

# DU ACAI 2024

---

## Infections Intra-Abdominales

Perrine BORTOLOTTI

Réanimation Polyvalente et Unité de Surveillance Continue  
Equipe mobile d'infectiologie  
CH ROUBAIX

## Quelques définitions

## Infections intra-abdominales

---

Infection d'un **organe** et/ou d'un **espace** de la cavité abdominale

### Non compliquées

Infection au dépens d'un seul organe  
**SANS rupture anatomique**

Traitement chirurgical pas toujours requis

### Complicées

Infections étendues au delà de l'organe avec **contamination microbienne de l'espace intra-péritonéal**, normalement stérile

Prise en charge initiale le plus souvent chirurgicale pour le contrôle de la source

## Infections intra-abdominales

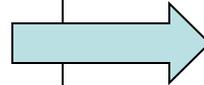
---

Infection d'un **organe** et/ou d'un **espace** de la cavité abdominale

Non compliquées

Infection au dépens d'un seul organe **SANS rupture anatomique**

Traitement chirurgical pas toujours requis



Appendicite  
Cholécystite  
Angiocholite  
Diverticulite...

**NON COMPLIQUEES**  
= pas de perforation ni nécrose

## Infections intra-abdominales

---

Infection d'un **organe** et/ou d'un **espace** de la cavité abdominale

### Complicquées

Infections étendues au delà d'un organe, avec **contamination microbienne de l'espace intra-péritonéal**, normalement stérile

Prise en charge initiale le plus souvent chirurgicale pour le contrôle de la source



PERITONITES

## Péritonite

---

Inflammation aiguë de la séreuse péritonéale due à la présence dans la cavité péritonéale d'un liquide septique

### Primitive

Infection de liquide d'ascite

Infection de liquide de dialyse péritonéale

Tuberculose péritonéale

### Secondaire

Par perforation ou nécrose d'organe IA

Post opératoire:  
Lâchage d'anastomose,  
de suture, de moignon

Post traumatique:  
Fermé ou pénétrant

### Tertiaire

Evolution défavorable d'une péritonite secondaire (persistance ou complication)

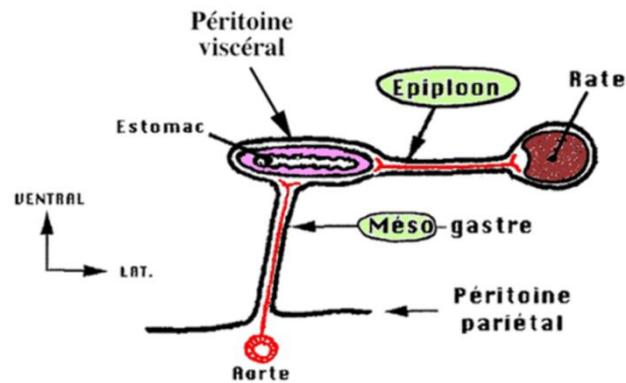
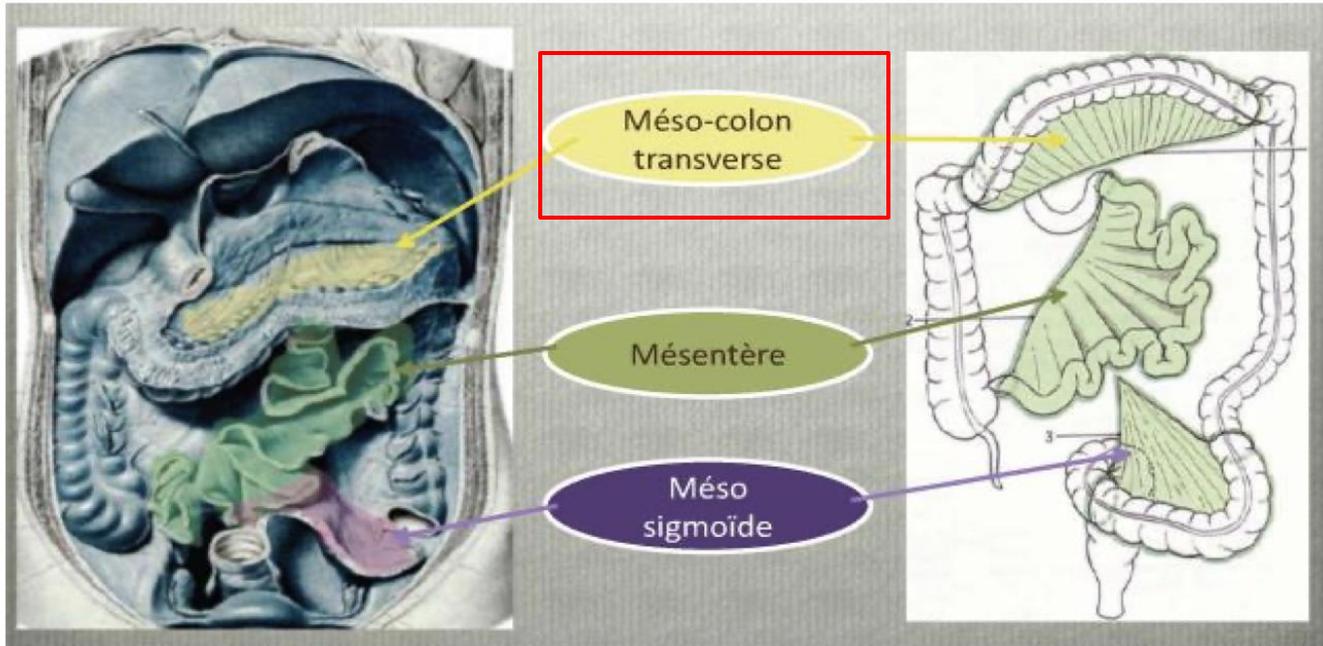
### Associé aux soins:

Péritonites post-opératoires survenant après une chirurgie initiale réglée ou en urgence, propre ou septique

Péritonites nosocomiales

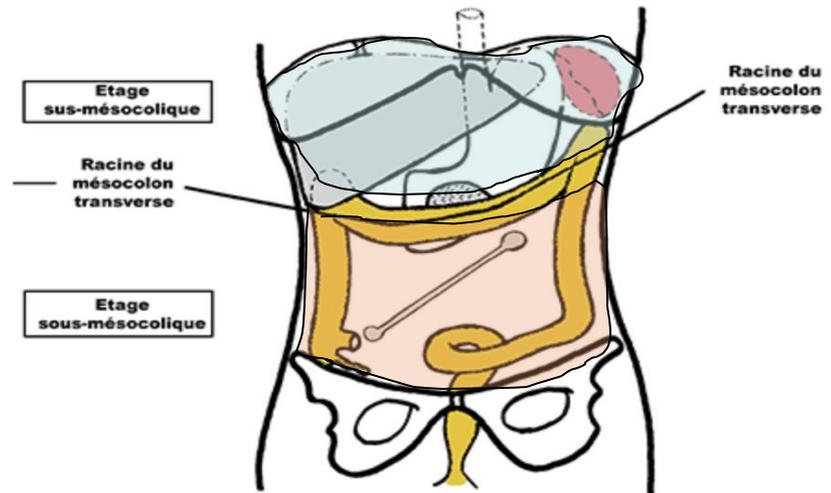
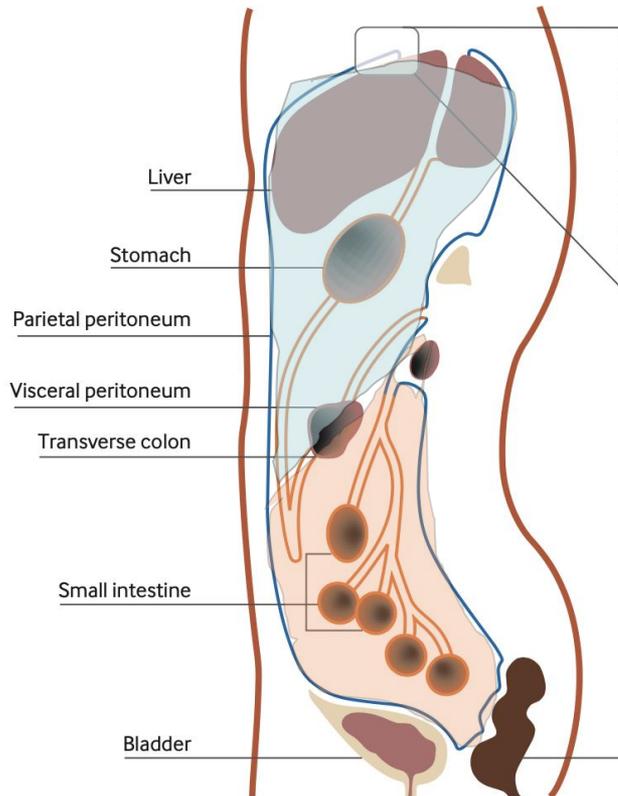
Un peu d'anatomie

# Anatomie des mésos



## Etages sus mésocolique / sous mésocolique

→ différence d'écologie bactérienne



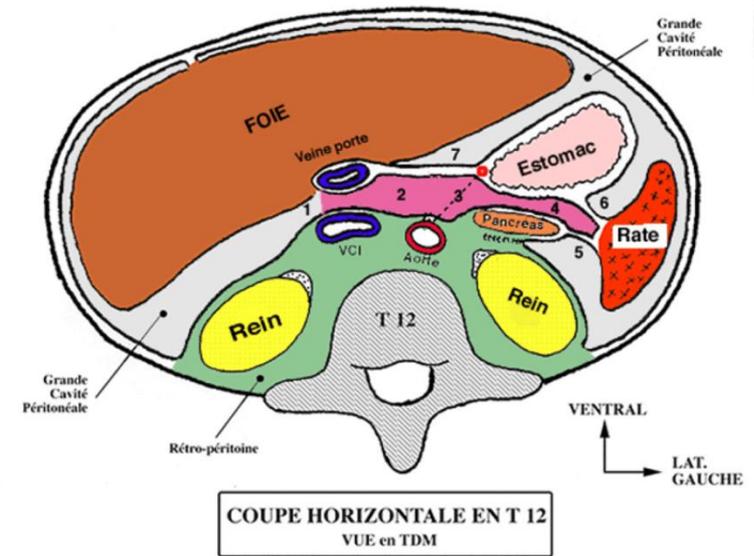
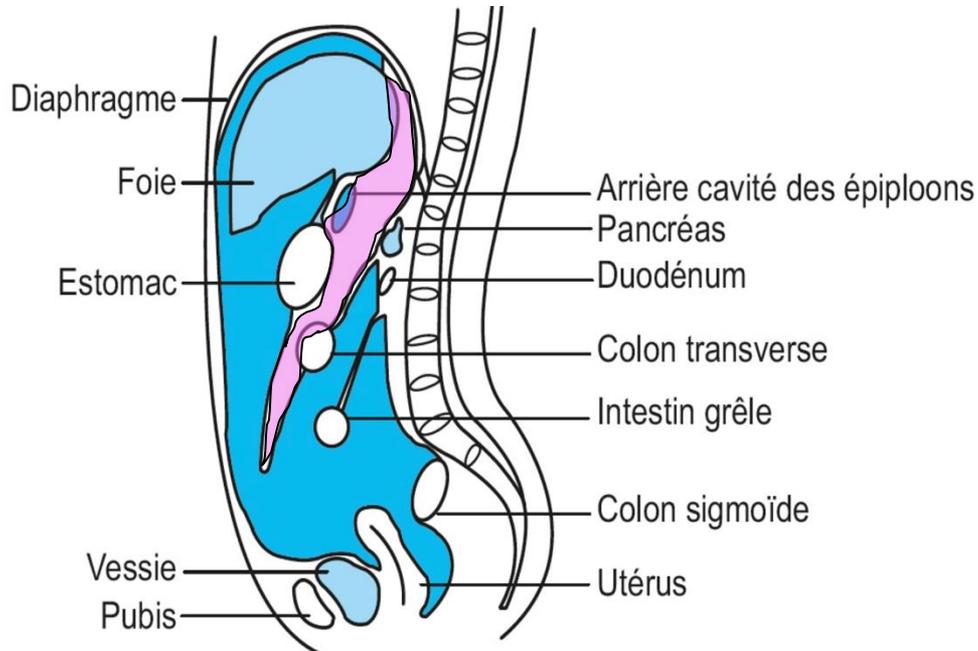
### Etage sus –mésocolique

Œsophage abdominal  
Estomac  
Duodenum (pancreas)  
Foie Rate  
Voies biliaires Vésicule

### Etage sous –mésocolique

Grêle = jejunum et iléon  
Colon  
Rectum

## Cavité péritonéale



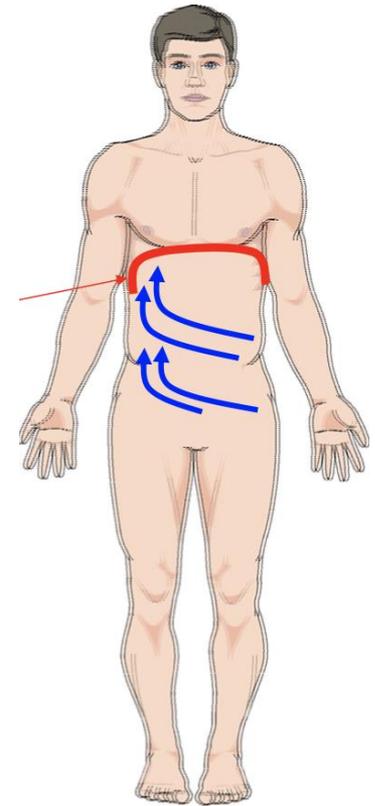
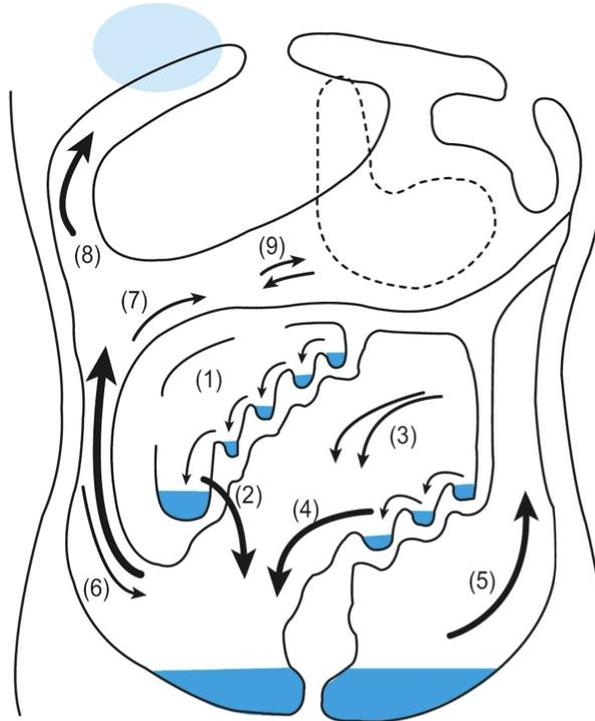
Grande cavité péritonéale, en gris  
Petite cavité péritonéale, en rose  
Rétro-péritoine, en vert

Bourse omentale :  
1-Foramen épiploïque (porte bleue)  
2-Vestibule  
3-Foramen bursæ omentalis (p. rouge)  
4-Poche rétro-gastrique  
5-Epiploon pancréatico-splénique  
6-Epiploon gastro-splénique  
7-Petit omentum (E. gastro-hépatique)

- Petite cavité péritonéale  
= arrière cavité des épiploons
- Grande cavité péritonéale

## Mouvements liquidiens intrapéritonéaux

Le liquide péritonéal guidé par les replis méésentériques (1 et 2) et des mésos (mésosigmoïde) (3 et 4) se collecte dans les fosses iliaques (5). Le liquide remonte vers le diaphragme par la gouttière pariétocolique droite (6). Il arrive dans l'arrière-cavité des épiploons (zone en pointillés) (9) par la fosse hépatorénale de Morrison et le hiatus de Winslow (7). Le liquide irrigue également la région périhépatique à partir de l'espace sous-phrénique postérieur (8). La zone préférentielle de résorption du liquide péritonéal se situe sur la face inférieure du diaphragme (cercle bleu clair)

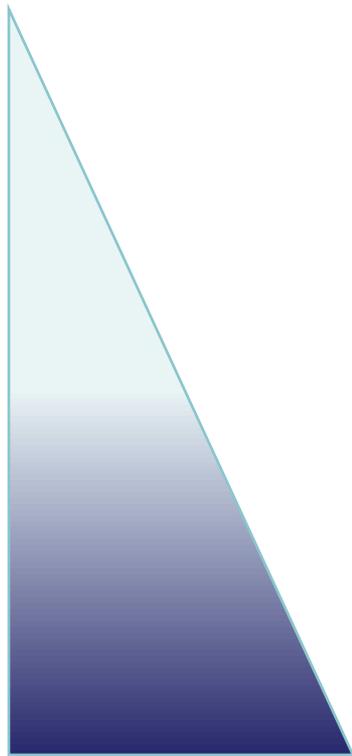


Localisations préférentielles des abcès intra-abdominaux:  
sous phrénique D>G et dans les FI/gouttières

Un peu de microbiologie

## Ecologie bactérienne selon l'anatomie

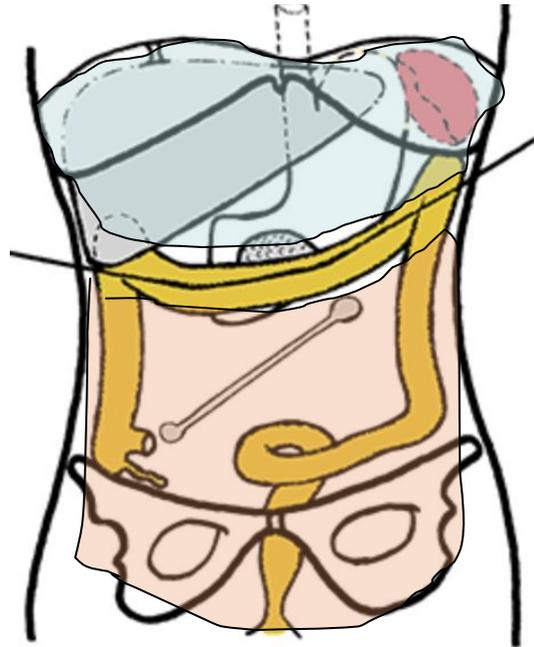
$10^2$  bact/g  
matières



$10^{14}$  bact/g matières  
anaérobies=1000aérobies

Inoculum ↗ par pullulation:

- Antiacides
- Sang / Bile
- Occlusion



### Biliaire

- *E. coli*
- Streptocoques/ enterocoques
- Anaérobies

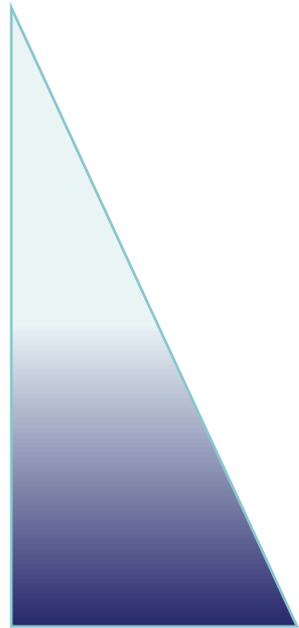
### Sus-mésocolique

- **Entérobactéries** (*E. coli*)
- **CGP** Streptocoques, staph, entérocoques
- *Candida*

### Sous-mésocolique

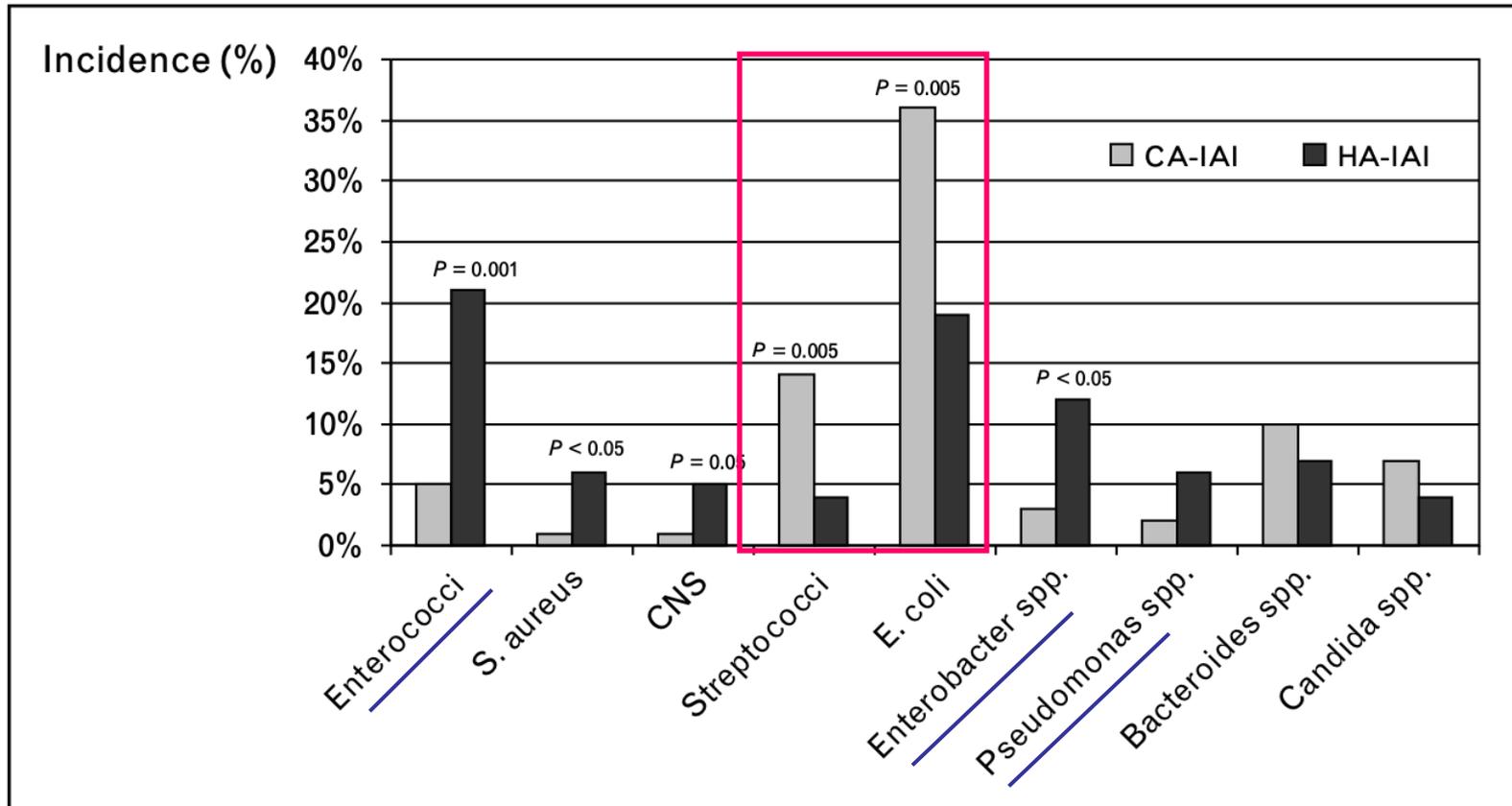
- **Anaérobies** (*Bactéroïdes*, *Clostri*)
- Entérobactéries (*E. coli*)
- CGP: Streptocoques, entérocoques

## Bactériologie selon l'anatomie



	bactéries/g matières	Anaérobies	Entérobactéries	CGP
Estomac	$10^1-10^3$	-/+	-/+	++
Jejunum	$10^4$	+	+	+
Iléon	$10^6$	+ / ++	+ / ++	+ / ++
Colon	$10^9-10^{11}$	++++	+++	++

# Bactériologie comparée péritonites communautaires vs associées aux soins



Infections intra-abdominales non  
compliquées

# Appendicite aiguë non compliquée

---

### **Chirurgie = traitement de référence de l'appendicite aiguë**

Peut être différée jusqu'à 24h après le diagnostic *si non compliquée*

Antibiothérapie per-opératoire **UNIQUEMENT** *si non compliquée*

Amox-ac clav +/- genta ou C3G + imidazolé

Si compliquée: cf péritonite

### **Traitement médical seul?**

« L'antibiothérapie seule n'est pas recommandée en première intention dans l'appendicite aiguë non compliquée et le traitement chirurgical reste la prise en charge de référence » (*SFCD 2021*)

« alternative acceptable » (*SFCD 2021*): si contre-indication ou d'impossibilité de la chirurgie:

Minimum 24h de surveillance hospitalière.

Voie IV ou voie orale en l'absence de nausée ou vomissement.

Amoxicilline + a. clavulanique (Augmentin) ou fluoroquinolone + imidazolé 7 jours

- Plus longue durée d'hospitalisation
- Plus de récurrences

# Cholécystite aiguë lithiasique

---

Définition: Inflammation/ infection de la vésicule biliaire

Liée dans 90-95 % des cas à des calculs obstruant le canal cystique

- Suspicion clinique, confirmation diagnostic: échographie ou CT-scan
- Piliers du traitement = antibiothérapie et cholécystectomie sous coelioscopie  
Délai de réalisation de la chirurgie: selon la gravité
  - inférieur à 72 heures dans les CAL non sévères
  - 4 à 6 semaines après refroidissement par antibiothérapie sinon
  - drainage précoce parfois nécessaire
- Complications possibles: perforation, abcès périvésiculaire, érosion de paroi par le calcul avec fistulisation dans le duodénum, occlusion duodénale
- Traitement médical initial : mise à jeun, hydratation intraveineuse, antibiothérapie, antalgie, correction des troubles électrolytiques

## Cholécystite aiguë lithiasique

---

Prise en charge basée sur une **stratification de la sévérité** de l'affection en trois grades

Tableau 1. Signe de gravité de la cholécystite aiguë

Grade 2 Modérée	élévation des globules blancs ( $> 18\ 000/\text{mm}^3$ )
	masse palpable dans l'hypochondre droit,
	durée des signes cliniques de plus de 72 h,
	marqueurs d'infection locale comme : péritonite biliaire localisée, abcès périvésiculaire, abcès hépatique, cholécystite gangréneuse, cholécystite emphysémateuse.
Grade 3 Sévère	dysfonctionnement cardio-vasculaire (hypotension artérielle nécessitant un traitement par dopamine $> 5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ou n'importe quelle dose de dobutamine ou noradrénaline)
	dysfonctionnement neurologique (diminution du niveau de conscience)
	dysfonctionnement respiratoire (ratio $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ )
	dysfonctionnement rénal (oligurie, créatininémie sérique $> 2,0\ \text{mg}/\text{dl}$ )
	dysfonctionnement hépatique (TP-INR $> 1.5$ )
dysfonctionnement hématologique (nombre de plaquettes $< 100\ 000/\text{mm}^3$ )	

Grade 1= non 2 non 3

= défaillance d'organe

# Cholécystite aiguë: prise en charge

---

### Contrôle de la source

CAL gravité faible (grade 1) Diagnostic fait rapidement	<b>Cholécystectomie cœlioscopique précoce</b> <72h
CAL gravité modérée (grade 2)	Risque plus important de taux de conversion et de morbidité postopératoire si chir <72h Geste compliqué par l'inflammation <b>Cholécystectomie à froid</b> à 4 à 6 semaines après la phase aiguë
CAL gravité sévère (grade 3) patients à haut risque chirurgical avec une ou plusieurs défaillance(s) viscérale(s) associée(s),	Chirurgie = facteur de risque de morbi-mortalité dans ce groupe <b>Drainage</b> de la vésicule biliaire par voie percutanée associé à une antibiothérapie Cholécystectomie « à froid » à distance de l'épisode aigu
CAL perforée = péritonite	Chirurgie en urgence

Cholécystite alithiasique: chirurgie non obligatoire si évolution favorable sous traitement médical seul.

Récidive peu fréquente

## Microbiologie CAL (et angiocholite)

---

### Antibiothérapie

Débuter les antibiotiques dès le diagnostic de CAL posé  
(sauf formes de gravité légère pauci-symptomatique)

### Culture de bile

#### • BGN :

- *E.Coli* : 33-44
- *Klebsiella spp* : 9-20
- *Pseudomonas spp* : 0,5-9
- *Enterobacter spp* : 5-9
- *Acinetobacter spp* : -
- *Citrobacter spp* : -

#### • Anaérobies : 4-20

#### • Autres : -

#### • CG+

- *Enterococcus spp* : 3-34
- *Streptococcus spp* : 2-10
- *Staphylococcus spp* : -

### Hémocultures :

- Cholécystite : 8 à 16%
- Angiocholite : 21 à 71%

## Antibiothérapie des CAL

---

### **Molécules à bonne diffusion biliaire** (peu codifié, recos diverses)

- **CAL 1 et 2:**

C3G + métronidazole

ou amoxicilline -ac clavulanique (+/- genta)

allergie prouvée: levofloxacine + metronidazole

+/- gentamicine si patient septique ou choqué (1 à 3j max)

élargir si nosocomial

- **CAL 3:**

piperacilline + tazobactam ou C3G + metronidazole

+/- amikacine si patient septique ou choqué (1 à 3j max)

élargir si nosocomial ou FDR BMR

### **Durée:**

- Formes non compliquées opérées précocément: pas d'antibiothérapie post-opératoire
- Formes compliquées: cf péritonites
- Formes non opérées, non drainées, ou drainage percutané: 7 jours
- Rétention biliaire persistante : poursuivre jusqu'au drainage

# Angiocholite

---

Infection systémique définie par:

- **inflammation aiguë des canaux biliaires** consécutive à l'obstruction partielle ou totale du cholédoque par des calculs, une sténose ou une compression externe
- **pullulation bactérienne** associée à une augmentation de la pression intracanalalaire > favorise la **translocation systémique** (Hc+)

Même grades de sévérités que la CAL:

- **Angiocholite grade 1 et 2**: antibiothérapie souvent suffisante pour le ttt initial
- **Angiocholite grade 3** ou non-réponse au traitement médical seul: drainage biliaire percutané ou endoscopique en urgence (CPRE)
- Traitement définitif de la cause dans un deuxième temps
- Mise en culture systématique de la bile et hémocultures recommandées (Hc fréquemment +, fréquence des bactéries résistantes)

**Antibiothérapie: idem CAL**

Durée:

- 3 j si angiocholite drainée et patient stable
- 7j à 10j si angiocholite non drainée

# Diverticulite colique / sigmoïdite

---

### Définitions

**Diverticulose du côlon** : asymptomatique, correspond à une anomalie anatomique acquise du côlon caractérisée par la présence de diverticules.

**Diverticulite du côlon** : correspond à l'inflammation/infection d'origine diverticulaire.

(sigmoïdite = infection de diverticules du sigmoïde)

Signes cliniques associés : douleurs de la fosse iliaque gauche, troubles du transit, fièvre, avec défense de la fosse iliaque gauche à la palpation.

Diverticulite compliquée :

- aux complications locales : abcès, fistules,
- aux péritonites d'origine diverticulaire
- aux sténoses.

## Diverticulite colique / sigmoïdite

---

### Diagnostic de la diverticulite:

Syndrome inflammatoire biologique

Scanographique:

recommandé en première intention pour le diagnostic et la recherche de complications

### Classification de Hinchey:

Stade	Description
Stade Ia	pas de complication ou phlegmon péricolique isolé
Stade Ib	abcès péricolique isolé
Stade II	péritonite localisée (abcès pelvien, abdominal ou rétropéritonéal)
Stade III	péritonite généralisée purulente
Stade IV	péritonite fécale (ou stercorale)

# Diverticulite colique / sigmoïdite

---

### Traitement des diverticulites

**Forme non compliquée** (aucun signe de gravité, pas d'immunodépression, ASA<3, pas de grossesse) stade Ia de Hinchey.

- traitement symptomatique, SANS ANTIBIOTHERAPIE
- Antalgiques, mise au repos digestif limitée (sans résidu) avec reprise alimentaire dès que les douleurs s'amendent.

#### **Non réponse au traitement symptomatique:**

Amoxicilline/acide clavulanique 1g x 3/j (2g x 3/j si > 80kg)

Si allergie prouvée : lévofloxacine 500mg x1/j et métronidazole 0,5g x 3/j

**Durée du traitement:** 5 à 7 jours

# Diverticulite colique / sigmoïdite

---

**Forme compliquée: signes de gravité, grossesse, patient comorbide ASA> ou = 3, ou immunodépression:**

Amoxicilline/acide clavulanique 1g x 3/j (2g x 3/j si > 80kg) + gentamicine 5mg/kg/j  
ou

Céfotaxime 1g x 3/j (2g x 3/j si > 80kg) + métronidazole 0,5g x 3/j

Allergie prouvée : lévofloxacine 500mg/j x1/j et gentamicine 5mg/kg/j et  
métronidazole 0,5g x 3/j

**Forme abcédée** : drainage radiologique si possible

**Forme perforée** : antibiothérapie seule possible en l'absence de signe clinique de  
péritonite, sinon prise en charge chirurgicale

**Durée du traitement des formes compliquées:** 7 j puis réévaluation clinique et  
scanographique

Gentamicine 1 à 3j max

Péritonites

## Péritonite primitive

---

Inflammation aiguë de la séreuse péritonéale

Due à la présence dans la cavité péritonéale d'un liquide septique

**Primitive**

Infection de liquide d'ascite

Infection de liquide de dialyse péritonéale

Tuberculose péritonéale

Secondaire

Par perforation ou nécrose d'organe IA

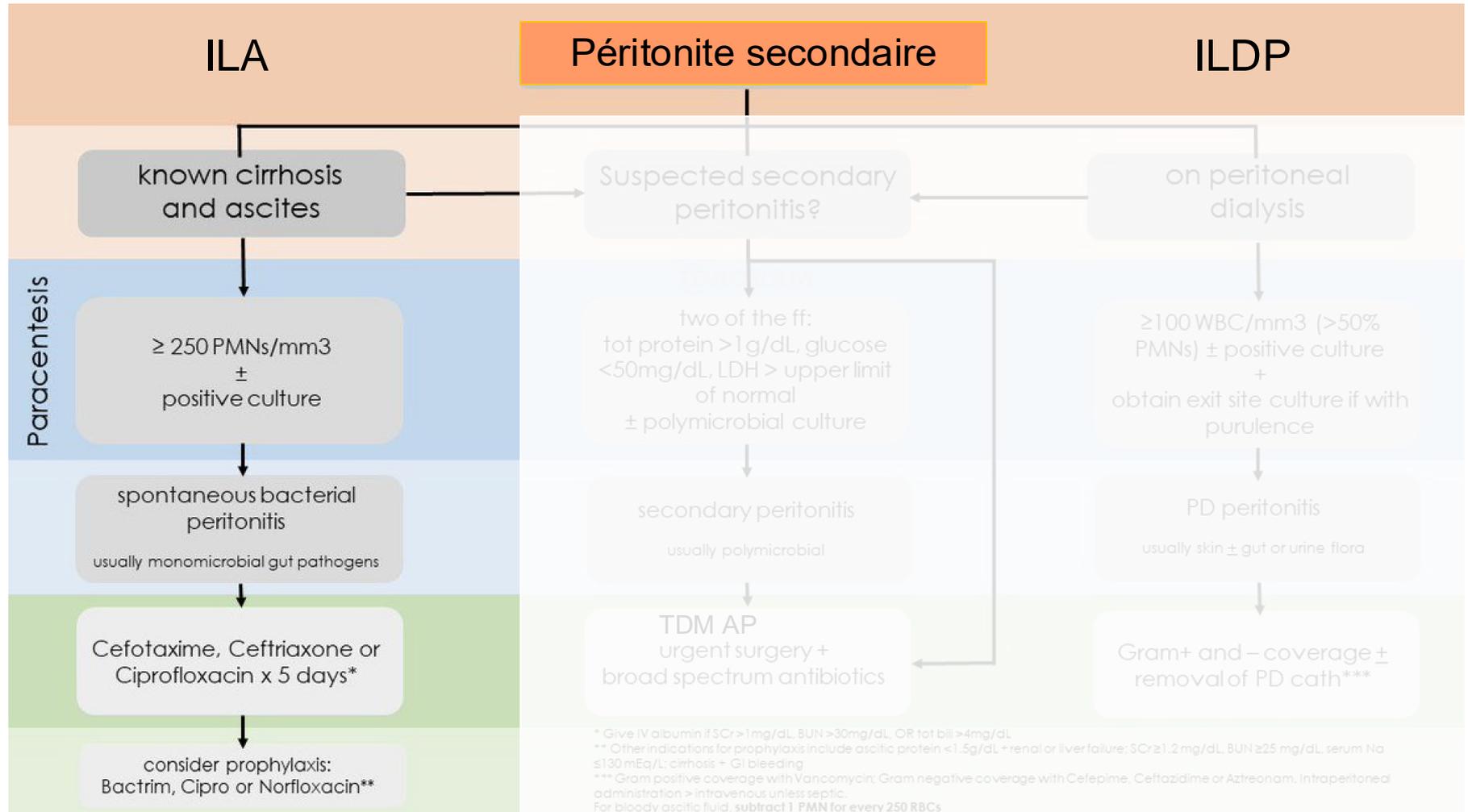
Post opératoire:  
Lâchage d'anastomose,  
de suture, de moignon

Post traumatique:  
Fermé ou pénétrant

Tertiaire

Evolution défavorable  
d'une péritonite  
secondaire

## Péritonites primitives vs secondaires



# Infection de liquide d'ascite

---

Infection la plus fréquente chez le cirrhotique

**2/3 BGN** *E. coli* *K. pneumoniae*, **1/3 CGP** (surtout ILA nosocomiale)

### **Clinique:**

tout signe de décompensation de la cirrhose,

tout trouble digestif chez le cirrhotique

tout signe infectieux chez le cirrhotique

(physiopath: infection par translocation)

### **Diagnostic: paracentèse**

PNN > 250/mm<sup>3</sup>

PNN < 250 mais culture positive et SC

Si PNN < 250/mm<sup>3</sup> et culture positive et asympto: recontrôler la ponction

## Infection de liquide d'ascite

---

### Traitement curatif ILA:

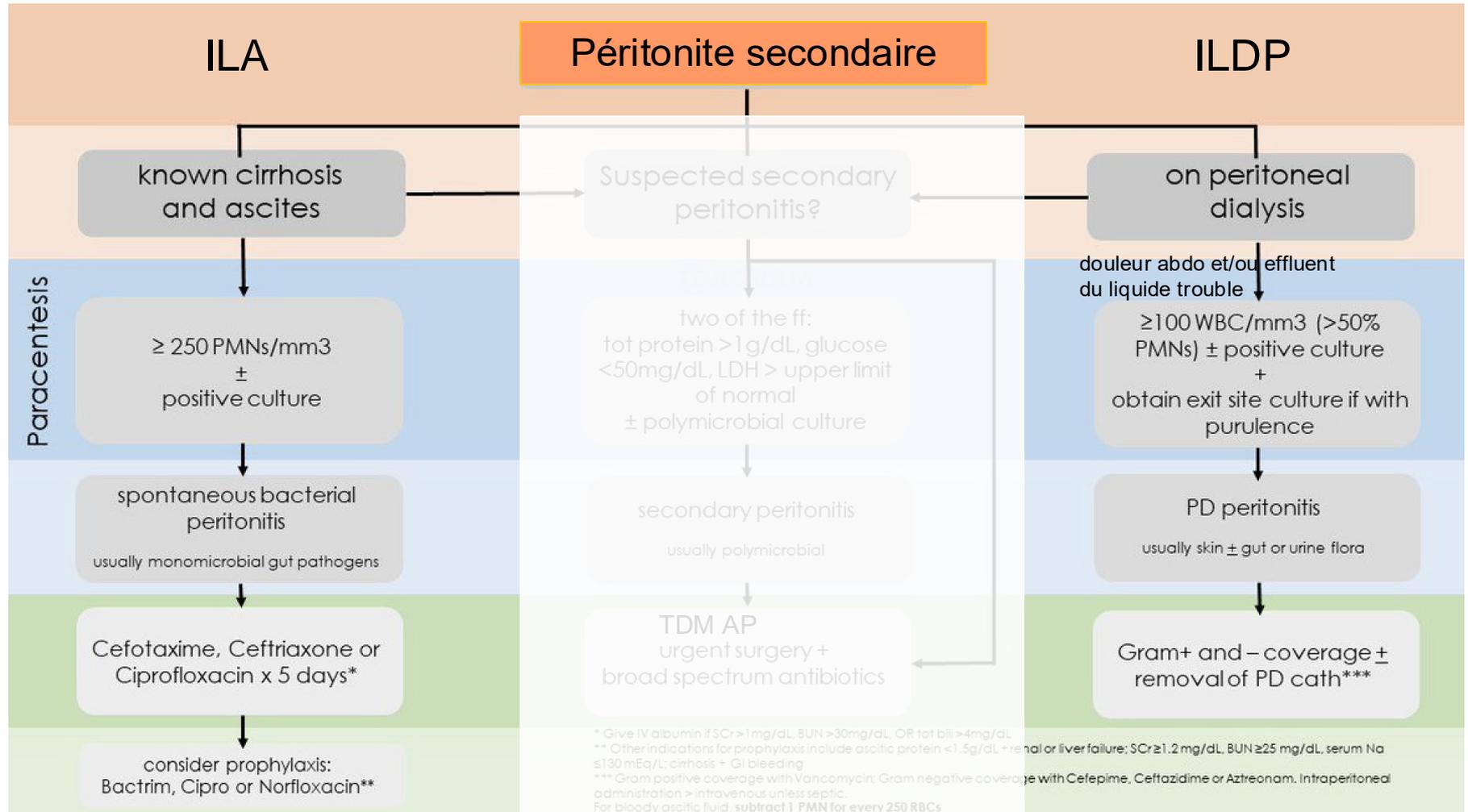
- ATB C3G IV céfotaxime, pendant 5 jours
- Alternative augmentin IV
- Si nosocomial: piperacilline-tazobactam ou meropenem +/- vanco

### Traitement symptomatique:

- Albumine 1,5g/kg J1 et 1g/kg J3 en prévention du SHR
- Arrêt des diurétiques, +/- intro de  $\beta$ bloquant
- Pas d'évacuation systématique de l'ascite sauf si franchement purulente

**Contrôle de la ponction à H48, but = stérilisation et PNN diminution de 25 à 50%**

## Péritonites primitives vs secondaires



## Péritonite

---

Primitive

Infection de liquide d'ascite  
**Cours dédié  
Pr Kipis**

Infection de liquide de dialyse péritonéale

Tuberculose péritonéale

Secondaire

Par perforation ou nécrose d'organe IA

Post opératoire:  
Lâchage d'anastomose,  
de suture, de moignon

Post traumatique:  
Fermé ou pénétrant

Tertiaire

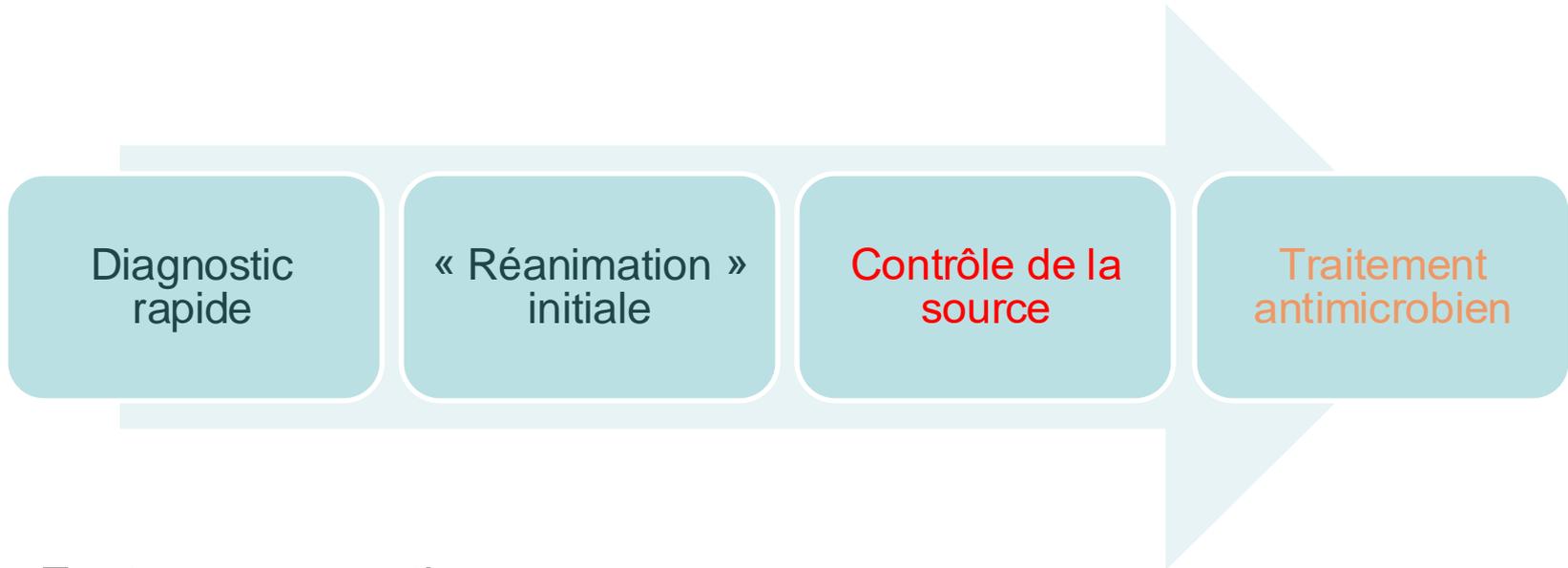
Evolution défavorable  
d'une péritonite  
secondaire

**-> Forcément  
nosocomiale ET  
postopératoire**

## Principes de traitement des péritonites

## Prise en charge des péritonites

---

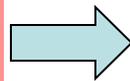


Facteurs pronostiques:

- Délai du diagnostic
- Délai de prise en charge
- Adaptation du geste chirurgical et contrôle de la source
- Adaptation des traitements anti-infectieux

# Prise en charge des péritonites

---



Elément principal du traitement

- Quelle que soit la technique
  - l'éradication du foyer infectieux doit être **systematique et en urgence**
- L'initiation des anti-infectieux ne doit pas être différée pour effectuer les prélèvements microbiologiques péritonéaux
- Les échecs de traitement sont souvent des échecs de contrôle de la source, rarement d'antibiothérapie

## Geste chirurgical

---

**COELIOSCOPIE** si possible sauf:

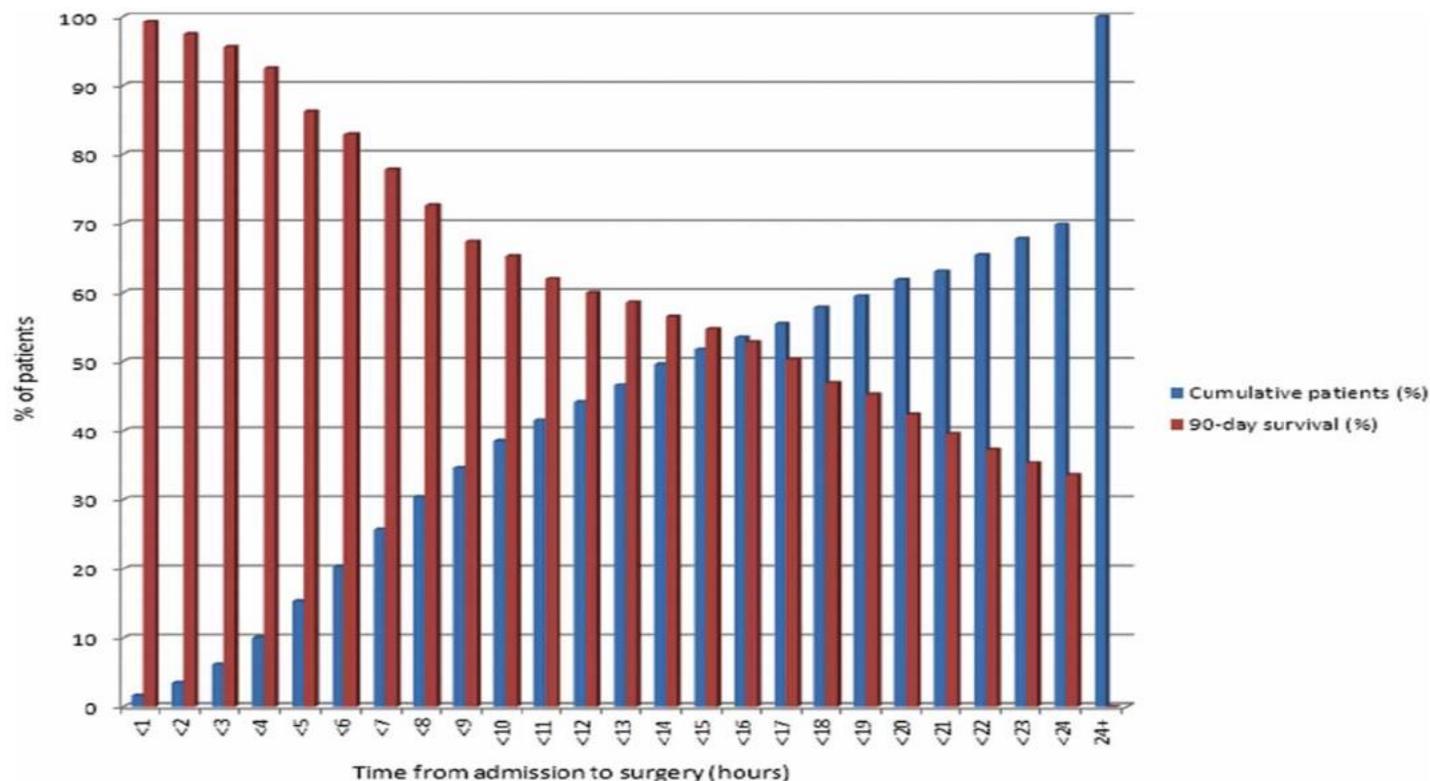
- péritonite généralisée
- péritonite stercorale

➤ **LAPARATOMIE**

Parfois, drainage scannographique

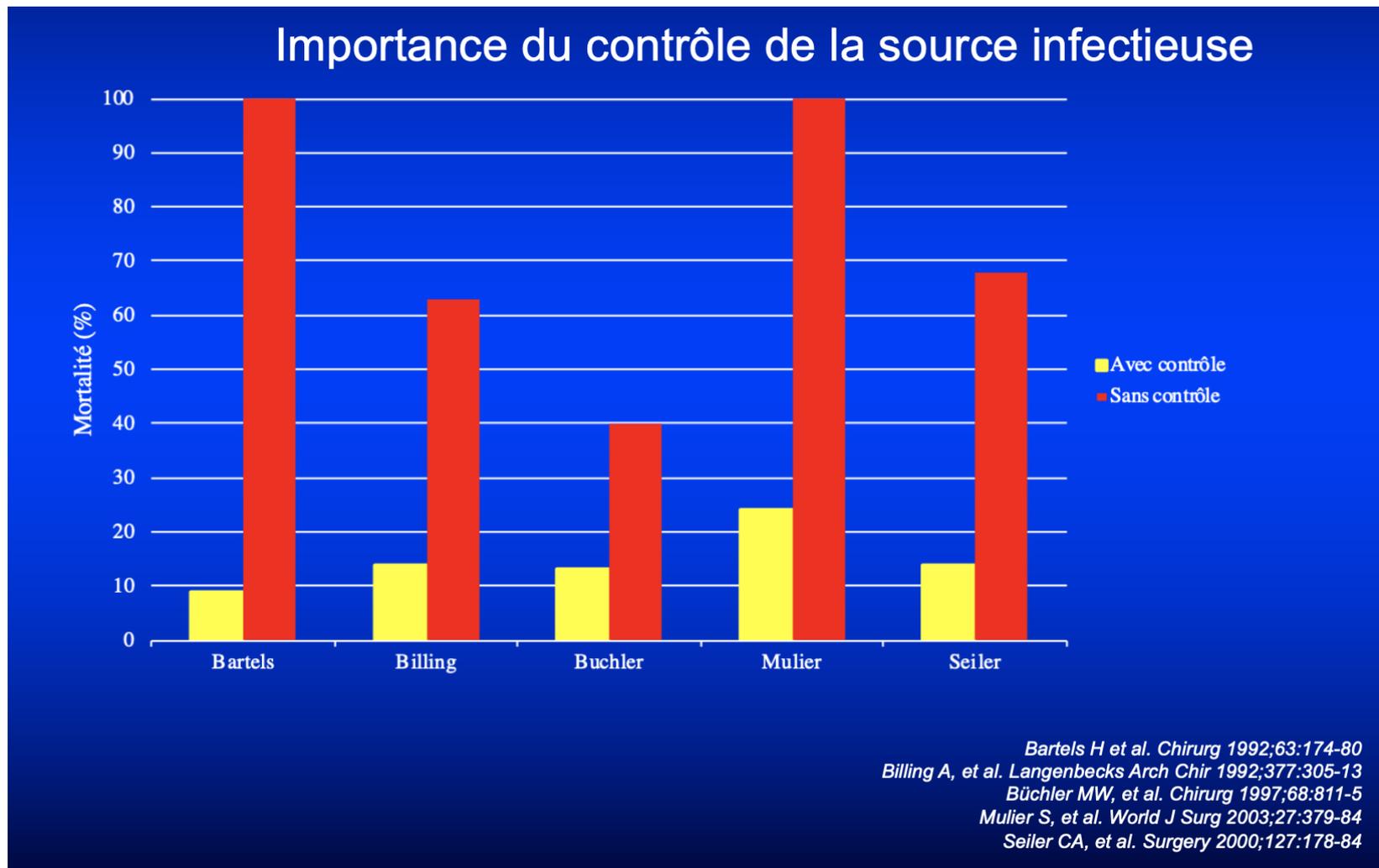
## Délai de la chirurgie et pronostic

Etude observationnelle prospective multicentrique au Danemark  
2803 laparotomies ou coelioscopies en urgence dans les 48h après admission



Dans les 24 premières heures, chaque heure associée à une diminution médiane de 2,2% de la survie à J90

## Chirurgie adaptée et pronostic



## Prélèvements à effectuer

---

- Analyse du liquide péritonéal:
  - Examen direct
  - Culture (+/- PCR)
- Si choc septique ou infection nosocomiale:
  - Hémocultures
  - ED à la recherche de levures

### **But:**

- identification microbienne et fongique
- détermination de la sensibilité aux anti-infectieux

# Antibiothérapies des infections intra-abdominales

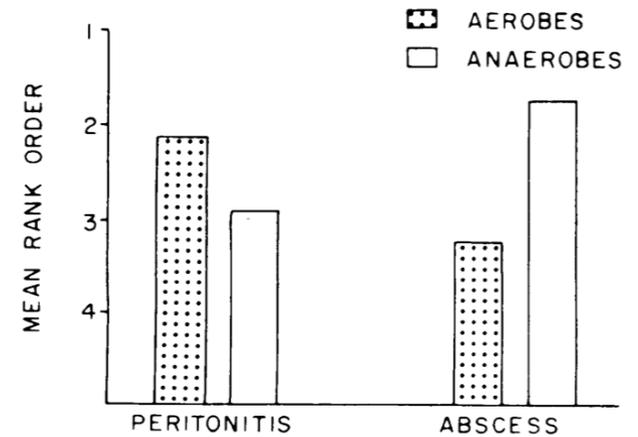
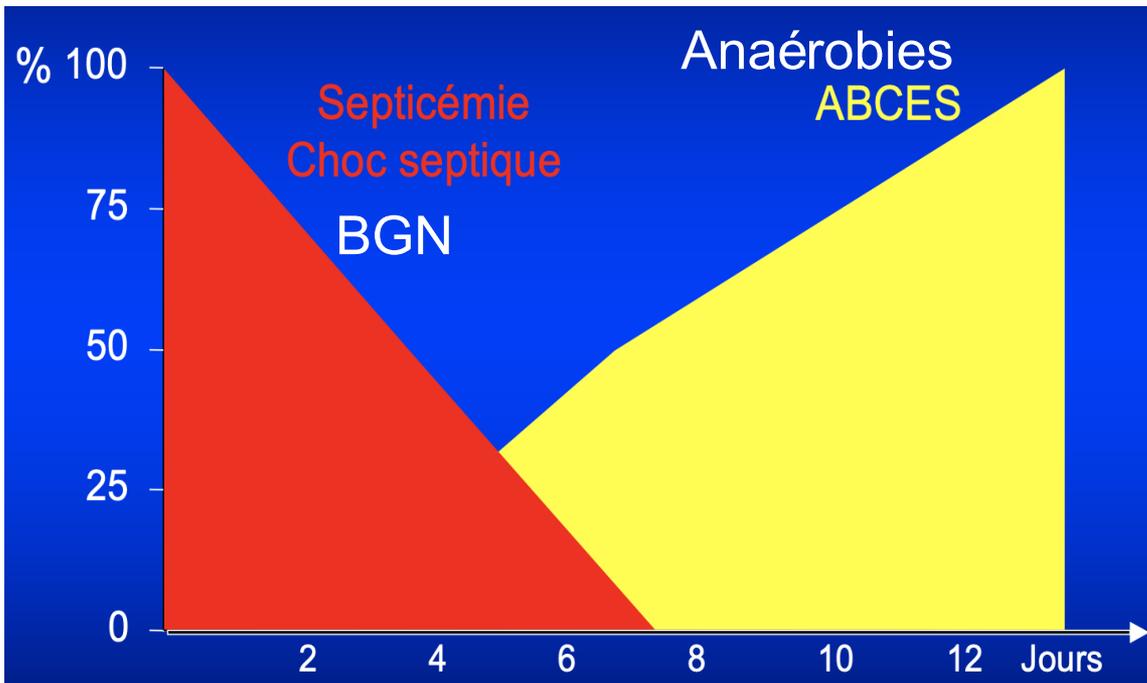
De quoi parle-t-on?

Communautaire vs associé aux soins

Non sévère vs sévère

Probabiliste vs documentée

## Histoire naturelle des péritonites



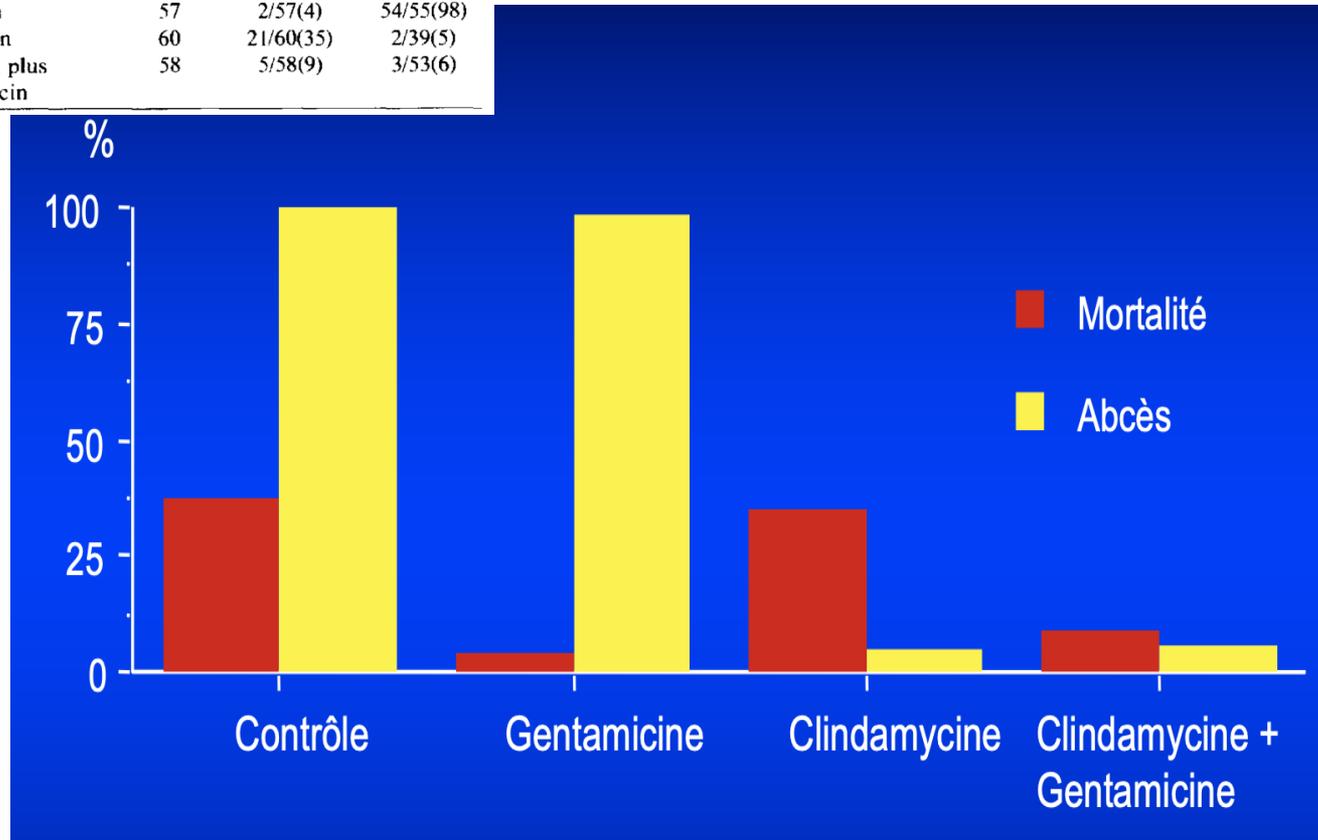
## Rationnel de l'antibiothérapie des IIA

**Table 2.** Mortality rates and the incidence of abscess formation in rats inoculated with intestinal microorganisms.

Therapeutic group	No. tested	Mortality rate*	Abscess†
Untreated controls	60	22/60(37)	38/38(100)
Gentamicin	57	2/57(4)	54/55(98)
Clindamycin	60	21/60(35)	2/39(5)
Gentamicin plus clindamycin	58	5/58(9)	3/53(6)

Genta: anti-BGN

Clinda: anti-anaérobie



# Antibiothérapie

## ATB probabiliste: ciblant les pathogènes les plus fréquents

- Très fréquents

- *E. coli*
- *Bacteroides*

- Fréquents

- Autres entérobactéries
- *Streptocoques*
- *Clostridium*

- Associés aux soins

- *P. aeruginosa*
- Entérocoques
- Levures

ATBthérapie  
probabiliste IIA  
communautaire

ATBthérapie  
probabiliste IIA  
nosocomiale ou  
sévère

## Quelle antibiothérapie probabiliste?

### Communautaire

#### Non grave

(1) amoxicilline/acide clavulanique + genta

(2) céfotaxime ou ceftriaxone + métronidazole

#### Grave:

Pipéracilline/tazobactam +/- genta

#### Risque faible d'allergie pénicilline

Céfépime + métronidazole +/- genta

+/- échinocandine

### Nosocomiale/ associée aux soins

#### Non grave

#### Sans FDR de BMR

pipéracilline/tazobactam + amikacine

#### FDR de BMR

Carbapénème

#### Avec signes de gravité:

+ amikacine

+ échinocandine

**Dans tous les cas: couvrir les bactéries anaérobies**

## Entérocoques et levures

---

### **Rôle discuté de l'entérocoque:**

- pathogénicité imputable "faible"
- "trou" dans le spectre de nombreux ATB probabilistes (cephalosporine)
- incidence élevée dans les IAA associées aux soins
- associé à une augmentation de la morbi-mortalité

### **Rôle discuté des levures (*C. albicans*)**

- Idem entérocoque concernant la pathogénicité
- également associées à une augmentation de la morbi-mortalité
- à considérer en fonction des FdR, de l'étiologie de la péritonite et de la gravité

### **L'impasse est interdite en cas d'infection sévère**

Mais dans une péritonite non grave, c'est la chirurgie qui guérit!

## Couverture des entérocoques

---

### Communautaire

**Sans signe de gravité: NON**  
même si présent dans les prlvts

SAUF

- bactériémie associée
- seule bactérie identifiée
- immunodéprimé

**Avec signes de gravité: OUI**  
***E. faecalis***  
En probabiliste ET en documenté

### Nosocomiale/ associée aux soins

**OUI en probabiliste**  
**OUI en documenté**  
***E. faecalis***

Si facteurs de risque d'IIA à entérocoque résistant à l'ampicilline (***E. faecium***):

- pathologie hépatobiliaire,
- transplanté hépatique,
- antibiothérapie en cours,

> Couverture dans l'antibiothérapie probabiliste

### Molécules actives:

*E. faecalis*: amoxicilline/ augmentin ou pipéracilline

*E. faecium*: vancomycine, linézolide, tigécycline

## Couverture des levures (*Candida*)

---

### Communautaire

**Sans signe de gravité: NON**  
même si présent dans le liquide  
peritoneal (ED ou cult)

**Avec signes de gravité:  
OUI si**

- au moins 3 des critères suivants:
  - défaillance hémodynamique,
  - sexe féminin,
  - chirurgie sus- mésocolique,
  - antibiothérapie depuis plus de 48h  
(Score de Dupont)
- si levures + ED et/ou culture

### Nosocomiale/ associée aux soins

**Sans signe de gravité:**

- ED+: initier un traitement ATF  
probabiliste
- Culture+: initier un traitement ATF  
curatif
- Selon FDR du patient (patient  
chirurgical, nutrition parenterale,  
colonisation fongique connue...)

**Avec signes de gravité:**

**Oui**

Arrêt si culture négative

**Molécules de choix:**

échinocandines si infection grave ou souche fluconazole-R (*C. glabrata*)

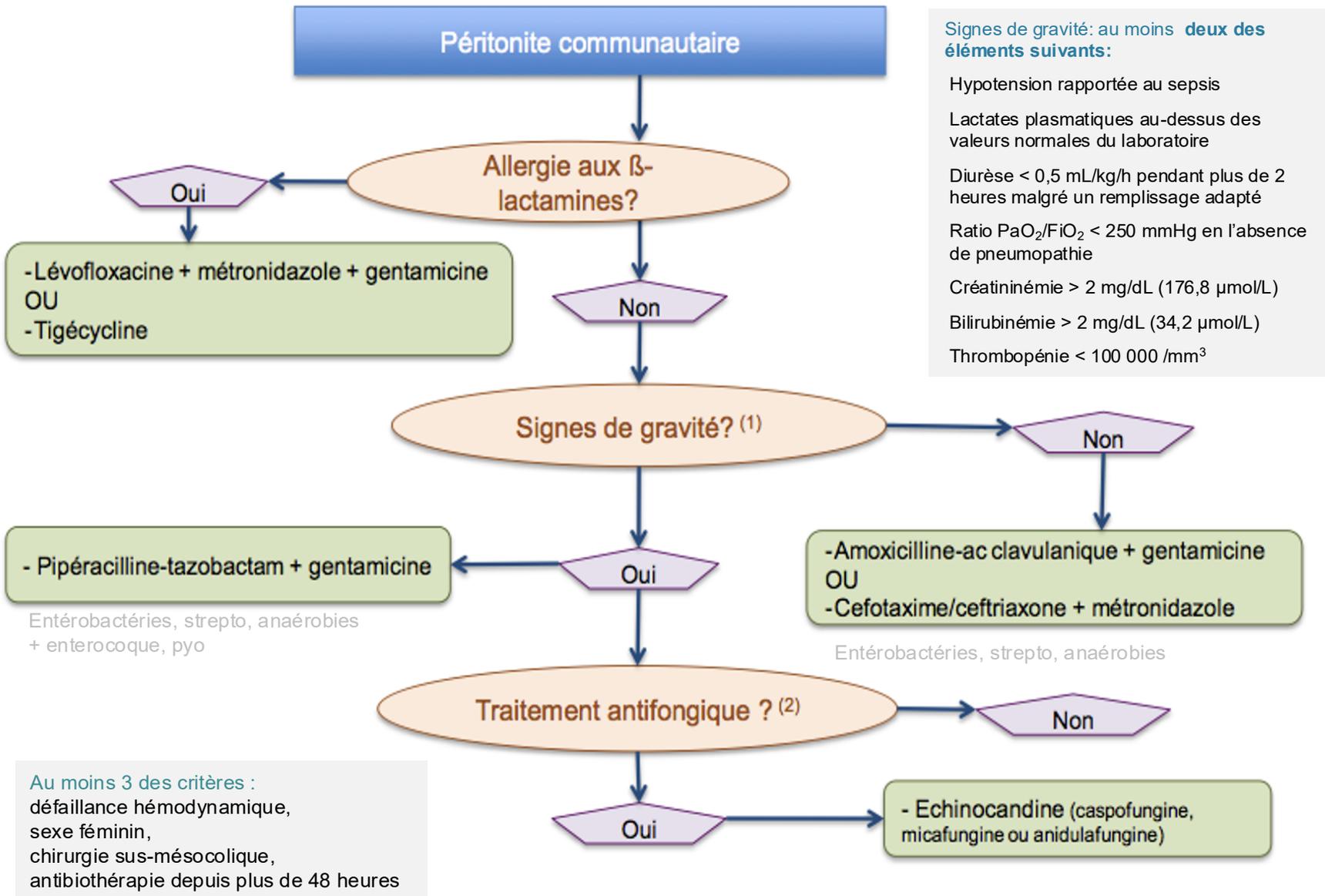
Fluconazole sinon.

## Aminosides

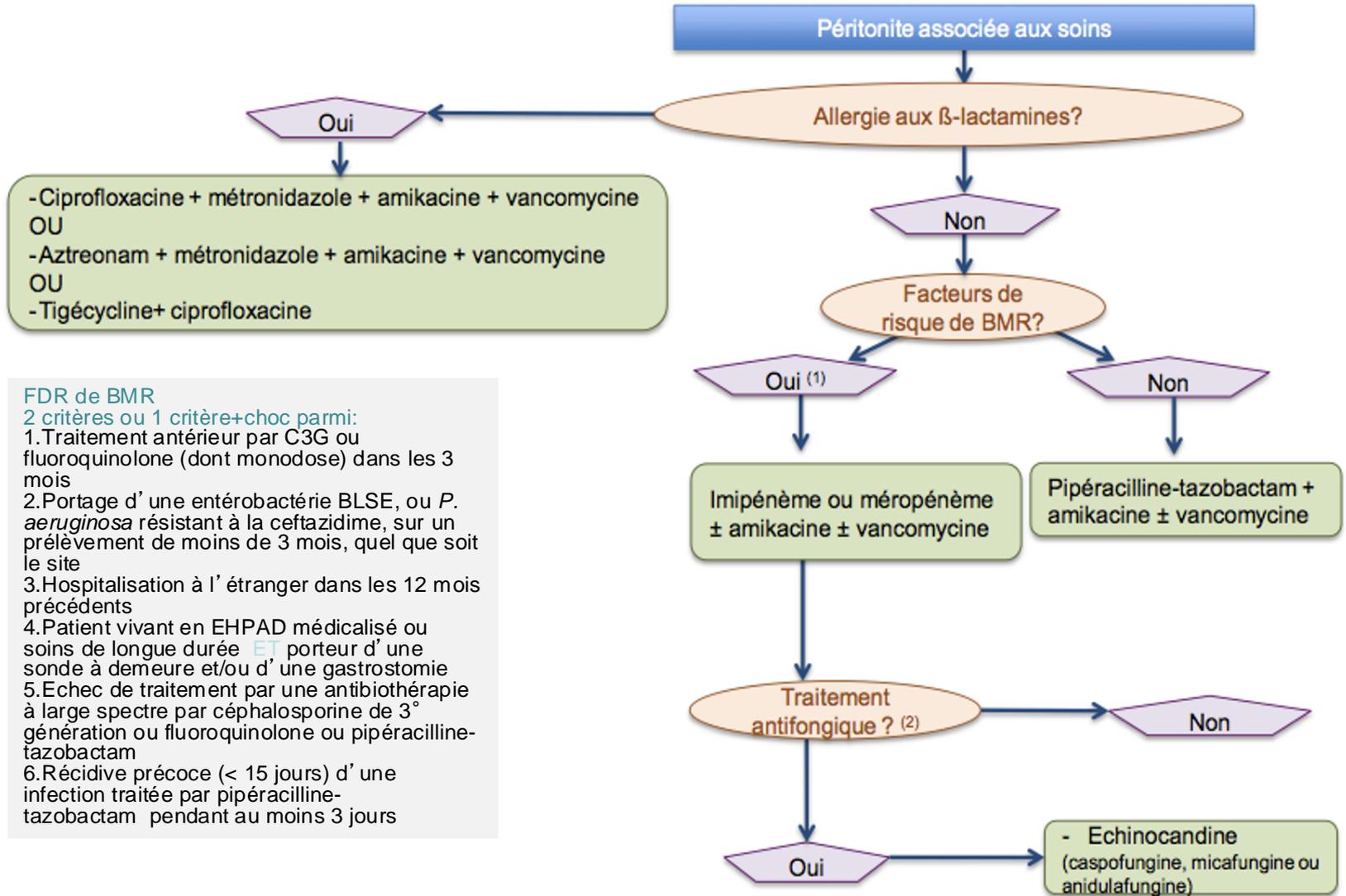
---

- **Péritonite**
  - inoculum majeur et polymicrobien
  - haut risque de sélection de mutants résistants
- **Intêtret des aminosides**
  - réduction de l'inoculum ds le sang = contrôle de la bactériémie
  - prévention de la sélection de mutants résistants
  - élargissement du spectre sur les BMR en probabiliste
- **Indications: choc septique, neutropénique et FDR de BMR**

## Péritonite communautaire



## Péritonite associée aux soins



## Antibiothérapie documentée?

---

Quel que soit le résultat des prélèvements :

- **couvrir les bactéries anaérobies**  
en probabiliste comme en documenté
- **désescalade** antibiotique et antifongique  
dès stabilisation clinique et contrôle de la source

## Durée des antibiothérapies **post-opératoires**

Pas d'atb  
postop ou <24h

- Perforation intestinale traumatique opérée dans les 12h
- Perforation gastroduodenale opérée dans les 24h
- Appendicite aiguë non compliquée opérée
- Cholecystite aiguë non compliquée opérée

2-3j

Péritonite Communautaire  
**localisée**  
**opérée ou drainée**  
Angiocholite drainée

4j

Péritonite Communautaire  
**généralisée**  
**opérée ou drainée**

Etude  
**STOP-IT**  
(4 vs 8j)

5-7j

Péritonite **post-opératoire**  
secondaire et tertiaire  
**opérée ou drainée**  
**EFFICACEMENT**

Etude  
**DURAPOP**  
(8 vs 15j)

## Durée des ATB: conditions particulières

---

### Contrôle de la source non optimal

#### Traitement 5 à 7 jours max

Si contrôle incomplet de l'infection à J5

- anomalies cliniques,
- persistance du syndrome inflammatoire bio
- anomalie des fonctions intestinales

#### Faire TDM AP injecté

**+/- reprise chirurgicale**

ou ponction / drainage radioguidé

Prolongation des atb parfois nécessaire

Surtout chez les immunodéprimés/rea

### Infection bactériémique

- **7 jours**
- si contrôle de la source infectieuse
- ET contrôle rapide de la bactériémie
  
- **Exception *S. aureus*, 14j minimum**
- +/- bilan d'EI si bactériémie à *S. aureus* ou bactériémie prolongée à *Streptocoque/ entérocoque* surtout sur terrain à risque

## Conclusion IIA

---

- Situation clinique fréquente
- Cavité intra-abdominale: physiologie propre
- IIA sans péritonite: traitement médical ++
- Péritonite: traitement chirurgical ++
- Succès thérapeutique = contrôle de la source
- Déterminer « le cadre » pour le choix de l'ATB probabiliste:
  - péritonite primitive, secondaire, tertiaire
  - communautaire vs associée aux soins
  - signes de gravité
  - terrain
- Couvrir systématiquement les anaérobies pour toute la durée du ttt
- Respect des durées d'antibiothérapie
- Réévaluation TDM et reprise chirurgicale ou drainage en cas d'évolution défavorable

## Principaux guidelines

---

- **2022:** Li et al. SPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment, *Peritoneal Dialysis International*
- **2021:** appendicite de l'adulte : recommandations pour la pratique clinique de la Société française de chirurgie digestive (SFCD) et de la Société d'imagerie abdominale et digestive (SIAD) Volume 158, Issue 3, June 2021, Pages 263-273
- **2018:** Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM): A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases, update 2017: Mazuski JE, et al. The Surgical Infection Society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection. *Surgical Infections* 2017; 18: 1-76.
- **2017:** World Society of Emergency Surgery (WSES): The management of intra-abdominal infections from a global perspective – Guidelines for management of intraabdominal infections Choosing Wisely UK: British Society for Antimicrobial Chemotherapy – Consider stopping antibiotics after 4 days for patients with abdominal infection under control after operation or drain (2016)
- **2017:** Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique, has
- **2015:** Prise en charge des infections intra-abdominales *Anesth Reanim.* 2015; 1: 75–99
- **2015:** Stollman N, et al. American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis ; 149: 1944- 1949.