Prise en charge des collections intra-abdominales post-opératoires

Dr Antoine Hamon & Dr Etienne Canouï
Equipe mobile d'infectiologie
Hôpital Cochin

Hôpital Beaujon AP-HP

GRIF
Groupe des Référents en antibiothérapie d'Ile-de-France

Hôpital Cochin Port-Royal AP-HP

Collection intra-abdominale post opératoire

= « post operative intra abdominal abscess »
(≈ complicated intra-abdominal infection)

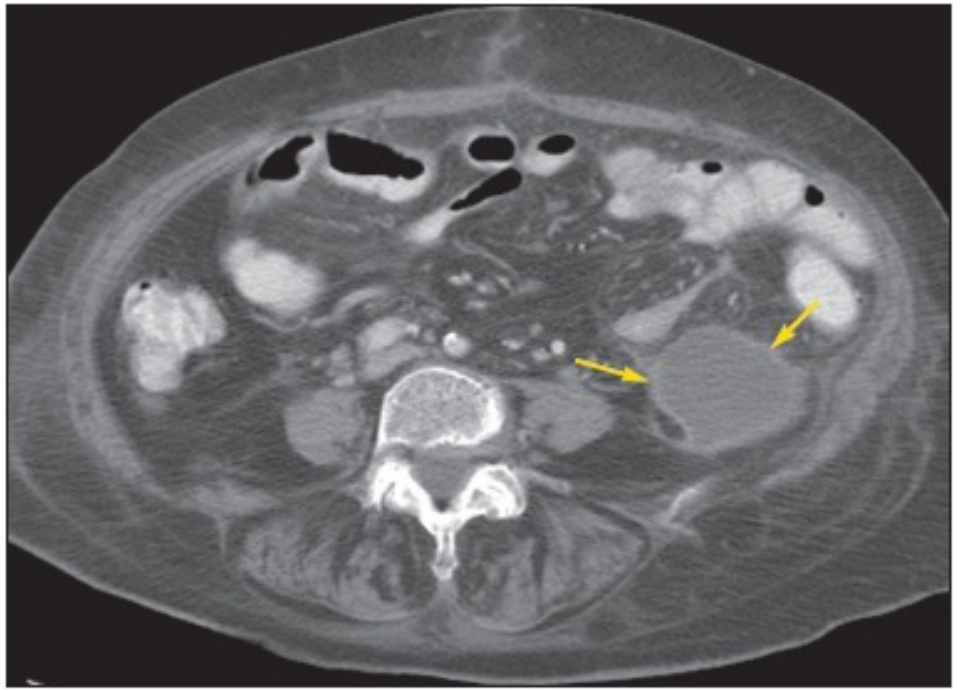
Définition:

- accumulation de liquide inflammatoire
- composée de microorganismes et de cellules
- au sein de la cavité péritonéale
- limitée par une pseudo capsule formée par la réponse immunitaire de l'hôte
- dans un contexte post opératoire

Ce dont on ne parle pas:
- coulées de nécrose pancréatique
- abcès parenchymateux (splénique ou hépatique)
- hématome surinfecté

Collections intra-abdominales post opératoires

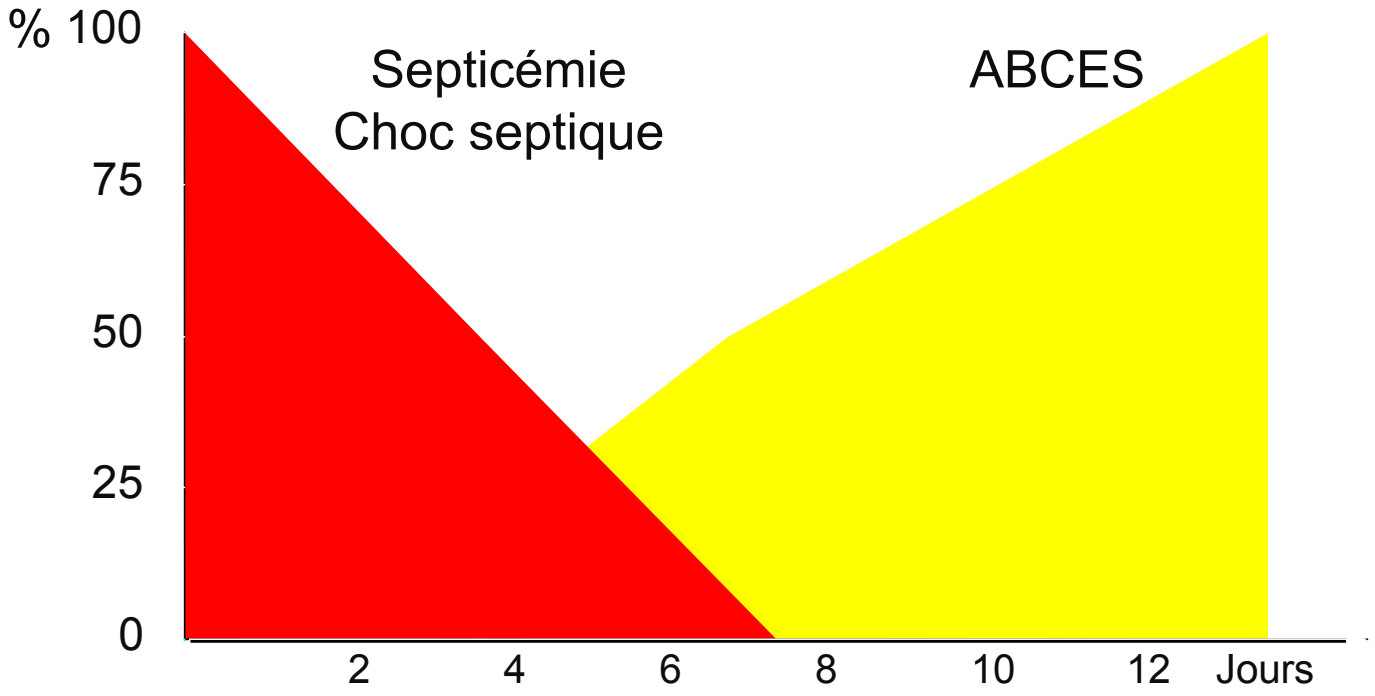
Collection infectée sous diaphragmatique gauche post splénectomie



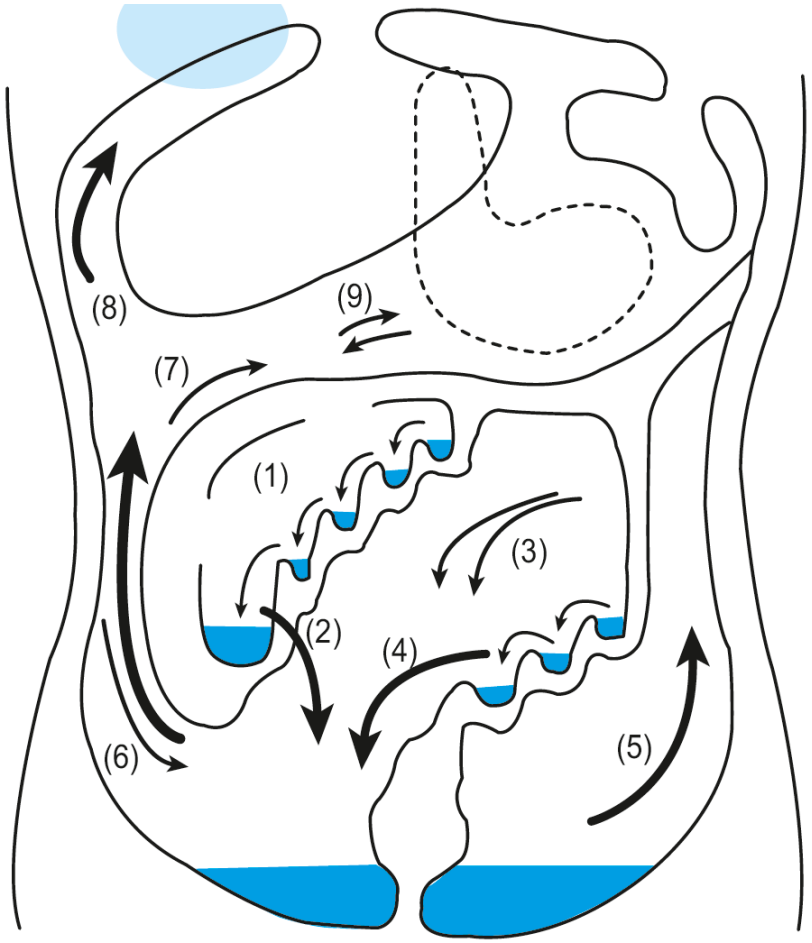
Collection infectée de la gouttière para-colique gauche post colectomie

Collections intra-abdominales post opératoires

Histoire naturelle des péritonites

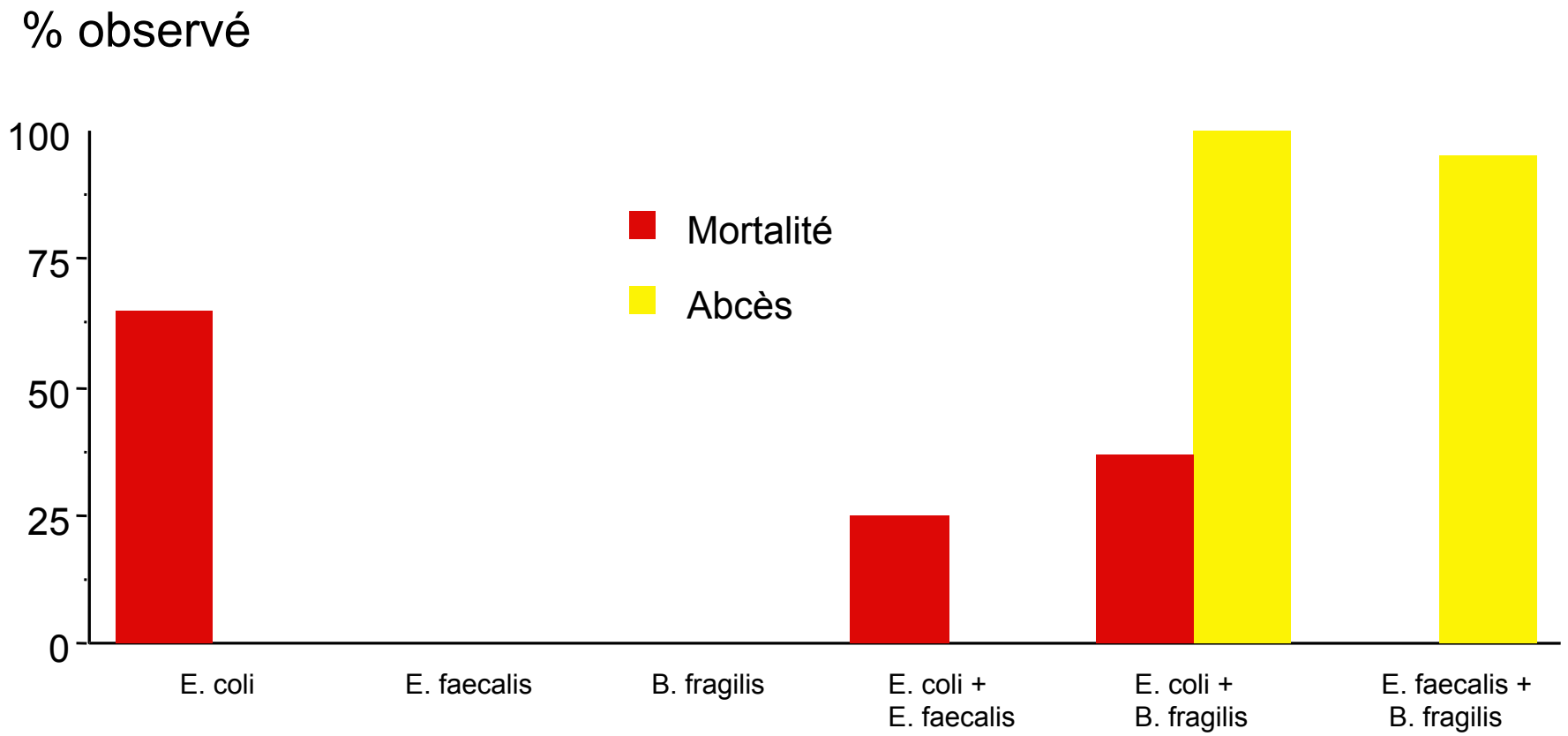


Onderdonk et al. Infect Immun;1974;10:1256



Pr Montravers

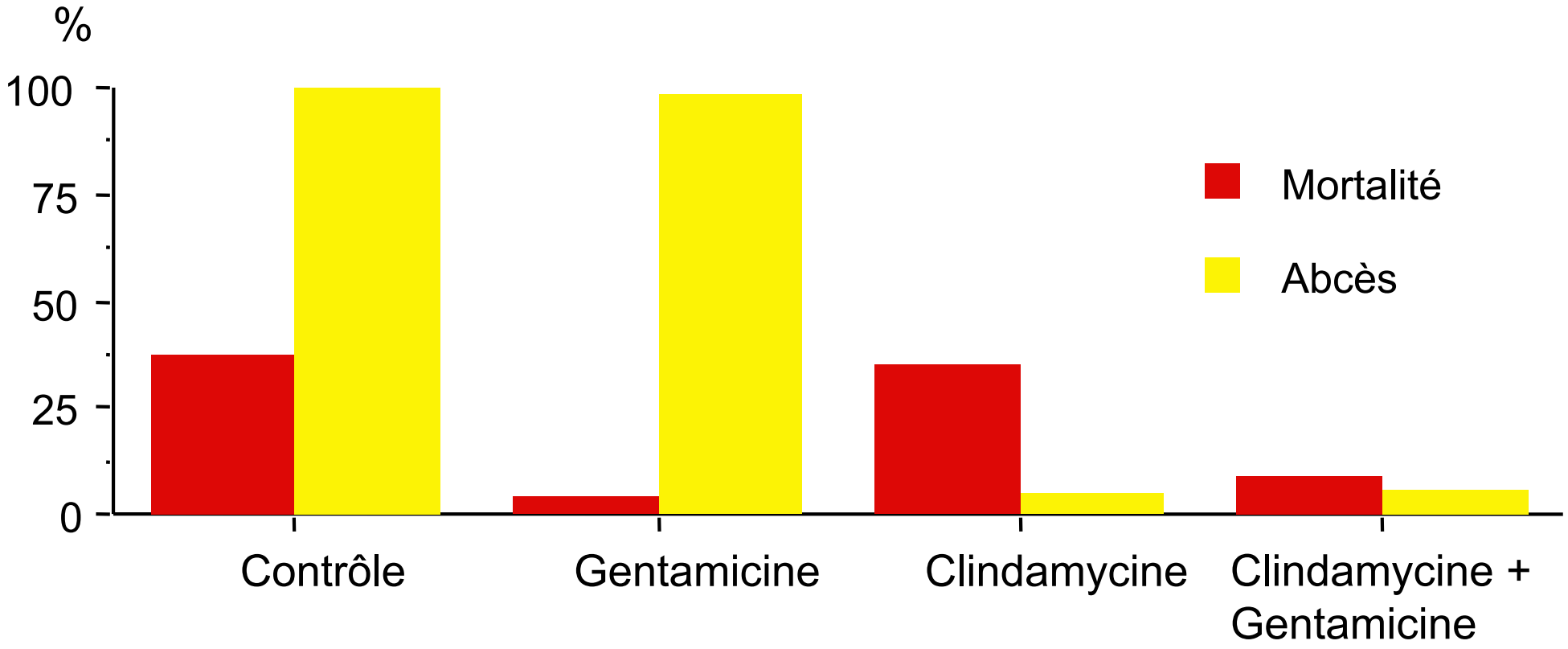
Collections intra-abdominales post opératoires



Pronostic des rats avec péritonites infectées par injection intra-péritonéale en fonction de différents pathogènes inoculés

Onderdonk Infect Immun 1976

Collections intra-abdominales post opératoires



Pronostic des rats avec péritonites infectées par injection intra-péritonéale en fonction de différents régimes antibiotiques administrés

Weinstein JID 1975

Collections intra-abdominales post opératoires

- **Fréquent:**
  - 9% des patients dans les suites d'une chirurgie hépato-biliaire
  - 6% des patients dans les suites d'une chirurgie colorectale
  - 2.4% des patients dans les suites d'une chirurgie bariatrique
  - Survenue dans les 5-7 jours post opératoires

- **Grave:**
  - occlusion intestinale
  - fistulisation
  - sepsis
  - décès (jusqu'à 21% !)

- **Prise en charge:**
  - 1- Réduction de l'inoculum infectant (="Source control")
  - 2- Antibiothérapie

Mehta et al. StatPearls 2025
Aurora et al. Surg Endosc 2012
Malangoni et al. Am J Surg 1990

1- « Source control »

A partir de quelle taille?

Dès 30-40 mm

Données rétrospectives des abcès diverticulaires: cohorte rétrospective finlandaise 241 patients

Table 1 Basic characteristics and outcomes for patients grouped by the diameter of the largest abscess

	< 20 mm (*n* = 25)	20–39 mm (*n* = 82)	40–59 mm (*n* = 71)	60–79 mm (*n* = 35)	≥ 80 mm (*n* = 28)	*p* value
Charlson Comorbidity Index, median (IQR)	2 (1–3)	2 (1–3)	2 (1–4)	3 (1–5)	3 (1–5)	0.02[b]
Glucocorticoid medication	1 (4%)	5 (6%)	10 (14%)	7 (20%)	5 (18%)	0.01[c]
Pelvic abscess	2 (8%)	9 (11%)	28 (39%)	21 (60%)	18 (64%)	< 0.001[c]
Outcomes						
Antibiotics only as first-line treatment	25 (100%)	75 (91%)	53 (75%)	16 (46%)	10 (36%)	< 0.001[c]
Antibiotics only successful	24 (96%)	68 (91%), *n* = 75	43 (81%), *n* = 53	12 (75%), *n* = 16	3 (30%), *n* = 10	< 0.001[c]

Siewert et al. AJR 2006
Brandt et al. Dis Colon Rectum 2006
Mali et al. World Journal of Emergency Surgery 2019

1- « Source control »

A partir de quelle taille?

Dès 30-40 mm

Données rétrospectives des abcès diverticulaires: cohorte rétrospective allemande 105 patients traités médicalement

Table 3 Uni-and multivariate analyses of predictive risk factors of medical therapy failure/urgent-emergency surgery

	Failed medical therapy/ urgent-emergency surgery ($n=18$)	No failed medical therapy/ urgent-emergency surgery ($n=87$)	p value	Odds ratio (95% CI)	p value
Variables	Univariate analysis			Multivariate analysis	
Arterial hypertension (n; %)			0.010	0.407 (0.115–1.441)	0.163
Yes	13 (72.22)	33 (37.93)			
No	5 (27.78)	54 (62.07)			
Chronic kidney disease (n; %)			0.007	0.257 (0.048–1.393)	0.115
Yes	5 (27.78)	4 (4.60)			
No	13 (72.22)	83 (95.40)			
Immunosuppression (n; %)			0.130		
Yes	5 (27.78)	10 (11.49)			
No	13 (72.22)	77 (88.51)			
CRP (mg/dl) (mean ± SD)	8.516 ± 8.385	5.927 ± 7.655	0.202		
Abscess size (n; %)			< 0.0001	**9.904 (2.778–35.309)**	**< 0.0001**
Micro <30 mm	4 (22.22)	69 (79.31)			
Macro >30 mm	14 (77.78)	18 (20.69)			

Vaghiri et al. Int. J. Colorectal Dis 2024

1- « Source control »

Comment drainer?

- **Voie percutanée, sous contrôle imagerie:**

Efficacité: 76-85%

FDR d'échec:

- Caractéristiques morphologiques de l'abcès:
  - multi-loculé
  - mal délimité
  - fistule visualisée
  - contenant des matières fécales ou semi-solides (hématome) (>20UH)
- Présence d'une "collection résiduelle » post drainage
- Drainage précoce (<7 jrs) post opératoire

Commander et al. J Vasc Interv Radiol 2020
Bernini et al. Dis Colon Rectum 1997
Bouali et al. J Belge Radiol 1993

Kassi et al. Am J Surg 2013

Okita et al. Surg Today 2013

Si échec: intérêt de répéter la procédure

Gervais et al. AJR Am J Roentgenol 2004
Gee et al. AJR Am J Roentgenol 2010

- **Voie endoscopique:**

Efficacité: 85-93%

FDR d'échec:

- Caractéristiques morphologiques de l'abcès:
  - fistule visualisée
- Difficulté technique d'abord

Donatelli et al. Surg Endosc 2018
Donatelli et al. Surg Obes Relat Dis 2021
Holt et al. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2015

1- « Source control »

Prudence en cas de drainage percutané d'une collection située en hypochondre gauche?

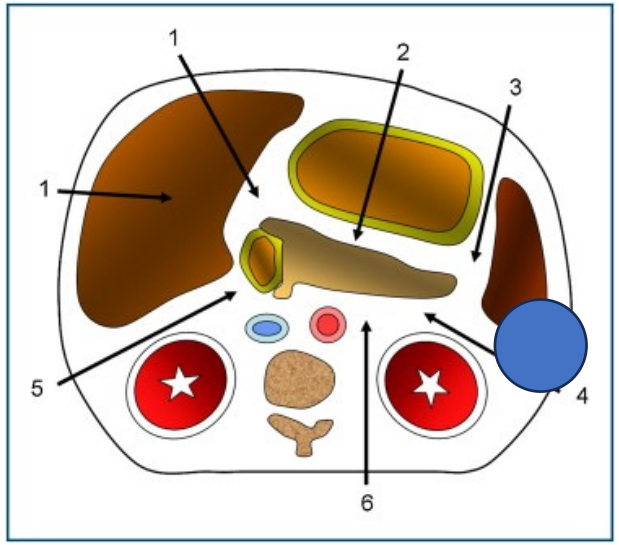


Table 1. Percutaneous abscess drainage (PAD) rate according to operated organs

Operations	n	PAD (n)	%
Esophagus	491	9	1.8
Gastric/duodenum	712	21	2.9
Hepatobiliary/pancreas	581	52	8.9
Colorectal	1151	67	5.8
Other	411	25	6.1
Total	3346	174	5.2

Localization	n	Successful PAD n (%)	Unsuccessful PAD n (%)
Right upper quadrant	48	44 (92)	4 (8)
Right lower quadrant	15	14 (93)	1 (7)
Left upper quadrant	44	32 (73)	12 (27)
Left lower quadrant	22	19 (86)	3 (14)
Retroperitoneal cavity/pelvis	45	40 (89)	5 (11)
Total	174	149 (86)	25 (14)

PAD = percutaneous abscess drainage.

Robert Journal of Visc Surg 2013
Theisen J Gastrointest Surg 2005

1- « Source control »

➢ Reprise chirurgicale

Associé à:

- + de morbidité
- + de mortalité

Indications restantes:

- Irritation péritonéale
- Hémorragie active
- Collections mal limitées
- Localisations difficiles
- "Abcès complexes"

Differences in Morbidity and Mortality with Percutaneous versus Open Surgical Drainage of Postoperative Intra-abdominal Infections: A Review of 686 Cases

AMANI D. POLITANO, M.D., **TJASA HRANJEC, M.D., M.S.**, **LAURA H. ROSENBERGER, M.D.**, **ROBERT G. SAWYER, M.D.**, and **CARLOS A. TACHE LEON, M.D.**
Department of Surgery, University of Virginia Health System, Charlottesville, Virginia

OR ajusté sur la gravité clinique initiale: 2.038 [1.133-3.668]

Politano et al. Am Surg 2012

Weiss et al. J Am Coll Radiol 2020
Parc et al. Dis Colon Rectum 2000

2- Antibiothérapie

Ecologie bactérienne des collections intra-abdominales :

Distribution of the 428 isolated pathogens (with available antibiotic susceptibility) according to community-acquired or healthcare-associated infections.

Isolated germs	*N* = 428 (%)	Community-acquired infections *N* = 176 (41.1) *n* (%)	Healthcare-associated infections *N* = 252 (58.9) *n* (%)	*P* value
Gram-negative	**192 (46.6)**	**80 (41.7)**	**112 (58.3)**	**0.001**
Enterobacterales	172 (89.6)	75 (43.6)	97 (56.4)	0.02
Escherichia coli	100 (58.1)	46 (46.0)	54 (54.0)	0.26
Proteus sp.	16 (9.3)	5 (31.3)	11 (68.7)	0.03
Enterobacterales[*]	27 (15.7)	9 (33.3)	18 (66.7)	0.01
Enterobacterales[**]	29 (16.9)	15 (51.7)	14 (48.3)	0.79
P. aeruginosa	18 (9.4)	5 (27.8)	13 (72.2)	0.008
A. baumanii	2 (1.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0.32
Gram-positive	**154 (37.4)**	**59 (38.3)**	**95 (61.7)**	**<0.001**
Staphylococcus aureus	11 (7.1)	2 (18.2)	9 (81.8)	0.01
Streptococcus sp.	59 (38.8)	27 (45.8)	32 (54.2)	0.36
Enterococcus sp.	84 (54.5)	30 (35.7)	54 (64.3)	<0.001
E. faecalis	33 (39.3)	10 (30.3)	23 (69.7)	0.001
E. faecium	25 (29.8)	8 (32.0)	17 (68.0)	0.01
Others	26 (31.0)	14 (53.8)	12 (46.2)	0.58
Anaerobes	**66 (16.0)**	**30 (54.5)**	**36 (63.6)**	**0.3**
***Candida* sp.**	**16 (0.2)**	**7 (43.7)**	**9 (56.2)**	**0.48**

[*] **Enterobacterales** with low-level chromosomic penicillinase (*Klebsiella pneumoniae, Citrobacter koseri*…).

[**] **Enterobacterales** with low-level chromosomic cephalosporinase (*Enterobacter cloacae*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter freundii*, *Morganella morganii*…).

Méchai et al. ID Now 2023

2- Antibiothérapie

PK/PD des anti-infectieux dans les collections intra-abdominales:

Favorable:

Tazocilline +++

Méropénème

Céfépime

Métronidazole

Fluconazole

Moins favorable:

Ertapénème

Imipénème

Vancomycine

Ciprofloxacine

Echinocandines

Costa et al. AAC 2024

Zimmerman et al. Am. J. Surg. 2011

2- Antibiothérapie

PK/PD des anti-infectieux dans les collections intra-abdominales:

TABLE 2 Antimicrobial drug concentrations in intra-abdominal abscesses and plasma samples[k]

Antimicrobial drug	Abscess volume [cm^3][a]	Day of therapy [d][a,b]	Time from last dose [h][a,b]	C_{IAA} [µg/mL][a]	C_{plasma} [µg/mL][a]	C_{trough} [µg/mL][a]	Ratio C_{IAA}/C_{plasma}[a]	Target achievement[c,d]	Attributable failure[c,e]
Piperacillin/tazobactam[f,g] (*n* = 20)	125 (12.7–2175)	9 (3–23)	4.8 (1.5–9.25)	21.6 (0–247.4) 3.4 (0.5–14.0)	8.3 (0.6–206) 1.4 (0.2–28.5)	7.5 (0.6–70.4) 0.9 (0.2–9.0)	2.06 (0–44.2) 2.39 (0.07–26)	15[h] (75)	1 (5)
Meropenem (*n* = 5)	217.7 (27.2–427.8)	7 (2–20)	7.8 (6.25–8.75)	2.9 (0.3–5.7)	7.5 (0.2–20.3)	6.6 (0.5–8)	0.49 (0.04–14.5)	4 (80)	0 (0)
Imipenem/cilastatin[i] (*n* = 8)	73.5 (22–377.8)	10.5 (2–23)	5.9 (2.75–7.5)	0.1 (0–0.12) 3.81 (0–19.1)	5.1 (0.9–22.1) 4.95 (1–33.2)	4.7 (0.9–22.1) 6.2 (2.1–33.2)	0.02 (0–0.04) 0.68 (0–1.98)	0[j] (0)	2 (25)
Ertapenem (*n* = 3)	274.2 (11.1–348.5)	28 (10–77)	17.5 (17–22)	0.3 (0.1–0.3)	0.8 (0.1–5.7)	0.8 (0.1–3.7)	0.38 (0.05–1)	0 (0)	1 (33)
Fluconazole (*n* = 6)	208.8 (82.2–2175)	6 (2–63)	17.4 (2.5–24)	12.7 (5–24.5)	18.1 (5.7–27.1)	15.2 (5.7–27.1)	0.85 (0.54–1.1)	6 (100)	0 (0)
Caspofungin (*n* = 9)	245.6 (25.1–826.9)	11 (2–21)	13.5 (1.5–23.75)	0.3 (0–1.6)	2.4 (1.2–3.6)	1.8 (1.2–2.9)	0.11 (0–0.75)	5 (56)	2 (22)
Anidulafungin (*n* = 3)	182.3 (11.1–293.2)	5 (5–18)	16 (12–22)	0 (0–0.2)	2.7 (2.4–3.3)	2.7 (1.5–3.3)	0 (0–0.07)	0 (0)	0 (0)

[a]Results are median (range).
[b]At time of drainage procedure.
[c]Results are total number of cases (percentage).
[d]Target achievement defined as C_{IAA} ≥ clinical breakpoints (CBP) using the CLSI CBPs for Enterobacterales (piperacillin 8 µg/mL, meropenem 1 µg/mL, imipenem 1 µg/mL, ertapenem 0.5 µg/mL) and *Candida albicans* (fluconazole 2 µg/mL, caspofungin 0.25 µg/mL, anidulafungin 0.25 µg/mL) (19, 20).
[e]Attributable failure was defined as lack of target achievement (insufficient C_{IAA}) and recovery of a microorganism that was susceptible to the ongoing antimicrobial therapy in a subsequent drainage intervention.
[f]Tazobactam measurements were performed for 17 samples.
[g]Results are displayed for both the piperacillin component (upper row) and the tazobactam component (lower row).
[h]The target achievement was based on concentration of the active component piperacillin.
[i]Results are displayed for both the imipenem component (upper row) and the cilastatin component (lower row).
[j]The target achievement was based on concentration of the active component imipenem.
[k]CIAA, concentration in intra-abdominal abscess; Cplasma, concentration in concomitant plasma sample; Ctrough, trough concentration measured before the next dose.

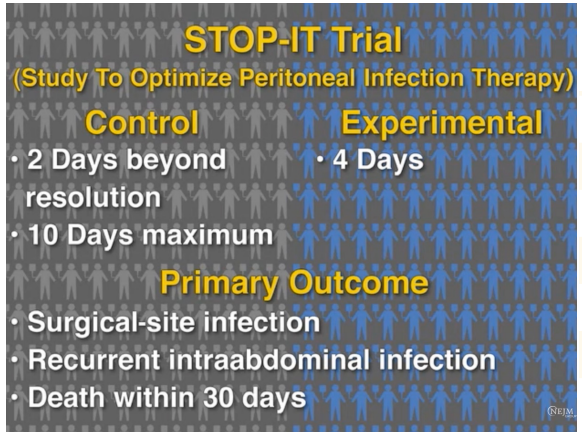
Costa et al. AAC 2024

2- Antibiothérapie

Combien de temps d'antibiotique post "source control":

- 0 jours? Peut être pas…
- 4 jours?

Benoist et al. Am J Surg 2002



Variable	Control Group (N=260)	Experimental Group (N=258)
Source-control procedure — no. (%)		
Percutaneous drainage	86 (33.1)	86 (33.3)
Resection and anastomosis or closure	69 (26.5)	64 (24.8)
Surgical drainage only	55 (21.2)	54 (20.9)
Resection and proximal diversion	27 (10.4)	37 (14.3)
Simple closure	20 (7.7)	12 (4.7)
Surgical drainage and diversion	3 (1.2)	4 (1.6)

Variable	Control Group (N=260)	Experimental Group (N=257)	P Valu
Primary outcome: surgical-site infection, recurrent intraabdominal infection, or death — no. (%)	58 (22.3)	56 (21.8)	0.92
Surgical-site infection	23 (8.8)	17 (6.6)	0.43
Recurrent intraabdominal infection	36 (13.8)	40 (15.6)	0.67
Death	2 (0.8)	3 (1.2)	0.99
Duration of outcome — days			
Antimicrobial therapy for index infection			<0.001
Median	8	4	

Sawyer et al. NEJM 2015

- 7 jours?

IDSA GUIDELINES

Duration of Therapy for Complicated Intra-abdominal Infections in Adults

76. Antimicrobial therapy of established infection should be limited to 4–7 days, unless it is difficult to achieve adequate source control. Longer durations of therapy have not been associated with improved outcome (B-III).

REVIEW

Intra-abdominal infections survival guide: a position statement by the Global Alliance For Infections In Surgery

Statement 8

In patients with cIAIs undergoing adequate source control, 4 days of fixed-duration antibiotic therapy is sufficient. In the setting of complicated acute appendicitis, the duration of antibiotic therapy may be shortened further in selected patients (High-quality evidence, Strong recommendation).

2- Antibiothérapie

Combien de temps d'antibiotique post "source control":

- 0 jours? Peut être pas…
- 4 jours?

Benoist et al. Am J Surg 2002

STOP-IT Trial
(Study To Optimize Peritoneal Infection Therapy)

Control
- 2 Days beyond resolution
- 10 Days maximum

Experimental
- 4 Days

Primary Outcome
- Surgical-site infection
- Recurrent intraabdominal infection
- Death within 30 days

Variable	Co… Gr… (N =
Source-control procedure — no. (%)	
Percutaneous drainage	
Resection and anastomosis or closure	69 (2
Surgical drainage only	55 (2
Resection and proximal diversion	27 (1
Simple closure	20 (7
Surgical drainage and diversion	3 (1

	Control Group (n = 86)	Experimental Group (n = 86)	*p*
Primary outcomes			
Recurrent intra-abdominal infection	14 (16.3)	14 (16.3)	1.000
Death	0 (0)	0 (0)	—
Time to event, no. days after index source control procedure			
Diagnosis of recurrent intra-abdominal infection, mean (SD)	18.1 (8.0)	11.4 (5.6)	0.018
Death	—	—	—
Secondary outcome			
Recurrent intra-abdominal infection with resistant pathogen	5 (5.8)	2 (2.3)	0.443
Any extra-abdominal infection	6 (7.0)	6 (7.0)	1.000

Rattan et al. J Trauma Acute Care Surg 2016
Sawyer et al. NEJM 2015

- 7 jours?

IDSA GUIDELINES

Duration of Therapy for Complicated Intra-abdominal Infections in Adults

76. Antimicrobial therapy of established infection should be limited to 4–7 days, unless it is difficult to achieve adequate source control. Longer durations of therapy have not been associated with improved outcome (B-III).

REVIEW

Intra-abdominal infections survival guide: a position statement by the Global Alliance For Infections In Surgery

Statement 8

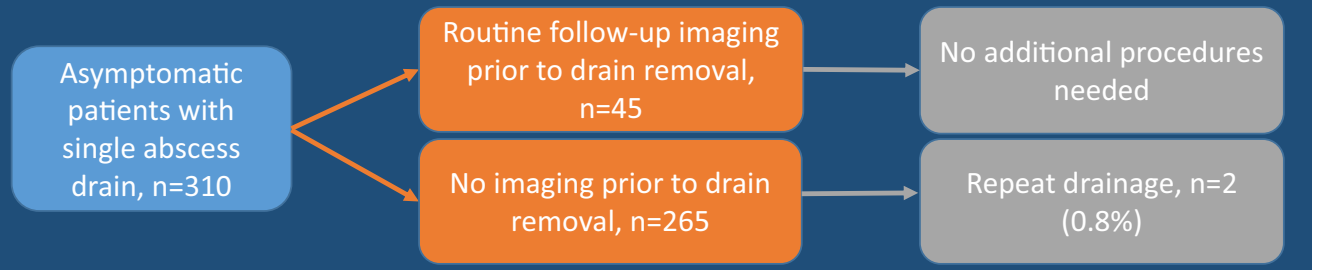
In patients with cIAIs undergoing adequate source control, 4 days of fixed-duration antibiotic therapy is sufficient. In the setting of complicated acute appendicitis, the duration of antibiotic therapy may be shortened further in selected patients (High-quality evidence, Strong recommendation).

Intérêt d'une TDM de contrôle?

No routine imaging necessary prior to removal of CT-guided percutaneously placed drains for intra-abdominal and pelvic abscess

Protocol: remove drain without imaging if

- patient is clinically well
- and drain output is <10cc/day for 2 days



Olga R Brook et al; 2022

Abdominal Radiology
The Official Journal of the Society of Abdominal Radiology www.abdominalradiology.org

Sari et al. AJR Am J Roentgenol 2022

Table 4 – Hierarchical multivariable regression analysis of predictors for abscess recurrence.

	Adjusted odds ratio* (95% CIs)	*P* value
Propensity score†	2.54 (0.52-8.23)	0.342
Imaging (CT, US, or sinogram)	0.34 (0.13-0.70)	0.006
Postoperative (*versus* spontaneous)	2.49 (0.74-6.51)	0.174
Cancer (*versus* benign disease)	0.86 (0.32-1.88)	0.568
Drain duration/7 d	1.03 (0.99-1.07)	0.091
Imaging subgroup analysis‡	**Adjusted odds ratio* (95% CIs)**	**P value**
Sinogram	0.14 (0.02-0.39)	0.002
US	0.22 (0.02-0.76)	0.044
CT	0.66 (0.20-1.54)	0.28

Springer et al. J Surg Res 2018

Vers une harmonisation des pratiques?

<u>Enquête de pratique:</u>

- Nationale
- Pluridisciplinaire
- Sur la période juin 2023 – octobre 2023

1) Questions générales
2) Cas cliniques

275 participants

GRIF
Groupe des Référents en antibiothérapie d'Ile-de-France

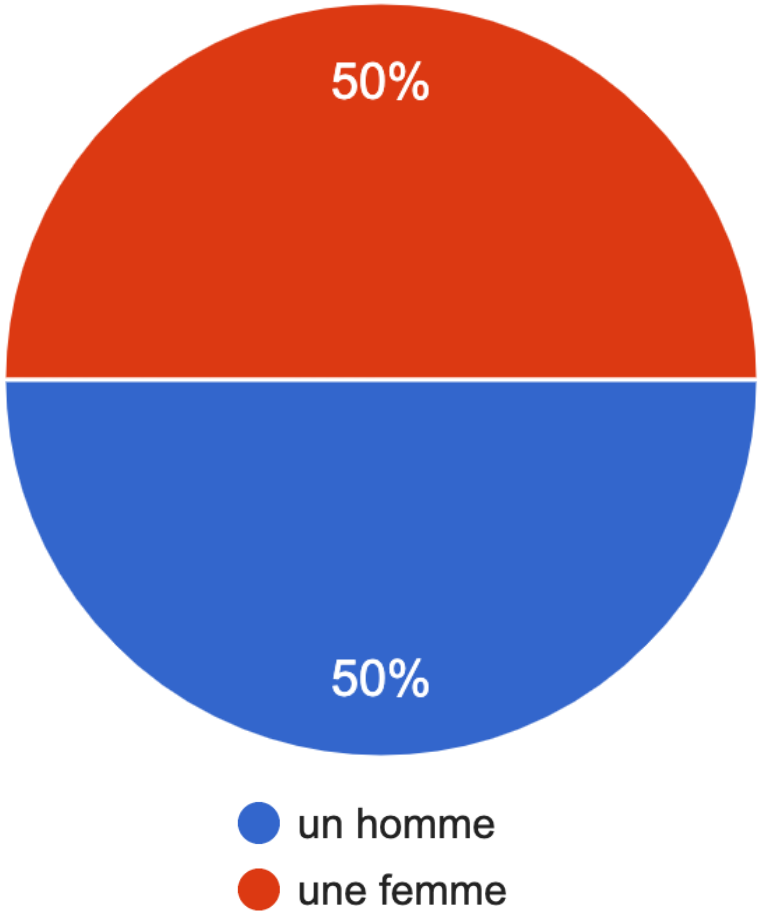
SOCIETE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANCAISE
spilf

SFAR

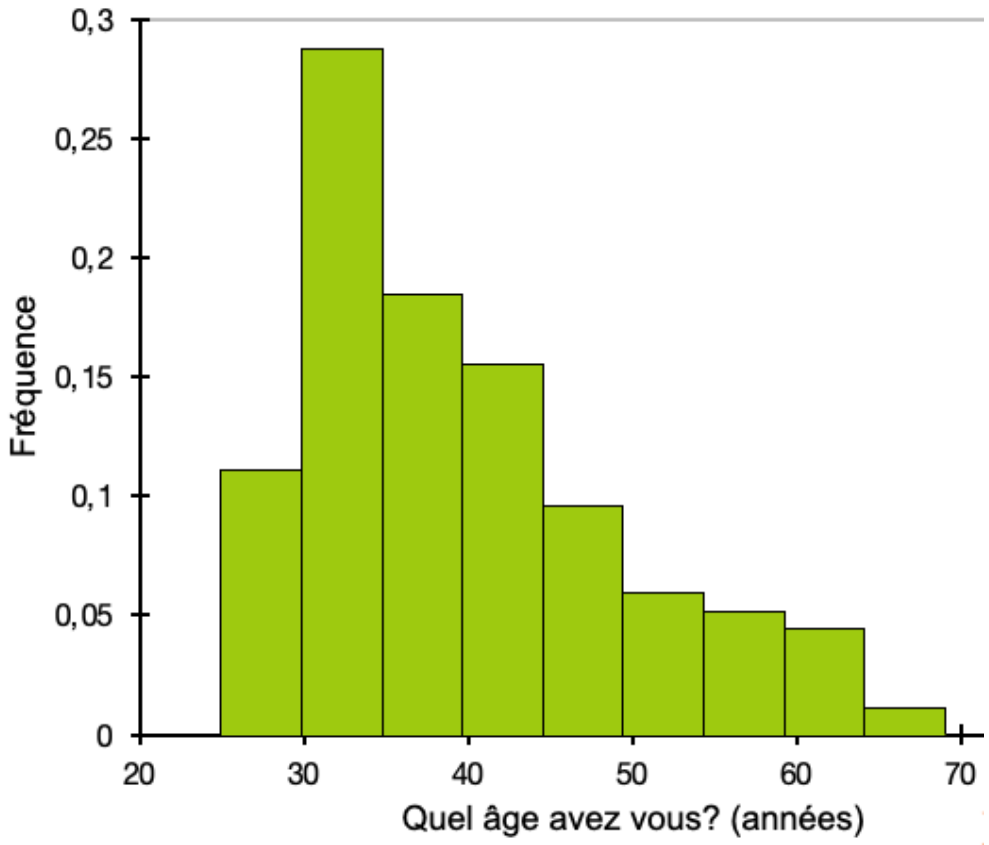
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Caractéristiques des participants

Vous êtes?

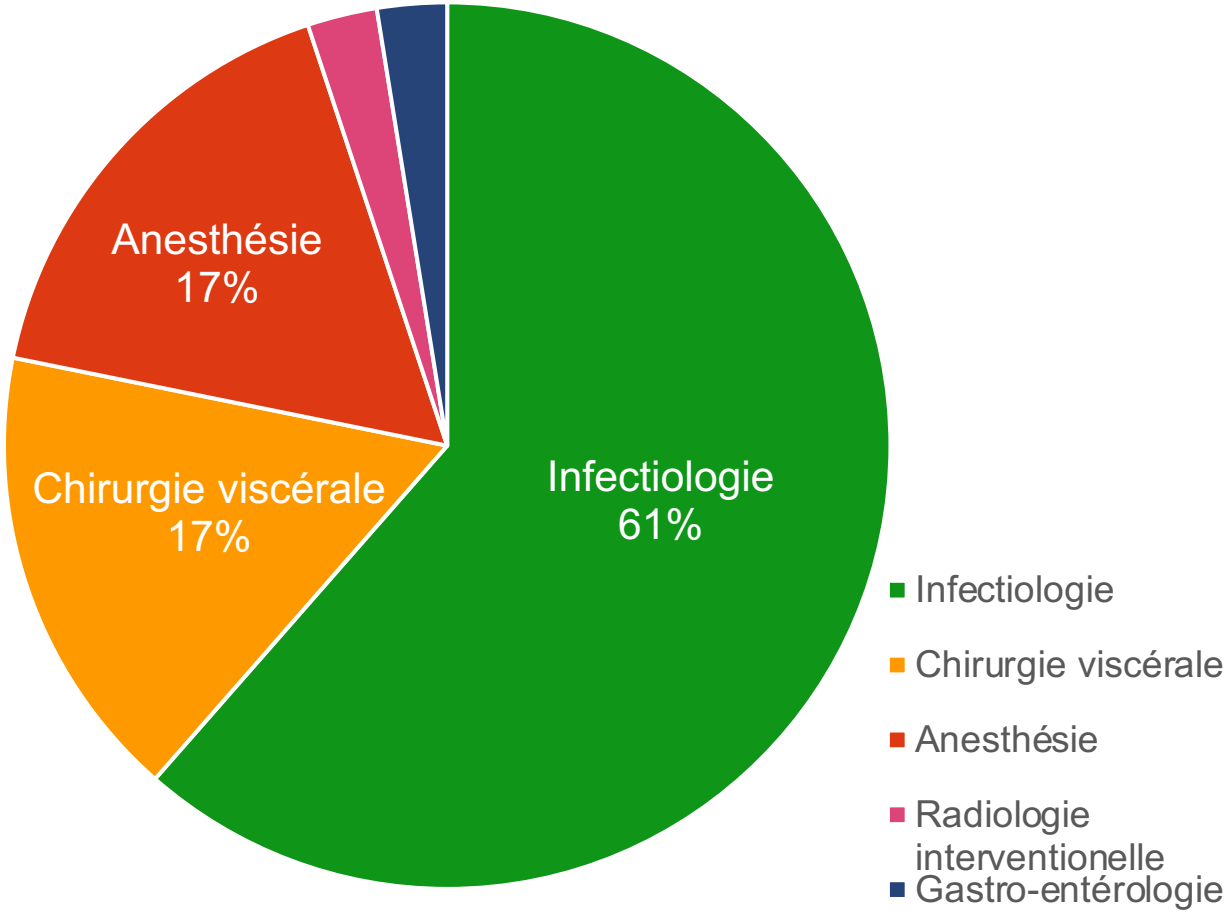


Quel est votre âge?

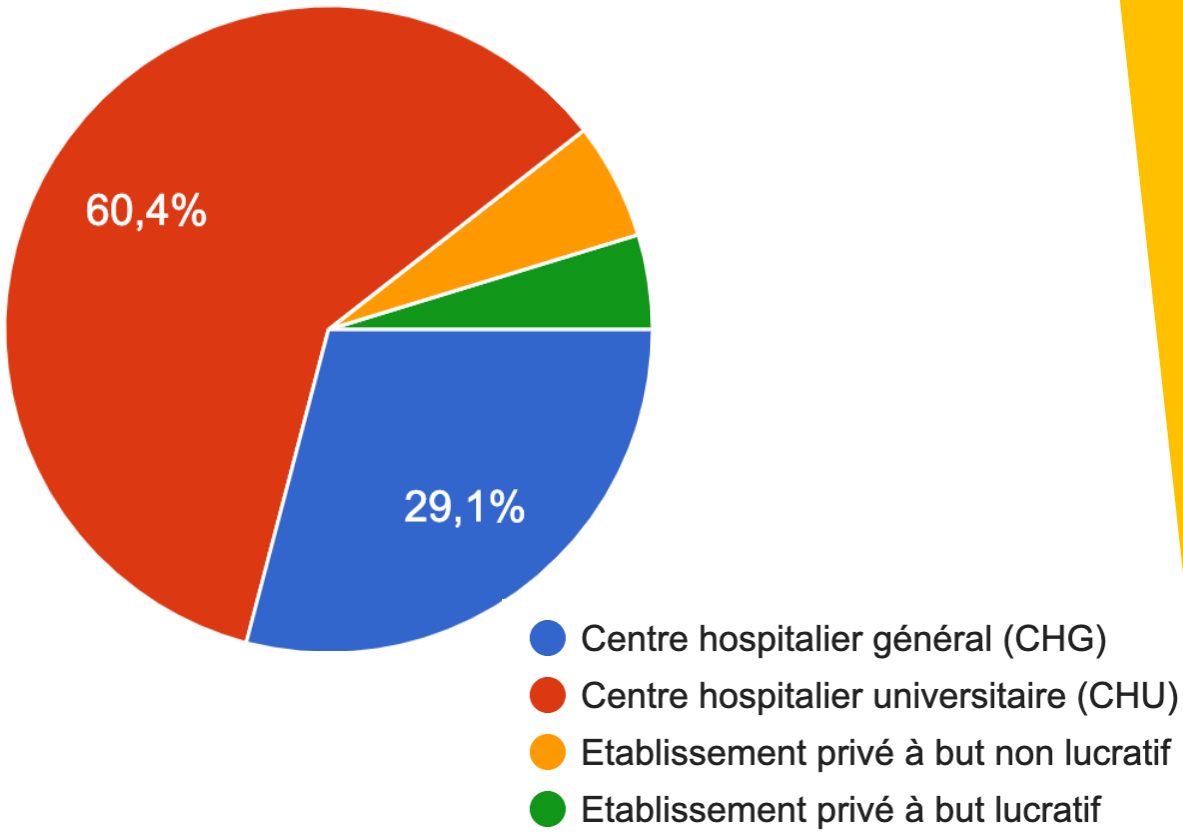


Age médian: 37 ans

Caractéristiques des participants

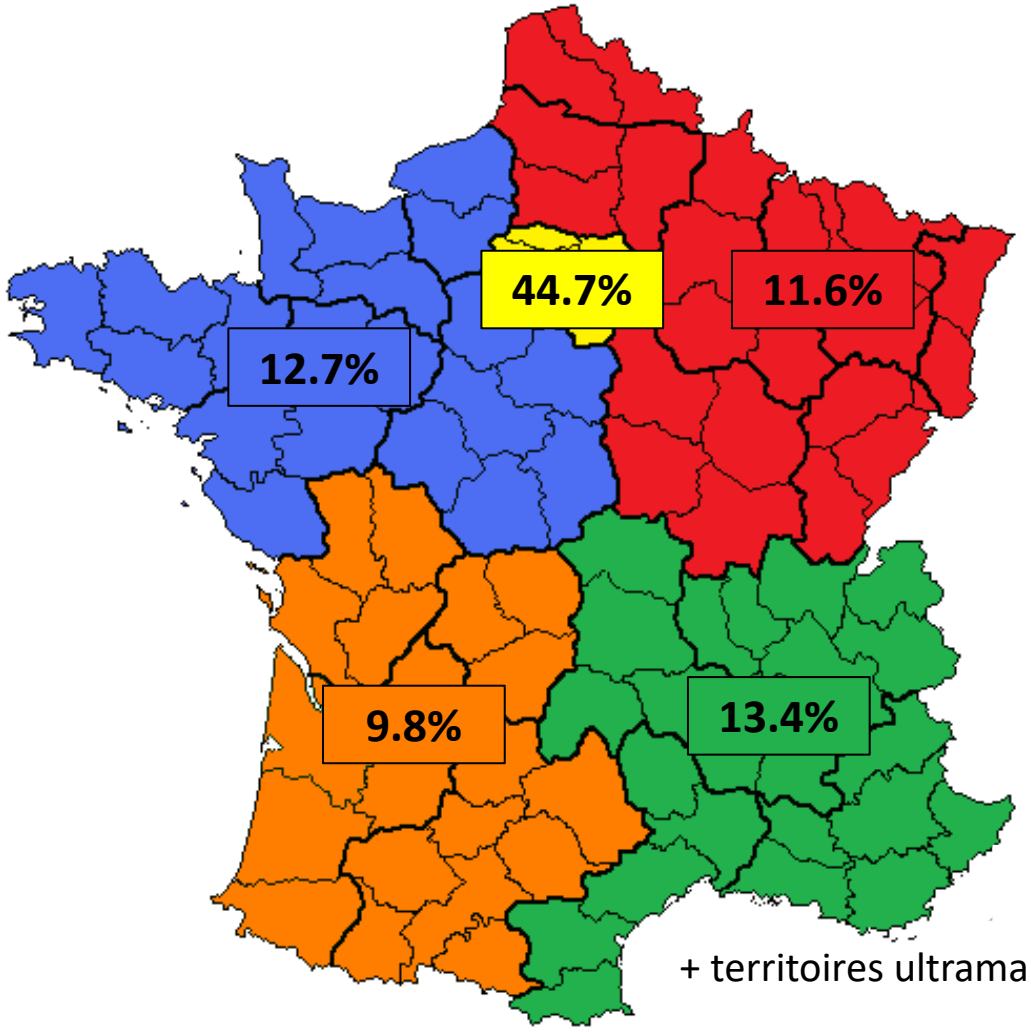


Spécialité d'exercice des participants



Etablissement d'exercice des participants

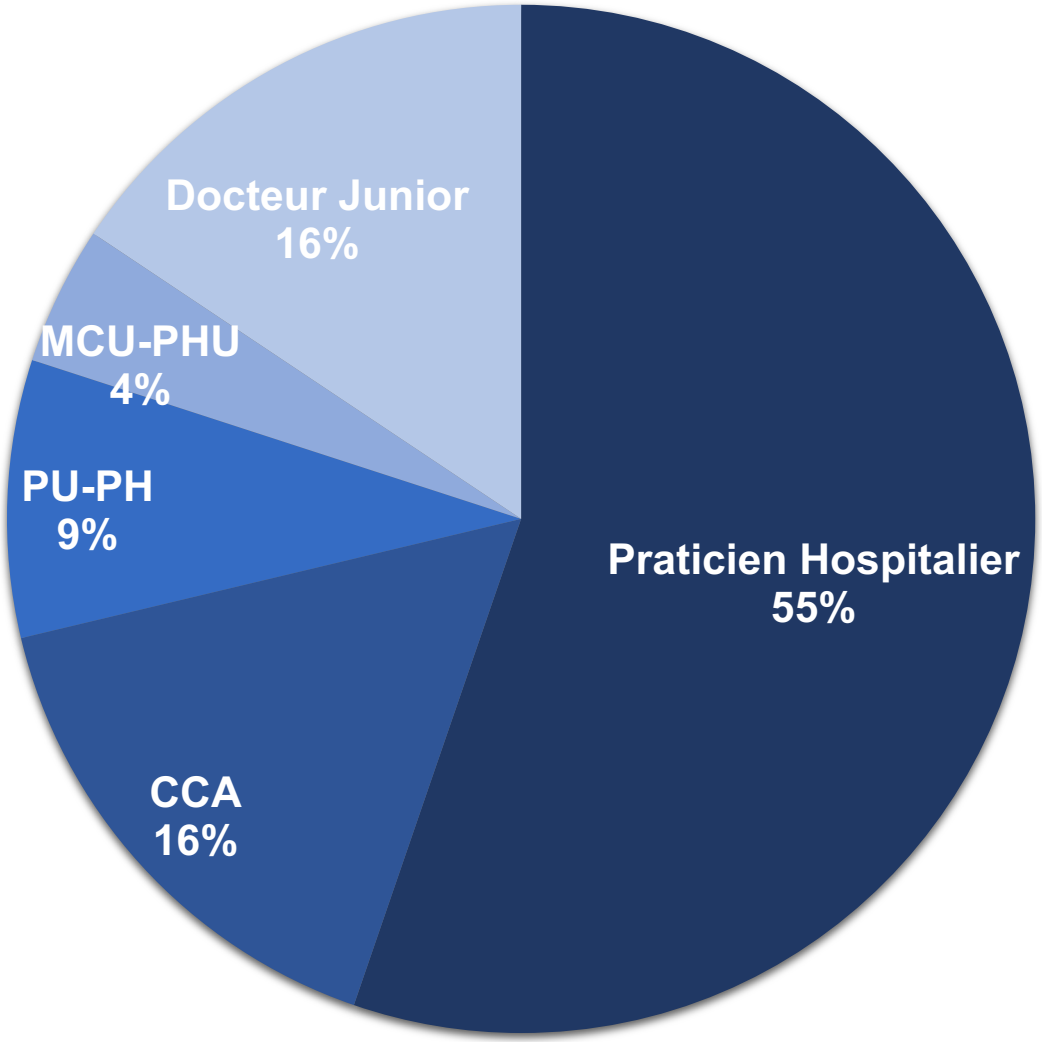
Caractéristiques des participants



+ territoires ultramarins: 4.7%

Répartition géographique des participants

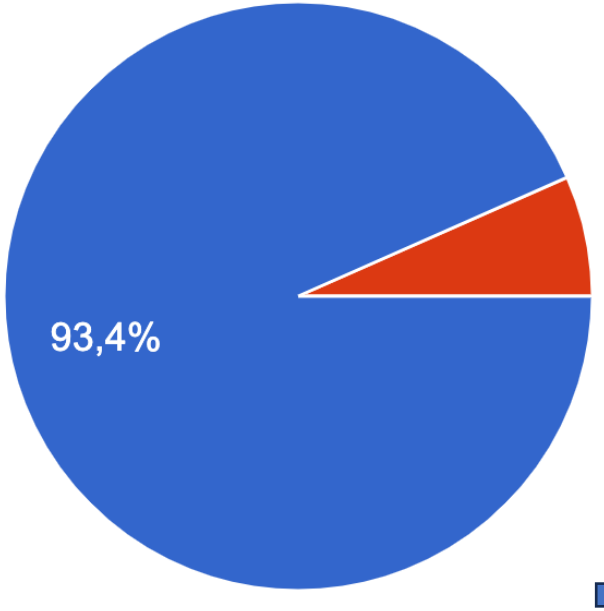
Caractéristiques des participants



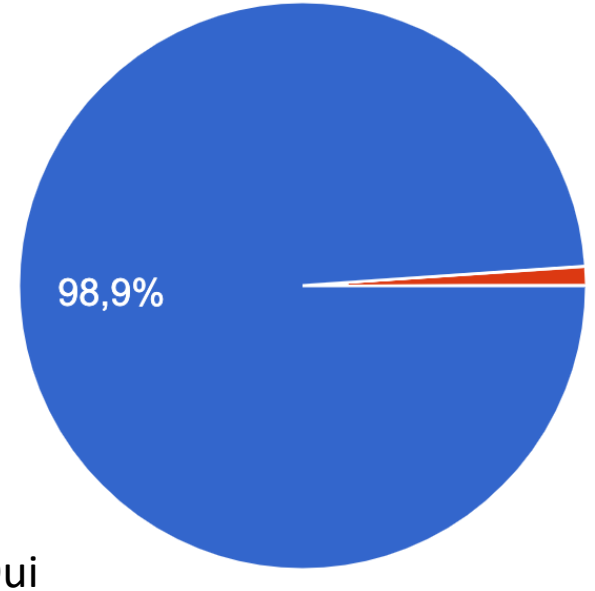
Fonction des participants

Participants prenant en charge
> 1 collection par mois: 177/275 (64.4%)

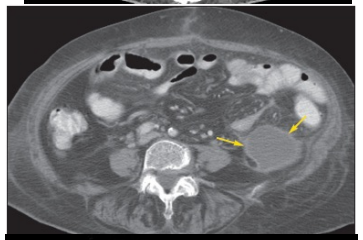
Avez-vous accès à un plateau de radiologie interventionnelle sur site?



Avez-vous accès à un plateau de chirurgie viscérale sur site?



Oui
Non

	Proportion de participants ayant retenu une indication formelle à un drainage	Durée d'ATB proposée après drainage radiologique (jours) Médiane (min-max)	Durée d'ATB proposée après drainage chirurgical (jours) Médiane (min-max)	Durée d'ATB proposée en l'absence de possibilité de drainage (jours) Médiane (min-max)
 **Vignette n° 1** - Taille (grand axe): 20 mm - Paroi: fine - Aspect: uniloculée - Localisation: profonde	4,3% (12/275)	7 (0-28)	6 (0-21)	14 (5-42)
 **Vignette n° 2** - Taille (grand axe): 30 mm - Paroi: fine - Aspect: uniloculée - Localisation: superficielle	31,2% (86/275)	7 (0-28)	7 (0-21)	14 (5-54)
 **Vignette n°3** - Taille (grand axe): 44 mm - Paroi: fine - Aspect: uniloculée - Localisation: profonde	71,2% (196/275)	7 (2-28)	7 (2-48)	21 (4-51)
 **Vignette n° 4** - Taille (grand axe): 60 mm - Paroi: fine - Aspect: uniloculée - Localisation: superficielle	85,8% (236/275)	7 (3-28)	7 (1-28)	21 (4-45)
 **Vignette n°5** - Taille (grand axe): 80 mm - Paroi: épaisse - Aspect: multiloculée - Localisation: superficielle	96,0% (264/275)	10 (2-42)	7 (2-35)	21 (4-90)

Intérêt d'une TDM de contrôle?

Intérêt d'une TDM réévaluation?

- En cas de collection de <4 cm (cas 1 et 2):

  OUI pour 81% des des participants

- En cas de collection de >4 cm (cas 3, 4 et 5):

  OUI pour 98% des des participants

Délai médian proposé: 14 jours

Critères de bonne évolution:

1- Diminution en taille de collection (81% des participants):

- 50% de la taille initiale pour 25% des participants

- 75% de la taille initiale pour 74% des participants

2- Diamètre de la collection résiduelle acceptable (54% des participants):

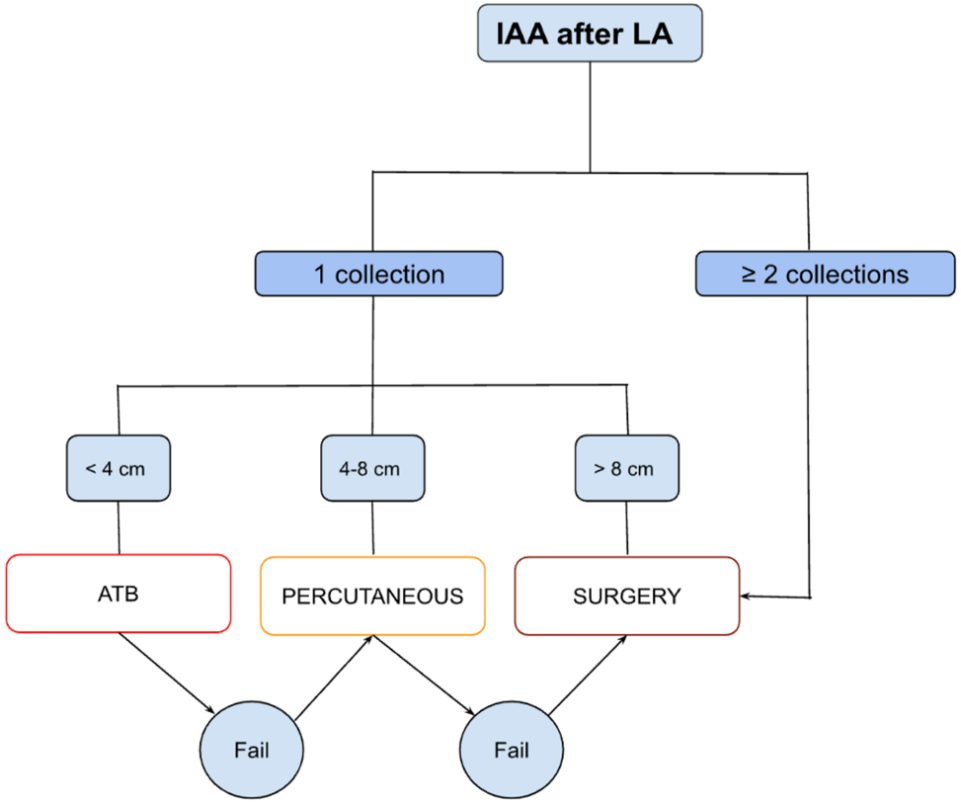
< 10 mm pour 52% des participants

<20 mm pour 42% des participants

Du nouveau….

Prospective validation of a therapeutic algorithm for postoperative intra-abdominal abscess after laparoscopic appendectomy

Jorge Nicolás Rodríguez Piñero[1] · María A. Casas[1] · Cristian A. Angeramo[2] · Juan José Baz Gallego[1] · Francisco Laxague[1] · Francisco Schlottmann[1,3]



	ATB group $n=15$	PERC group $n=22$	SURG group $n=4$	p
Therapeutic success, *n* (%)	14 (93.3)	22 (100)	4 (100)	0.41
Readmissions, *n* (%)	0	0	0	NA
Major morbidity, *n* (%)	0	0	0	NA
Mortality, n (%)	0	0	0	NA
Median of LOS, n (range)	2 (1–6)	3.5 (2–6)	6 (4–8)	**< 0.05**
Antibiotic adjustment after culture, *n* (%)	–	17 (77.2)	3 (75)	1.00
Return to daily activities, days (range)	20.3 (10–35)	22.7 (13–31)	24.2 (15–31)	0.36

LOS length of stay; *NA* Not applicable; p value < 0.05 are denoted in bold

«No statistically significant differences were observed on the mean duration of antibiotic treatment
(ATB: 10.7 days vs. PERC: 14.5 days vs. SURG: 13.2, p = 0.06) »

« Take home messages »

- Pathologies fréquentes et sévères
- **Consensus de drainage lorsque >30-40 mm (percutané+++)**
- **Durée d'antibiothérapie post drainage: courte**
  - 7 jours?
  - 4 jours?
- **En l'absence de possibilité de drainage:**
  - discuter collégialement (chirurgien, radiologue, endoscopiste)
  - 14 jours en l'absence de drainage si <40 mm ?
  - 21 jours en l'absence de drainage si >40 mm ?

- **Grande hétérogénéité des pratiques!!!**
- Les plus expérimentés prescrivent plus court
- Les rares données de qualité vont dans ce sens

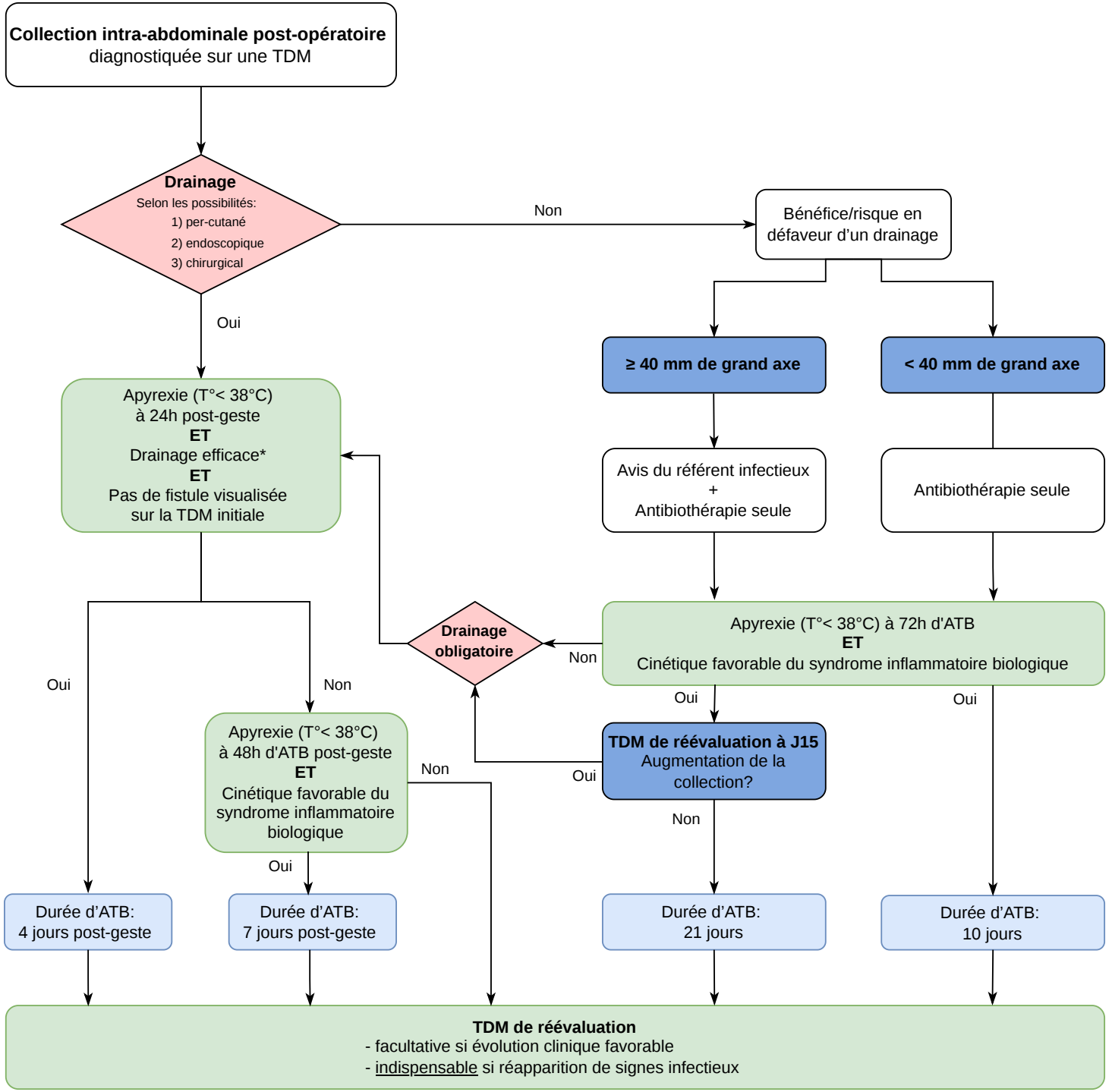
Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Infection

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jinf

Management of post operative intra-abdominal abscesses: a national French survey of current practice

Antoine Hamon
Matthieu Lafaurie
Martin Belan
Caroline Charlier
Raphaël Lepeule
Etienne Canouï


Collection intra-abdominale post-opératoire
diagnostiquée sur une TDM
Drainage
Selon les possibilités:
1) per-cutané
2) endoscopique
3) chirurgical
Non
Bénéfice/risque en défaveur d'un drainage
Oui
≥ 40 mm de grand axe
< 40 mm de grand axe
Apyrexie (T°< 38°C) à 24h post-geste ET Drainage efficace* ET Pas de fistule visualisée sur la TDM initiale
Avis du référent infectieux + Antibiothérapie seule
Antibiothérapie seule
Drainage obligatoire
Non
Apyrexie (T°< 38°C) à 72h d'ATB ET Cinétique favorable du syndrome inflammatoire biologique
Oui
Oui
Oui
Non
Apyrexie (T°< 38°C) à 48h d'ATB post-geste ET Cinétique favorable du syndrome inflammatoire biologique
Non
Oui
TDM de réévaluation à J15 Augmentation de la collection?
Oui
Non
Durée d'ATB: 4 jours post-geste
Durée d'ATB: 7 jours post-geste
Durée d'ATB: 21 jours
Durée d'ATB: 10 jours
TDM de réévaluation
- facultative si évolution clinique favorable
- indispensable si réapparition de signes infectieux

A SUIVRE…

MERCI DE VOTRE ATTENTION !