

# PRISE EN CHARGE DES PERITONITES NOSOCOMIALES

C. Mariette  
Service de chirurgie digestive et générale

## Introduction

Les péritonites survenant dans la période postopératoire sont le résultat de 3 agressions :

- la pathologie initiale
- la première intervention
- la complication infectieuse intra-abdominale.

Cette addition de circonstances aggravantes est probablement responsable de la mortalité élevée rapportée par les articles s'intéressant spécifiquement aux péritonites postopératoires aux alentours de 50%, très supérieure à celle rapportée pour les péritonites secondaires non postopératoires (20%). Les modalités de la chirurgie de rattrapage interfèrent grandement avec le pourcentage de succès qui peut être largement supérieur à 50%.

Règles:

1. Le succès des réinterventions pour péritonites postopératoires est lié à l'éradication de toutes les sources d'infection intra-abdominale impliquant donc :
  - une voie d'abord permettant l'exploration la plus complète possible afin d'être certain que l'on ne laisse aucune source d'infection persistante,
  - le traitement de la source de l'infection par éradication du foyer infectieux ou en limitant le plus possible la récurrence de l'infection.
2. Pour faciliter la guérison, il est nécessaire de réaliser
  - une toilette péritonéale et un drainage pour aider le péritoine à lutter,
  - une gastrostomie ou une jéjunostomie en vue d'une alimentation entérale garant d'une meilleure trophicité intestinale et d'un système immunitaire plus efficace,
  - une fermeture abdominale première.

## Principes généraux

- La très grande majorité des réinterventions précoces au décours d'un acte de chirurgie digestive vise à traiter une infection localisée ou diffuse dont la cause habituelle est une désunion anastomotique.
- En présence de suites opératoires précoces troublées, il est essentiel de mettre d'abord en cause les gestes réalisés (+++).
- La simplicité et l'efficacité d'une réintervention sont directement dépendantes de la rapidité de la décision de reprise, quitte à proposer des réinterventions à l'excès.
- Une réanimation abusive, basée sur le traitement des symptômes uniquement, peut masquer des lésions intrapéritonéales, qui se dévoileront tardivement par des défaillances polyviscérales (insuffisance cardiocirculatoire, insuffisance rénale) ou des éviscérations avec leur risque de traumatisme intestinal.

## Facteurs de gravité

- liés au terrain : âge, pathologies associées, immunodépression, dénutrition et défaillance d'organe sont des facteurs indépendants de mortalité
- liés au mode de contamination : selles, bile ++

- liés à la nature de l'agent infectieux
- liés à la prise en charge médicale : influence du retard et de la qualité de la prise en charge chirurgicale.

### **Sur quels éléments repose l'indication de réintervention précoce ?**

Tout phénomène septique survenant après chirurgie digestive n'implique pas la nécessité de réintervenir, même s'il est lié à la désunion d'une anastomose. De même, l'extériorisation d'une fistule entérocutanée par un drainage, survenant précocement, n'est pas en soit une indication opératoire formelle. A l'inverse le même écoulement précoce de liquide digestif par une cicatrice de laparotomie constituée, lui, une bonne raison de réopérer sans retard (sauf exception d'un abdomen cloisonné), car avant de s'extérioriser par l'incision, le liquide intestinal a pu s'épancher dans la grande cavité.

Une irruption de liquide intestinal ou de bile dans un trajet de drainage dans les 2 ou 3 premiers jours doit faire craindre une faute technique dans la réalisation de l'anastomose ou son traumatisme par un drain et peut justifier une réintervention immédiate susceptible d'éviter une évolution prolongée et compliquée.

Les éléments déterminants de l'indication opératoire pour péritonites postopératoires sont :

- l'importance des phénomènes infectieux et leur tolérance,
- la présence de signes physiques abdominaux et leur diffusion.

Devant tout opéré abdominal récent, il faut être en mesure d'expliquer logiquement les phénomènes rencontrés et garder comme principe de base que « l'imcompréhension médicale » de suites opératoires troublées est une indication en soit de réintervenir.

Les premières manifestations de l'infection péritonéale, secondaires à la perte d'étanchéité de la réparation digestive, sont très précoces, presque toujours dans les 3 jours suivant l'intervention. La diffusion de l'infection peut être, elle, retardée. Ces manifestations sont :

- fièvre, anomalie révélatrice la plus fréquente
- diarrhée
- hypersecrétion et stase gastrique
- hoquet
- tachycardie isolée
- chute de la diurèse
- absence de reprise ou arrêt secondaire du transit intestinal
- troubles psychiques pouvant apparaître au premier plan et faire errer le diagnostic

Il ne faut pas attendre les manifestations plus tardives pour penser à la péritonite postopératoire, que sont :

- les signes physiques abdominaux (défense, contracture) sont de recherche difficile, souvent éphémères s'estompant vite avec le météorisme (2/3 ventre souple, 1/10 ventre indolore et plat)
  - la défaillance cardiocirculatoire
  - l'insuffisance rénale
- traduisent le plus souvent une infection majeure.

### **Conduite à tenir devant une péritonite postopératoire**

- réanimation intraveineuse intensive avec corrections des principales perturbations humorales et hémodynamiques

- antibiothérapie probabiliste à large spectre après prélèvements nécessaires à la détermination des germes en cause
- surveillance clinique et biologique attentive
- si nécessaire explorations morphologiques pour étayer le diagnostic ou éliminer une autre cause aux phénomènes observés (ECG, angioTDM à la recherche d'une EP)

Intervention immédiate en cas de :

- défaillance d'une ou plusieurs fonctions vitales
- signes abdominaux en faveur d'une péritonite diffuse

Critères permettant de surseoir à l'intervention :

Ces critères sont conditionnels et doivent être évalués au cours d'examen répétés dans les 24 heures. Ils doivent être réunis pour que soit adoptée une attitude conservatrice et les phénomènes en cause doivent être tous clairement « explicables » (++) .

- diurèse conservée (> 40 mL/h),
- condition cardiocirculatoire stable sans recours prolongé aux amines vasopressives et sans nécessité d'augmenter progressivement les posologies,
- absence de signes toxi-infectieux généraux,
- absence de signes abdominaux de diffusion,
- transit conservé ou rétabli, diminution de la production de la SNG,
- rétrocession rapide du signe d'appel ayant fait évoquer le diagnostic de péritonite postopératoire,
- faible élévation des PNN ou chute importante de ceux-ci si élevés au départ,
- insuffisance rénale fonctionnelle facilement corrigée,
- absence d'indication d'une ventilation assistée ou à la prolongation d'une ventilation assistée chez un patient sans insuffisance respiratoire préopératoire.

L'amélioration des critères biologiques et cliniques doit être rapide (24 à 36 heures) pour que soit poursuivi le traitement conservateur.

Critères formels de réintervention rapide :

Ils sont eux aussi à apprécier par des examens successifs rapprochés. Il suffit d'en réunir un minimum pour poser l'indication de réintervention : 1 critère clinique + 1 critère biologique, voire un seul isolé.

- non réponse bioclinique satisfaisant à la réanimation,
- condition cardiocirculatoire défaillante allant en se dégradant,
- oligoanurie,
- signes abdominaux de diffusion,
- transit intestinal non rétabli ou arrêt secondaire,
- gradient élevé d'hyper leucocytose,
- persistance d'une insuffisance rénale malgré la réanimation ou aggravation de l'insuffisance rénale,
- nécessité d'une ventilation assistée.

En respectant ces critères formels de réintervention, il est possible d'agir avant la survenue des accidents cardiocirculatoires secondaires au choc toxi-infectieux. Dans le cadre des péritonites postopératoires diffuses, généralisées à la grande cavité ou multiloculaires, la date du 5<sup>ème</sup> jour après l'intervention initiale constitue un cap important pour le pronostic et la réintervention doit être entreprise autant que possible avant cette date.

## **Qu'attendre des explorations morphologiques ?**

Elles doivent être en toute circonstance interprétées en fonctions des données cliniques et biologiques et , en cas de discordance, céder le pas à ces dernières (++).

Elles ont pour buts :

- aide dans l'évaluation de la gravité des lésions anatomiques. Il faut en attendre plus un argument pour réintervenir dans les cas litigieux qu'un argument de non intervention
- solution de traitement (ponction, drainage...), uniquement en l'absence de critères de gravité) + analyse bactériologique et antibiogramme
- éliminer les diagnostics différentiels (angioTDM pour EP...)

Examens à réaliser :

- RP ++ : toute anomalie doit être interprétée selon 2 axes de réflexion : complications bronchopulmonaires autonomes ou manifestations thoraciques d'une complication abdominale
- ASP +/-
- Echographie abdominale : à la recherche d'un épanchement, d'une cholécystite, d'une thrombose portale ou d'une cause extradiagnostique évidente. Facteur limitant : distension des nases intestinales
- TDM abdominale +++ : sous réserve de la possibilité de transport du malade. Injection en l'absence d'insuffisance rénale. Possibilité d'opacification digestive associée, de ponction et/ou drainage.
- Opacifications anastomotiques en présence du chirurgien : un examen en apparence normale n'élimine en aucune façon une désunion anastomotique ; permet d'étayer le diagnostic et guider la réintervention

## **Grands principes de la réintervention chirurgicale**

- voie d'abord large, le plus souvent laparotomie médiane (peu de place pour la coelio)
- exploration de la cavité abdominale,
- prélèvement des épanchements intrapéritonéaux pour étude bactériologique en milieux aérobie et anaérobie, limiter le contact avec l'air, transport immédiat à température ambiante vers le laboratoire, recherche de candidose, antibiogramme
- toilette péritonéale abondante (l'adjonction d'antibiotiques ou d'antiseptiques au liquide de lavage n'a pas fait la preuve de son efficacité,
- recherche de la cause de la complication postopératoire,
- traitement étiologique, le plus souvent par abouchement à la peau des segments digestifs désunis (++) en sous-mésocolique). En cas d'impossibilité ou pour une complication anastomotique sus-mésocolique, fistulisation dirigée par drainage au contact.
- drainage de la cavité péritonéale,
- fermeture pariétale primaire.

## **Conclusion**

- Le dépistage précoce des péritonites postopératoires est essentiel, avec discussion multidisciplinaire de la prise en charge
- En présence de suites opératoires précoces troublées, il est essentiel de mettre d'abord en cause les gestes réalisés.

- Connaître les facteurs de gravité et les éléments cliniques/biologiques imposant une réintervention précoce
- Surveillance rapprochée essentielle