

SEPSIS et CHOC SEPTIQUE CHEZ LE PATIENT GREFFE RENAL

Rédacteurs : Nathan KASRIEL

Relecteur : Hélène FRANCOIS, Adrien FLAHAULT et Dany ANGLICHEAU

1. Points clés - à ne pas manquer

Le pronostic du patient dépend de la rapidité de la mise en route du traitement antibiotique à démarrer en urgence sur un mode probabiliste

Urgence diagnostique et thérapeutique : prise en charge en soins intensifs ou en réanimation

Hémocultures et ECBU systématiques même sans point d'appel

Ne pas oublier le traitement immunosuppresseur

2. Définition

Sepsis

Physiopathologie

- Réponse dérégulée de l'hôte à une infection, responsable d'une dysfonction d'organe associée à une probabilité de décès $\geq 10\%$
- Combine une infection et une dysfonction d'organe
- À rechercher devant tout processus infectieux

Définition

Infection

+

Score SOFA ≥ 2 ou $\nearrow \geq 2$ points

SOFA difficile à appliquer en pratique clinique

Le score **quick SOFA (qSOFA)** permet de dépister les patients dont la probabilité de sepsis est importante pour stratifier la gravité du patient.

Critère	Seuil	Points
Fréquence respiratoire	≥ 22 cycles/min	1
Conscience altérée	Oui	1
Pression artérielle systolique	≤ 100 mm Hg	1

Définition : Sepsis associé à :

- Recours à un vasopresseur qsp PAM $\geq$ 65 mmHg
- **Et** une lactatémie $\geq$ 2 mmol/L
- **Et** malgré un remplissage vasculaire adapté

3. Clinique

Signes de gravité	- Marbrures, froideur des extrémités, cyanose - Tachycardie, hypotension artérielle - Oligurie - Anxiété, agitation, troubles de la vigilance
Examen clinique	○ Pyélonéphrite aiguë du greffon : signes fonctionnels urinaires souvent absents (pollakiurie, brûlures mictionnelles), troubles digestifs (douleurs abdominales, diarrhées), douleur à la palpation du greffon ATTENTION penser à l'infection de kyste hépatique ou rénal si patient polykystique ○ Infection respiratoire basse : toux, dyspnée, oxygénorequérance, anomalies auscultatoires ○ Infection digestive : syndrome gastroentéritique, rarement cholériforme ou dysentérique ○ Infection cutanée et des tissus mous : signes inflammatoires locaux, adénopathies... ○ Infection neuroméningée : examen neurologique, raideur nucale ○ Endocardite : rechercher souffle

4. Étiologies

- **Bactériennes** : à évoquer en 1^{ère} intention (les plus fréquentes).
 - **Germes communautaires** : les plus fréquents, à évoquer en 1^{ère} intention.
 - **Entérobactéries** : 1^{ère} documentation microbiologique > **Staphylocoques**
 - Les portes d'entrée **urinaires** et des **voies respiratoires basses** sont les plus fréquentes.
- > Virales
- > Fongique
- > Parasitaire.

5. Diagnostic et examens complémentaires

- Prélèvements microbiologiques systématiques :
- 2 paires d'hémocultures
- ECBU
- Dans le contexte de sepsis et sans point d'appel clinique évident, une imagerie type scanner thoraco abdomino-pelvien doit se discuter sans délai (avec injection si nécessaire indépendamment de la fonction rénale)

Selon point d'appel :

Urinaire	Eliminer un obstacle : échographie de greffon ou TDM abdomino pelvien (avec injection pour recherche un abcès)
Pulmonaire	- TDM thoracique sans injection - ECBC - PCR virale multiplex nasopharyngée - Antigénurie légionnelle - PCR <i>P. Jirovecii</i> sur oral-wash, B-D-glucane Selon le contexte : PCR <i>M. Pneumoniae</i> oropharyngée (contact avec des nourrissons), <i>Chlamydomphila Pneumoniae</i>, <i>Chlamydia Psittaci</i> ... Selon l'imagerie (pas en urgence) - Antigénémie galactomannane, PCR aspergillaire et mucorale (sang) Discuter systématiquement d'une fibroscopie avec LBA.
Neurologique	Ponction lombaire (bactériologie, virologie (recherche du virus JC selon clinique), coloration encre de chine et Ag cryptocoque...)
Digestif	Coproculture, recherche <i>C. Difficile</i> , PCR multiplex virale et parasitaire
Cytolyse / cholestase hépatique	Echographie des voies biliaires ± scanner Lipasémie

6. Prise en charge du sepsis en urgence

Remplissage vasculaire :

- Cristalloïde 500 mL sur 30 minutes
- En l'absence de réponse au remplissage, discuter transfert en réanimation
- Remplissage à poursuivre jusqu'à 30 mL/kg
- Objectifs : PAM > 65 mm Hg et diurèse > 0,5 mL/kg/h

Antibiothérapie probabiliste : instaurer le plus rapidement possible, dans l'hypothèse d'un sepsis d'origine bactérienne :

- **Cible BGN : B-lactamine** type céphalosporine
 - *Doit tenir compte de l'écologie locale, du risque de BMR/BHR, de la gravité.*
 - **Anti-gram+** à discuter selon la porte d'entrée.
 - **Aminoside** (par exemple, Amikacine 30mg/kg IV) devra être discuté en cas de signe de gravité.

L'antibiothérapie sera à adapter secondairement à la documentation microbiologique.

7. Concernant le traitement immunosuppresseur

- **L'immunosuppression** doit être poursuivie aux mêmes doses et un avis rapide doit être pris auprès du médecin référent de transplantation rénale. Une baisse ou un arrêt seront discutés en fonction de la gravité et de l'évolution clinique.
- Penser à doser les résiduels des anti-calcineurines et des inhibiteurs de mTOR dès que possible.
- **ATTENTION aux INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES** (azolés, nicardipine, rifampicine).