

MOTIFS DE RÉINTERVENTION D'UNE PÉRITONITE AU SERVICE DE RÉANIMATION DES URGENCES CHIRURGICALES

A propos de 60 cas

INTRODUCTION

Les reprises de péritonites constituent une complication grave de la chirurgie abdominopelvienne. C'est une urgence médico-chirurgicale, dont le pronostic dépend de la rapidité et la qualité de prise en charge, du terrain sous-jacent et de l'étiologie.

Elles posent un double problème diagnostique et thérapeutique La décision de réintervention est fondée sur un faisceau de preuves regroupant des critères épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques.

Notre travail a pour objectif :

D'étudier les critères cliniques, biologiques, radiologiques et microbiologiques ; ainsi que les motifs ayant ramené à une réintervention et de préciser les grands principes de prise en charge thérapeutique de ces complications.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique descriptive étalée sur une période de 5 ans (du 1 Janvier 2011 au 31 décembre 2015), portant sur 60 cas de péritonites hospitalisés au service de la réanimation des urgences chirurgicales CHU Ibn Rochd de Casablanca.

RESULTATS :

EPIDEMIOLOGIE :

L'âge moyen de nos malades était de 44,36 ans avec des extrêmes d'âge allant de 16ans à 82ans.

Nous avons noté une prédominance masculine, avec un sexe ratio de 1,5 (36H/24F).

30 18% des cas ont bénéficié d'une radiothérapie néo-adjuvante et 6% de
31 chimiothérapie.

32 5 malades, soit 8% étaient suivis pour maladie de Crohn.

33 8 malades, soit 13% étaient sous corticothérapie.

34 Au moment du diagnostic de la péritonite tous les malades étaient sous
35 antibiothérapie dans le cadre de la première intervention de la péritonite.

36

37 **CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC DE LA REPRISE :**

38 **SIGNES CLINIQUES :**

39 **Fièvre :**

40 La fièvre était présente chez 45 malades de notre série soit 75% des
41 cas.

42 **Signes abdominaux :**

43 Dominés par les douleurs abdominales 51%, et l'issue de pus ou de
44 liquide digestif à travers les drains soit 21%.

45 **Instabilité hémodynamique :**

46 24 patients de notre étude, soit 40% des cas.

47 **Signes respiratoires :**

48 Étaient retrouvés chez 34 patients soit 57% des malades.

49 Le syndrome de détresse respiratoire aigüe a été retrouvé chez 6
50 malades soit 10% des malades.

51 **Troubles neurologiques :**

52 Les signes neurologiques ont été retrouvé chez 7 patients, soit 11% des
53 cas, à type de confusion/obnubilation.

54 **Signes rénaux :**

55 Dans notre série 22 malades, soit 36,7%, avaient développé une
56 insuffisance rénale aigüe.

57 **Signes hématologiques :**

58 Le TP moyen de nos malades était de 61%, avec des extrêmes allant de
59 13% à 100%.

60 Le taux moyen des plaquettes de nos malades était de 250.000
61 PQ/mm³.

62 **Défaillance multi viscérale :**

63 12 malades, soit 20% des cas, avaient 2 défaillances d'organe.

64 19 malades, soit 32% des cas, avaient plus de 3 défaillances d'organe.

65 **Infection sur le plan local :**

66 Dans notre série 14 patients soit 23% avaient une infection de la paroi.

67 **LES SIGNES BIOLOGIQUES :**

68 **Numération de la formule sanguine**

69 L'hyperleucocytose était très fréquente dans notre série elle est
70 supérieure à 12000/mm³ dans 85% des cas

71 60% des malades ont présenté une anémie, et 30% une thrombopénie.

72 **Bilan d'hémostase :** 35 % des malades ont présenté un trouble
73 d'hémostase

74 **Protéine C réactive :**

75 Elle était en moyenne à 250 mg/l allant de 34 à 425mg/l.

76 **Bilan hépatique :**

77 10 malades soit 16% avaient une légère cytolyse.

78 **Insuffisance rénale :**

79 22 malades soit 37% avaient développés une insuffisance rénale

80 **EXAMEN RADIOLOGIQUE**

81 **Échographie abdominale :**

82 Elle était faite chez 35 malades soit 63%, objectivant :

83 Un épanchement intra-péritonéal chez 28 malades, soit 82% des
84 malades.

85 Une collection chez 8 malades, soit 22% des malades.

86 Normale chez un seul malade.

87 **Scanner abdominal –TDM**

88 Il était réalisé chez 38 patients, et il avait mis en évidence :

89 Des épanchements diffus dans 34 cas (56 %).

90 Des collections chez 10 cas (17%).

91 **RESULTATS DES PRELEVEMENT DU LIQUIDE PERITONEAL :**

92 Ils avaient mis en évidence une prédominance des bacilles à Gram
93 négatifs qui représentaient 79% des cas, dominés par l'E. Coli (28%),
94 alors que les Cocci à Gram positif représentent 21%, dominés par
95 Entérocoque (12%). L'infection était poly microbienne chez 20 malades,
96 soit 55% des cas.

97

98 **PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :**

99 **PRISE EN CHARGE MEDICALE**

100 **Antibiothérapie et Prévention de la maladie thromboembolique :**

101 Était basée sur l'administration d'une héparine à faible poids moléculaire
102 ou héparine non fractionnée.

103 **Prise en charge de la défaillance rénale :**

104 Elle a consisté à la stabilisation de l'état hémodynamique et la correction
105 de la volémie. 5 patients soit 8% ont bénéficié de 6 séances
106 d'hémodialyse.

107 **REPRISE CHIRURGICALE :**

108 **Délai entre la 1^{ère} intervention et la reprise :**

109 La durée moyenne était de 8,2 j avec des extrêmes allant de 2j à18j.

110 **Les indications de la ré intervention de la péritonite :**

111 **Décision opératoire prise sur des critères cliniques et**
112 **biologiques :**

113 40 malades de notre série, soit 67 % des cas, ont été repris sur des
114 critères cliniques et biologiques, dont 5 après une échographie revenue
115 non concluante.

116 **Décision opératoire prise sur des Critères radiologiques :**

117 15 malades repris sur des critères radiologiques.

118 **La voie d'abord :**

119 Tous les malades de notre étude ont bénéficié d'une laparotomie
120 médiane au cours de la reprise chirurgicale.

121 **Gestes chirurgicaux réalisés :**

122 Les modalités de prise en charge de la reprise de péritonite, étaient une
123 toilette abdominale, un traitement étiologique et un drainage:

124 Une résection-stomie a été réalisée chez 9 patients

125 Une résection-anastomose a été réalisée chez 6 patients

126 Une suture sans stomie a été réalisé chez 2 patients

127 Un démontage de la reconstruction initiale avec stomie a été réalisé chez
128 7 patients.

129 **En per opératoire :**

130 Le lâchage des anastomoses ou des sutures était la principale cause de
131 réintervention de péritonite chez les malades de notre série ; il
132 représentait 62% de l'ensemble des étiologies, suivi des
133 perforations/nécroses digestives dans 18% des cas. Les abcès
134 constituaient 12% des cas.

135 **DUREE D'HOSPITALISATION EN REANIMATION :**

136 Elle était estimée à 8 jours en moyenne, avec des extrêmes entre 1 et 30
137 jours.

138 **MORBIDITE :**

139 4 malades ont présenté une escarre sacrée

140 5 malades ont présenté une aggravation de la fonction rénale,
141 nécessitant des séances de dialyse

142 Le syndrome de détresse respiratoire a été retrouvé chez 6 patients.

143 **MORTALITE :**

144 La mortalité dans notre étude était à 61% (Nombre=36)

145

146 **DISCUSSION**

147 **LES FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE D'UNE**
148 **REPRISE DE PERITONITE :**

149 L'âge élevé, le sexe masculin, la dénutrition, le tabagisme/alcoolisme, la
150 corticothérapie et la radiothérapie.

151 **LES FACTEURS LIES AU GESTE INITIAL :**

152 **Site d'intervention initiale :**

153 La région colique a été mise en cause dans 40% des cas de reprise de
154 péritonite.

155 **La durée de l'intervention initiale :**

156 Une durée longue de l'intervention initiale de la péritonite expose à un
157 risque important de reprise chirurgicale.

158 **Contexte septique per opératoire :**

159 Les conditions septiques peropératoires constituent un facteur de risque
160 majeur de la reprise d'une péritonite parce qu'elles favorisent le lâchage
161 d'anastomose.

162 **Critères de réintervention :**

163 **Critères cliniques :**

164 Les infections postopératoires sont souvent reconnues tardivement,
165 classiquement entre le 5e et le 7e jour postopératoire. Le diagnostic
166 souvent retardé car difficile (signes physiques beaucoup moins francs
167 que dans la péritonite communautaire), pourrait expliquer la mortalité
168 très élevée de ces affections.

- 169
- 170 • **Fièvre** : est le signe le plus fréquent, le plus fidèle et le plus
171 précoce.
 - 172 • **Signes abdominaux** : toute manifestation abdominale
inhabituelle doit être considérée avec soin à savoir : douleurs

173 abdominales, arrêt des matières et des gaz, ballonnement
174 abdominal, stase gastrique et diarrhée.
175 • **Manifestations extra-abdominales** : instabilité
176 hémodynamique, troubles neurologiques, insuffisance rénale,
177 troubles respiratoires, défaillance hépatique, infection de la paroi.

178 **CRITERES BIOLOGIQUES :**

179 • **Numération de la formule sanguine (NFS) :**

180 L'hyperleucocytose est le seul examen biologique considéré comme utile
181 au diagnostic des reprises de péritonite. Dans l'étude de LEVY 60% des
182 malades ont eu une hyperleucocytose alors que dans notre étude elle
183 était présente dans 71% des cas. Ce signe, banal dans la période
184 postopératoire, doit attirer l'attention lorsqu'il persiste au-delà du
185 troisième jour postopératoire, ou qu'il est de forte concentration (>15–
186 20000/mm³).

187 • **Protéine C réactive (CRP) :**

188 La CRP n'a d'intérêt que dans la surveillance des malades infectés et
189 traités. Dans notre série, Elle était en moyenne à 250 mg/l.

190 • **Procalcitonine :**

191 L'analyse de la littérature semble confirmer l'intérêt clinique de la
192 procalcitonine par rapport aux autres marqueurs de l'inflammation (CRP,
193 cytokines) en fournissant une aide diagnostique et pronostique. Les
194 dosages répétés de procalcitonine semblent plus intéressants que les
195 dosages isolés.

196 **Critères radiologiques :**

197 • **Echographie abdominale :**

198 Demeure le meilleur appoint diagnostique dans le cadre d'examens
199 itératifs au lit. Elle garde sa place pour l'exploration de la vésicule biliaire
200 et du foie et pour l'identification de collection intra-abdominale.

201 • **Tomodensitométrie abdominale :**

202 C'est l'examen demandé le plus fréquemment chez un malade qui peut
203 être déplacé sur la table du scanner. Il peut mettre en évidence des
204 épanchements péritonéaux, des collections intra-abdominales, des
205 pneumopéritoines et des occlusions.

206 • **Cliché d'abdomen sans préparation :**

207 L'ASP peut montrer des signes indirects d'épanchement intra- péritonéal.
208 Il est de toute manière d'interprétation difficile en postopératoire.

209 • **Les opacifications digestives :**

210 Les examens digestifs avec un produit de contraste non baryté
211 (gastrographine) n'ont de valeur que lorsqu'ils mettent en évidence une
212 fuite extra luminale.

213 **PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA REPRISE**
214 **CHIRURGICALE :**

215 Nécessite une approche multidisciplinaire, qui comprend une :

216 **PRISE EN CHARGE SYMPTOMATIQUE :**

217 **Prise en charge de la défaillance hémodynamique :**

218 Correction de l'hypovolémie, drogues vasoactives, corticothérapie.

219 **Prise en charge de la défaillance rénale :**

220 Essentiellement par épuration extrarénale. Dans notre série 5 patients
221 soit 8% ont bénéficié de 6 séances d'hémodialyse

222 **Antibiothérapie :**

223 Doit être précoce, débutée dans l'heure qui suit le diagnostic puis adapté
224 aux prélèvements bactériologiques.

225 **Anesthésie :** Evaluation hémodynamique et pleuro-pulmonaire, pose
226 d'une sonde gastrique, voies veineuses de gros calibre.

227 **Phase postopératoire :**

228 Comprend :

- 229 - Une compensation des pertes hydro-électrolytiques et une
- 230 analgésie efficace.
- 231 - Une prophylaxie anti-thrombotique postopératoire,
- 232 - Une nutrition artificielle postopératoire,
- 233 - Surveillance postopératoire.

234 **PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE :**

235 **Voie d'abord :** L'exploration complète et la toilette minutieuse de la
236 cavité abdominale n'est possible que par une large laparotomie. Tous les
237 malades de notre étude ont bénéficié d'une laparotomie médiane au
238 cours de la reprise chirurgicale

239 **Exploration, toilette de la cavité abdominale et traitements**
240 **étiologiques:**

241 **Drainage de la cavité abdominale**

242 **PRONOSTIC DE LA REPRISE CHIRURGICALE :**

243 Dans notre étude, la mortalité était estimée à 61% (N=36). Le pronostic
244 dépend de : facteurs liés au terrain tel que L'âge avancé et les
245 comorbidités associées, et du délai du diagnostic et de réintervention.

246 **Critères de réintervention:**

247 La rapidité avec laquelle le diagnostic est porté et l'efficacité du
248 traitement mis en œuvre conditionnent le pronostic. Une laparotomie
249 blanche vaut toujours mieux qu'un sepsis dépassé, opéré trop
250 tardivement. L'attitude sera d'autant plus interventionniste que l'état
251 clinique du patient sera grave. Seule une décision de ré-exploration
252 rapide au cours des 48 premières heures suivant le diagnostic est à
253 même de diminuer la mortalité.

254 **PREVENTION :**

255 L'objectif de la prévention est la lutte contre l'infection primaire ou
256 secondaire qui porte essentiellement sur :

- 257 ▪ L'éradication de tout foyer infectieux
- 258 ▪ La lutte contre l'infection nosocomiale
- 259 ▪ Le type de matériel, la technique d'implantation et d'entretien des
260 cathéters.
- 261 ▪ Une antibiothérapie prophylactique ou curative
- 262 ▪ L'asepsie des gestes chirurgicaux

263 **CONCLUSION**

264 Les reprises de péritonites posent pour anesthésiste-réanimateur un
265 double problème : la reconnaissance de la complication chirurgicale et le

266 choix du traitement antibiotique empirique dans la période de la reprise
267 chirurgicale.

268 L'amélioration du pronostic passe d'abord par un diagnostic plus précoce.

269 La survenue d'une ou de plusieurs défaillances viscérales est à
270 considérer comme un signe d'alerte et impose d'éliminer une
271 complication intra-abdominale.

272 La prise en charge s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire.
273 L'anesthésiste réanimateur est le maillon fort de cette chaîne.

274 **REFERENCES**

- 275 1. LauW. et al. Influence of surgeons' experience on postoperative
276 sepsis Am J Surg (1988)
- 277 2. BremmelgaardA. et al. Computer-aided surveillance of surgical
278 infections and identification of risk factors J Hosp Infect (1989)
- 279 3. BartlettJ.G. Intra-abdominal sepsis Med Clin North Am (1995)
- 280 4. RoehrbornA. et al. The microbiology of postoperative peritonitis
281 Clin Infect Dis (2002)

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

UNDER PEER REVIEW IN IJAR