Péritonite aiguë

Dr Jan Martin Proske, Pr Dominique Franco
Service de chirurgie, hôpital Antoine Béclère, 92141 Clamart Cedex BP 405
jm.proske@abc.aphp.fr

Objectifs

- Diagnostiquer une péritonite aiguë.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

DÉFINITION

La péritonite est une inflammation péritonéale aiguë ou chronique, le plus souvent d'origine infectieuse qui peut être localisée ou diffuse. L'inflammation péritonéale entraîne des réactions locales puis générales potentiellement sévères et le diagnostic doit donc être précoce. On distingue les péritonites primaires ou primitives, secondaires et tertiaires.

Péritonite primaire

Les péritonites primaires sont dues à une infection spontanée mono-bactérienne du péritoine et leur traitement est médical. Il s'agit typiquement d'une infection d'ascite à colibacilles par voie hématogène chez les patients cirrhotiques, ou d'une infection à staphylocoques par l'intermédiaire du cathéter chez les patients avec une dialyse péritonéale. Les péritonites primaires surviennent chez moins de 10 % des patients cirrhotiques et tous les 15 mois pendant une dialyse péritonéale. Sans la présence d'un facteur prédisposant (ascite ou dialyse péritonéale), elles sont extrêmement rares.

Péritonite secondaire

Les péritonites secondaires sont liées soit à la diffusion d'une infection abdominale localisée, soit à la perforation d'un viscère digestif. Dans le premier cas, l'infection est d'abord limitée à la muqueuse digestive, puis, en l'absence de reconnaissance et de traitement, l'infection gagne la totalité de la paroi digestive et diffuse dans le péritoine. La rapidité de cette diffusion d'abord locale. la gravité de la péritonite aiguë et l'apparition des manifestations infectieuses systémiques sont liées à plusieurs facteurs : la gravité de l'infection organique initiale ; la virulence et la concentration des germes concernés ; la capacité de résistance de l'organisme au niveau local par la formation des adhérences et la phagocytose bactérienne et systémique (capacités anti-infectieuses et immunitaires générales). Ainsi, dans le cas d'une appendicite aiguë, une contamination bactérienne est présente au niveau du cul-de-sac de Douglas dans 25 % des appendicites simples, 75 % des appendicites gangrenées et 90 % des perforations appendiculaires.

Dans les péritonites secondaires dues à la perforation d'un ulcère, l'épanchement péritonéal peut être initialement stérile (péritonite chimique) mais il devient infecté au bout de 4 à 6 heures. Les péritonites secondaires représentent plus de 90 % des péritonites aiguës. Leurs causes les plus fréquentes sont indiquées dans le tableau 1.

Péritonite tertiaire

Les péritonites tertiaires sont des péritonites aiguës devenues chroniques malgré un traitement bien conduit (éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions ou drainages et antibiothérapie adaptée). Le terme péritonite tertiaire a été introduit à l'image de l'hyperparathyroïdisme tertiaire (persistance d'une hyperparathyroïdie après transplantation rénale suite à une insuffisance rénale ayant provoqué une

Tableau 1 Causes des péritonites secondaires

Infection/perforation intra-abdominale
▮ appendicite
▮ cholécystite
▮ diverticulite colique
▮ perforation d'ulcère gastrique, duodénal ou intestinal
▮ infarctus mésentérique
▮ maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique
Postopératoire
▮ contamination peropératoire
▮ complication postopératoire (désunion anastomotique)
Post-traumatique
▮ perforation endoscopique
▮ traumatisme abdominal perforant

hyperparathyroïdie secondaire) car la péritonite persiste malgré l'absence d'un foyer infectieux localisable. L'évolution des péritonites tertiaires est caractérisée par une surinfection de la cavité abdominale avec des micro-organismes normalement peu virulents, mais devenus résistants au cours du traitement d'une péritonite aiguë. Elles sont accompagnées de manifestations infectieuses systémiques telles que le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS), et d'une dysfonction d'organe dans le cadre d'un sepsis. Les péritonites tertiaires représentent moins de 10 % des péritonites.

PHYSIOPATHOLOGIE

Péritonite localisée

Dans la phase initiale d'une péritonite aiguë, le processus inflammatoire est localisé. La réaction initiale à la dissémination microbienne est une sécrétion d'histamine qui provoque, dans un un délai de 2 à 4 heures, une dilatation locale des vaisseaux et une augmentation de la perméabilité péritonéale. Dans la zone inflammatoire se forme alors un épanchement liquidien intrapéritonéal contenant du plasma riche en anticorps et en fibrine. La fibrine contribue à la localisation du processus inflammatoire par la formation d'adhérences. La division de la cavité péritonéale en espaces anatomiques différents (p. ex. le ligament falciforme sépare les espaces sous-phréniques gauche et droit) facilite cette réaction de défense.

Parallèlement, se produit en 12 à 24 heures une accumulation intrapéritonéale de granulocytes et de monocytes provoquant une phagocytose bactérienne. Tant que le nombre de bactéries dans la zone péritonéale contaminée est faible (< 10^5 micro-organismes/mL), le processus inflammatoire demeure le plus souvent localisé. La réaction de défense péritonéale peut ainsi induire une guérison complète sans signe clinique d'une péritonite aiguë ou favoriser l'évolution vers un abcès souvent observé dans le cadre d'une péritonite tertiaire.

Péritonite généralisée

Plusieurs facteurs peuvent néanmoins conduire à une diffusion rapide du processus inflammatoire : un type de micro-organisme particulièrement virulent, une concentration élevée de micro-organismes ou une défaillance du système immunitaire. Dans une péritonite bactérienne, la pathogénie est principalement liée aux effets de l'endotoxine libérée de la paroi de certaines bactéries à Gram négatif. Une fois que la barrière physiologique à l'endotoxine constituée par le système réticulo-endothélial du foie est franchie, ses effets pathogènes complexes peuvent s'exercer au niveau systémique sur le centre thermorégulateur (hyperthermie), sur la granulopoïèse et les cellules phagocytaires (leucopénie puis leucocytose), sur le système vasculaire avec une rétention liquidienne et la constitution d'un 3e secteur (insuffisance rénale, insuffisance respiratoire consécutive à une diminution de la diffusion d'oxygène) et, enfin, par une activation des systèmes biologiques comme celui du complément ou de la coagulation (thrombocytopénie induite par une agrégation thrombocytaire). Ces différents effets de l'endotoxine peuvent conduire jusqu'au choc endotoxinique.

DIAGNOSTIC DES PÉRITONITES

Diagnostic clinique

Le diagnostic d'une péritonite aiguë est essentiellement clinique et repose sur un petit nombre de symptômes et signes cliniques (douleur abdominale spontanée, contracture abdominale, arrêt du péristaltisme intestinal et fièvre) qui varient en fonction de l'étiologie et de la durée d'évolution de la péritonite (tableau 2).

La contracture abdominale est le signe essentiel d'une péritonite aiguë. Elle correspond à la contraction tonique des muscles de la ceinture abdominale entraînée par l'irritation péritonéale et doit être recherchée avec beaucoup d'attention étant

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Péritonite aiguë ».

Un homme de 74 ans, retraité, se présente aux urgences avec une douleur abdominale généralisée évoluant depuis plusieurs jours.

Les questions pourront porter sur :
– les différents signes d'examen clinique abdominal ;
– le diagnostic différentiel des douleurs abdominales ;
– la physiopathologie de la péritonite aiguë d'origine appendiculaire ;
– l'évaluation des facteurs de gravité d'une péritonite aiguë ;
– le principe du traitement chirurgical et antibiotique.

Exemples :
1 Quelle est la démarche diagnostique devant la présence des douleurs abdominales aiguës ?
2 Quels sont les signes cliniques d'une péritonite aiguë ?
3 Quels sont les moyens d'évaluation de la gravité de l'état d'un patient ?
4 Quels sont les principes du traitement chirurgical de la péritonite aiguë ?
5 Comment faut-il choisir le type et la durée de l'antibiothérapie dans le cadre d'une péritonite aiguë ?
6 Quelle doit être la durée de l'antibiothérapie dans le cadre d'une péritonite aiguë ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro.

donné sa signification. Elle se traduit par l'impossibilité douloureuse de déprimer la paroi abdominale malgré un examen manuel bilatéral doux et attentif. Elle est permanente, invincible et douloureuse. La défense abdominale n'est qu'une forme moins accentuée de contracture et possède la même signification. La localisation et l'intensité de la contracture varient en fonction de l'étiologie de la péritonite, de l'état général du patient et de l'évolution.

La contracture abdominale peut être très modérée, quelles que soient la cause et la gravité de la péritonite, chez les personnes âgées, dénutries, ayant une maladie de longue durée ou un traitement chronique, en particulier par les corticoïdes ou les cytostatiques qui modifient la sensation de douleur. Chez les patients ayant une surcharge pondérale importante, l'appréciation des symptômes abdominaux peut être difficile au premier examen. Il est alors nécessaire de faire un nouvel examen clinique à brève échéance et s'aider de signes cliniques tels que la douleur à la décompression brutale de l'abdomen (signe de Blumberg).

Le toucher rectal n'apporte aucun renseignement pour le diagnostic d'une péritonite aiguë. L'administration de médicaments antidouleur n'est pas proscrite chez les patients suspects d'avoir une péritonite aiguë avant l'examen par le chirurgien : plusieurs études randomisées ont montré qu'elle n'empêchait pas de faire un diagnostic clinique.

Apport d'investigations complémentaires au diagnostic de péritonite

La contracture abdominale affirme le diagnostic de péritonite et suffit à faire porter l'indication opératoire d'urgence. Ce n'est qu'en cas de doute sur la présence d'une contracture que des investigations complémentaires peuvent avoir une valeur ajoutée.

1. Examens biologiques

Les examens biologiques n'ont aucune valeur dans le diagnostic d'une péritonite aiguë. L'hyperleucocytose est inconstante et son absence ne doit pas faire éliminer ce diagnostic. Les examens biologiques ont surtout de l'importance pour évaluer la gravité du retentissement général.

2. Explorations radiologiques

Les investigations radiologiques abdominales n'ont d'intérêt que si leur demande est orientée par une hypothèse.

✓ **Une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)** centrée sur les coupoles diaphragmatiques peut mettre en évidence, en cas de suspicion de perforation digestive, un pneumopéritoine (fig. 1). Dans les autres formes de péritonite, cette radiographie n'a pas de valeur et ne doit pas être systématiquement demandée. À un stade tardif de l'évolution, elle met en évidence un iléus.

✓ **Le scanner abdominal** n'apporte aucun signe spécifique en cas de péritonite aiguë. Cet examen n'est donc pas systématiquement indiqué pour le diagnostic des péritonites aiguës. Cependant, pour les patients chez qui la suspicion d'une péritonite n'est pas confirmée par l'examen clinique en raison de la paucité des signes d'examen, un scanner abdominal avec opacification digestive peut mettre en évidence un épanchement péritonéal, un pneumopéritoine, un épaississement inflammatoire des mésos, et des signes liés à l'étiologie (fig. 2). La découverte de ces signes scanographiques incite à proposer une intervention d'urgence.

POINTS FORTS

à retenir

- **Le diagnostic d'une péritonite aiguë est essentiellement clinique et la contracture abdominale en est le signe essentiel.**
- **Le traitement de la péritonite primaire est médical, l'intervention chirurgicale est le traitement de la cause de la péritonite secondaire.**
- **La rapidité de la prise en charge opératoire et un choix d'antibiothérapie initiale adaptée sont deux facteurs essentiels d'un traitement efficace.**
- **Les péritonites tertiaires sont des péritonites aiguës devenues chroniques avec une mortalité supérieure à 30 %.**

(*v.* **MINI TEST DE LECTURE**, p. 2180)

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

La recherche de la cause est intéressante pour guider le traitement chirurgical et orienter l'antibiothérapie probabiliste. Elle ne doit pas faire retarder l'intervention d'urgence. Ce diagnostic étiologique repose sur la localisation des douleurs et le scanner abdominal.

Localisation des douleurs

La localisation des douleurs du début, le quadrant où siège l'intensité maximale de la douleur orientent vers la pathologie initiale en cause : localisation secondaire en fosse iliaque droite

Tableau 2 Éléments du diagnostic clinique

Douleur spontanée	localisée dans la phase initiale et diffuse par la suite
Tonus musculaire abdominal	défense ou contracture
Péristaltisme	diminué ou disparu
Température corporelle	hyperthermie (> 38,5 °C)
Respiration	tachypnée et hyperventilation
Pression sanguine	normale dans la phase initiale, puis chute de la pression systolique
Diurèse	diminuée (< 30 mL/h)

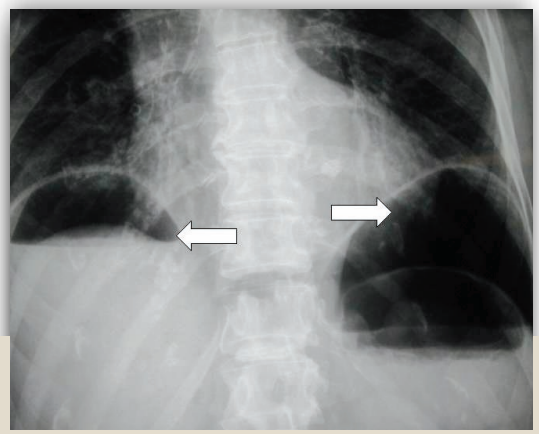

Figure 1 **Image typique de pneumopéritoine bilatéral (flèches) sur une radiographie ASP centrée sur les coupoles diaphragmatiques** (malade debout).

pour la péritonite appendiculaire, fosse iliaque gauche pour la péritonite sigmoïdienne, épigastre de début brutal pour la perforation d'ulcère, hypocondre droit pour la péritonite biliaire. Il existe cependant des formes trompeuses en particulier dans la péritonite appendiculaire du fait de la variabilité du siège de la pointe de l'appendice.

Scanner abdominal

Sa valeur est très grande dans le diagnostic étiologique des appendicites, sigmoïdites, et autres pathologies inflammatoires du tube digestif où il existe des signes scanographiques très spécifiques. Il est moins intéressant dans la recherche des causes d'une perforation digestive. Chez les patients ayant une contracture abdominale, sans signes généraux, l'absence de signes sur un bon scanner abdominal peut faire récuser le diagnostic de péritonite aiguë et doit faire pratiquer un nouvel examen clinique après l'administration d'antalgiques forts de type morphinique. Le scanner abdominal est essentiel dans la prise en charge des péritonites tertiaires et pour le diagnostic de péritonite postopératoire.

Diagnostic de la péritonite postopératoire

Le diagnostic de péritonite est particulièrement difficile chez les patients déjà opérés, car l'examen abdominal est gêné par la douleur, le météorisme et la sensibilité habituellement constatés chez un opéré récent. L'hypothèse d'une péritonite postopératoire, en particulier après une intervention comportant des risques de désunion d'anastomose digestive, doit faire envisager toutes les investigations, en particulier scanographiques, permettant de confirmer le diagnostic ou de l'infirmer : le scanner abdominal est à la fois utile au diagnostic pour mettre en évidence des épanchements et des abcès intra-abdominaux et à la thérapeutique par l'intermédiaire d'une ponction-drainage percutanée des collections.

Diagnostic de la péritonite primaire

Chez les malades ayant un facteur prédisposant, une péritonite primaire doit être suspectée. Le tableau clinique est moins caractéristique que celui d'une péritonite secondaire, surtout chez les patients cirrhotiques. L'apparition d'une hyperthermie associée à une ascite doit toujours faire suspecter une péritonite primaire et inciter à effectuer un prélèvement bactériologique d'ascite. La présence de plus de 300 polynucléaires par microlitre d'ascite confirme le diagnostic d'une péritonite primaire, tout comme un prélèvement sur le produit de dialyse d'aspect trouble contenant plus de 100 leucocytes par microlitre dont plus de 50 % neutrophiles.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

Une fois établis le diagnostic d'une péritonite aiguë et son étiologie, la gravité de l'état du patient devrait être appréciée pour envisager :
– soit une antibiothérapie probabiliste, après prélèvement de une à deux paires d'hémocultures sur milieux aérobie et anaérobie, et une exploration chirurgicale directe (car l'intervention chirurgicale est le véritable traitement de la cause de la péritonite) ;
– soit une réanimation courte initiale (au maximum quelques heures) avec une rééquilibration hydroélectrolytique (dyskaliémies en particulier) et hémodynamique (remplissage vasculaire, amines vasoactives) en cas de signes inflammatoires généraux importants.

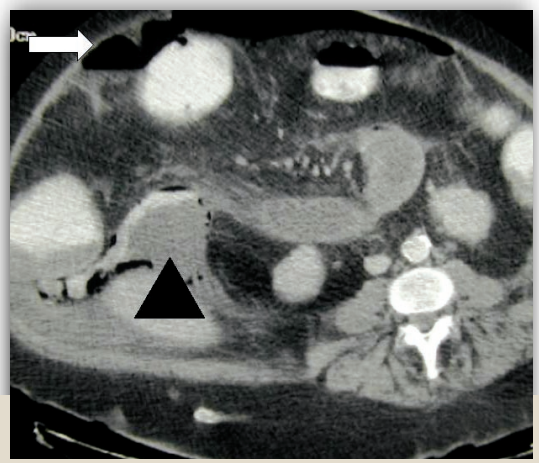

Figure 2 **Coupe d'un scanner abdominal avec opacification digestive chez une malade obèse ayant une suspicion de péritonite.**
Il existe un pneumopéritoine (flèche blanche) et une collection liquidienne abdominale (flèche noire). La paroi de la dernière anse grêle est épaissie. La péritonite était due à une nécrose ischémique du côlon droit.

Tableau 3 Facteurs de gravité

Terrain ▮ âge avancé ▮ immunodépression ▮ dénutrition ▮ défaillance d'organe ▮ antécédents médicaux
Mode de contamination ▮ péritonite stercorale ▮ perforation colique ▮ présence de lésions étendues ou de lésions associées
Agent infectieux ▮ infection à *E. coli* ou aux anaérobies
Prise en charge ▮ retard à l'intervention ▮ antibiothérapie initiale inadaptée

Scores d'évaluation du terrain

Les risques d'échec du traitement et de la mortalité suite à une péritonite aiguë sont très variables. La plupart des facteurs identifiés par des analyses multivariées sont liés au terrain : âge, immunodépression, dénutrition, défaillances d'organe et antécédents médicaux tels que les maladies cardiovasculaires (tableau 3). L'ensemble des éléments d'examen clinique, du bilan sanguin et de l'état physiologique sont représentés dans différents scores d'évaluation comme *Mannheim peritonitis index* (MPI) ou *Acute physiology and chronic health evaluation II* (APACHE II) : leurs taux élevés sont associés à une augmentation du taux de mortalité.

Autres facteurs de gravité

Outre les facteurs liés au terrain, la morbidité et la mortalité sont influencées par le mode de contamination (péritonite stercorale et présence de lésions étendues ou associées), la nature de l'agent infectieux (infection à *E. coli* et aux anaérobies) et la prise en charge médicale (retard à l'intervention, antibiothérapie initiale inadaptée).

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE PRIMAIRE

Le traitement de la péritonite primaire est médical, et l'antibiothérapie initiale est probabiliste jusqu'aux résultats bactériologiques définitifs. Pour les péritonites primaires chez les patients cirrhotiques, les molécules choisies doivent êtres efficaces contre les colibacilles : p. ex., une association ampicilline/aminoside ou une céphalosporine de troisième génération.

Les micro-organismes retrouvés chez les patients ayant une dialyse péritonéale sont des staphylocoques, dont 10 % de staphylocoques dorés, mais aussi des bacilles à Gram négatif et des *Candida*. Le traitement recommandé est l'application intrapéritonéale de l'association vancomycine/aminoside. L'absence d'une réponse au traitement au bout de 48 h doit inciter à l'ablation du cathéter de dialyse péritonéale. Devant la présence d'une flore polymorphe à l'examen bactériologique, une péritonite secondaire doit être suspectée.

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE SECONDAIRE

Il associe le traitement chirurgical du foyer infectieux et d'un traitement antimicrobien.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est composé de deux étapes : résection ou suture du viscère source de l'infection et toilette péritonéale. Dès le début de l'intervention, un prélèvement bactériologique du liquide péritonéal est effectué pour adapter l'antibiothérapie postopératoire en fonction du ou des germes retrouvés.

1. Traitement du foyer infectieux

Le geste chirurgical dépend de l'origine de la péritonite. Il peut être simple, telle une appendicectomie (l'appendicite est l'origine la plus fréquente des péritonites secondaires) ou la suture d'un ulcère duodénal perforé. Dans d'autres cas, une résection majeure est nécessaire comme une gastrectomie pour traiter un cancer gastrique perforé ou une colectomie pour traiter une diverticulite colique compliquée. Lorsqu'une résection au niveau du grêle ou du côlon est nécessaire, le choix entre le rétablissement de la continuité par une ou plusieurs anastomoses digestives et la réalisation de stomie(s) pour dériver le contenu digestif et éviter une anastomose à risque de désunion dépend du degré d'inflammation péritonéale, du syndrome inflammatoire généralisé et de l'état général du patient.

Ces interventions d'urgence sont le plus souvent faites par une laparotomie médiane. L'approche laparoscopique est maintenant admise dans la péritonite appendiculaire et dans la péritonite par perforation d'un ulcère duodénal.

2. Toilette péritonéale

La seconde étape est une toilette péritonéale pour évacuer le liquide péritonéal infecté. Les sécrétions contaminées et infectées doivent être aspirées avec un soin particulier. Il n'y a pas de preuves scientifiques qu'un lavage péritonéal abondant diminue la mortalité ou les complications infectieuses postopératoires pour les malades qui reçoivent un traitement antibiotique systémique adapté. Un débridement agressif peut provoquer un saignement important du péritoine inflammatoire dénudé et des lésions de l'intestin fragilisé. Cela doit être évité. L'utilisation d'un drainage abdominal n'est pas systématique comme cela a longtemps été proposé. Ce dernier est réservé aux abcès abdominaux dont la cavité ne peut pas être comblée par de l'épiploon ou l'intestin.

3. Interventions secondaires

Parfois, on ne peut obtenir une exérèse idéale lors de l'intervention initiale, par exemple après un débridement pour des nécroses pancréatiques infectées. Dans ce cas, de même que pour une péritonite postopératoire persistante, malgré un bon contrôle initial, une ou plusieurs réinterventions peuvent être planifiées. La création d'une laparostomie (fermeture provisoire de l'aponévrose par l'intermédiaire d'une prothèse) peut ainsi être nécessaire et faciliter la réexploration.

Traitement antimicrobien

Comme dans les péritonites primaires, le traitement antibiotique initial est probabiliste jusqu'aux résultats des prélèvements peropératoires. Les études comparatives publiées ne permettent pas de préconiser un traitement antibiotique particulier, car elles ont été construites dans le but de démontrer l'équivalence d'efficacité thérapeutique de tout nouveau traitement sans pouvoir démontrer statistiquement sa supériorité.

1. Particularités de la flore bactérienne

Le principe fondamental de l'antibiothérapie dans la prise en charge d'une péritonite aiguë est l'utilisation de molécules efficaces contre les entérobactéries, en particulier *E. coli*, et des bactéries anaérobies, en particulier *B. fragilis*. Les différences en termes de bactériologie entre les sites, en particulier l'étage sus- ou sous-mésocolique (nombre de bactéries : entre 10^2 et 10^{12} par gramme de contenu digestif ; rapport anaérobies stricts/aérobies entre 10/1 et 1 000/1), ne sont pas suffisantes pour influencer le choix des antibiotiques. Bien que le rôle des entérocoques soit reconnu dans les complications infectieuses postopératoires, leur prise en compte dans l'antibiothérapie initiale reste discutée.

2. Choix des antibiotiques

Dans le cas d'une péritonite communautaire, les antibiotiques recommandés sont ceux ayant un spectre d'activité moins large, ayant moins d'effets secondaires et, de préférence, les molécules les moins chères. Le passage d'un traitement intraveineux à une administration orale peut être effectué lorsque les patients tolèrent une alimentation orale. Les schémas du traitement sont indiqués dans le tableau 4. Pour la plupart des malades ayant des infections intra-abdominales, les recommandations actuelles sont de réduire la durée du traitement antibiotique de manière à diminuer les effets secondaires potentiels pour le patient , le coût du traitement et l'émergence de souches résistantes.

3. Durée du traitement antibiotique

La durée du traitement antibiotique peut être fondée soit sur le site anatomique et l'observation peropératoire, soit sur des symptômes et signes postopératoires. Dans les péritonites aiguës par plaie abdominale pénétrante avec ouverture du tube digestif opérées dans les 12 h, la durée de l'antibiothérapie devrait être de 24 h ; pour une péritonite localisée après perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal, de 48 h ; pour une péritonite généralisée appendiculaire opérée sans délai, de 5 jours et pour une péritonite généralisée stercorale ou une péritonite vue tardivement, et quelle que soit sa localisation, de 7 à 10 jours.

L'approche basée sur les symptômes et les signes postopératoires recommande de poursuivre le traitement antibiotique jusqu'à cessation des signes d'inflammation (température et taux de leucocytes). La persistance de ces signes plus de 10 jours doit conduire à chercher des sites résiduels d'infection abdominale ou extra-abdominale plutôt qu'à prolonger simplement le traitement en cours.

Tableau 4 Traitement antibiotique des péritonites aiguës

Péritonite communautaire	
▮ amoxicilline/acide clavulanique + gentamicine ou tobramycine	
▮ ticarcilline/acide clavulanique + gentamicine ou tobramycine	
▮ céfoxitine	
▮ céfotaxime ou ceftriaxone + imidazolé	
▮ aminoside + imidazolé	
▮ céfépime + imidazolé	
Forme grave	
pipéracilline/tazobactam	
Péritonite nosocomiale	
▮ imipénem	

Un traitement prolongé peut être envisagé pour les patients pour qui l'origine de l'infection n'a pas pu être entièrement supprimée lors de l'intervention initiale comme dans les infections rétropéritonéales importantes.

4. Patients à hauts risques

Il est recommandé, pour les patients à hauts risques, d'appliquer un traitement antibiotique à spectre élargi aux micro-organismes à Gram négatif aérobies et facultatifs anaérobies. Bien que chez ces patients les organismes à Gram négatif tels que le *Pseudomonas æruginosa* soient généralement retrouvés, aucune étude n'a montré l'intérêt d'utiliser systématiquement les aminosides. Une antibiothérapie avec une couverture contre les entérocoques paraît plus appropriée. Pour les patients susceptibles de développer une candidose, une thérapie probabiliste au fluconazole est recommandée.

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TERTIAIRE

Les patients ayant une péritonite tertiaire qui ont des infections intra-abdominales persistantes sont particulièrement difficiles à traiter : la mortalité dans les séries récentes est supérieure à 30 %. Le traitement nécessite une approche multidisciplinaire avec des connaissances en chirurgie digestive, maladies infectieuses, réanimation, nutrition et radiologie interventionnelle. Avec la progression d'une péritonite tertiaire, l'opportunité de traitement par une intervention chirurgicale diminue au profit d'un traitement radiologique interventionnel. Les micro-organismes présents chez ces patients sont nosocomiaux, difficiles à traiter, et leur pathogénicité n'est pas toujours certaine. Parmi eux, on trouve des staphylocoques à coagulase négative, des entérocoques, des bacilles à Gram négatif multirésistants et des champignons. La thérapie antimicrobienne probabiliste doit être dirigée contre les pathogènes nosocomiaux probablement présents. Les péritonites tertiaires sont rarement soignées rapidement et nécessitent souvent une réhabilitation longue et des interventions chirurgicales secondaires plusieurs mois après la prise en charge initiale. ■

Pour en savoir plus

Prise en charge des péritonites communautaires
Conférence de consensus (2000)
Société française d'anesthésie et de réanimation