

Péritonite post-opératoire

ESC_DI_008_Overview

Aperçu général

- Durée du scénario** : 12 à 15 minutes.
- Public cible** : Étudiants de médecine, internes et résidents.
- Résumé** : Patient de 30 ans, à J5 pour une cure chirurgicale d'une péritonite appendiculaire. Il présente des troubles neuropsychiatriques, à type d'agitation, diarrhée abondante, météorisme abdominal et issue de pus par les drains. Il s'agit d'une péritonite post-opératoire.
- Objectifs critiques** :
- ☐ Poser le diagnostic positif d'une péritonite post-opératoire,
 - ☐ Comprendre la physiopathologie,
 - ☐ Considérer les examens complémentaires,
 - ☐ Entreprendre les mesures thérapeutiques adéquates.

Péritonite post-opératoire

ESC_DI_008_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	30 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 66 Kg, Taille = 172 cm
SF	:	agitation en réanimation
Début	:	post-opératoire
Signes associés	:	diarrhée, pus par les drains, météorisme
Mode d'admission	:	patient hospitalisé en réanimation
Signes critiques	:	choc septique

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	opéré pour péritonite appendiculaire J5 postop
Toxiques	:	Tabagique occasionnel
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 26 c/min, cyanose des lèvres, SLR, quelques ronflants bilatéraux, SpO2 = 88%			
Fonction circulatoire	:	FC = 140 bpm, PA = 80/40 mmHg, pas de pâleur, pas de souffle, quelques marbrures, TRC allongé			
Fonction neurologique	:	GCS = 13/15, confus, agité, pas de déficit, pupilles isocores réactives			
Examen somatique	:	météorisme abdominal, pus par le drain			
Glycémie	:	1,2 g/L	Température	:	40,1 °C

Péritonite post-opératoire

ESC_DI_008_Scénario

Check-list

Équipement
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence
<input type="checkbox"/> Chariot de soins
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique

Drogues
<input type="checkbox"/> Pipéracilline
<input type="checkbox"/> Tazobactam
<input type="checkbox"/> Amikacine

Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, sexué masculin, box de réanimation, drains en place
- ☐ Voie veineuse périphérique
- ☐ Vêtements simples, mouillés de sueurs

Formateurs

- ☐ Instructeur 1 : technicien aux manettes
- ☐ Instructeur 2 : briefing et debriefing
- ☐ Instructeur 3 : debriefing
- ☐ Facilitateur 1 : senior de garde
- ☐ Facilitateur 2 : infirmier du box de réanimation

Péritonite post-opératoire

ESC_DI_008_Scénario

Baseline

FR = 26
SpO2 = 88%
EtCO2 = 30

FC = 140
PA = 80/40
ECG = RRS

Confus
Agité

Interventions

TTT
Choc septique

RAS

FC = 120
PA = 90/60
SpO2 = 90%
T = 38,4 °C

TTT de la péritonite
post-opératoire

Non



Oui



Péritonite post-opératoire

ESC_DI_008_Programmation

Baseline

FR = 26 c/min, SpO2 = 88%, Ronflants bilatéraux

FC = 140 bpm, PA = 80/40, marbrures, TRC allongé

EtCO2 = 30 mmHg

Critical

Choc septique

Défaillance d'organes

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 120 bpm, PA = 110/70 mmHg

EtCO2 = 30 mmHg

Stabilité hémodynamique et respiratoire, apyrexie

Péritonite post-opératoire

ESC_DI_008_Debriefing

Fiche

- Les péritonites postopératoires (PPO) sont une complication grave des interventions de chirurgie abdominale, avec une morbi-mortalité importante. Elles posent double problème : leur reconnaissance et de leur traitement. Les étiologies sont dominées par la désunion anastomotique qu'elles portent sur le tube digestif, les voies biliaires ou le canal pancréatique,
- Les facteurs de risque de développer une PPO peuvent être liés au : Patient (sepsis, urgence, immunodépression, conditions locales difficiles, difficulté du geste), Opérateur (expérience, qualité),
- Le tableau clinique des PPO comprend la fièvre, associée à :
 - Signes abdominaux : non spécifiques (douleurs abdominales, défense, météorisme). Faire attention aux vomissements, à la diarrhée et à l'issue du pus par les drains et/ou plaie opératoire,
 - Éviscération : sa survenue dans un contexte post-opératoire est très évocatrice,
 - Mesure de la pression intra-abdominale, évaluée par la pression intra-vésicale. Son augmentation peut expliquer le syndrome du compartiment abdominal et la défaillance des organes,
 - Signes extra-abdominaux : troubles neuropsychiatriques, insuffisance rénale, détresse respiratoire, troubles de la crase sanguine,
- Les examens biologiques vont comporter : les examens biologiques usuels (NFS, BH), et marqueurs de la réaction inflammatoire (CRP),
- Les prélèvements microbiologiques peuvent concerner les hémocultures et/ou liquides de ponction. La notion de Breakthrough infection est très évocatrice,
- Les examens d'imagerie peuvent comporter ASP, échographie abdominale, mais principalement la TDM abdominale, encore mieux que l'IRM,
- La prise en charge est médicochirurgicale et repose sur l'éradication du foyer septique associé au traitement des défaillances d'organes, à l'antibiothérapie adaptée et au support nutritionnel,
- La prévention des PPO passe par leur diagnostic précoce afin de limiter leur mortalité et par les règles de bonnes pratiques chirurgicales pour réduire le risque de fistule anastomotique.

Objectifs techniques

- ☐ Poser le diagnostic positif d'une péritonite post-opératoire,
- ☐ Comprendre la physiopathologie,
- ☐ Considérer les examens complémentaires,
- ☐ Entreprendre les mesures thérapeutiques adéquates.

CRM

- ☐ Teamwork
- ☐ Leadership
- ☐ Communication
- ☐ Anticipation
- ☐ Workload

	Résultat	Références
Hématies	4.1 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	9.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	33.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	24.10 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	72.0 %	
Soit	2.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	3.5 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	81 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	44 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	50 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	2.2 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na ⁺)	130 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	4,8 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca ²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl ⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.10 g/L	(0.70-1.10)
Urée	1.90 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	40 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	120 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	90 UI/L	(5-40)
Bilirubine	35 mg/L	(6-12)
CRP	235 mg/L	(< 10)
Albumine	32 g/L	(35-55)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.20	(7.35-7.45)
CO ²	30 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	15 mmol/L	(22-26)
PaO ²	85 mmHg	(> 85)
SaO ²	89 %	(95-100)
Lactates	4 mmol/L	(< 2)

	Résultat	Références
Ponction lombaire	Traumatique	
	ED négatif	
	< 3 éléments	

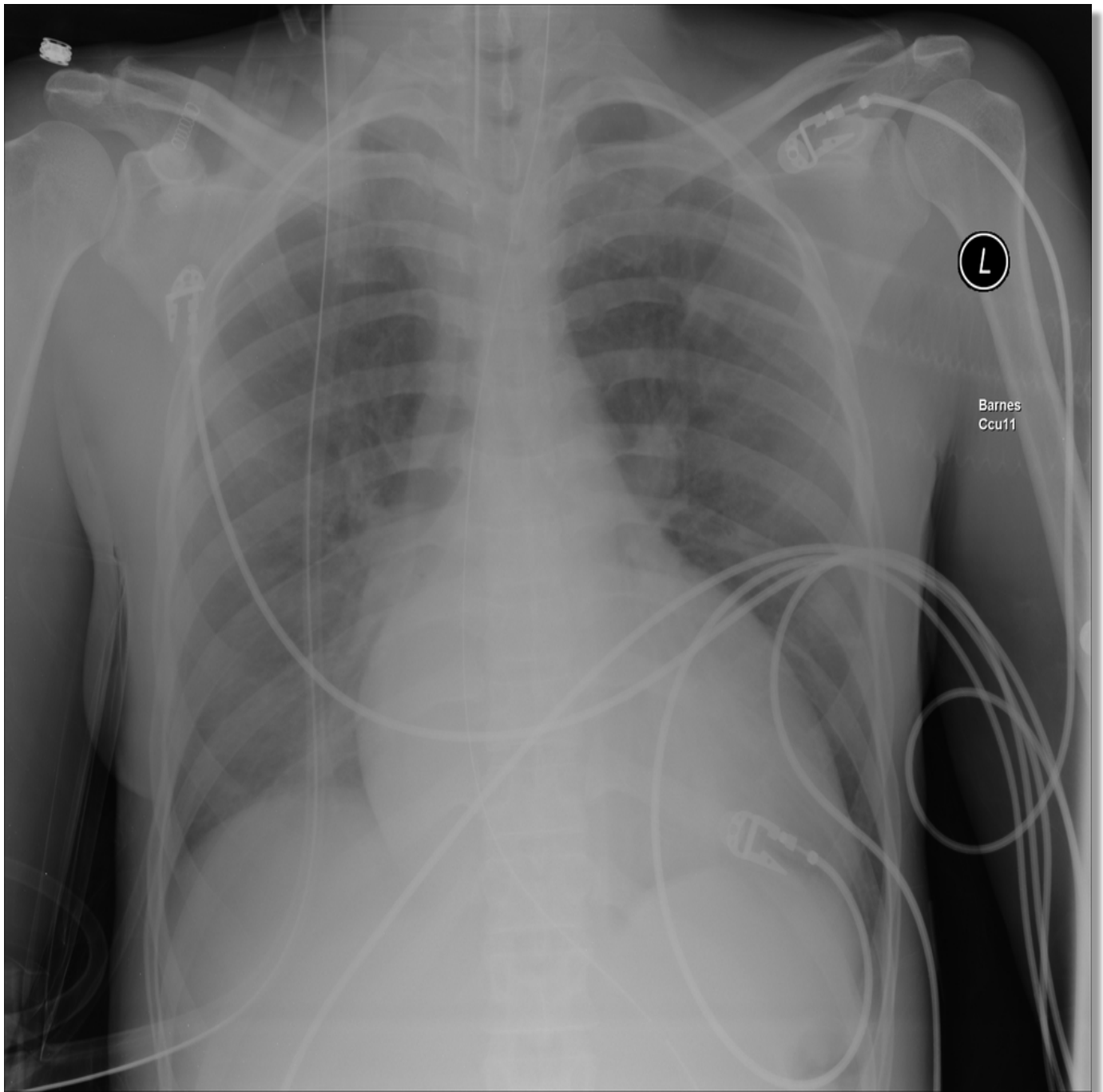
Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Procalcitonine	8 $\mu\text{g/L}$	(<0,5)

Bactériologie

	Résultat	Références
Hémocultures	Négatives	

Radiographie du poumon Critical





Interprétation :

Condensation basale bilatérale (pneumopathie ?).

Échographie abdominale



Interprétation :

Collections pelvienne et sous-phrénique.

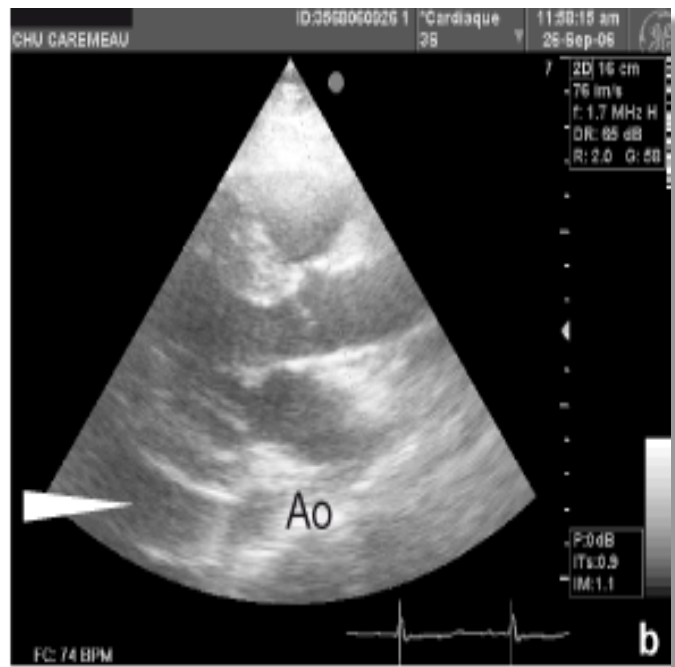
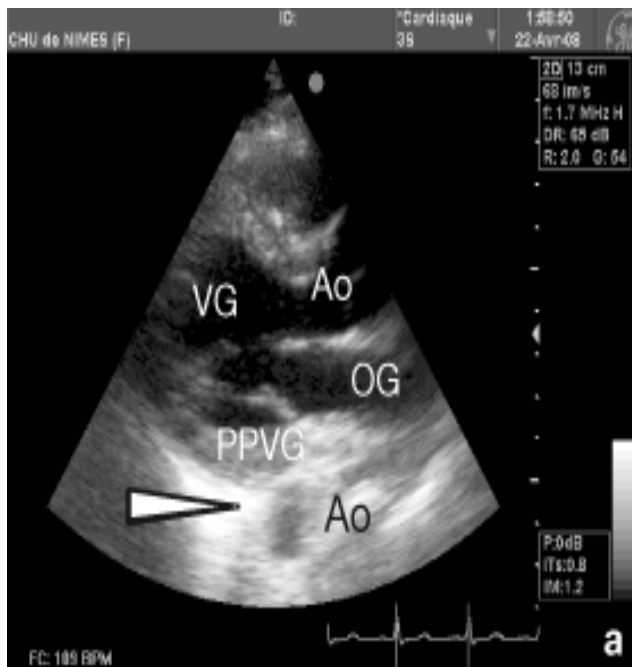
TDM abdominale



Interprétation :

Épanchement libre de la grande cavité. Une péritonite n'est pas à exclure. A confronter aux données clinico-biologiques.

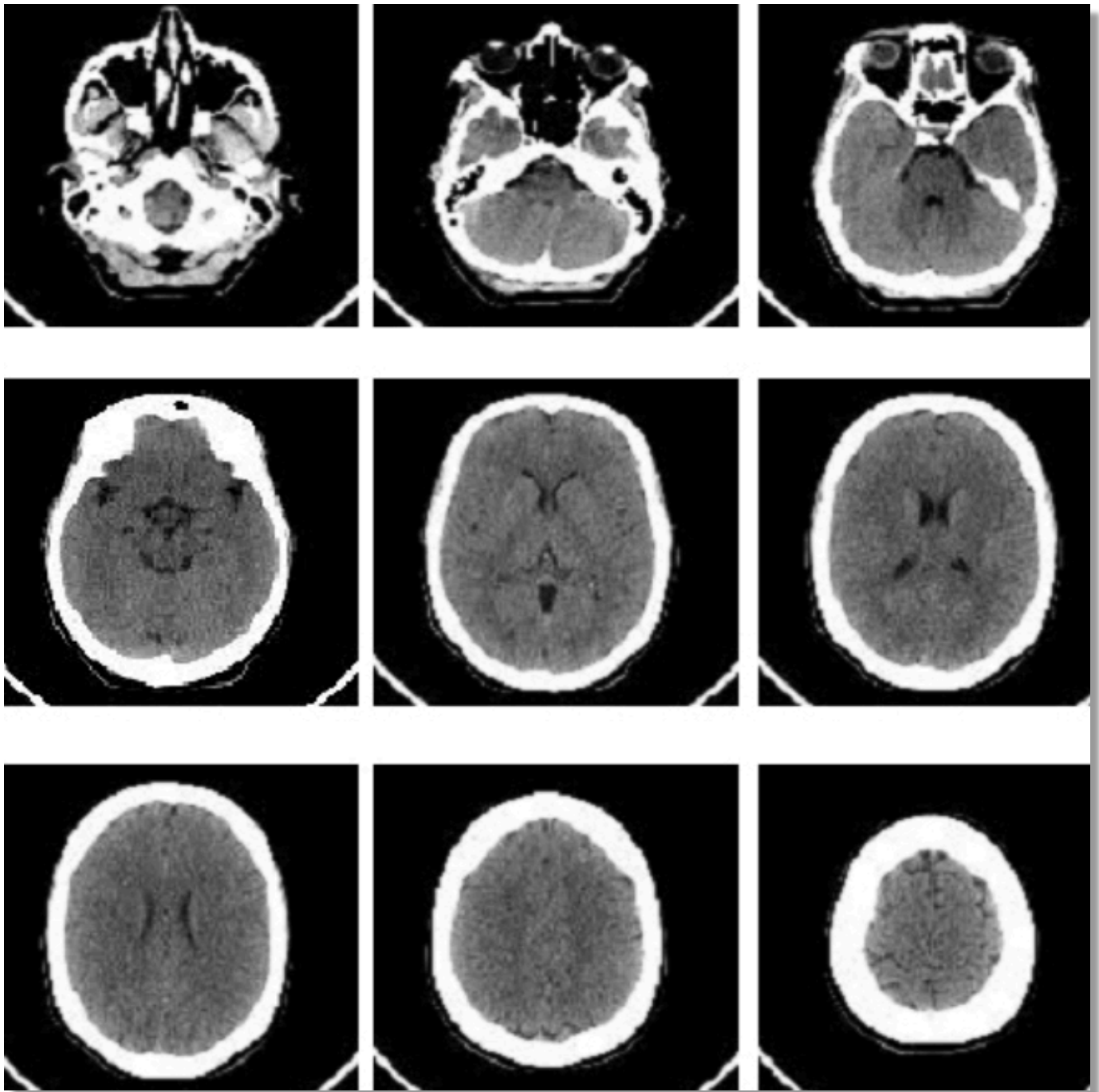
Échocardiographie



Interprétation :

Pas de végétations, fonction cardiaque normale.

TDM Cérébrale



Interprétation :

Discret œdème cérébral.

ECG

