



Médiastinites postchirurgicales : diagnostic et traitement

Postoperative mediastinitis: diagnosis and treatment

D.-C. Nguyen ^{a,*}, H.-T. Nguyen ^b

^a Service de chirurgie septique, Centre hospitalier universitaire Viet Duc, 40 Trang thi, Hanoi, Vietnam

^b Service d'anesthésie-réanimation, Centre hospitalier universitaire Viet Duc, 40 Trang thi, Hanoi, Vietnam

MOTS CLÉS

Médiastinites ;
Chirurgie cardiaque ;
Chirurgie
œsophagienne

Résumé Les médiastinites postchirurgicales sont des infections graves, compliquant une chirurgie cardiaque ou œsophagienne. L'incidence des médiastinites après sternotomie pour une chirurgie cardiaque est variable, de 0,15 % à 8 %. Les médiastinites postchirurgicales sont associées à un taux de mortalité extrêmement élevé, voisin de 50 %, principalement en raison du retard diagnostique et thérapeutique initial. Un choc septique constitue la présentation clinique habituelle. La radiographie du thorax, le scanner thoracique, le transit œso-gastro-duodénal constituent des examens complémentaires essentiels pour l'établissement du diagnostic. Leur traitement repose sur une antibiothérapie synergique, une aspiration échoguidée ou un drainage chirurgical associé à la chirurgie plastique, le traitement précoce du choc septique et des défaillances viscérales associées.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Mediastinitis;
Cardiac surgery;
Esophageal surgery

Abstract Mediastinal infection is a life-threatening complication observed after cardiac surgery or esophageal surgery, most commonly in cardiac surgery with an incidence of 0.15% to 8%. Even today the mortality remains as high as 50% when left diagnosed and treated lately. Septic chock is the most usual clinical presentation. Chest X-ray, thorax CT scanning, eso-gastroduodenal transit are essential investigations for accurate diagnosis. The treatment of mediastinitis ranges from aggressive antibiotic treatment, to local debridement of wound or surgical drainage associated with plastic surgery or to total sternal resection and reconstruction with flaps.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les médiastinites postchirurgicales sont des infections graves. Elles peuvent être classées suivant

leur localisation médiastinale, mais elles le sont plus souvent selon leur siège antérieur ou postérieur (Fig. 1, 2). Les médiastinites antérieures surviennent le plus souvent dans un contexte de sternotomie pour chirurgie cardiaque avec une incidence de l'ordre de 0,15 % à 8 %.¹⁻⁴ Les médiastinites postérieures surviennent le plus souvent

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chinhnddr@hn.vnn.vn (D.-C. Nguyen).

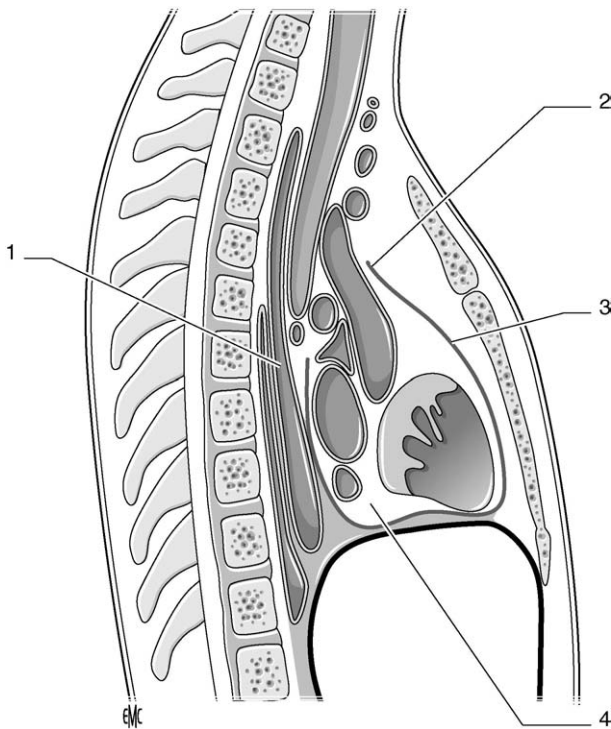


Figure 1 Coupe sagittale du thorax et des médiastins. 1. Médiastin postérieur ; 2. médiastin supérieur ; 3. médiastin antérieur ; 4. médiastin moyen.

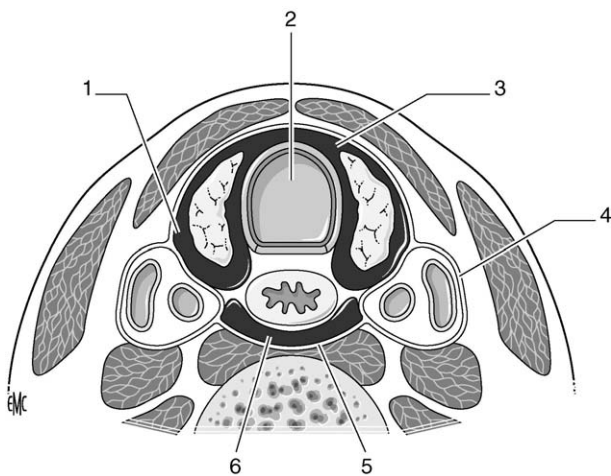


Figure 2 Coupe transversale du cou montrant les espaces anatomiques de diffusion des infections cervicales vers le médiastin.

1. Œsophage ; 2. trachée ; 3. espace prétrachéal ; 4. espace périvasculaire ; 5. fascia prévertébral ; 6. espace rétroviscéral ou rétropharyngé.

dans le contexte d'une chirurgie œsophagienne avec une incidence de 2 % à 8 %.⁴⁻⁸ Leur mortalité reste élevée, pouvant atteindre 50 %, principalement en raison du retard diagnostique et de la thérapeutique initiale.^{3,5,7,9-11} Leur présentation clinique est souvent grave au moment du diagnostic, constituée principalement par la survenue d'un choc septique.

Cette infection du médiastin d'une extrême gravité est soupçonnée devant un ensemble d'arguments cliniques et radiologiques. Elle doit être confirmée par au moins un des quatre critères suivants :^{7,9,12-14}

- germe isolé par culture tissulaire ou de liquide sternal ou médiastinal prélevé en peropératoire ou par aspiration échoguidée ;
- signes d'infection sternale ou médiastinale lors d'une intervention chirurgicale ou à l'examen anatomopathologique ;
- présence de fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$) ou de douleur thoracique ou d'instabilité sternale ;
- écoulement purulent du médiastin, germe isolé par hémoculture ou par culture du liquide de drainage du médiastin. Si les germes isolés font partie de la flore cutanée normale (staphylocoque à coagulase négative par exemple), deux cultures positives avec le même germe sont requises.

Les facteurs favorisant le risque de médiastinite sont la longueur de l'intervention et notamment du temps de circulation extracorporelle (CEC), la greffe bilatérale d'artère mammaire interne, les hémorragies postopératoires importantes entraînant des transfusions massives, les réinterventions avec reprise en urgence de la sternotomie, l'utilisation de bistouri électrique. Dans certains pays d'Asie du Sud-Est, l'utilisation de la cire d'abeille comme agent hémostatique constitue un facteur de risque important à la survenue d'une médiastinite. D'autres facteurs de risque sont fréquemment retrouvés chez ces patients : un syndrome de bas débit cardiaque et un massage cardiaque externe, une ventilation prolongée et plus encore une trachéotomie en chirurgie cardiaque ainsi qu'un drainage postopératoire en chirurgie œsophagienne. Enfin, des antécédents d'endocardite, de bronchopneumopathie chronique obstructive, d'obésité, de diabète, de cachexie, de tabagisme... sont des facteurs favorables au développement d'une médiastinite.^{1,7,14-16}

Les germes les plus souvent identifiés sont *Staphylococcus aureus* et *epidermidis*, *Streptococcus* bêta- et alphahémolytiques, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Bacteroides fragilis*.^{1,5,16-22}

Diagnostic

Il n'a pas de signes cliniques spécifiques de la médiastinite postopératoire. Le plus souvent, le diagnostic est évoqué devant un tableau septique grave survenant 3 à 5 jours après l'intervention. Les signes fonctionnels évocateurs peuvent être une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9167427>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9167427>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)