

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)

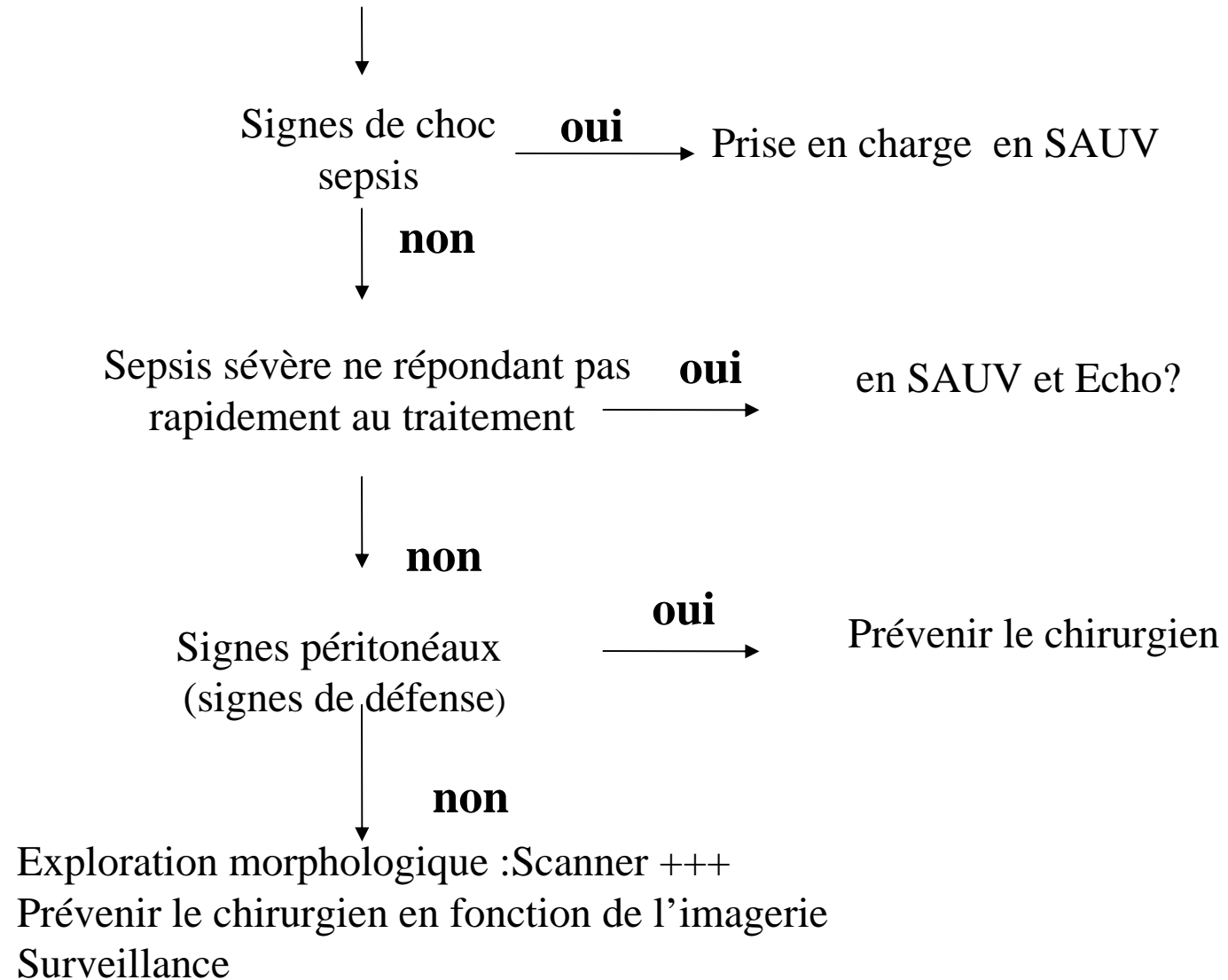
+

**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, corticothérapie 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'intérêt 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 aiguë 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 ! (aéro / anaérobie, 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

Traitement antifongique 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/mm³,
 - masse palpable dans l'hypochondre droit,
 - évolution > 72h,
 - infection (péritonite biliaire localisée, abcès péri-vésiculaire, abcès hépatique, cholécystite gangréneuse, cholécystite emphysemateuse)
- ✦ **Gravité sévère (grade 3)** : un ou plusieurs des signes suivants :
 - état de choc (hypotension artérielle nécessitant des catécholamines),
 - défaillance neurologique,
 - défaillance respiratoire (ratio PaO₂/FiO₂ < 300),
 - défaillance rénale (oligurie, créatininémie sérique >2,0 mg/dl),
 - défaillance hépatique (TP-IVR > 1.5),
 - défaillance hématologique (plaquettes < 100.000/mm³).

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** (délais < 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 aiguë lithiasique

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

Drainage biliaire 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

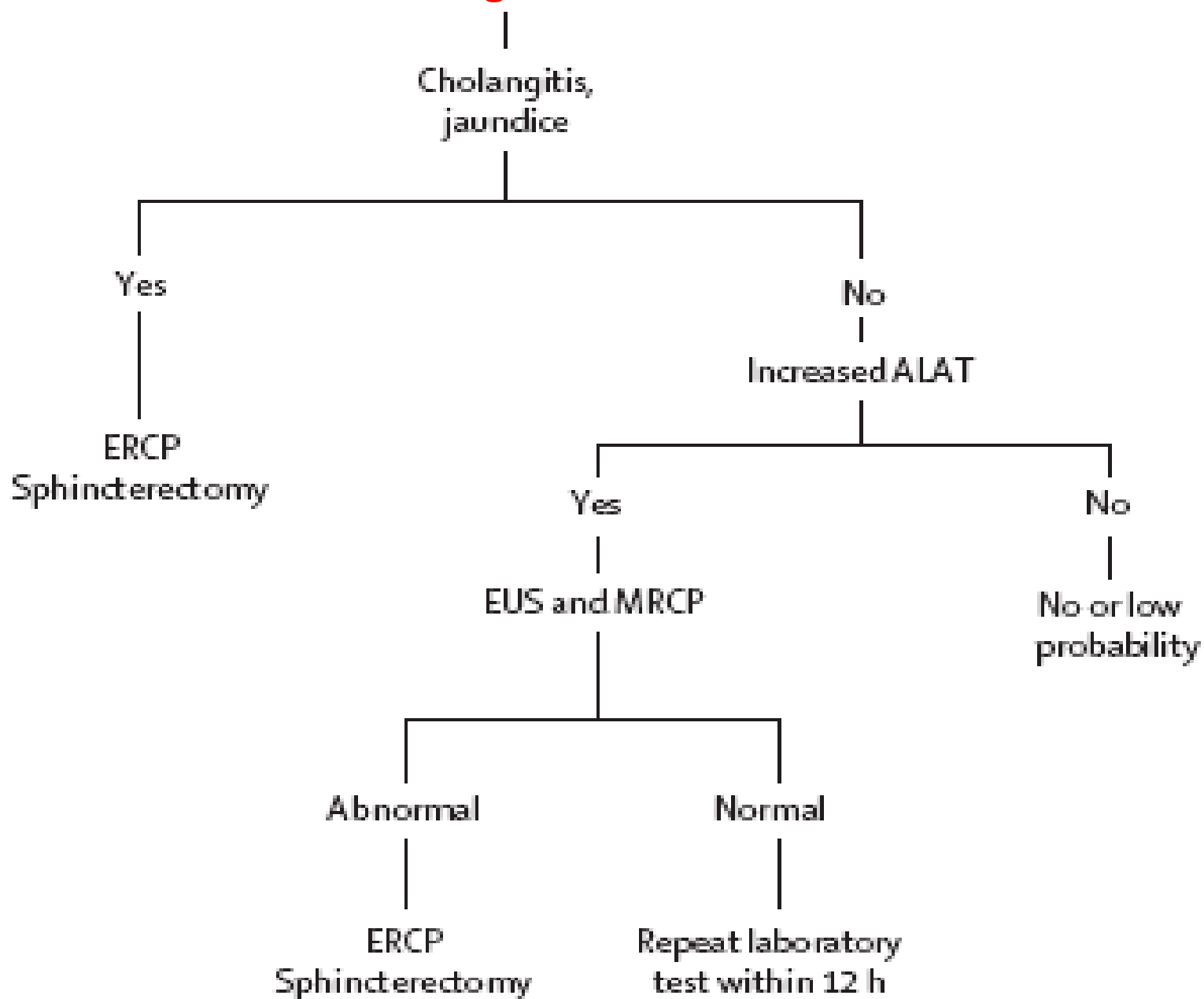
TDM si doute diagnostic, sinon à 48h (score de Balthazar)

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)

Éliminer 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 enterocolitica*, *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 prélèvements 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 annexielle (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**

