



# Recommandations Formalisées d'Experts « *Prise en charge des infections intra-abdominales* »

**Rémy Gauzit (pour le groupe de travail)**  
**Unité de réanimation thoracique**  
**CHU Cochin - Paris V**  
**Comité des référentiels de la SPILF**

# Actualisation Conférence de consensus « Péritonites communautaires SFAR 2001 »

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation ¶

Société de Réanimation de Langue Française ¶

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française ¶

Association Française de Chirurgie ¶

Société Française de Chirurgie Digestive ¶

¶

**RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERTS 2014 PERITONITES ¶**

## Groupe de travail

N = 35

- JM Constantin
- M Leone
- J Morel
- A Sibert
- A Soto
- JJ Tuech
- PF Laterre
- M Barthet
- C Brigand
- B Gallix
- S Lasocki
- G Plantefeve
- R Gauzit
- P Augustin
- A Friggeri
- C Hennequin
- Y Pean
- P Seguin
- K Asehnoune
- C Daurel
- C Jeudy
- S Irtant
- C Paugam
- JP Bru
- L Dubreuil
- G Dufour
- B Jung
- J Pottecher
- PF Perrigault
- A Hamy
- N Kermarrec
- B Misset
- L Ribeiro-Parenti
- B Veber
- T Yzet

## Chargés de bibliographie

*Th Lescot, C Tassin, A Roquilly, R Dumont, C Dahyot, Y Launay*

## Questions posées aux experts

- 1 - Comment établir le diagnostic d'une IIA?
- 2 - Comment réaliser le contrôle de la source infectieuse?
- 3 - Comment interpréter les informations apportées par la microbiologie?
- 4 - Quelles sont les particularités pédiatriques des IIA?
- 5 - Quels sont les objectifs du traitement médical des IIA?
- 6 - Comment prendre en charge les complications des IIA?

# Méthodologie

- RFE (méthodologie « inspirée » du guide HAS 2010)
- 6 questions : 6 groupes de travail (35 experts)  
6 chargés de bibliographie
- Utilisation Méthode GRADE, si possible...
- Approbation du texte final par les groupes de travail (méthode Delfi avec 2 tours de vote)
- Soumission à 1 groupe de lecture

# Méthodologie

- **Méthodologie retenue « inspirée » du guide HAS 2010 « Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) »**
- **Lourd, long, consommateur de temps...**
  - 1<sup>ère</sup> réunion des GT : Juin 2012**
  - 2<sup>ème</sup> tour de vote : janvier 2014**
- **Présentation « officielle » des recommandations : septembre 2014**

- **Très peu de recommandations « selon GRADE »**
- **Majorité des recommandations selon :**

#### **Force de la recommandation**

- A Il est fortement recommandé de faire ..
- B Il est recommandé de faire .....
- C Il est possible de faire ou de ne pas faire
- D Il est recommandé de ne pas faire
- E Il est fortement recommandé de ne pas faire

#### **Niveau de preuve**

- I. Au moins un essai randomisé de bonne qualité
- II. Au moins un essai non randomisé, ou une étude de cohorte, ou une étude cas/témoins, ou étude multicentrique, ou une série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées
- III. Opinion d'expert, résultats d'une expérience clinique, étude descriptive ou résultats d'un consensus de professionnels.



**Beaucoup  
d'avis d'experts**

# **Péritonites communautaires**

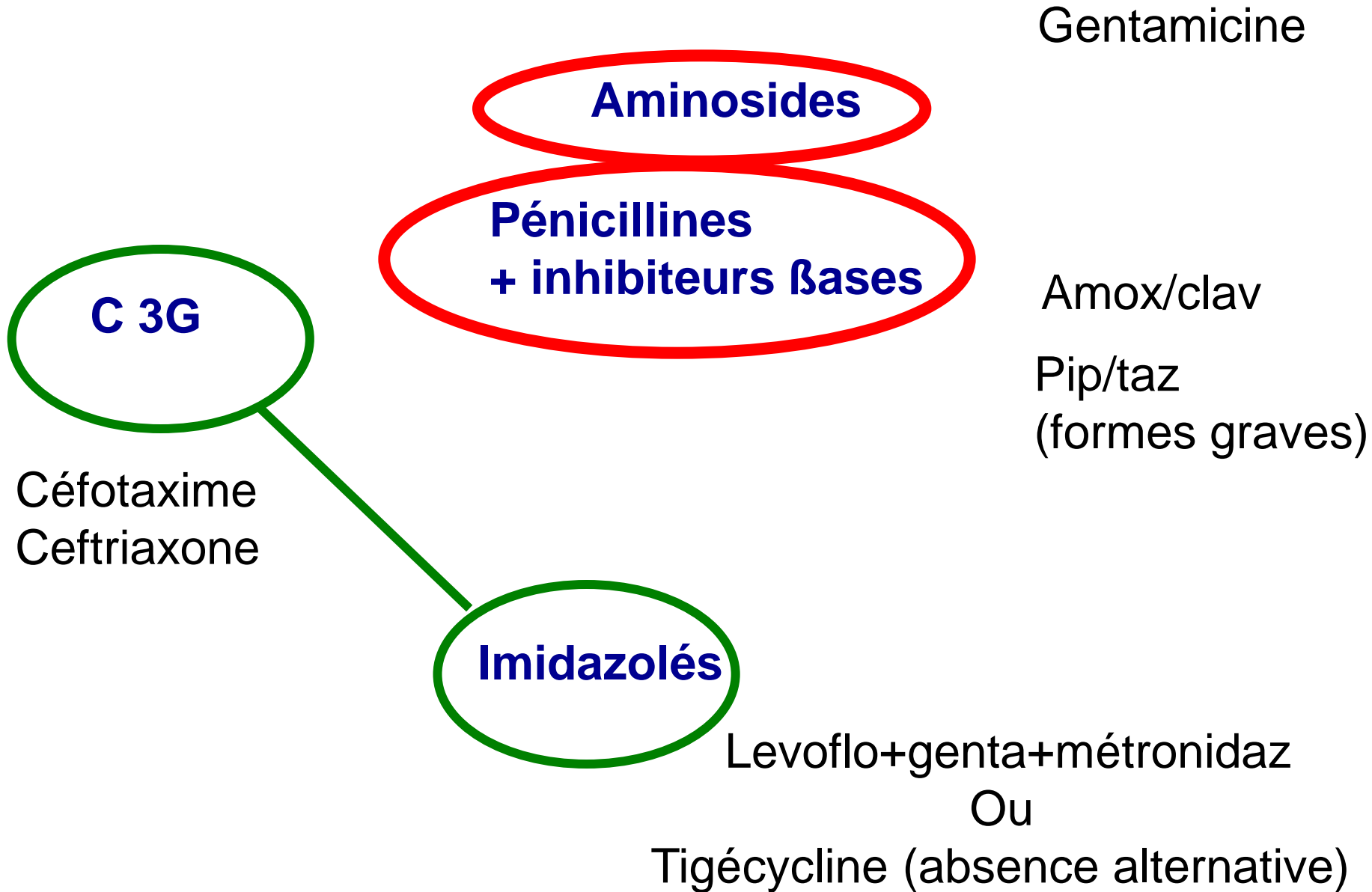
**Péritonites communautaires ou extrahospitalières :  
péritonites survenant en dehors de l'hôpital**



- **Probablement pas d'abord laparoscopique** pour le traitement de l'ulcère peptique perforé en péritonite chez un patient avec plus d'un des facteurs de risque suivants :
  - état de choc à l'admission,
  - score ASA III-IV
  - durée des symptômes supérieure à 24 heures
- **Il ne faut pas d'abord laparoscopique** en cas de péritonite stercorale d'origine diverticulaire (Hinchey IV) ou de péritonite généralisée

- Compte tenu de l'évolution des profils de sensibilité de *Bacteroides* sp, **il ne faut pas utiliser la clindamycine et la céfoxitine** en traitement probabiliste dans les IIA communautaires.

- Compte tenu de l'évolution des profils de sensibilité de *Bacteroides* sp, **il ne faut pas utiliser la clindamycine et la céfoxitine** en traitement probabiliste dans les IIA communautaires.
- **Il ne faut probablement pas prendre en compte les *Escherichia coli* résistants aux C3G** dans les infections communautaires sans signe de gravité,
  - ✓ sauf conditions épidémiologiques locorégionales particulières (résistance >10% des souches)
  - ✓ sauf séjour en zones géographiques à forte prévalence de BMR.



## En l'absence de signes de gravité

- Il ne faut pas initier de traitement probabiliste actif sur *Candida spp*
- Il ne faut probablement pas prendre en compte les entérocoques

## En cas d'infection grave

- Il faut probablement instaurer un traitement anti-fongique si au moins 3 des critères suivants sont retrouvés :  
défaillance hémodynamique, sexe féminin, chirurgie sus-mésocolique, antibiothérapie depuis plus de 48 heures.

## Durées de traitement antibiotique

- Plaies pénétrantes (< 12 h) 24 h
- Ulcère G ou D perforé (< 24 h) 24 h
- Péritonite localisée 2 - 3 j
- Péritonite généralisée 5 - 7 j

# **Infections associées aux soins**

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

**Péritonites nosocomiales**

Il ne faut probablement pas utiliser de biomarqueur pour faire le diagnostic d'infection intra-abdominale persistante



- Il faut probablement initier **un traitement probabiliste actif contre les entérocoques** dans le traitement des IA Soins

- Lors du 1<sup>er</sup> d'IIA associée aux soins, il faut évoquer un **risque élevé d'isoler une BMR** dans les circonstances suivantes :
  - ATB dans les 3 mois qui précède l'hospitalisation
  - et/ou > 2 jours précédant le premier épisode infectieux
  - et/ou délai > 5 jours entre la première chirurgie et la reprise

- Chez les patients connus porteurs de :
  - entérobactéries résistantes aux C3G-R
  - entérocoques ampicilline et/ou vancomycine-R
  - SARMil faut probablement **tenir compte de ces germes dans l'ATB probabiliste** des péritonites associées aux soins

- **Si  $\geq 2$  facteurs de risque :**
  1. Traitement par C3G ou FQ < 3 mois
  2. Portage d'une EBLSE, ou *P. aeruginosa* cefta -R, sur un prélèvement < 3 mois, quel que soit le site
  3. Hospitalisation à l'étranger < 12 mois précédents
  4. Vie en EHPAD médicalisé ou SLD ET porteur d'une sonde à demeure ET/OU d'une gastrostomie
  5. Echec d'AB à large spectre par C3G ou FQ ou pip/tazo
  6. Récidive précoce (< 15 jours) d'une infection traitée par pip/tazo pendant au moins 3 jours
- Il faut probablement utiliser un carbapénème à large spectre + AMK (optionnel si pas de signes de gravité)
- Si choc septique, 1 seul facteur de risque suffit à justifier carbapénème à large spectre + AMK

- En l'absence de facteurs de risque

Le traitement probabiliste d'une IA Soins

Pipéracilline/tazobactam

+ amikacine (optionnel si pas de signes de gravité).

## Durée de traitement

- Il faut probablement faire une ATB pendant  
5 à 15 jours

## Traitement probabiliste antifongique

- Il faut effectuer un examen direct du liquide péritonéal à la recherche de levures
- Il faut initier un traitement antifongique probabiliste si une levure est observée à l'examen direct.
- Dans tous les cas d'IA Soins où la culture du liquide péritonéal (hors redons, drains...) est positive à levures, il faut initier un traitement antifongique
- Quand un traitement antifongique probabiliste est décidé, Il faut probablement utiliser une échinocandine

## Points marquants

- Pas de « révolution »
- Prise en charge précoce
- Collaboration pluridisciplinaire
- Diagnostic : absence d'apport des biomarqueurs (PCT)
- Peu de problèmes de spectre dans les infections communautaires
- Risque élevé de BMR dans les IA Soins
- Levures et entérocoques à prendre en compte dans les IA Soins