

PRISE EN CHARGE DES PERITONITES NOSOCOMIALES

C. Mariette

Service de chirurgie digestive et générale
CHRU LILLE

Plan

- Introduction
- Principes généraux
- Facteurs de gravité
- Sur quels éléments repose l'indication de réintervention précoce?
- CAT devant une péritonite postopératoire
- Qu'attendre des explorations morphologiques?
- Grands principes de la réintervention chirurgicale
- Conclusion

Introduction

- Résultat de 3 agressions :
 - la pathologie initiale
 - la première intervention
 - la complication infectieuse intra-abdominale
- Mortalité 50%
- Modalités de la prise en charge (++ chir) ↓↓

Règles

- Eradication de toutes les sources d'infection intra-abdominale \Rightarrow
 - voie d'abord permettant l'exploration la plus complète possible
 - éradication du foyer infectieux
- Faciliter la guérison \Rightarrow
 - une toilette péritonéale et un drainage pour aider le péritoine à lutter,
 - une gastrostomie ou une jéjunostomie (trophicité intestinale, immunité)
 - une fermeture abdominale première

Principes généraux

- Désunion anastomotique
- Mise en cause des gestes réalisés ++
- Rapidité de la décision de reprise
- Réanimation abusive (retard ttt, masque signes)

Facteurs de gravité

- **terrain** : âge, pathologies associées, immunodépression, dénutrition et défaillance d'organe = facteurs indépendants de mortalité
- **mode de contamination** : selles, bile ++
- **nature de l'agent infectieux**
- **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 ?

- Pas de réintervention systématique devant tout phénomène septique
- Caractère précoce de la complication septique

Eléments déterminants de l'indication opératoire pour péritonites postopératoires

- l'importance des phénomènes infectieux et leur tolérance,
- la présence de signes physiques abdominaux et leur diffusion
- « incompréhension médicale »

Premières manifestations

- Très précoces, ++ < 3j
- Diffusion de l'infection peut être retardée
 - 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

Manifestations plus tardives

- Ne pas les attendre ++
 - les signes physiques abdominaux (défense, contracture) de recherche difficile, ++ 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

CAT 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)

CAT devant une péritonite postopératoire

- Critères intervention immédiate
- Critères permettant de surseoir à l'intervention
- Critères formels de réintervention rapide

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 (1)

- **Conditionnels, évalués / 24h, réunis, explication**
 - 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,

Critères permettant de surseoir à l'intervention (2)

- 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

Critères permettant de surseoir à l'intervention (3)

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 (1)

- A apprécier par des examens successifs rapprochés
- Pour poser indication de réintervention:
1 clinique + 1 bio
voire 1 seul critère
- Eviter accidents CV 2nd choc toxi-infectieux
- 5ième jour

Critères formels de réintervention rapide (2)

- 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

Qu'attendre des explorations morphologiques ?

- A interpréter en fonction des données cliniques et bio
- En cas de discordance, céder le pas à ces dernières++

Buts explorations morphologiques

- 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 ++** : complications bronchopulmonaires autonomes ou manifestations thoraciques d'une complication abdominale
- **ASP +/-**
- **Echographie abdominale** : épanchement, cholécystite, thrombose portale ou cause extradiigestive évidente.
Facteur limitant : distension des anses intestinales
- **TDM abdominale +++** : transport du malade, insuffisance rénale. Opacification digestive associée, ponction et/ou drainage
- **Opacifications anastomotiques** en présence du chirurgien : normal = n'élimine pas une désunion anastomotique ; permet d'étayer le diagnostic et guider la réintervention

Grands principes de la réintervention chirurgicale (1)

- **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,

Grands principes de la réintervention chirurgicale (2)

- 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

- Dépistage précoce des péritonites postopératoires ++
- Discussion multidisciplinaire de la prise en charge
- En présence de suites opératoires précoces troublées mettre d'abord en cause les gestes réalisés
- Connaître les facteurs de gravité et les éléments cliniques/biologiques imposant une réintervention immédiate ou précoce
- Surveillance rapprochée ++