

# URGENCES VITALES ET INFECTIOLOGIE

du 16 au 18 octobre 2013

CONGREXPO DIJON



[www.sfmu.org](http://www.sfmu.org)

[www.sfmu.mcocongres.com](http://www.sfmu.mcocongres.com)

Journées thématiques interactives de la Société Française de Médecine d'Urgence et Journée Nationale des Infirmiers et Personnels de l'Urgence

7

## URGENCES INFECTIEUSES ABDOMINO PELVIENNES GRAVES

Experts : G. BOUHOURS (Angers), D. PATERON (Paris - St Antoine)

Animateurs : A. DELAHAYE (Rodez), C. TISSIER (Dijon)

Rapporteur : O. CAPEL (Lyon)

## EQUATION AUX URGENCES

**Infections intra-abdominales 25%**

**Sepsis a l'accueil (paramètres vitaux, marbrures dès l'IAO)**

+

**signes fonctionnels digestifs (faible spécificité)**

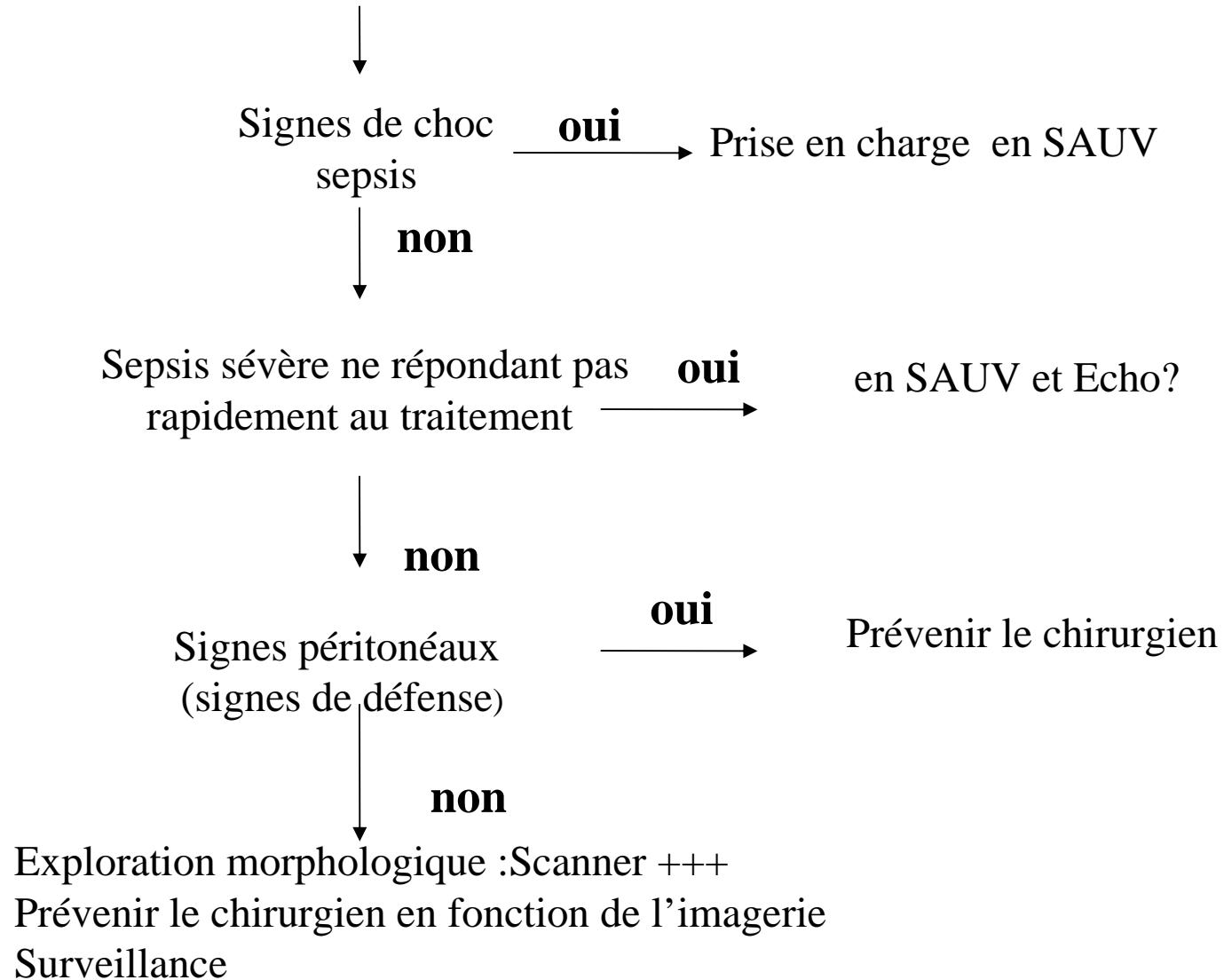
+

**Signes physiques : douleurs a la palpation abdominale, ictère  
signe d'irritation péritonéale**

=

**Sepsis possiblement lié à une infection  
d'origine abdomino-pelvienne**

***Douleur abdominale  
Aigue non traumatique***



## FACTEURS DE GRAVITE

- PÉRITONITES STERCORALES ET BILIAIRES
- TERRAIN :
  - . Dénutrition, maladie de système, diabète, pathologie hépatique ou rénale chronique
  - . Immunodépression, corticohérapie au long cours
  - . Patients âgés en institution
- ACTE CHIRURGICAL RETARDÉ

## PRISE EN CHARGE PRECOCE

**Hypovolémie +++ souvent sous estimé dans ce contexte**

**L'antibiothérapie précoce et probabiliste est essentielle et doit tenir compte**

- .Foyer suspecté**
- .Terrain**
- .Donnée microbiologiques locales (CLIN)**
- .Caractère nosocomial ou communautaire**

**Le traitement chirurgical du foyer infectieux intra-abdominal est le temps fondamental**

## BIOLOGIE

### SÉVÉRITÉ :

NFS, GDS, Ionogramme, urée, créatininémie, glycémie, lactate, Bilirubinémie, TP, TCA

### DIAGNOSTIQUE :

- Hémocultures+bactériologie orientée (BU ECBU...)
- Transaminases, bilirubinémie, lipasémie
- Béta-HCG

### C-RÉACTIVE PROTÉINE (CRP) et Procalcitonine (PCT) :

- Pas d'interêt décisionnel dans la pec des urgences infectieuses abdo pelviennes graves

### PRÉOPÉRATOIRE (groupe sanguin)

## RÔLE ESSENTIEL DE L'IMAGERIE

### SCANNER :

Le plus souvent injecté sur malade réanimé  
Diagnostic, pronostic et thérapeutique

### ECHOGRAPHIE :

- Lithiase biliaire
- Dilatation voies urinaires

ASP pas d'indication

## PÉRITONITES

Sémiologie parlante sauf chez sujets âgés, immunodéprimés (greffés), post opératoire

Confirmation par TDM (se discute en cas de suspicion de péritonite par perforation chez un patient instable = bloc direct ?)

Insuffisance rénale aigüe est présente dans 30% des cas : ne doit pas CI l'injection pour la TDM

**URGENCE chirurgicale +++**  
**Indication dès que le diagnostic est suspecté**

**Nb : Anesthésie en urgence d'un estomac plein chez patient hypovolémique**

**Hémocultures**

**Intérêt des prélèvements péritonéaux per opératoire qui ne doivent pas retarder l'antibiothérapie ! (areo / anerobie, critères d'acheminement de qualité)**

## ANTIBIOTHÉRAPIE

**Traitement probabiliste :**

**Dès l'indication chirurgicale posée**

**Posologie optimale**

**Spectre adapté**

Couvrir la flore anaérobie

Antibiothérapie **adaptée secondairement** aux résultats microbiologiques  
(antibiothérapie inadaptée étant un facteur de mauvais pronostic)

**Traitement vise à restreindre les bactériémies et la fréquence  
des abcès résiduels.**

## PÉRITONITES COMMUNAUTAIRES :

**Amoxicilline / acide clavulanique + gentamicine**

**Ou : ceftriaxone + imidazolé**

**EN CAS D'ÉLÉMENT DE GRAVITÉ, DE DÉFAILLANCES D'ORGANE,**

**Pipéracilline/tazobactam + aminoside**

## PÉRITONITE POST OPÉRATOIRE OU LIES AUX SOINS

**Piperacilline /tazobactam + amikacine + vancomycine**

Imipenem + amikacine + vancomycine

Traitements antifongiques à discuter

Intérêt des protocoles locaux basés sur l'écologie de l'hôpital (BMR, BLSE)

## INFECTIONS BILIAIRES

**Douleur hypochondre droit (et/ou douleur épigastrique)**  
+ Signe de Murphy

Pathologie **fréquente** et grave chez la **personne âgées**



L'âge est un **facteur de risque de gravité** et peut modifier les symptômes

Examen radiologique de référence : **ECHOGRAPHIE**



## INFECTIONS BILIAIRES *Cholécystite*

Critères de sévérité des cholécystites (critères de Tokyo)

- ♦ **Gravité faible (grade 1)** : aucun des signes des grades 2 ou 3
- ♦ **Gravité modérée (grade 2)** : un ou plusieurs des signes suivants :
  - GB > 18000/mm<sup>3</sup>,
  - masse palpable dans l'hypochondre droit,
  - évolution > 72h,
  - infection (péritonite biliaire localisée, abcès péri-vésiculaire, abcès hépatique, cholécystite gangrénouse, cholécystite emphysémateuse)
- ♦ **Gravité sévère (grade 3)** : un ou plusieurs des signes suivants :
  - état de choc (hypotension artérielle nécessitant des catécholamines),
  - défaillance neurologique,
  - défaillance respiratoire (ratio PaCO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300),
  - défaillance rénale (oligurie, créatininémie sérique >2,0 mg/dl),
  - défaillance hépatique (TP-INR > 1.5),
  - défaillance hématologique (plaquettes < 100.000/mm<sup>3</sup>).

*Nagino M, et al. Methods and timing of biliary drainage for acute cholangitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2007.*

## MODALITÉS DE TRAITEMENT

- Cholécystectomie par voie **coélioscopie** (delais < 4/7j)
- Pour Grade 3 avec nombreuses comorbidités  
Discuter **drainage percutané**
- **ATB** : C3G / fluroquinolone
- Bactériologie sur **culture de la bile et hémoculture**

## INFECTIONS BILIAIRES *Angiocholite*

**Antibiothérapie et le drainage des voies biliaires**  
**2 éléments essentiels du traitement de l'angiocholite aigue**  
**lithiasique**

- Première intention :  
**Amoxicilline-acide clavulanique + Aminoside**
- Infection sévère ou nosocomiale (*Pseudomonas aeruginosa*) :  
**Pipéracilline/tazobactam + amikacine**

**Drainage bilaire à réaliser rapidement**  
Si patient instable : CPRE dans un **délai de 6 heures**

**Cholécystectomie au décours de l'infection**

## PANCRÉATITES AIGUËS

### PA SÉVÈRE :

défaillance d'organe et/ ou complications (nécrose, abcès, pseudo kyste)

80 % des décès sont dus aux complications septiques loco-régionales

Biliaire 45 %, alcool 35 %

### DIAGNOSTIC :

Douleurs abdominales et lipase > à 3N

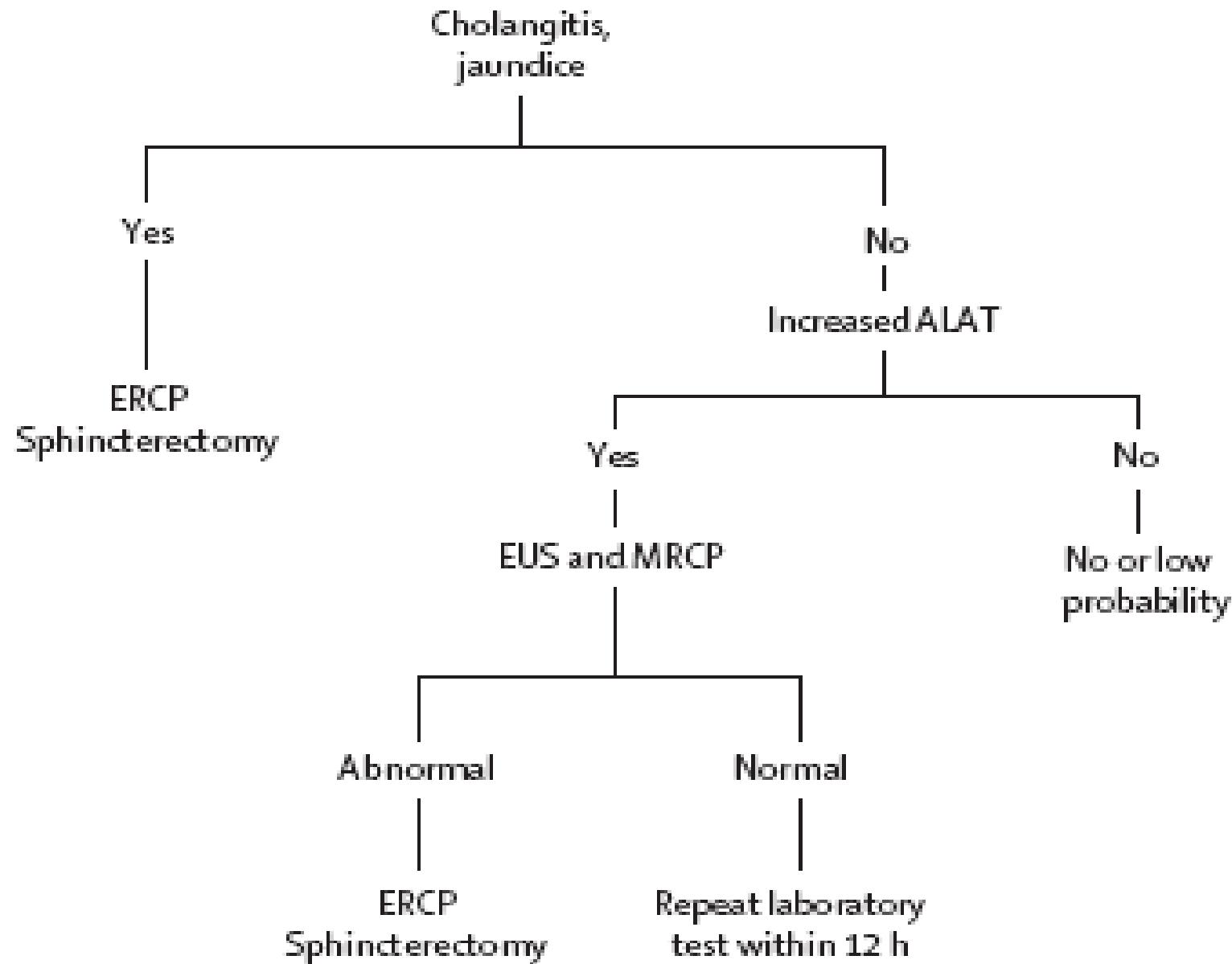
TDM si doute diagnostic, sinon à 48h (score de Balthazar)

### INFECTION DE NECROSE : entre 1ère et 3ème semaine

.Clinique et biologie : pas de spécificité

.Ponction percutanée sous TDM (diagnostic : 94 % des cas)

## PA est d'origine biliaire ?



## STRATÉGIE CHIRURGICALE

- **PA BÉNIGNES :**

Pas de place pour la chirurgie en urgence

- **PA NÉCROTIQUES :**

Nécrose stérile : nécrosectomie (surmortalité ?)

Nécrose infectée :

- **Indication opératoire obligatoire et urgente +++**

ou possibilités de drainages percutanés

- ATB préventive discutable, curative indispensable

## INFECTIONS URINAIRES

Prévalence des SSG augmente avec l'âge

ECBU et Hémocultures confirme le diag

*Escherichia coli* le plus souvent

*Enterococcus, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella* (formes nosocomiales, dont porteurs de SAD, et/ou formes compliquées)

Eliminer un obstacle rapidement par écho (+/- TDM)

Geste chirurgical de dérivation (sonde en double J) ou drainage (néphrostomie)

Bithérapie associant une C3G et un aminoglycoside.

Chez l'homme, antibiotiques à forte diffusion prostatique

Toujours penser aux risques d'infections à BMR ou BLSE

## COLITES AIGUES GRAVES

Douleurs abdominales, rectorragies ou diarrhée glairo-sanglante (signent le syndrome dysentérique et le mécanisme « invasif » de la diarrhée)

Syndrome septique associé

- Diarrhée infectieuse « invasive » : *E. coli* entéro-invasifs, *Shigelle*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterolitica*, *Entamoeba histolytica*
- Colite à *Clostridium difficile*, dans un contexte d'antibiothérapie récente.
- MICI
- Colite CMV, Colite à AINS, Colite ischémique

## EXPLORATION MORPHOLOGIQUE

Recto-sigmoïdoscopie ou coloscopie : diagnostic macroscopique et prélevements bacterio / virologique

Scanner avant recto-sigmoïdoscopie si doute sur perforation (ventre Chirurgical)

ASP + échographie (MICI connue)

## CHIRURGIE

Colectomie en urgence : mégacôlon toxique (6 à 7 cm)

## INFECTIONS GYNÉCOLOGIQUE

Le tableau clinique est rarement grave

Toute douleur pelvienne est potentiellement une **salpingite**

**Infections utéro anexielle (IGH)**

- **Clinique**
  - **Douleur pelvienne et douleur annexielle provoquée ou lors mobilisation utérine**
  - Endocervicite à l'examen du col
- **Echographie pelvienne +/- TDM**
- **Prélèvement endocol**
- **Syndrome Septique Grave**
  - **Ceftriaxone + Métronidazole + Doxycycline +/- gentamicine**

