

Ischémie colique,
péritonite
et
prothèse vasculaire



Quelle prise en charge concernant l'antibiothérapie?

- Ischémie colique
 - Antibiothérapie probabiliste?
 - Si oui
 - Quand ?
 - Quels antibiotiques?
 - Dans tous les cas: quelle surveillance?
- Ischémie colique + prothèse vasculaire
 - Antibiothérapie probabiliste?
 - Si oui
 - Quand ?
 - Quels antibiotiques?
 - Dans tous les cas: quelle surveillance?



1^{er} Cas

Prothèse vasculaire, ischémie colique & infection?

- Pontage aorto-bifémorale assisté par robot (goretex)
- Diagnostic infectieux :
 - Septicémie à Entérobacter cloacae multiR
 - Péritonite avec collection péri prothétique
- Antibiothérapie
 - Probabiliste précoce Tazocilline et Targocid (12jours)
 - 2eme ligne Targocid Meropénem Amiklin et Cancidas (3mois)
- Evolution à long terme



Mr R.

Pontage aorto-bi-fémorale assisté par robot I

- Antécédents :
 - HTA
 - Tabagisme 60PA
 - BPCO emphysémateuse
 - Ethylisme chronique
 - AOMI bilatérale
 - Allergie à la Pyostacine (Oedème de Quincke)

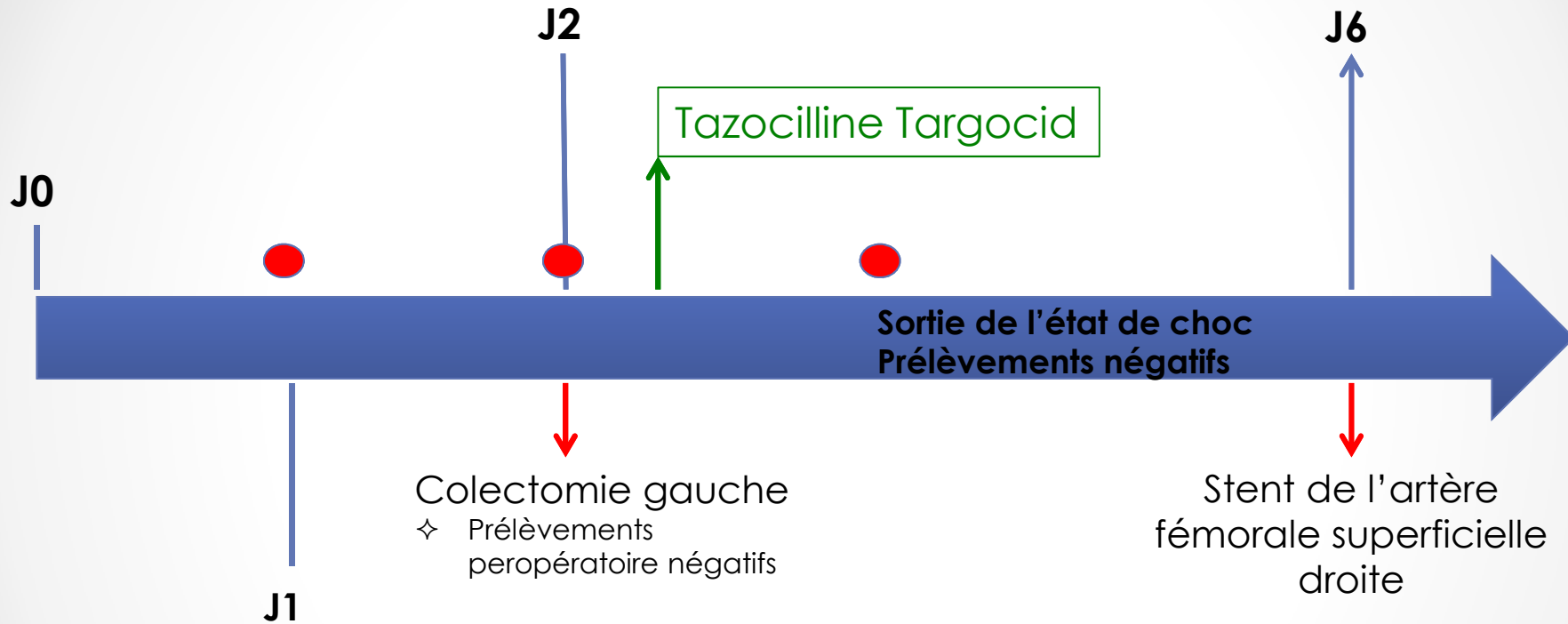
Mr R.

Pontage aorto-bi-fémorale assisté par robot

- Prothèse aorto-bifémorale (Goretex)
- ACR sur PNO compressif (RCP)
 - Low flow 10 minutes
- Choc hémorragique avec reprise immédiate
- Laparotomie médiane et chirurgie d'hémostase

- 38°
- Défense abdominale
- Selles liquides/rectorragie
- Rectosigmoidoscopie
- *Plage de nécrose circonférentielle*

- Ischémie aigue du inférieur membre droit



- Hypotherme à 35°C (Hémoc/ECBU)
- Amélioration hémodynamique (pas d'introduction d'ATB)
- Abdomen sensible

AT : 1 colonie
C.albicans

Frottis rectal :
*Enterobacter
cloacae* CHN

AT : >20-40 Colonies de
Candidas albicans

2 Hémocultures
Enterobacter cloacae
multirésistant

J8

J11

- Cicatrice abdominale et
scarpa inflammatoire

Hémocultures négatives



J13

J14

Scanner : Collection péri-prothétique au
niveau aortique et bi-fémoral

Ajout
Caspofungine

- Changement des cathéters

- Arrêt Tazocilline
- Meropénem
- Amiklin
- Targocid

Scanner :

- Majoration des collections péri prothétique aortique et bi fémorales
- Aspect fasciite nécrosante loge postérieure jambe droite

- Collection purulente au niveau du scarpa à droite

J16

J19

J22

39°C et sd inflammatoire



Excision de l'abcès et lavage

Prélèvement per opératoire :
E. cloacae

J23

AT : >40 colonies de C.albicans
1 colonie C.parapsilosis

Scanner :

- Stabilité par rapport a l'ancien

- Jambe droite douloureuse
- Nombreuses plages de nécrose et ulcère purulent

J25

J29

39°C et sd inflammatoire

J39

Amputation du membre inférieur droit jusqu'à mi-cuisse

- Décision de poursuite de l'antibiothérapie sans indication d'une reprise chirurgicale

- Meropénem
- Targocid
- Triflucan

2ème Cas

Prothèse vasculaire, ischémie colique & infection?

- Pontage aorto-bifémorale assisté par robot (goretex)
- Diagnostic infectieux :
 - Septicémie plurimicrobienne : Enterobacter asburiae, Acromobacter sp., Enterobacter cloacae
 - Pneumopathie à Enterobacter cloacae
- Antibiothérapie
 - Probabiliste tardive Tazocilline, Vancomycine, Amiklin et Caspofungine 10 jours avec 15 jours de Tazocilline
 - 2eme ligne Meropénem Vancomycine Amilklin pendant 12 jours
- Evolution à long terme



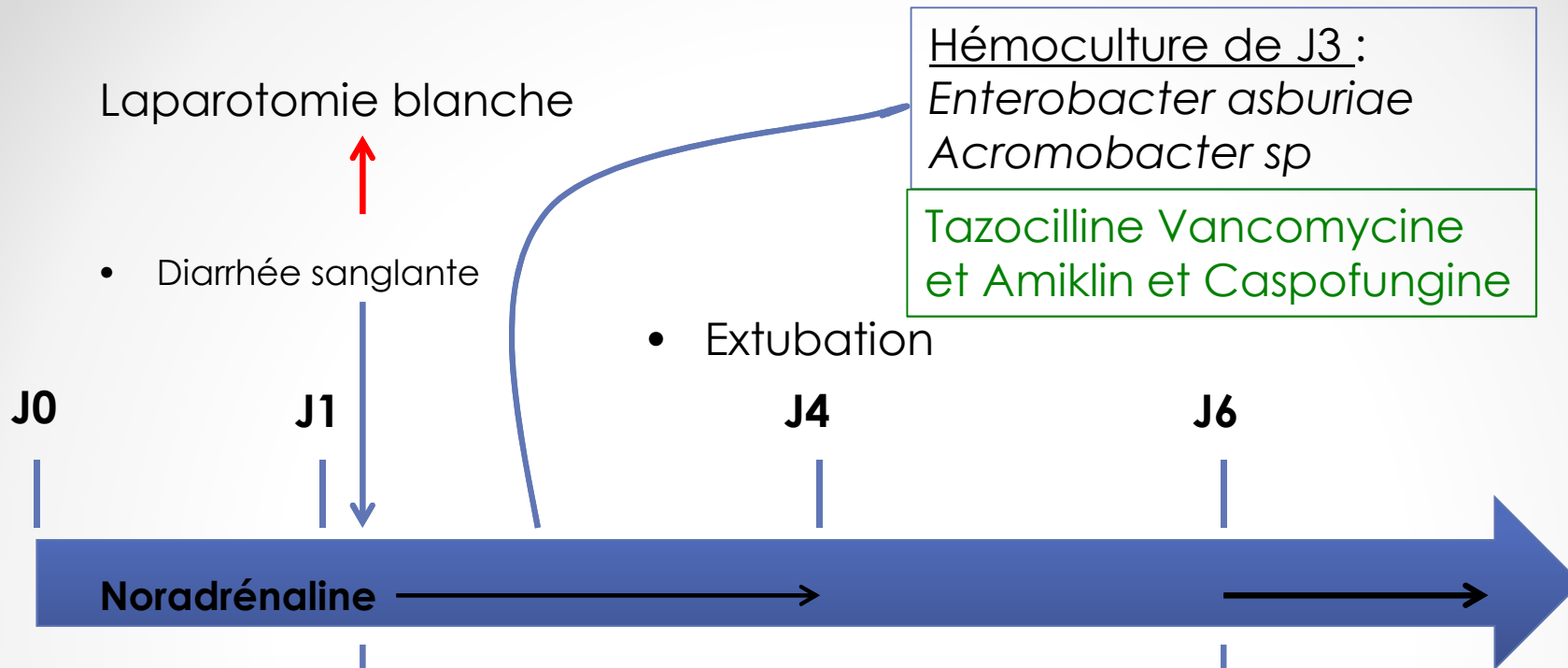
Mr Ro

Pontage aorto-bi-fémoral assisté par robot II

- Antécédents :
 - AOMI
 - IDM inférieur et pose de 2 stents nus
 - HTA
 - Tabagisme actif
 - Glomérulopathie d'étiologie indéterminée avec insuffisance rénale chronique terminale dialysée
 - Hépatite C chronique active
 - Gastrite antrale et bulbite

Pontage aorto-bi-fémoral assisté par robot II

- Prothèse de type Goretex
- Difficultés per opératoire avec nécessité de réaliser un abord par lombotomie.



Coloscopie : muqueuse noirâtre dès 5cm de la marge anale de façon hémi circonférentielle

Angioscanner : défaut de rehaussement rectum/sigmoïde/colon

Hemoculture : *Enterobacter cloacae*
Acromobacter sp
AT : *Enterobacter cloacae*
 1 colonie de *C.papapsilosis*

2 Hemocultures :
Enterobacter cloacae

- Diarrhée aqueuse +++
- Changement des cathéters
- Sortie de l'état de choc

J7

J11



J20

J14

Coloscopie :

- régression des lésions
ischémiques
- Présence de fausses membranes ;
Biopsie et recherche de *Clostridium*

Arrêt Vancomycine car
pas de documentation
Arrêt Flagyl prélèvements
négatifs

Ajout Flagyl

3^{ème} Cas

Prothèse vasculaire, ischémie colique & infection?

- Pontage aorto-bifémorale assisté par robot (goretex)
- Diagnostic infectieux :
 - Pneumopathie hypoxémiante sans documentation bactériologique
- Antibiothérapie :
 - Probabiliste tardive par Tazocilline, Vancomycine, Amiklin et Caspofungine, durée?
- Evolution à long terme

Mr T

Pontage aorto-bi-fémorale assisté par robot III

- Antécédents :
 - AOMI
 - Cardiopathie ischémique stentée
 - Colopathie fonctionnelle
 - Gastrite
 - Appendicectomie
 - Endartériectomie carotidienne gauche

- Crampes abdominales
- Diarrhée liquide
- Stable par ailleurs

Rectosigmoïdoscopie :

- *plage de nécrose circonférentielle à 8 cm de la marge anale*

- Apyrétique
- Stable sur le plan HD
- Persistance de crampes abdominales
- Syndrome inflammatoire avec CRP en augmentation

J0

J1

J2

J3

Coelioscopie exploratrice :
Absence de nécrose colique,
Pas de résection

- Surveillance clinique
- Pas de prise en charge chirurgicale
- Sortie et retour en service de chirurgie vasculaire

- Détresse respiratoire aigue
- TACFA
- Fébrile à 39°C
- Diarrhées abondantes
- Abdomen souple

- Sepsis à point de départ pulmonaire
- OAP compliquant un passage en TACFA

Tazocilline Vancomycine Amiklin
Caspofungine

J5



J11
1

Scanner :

- Rectocolite ischémique
- Pneumopéritoine de faible abondance et rétropneumopéritoine
- Collection hydrogazeuse en regard du pontage aortique
- Signes d'insuffisance cardiaque gauche
- Bronchopneumopathie

J9

- Baisse du syndrome inflammatoire biologique

Synthèse

1^{er} cas

- Ischémie colique avec bi-antibiothérapie précoce
- Colectomie
- Péritonite et collection péri prothétique

2^{ème} cas

- Ischémie colique avec antibiothérapie tardive (5 jours après le diagnostic)
- Bactériémie pluri microbienne
- Pneumopathie infectieuse

3^{ème} cas

- Ischémie colique avec antibiothérapie tardive (4 jours après le diagnostic)
- Pneumopathie infectieuse



Quelle prise en charge concernant l'antibiothérapie?

- Ischémie colique
 - Antibiothérapie probabiliste?
 - Si oui
 - Quand ?
 - Quels antibiotiques?
 - Dans tous les cas: quelle surveillance?
- Ischémie colique + prothèse vasculaire
 - Antibiothérapie probabiliste?
 - Si oui
 - Quand ?
 - Quels antibiotiques?
 - Dans tous les cas: quelle surveillance?



CME

ACG Clinical Guideline: Epidemiology, Risk Factors, Patterns of Presentation, Diagnosis, and Management of Colon Ischemia (CI)

Lawrence J. Brandt, MD, MACG, AGAF, FASGE¹, Paul Feuerstadt, MD, FACG², George F. Longstreth, MD, FACG, AGAF³ and Scott J. Boley, MD, FACS⁴

Am J Gastroenterol 2015; 110:18–44; doi:10.1038/ajg.2014.395; published online 23 December 2014





Table 9. Indications for surgery in colonic ischemia

Acute indications

Peritoneal signs

Massive bleeding

Universal fulminant colitis with or without toxic megacolon

Portal venous gas and/or pneumatosis intestinalis on imaging

Deteriorating clinical condition

Subacute indications

Failure of an acute segmental ischemic colitis to respond to treatment within 2–3 weeks with continued symptoms or a protein-losing colopathy

Apparent healing but with recurrent bouts of sepsis

Chronic indications

Symptomatic colon stricture

Symptomatic segmental ischemic colitis



Indication and timing for antimicrobial use in CI remains untested. There is no clinical evidence to show beneficial effects of such therapy and it is unlikely that a randomized controlled trial will be forthcoming; because the prognosis of CI is excellent in most cases, the number of patients in such a trial needed to show benefit (or to disprove a lack of benefit) would have to be immense.



Quels antibiotiques?

- Antibiothérapie large spectre
- Couvrant les anaérobies
- Ex : anti-anaérobie + fluoroquinolone ou aminoside ou C3G



Selon quelle modalité ?

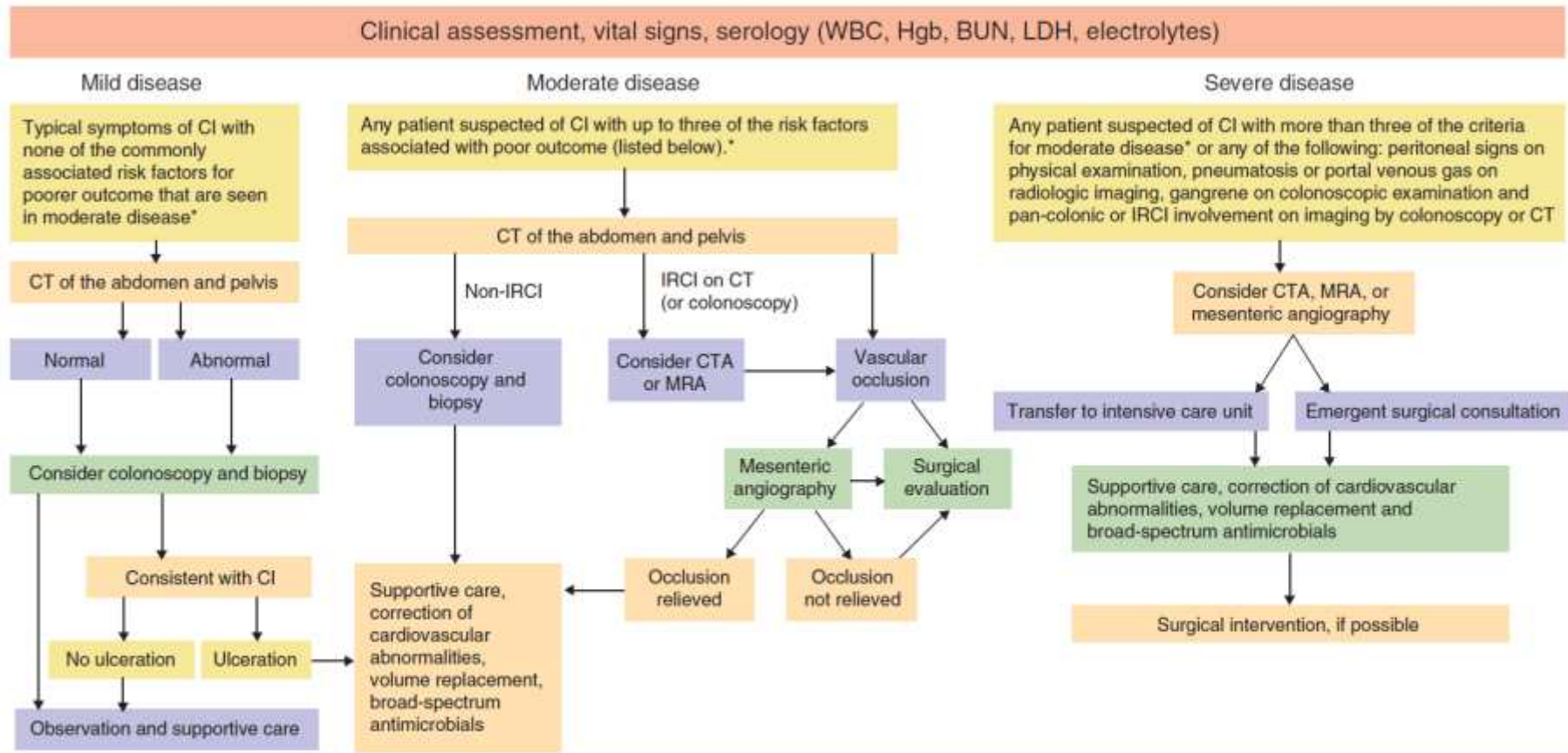
- Antibiothérapie pendant 72h avec réévaluation à ce terme
 - Si amélioration clinique : poursuite 7 jours
 - Si dégradation ou absence d'amélioration : prendre avis infectieux pour établir une stratégie

Merci pour votre attention





Algorithm for the management of patients suspected of having colon ischemia



* Risk factors associated with poor outcome: male gender, hypotension (SBP < 90 mm Hg), tachycardia (HR > 100 beats per min), abdominal pain without rectal bleeding, BUN > 20 mg/dl, Hgb < 12 g/dl, LDH > 350 U/l, serum sodium < 136 mEq/l (mmol/l), WBC > 15 x 10⁹/cmm

Figure 1. Diagnosis and treatment of colon ischemia (CI) based upon disease severity. BUN, blood urea nitrogen; CT, computed tomography; CTA, computed tomography angiography; Hgb, hemoglobin; IRCI, isolated right-colon ischemia; LDH, lactate dehydrogenase; MRI, magnetic resonance imaging; WBC, white blood cell count.

**Table 11. Risk factors for perioperative mortality**

Low output heart failure (e.g., cardiac ejection fraction <20% on echocardiogram)

Acute kidney injury

Subtotal or total colectomy

Lactate >2.5 mmol/l

Pre- and intraoperative catecholamine administration

Risk factors	Mortality
0	10.5%
1	28.9%
2	37.1%
3	50.0%
4	76.7%
5	100.0%

For each risk factor, one point is given (142).