



# Etude U SEPSIS

Etude prospective observationnelle

Objectif : évaluer l'incidence des patients en sepsis en SU,  
décrire leur prise en charge et leur devenir.

**24 au 30 septembre**





# Une nouvelle définition

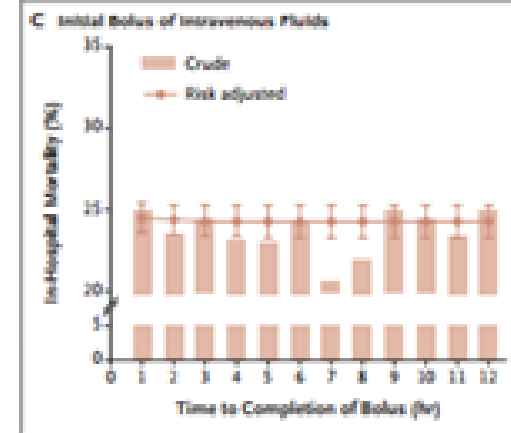
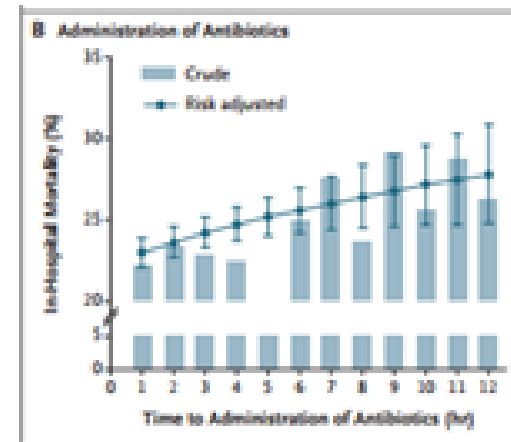
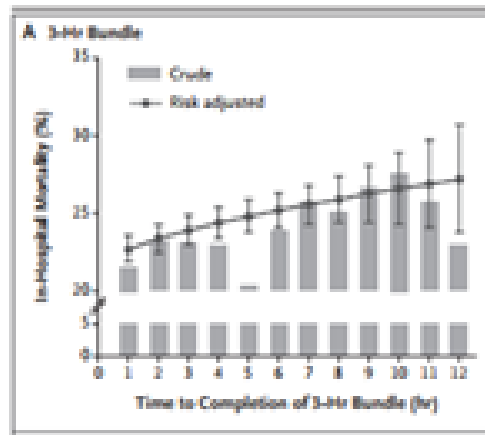
**Special Communication | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT**

## The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)

Mervyn Singer, MD, FRCP; Clifford S. Deutschman, MD, MS; Christopher Warren Seymour, MD, MSc; Manu Shankar-Hari, MSc, MD, FFICM;  
Djillali Annane, MD, PhD; Michael Bauer, MD; Rinaldo Bellomo, MD; Gordon R. Bernard, MD; Jean-Daniel Chiche, MD, PhD;  
Craig M. Coopersmith, MD; Richard S. Hotchkiss, MD; Mitchell M. Levy, MD; John C. Marshall, MD; Greg S. Martin, MD, MSc;  
Steven M. Opal, MD; Gordon D. Rubenfeld, MD, MS; Tom van der Poll, MD, PhD; Jean-Louis Vincent, MD, PhD; Derek C. Angus, MD, MPH



Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, et al (2017) Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. N Eng J Med 23:2235-2244



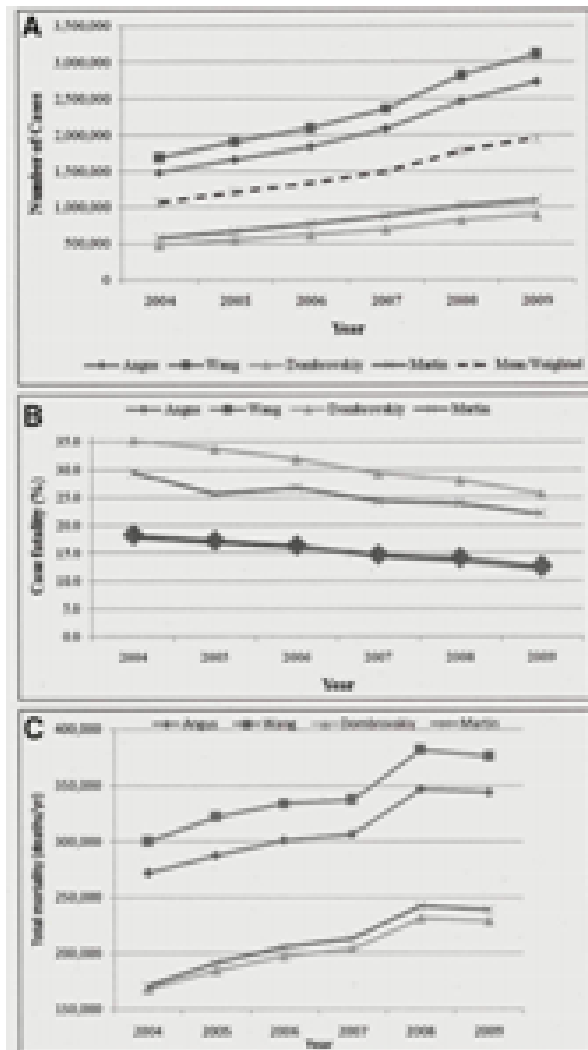


Figure 2. A, Incidence of severe sepsis by method over 6-year period. B, In-hospital case fatality of severe sepsis by method. C, Total mortality of severe sepsis by method.

# Avant 2016, SIRS, sepsis sévère, choc septique

Une définition mais des données  
différentes selon les auteurs

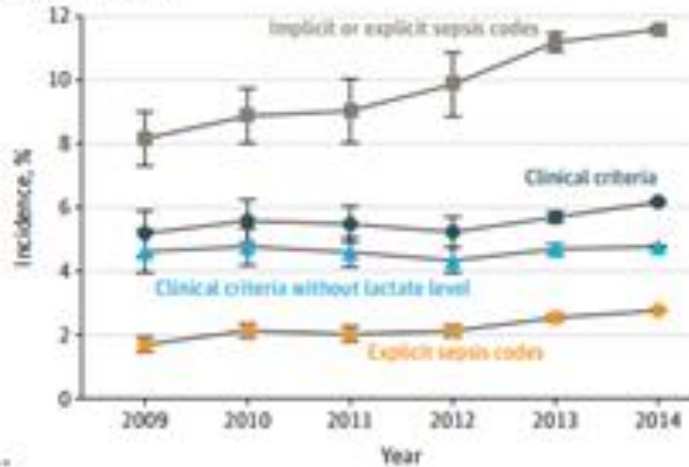
Gaieski DF et al. Benchmarking the incidence and mortality of severe sepsis in the United States. *Crit Care Med*. 2013 May;41(5):1167-74.

En France ? Données de réanimation :  
incidence 13,5% des chocs septiques (7) et  
mortalité hospitalière de 39,5% (8)

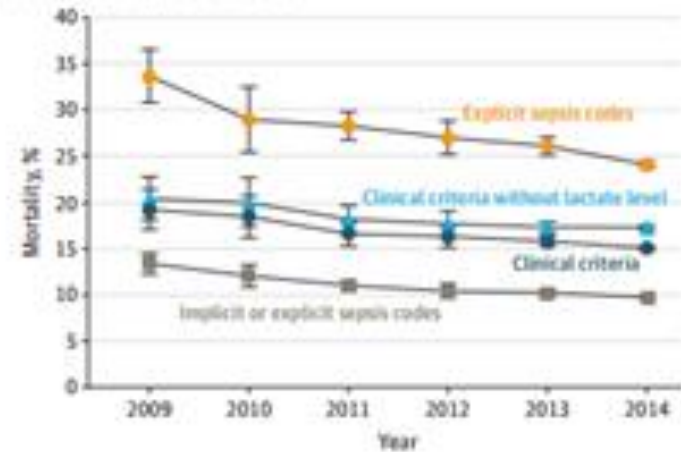
Que not JP, Binquet C, Haro F, et al (2013) The epidemiology of septic shock in French intensive care units: the prospective multicenter cohort EPSS study. *Crit Care* 17:17



**A** Adjusted sepsis incidence



**B** Adjusted in-hospital sepsis mortality



Rhee C, Dantes R, Epstein L, et al (2017) Incidence and Trends of Sepsis in US Hospitals Using Clinical vs Claims Data, 2009-2014. JAMA 318:1241-1249



Inclusions : Tous les patients âgés de plus de 18 ans admis en SU avec un syndrome infectieux diagnostiqué ou suspecté à l'admission et/ou pendant la prise en charge aux urgences par le médecin urgentiste.

ETIQUETTE PATIENT

n° centre \_\_\_ n° patient \_\_\_

**RECUEIL URGENCES**

n° centre \_\_\_ n° patient \_\_\_

DATE ADMISSION : \_\_\_ / \_\_\_ / 2018 à \_\_\_ h \_\_\_ min

Mode d'arrivée :  Adressé par médecin  Centre 15  Seul  Inconnu

Moyens d'arrivée :  Propres moyens  Ambulance Privée  SMUR  Sapeurs-pompiers

Tri IOA (score CIMU) :  1  2  3  4  5  NF

Réalisation QSOFA par IOA :  oui  non si oui, score : \_\_\_

Motif inclusion :  Fièvre à l'admission  
 Syndrome infectieux biologique au SU sans fièvre à l'admission  
 Histoire de fièvre à domicile ou syndrome infectieux biologique bilan externe  
 Autre : \_\_\_\_\_

Patient : Sexe H  / F  Age : \_\_\_ ans

Antécédents :  Aucun  Immunodépression  Démence  Diabète  Grabataire

Insuffisance chronique :  Cardiaque  Hépatique  Rénale  Respiratoire

Le patient présente-t-il un sepsis ?  oui  non (Rappel : syndrome infectieux avec QSOFA≥2)

Admission : PA : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ FC : \_\_\_ / min SpO2 : \_\_\_ % T° : \_\_\_ °C FR : \_\_\_ / min

Trouble de la conscience :  oui  non

Point d'appel suspecté  pulmonaire  urinaire  cutané  neurologique  abdominal

os et articulation  autres : \_\_\_\_\_

Inconnu

Données biologiques : CRP-PCT :  oui  non

Lactates :  oui  non Si oui, résultats = \_\_\_\_\_ mmol/L

NFS :  oui  non

Prélèvement hémoculture :  oui  non

**Traitements administrés aux urgences**

Oxygénothérapie :  oui  non

Remplissage :  oui  non Si oui, heure administration : \_\_\_ h \_\_\_ min

Cristalloïde NaCl  Ringer lactate  Colloïdes gélatines

HEA  Dextrans  autres : \_\_\_\_\_

Antibiothérapie :  oui  non Si oui, heure administration \_\_\_ h \_\_\_ min

type antibiothérapie : \_\_\_\_\_

Amines vasopressives  oui  non Si oui, heure administration : \_\_\_ h \_\_\_ min

Date de sortie des urgences : \_\_\_ / \_\_\_ / 2018 à \_\_\_ h \_\_\_ min

Orientation :  Domicile  UHCD  Médecine  Chirurgie

USC/Réanimation  Décès



ETIQUETTE PATIENT

n° centre \_\_\_ n° patient \_\_\_

n° centre \_\_\_ n° patient \_\_\_

**Suivi du patient**

Toujours hospitalisé à J+30

OUI

NON, si non :

Décès pendant l'hospitalisation, Date de décès : \_\_\_ / \_\_\_ / 2018

Sortie d'hospitalisation : Date de sortie d'hospitalisation : \_\_\_ / \_\_\_ / 2018

Diagnostic de sortie : \_\_\_\_\_

Résultat bactériologique de sortie : \_\_\_\_\_



- **Objectif principal**

L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence du sepsis parmi la population admise en SU pour un syndrome infectieux.

- **Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires sont de déterminer la prévalence du sepsis parmi l'ensemble des patients admis en SU, décrire la population admise pour un sepsis en SU et leur prise en charge, comparer les patients décédés aux survivants.

- **Matériel et méthode**

- *Type d'étude*

Etude multicentrique, régionale, prospective, basée sur un recueil observationnel.

- *Population étudiée*

Tous les patients âgés de plus de 18 ans admis aux urgences pour un syndrome infectieux prouvé ou suspecté.

- *Critère de jugement principal*

La présence d'un sepsis défini par les recommandations dites de Sepsis-3 : présence d'un syndrome infectieux associé à une dysfonction d'organe mettant en jeu le pronostic vital. En l'absence de critères cliniques clairement définis, le sepsis sera défini dans notre étude comme un syndrome infectieux associé à un score Q-SOFA  $\geq 2$ .

- *Centres d'inclusion*

La participation des centres est une démarche active et volontaire. L'ensemble des services d'urgence publics et privés de la région Occitanie sont sollicités.