

Cas clinique

Un homme de 63 ans se présente à l'urgence pour douleur abdominale vers 20h.

ATCD : HTA, dyslipidémie et MPOC léger.

Médication : metoprolol 50mg BID, roxustatine 20 mg DIE, ASA 80 mg DIE

Allergie : ciprofloxacine

Poids : 85 kg

HMA :

Douleur abdominale depuis 48 heures. Pas de selles depuis 36 heures et ne s'alimente plus depuis 24 heures. Vomissements x 3 ce matin avec sudations importantes, pas de frissons. Pas d'hématémèse, pas de rectorragies, pas de méléna, pas de DRS. Se sent un peu dyspnéique depuis ce matin, pas d'orthopnée. A eu une hypothermie en sortant des toilettes il y a quelques heures et est donc venu consulté.

E/P : T 38,0

Neuro : alerte et orienté

Cardiovasculaire : FC : 85, TA : 115/54

Refill capillaire normal, extrémités moites, ss syst 2/6

Resp : FR 21, SaO₂ 97% AL, auscultation claire

Abd : abdomen distendu, rebond + FIG, TR douloureux

Question 1 :

Quel critère ici présent pourrait faire penser à un sepsis ?

1. Fréquence cardiaque à 85
2. Fréquence respiratoire à 21
3. Température à 38,0
4. Extrémités moites

Question 2 :

Quel autre critère est **essentiel** pour poser un diagnostic de sepsis ?

1. Infection suspectée ou prouvée
2. Culture positive d'un liquide normalement stérile
3. Hypotension
4. Leucocytose > 12 000

Question 3 :

Lequel de ces examens n'est pas utile selon vous ?

1. Hémocultures
2. Formule sanguine complète
3. Tomodensitométrie abdomino-pelvienne
4. D-dimères
5. Électrocardiogramme

Le patient est vu par le médecin de l'urgence qui prescrit des tests de laboratoire, une sonde urinaire, un tube naso-gastrique, une tomodensitométrie abdomino-pelvienne, un soluté DW 5% à 60 mL/h et une consultation en chirurgie digestive.

Voici les premiers résultats de laboratoire disponibles (faits à 23h30):

GB 13 400, 6% de stabs	Hb : 154	Plaq : 98 000	INR : 1,2	Fibrinogène 2,3
Urée : 10,1	Créatinine : 113	Na : 133	K : 4,9	Cl : 101
Amylase : 42	Lipase : 38	ALT : 38	AST : 32	Bilirubine : 22
Glycémie : 8,2	CK : 168	Tropo HS < 10		
Ph veineux : 7,40	PCO ₂ : 28	HCO ₃ : 17	AG : 15	

Analyse urine : GG 5-10/champ, pas de bactérie, nitrites -

Sonde urinaire : 300 mL à l'insertion, 40 mL depuis 1 heure

Question 4 :

Quel(s) autre(s) test(s) de laboratoire non fait(s) devrait(ent) être réalisé(s) si un sepsis est suspecté ?

1. Hémocultures
2. Lactates
3. Protéine C-réactive
4. B-HCG
5. 1+2
6. 1+3
7. Toutes ces réponses

À l'arrivée du résident de chirurgie après la TDM (vers 3h30), le patient est plus moche. Il est légèrement somnolent, mais s'éveille facilement. L'abdomen est distendu et la défense franche. Devant l'état un peu inquiétant du patient, le résident demande des signes vitaux.

FC : 98, TA : 95/40, SaO₂ 91%, FR 28, T 38,8

Glycémie : 10,1

Diurèse : 45 mL/h depuis 2 heures

Les hémocultures ont été réalisées et les lactates mesurés à 1h30 sont à 2,8 mmol/L.

Question 5 :

Quel est, par définition, l'état clinique du patient :

1. Sepsis
2. Sepsis sévère
3. Choc septique
4. Choc septique réfractaire
5. Choc cardiogénique

Question 6 :

Quel(s) élément(s) est(sont) en faveur d'hypoperfusion :

1. Lactates 2,8
2. Pression artérielle systolique 95 mmHg
3. Diurèse 45 mL/h
4. Toutes ces réponses

Question 7 :

Quelle intervention parmi les suivantes feriez-vous en premier?

1. Faire signaler le radiologiste pour une lecture officielle de la TDM
2. Administrer céfazoline 2 g IV
3. Administrer Lactate Ringer 500 mL
4. Administrer Voluven 500 mL

Question 8 :

Quelle intervention feriez-vous ensuite parmi les suivantes ?

1. Faire signaler le radiologiste pour une lecture officielle de la TDM
2. Administrer Albumine 5% 500 mL
3. Débuter de la norépinéphrine
4. Administrer pipéracilline/tazobactam 4,5 g IV

Un soluté de Lactate Ringer à 80 mL/h et l'administration du pipéracilline/tazobactam sont débutés. Le bolus de Lactate Ringer 500 mL a aussi été administré.

Question 9 :

Quel groupe d'interventions parmi les suivantes a été associé à un impact statistique significatif sur la mortalité dans la prise en charge d'un sepsis sévère ?

1. Antibiothérapie large spectre, norépinéphrine pour PAM > 65 mmHg, colloïdes de synthèse pour PVC > 8 mmHg
2. Solutés pour PVC > 8 mmHg, ventilation mécanique, norépinéphrine pour PAM > 65 mmHg
3. Antibiothérapie large spectre, solutés pour PVC > 8mmHg, SvcO₂ > 70%
4. Cristalloïdes pour diurèse > 0,5 mL/kg/h, norépinéphrine pour PAM > 65 mmHg, dobutamine pour SvcO₂ > 70%
5. Hydrocortisone 50 mg IV q 6h, antibiothérapie large spectre, cristalloïdes pour TAM > 65 mmHg

Le patient est examiné à nouveau. IL est 5h50.

FC 99, TA 82/40, SaO₂ 93% avec VM 50%, FR 32, T 38,1

Diurèse : 30 mL/h

TDM : diverticulite perforée sur néoplasie sigmoïdienne probable

Question 10 :

Que faites-vous ?

1. Lactate Ringer 500 mL, norépinéphrine, salle d'opération
2. Albumine 5% 500 mL, intubation orotrachéale, acétaminophène 1g
3. Cathéter veineux central, Lactate Ringer 500 mL, admission aux SI
4. Norépinéphrine, intubation orotrachéale, admission aux SI

Le patient est amené au bloc opératoire sur une procédure de Hartmann. 2 bolus de Lactate Ringer de 500 mL ont été administrés à la salle d'urgence. Une anesthésie générale est administrée, une canule artérielle installée et une voie centrale par approche jugulaire interne droite est posée. Devant l'hypotension réfractaire à la réanimation volémique, une perfusion de norépinéphrine est débutée pour une TAM > 65 mmHg.

Il est 7h00. La laparotomie vient de débuter. Le patient a reçu environ 2 L de Lactate Ringer et la norépinéphrine est à 12 µg/min.

FC : 102, TA : 102/52 (68), PVC : 9, SaO₂ 97% avec FiO₂ 50% et PEEP 5 cmH₂O, VM : 6L/min, ETCO₂ : 28 mmHg, diurèse est de 30 mL/h.

Question 11 :

Quel élément ici présent vous indiquerait que du volume devrait encore être administré ?

1. Le patient doit recevoir au moins 3 L de cristalloïdes
2. La PVC est < 12 mmHg
3. La diurèse est < 0,5 mL/kg/h
4. Toutes ces réponses

Question 12 :

Quel test de laboratoire feriez-vous ici pour vous aider dans votre prise en charge ?

1. Gaz artériel + lactatémie
2. Gaz veineux
3. Biochimie complète avec glycémie
4. 1+2
5. 1+3
6. 1+2+3

Vous administrez 1 L de Lactate Ringer supplémentaire, 500 mL d'albumine 5% et procéder aux tests de laboratoire pouvant avoir un impact sur votre prise en charge.

FC : 105, TA : 100/44 (61), PVC : 13 mmHg, SaO₂ 91% avec FiO₂ 60% et PEEP 5 mmHg, EtCO₂ 25 mmHg, T 36,8.

Gaz artériel: 7,18/43/62/16 + lactates 4,5
Gaz veineux : 7,09/50/28/15 + SvcO₂ : 63%

Question 13 :

Quelle est l'intervention à faire à cette étape-ci ?

1. Test volémique
2. Inotropes
3. Corticostéroïdes
4. Augmenter FiO₂

Question 14 :

Quels seront vos objectifs de réanimation ?

1. PAM > 65 mmHg, diurèse > 0,5 mL/kg/h, SvcO₂ > 65%, lactates < 3
2. PAM > 65 mmHg, diurèse > 1 mL/kg/h, SvcO₂ > 70%, lactates < 4
3. PAM > 70 mmHg, diurèse > 1 mL/kg/h, SvcO₂ > 75%, lactates < 2
4. PAM > 65 mmHg, diurèse > 0,3 mL/kg/h, SvcO₂ > 70%, ↓ lactates de 10 % q 2 h

Les pertes sanguines sont présentement stables à 200 mL. Vous administrez 500 mL de Lactate Ringer en 10 minutes. La PVC augmente à 17 mmHg, la TA à 108/45 (63), la FC demeure à 105 et le EtCO₂ augmente à 29 mmHg. L'Hémocue indique 92 g/L.

Question 15 :

Quels sont vos moyens actuellement pour atteindre vos objectifs de réanimation?

1. Albumine 5%
2. 1 culot globulaire
3. Dobutamine
4. Corticostéroïdes
5. Vasopressine

Question 16 :

Quel diagnostic vous semble le plus probable à ce moment-ci ?

1. Anaphylaxie
2. Pneumothorax post-voie centrale
3. Cardiomyopathie septique
4. Tamponnade

Question 17 :

Quel autre traitement devez-vous administrez si vous voulez diminuer la mortalité de votre patient?

1. Hydrocortisone 100 mg
2. Vasopressine 0,04 U/min
3. Pipéracilline/tazobactam 4,5 g
4. Salbutamol 8 inhalations

Question 18 :

Quel syndrome semble présent chez votre patient ayant une implication directe sur sa survie ?

1. Compartiment abdominal
2. Surcharge pulmonaire
3. ARDS
4. CIVD