Document generated on 07/19/2025 2:41 a.m.

Soins d'urgence
La revue de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

La prise en charge de la personne adulte en sepsie ou en choc septique à l'urgence

William Tessier, inf., M. Sc. and Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., Ph. D. (cand.)

Volume 3, Number 2, Fall 2022

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1096437ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1096437ar

See table of contents

Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (print)
2816-6906 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Tessier, W. & Peguero-Rodriguez, G. (2022). La prise en charge de la personne adulte en sepsie ou en choc septique à l'urgence. *Soins d'urgence*, *3*(2), 27–34. https://doi.org/10.7202/1096437ar

Article abstract

La prise en charge de la sepsie et du choc septique comporte plusieurs éléments à considérer. Le personnel infirmier d'urgence doit être en mesure de détecter les signes et symptômes d'une sepsie ou d'un choc septique et savoir initier promptement les interventions appropriées. Cette rapidité de détection de la sepsie ou du choc septique exerce une influence sur la morbidité et la mortalité des personnes soignées. Pour cette raison, cet article a pour objectif de synthétiser certains éléments essentiels de l'évaluation et de la surveillance infirmière des personnes en sepsie ou en choc septique confirmé ou soupçonné à l'urgence. Cet article présente 10 énoncés de type « vrai ou faux » et se veut un abrégé des lignes directrices de la *Surviving Sepsis Campaign.*

© William Tessier et Gabriela Peguero-Rodriguez, 2022

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

La prise en charge de la personne adulte en sepsie ou en choc septique à l'urgence

par **William Tessier** et **Gabriela Peguero-Rodriguez**

La prise en charge de la sepsie et du choc septique comporte plusieurs éléments à considérer. Le personnel infirmier d'urgence doit être en mesure de détecter les signes et symptômes d'une sepsie ou d'un choc septique et savoir initier promptement les interventions appropriées. Cette rapidité de détection de la sepsie ou du choc septique exerce une influence sur la morbidité et la mortalité des personnes soignées. Pour cette raison, cet article a pour objectif de synthétiser certains éléments essentiels de l'évaluation et de la surveillance infirmière des personnes en sepsie ou en choc septique confirmé ou soupçonné à l'urgence. Cet article présente 10 énoncés de type « vrai ou faux » et se veut un abrégé des lignes directrices de la *Surviving Sepsis Campaign*.

INTRODUCTION

À l'urgence, l'évaluation et la surveillance d'une personne symptomatique, dont l'état de santé présente des risques, sont des défis auquel doit faire face l'infirmier.ère d'urgence dans sa pratique quotidienne. Que ce soit lors de l'évaluation initiale au triage ou lors de la surveillance clinique à l'aire d'observation, l'infirmier.ère doit utiliser son jugement clinique afin de déterminer le degré de gravité ou l'urgence d'une situation. Considérant que l'efficacité du traitement de la sepsie et du choc septique repose sur la rapidité de sa détection, il est évident que l'infirmier.ère joue un rôle capital dans cette prise en charge (1). Cet article, sous la forme d'un vrai ou faux, mettra de l'avant certaines recommandations basées sur les dernières lignes directrices du *Surviving Sepsis Campaign* datant de 2021 (1).

VRAI OU FAUX

Infirmier.ères, saurez-vous distinguer le vrai du faux par rapport à la prise en charge de la sepsie et du choc septique à l'urgence?

1. **À l'échelle mondiale, la sepsie et le choc septique sont associés à un décès sur cinq.**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

2. **La sepsie et le choc septique sont des synonymes.**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

3. **Seuls les bactéries et les virus peuvent provoquer une sepsie ou un choc septique chez une personne.**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

4. **Le risque de développer une sepsie ou un choc septique dépend en partie du système immunitaire de la personne.**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

5. **Le meilleur moyen de détecter précocement la sepsie et le choc septique est d'utiliser le score rapide de SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*).**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

6. **Il n'y a pas de recommandations spécifiques quant au délai d'initiation des traitements de la personne en sepsie ou en choc septique.**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

7. **En contexte de sepsie ou de choc septique, il est préférable d'attendre les résultats de culture avant d'amorcer l'antibiothérapie.**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

8. **En contexte de sepsie ou de choc septique, il est recommandé de poursuivre la réanimation liquidienne pendant au moins 3 heures avant d'initier les vasopresseurs.**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

9. **En présence d'un choc septique, la norépinéphrine est l'agent pharmacologique de première intention pour maintenir une PAM adéquate.**
   ☐ VRAI ☐ FAUX

10. **Afin d'optimiser les chances de survie d'une personne en choc septique sous vasopresseur, la PAM visée devrait être supérieure à 80 mmHg.**
    ☐ VRAI ☐ FAUX

Vrai ou Faux

Réponses en page 31

Au CISSS de Lanaudière

Un emploi à la hauteur de tes attentes!

- Collaboration interdisciplinaire soutenue, complicité et entraide.
- Proximité avec le corps médical et partage d'expertise encouragé.
- Région près de la nature et des grandes villes où s'épanouir et vivre une panoplie d'expériences sociales et culturelles.

2 hôpitaux : cas cliniques variés

Traumatologie

Cardiologie

Neurologie

Pour toute information :
Marie-Eve Riopel
450 368-4914
marie.eve.riopel.cissslan@ssss.gouv.qc.ca

cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/carrieres

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Québec

ÉVÉNEMENT À VENIR

Congrès

HÔTEL DU DOMAINE
À THETFORD MINES

24 ET 25 MAI 2023

RÉSERVEZ VOTRE DATE
AIIUQ
RÉSERVEZ VOTRE DATE

Le prochain Congrès de l'AIIUQ aura lieu le 24 et 25 mai 2023 à l'Hôtel du Domaine à Thetford Mines.

Plus d'informations dans les prochaines semaines.
Suivez notre page Facebook pour vous tenir informé.

L'appel de propositions pour les conférences et ateliers au Congrès a déjà été publié !

**VOUS ÊTES INTÉRESSÉS À PRÉSENTER ?
SCANNEZ LE CODE QR POUR EN SAVOIR PLUS.**

La tranquillité d'esprit pour vos patients

Faites confiance au chef de file en matière de services d'alerte médicale au Canada. Lifeline avec AutoAlerte permet aux aînés d'accéder rapidement et facilement à l'aide en cas d'urgence en appuyant simplement sur un bouton ou même automatiquement.

Nous sommes heureux d'offrir un meilleur moyen d'aider vos patients à gérer leurs médicaments à domicile :
Le distributeur de médicaments MedReady.

C'est une façon simple, abordable et automatisée de gérer plusieurs médicaments avec une surveillance en tout temps.

ESSAI GRATUIT D'UN MOIS incluant l'installation SANS FRAIS. Indiquez le code X1335.

1 800 LIFELINE (1 800 543-3546)
www.lifeline.ca

L'offre est disponible pour les programmes locaux participants et elle est valable uniquement pour les nouvelles mises en service. L'offre ne peut pas être combinée à une autre offre. Certaines restrictions s'appliquent. Les rabais ne s'appliquent pas à toutes les options de service, aux installations hors zone et/ou aux frais d'expédition.

Lifeline

Vrai ou Faux

Réponses

La prise en charge de la personne adulte en sepsie ou en choc septique à l'urgence

01 À l'échelle mondiale, la sepsie et le choc septique sont associés à un décès sur cinq.

Cet énoncé est vrai. Selon une étude publiée dans *The Lancet,* l'incidence de la sepsie a été estimée à 48,9 millions et la mortalité à 11 millions pour l'année 2017 (2). Ainsi, les décès associés à la sepsie et au choc septique représenteraient environ 20% de tous les décès à l'échelle mondiale (2). Bien que près de 85% des cas de sepsie et de choc septique en 2017 soient survenus dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, il n'en demeure pas moins qu'ils représentent l'une des principales causes de décès intrahospitalier aux États-Unis engendrant un coût annuel de près de 24 milliards de dollars (2).

Au Canada, sur une base annuelle, le système de santé doit composer avec plus de 30 000 hospitalisations dont la cause principale est la sepsie ou le choc septique (3). D'ailleurs, au Canada, le taux de mortalité associé à ce problème de santé est d'environ 30% (3). La sepsie est ainsi la 12e cause de décès et contribue à la mortalité d'une personne sur 18 dans l'ensemble de la population canadienne (3). Ces données mettent en évidence la gravité de ce problème de santé et témoignent de l'importance pour les infirmier.ères d'urgence de reconnaître rapidement les personnes présentant des signes et symptômes de sepsie ou de choc septique afin d'en accélérer leur prise en charge.

02 La sepsie et le choc septique sont des synonymes.

Cet énoncé est faux. Ces deux termes médicaux, bien que parfois utilisés de façon interchangeable, indiquent un état clinique à des stades différents. En fait, le choc septique est une complication de la sepsie. En effet, la sepsie se caractérise par un dysfonctionnement des organes potentiellement mortel associé à une réponse immunitaire excessive de l'hôte à une infection (4). Les symptômes de la sepsie peuvent être non-spécifiques et varier selon la nature de l'infection (p.ex. pneumonie versus plaie chirurgicale infectée). Néanmoins, dans un contexte d'infection, la sepsie doit être soupçonnée, notamment lorsque la personne présente de la fièvre, de la tachycardie, de l'hypotension, de la tachypnée, une altération de l'état de conscience ou une diminution de la diurèse horaire (5). En contrepartie, le choc septique présente un tableau clinique semblable à la sepsie, mais se caractérise par une hyperlactémie (taux de lactates sériques > 2 mmol/L) et une hypotension persistante nécessitant l'utilisation de vasopresseurs pour maintenir une pression artérielle moyenne (PAM) ≥ 65 mmHg, et ce, malgré une réanimation liquidienne adéquate (1, 4).

03 Seuls les bactéries et les virus peuvent provoquer une sepsie ou un choc septique chez une personne.

Cet énoncé est faux. Tout micro-organisme peut causer la sepsie ou un choc septique. En fait, la sepsie et le choc septique surviennent lorsqu'un microorganisme telle une bactérie (gram positif ou négatif), un virus (p.ex., influenza A et B, coronavirus, etc.), un champignon ou un parasite pénètre dans l'organisme d'une personne, se prolifère dans les tissus et occasionne une réponse inflammatoire systémique (5). Ensuite, alors que la sepsie progresse, elle a le potentiel d'évoluer vers un choc septique (2). Bien que tout micro-organisme puisse être responsable d'une sepsie ou d'un choc septique, l'agent pathogène le plus commun demeure la bactérie (5). Enfin, chez les personnes pour qui une sepsie ou un choc septique est soupçonné, mais dont la source de l'infection demeure non-confirmée, il est recommandé de continuer l'exploration, l'investigation et la surveillance des symptômes et de considérer des diagnostics différentiels (1).

04 Le risque de développer une sepsie ou un choc septique dépend en partie du système immunitaire de la personne.

Cet énoncé est vrai. De manière générale, le risque de contracter une maladie infectieuse et le potentiel de développement d'une infection dépendent de la réceptivité de l'hôte ou de sa résistance au microorganisme (6). Par exemple, une personne immunosupprimée est évidemment plus à risque de développer une maladie infectieuse en comparaison avec une personne immunocompétente. Cependant, plusieurs autres facteurs de risques existent pour la sepsie ou le choc septique. Par exemple, l'utilisation d'antibiotiques à large spectre peut augmenter la réceptivité de l'hôte et augmenter les risques de surinfection. En éliminant la flore résidente de la personne soignée, les défenses naturelles sont alors diminuées, ce qui favorise la multiplication des agents pathogènes comme le *Clostridium difficile* (C. Difficile) (6). Les problèmes de santé chroniques comme la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète, l'insuffisance rénale et hépatique, ainsi que l'alcoolisme sont également associés à un plus grand risque de développer une sepsie ou un choc septique (7). Par ailleurs, d'autres facteurs de risque sont à prendre en considération, dont l'obésité, les personnes âgées de 65 ans et plus et l'immunosuppression (5, 6). Finalement, le port d'une sonde urinaire ou d'un cathéter central augmentent le risque de développer une maladie infectieuse, rehaussant ainsi le risque d'une sepsie ou d'un choc septique (1,7). À cet effet, les lignes directrices pour le traitement de la sepsie et du choc septique recommandent de retirer tous les cathéters veineux périphériques et centraux susceptibles d'être à l'origine de l'infection (1). La culture des cathéters suspectés est d'ailleurs recommandée (1).

05 Le meilleur moyen de détecter précocement la sepsie et le choc septique est d'utiliser le score rapide de SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*).

Cet énoncé est faux. Les dernières lignes directrices déconseillent l'utilisation du score rapide de SOFA (SOFAr ou *qSOFA* [en anglais]) comme unique outil de dépistage pour identifier la sepsie et le choc septique par rapport à d'autres outils existants comme les critères de SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*), le score de NEWS (*National Early Warning Score*) ou le score de MEWS (*Modified Early Warning Systems*) (1). Le score rapide de SOFA est une version simplifiée du score SOFA et permet d'identifier les personnes pour qui l'on soupçonne une infection et qui sont à risque de développer des complications (8). Le SOFAr est moins précis que le SOFA, mais il s'avère plus simple à utiliser. Par exemple, il ne nécessite pas d'obtenir des résultats de laboratoire contrairement au SOFA. Dans un contexte d'infection suspectée ou confirmée, l'infirmier.ère peut calculer le SOFAr en évaluant trois composantes, soit : 1) l'état de conscience, 2) la pression artérielle systolique (PAS) et 3) la fréquence respiratoire (FR) (voir Tableau 1) (1). Plus précisément, un point est donné en présence d'une anomalie à chacune de ces composantes pour un score maximal de 3 (1). Toutefois ce score permet plutôt de prédire le risque de décès intrahospitalier et la durée de séjour aux soins intensifs chez les personnes en sepsie ou en choc septique confirmé ou suspecté (1). En effet, un score ≥ 2 au début d'une infection est associée à une mortalité plus élevée ou à des séjours prolongés aux soins intensifs (8). À cet effet, les résultats des études relative au SOFAr comme seul outil de dépistage de la sepsie et du choc septique ne sont pas concluants quant à son utilité (1).

Tableau 1. Critères du score rapide de SOFA (SOFAr ou *qSOFA*)

CRITÈRES	ANOMALIE	POINTAGE ATTRIBUÉ
État de conscience	Altération de l'état de conscience (échelle de coma de Glasgow < 15)	1 point
Fréquence respiratoire (FR)	Augmentation de la FR ≥ 22 par minute	1 point
Pression artérielle systolique (PAS)	Diminution de la PAS ≤ 100 mmHg	1 point
Interprétation :	Un score ≥ 2 = SOFAr positif Haut risque de mortalité intrahospitalière	

Sources : (1, 4, 8)

Il est important de souligner que le SOFAr n'est pas un outil diagnostic, mais plutôt un prédicteur de mortalité (1). Autrement dit, le résultat obtenu au score rapide de SOFA ne permet pas de dépister l'état de sepsie ou de choc septique. Cependant, le résultat permet d'alerter la personne soignante quant au risque de mortalité intra hospitalière (1, 4). Évidemment, un score ≥ 2 devrait encourager le clinicien à identifier et surveiller les signes cliniques de compensation homéostatique chez la personne soignée. En augmentant la fréquence et la rigueur de son évaluation clinique, l'infirmier.ère sera en mesure d'identifier rapidement la présence d'un dysfonctionnement organique (4).

Alors, existe-t-il un outil fiable pour dépister la sepsie et le choc septique à l'urgence ? Selon les lignes directrices, il n'y a actuellement aucun outil de dépistage unique qui soit recommandé pour le dépistage de la sepsie ou du choc septique (1). Que ce soit le SOFAr, le SIRS, le NEWS ou le MEWS, ils possèdent tous des limites en termes de faible spécificité ou de faible sensibilité (1). Bien qu'un SOFAr positif puisse être une façon d'alerter les cliniciens sur la possibilité d'une sepsie ou d'un choc septique, l'infirmier.ère d'urgence doit comprendre les limites de cet outil de dépistage.

06 Il n'y a pas de recommandations spécifiques quant au délai d'initiation des traitements de la personne en sepsie ou en choc septique.

Cet énoncé est faux. La prise en charge de la sepsie et du choc septique peut être vue comme une course contre la montre. À cet effet, les lignes directrices proposent un regroupement d'interventions prioritaires lors de la prise en charge initiale de la personne en état de sepsie ou en choc septique confirmé ou hautement soupçonné (1). Ainsi, dans l'heure qui suit la reconnaissance de la sepsie ou du choc septique, les interventions suivantes doivent être initiées :

1. Mesurer le taux de lactates sériques ;
2. Procéder à des hémocultures (avant de débuter les antibiotiques) ;
3. Administrer des antibiotiques à large spectre ;
4. Débuter l'administration des cristalloïdes intraveineux à raison d'un minimum de 30 ml/kg à donner dans les 3 premières heures chez la personne septique en état d'hypoperfusion ou en choc septique ;
5. Administrer des vasopresseurs si la personne demeure hypotendue pendant ou après la réanimation liquidienne afin de maintenir une PAM ≥ 65 mmHg (1).

Ces interventions, lorsque déployées rapidement, permettent de diminuer la mortalité et les hospitalisations aux soins intensifs (9).

07 En contexte de sepsie ou de choc septique,il est préférable d'attendre les résultats de culture avant d'amorcer l'antibiothérapie.

Cet énoncé est faux. Selon les lignes directrices, il est vrai que lorsqu'une personne présente des manifestations cliniques associées à la sepsie ou au choc septique, il est primordial d'effectuer des cultures microbiologiques (culture d'urine, culture de plaie, hémocultures etc.) avant de débuter l'antibiothérapie (1). Or, l'obtention des cultures ne devrait pas ralentir le traitement, c'est-à-dire causer un délai de plus de 45 minutes avant l'administration de l'antibiothérapie (1). L'administration rapide d'antibiotiques appropriés est l'une des interventions les plus efficace pour diminuer la mortalité des personnes en sepsie ou en choc septique (1). Pour cette raison, l'administration des antibiotiques s'avère une intervention prioritaire dans la prise en charge initiale et l'infirmier.ère ne doit donc pas attendre les résultats des cultures avant de l'initier. Le Tableau 2 présente le temps à respecter pour l'initiation d'un traitement antimicrobien.

Vrai ou Faux

Tableau 2. Temps recommandé pour l'initiation de l'antibiothérapie

	Présence de choc septique	***Absence*** de choc septique
Sepsie confirmée ou hautement probable	Administrer l'antibiothérapie immédiatement, soit dans l'heure suivant la reconnaissance de la sepsie ou du choc septique	
Sepsie possible	Administrer l'antibiothérapie immédiatement, soit dans l'heure suivant la reconnaissance du choc septique	▪ Évaluation rapide (anamnèse, évaluation clinique, examens paracliniques) et évaluation du potentiel infectieux versus non- infectieux ▪ Administrer l'antibiothérapie dans les 3 heures si suspicion d'infection persiste

Source : (1)

08 En contexte de sepsie ou de choc septique, il est recommandé de poursuivre la réanimation liquidienne pendant au moins 3 heures avant d'initier les vasopresseurs.

Cet énoncé est faux. Tout d'abord, il est important de préciser que le choc septique est un choc de type *distributif*. Il se retrouve dans la même catégorie de choc que les chocs anaphylactique et neurogénique. Ces types de choc se caractérisent par une vasodilatation excessive, ce qui diminue la résistance vasculaire systémique et entraîne une mauvaise distribution du flux sanguin vers les tissus et les organes (10). Dans le cas d'un choc septique, la vasodilatation est attribuable à la réaction inflammatoire causée par l'infection (11). Une caractéristique propre des chocs distributifs, tel le choc septique, est que la vasodilatation excessive engendre une hypovolémie *relative*, c'est-à-dire que malgré un volume intravasculaire adéquat, la quantité de sang présente n'arrive pas à combler la taille des vaisseaux qui sont vasodilatés (10). Ainsi, le traitement de première intention en présence d'une hypotension chez les personnes en état septique est d'initier rapidement une thérapie de remplissage vasculaire afin d'assurer un volume sanguin circulant adéquat et optimiser la perfusion tissulaire (1). Toutefois, tel que mentionné ci-haut, le problème demeure la vasodilatation excessive et non pas le volume intravasculaire. C'est pourquoi il est important de considérer assez rapidement l'utilisation de vasopresseurs si la personne demeure hypotendue pendant ou après la réanimation liquidienne afin de maintenir une PAM ≥ 65 mmHg (1). Les vasopresseurs sont les agents pharmacologiques qui peuvent créer une vasoconstriction des vaisseaux sanguins et augmenter ainsi la résistance vasculaire systémique et la PAM.

Lors de la surveillance de la thérapie de remplissage vasculaire, les lignes directrices recommandent à l'infirmier.ère de surveiller la température des extrémités, l'apparition de peau marbrée et le temps de remplissage capillaire qui sont considérés des signes fiables de la perfusion tissulaire (1). Cependant, en contexte de choc septique, les lignes directrices recommandent l'utilisation d'un monitorage invasif telle une ligne artérielle plutôt qu'un monitorage non-invasif afin de surveiller étroitement la PAM (1). À défaut d'avoir un monitorage hémodynamique avancé permettant d'obtenir des paramètres dynamiques (p.ex., débit cardiaque et volume d'éjection systolique), il est évident que l'infirmier.ère d'urgence a un rôle crucial dans la surveillance de l'efficacité et de la sécurité de la réanimation liquidienne.

09 En présence d'un choc septique, la norépinéphrine est l'agent pharmacologique de première intention pour maintenir une PAM adéquate.

Cet énoncé est vrai. Tel que mentionné précédemment, advenant que la personne demeure hypotendue (PAM ≤ 65 mmHg) durant ou après une réanimation liquidienne adéquate, il est recommandé de débuter un vasopresseur. Dans un contexte de choc septique, la norépinephrine (Levophed^{MD}) est le vasopresseur de première intention (1). Il s'agit d'un médicament sympathomimétique, agoniste des récepteurs adrénergiques α- 1, ce qui permet une vasoconstriction périphérique et une augmentation de la contractilité cardiaque (1). Ces deux effets combinés permettent d'augmenter la PAM de manière significative (1, 12). Compte tenu de sa plus grande affinité avec les récepteurs adrénergiques α- 1 plutôt que β-1, la norépinéphrine (Levophed^{MD}) a un effet plutôt minimal sur la fréquence cardiaque et exerce une faible influence sur le débit cardiaque (12). Toutefois, comparativement, à la dopamine ou à l'épinéphrine, la norépinéphrine (Levophed^{MD}) cause moins d'arythmies (1). Advenant que la norépinéphrine ne permette pas d'atteindre une PAM visée ≥ 65 mmHg, il est possible, selon les lignes directrices, d'ajouter un deuxième agent vasopresseur, tel que la vasopressine (1). Il est important de préciser que chaque situation clinique est unique et qu'un traitement différent pourrait être proposé par l'équipe médicale.

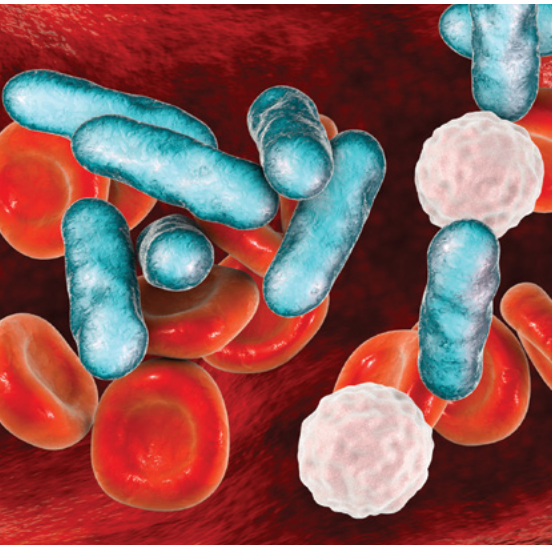
Enfin, les vasopresseurs peuvent être administrés via une voie veineuse périphérique lorsqu'une voie centrale n'est pas disponible (1). En effet, l'initiation prompte de vasopresseurs est également une composante intégrale dans la prise en charge du choc septique. Il est cependant recommandé d'administrer les vasopresseurs dans une veine de la fosse antécubitale ou proximale à celle-ci, et ce, pour une courte période seulement (< 6 heures) (1). Dans ce contexte, le risque de lésions tissulaires locales est moins probable (1). La vigilance et la surveillance clinique du site intraveineux par l'infirmier.ère est toutefois essentielle.

10 Afin d'optimiser les chances de survie d'une personne en choc septique sous vasopresseur, la PAM visée devrait être supérieure à 80 mmHg.

Cet énoncé est faux. La PAM visée est plutôt de 65 mmHg (1). Tout d'abord, la pression artérielle moyenne (PAM) est un indicateur de la pression artérielle tout au long d'un cycle cardiaque, soit en systolique et en diastolique. La PAM est régulée par le débit cardiaque et la résistance vasculaire systémique (10, 13). La PAM est une valeur importante à surveiller, puisqu'elle permet d'estimer la perfusion des organes durant un cycle cardiaque (10, 13). Le calcul utilisé pour mesurer la PAM est le suivant :

Une PAM à 60 mmHg est considérée comme le seuil hypoxémique, soit le seuil où les organes sont en hypoperfusion (1). Une augmentation de la PAM augmente donc généralement la perfusion des tissus (1).

$$\text{PAM} = \frac{(\text{systole x } 1) + (\text{diastole x } 2)}{3}$$



Lors d'une sepsie ou d'un choc septique, la perte de la résistance vasculaire systémique secondaire à la vasodilatation excessive contribuent à la diminution de la PAM (4). Toutefois, un des objectifs de la prise en charge de la sepsie et du choc septique est d'assurer une perfusion tissulaire adéquate (1). Les auteurs des lignes directrices de la sepsie et du choc septique ont comparé plusieurs études qui ont utilisé diverses PAM visées en concomitance avec l'utilisation de vasopresseurs. Par exemple, ils ont soulevé que dans une étude contrôlée randomisée, les personnes en état de choc septique sous vasopresseurs pour qui la PAM visée était de 65-70 mmHg ont été comparés à des personnes en état de choc septique sous vasopresseurs pour qui la PAM visée était plutôt de 80 à 85 mmHg (1). Cette étude n'a démontré aucune différence en termes de mortalité entre ces deux groupes (1). En revanche, la fibrillation auriculaire s'est révélée plus fréquente chez le groupe de personnes sous vasopresseurs dont la PAM visée était plus élevée (1). Les auteurs des lignes directrices abordent également le concept d'hypotension permissive en discutant des résultats d'une étude contrôlée randomisée (1). Lors de cette étude, deux groupes de personnes de plus de 65 ans sous vasopresseurs ont été comparés afin de savoir si l'hypotension permissive (PAM 60 à 65 mm Hg) était préférable. Auprès de ces 2463 personnes soignées, il a été déterminé que la mortalité était similaire dans les deux groupes (1). Cependant, l'hypotension permissive permettait de diminuer l'exposition aux vasopresseurs (1). Pour ces raisons, lors de la prise en charge initiale d'une personne en sepsie ou en choc septique, il est fortement recommandé de viser une PAM de 65 mmHg chez les personnes sous vasopresseurs.

Conclusion

En somme, la prise en charge de la sepsie et du choc septique comporte plusieurs éléments à considérer. Le personnel infirmier d'urgence doit être en mesure de détecter les signes et symptômes d'une sepsie ou d'un choc septique et savoir initier promptement les interventions appropriées. La rapidité de détection de la sepsie ou du choc septique exerce une influence sur la morbidité et la mortalité des personnes soignées. Bref, ces énoncés « vrai ou faux » mettent l'accent sur l'importance de l'évaluation et de la surveillance infirmière des personnes en sepsie ou en choc septique confirmé ou soupçonné à l'urgence. Enfin, bien qu'ils soient pertinents, ces 10 énoncés représentent un simple abrégé des lignes directrices de la *Surviving Sepsis Campaign* (1). Pour cette raison, nous encourageons le personnel infirmier à consulter l'ensemble des recommandations.

Lien URL :
https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2021/11000/Surviving_Sepsis_Campaign__International.21.aspx

LES AUTEURS

William Tessier
inf., M. Sc.
Chargé de formation pratique, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

william.tessier@usherbrooke.ca

Gabriela Peguero-Rodriguez
inf., Ph. D. (cand.)
Candidate au doctorat, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
Professeure adjointe, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

AIDE FINANCIÈRE
Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS
Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois important de mentionner que William Tessier est l'un des éditeurs associés de la revue *Soins d'urgence* et que Gabriela Peguero-Rodriguez est la rédactrice en chef adjointe de la revue *Soins d'urgence*. Cependant, les deux auteurs n'ont pas participé à l'évaluation ni à l'édition de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C.,… Levy M. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsie and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47(11):1181-1247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y
2. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, … Naghavi M. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: Analysis for the global burden of disease study. Lancet. 2020;395(10219), 200– 211. doi: 10.1016/s0140-6736(19)32989-7
3. Navaneelan T, Alam S, Peters PA, Phillips O. Deaths involving sepsis in Canada. Ottawa : Statistics Canada; 2016. https://oaresource.library.carleton.ca/wcl/2016/20160728/CS82-624-2016001-1-eng.pdf
4. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW,… Angus DC. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–810. doi: 10.1001/jama.2016.0287
5. Neviere R. Sepsis syndromes in adults: Epidemiology, definitions, clinical presentation, diagnosis, and prognosis. Dans G. Finlay (éds). UpToDate. 2022. https://www.uptodate.com/contents/sepsis-syndromes-in-adults-epidemiology-definitions-clinical-presentation-diagnosis-and-prognosis?search=sepsis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3547930511
6. Potter PA, Dallaire C, Gousse H. Soins infirmiers : fondements généraux. Chenelière Éducation; 2022;917-928
7. Fathi M, Markazi-Moghaddam N, Ramezankhani A. A systematic review on risk factors associated with sepsis in patients admitted to intensive care units. Aust Crit Care. 2019; 32(2):155-164. doi: 10.1016/j.aucc.2018.02.005
8. CRISMA center. What is qSOFA? (n. d). https://qsofa.org/what.php
9. Venkatesh B, Schlapbach L, Mason D, Wilks K, Seaton R, Lister P, … Rice M. Impact of 1-hour and 3-hour sepsis time bundles on patient outcomes and antimicrobial use: A before and after cohort study. Lancet Reg Health West Pac. 2021; 18:100305 doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100305
10. Gaieski DF, Mikkelsen ME. Definition, classification, etiology, and pathophysiology of shock in adults. Dans G. Finlay (éds.). UpToDate. 2022. https://www.uptodate.com/contents/definition-classification-etiology-and-pathophysiology-of-shock-in-adults?search=pathophysiology%20of%20septic%20shock&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2750341
11. Durand A, Cartier L, Duburcq T, Onimus, T, Favory R, Preau S. États de choc : grands cadres étiologiques, prise en charge initiale. Rev Med interne. 2019. doi : 10.1016/j.revmed.2019.08.006
12. Smith MD, Maani CV. Norepinephrine. StatPearl. 2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537259/
13. DeMers D, Wachs D. Physiology, mean arterial pressure. StatPearls. 2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538226/

Vrai ou Faux