

Modalités de prise en charge des péritonites communautaires chez l'adulte

N Rotman

Service de chirurgie sigestive, hopital Henri-Mondor, 94010 Créteil cedex

REFERENCES

- 1 Seiler CA, Brügger L, Forssmann U, Baer MD, Büchler MW. Conservative surgical treatment of diffuse peritonitis. *Surgery* 2000; 127:178-84 [N III].
- 2 Sugimoto K, Hirata M, Takishima T, Ohwada T, Shimazu S, Kakita A. Mechanically assisted peritoneal lavage for generalized peritonitis as a result of perforation of the upper part of the gastrointestinal tract. *J Am Coll Surg* 1994; 443-8 [N III].
- 3 Christou NV, Barie PS, Dellinger EP, Waymack P, Stone HH. Surgical infection society. Intra-abdominal infection study. Prospective evaluation of management techniques and outcome. *Arch Surg* 1993; 128:193-9 [N III].
- 4 Pitcher WD. Critical importance of early diagnosis and treatment of intra-abdominal infection. *Arch Surg* 1982;117:328-33 [N III].
- 5 Pacelli F, Doglietto GB, Alfieri S, Piccioni E, Sgadari A, Gui D, Crucitti F. Prognosis in intra-abdominal infections. Multivariate analysis on 604 patients. *Arch Surg* 1996;131:641-5 [N III].
- 6 Navez B, Tasseti V, Scohy JJ, Mutter D, Guiot P, Evrard S, Marescaux J. Laparoscopic management of acute peritonitis. *Br J Surg* 1998;85:32-6 [N III].
- 7 Bergamaschi R, Marvik R, Johnsen G, Thoresen JE, Ystgaard B, Myrvold HE. Open vs. laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. *Surg Endosc* 1999;13: 679-82 [N III].
- 8 Robertson GS, Wemyss-Holden SA, Maddern GJ. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcers. The role of laparoscopy in generalized peritonitis. *Ann R Coll Surg Engl* 2000; 82 : 6-10 [N III].
- 9 Finlay IG, Carter DC. A comparison of emergency resection and staged management in perforated diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1987;30 :929-33 [N III].
- 10 Nespoli A, Ravizzi C, Trivella M, Segala M. The choice of surgical procedure for peritonitis due to colonic perforation. *Arch Surg* 1993;128: 814-8 [N III].
- 11 Umbach TW, Dorazzio RA. Primary resection and anastomosis for perforated colonic lesions. *Am Surg* 1999;65:931-3 [N IV].

- 12 Rizk N, Barrat C, Faranda C, Catheline JM, Champault G. Traitement laparoscopique de la péritonite généralisée par perforation diverticulaire du sigmoïde. A propos de 10 cas. *Chirurgie* 1998;123:358-62 [N IV].
- 13 O'Sullivan GC, Murphy D, O'brien MG, Ireland A. Laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated colonic diverticula. *Am J Surg* 1996;171:432-4 [N IV].
- 14 Kronborg O. Treatment of perforated sigmoid diverticulitis: a prospective randomized trial. *Br J Surg* 1993;80:505-7 [N II].
- 15 Golub R, Sidiqqi F, Pohl D. Laparoscopic versus open appendectomy: a meta-analysis. 1998;186:545-53 [N III].
- 16 Tang E, Ortega AE, Anthone GJ, Beart RW Jr. Intra-abdominal abscesses following laparoscopic and open appendectomy. *Surg Endosc* 1996;10:327-8 [N III].
- 17 Grandjean JP, Arefiev A. Appendicectomy par voie coelioscopique. Réflexions à partir d'une série homogène de 906 cas. *Ann Chir* 1999;53:280-4 [N IV].
- 18 Marshall JF, Christou NV, Meakins JL. The gastro-intestinal tract: the "undrained abscess" of multiple organ failure. *Ann Surg* 1993;218:111-9 [N III].
- 19 Krukowski ZH, Al-Sayer HM, Reid TMS, Matheson NA. Effect of topical and systemic antibiotics on bacterial growth kinetics in generalized peritonitis in man. *Br J Surg* 1987;74:303-6 [N III].
- 20 Hunt JL. Generalized peritonitis. To irrigate or not the abdominal cavity. *Arch Surg* 1982;117:209-11 [N II].
- 21 Schein M, Gecelter G, Freinkel W, Gerding H. Peritoneal lavage in abdominal sepsis. *Arch Surg* 1990;125:1132-5 [N II].
- 22 Hallerbäck B, Englund N, Nihlberg A, Solhaug J, Wahlström B. A prospective, randomized study of continuous peritoneal lavage postoperatively in the treatment of purulent peritonitis. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163:433-6 [N II].
- 23 Leiboff R, Soroff HS. The treatment of generalized peritonitis by closed postoperative lavage. A critical review of the literature. *Arch Surg* 1987;122:1005-10
- 24 Nomikos IN, Katsouyanni K, Papaioannou AN. Washing with or without chloramphenicol in the treatment of peritonitis: a prospective, clinical trial. *Surgery* 1985;99:20-5 [N IV].
- 25 Saha SK. Efficacy of metronidazole lavage in treatment of intraperitoneal sepsis. *Dig Dis Sciences* 1996; 41:1313-8 [N IV].

- 26 Washington BC, Villalba MR, Lauter CB, Colville J, Starnes R. Cefamandole-erythromycin-heparin peritoneal irrigation ; an adjunct to the surgical treatment of diffuse peritonitis. *Surgery*1983;94:576- 81 [N IV].
- 27 Polk HC, Fry DE. Radical peritoneal debridement for established peritonitis. The results of a prospective randomized study. *Ann Surg* 1980;192:350-5 [N II].
- 28 Teichmann W, Wittman DH, Andreone PA. Scheduled reoperations (etappen lavage) for diffuse peritonitis. *Arch Surg* 1996; 121:147-52 [N V].
- 29 Shein M. Planned reoperations and open management in critical-intra-abdominal infections: prospective experience in 52 cases. *World J Surg* 1991;15:537-45 [N V].
- 30 Fagniez PL, Villet R, LeGall JR, Salvat A, Germain A. La non-fermeture pariétale dans la chirurgie itérative des péritonites. *Chirurgie* 1980;106:293-6 [N V].
- 31 Anderson ED, Mandelbaum DM, Ellison EC, Carey LC, Cooperman M. Open packing of the peritoneal cavity in generalized peritonitis. *Am J Surg* 1983;145:131-5 [N IV].
- 32 Mughal MM, Bancewicz J, Irving MH. “Laparostomy “: a technique for the management of intractable intra-abdominal sepsis. *Br J Surg* 1988;73:253-9 [N IV].
- 33 Shein M, Saadia R, Freinkel Z, Decker GAG. Aggressive treatment of severe diffuse peritonitis: a prospective study. *Br J Surg* 1988;75:173-6 [N V].
- 34 Orsoni JL, Mongredien PH, Anfroy JP, Charleux H. Le drainage selon Mickulicz dans les abdomens infectés. *Chirurgie*1982;108:234-42 [N V].
- 35 Parc R, Lévy E, Loygue J. Principes d’une intervention pour péritonite. Conduite à tenir vis-à -vis du péritoine et du tube digestif. *Ann Chir* 1985;39:541-6 [N V].

<i>Références</i>	<i>Méthodologie</i>	<i>Résultats</i>	<i>Conclusion</i>	<i>Niveaux de preuve et de pertinence</i>
Seiler CA et al. 2000 [1]	Etude prospective	258 malades opérés pour péritonite généralisée avec opération précoce, contrôle du foyer responsable et lavage peropératoire. 88% des malades ont nécessité une seule intervention. La mortalité était de 14%, la morbidité de 41%.	Le traitement conservateur des péritonites (contrôle de la source d'infection et lavage peropératoire) permet un taux de mortalité faible	III - 6
Sugimoto et al. 1994 [2]	Etude prospective	101 malades opérés pour péritonite par perforation d'ulcère gastrique ou duodénal ont eu un lavage peropératoire conventionnel ou sous forte pression avec ou sans drainage postopératoire. Les complications étaient significativement moins importantes dans le groupe traité par lavage sous pression et sans drainage postopératoire	Le pronostic des péritonites par perforation d'ulcère dépend de la précocité de l'intervention, d'un lavage peropératoire abondant. Le drainage est inutile	III - 6
Christou NV et al. 1993 [3]	Etude prospective	239 malades ont été inclus. Les malades réopérés ont une mortalité supérieure à celle des malades opérés une fois (42 vs. 27%). La mortalité n'était pas différente entre les malades traités par fermeture abdominale et laparostomie. Les facteurs pronostiques de mortalité et de réintervention ont été étudiés	Un score APACHE II élevé, un taux d'albumine bas, et un état cardiaque altéré étaient prédictifs de mortalité. Le jeune âge, un score APACHE II élevé, un taux d'albumine bas, étaient prédictifs d'une réintervention	III - 5
Pitcher WD et al. 1982 [4]	Etude rétrospective	Parmi 77 malades traités pour infection intra-abdominale la mortalité était de 3,5% chez les malades traités précocement et de 60% chez les malades traités plus tardivement.	Le traitement précoce des infections intra-abdominales diminue la mortalité	III - 3
Pacelli F et al. 1996 [5]	Etude rétrospective	Le pronostic des infections intra-abdominales communautaires et post-opératoires a été étudié chez 604 opérés. Le score APACHE II, le score de Mannheim, hypoalbuminémie et l'hypocholestérolémie, une maladie préopératoire étaient des facteurs indépendants prédictifs de mortalité	L'état clinique des malades est un facteur majeur du pronostic des infections intra-abdominales, quelle que soit la source de l'infection.	III - 7
Navez B et	étude	231 malades ayant une péritonite ont été opérés par	La laparoscopie est une technique	III - 9

al. 1998 [6]	rétrospective	laparoscopie. 90 (% ?) des malades avaient une péritonite communautaire. La laparoscopie a permis de rectifier le diagnostic préopératoire dans 25% des cas. Le taux de conversion était plus élevé en cas de perforation colique. La mortalité globale était de 3,9%.	fiable pour traiter les péritonites.	
Bergamaschi R et al. 1999 [7]	Etude prospective	Un groupe de 62 malades opérés pour perforation d'ulcère a été comparé à un groupe contemporain de 17 malades opérés par laparotomie. Les 2 groupes étaient comparables. La morbidité et la mortalité n'étaient pas différente dans les 2 groupes de même que la durée d'hospitalisation.	Les résultats de la laparoscopie sont équivalents à ceux de la chirurgie conventionnelle.	III - 5
Robertson GS et al. 2000 [8]	Etude prospective	20 malades opérés par laparoscopie pour perforation d'ulcère ont été comparés à 16 malades opérés par laparotomie durant la même période. La seule différence entre les groupes était une diminution de l'analgésie postopératoire par opiacés dans le groupe laparoscopie.	Les bénéfices objectifs de la laparoscopie dans le traitement de l'ulcère perforé ne sont pas majeurs.	III - 4
Finlay IG et al. 1987 [9]	étude rétrospective	38 malades opérés pour perforation d'un diverticule colique par résection sans anastomose ont été comparés à 40 malades traités par colostomie ou suture et drainage. Le pourcentage de fistules postopératoires était plus élevé dans le groupe n'ayant pas eu de résection colique. La mortalité n'était pas différente entre les 2 groupes	La résection colique sans anastomose a une morbidité plus faible que la colostomie associée au drainage	III - 4
Nespoli A et al. 1993 [10]	Etude rétrospective	136 malades opérés pour péritonite par perforation diverticulaire colique ont été traités soit par résection et anastomose (81), opération de Hartmann (33) ou simple colostomie (22). La mortalité était respectivement de 6, 30 et 59%, mais la gravité de la maladie (scores Apache II et de Mannheim) n'étaient pas la même dans les 3 groupes.	La mortalité est liée à la gravité de la péritonite plus qu'au geste chirurgical réalisé. La résection anastomose en un temps semble une technique sûre (8,7% de fistules anastomotiques non mortelles).	III - 5
Umbach TW	Etude	33 malades opérés pour péritonite purulente ou stercorale	La résection-anastomose en un temps	IV - 4

et al. 1999 [11]	rétrospective	secondaire à une perforation colique ont été traités par résection-anastomose en un temps. La mortalité était nulle, une fistule anastomotique a nécessité une opération de Hartman.	est possible en milieu septique	
Rizk N et al. 1998 [12]	Etude prospective	10 malades opérés pour péritonite purulente ou stercorale par perforation diverticulaire ont été traités par occlusion de la perforation par colle biologique et drainage au contact. La mortalité a été nulle. Il n'y a pas eu d'abcès résiduel postopératoire. 9 malades ont été opérés à froid 3 à 4 mois plus tard.	L'occlusion par colle biologique des perforations diverticulaires semble efficace et permet l'intervention différée en un temps	IV - 5
O'Sullivan GC et al. 1996 [13]	Etude prospective	8 malades opérés pour péritonite purulente par perforation diverticulaire ont été traités par lavage abdominal sous laparoscopie. Aucun abcès postopératoire n'est survenu. La mortalité a été nulle.	Le lavage péritonéal sans geste colique est possible sans complications postopératoire dans le traitement des péritonites purulente par perforation diverticulaire	IV -, 4
Kronborg O. 1993 [14]	Etude prospective randomisée	62 malades ont été randomisés en 2 groupes de traitement pour péritonite généralisée par perforation diverticulaire: colostomie et suture de la perforation ou résection colique sans anastomose. La mortalité était significativement plus élevée dans le groupe résection que dans le groupe colostomie.	La suture de la perforation associée à une colostomie est le traitement de choix de la péritonite purulente généralisée par perforation diverticulaire	II - 3
Golub R et al. 1998 [15]	Méta analyse	Seize études prospectives, randomisées comprenant 1682 malades et comparant l'appendicectomie par laparotomie à l'appendicectomie par laparoscopie ont été analysées.	L'utilisation de la laparoscopie dans les perforations appendiculaires a été peu étudiée. L'incidence des abcès résiduels dans ce groupe de malades n'a pu être étudié.	III - 7
Tang E et al. 1996 [16]	Etude rétrospective	L'incidence des abcès résiduels postopératoires a été étudiée chez 1287 malades opérés pour appendicectomie par laparotomie ou laparoscopie. 597 malades ont été opérés pour perforation appendiculaire dont seulement 28 par laparoscopie. Le taux d'abcès postopératoire était de 2,9% dans le groupe traité par laparotomie et de 11% dans le groupe traité par	L'incidence des abcès postopératoire est plus élevé après appendicectomie par voie laparoscopique qu'après traitement conventionnel	III - 7

		laparoscopie.		
Grandjean JP et al. 1999 [17]	Etude rétrospective	63 malades sur une série de 906 appendicectomies par laparoscopie avait un abcès intra-abdominal ou une péritonite. Le taux d'abcès résiduels était de 0,1% pour les 906 malades. L'incidence chez les 63 opérés pour abcès ou péritonite n'ont pas été étudiés	La laparoscopie est une technique fiable pour les traitements des appendicites aiguës	IV - 3
Marshall JC et al. 1993 [18]	Etude prospective	Les paramètres biocliniques concernant 210 malades chirurgicaux hospitalisés en réanimation ont été étudiés pour différencier sepsis et infection et leur influence sur le pronostic. Un score de sepsis a été défini. L'infection et le score de sepsis étaient corrélée à la mortalité.	L'importance du syndrome de sepsis est un facteur important du pronostic que l'infection soit contrôlée ou non.	III - 5
Krukowski ZH et al. 1987 [19]	Etude prospective	L'effet de l'antibiothérapie systémique, du lavage péritonéal et du lavage péritonéal à la tétracycline a été étudié chez 40 malades ayant une péritonite généralisée. La cinétique de croissance des germes a été étudiée chez 28 des malades. L'antibiothérapie systémique diminue la concentration et la croissance microbienne dans le liquide péritonéal. Ces observations sont accentuées par le lavage simple et plus encore par le lavage à la tétracycline associés à l'antibiothérapie systémique.	L'adjonction d'antibiotiques au lavage péritonéal inhibe complètement la croissance microbienne dans le liquide péritonéal résiduel.	III - 5
Hunt JL. 1982 [20]	Etude prospective, randomisée	44 opérés pour péritonite généralisée ont été randomisés en 3 groupes: pas de lavage per-opératoire, lavage peropératoire (en moyenne 4 litres), lavage per(et postopératoire. La mortalité était respectivement de 28,5, 26,6 et 33%.	Le lavage péritonéal n'améliore pas le pronostic des péritonites généralisées	II - 3
Schein M et al. 1990 [21]	Etude prospective, contrôlée, randomisée	87 opérés pour péritonite généralisée ont été randomisés en 3 groupes de traitement: pas de lavage per-opératoire, lavage peropératoire au sérum physiologique, lavage peropératoire avec adjonction de chloramphénicol. La mortalité était respectivement 20,17 et 17%. Le taux de complications chirurgicales n'étaient pas différent entre les groupes.	Le lavage péritonéal, avec ou sans antibiotiques, pour péritonite généralisée n'améliore pas le pronostic.	II - 3

Hallerbäck B et al. 1986 [22]	Etude prospective, randomisée	79 malades opérés pour péritonite purulente ont eu un lavage péritonéal peropératoire (moyenne 4 litres) puis ont été randomisés en 2 groupes: lavage continu postopératoire ou pas de lavage. Le lavage postopératoire prévu pour 48 heures a dû être abandonné pour complications chez 10/ 41 malades. Aucun malade de la série n'a développé d'abcès résiduel postopératoire	Le lavage postopératoire n'apporte aucun bénéfice	II - 3
Leiboff R et al 1987 [23]	Revue	39 études, dont 4 prospectives randomisées, évaluant l'intérêt du lavage postopératoire ont été revues (1963-1986).	En raison de défauts méthodologiques de ces études, aucune conclusion ne peut être tirée sur le rôle du lavage post-opératoire	
Nomikos IN et al. 1986 [24]	Etude prospective, randomisée	Dans un groupe de 101 malades opérés pour péritonite généralisée, 50 malades ont été randomisée pour recevoir un lavage péritonéal peropératoire avec addition finale de chloramphénicol et 51 malades ont eu un lavage sans antibiotiques. Les complications septiques postopératoires étaient plus élevés dans le groupe traité par lavage simple (23/51) que dans le groupe ayant reçu l'antibiotique (7/50). La durée de l'iléus postopératoire et de l'hospitalisation étaient également supérieures dans le groupe traité par lavage sans antibiotique.	Le lavage péritonéal avec adjonction de chloramphénicol est plus efficace que le lavage simple pour prévenir les complications infectieuses postopératoires	II - 3
Saha SK. 1996 [25]	Etude prospective	182 malades consécutifs ont eu un lavage péritonéal peropératoire contenant du métronidazole. 80 malades avaient une péritonite généralisée. Aucun abcès intra-abdominal postopératoire n'a été observé. La mortalité était de 4/80 (2 infections pulmonaires, 2 défaillances cardiaque)	L'adjonction de métronidazole dans le lavage péritonéal peropératoire semble prévenir la survenue d'abcès résiduels.	IV - 3
Washington BC et al. 1983 [26]	Etude prospective	50 malades opérés pour péritonite généralisée ont eu un lavage discontinu postopératoire par une solution de sérum physiologique contenant céfamandole, érythromycine et héparine. Les résultats ont été comparés à ceux obtenus dans un groupe contrôle contemporain n'ayant pas reçu de lavage postopératoire. Aucun abcès intra-abdominal n'a été observé dans le	Le lavage postopératoire avec une solution contenant des antibiotiques à large spectre et de l'héparine diminue l'incidence des abcès résiduels postopératoires.	IV - 3

		groupe traité alors que 7/44 opérés n'ayant pas eu de lavage pos-opératoire ont développé un abcès.		
Polk HC et al. 1980 [27]	Etude prospective, randomisée	46 malades opérés pour péritonite généralisée ont eu soit un traitement conventionnel (24) soit l'exérèse de tous les dépôts de fibrine et des exsudats (22). La mortalité et l'incidence des abcès intra-péritonéaux postopératoires n'étaient pas différentes dans les 2 groupes	L'ablation des dépôts fibreux n'apporte pas de bénéfice dans le traitement des péritonites	II - 5
Teichmann et al. 1986 [28]	Etude prospective	61 malades ayant une péritonite évoluée ont été traités par des réinterventions quotidiennes jusqu'à guérison des foyers intrapéritonéaux. La mortalité était de 22,9%.	Les réinterventions planifiées semblent efficaces pour le traitement de péritonites évoluées.	V - 3
Schein MC. 1991 [29]	Etude prospective	29 malades opérés pour péritonite post-opératoire, 14 opérés pour péritonite stercorale et 9 pour nécrose pancréatique infectée ont été traités par laparotomies itératives ou laparostomie. La mortalité des groupes était respectivement 55,14 et 56%. Dans le groupe péritonite stercoral aucun malade n'est décédé d'infection intra-abdominal persistante.	Les laparotomies planifiées peuvent améliorer le pronostic des péritonites stercorales	V - 3
Fagniez PL et al. 1980 [30]	Etude rétrospective	32 malades ont été traités par laparostomie pour péritonite. La mortalité était de 56%. Deux fistules digestives étaient directement liées à la technique.	La laparostomie doit être réservée au cas où la fermeture pariétale est impossible ou pour des péritonites graves faisant craindre la survenue d'abcès post-opératoires. La fermeture pariétale doit, dans ces cas être réalisée le plus tôt possible	V - 3
Anderson ED 193 [31]	Etude rétrospective	L'intérêt de la laparostomie a été étudié chez 20 malades opérés pour péritonite généralisée. Ce groupe a été comparé à un groupe contrôle (18 malades) historique chez qui la paroi abdominale a été fermée d'emblée. La mortalité a été plus faible (33 %) dans le groupe traité par fermeture primitive que par laparostomie (60 %). La laparostomie a été responsable de	La laparostomie n'offre pas d'avantages par rapport à la fermeture pariétale primaire.	IV - 3

		complications : pertes liquidiennes, fistules digestives.		
Mughal MM et al. 1988 [32]	Etude rétrospective	La laparostomie a été utilisée chez 18 malades dont une seule fois de première intention, 17 avaient déjà été opérés plusieurs fois. La mortalité globale était de 28 %.	La laparostomie n'offre pas d'avantages par rapport à la fermeture pariétale primaire	IV - 3
Schein MC et al. 1988 [33]	Etude prospective	22 malades ayant une péritonite stercorale, une péritonite postopératoire ou une infection de nécrose pancréatique ont été traités par des laparotomies itératives et 9 fois par laparostomie associée. Le taux moyen de réintervention par malade était de 2,5 (1-7). La mortalité était de 32 % et 1/3 des malades sont décédés avec une infection intrapéritonéale persistante	Le traitement chirurgical agressif des infections intrapéritonéales graves ne diminue pas de façon importante la mortalité.	V - 3
Orsoni et al. 1983 [34]	Etude rétrospective	93 malades ont été opérés pour péritonites généralisées ou localisées, 33 avaient une péritonite postopératoire, 61 % des patients ont guéri après la première intervention	Le sac de Mickulicz reste un des meilleurs moyens de drainage des abdomens septique	V - 3
Parc R et al. 1985 [35]	Etude rétrospective	1 100 cas de péritonites opérés ont été revus. Les auteurs soulignent la nécessité d'une large voie d'abord, la confection de stomies en cas de fistules digestives, la mise en place systématique de drains dans les hypocondres et le pelvis. La peau doit être toujours refermée pour protéger les anses intestinales.	Le drainage est nécessaire après intervention pour péritonite	V - 3