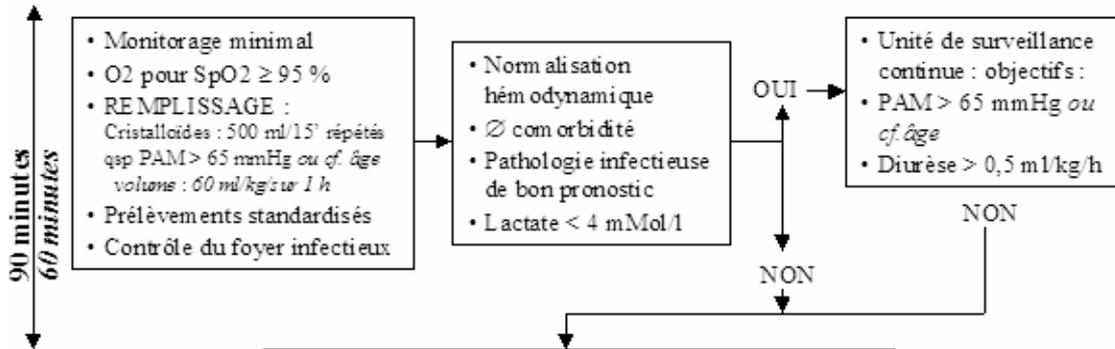
✗ En cas de **purpura fulminans** (taches rouges foncées, ne cédant pas à la vitro-pression) dans un contexte infectieux, l'injection de C3G Ceftriaxone **Rocéphine® 100 mg/Kg IV ou IM** est prioritaire à tout transport ou céfotaxime **Claforan® 50 mg/Kg** en une heure (dose de charge)

✗ Hémi Succinate d'Hydro Cortisone **HSHC** après test ACTH et dosage du cortisol plasmatique, 200 à 300 mg/j en 3-4 fois

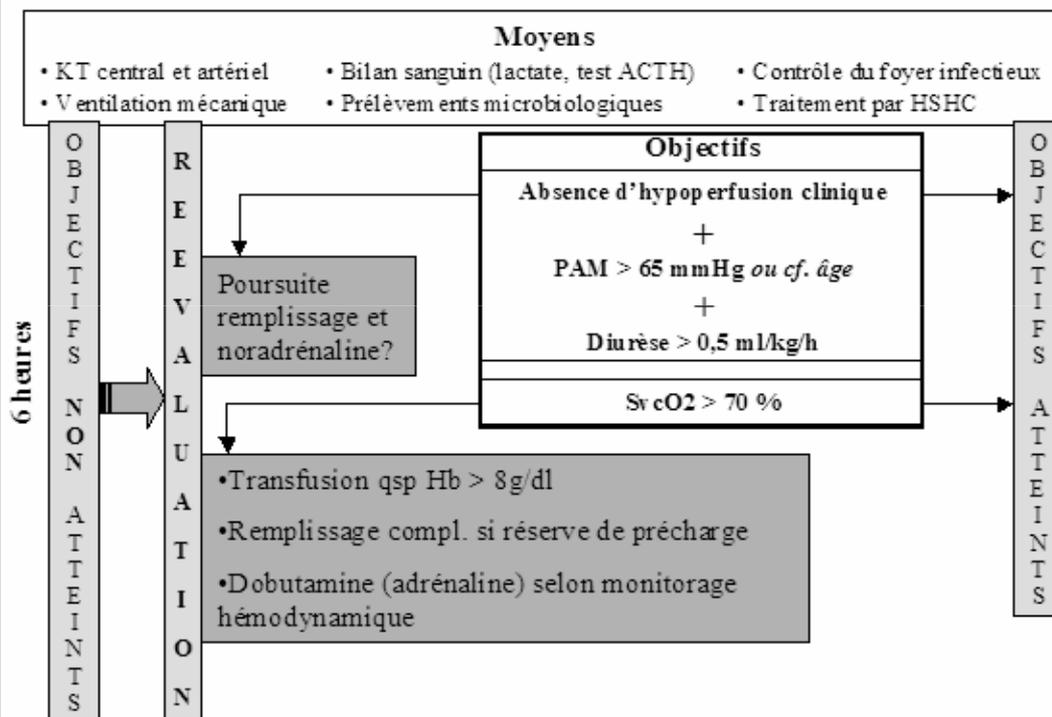
chaque heure de retard à la mise en route de l'antibiothérapie aggrave la mortalité de 7,6 %

Variables	Définitions
Réponse inflammatoire systémique (au moins deux des critères suivants)	Température > 38,3°C ou < 36°C Pouls > 90 c/min, >2DS pour l'age Fréquence respiratoire > 20 c/min, >2DS pour l'age Glycémie > 7,7 mmol/L Leucocytes > 12 000/mm ³ ou < 4 000/mm ³ ou > 10 % de formes immatures Altération des fonctions supérieures Temps de recoloration capillaire >2 sec, >5 sec Lactatémie > 2 mmol/L
Sepsis	Réponse inflammatoire systémique + infection présumée ou identifiée
Sepsis grave	Sepsis + lactates > 4 mmol/L ou hypotension artérielle avant remplissage ou dysfonction d'organe (une seule suffit) : - Respiratoire : PaO ₂ /FIO ₂ < 300, <u>FiO₂>0.5 pour SpO₂>92%</u> - Rénale : Créatininémie > 176 µmol/l, <u>>2Xnormale ou oligurie</u> - Coagulation : INR > 1,5, <u>≥2</u> - Hépatique : INR >4., Bilirubine > 78 µmol/l <u>transaminases >2Xnormale</u> - Thrombocytopénie : < 10 ⁵ /mm ³ , <u>8X10⁴/mm³</u> - Fonctions supérieures : GCS < 13, <u><11</u>
Choc septique	Sepsis grave + hypotension artérielle malgré le remplissage vasculaire :

1. Mesures d'urgence – Orientation hors détresse vitale



2. Réanimation – Objectifs et Moyens



3. Adaptation des traitements

- Maintien des objectifs
- Arrêt corticoïdes si patient répondeur
- Désescalade thérapeutique si stabilisation avérée
- Envisager vasopressine si inefficacité noradréline
- Discuter inhibiteurs phosphodiésterases