

MOTIFS DE RÉINTERVENTION D'UNE PÉRITONITE AU SERVICE DE RÉANIMATION DES URGENCES CHIRURGICALES A propos de 60 cas

by Jana Publication & Research

Submission date: 04-Feb-2025 01:14PM (UTC+0700)

Submission ID: 2579312275

File name: IJAR-50154.docx (27.92K)

Word count: 1969

Character count: 11192

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).

¹ 18% des cas ont bénéficié d'une radiothérapie néo-adjuvante et 6% de chimiothérapie.

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

8 malades, soit 13% étaient sous corticothérapie.

¹⁴ Au moment du diagnostic de la péritonite tous les malades étaient sous antibiothérapie dans le cadre de la première intervention de la péritonite.

CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC DE LA REPRISE :

SIGNES CLINIQUES :

Fièvre :

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

Signes abdominaux :

⁵ Dominés par les douleurs abdominales 51%, ² et l'issue de pus ou de liquide digestif à travers les drains soit 21%.

¹ Instabilité hémodynamique :

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

Signes respiratoires :

Étaient retrouvés chez 34 patients soit 57% des malades.

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

² Troubles neurologiques :

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

² Signes rénaux :

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

¹ Signes hématologiques :

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

¹ Le taux moyen des plaquettes de nos malades était de 250.000 PQ/mm³.

Défaillance multi viscérale :

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

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

Infection sur le plan local :

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

LES SIGNES BIOLOGIQUES :

Numération de la formule sanguine

¹ L'hyperleucocytose était très fréquente dans notre série elle est supérieure à 12000/mm³ dans 85% des cas

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

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

Protéine C réactive :

¹ Elle était en moyenne à 250 mg/l allant de 34 à 425mg/l.

Bilan hépatique :

10 malades soit 16% avaient une légère cytolyse.

Insuffisance rénale :

22 malades soit 37% avaient développés une insuffisance rénale

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Échographie abdominale :

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

⁶ Un épanchement intra-péritonéal chez 28 malades, soit 82% des malades.

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

¹
Normale chez un seul malade.

Scanner abdominal –TDM

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

Des épanchements diffus dans 34 cas (56 %).

Des collections chez 10 cas (17%).

RESULTATS DES PRELEVEMENT DU LIQUIDE PERITONEAL :

¹
Ils avaient mis en évidence une prédominance des bacilles à Gram négatifs qui représentaient 79% des cas, dominés par l'E. Coli (28%), alors que les Cocci à Gram positif représentent 21%, dominés par Entérocoque (12%). L'infection était poly microbienne chez 20 malades, soit 55% des cas.

5 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Antibiothérapie et Prévention de la maladie thromboembolique :

¹
Était basée sur l'administration d'une héparine à faible poids moléculaire ou héparine non fractionnée.

2 Prise en charge de la défaillance rénale :

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

6 REPRISE CHIRURGICALE :

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

²
La durée moyenne était de 8,2 j avec des extrêmes allant de 2j à 18j.

Les indications de la ré intervention de la péritonite :

¹
Décision opératoire prise sur des critères cliniques et biologiques :

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

Décision opératoire prise ¹ sur des Critères radiologiques :

15 malades repris sur des critères radiologiques.

La voie d'abord :

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

Gestes chirurgicaux réalisés :

⁵ Les modalités de prise en charge de la reprise de péritonite, étaient une toilette abdominale, un traitement étiologique et un drainage:

¹⁷ Une résection-stomie a été réalisée chez 9 patients

⁸ Une résection-anastomose a été réalisée chez 6 patients

Une suture sans stomie a été réalisé chez 2 patients

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

En per opératoire :

¹ Le lâchage des anastomoses ou des sutures était la principale cause de réintervention de péritonite chez les malades de notre série ; il représentait 62% de l'ensemble des étiologies, suivi des perforations/nécroses digestives dans 18% des cas. Les abcès constituaient 12% des cas.

¹ DUREE D'HOSPITALISATION EN REANIMATION :

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

MORBIDITE :

4 malades ont présenté une escarre sacrée

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

¹ Le syndrome de détresse respiratoire a été retrouvé chez 6 patients.

MORTALITE :

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

DISCUSSION

LES FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE D'UNE REPRISE DE PERITONITE :

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

LES FACTEURS LIES AU GESTE INITIAL :

Site d'intervention initiale :

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

La durée de l'intervention initiale :

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

Contexte septique per opératoire :

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

Critères de réintervention :

Critères cliniques :

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

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

1 abdominales, 1 arrêt des matières et des gaz, ballonnement abdominal, 1 stase gastrique et diarrhée.

- **Manifestations extra-abdominales :** instabilité hémodynamique, troubles neurologiques, insuffisance rénale, troubles respiratoires, défaillance hépatique, infection de la paroi.

CRITERES BIOLOGIQUES :

- **Numération de la formule sanguine (NFS) :**

1 L'hyperleucocytose 1 est le seul examen biologique considéré comme utile au diagnostic des reprises de péritonite. Dans l'étude de LEVY 60% des malades ont eu une hyperleucocytose 2 se alors que dans notre étude elle était présente dans 71% des cas. Ce signe, banal dans la période postopératoire, doit attirer l'attention lorsqu'il persiste au-delà du troisième jour postopératoire, ou qu'il est de forte concentration (>15–20000/mm³).

- **Protéine C réactive (CRP) :**

1 La CRP n'a d'1 intérêt que dans la surveillance des malades infectés et traités. Dans notre série, Elle était en moyenne à 250 mg/l.

- **Procalcitonine :**

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

Critères radiologiques :

- **Echographie abdominale :**

1 Demeure le m1illeur appoint diagnostique dans le cadre d'examens itératifs au lit. Elle garde sa place pour l'exploration de la vésicule biliaire et du foie et pour l'identification de collection intra-abdominale.

- **Tomodensitométrie abdominale :**

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

- **Cliché d'abdomen sans préparation :**

²
¹ASP peut montrer des signes indirects d'épanchement intra- péritonéal.
Il est de toute manière d'interprétation difficile en postopératoire.

- **Les opacifications digestives :**

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

¹⁶
PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA REPRISE CHIRURGICALE :

Nécessite une approche multidisciplinaire, qui comprend ⁵ une :

PRISE EN CHARGE SYMPTOMATIQUE :

Prise en charge de la défaillance hémodynamique :

Correction ^{de} l'hypovolémie, drogues vasoactives, corticothérapie.

¹²
Prise en charge de la défaillance rénale :

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

Antibiothérapie :

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

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

⁹
Phase postopératoire :

Comprend :

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

¹
PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE :

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

Exploration, toilette de la cavité abdominale et traitements étiologiques:

Drainage de la cavité abdominale

PRONOSTIC DE LA REPRISE CHIRURGICALE :

¹ Dans notre étude, la mortalité était estimée à 61% (N=36). Le pronostic dépend de : facteurs liés au terrain tel que L'âge avancé et les comorbidités associées, et du délai du diagnostic et de réintervention.

¹ **Critères de réintervention:**

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

PREVENTION :

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

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

CONCLUSION

¹ Les reprises de péritonites posent pour anesthésiste-réanimateur un double problème : la reconnaissance de la complication chirurgicale et le

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

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

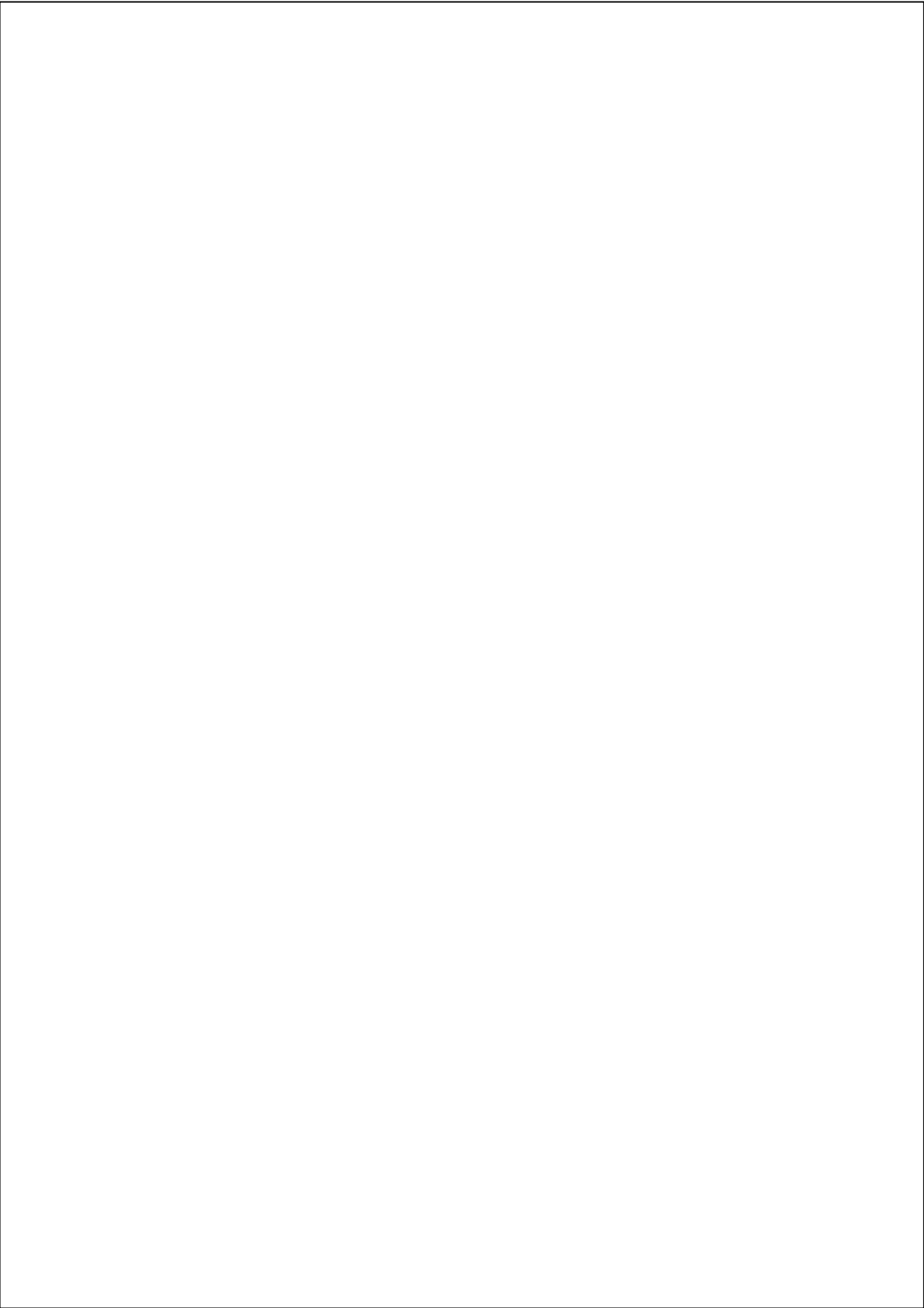
7

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

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

REFERENCES

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



MOTIFS DE RÉINTERVENTION D'UNE PÉRITONITE AU SERVICE DE RÉANIMATION DES URGENCES CHIRURGICALES A propos de 60 cas

ORIGINALITY REPORT

61%

SIMILARITY INDEX

60%

INTERNET SOURCES

21%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

scolarite.fmp-usmba.ac.ma

Internet Source

36%

2

ao.um5s.ac.ma

Internet Source

9%

3

www.sfar.org

Internet Source

2%

4

www.em-consulte.com

Internet Source

2%

5

archive.org

Internet Source

2%

6

wd.fmpm.uca.ma

Internet Source

1%

7

www.mapar.org

Internet Source

1%

8

www.jfhod.com

Internet Source

1%

www.chirurgie-viscerale.fr

9	Internet Source	1 %
10	pdffox.com Internet Source	1 %
11	"Communications posters", Revue du Rhumatisme, 2014. Publication	1 %
12	intranet.fmp-usmba.ac.ma Internet Source	1 %
13	smacot.ma Internet Source	1 %
14	www.bibliosante.ml Internet Source	1 %
15	Yann Parc, Nidal Dehni, Emmanuel Tiret, Rolland Parc, Jean-Marie Ollivier, P Frileux. "Réinterventions pour complications infectieuses intrapéritonéales postopératoires", EMC - Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 2006 Publication	<1 %
16	qdoc.tips Internet Source	<1 %
17	www.jwacs-jcoac.org Internet Source	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On