

# Suspicion de sepsis urinaire

## Sepsis sévère (≥ 2 critères) :

- PAS ≤ 100mmHg
- FR ≥ 22/mn
- Glasgow ≤ 13, confusion

## Choc septique :

- PAM < 65mmHg
- Hyperlactatémie > 2mmol/l

## IU graves :

PNA et les IU masculines associées à :

- un sepsis grave,
- un choc septique,
- une indication de drainage chirurgical ou interventionnel (risque d'aggravation du sepsis en péri-opératoire).



## Pyélonéphrite compliquée, Prostatite

- ± Douleur fosse lombaire
- ± Symptomatologie cystite aiguë
- ± Symptomatologie digestive
- et BU (VPN 95%) et/ou Uroculture



Remplissage vasculaire : 500 ml de NaCl 9‰ en 15 mn à renouveler jusqu'à PAM > 65 mmHg (2000 ml maxi)  
Surveiller la tolérance au remplissage

PAM > 65 mmHg

PAM < 65 mmHg

PAD < 40 mmHg

- NORADRENALINE : 24 mg dans 48 cc**  
Vitesse 0,5 mg/h puis titrer / 5 mn jusqu'à PAM > 65 mmHg
- remplissage vasculaire à poursuivre

## ANTIBIOTHERAPIE IV administrée dans les 60 mn

- Amikacine à la dose de 20-30 mg/kg/j en 30mn au PSE
- Céfotaxime 2g x3/j IVL (ou Ceftriaxone 2g)  
ou si allergie avérée : Aztréonam 2g x3/j

Si choc septique / sepsis grave / geste urologique  
et présence de facteur de risque de EBLSE :

- Carbapénème (Imipénème 1 à 2g en 3 à 4 x/j, Méropénème 1g x 3/j) + Amikacine  
ou si allergie aux carbapénèmes : Aztréonam + Amikacine
- ± Avis spécialisé si geste de drainage



APPEL au réanimateur de garde

Transfert en Réanimation sous 90 mn

Poursuite du remplissage vasculaire



Admission UHCD ou Soins Continus si

- PAM > 65 mmHg
- Régression des signes d'hypoperfusion
- Concertation avec le réanimateur
- Diurèse supérieure à 30 ml/l
- Contrôle Lactates H+4 et H+10 inf à 4 mmol/l

## Bilan biologique standard

- Numération Formule
- Ionogramme sanguin
- Bilan de coagulation
- Lactates
- CRP
- Bilan hépatique
- Radio pulmonaire

## Bilan spécifique du sepsis

- Hémocultures
- ECBU systématique

## TDM

ou Echo appareil urinaire selon disponibilité