


# RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p>FICHE REFLEXE_CHOC SEPTIQUE_2019</p> <p><b>Choc septique et grossesse</b> <b>Fiche réflexe</b></p>	<p>Version du 05/03/2019</p> <p><b>Rédaction</b> Dr Herbain Delphine</p> <p><b>Validation</b> Conseil de coordination du 19 mars 2019</p>
---	---	---

## ABREVIATIONS

Bpm : battements par minute  
GSC : score de Glasgow  
IOT : intubation orotrachéale  
IVSE : IV à la seringue électrique  
O2 : oxygénothérapie  
PAD : pression artérielle diastolique  
PAS : pression artérielle systolique  
SpO2 : saturation pulsée en oxygène  
TCA : temps de céphaline avec activateur  
TP : temps de prothrombine  
VVP : voie veineuse périphérique

## I. Objectif

Reconnaître les signes de gravité d'un sepsis faisant craindre l'existence ou l'évolution rapide vers un état de choc septique afin d'assurer une prise en charge précoce, **la survie dépendant de la thérapeutique initiée dans la 1<sup>ère</sup> heure.**

Le choc septique en cours de grossesse est une situation grave, les modifications physiologiques cardiovasculaires, respiratoires et immunologiques liées à la grossesse ont un impact sur l'évolution clinique d'un sepsis.

## II. Diagnostic

La présence de l'un ou plusieurs des symptômes suivants doivent conduire à la réalisation d'un examen clinique complet à la recherche d'autres signes de gravité et de signes d'orientation étiologique :

- **Hyperthermie > 38°C ou hypothermie < 36°C,**
- **Frissons, sueurs, cyanose, marbrures,**
- **Tachycardie > 110 bpm,**
- **Tachypnée > 24 cycles/min,**
- **Hypotension artérielle (Pression artérielle moyenne (PAS+2\*PAD)/3) < 65 mmHg),**
- **Oligurie < 0.5 ml/kg/h ou anurie,**
- **Altération de la conscience.**

Les examens paracliniques suivants doivent alors être réalisés sans délai :

- **Gazométrie artérielle + lactatémie**
- **Numération formule sanguine, TP, TCA, fibrinogénémie**
- **Ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie, transaminases**
- **Hémocultures et prélèvements bactériologiques orientés par la clinique**
- **+/- imagerie selon clinique**

## III. Prise en charge

1. Initiale en urgence (sur site)

**La présence d'un ou plusieurs signes cliniques de gravité et/ou une hyperlactatémie > 2 mmol/l doit faire initier la prise en charge dans la première heure :**

- pose VVP, surveillance scopée
- O2 pour SpO2 > 94 % (+/- IOT si GSC<8)
- réalisation des prélèvements bactériologiques si non faits et début d'une antibiothérapie probabiliste à large spectre sans délai (gentamycine + clindamycine + péni ou vancomycine + pipéracilline/tazobactam) adaptée secondairement
- remplissage vasculaire par cristalloïdes 30 ml/kg si PAM < 65 mmHg et/ou lactates > 4 mmol/L +/- noradrénaline IVSE si insuffisant
- sonde urinaire à demeure pour diurèse horaire
- surveillance de la tolérance fœtale
- appel d'un centre de référence afin de discuter de la suite de la conduite à tenir concernant la prise en charge maternelle (transfert vers une réanimation, monitoring invasif...) et la poursuite de la grossesse (terme, bien-être fœtal, chorioamniotite...).

## 2. Transfert

**Chaque situation de sepsis sévère ou choc septique nécessite :**

- **une discussion au cas par cas avec un établissement disposant**
  - o **d'un service de réanimation adulte (annexe 1)**
  - o **et d'une maternité adaptée à l'âge gestationnel et à l'estimation du poids fœtal (annexe 2)**
- **au regard de la stabilité maternelle, de l'étiologie et de la tolérance fœtale.**
- ⇒ **déterminer le centre de prise en charge le plus adapté et les conditions de transport.**

La priorité absolue est la **restauration d'une hémodynamique maternelle** qui passe par la réalisation sur place, **dans la première heure**, des éléments de réanimation cités précédemment.

Si la réalisation d'une extraction fœtale est nécessaire, son lieu de réalisation doit être discuté en fonction du degré d'urgence et de la prise en charge fœtale attendue d'une part et de l'optimisation maternelle préalable nécessaire.

**Le transport doit être médicalisé.**

## IV. Bibliographie

- Levy MM. and al. The Surviving Sepsis Campaign Bundle : 2018 Update. Intensive Care Med. 2018 Jun;44(6):925-92
- Barton JR and al. Severe sepsis and septic shock in pregnancy. Obstet Gynecol. 2012 Sep;120(3):689-706

## Annexe 1

### ÉTABLISSEMENTS DE NAISSANCE LORRAINS COMPORTANT UN SERVICE DE REANIMATION OU UNE UNITE DE SOINS INTENSIFS ADAPTES A LA PRISE EN CHARGE MATERNELLE

MATERNITES	UNITES DISPONIBLES
CHRU de Nancy	Unité de soins continus dédiée à la maternité et réanimation adulte sur autre site du CHRU
CH Emile Durkheim d'Epinal	Soins continus et réanimation adulte
CH de Lunéville	Soins intensifs mais prise en charge dépendante de l'AR en lien avec CHRU
CH de Verdun-St-Mihiel	Réanimation
CHR site de Mercy Metz	Réanimation et soins intensifs
CHR site de Bel Air Thionville	Soins continus et réanimation
CH Hôtel Dieu Alphasanté de Mont-Saint-Martin	Soins intensifs
Clinique La Ligne Bleue d'Epinal	Soins intensifs
CH de Saint-Dizier	Réanimation polyvalente et soins continus polyvalents.
Clinique Majorelle	Unité de soins continus (patiente sous la responsabilité de l'AR) + convention avec réanimation CHRU de Nancy (hôpital central)
CHIC de Forbach	Unité de soins intensifs et continus
CH de Sarrebourg	Unité de soins continus
CH de Briey	Unité de soins continus
CH de l'Ouest Vosgien (Neufchâteau)	Service de soins continus polyvalents
CH de Saint-Dié-des-Vosges	Soins continus polyvalents
CH de Sarreguemines	Réanimation adulte
Clinique Claude Bernard	Unité de soins continus et réanimation adulte

## Annexe 2

### TABLEAU DES GRADATIONS DE PRISES EN CHARGE NEONATALES PAR TYPE DE MATERNITE, CRITERES ET PAR DEPARTEMENT

Maternité de type I	<b>≥ 36SA <u>et</u> Pds de naissance estimé ≥ 2000g</b>
	<b><u>54 Meurthe et Moselle</u></b> CH Alpha Santé de Mont-Saint-Martin CH de Briey CH de Toul CH de Lunéville
	<b><u>55 Meuse</u></b>
	<b><u>57 Moselle</u></b> Clinique Saint-Nabor CH de Sarrebourg CH de Sarreguemines
	<b><u>88 Vosges</u></b> Maternité La Ligne Bleue CH de Neufchâteau CH de Saint-Dié
Maternité de type IIA (+ Néonatalogie)	<b>≥ 34SA <u>et</u> Pds de naissance estimé ≥ 1800g</b>
	<b><u>54 Meurthe et Moselle</u></b>
	<b><u>55 Meuse</u></b> CH de Verdun
	<b><u>57 Moselle</u></b>
	<b><u>88 Vosges</u></b> CH de Remiremont
Maternité de type IIB (+ Néonatalogie + Soins Intensifs néonataux)	<b>≥ 31SA <u>et</u> Pds de naissance estimé ≥ 1200g</b>
	<b><u>54 Meurthe et Moselle</u></b> Clinique Majorelle
	<b><u>55 Meuse</u></b>
	<b><u>57 Moselle</u></b> Clinique Claude Bernard CHIC Unisanté+ de Forbach CHR site de Metz (Mercy) / CHR site de Thionville
	<b><u>88 Vosges</u></b> CH d'Epinal
Maternité de type III (+ Néonatalogie + Soins Intensifs néonataux + Réanimation Néonatale)	<b>&lt; 31 SA <u>et</u> /ou Pds de naissance estimé &lt; 1200g Autres AG et Pds de naissance avec pathologie associée</b>
	<b><u>54 Meurthe et Moselle</u></b> CHRU de Nancy