



FMC

Sepsis sévère et choc septique Origine urinaire

Dr Eric ROUSSEL
SMUR - SAU - UHCD
CH Lucien Husel - Vienne

Patiente de 69 ans

Antécédents :

- Obésité avec SAS sous VNI
- Alcoolisme chronique sevré depuis 2 mois
- Syndrome anxio-dépressif
- Appendicectomie ; ligature des trompes

Traitement : SELINCRO ; AOTAL ; MIRTAZAPINE 15 ; ATARAX 25

Découverte fortuite en 11/2015 d'un syndrome de la jonction (bassinnet à 27 mm de diamètre AP avec discrète dilatation des calices), sans dilatation urétérale, ni obstacle lithiasique

Consultation au SAU le 19/12/2015 à 10h48

Motif : Douleur isolée de la fosse lombaire G depuis 2h du matin

Bilan IOA :

CGS=15 ; EN=8 ; SaO2=99% ; 36°6

FC=72 ; TA=163/71

Pas de SFU ; pas d'envie d'uriner (pour BU)

Avis médecin référent IOA:

50 mg TOPALGIC + 1g PARACETAMOL PO

Placée en attente sur un brancard (non prioritaire dans un contexte d'afflux de patients ++)

Lesquelles de ces propositions vous paraissent correctes ?

- 1 - Les critères de SRIS sont remplis
- 2 - Le diagnostic de pyélonéphrite est le plus vraisemblable
- 3 - Le tri est correct
- 4 - La PEC de la douleur est adaptée
- 5 - Aucune de ces propositions

PEC en box par l'interne à 15h59 (H5)

Persistance d'une douleur lombaire G irradiant en avant, vers le bas et en dedans

Frissons ; pas de marbrures

Pas de nouvelle mesure des constantes vitales

Examen clinique normal par ailleurs

Prescription d'un bilan biologique : Iono, NFP, CRP, BU

BU : Nitrites + ; leuco + ; sang traces

Présentation au senior à 17h00 (H6) avec résultats bio :

- CRP=206 ; GB=15000 (11880 PNN)
- Créat=92 (vs 68 en 10/2015) ; CKD EPI=58 (vs 85 en 10/2015)

Cliniquement :

- Fièvre à 38°7 ; persistance de frissons ; pas de marbrures
- FC=122 ; TA=89/62 ; EVA=6 ; SaO2=95%
- Douleurs inchangées

Diagnostic : Choc septique à point de départ urinaire

Mesures thérapeutiques :

- Remplissage vasculaire par SSI (500cc/ 15 mn)
- Réalisation d'hémocultures
- Analgésie (PARACETAMOL + titration morphinique)
- Mise en route d'une antibiothérapie

- 1 - Fosfomycine - Trométamol en monodose.
- 2 - C3G IV (Céfotaxime ou Ceftriaxone)
- 3 - C3G IV (Céfotaxime ou Ceftriaxone) + amikacine
- 4 - Carbapénème (Imipénème ou Méropénème) + amikacine
- 5 - Aztréonam (Monobactam ou Azactam) + amikacine

Quel(s) examen(s) complémentaire(s)
réaliseriez-vous ?

1 - PCT

2 - Echographie abdominale

3 - Uroscanner

4 - Radio pulmonaire

5 - Scintigraphie rénale

6 - Aucun de ces examens

EAU : Dilatation des cavités pyélocalicielles et du bassinet qui est mesuré à 35mm dans son axe longitudinal et transversal. Uretère non visible ; Vessie vide. Pas de lithiase visible.

Cliniquement, bonne réponse au traitement initial :

Disparition des frissons ; 37°9

TA=121/82 ; FC=88

EN=3 (après 9 mg de morphine)

1 - Sortie avec traitement ambulatoire

2 - Hospitalisation en unité de surveillance continue (USIC)

3 - Avis du réanimateur

4 - Avis de l'urologue (dérivation?)

5 - Avis du néphrologue (dialyse?)

Transfert rapide en service d'urologie
PEC au BO le jour-même et mise en place d'une sonde JJ
Urines pyéliquies très troubles

Amélioration rapide sous C3G + aminosides IV
Disparition du SIB et de la douleur, apyrexie
Récupération d'une fonction rénale normale (CKD EPI=82)
RAD le 22/12/2015 sous OFLOCET PO

RDV le 22/01/2016 avec TDM de contrôle et pour discuter ablation
de la JJ et de la cure de la maladie de la JPU