

THROMBOPHLEBITE SUPPURATIVE: INFECTION NOSOCOMIALE DE LA VEINE PORTE, PYLEPHLEBITE

• *Aspects cliniques et commentaires*

- Infection de la paroi veineuse fréquemment associée à une bactériémie ou une thrombose [à différencier d'une infection sur cathéter (généralement pas de suppuration de la paroi veineuse)].
- Complication rare d'infection abdominale (par ordre de fréquence: diverticulite, appendicite, cholécystite). Parfois impossible d'identifier la source primaire de l'infection.
- Diagnostic souvent raté à cause de la présentation aspécifique: douleur abdominale, fièvre, frissons, fatigue, nausée, vomissements.
- Nécessite un traitement agressif et précoce (haute mortalité).
- Diagnostic nécessite une hémoculture positive (résultats positifs chez ± 70% des patients) + preuves radiologiques de la présence d'un thrombus (CT scan, échographie, ...).
- Souvent un traitement médical suffit. Si insatisfaisant: chirurgie (drainage des abcès, ligature de la veine).
- Rôle des anticoagulants est controversé.

• *Pathogènes impliqués*

Infection souvent polymicrobienne.

- *Bacteroides* spp.
- Entérobactéries.
- Streptocoques.
- *Pseudomonas aeruginosa*.

• *Traitement anti-infectieux empirique*

- Régimes.
 - Premiers choix.
 - Méropénem.
 - Pipéracilline-tazobactam.
 - Alternatives.
 - Céfépime + métronidazole.
 - Céfépime + ornidazole.
 - Ceftazidime + métronidazole.
 - Ceftazidime + ornidazole.
- Posologies standard.
 - Céfépime: 2 g iv q8h.
 - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
 - Méropénem: 1 à 2 g iv q8h.
 - Métronidazole: 500 mg iv q8h ou 1,5 g iv q24h.
 - Ornidazole: 1 g iv q24h.
 - Pipéracilline-tazobactam: (4 g pipéracilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): 28 à 42 jours.