

Prise en charge du sepsis pour le gériatre

 Thibaut Fraisse¹, Romaric Larcher²

1. Médecine interne, Service de CSGA, CH Alès-Cévennes

2. Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU Caremeau, Nîmes

DÉFINITION DU SEPSIS

Le sepsis et le choc septique sont les complications les plus graves des maladies infectieuses. Ils sont en plus très fréquents et on estime que le **nombre de décès attribuable au sepsis** se situe autour de 700 000/an en Europe et **57 000/an** en France. Le sepsis reste

ainsi une des principales causes de mortalité dans les pays industrialisés (dépassant le nombre de décès cumulés des cancers du sein, de la prostate et de l'intestin réunis) [1] et la problématique de l'antibiorésistance fait craindre une majoration de la mortalité

liée au sepsis dans les prochaines décennies. De plus, il est responsable de lourdes séquelles physiques et psychologiques chez les survivants (syndrome post-sepsis) et d'une surmortalité estimée à 33 % dans l'année qui suit le sepsis [2].

PHYSIOPATHOLOGIE DU SEPSIS

Le sepsis est la conséquence d'une **dysrégulation de la réponse immunitaire à une infection** qui, en devenant excessive et inappropriée, entraîne la dysfonction, voire la défaillance, d'un ou

plusieurs organes et met en jeu le pronostic vital [3].

Le choc septique en **est la présentation la plus grave** et se définit par la **présence d'un sepsis accompagné d'une défaillance**

hémodynamique nécessitant un traitement vasopresseur pour maintenir une pression artérielle moyenne > 65 mmHg et d'un lactate > 2 mmol/l, après correction d'une éventuelle hypovolémie [3].

ÉPIDÉMIOLOGIE

La majorité des cas de sepsis sont communautaires (60 à 80 %) et leur prise en charge est donc fréquemment **préhospitalière ou faite au service des urgences**. Les médecins de premiers recours (généralistes ou médecins coordinateurs) ainsi que tous les soignants au sens le plus large doivent donc connaître les principes de

dépistage et de prise en charge des patients en sepsis. Les soignants en charge de personnes âgées doivent y être particulièrement sensibilisés, car le **vieillessement**, du fait de l'immuno-senescence, des comorbidités et de leurs traitements (cancer, prothèses...), et de la dénutrition qui y sont associés, **est un facteur de risque important**

d'infection et de sepsis [4]. De plus, les **atypies sémiologiques** chez la personne âgée (absence de fièvre chez le patient bactériémique) ou des présentations sous forme de syndromes gériatriques (chute, confusion), font qu'il peut y avoir un **retard au diagnostic d'infection**, et donc un risque plus important de prise en charge à un

stade de gravité avancé (sepsis ou choc).

Les gériatres par leur connaissance de ces particularités cliniques peuvent apporter leur expertise. **Le diagnostic et la prise en charge**

précoces du sepsis et du choc septique sont les clés de voute de l'amélioration de son pronostic (la mortalité du sepsis est autour de 10 % contre 40 % pour le choc septique). Il a été montré que chaque heure de retard à l'initiation d'une

antibiothérapie, mais aussi à la réalisation du traitement chirurgical de la porte d'entrée ou la restauration de l'hémodynamique, était associée à une aggravation des défaillances d'organe et une augmentation de la mortalité [5].

RECOMMANDATIONS

Il n'existe pas de recommandations françaises actualisées pour la prise en charge du sepsis et du choc septique, **les dernières recommandations qui doivent s'appliquer sont internationales**, celles de la *Surviving Sepsis Campaign 2021* [6]. Nous vous en présentons un résumé sous forme d'algorithme (Fig. 1).

Il est important de noter, qu'au-delà d'une antibiothérapie précoce et adaptée, il faut **dépister et traiter la défaillance hémodynamique** :

• **Dépistage au lit du malade** : lever de jambe ou mesure du temps de recoloration cutanée.

• **Traitement** : remplissage adapté par cristalloïdes éventuellement balancés comme le Ringer Lactate.

• Les recommandations laissent la possibilité d'utiliser précocement les amines vasopresseurs (noradrénaline) sur une voie veineuse périphérique parfois en combinaison avec le remplissage et notamment quand la pression diastolique reste inférieure à 40 mmHg [7]. La société anglaise de soins intensifs a publié un guide d'utilisation des amines sur cathéter périphérique reprenant les conditions nécessaires à leur utilisation et les modalités pratiques de bon usage [8]. Cette solution paraît intéressante pour

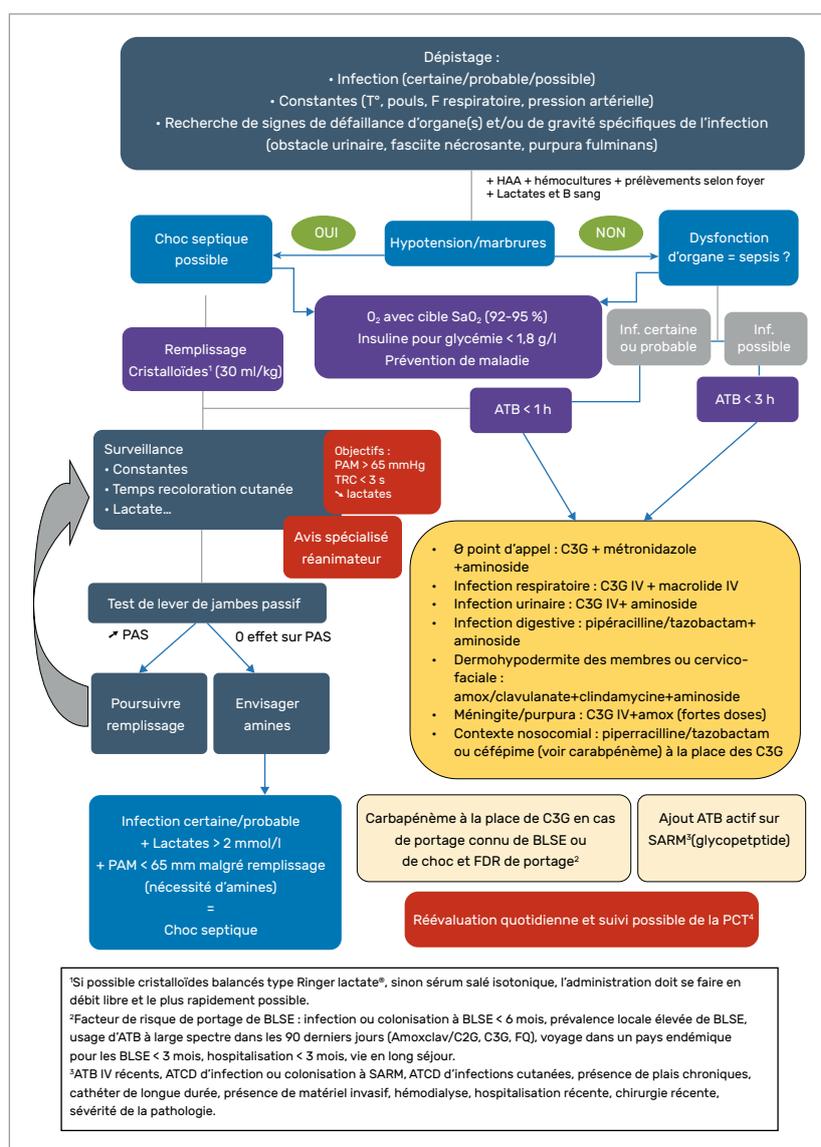


Figure 1 - Schéma algorithmique.

PAM : pression artérielle moyenne, PAS : pression artérielle systolique, ATB : antibiotique, SARM : staphylococcus aureus résistant métilcilline, FDR : facteur de risque, BLSE : bêtalactamase à spectre étendu, TRC : temps de recoloration cutanée.

les sepsis à point de départ pulmonaire pour éviter d'aggraver l'hypoxémie avec le remplissage vasculaire. Elle peut aussi permettre de "passer un cap" pour un patient dans une unité de surveillance continue ou renforcée sans lui imposer la lourdeur d'une

prise en charge réanimatoire conventionnelle [9].

Dans le même esprit, l'épidémie de Covid-19 a permis à certaines techniques, comme l'oxygénothérapie à haut débit, de sortir des services de réanimation et elles apparaissent comme un des

traitements support de première intention pour le sepsis [10]. Nous l'avons expérimenté pendant l'épidémie, la maîtrise de ces techniques nécessitent de s'y former, mais aussi de former les équipes paramédicales à leur maniement et à leur surveillance.

RÔLE DU GÉRIATRE

Au-delà de ses compétences dans la reconnaissance et la prise en charge des premières heures du sepsis, les compétences du gériatre sont aussi précieuses et attendues par son confrère réanimateur, pour réaliser une **prise en charge graduée du patient âgé en sepsis**. Cette prise en charge devra tenir compte de l'évaluation globale du patient (autonomie, capacités cognitives, réserves fonctionnelles) et de ses volontés exprimées ou rapportées (directives anticipées et personne de confiance). La

concertation multidisciplinaire et collégiale sera évidemment à privilégier pour prendre une décision de limitation de soins par exemple. Enfin, **chez les survivants du sepsis, il peut exister un tableau d'immunodéficience post-sepsis** pouvant se rapprocher par certains aspects de l'immuno-senescence, mais aussi des troubles neurocognitifs post-sepsis ou des troubles anxieux, y compris chez les adultes jeunes [11, 12]. Là encore, l'intervention d'une équipe multidisciplinaire gériatrique pourra aider

à affiner le diagnostic et apporter des propositions thérapeutiques (nutrition, lutte contre la confusion, mobilisation) pour essayer de limiter les conséquences à court et moyen termes. ■

✱ Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Mots-clés :

Sepsis, Risque infectieux, Complication, Prise en charge

Bibliographie

- Daniels R. The incidence, mortality and economic burden of sepsis. NHS Evidence emergency and urgent care. NHS Library, Central alerting system 2009.
- GBD 2016 Lower Respiratory Infections Collaborators. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Infect Dis* 2018 ; 18 : 1191-210.
- Singer M, Deutschlan CS, Seymour CW et al. The 3rd international consensus definition for sepsis and septic shock (SEPSIS-3). *JAMA* 2016 ; 315 : 801-10.
- Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infection. *Lancet Infect Dis* 2002 ; 2 : 659-66.
- Ruddel H, Thomas-Ruddel DO, Reinhart K et al. Adverse effects of delayed antimicrobial treatment and surgical source control in adults with sepsis: results of a planned secondary analysis of a cluster randomized controlled trial. *Critical Care* 2022 ; 26 : 51.
- Evans L, Rhodes A, Alhazzani W et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensiv Car Med* 2021 ; 47 : 1181-47.
- Ospina-Tascón GA, Hernandez G, Alvarez I et al. Effects of very early start of norepinephrine in patients with septic shock: a propensity score-based analysis. *Critical Care* 2020 ; 24 : 52.
- Intensive care society. Guidance for the use of vasopressor agents by peripheral intravenous perfusion in adults critical care patients 2020 [en ligne]. In Intensive care society [consulté le 26/08/2022]. Disponible sur : www.ics.ac.uk/Society/Guidance/PDFs/Vasopressor_Agents_in_Adult_ICU.
- Guidet B, Leblanc G, Simon T et al. Effect of systematic intensive care unit triage on long-term mortality among critically ill elderly patients in France: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2017 ; 318 : 1450.
- Delnard ME, NG Ping MC, Aouab J et al. Utilisation de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) en gériatrie. *Repères en gériatrie* 2022 ; 24 : 74-7.
- Annane D, Sharshar T. Cognitive decline after sepsis. *Lancet Respir Med* 2015 ; 3 : 61-9.
- Bourhy L, Mazeraud A, Costa LHA et al. Silencing of amygdala circuits during sepsis prevents the development of anxiety related behaviours. *Brain* 2022 ; 145 : 1391-409.