

# **PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DE L'URGENCE DES MEDIASTINITES DESCENDANTES NECROSANTES**

PR ABROUS  
UNIVERSITE ALGER1  
FACULTE DE MEDECINE 15/12/2023  
SERVICE ANESTHESIE REANIMATION  
CHU MUSTAPHA

# INTRODUCTION

Infection bactérienne nécrotique des tissus mous au niveau du médiastin

Le point de départ est souvent oropharyngé ou cervical

Urgence chirurgicale

Retard diagnostic

Affection rare avec morbimortalité sévère

**À différencier des mediastinites post opératoires**

# OBJECTIF

Evaluer la prise en charge des  
mediastinites au niveau des  
urgences médicochirurgicales  
(U.M.C) CHU MUSTAPHA



# MATERIELS ET METHODES

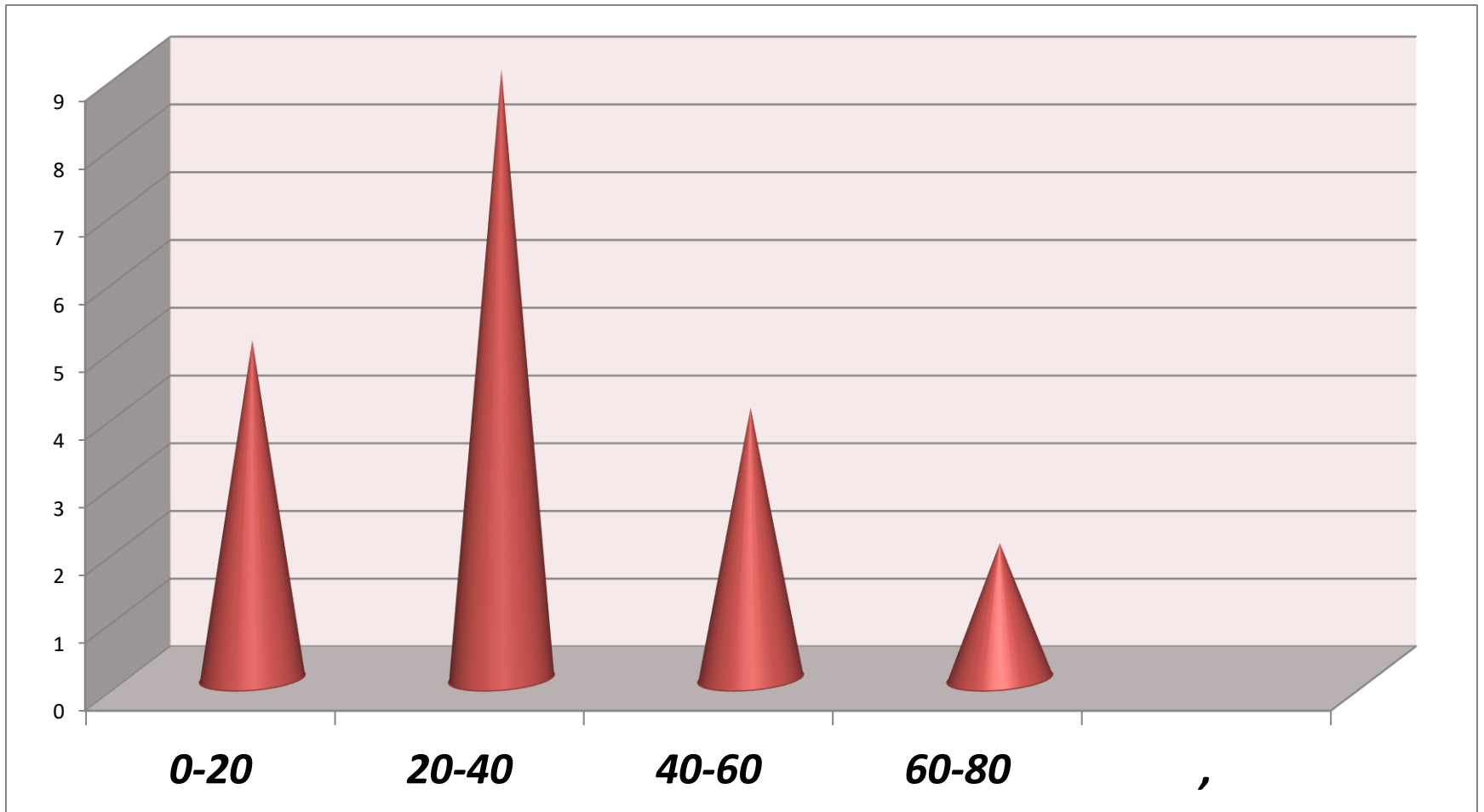
Etude analytique descriptive prospective portant sur **22 patients** hospitalisés aux U.M.C durant la période **MAI 2021- MAI 2023**

Les critères d'inclusion: cervicomédiastinites en dehors de la chirurgie chez toute personne adulte consultant dans le cadre de l'urgence .

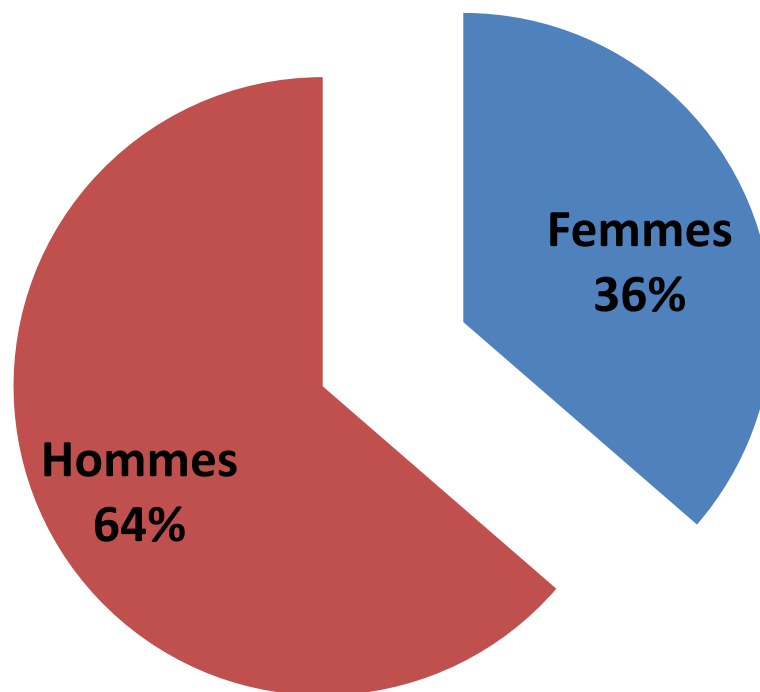
# RESULTATS

22 patients

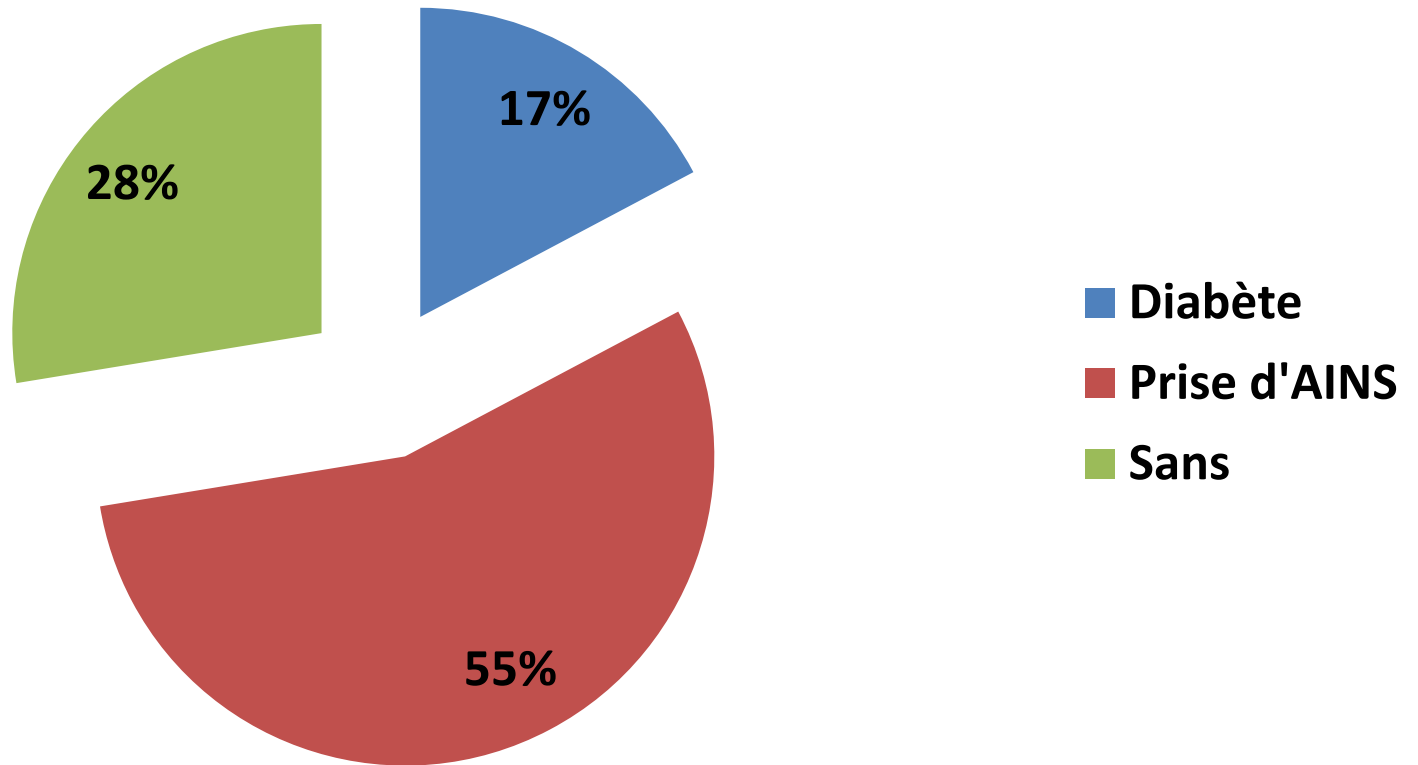
# RESULTATS (AGE)



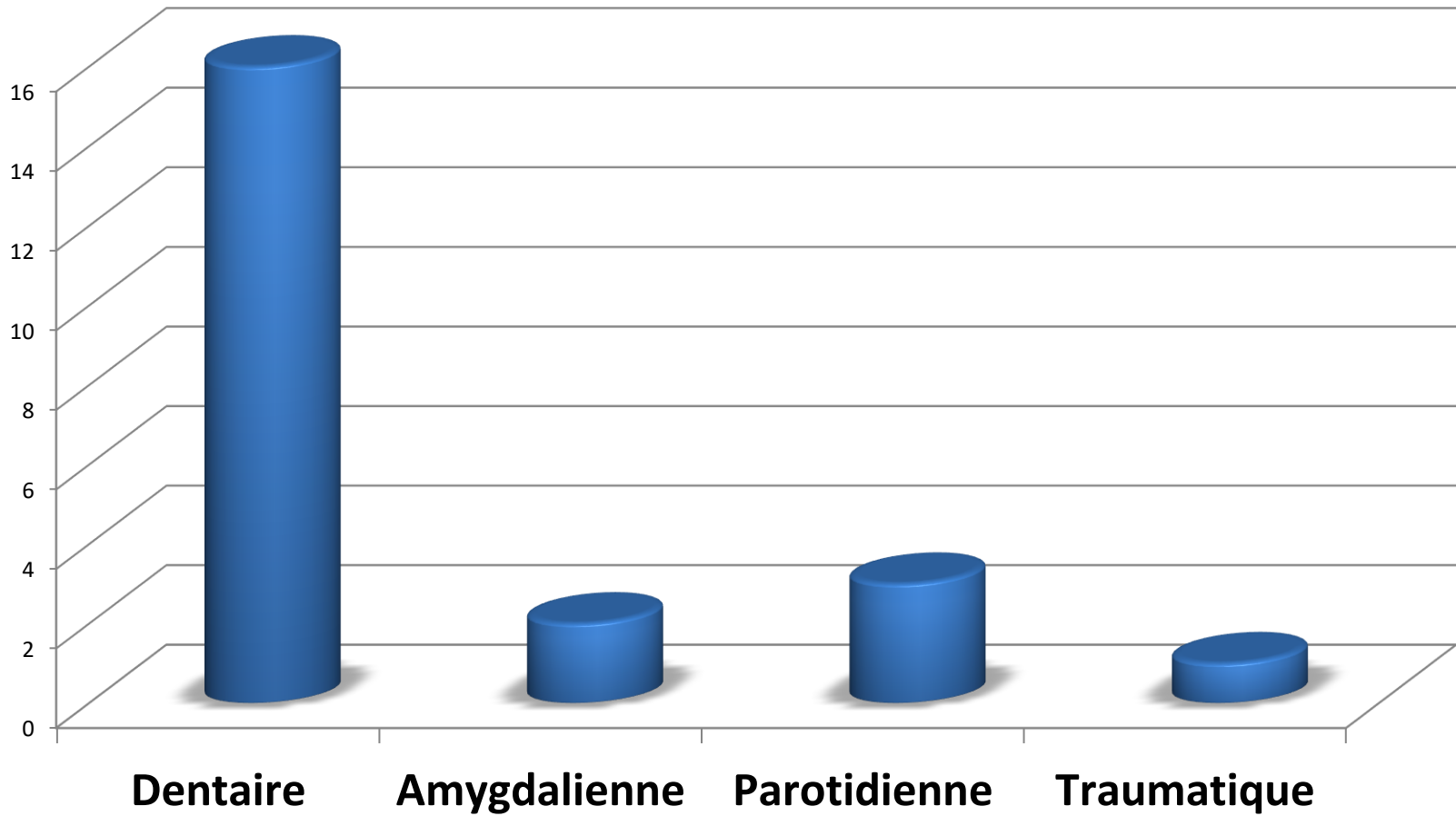
# RESULTATS (SEXE)



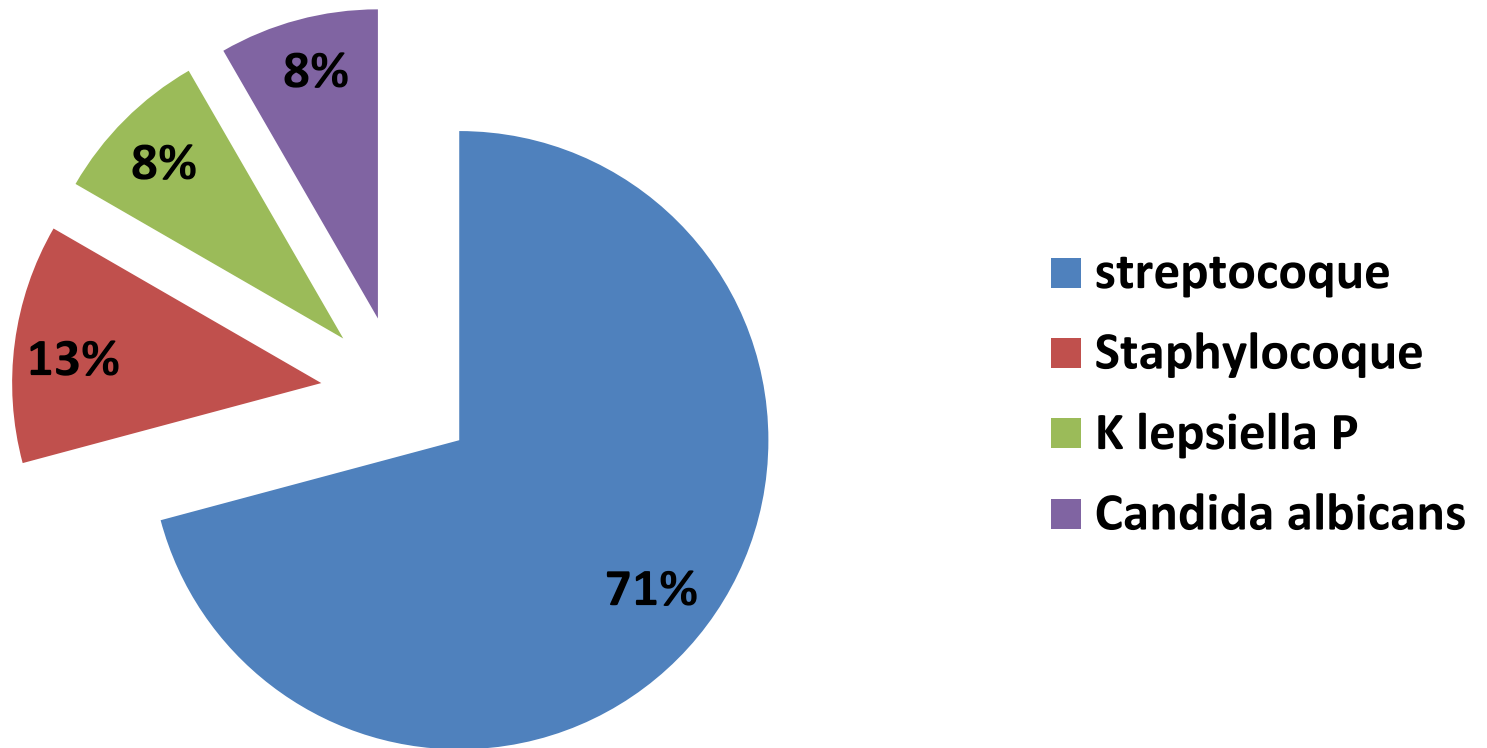
# RESULTATS ( TERRAIN )



# RESULTATS (PORTE D ENTREE)



# RESULTATS(ISOLEMENT DU GERME)



# RESULTATS

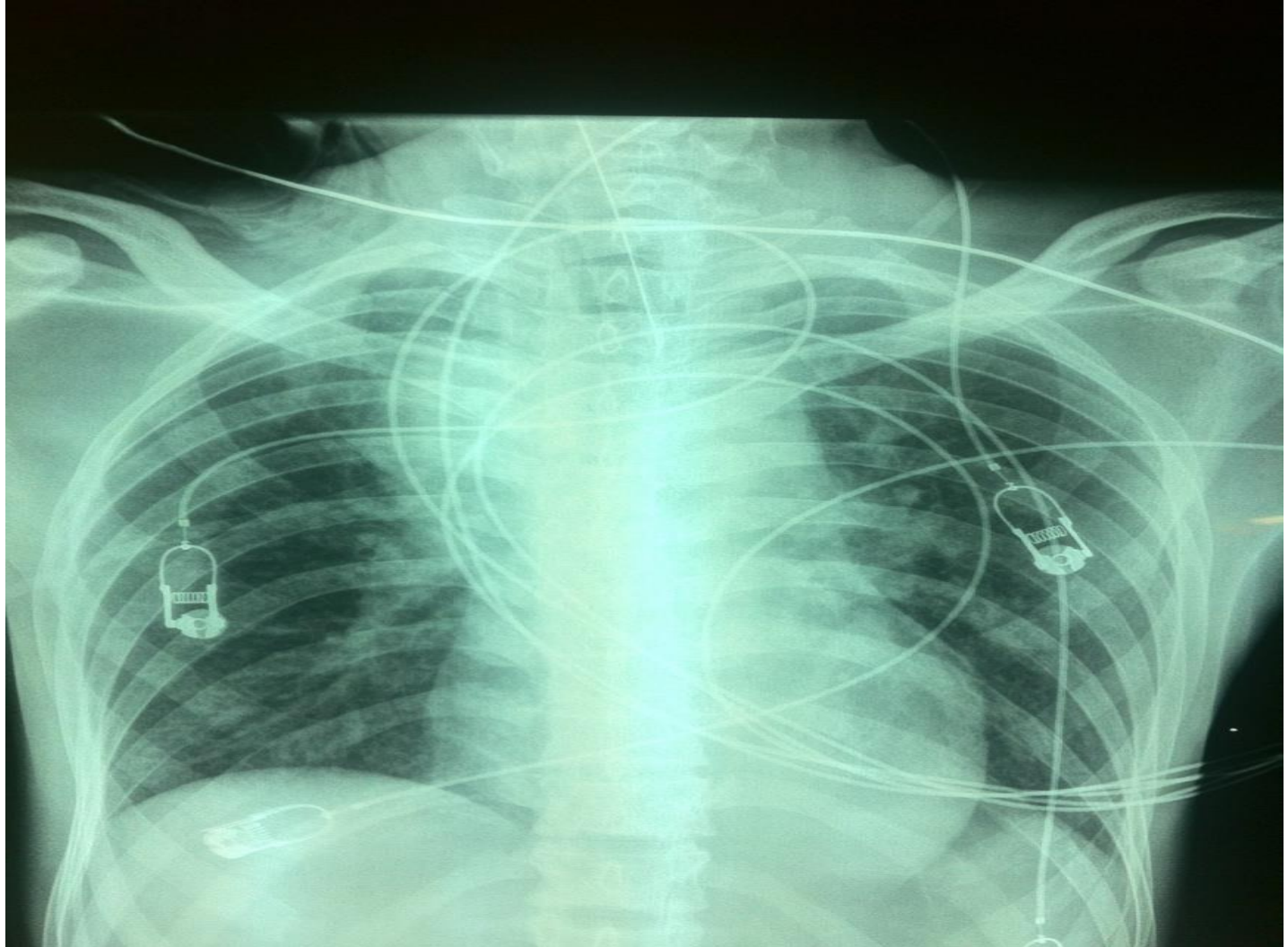
## (SYMPTOMATOLOGIE)

<b>SD infectieux</b>	22
Douleurs basithoracique ou rétroxyphoïdienne	16
Toux- expectoration -Dysphagie	14
<b>Tuméfaction cervicale</b>	19
<b>Emphysème sous cutané</b>	22
détresse respiratoire	2
Choc septique	3
Coma fébrile	1

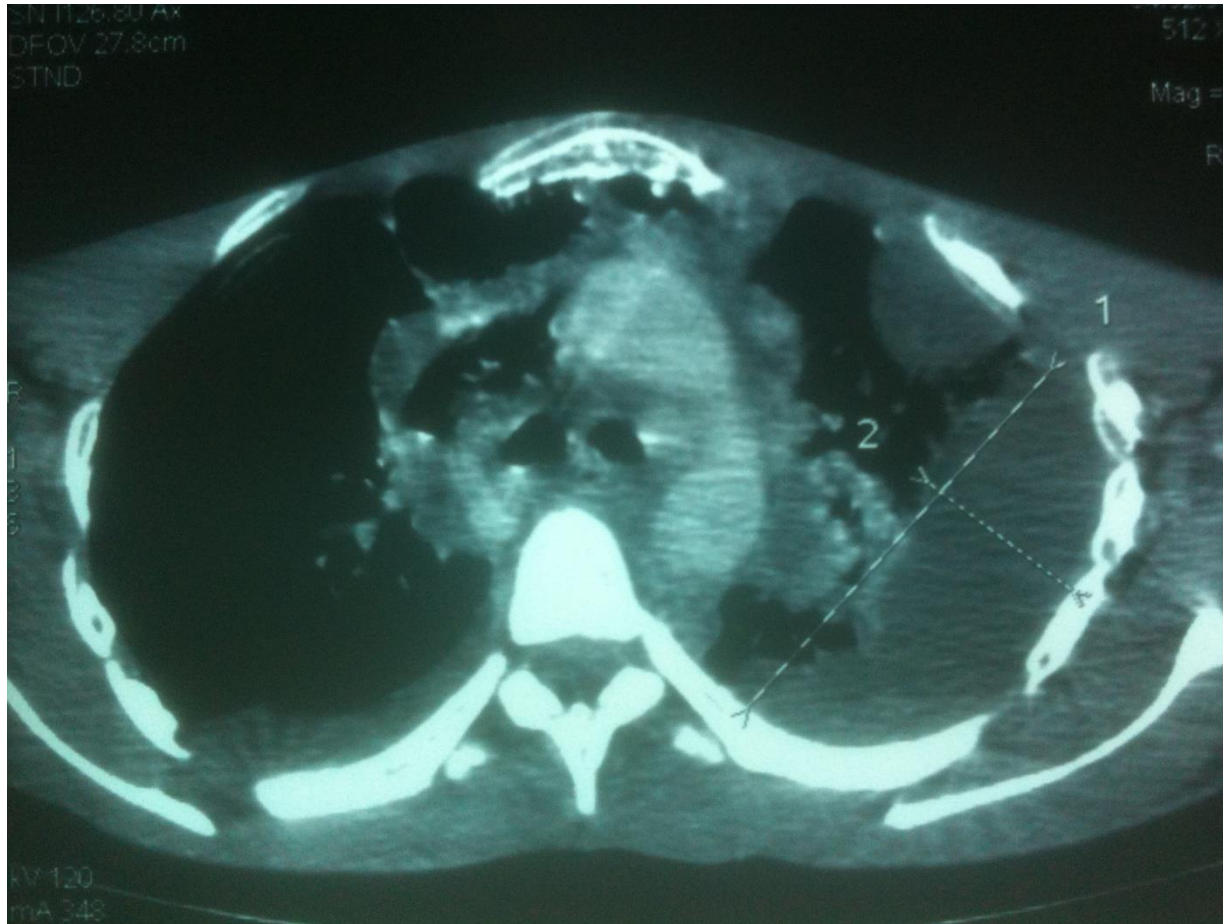
# RESULTATS(IMAGERIE)

<b>Imagerie</b>	<b>Résultat</b>
Radiographie thoracique de face ( 100% des cas )	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Elargissement du médiastin</li><li>➤ Epanchement pleural uni et/ou bilatérales</li></ul>
TDM cervico- thoracique avec produit de contraste (100% des cas )	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Le point de départ de l' infection: dentaire :16</li><li>✓ Densification de la graisse médiastinale :16</li><li>✓ Pneumo-médiastin :12</li><li>✓ Collection liquidienne +/- niveaux H.A :22</li><li>✓ Collection parotidienne avec niveau hydroaérique fusant vers le médiastin :3</li></ul>

# Elargissement du médiastin



# Pneumo-médiastin+épaississement de la graisse médiasténale+EP



# *RESULTATS(COMPLICATIONS)*

- pleurésie: 13
- Péricardite: 03
- Fistule oeso-trachéale: 02
- Thrombophlébite suppurée: 02

# RESULTATS (TRAITEMENT: 2 VOLETS)

## *volet médical*

### ➤ **Antibiothérapie probabiliste à large spectre**

- **C3G + metronidazole + aminoside.**
- **Amoxicilline + metronidazole + aminoside.**
- **Vancomycine + metronidazole + aminoside**
- **Fluconazole**

### ➤ **Infections liées aux soins: 14 patients**

Acinetobacter baumannii- Pseudomonas aeruginosa –  
Staphylocoque doré méticilline résistant

- **Imipineme**
- **Colistine**
- **Vancomycine**
- **Ciprofloxacine**



# *Volet Chirurgical*

	patients	Décès
Cervicotomie +LT+ DT	11 (50% )	08 ( 73% )
Cervicotomie +DT + thoracotomie	04 (18%)	00 ( 0% )
Cervicotomie initiale suivie d'une thoracotomie	07 ( 32%)	02 ( 23% )

LT= lavage thoracique

DT= drainage thoracique

**La Cervicotomie avec lavage et drainage thoracique est la technique**

**chirurgicale la plus pratiquée dans notre série.**

# RESULTATS(EVOLUTION)

## □ Evolution favorable : 55% des cas

Durée d'hospitalisation : 26 j – 60 j

Ablation des drains thoraciques entre 15 et 20j

Antibiothérapie prolongée(> 6s)(infections nosocomiales)

## □ Taux de mortalité : 45%

Un décès en per opératoire .

9 décès entre le 2<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> jour post opératoire .

# DISCUSSION

Nous avons recensé 22 patients majoritairement jeune avec prédominance masculine dont la porte d'entrée la plus fréquente était dentaire.

prise d'AINS pour la douleur (prescription par le dentiste, ou automédication) chez 55% des patients

le germe le plus retrouvé était le streptocoque  $\beta$  hémolytique

Tous les patients ont été prélevés en per opératoire et on a eu 17 résultats (acheminement des prélèvements)

# DISCUSSION

Des hémocultures ont été faites en post opératoire

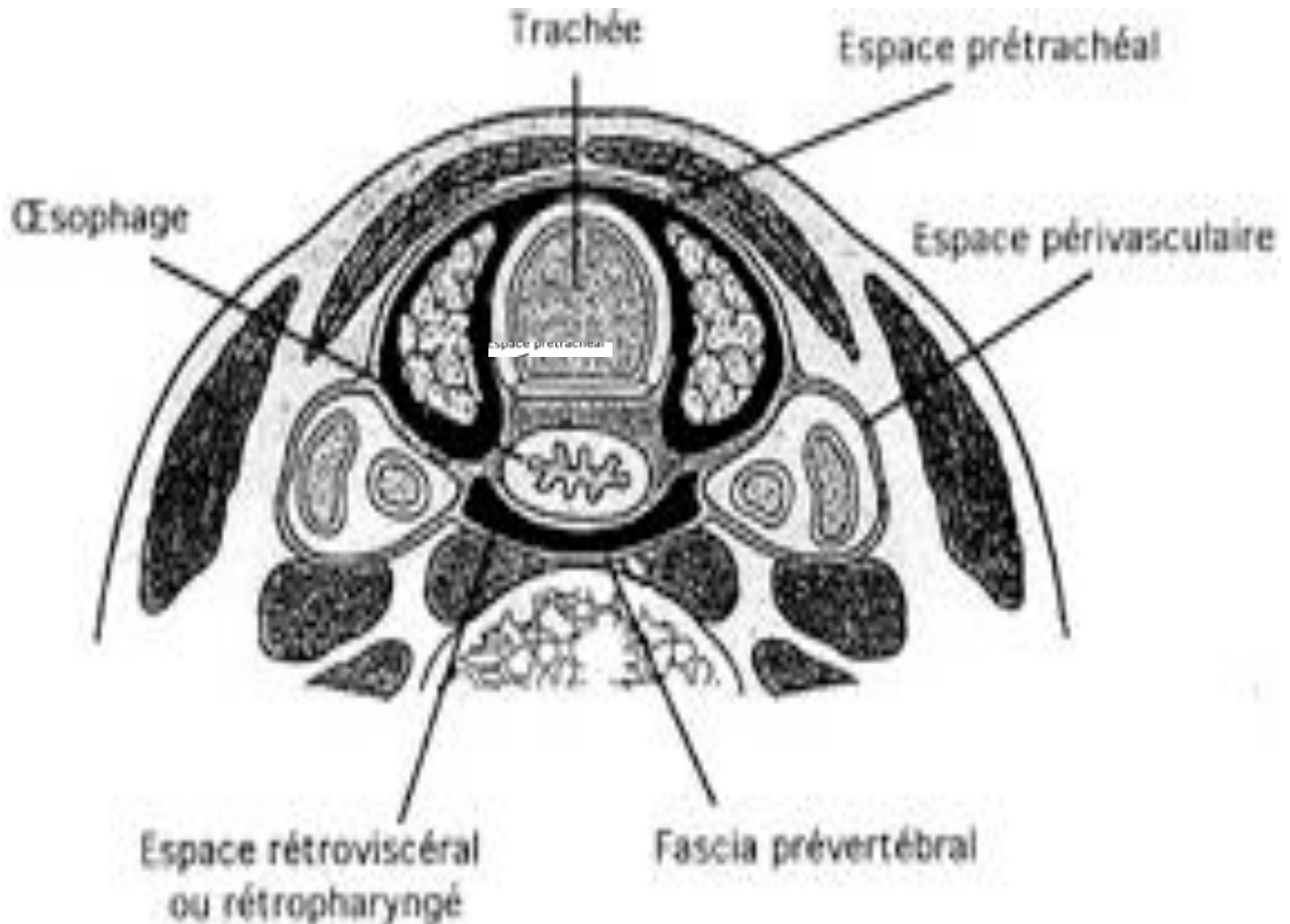
Tous les patients ont reçu une **Antibiothérapie probabiliste à large spectre** en per opératoire  
et réajustement en post opératoire

6 patients ont été trachéotomisés en per opératoire: intérêt d'un fibroscope

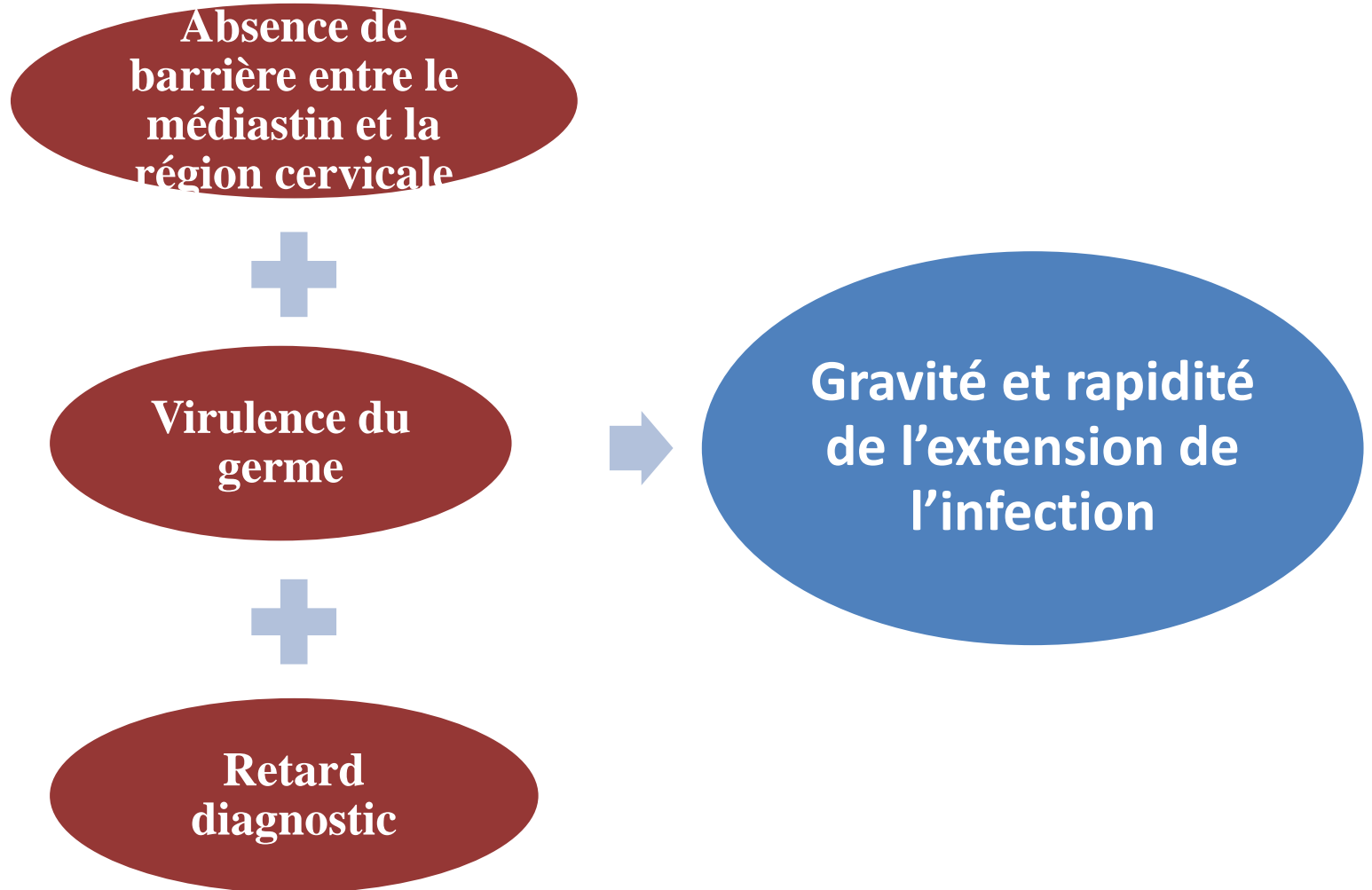
2 patients ont présenté une fistule oesotrachéale

63% des patients ont eu une infection nosocomiale(long séjour en post op)à acinetobacter baumannii, pseudomonas aeruginosa et staphylocoque doré meticilline résistant

# LES VOIES DE DIFFUSION



# *DISCUSSION*



# RETARD DIAGNOSTIC

- **Peu de signes spécifiques**
- **Anamnèse +++**
- **3 phases:**
  - Phase I: Abscès ORL
  - Phase II: Cervicite avec ou sans emphysème sous cutané
  - Phase III: Sd infectieux (choc septique) , toux, dyspnée, dysphagie, douleur retro-sternale Trismus , Empâtement cervical Collection cervicale

# RETARD DIAGNOSTIC

- **Radiographie pulmonaire**: Orientation
- **La TDM** : **clef du diagnostic**

**La porte d'entrée**

**Siege et étendu des lésions dans le médiastin**

**Complications**

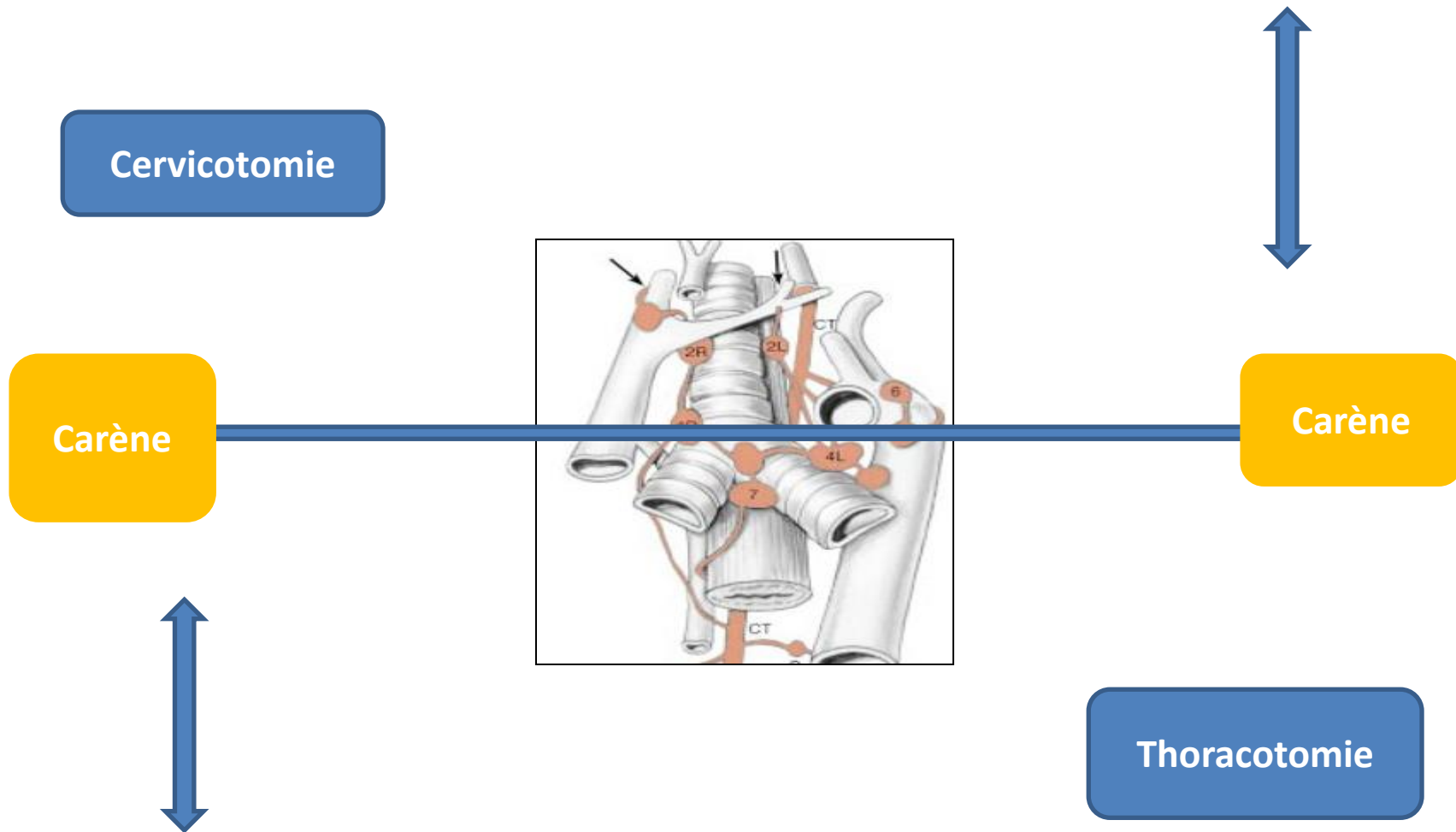
**Evaluation du TRT chirurgical**

**Tous nos patients**



**AU moins 2 TDM**

# TRAITEMENT CHIRURGICAL



# TRAITEMENT MEDICAL

C 3 G+aminoside+ METRONIDAZOLE

germe: streptocoque

PE dentaire: Amoxicilline+  
métronidazole+Aminoside

+Vancomycine si PE parotidienne

ANTIBIOTHERAPIE ADAPTEE A  
L ANTIBIOGRAMME

# CONCLUSION

**Pathologie lourde**

**Complicque les infections ORL ou dentaire à germes pyogènes**

**Clinique souvent fulminante**

**Urgence à explorer :TDM → Extension anatomique précise , détecte les CPL**

**La prise en charge chirurgicale est très dépendante de l'imagerie**

**Pronostic redoutable : Lourde mortalité**

**Traitement précoce et agressif**

**Approche multidisciplinaire++**

**Prévention +++++++**