



## RECOMMANDATIONS DE BASE

# Choc septique

Le choc septique est une réaction systémique à une infection. C'est une des principales causes de morbidité et de mortalité à l'échelle mondiale.<sup>1</sup> Le diagnostic précoce, la réanimation agressive (solutés, correction métabolique, antibiotiques) et l'escalade des soins (médicaments vasoactifs) sont les éléments clés qui détermineront l'évolution du patient.

Voir le [PedsPac TREKK sur le choc septique](#) pour les outils au chevet du patient pour faciliter le diagnostic et la prise en charge du choc septique sévère chez l'enfant.

### RECONNAÎTRE RAPIDEMENT LE CHOC SEPTIQUE SÉVÈRE

- » Triade clinique : température altérée (fièvre ou hypothermie), état mental altéré, et perfusion diminuée (retour capillaire > 2 sec, SpO<sub>2</sub> < 92 %, peau marbrée, extrémités froides) dans le cadre d'une infection soupçonnée ou confirmée.
- » Une [affiche de dépistage au triage](#) est disponible pour identifier les patients à risque de choc septique.
- » Le choc septique est un diagnostic clinique; les tests de laboratoire sont confirmatoires et ne doivent pas retarder le début des traitements.
- » L'hypotension est un évènement tardif dans la séquence du choc septique pédiatrique et est un signe de décompensation.
- » Aviser le Centre de référence pédiatrique si vous soupçonnez un choc septique sévère chez votre patient.

### PRIORITÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DU CHOC SEPTIQUE SÉVÈRE

#### ÉTABLIR RAPIDEMENT L'ACCÈS VASCULAIRE

- » Sécuriser deux sites d'accès.
- » Sécuriser l'accès intraosseux (IO) après deux essais intraveineux (IV) manqués. Dans une situation où l'accès rapide IV s'avère difficile, établir l'accès IO en même temps pour minimiser le délai à un accès vasculaire.

#### RÉANIMER AGRESSIVEMENT ET RAPIDEMENT AVEC SOLUTÉS

- » Administrer rapidement des bolus de **20 mL/kg** de salin physiologique sur 5-10 minutes.
- » Utiliser la technique de bolus dite « push-pull » (c.-à-d., remplir une grande seringue avec le soluté de la poche IV et pousser dans la tubulure IV) ou par perfuseur rapide/niveau 1 (patient doit peser ≥ 20 kg; utiliser une aiguille IV à gros calibre, soit ≥ 22 pour le perfuseur rapide).<sup>2</sup>

**La pompe ordinaire IV ne suffit PAS.**

- » Bolus peut être répété jusqu'à **60 mL/kg ou plus**.
- » Augmenter solutés jusqu'à effet thérapeutique (voir Page 2).
- » Surveiller étroitement pour signes de surcharge liquidienne (crépitations à l'auscultation, hépatomégalie) ou signes de choc cardiogénique (murmure, choc persistant malgré la réanimation liquidienne).

#### CORRIGER RAPIDEMENT LE MÉTABOLISME

- » Administrer O<sub>2</sub> à haut débit (10-15 L/min) par masque avec réservoir.
- » Surveiller et corriger l'hypoglycémie (fréquente chez les nourrissons) et l'hypocalcémie (voir votre Classeur de dosages PedsPac ou contacter votre Centre de référence pédiatrique pour conseils). Si la glycémie ≤ 2,6 mmol/L, donner bolus rapide de 5 mL/kg D10W IV, suivi de D10W IV @ 5 mL/kg/h (MAX 250 mL/h). Révérifier la glycémie au chevet après 5 minutes.

## DÉBUTER RAPIDEMENT LES ANTIBIOTIQUES

- » Administrer antibiotiques à large spectre **en dedans d'une heure de la découverte du choc septique.**
- » **NE JAMAIS** retarder les antibiotiques jusqu'à l'obtention des cultures.
- » Nourrissons < 3 mois – **ampicilline (75 mg/kg/dose) + céfotaxime (100 mg/kg/dose, MAX 2 g/dose).**
- » Enfants > 3 mois – **ceftriaxone (100 mg/kg/dose, MAX 2 g/dose) IV q24h + vancomycine pour soupçon de méningite (15 mg/kg/dose, MAX 1 g/dose) IV q6h.**

## CONSULTER RAPIDEMENT LE CENTRE DE RÉFÉRENCE PÉDIATRIQUE CONCERNANT :

- » Initiation et sélection des médicaments vasoactifs.
- » Considérations pour l'intubation et la ventilation.
- » Administration des produits sanguins.
- » Stéroïdes (pour choc résistant aux catécholamines).

## ESCALADE RAPIDE DES SOINS

- » Si les signes de choc persistent (perfusion anormale et/ou hypotension) malgré la réanimation avec 40 mL/kg de soluté isotonique, préparer la perfusion d'inotropes comme indiquée ci-dessous, et administrer si aucune amélioration après 60 mL/kg de soluté au total.
  - » Pour choc « froid » (↓ perfusion, ↓ pouls) : **épinéphrine** (0,05 mcg/kg/min IV, augmenter de 0,02 mcg/kg/min jusqu'à réponse).
  - » Pour choc « chaud » (↑ pression pulsée, pouls bondissants) : **norépinephrine** (0,05 mcg/kg/min IV, augmenter de 0,02 mcg/kg/min jusqu'à réponse).
  - » **Dopamine** (10 mcg/kg/min IV) : peut être commencée en premier lieu si disponible facilement et que l'administration de l'épinéphrine ou de la norépinephrine est retardée pour quelque raison que ce soit.

## CIBLES THÉRAPEUTIQUES

- » Normalisation du retour capillaire (< 2 secondes), du pouls, de la pression pulsée (la tension artérielle diastolique doit être 2/3 de la tension artérielle systolique), de l'état mental, et du débit urinaire (> 1 mL/kg/h).

## IDENTIFIER LA SOURCE

- » **NE JAMAIS** retarder la réanimation et l'administration des antibiotiques afin d'identifier la source de l'infection.
- » Demander les tests standard : cultures de sang et d'urine (via cathéter) et radiographie des poumons.
- » Considérer la culture du liquide céphalo-rachidien si le patient est stable sur le plan hémodynamique, et s'il n'a pas d'état mental altéré ou de signes neurologiques focaux suggérant la nécessité d'une imagerie cérébrale avant la ponction lombaire.

**Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et le traitement du choc septique chez l'enfant.** Ce sommaire est produit par les conseillers en choc septique du réseau TREKK, Dr Graham Thompson du *Alberta Children's Hospital Research Institute* et Dr Mona Jabbour du *Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO)*. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources, et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation.

Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

1. Thompson G & Kissoon, N. [Sepsis in Canadian children: A national analysis using administrative data](#). *Clin Epidemiol.* 2014;6:461–9.
2. Parker MJ & Manan A. [Translating Resuscitation Guidelines into Practice: Health Care Provider Attitudes, Preferences and Beliefs Regarding Pediatric Fluid Resuscitation Performance](#). *PLoSOne.* 2013;8(3).
3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. [Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016](#). *Crit Care Med.* 2017;45(3):486-552.
4. Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. [American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock](#). *Crit Care Med.* 2017;45(6):1061-93.
5. Goldestein B, Giroir B, Randolph A. [International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics](#). *Pediatr Crit Care Med.* 2005;60(1):2-8.

© Juillet 2018, TREKK, Version 1.0. Prochaine révision : 2020. Traduction française : Danielle Buch, Rédactrice médicale et scientifique.