

Cours destiné aux étudiants de 4^{ème} année de médecine
Module de gastro-entérologie

Péritonites aiguës

Pr Y. NACEREDDINE

Service de chirurgie oncologique
Centre De Lutte Contre le Cancer de Sétif
Faculté de médecine de Sétif

Objectifs

- Diagnostiquer une péritonite aigue
- Évaluer la gravité
- Connaitre les principales armes thérapeutiques
- Planifier la prise en charge

PLAN

1. **Définition**
2. **Rappel anatomique et physiologie**
3. **Étiopathogénie**
4. **Physiopathologie**
5. **Diagnostic:**
 - **Positif**
 - **Gravité**
 - **Formes cliniques**
 - **Différentiel**
6. **Traitement**
7. **Pronostic**
8. **Conclusion**

DÉFINITION

Inflammation aiguë, diffuse ou localisée, de la séreuse péritonéale, en réponse à une agression chimique ou bactérienne, qu'elle qu'en soit son origine, primitives ou secondaires.

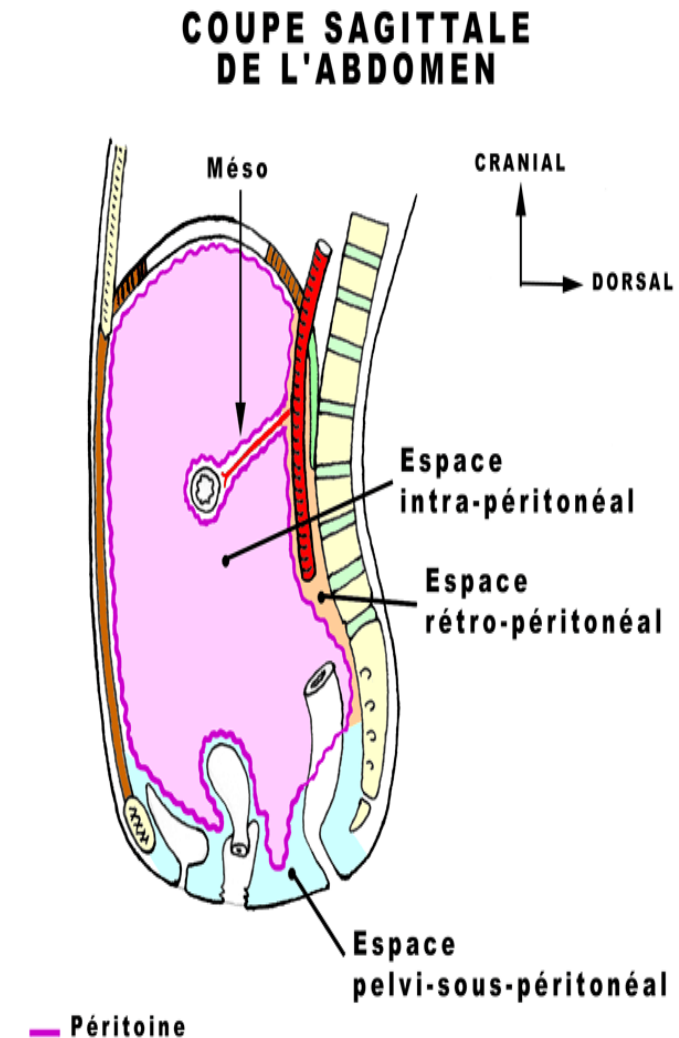
- **Fréquence** : c'est une urgence fréquente
- **Gravité** : la mortalité varie entre 0 - 50% ou plus dans les péritonites post opératoires (70%).

Urgence chirurgicale abdominale par excellence

- **Causes** : diverses mais dominées par les appendicites et les perforations d'ulcères.
 - **Diagnostic** : essentiellement clinique mais a largement bénéficié de l'apport des nouvelles techniques d'imagerie.
 - **Thérapeutique** : c'est une urgence médico-chirurgicale.
 - **Pronostic** : étroitement lié à la précocité du traitement
- Les progrès de la réanimation et de la chirurgie ont amélioré le pronostic**

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIE (1)

- **Le péritoine** est une membrane séreuse dont la surface atteint 2 m^2 , richement vascularisée et innervée, comportant deux feuillets en continuité l'un avec l'autre :
- **Un feuillet pariétal**, tapissant les parois de la cavité abdominale.
- **Un feuillet viscéral**, enveloppant tous les viscères de l'appareil digestif .
- Ces deux feuillets déterminent une cavité virtuelle, **la cavité péritonéale**, qui ne devient réelle qu'en cas d'épanchement liquidien ou aérique.



Plusieurs compartiments:

- Étage sus et sous méso colique
- Espace inter hépato diaphragmatique
- Arrière cavité des épiploons
- Gouttière pariéto colique
- Cul de sac de douglas



A



B

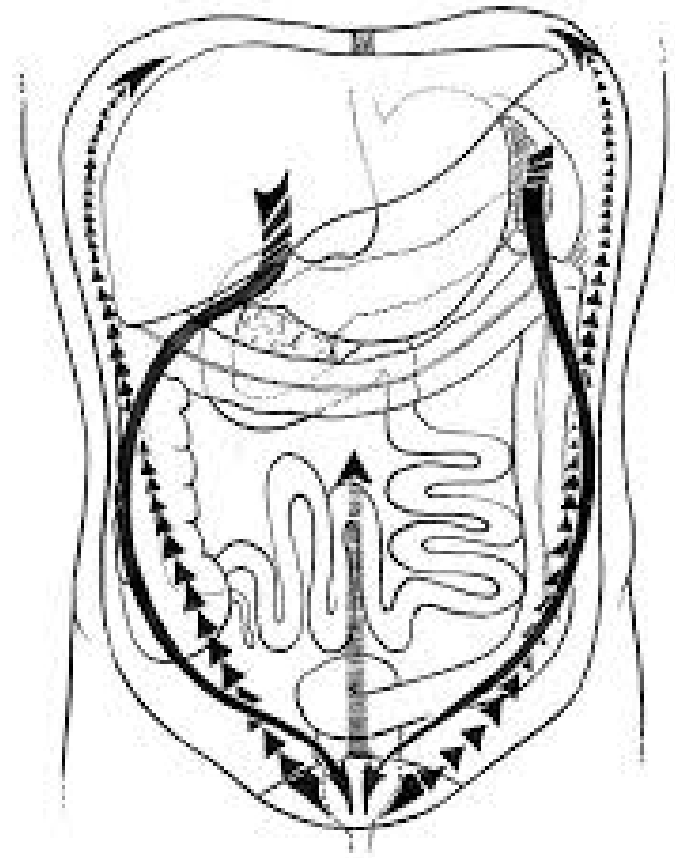
RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIE (2)

Le péritoine sécrète une sérosité visqueuse, riche en protéines, en cellules leucocytaires et histiocytaires facilitant :

- ✓ **le glissement des organes les uns par rapport aux autres.**
- ✓ **le péristaltisme intestinal.**
- ✓ **la défense contre l'infection (Première ligne de défense contre diverses agressions)**

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIE (3)

- Le péritoine se comporte comme une membrane semi-perméable soumise aux lois de l'osmose.
- Le pouvoir de résorption n'est pas le même partout : presque **nul** au niveau du cul-de-sac de Douglas, il est important sous les coupes diaphragmatiques
- La diffusion des liquides résorbés se fait par voie portale et par voie lymphatique transdiaphragmatique.

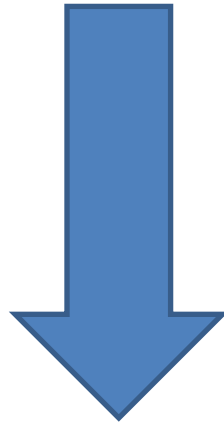


ETIOPATHOGÉNIE

Hambourg classe les péritonites en trois classes selon l'origine de l'infection:

- I. Péritonites aiguës primitives:** dues à une infection spontanée monobactérienne du péritoine d'origine hématogène ou par translocation
 - I. Rare, en absence de foyer infectieux intra abdominale ou de solution de continuité digestive
 - II. Surviennent sur un terrain particulier: cirrhose, ascite...
 - III. Leur traitement est médical.
- II. Péritonites aiguës secondaires:** les plus fréquentes
 - ✓ Soit : - par perforation d'un viscère creux (digestif ou biliaire)
 - dissémination d'un foyer infectieux intra abdominale
 - péritonites post opératoire: désunion anastomotique
 - Post –traumatique: plaie pénétrante
- III. Péritonites tertiaires:** infection persistante après une infection déjà connu (péritonite sans germes, péritonite fongique), associées souvent à une défaillance multi viscérale

Maladie locale



Défaillance multi viscérale

Agression séreuse péritonéale

← Inflammation du péritoine

Exsudation intra et extra péritonéale

Autodéfense péritonéale

Insuffisante

Suffisante

diffusion de l'infection
multiplication des germes et
sécrétion d'endotoxines
passage dans la circulation
générale

circonscription de la
collection (sécrétion
de fibrine, fausse
membranes, anses,
grand épiploon)

État de choc septique

Abcès ou péritonite
localisée

Agression de tout les organes

DMV

Irritation des
terminaisons
nerveuses sensibles
du péritoine
(contracture)

Iléus réflexe

Vomissement
Stase intestinale
3ème secteur

Hypo volémie

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

DIAGNOSTIC POSITIF

DIAGNOSTIC POSITIF (1)

I. Clinique:

a. Interrogatoire: antécédents, signes fonctionnels:

- ✓ **Douleur**: constante, brutale, intense, maximum d'emblée, aggravée par la respiration et les mouvements, son siège initiale et son maximum d'intensité a une valeur localisatrice, **devient rapidement généralisée**
- ✓ Nausées, vomissement, trouble du transit (arrêt des matières et des gaz, diarrhées)

DIAGNOSTIC POSITIF (2)

b. Signes généraux: pâleur, sueur, tachycardie, hypotension artérielle, oligurie, fièvre (fonction de la virulence du germe) ou hypothermie, faciès altéré, teint gris, marbrures cutanées, troubles psychiques (sepsis sévère). parfois état de choc septique et défaillance multi viscérale

c. Signes physiques:

✓ l'abdomen ne respire pas

✓ **Contracture abdominale**: signe capital; visible et palpable, rigidité musculaire permanente, douloureuse, invincible, généralisée et involontaire: « ventre de bois »

✓ **Défense abdominale**

✓ **Toucher rectal**: douloureux au cul de sac de douglas (CDG: puisard de l'abdomen)

✓ **Percussion**: tympanisme et matité des flancs



DIAGNOSTIC POSITIF (3)

II. Examens complémentaires

- Aucun examens complémentaires ne doit retarder la prise en charge car le diagnostic est clinique
- Ils permettent principalement d'évaluer le retentissement et d'orienter vers l'étiologie

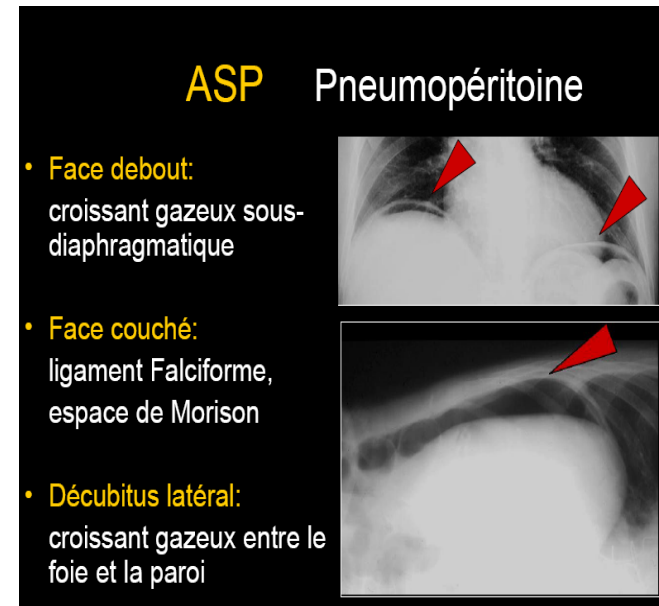
1. Radiographie d'un abdomen sans préparation

(ASP) (debout, couché, prenant les coupes diaphragmatiques): iléus reflexe, grisaille diffuse, +/- pneumopéritoine (PNP)

2. Echographie abdominale: épanchement, collection, orientation étiologique

3. TDM abdominopelvienne : PNP, épanchement, orientation étiologique

4. Biologique: hyperleucocytose, CRP +, bilan préopératoire



DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ

- ✓ **Sujet âgé**
- ✓ **L'étiologie néoplasique**
- ✓ **le terrain (pathologie cardiovasculaire, immunodépression...)**
- ✓ **l'existence d'un choc initial**
- ✓ **l'existence d'une défaillance viscérale**
- ✓ **l'origine de la péritonite** : les péritonites d'origine gastroduodénale, biliaire ont une mortalité (5 à 10 %) beaucoup plus faible que les péritonites d'origine colique, les infarctus mésentériques ou les péritonites postopératoires (50 à 100 %)
- ✓ **le délai préopératoire**
- ✓ **l'existence d'une péritonite stercorale ou purulente**

FORMES CLINIQUES

I. Formes étiologiques:

A. Appendiculaire: la plus fréquente

- Clinique: début FID, contracture +++ FID, fièvre
- ASP: pas de PNP
- Echo-TDM: étiologie
- Mécanisme: - En un temps: perforation appendiculaire
 - En deux temps: diffusion d'une pyo-appendicite
 - En Trois temps: rupture d'un abcès appendiculaire

b. Perforation d'un ulcère gastroduodénal:

- Clinique: - ATCD maladie ulcéreuse, AINS
- Douleur épigastrique en coups de poignard, brutale
- ASP: PNP

c. Biliaire: terrain, ATCD biliaire, douleur à début hypochondre droit échographie +++

d. Perforation colique:

☐ **Sigmoïdite** (diffusion ou rupture d' abcès ou perforation diverticule infecté):

- Clinique : douleur de la fosse iliaque gauche , sujet âgé avec ATCD de diverticulose connue, péritonite Pyo stercorale avec choc septique sévère
- ASP: PNP

☐ **Perforation colique néoplasique**

e. Péritonite génitale: salpingite, pyosalpinx

douleur hypogastrique, défense sus pubienne, leucorrhées, touché vaginal douloureux

f. Autres: colites inflammatoires, traumatiques, urinaires

g. Péritonites primitives: infection d'ascite chez le cirrhotique, tuberculeuse: interrogatoire, contexte particulier

h. Péritonite post opératoire: lâchage anastomotique, corps étranger, abcès résiduel

Signes non spécifiques: diarrhées, AMG, fièvre, tachycardie...

II. Formes évolutives

1. Asthénique: patient âgé, immunodéprimé, sous corticoïde

Signes généraux grave et absence de contracture, un tableau d'occlusion fébrile avec un météorisme important : pronostic grave

2. Toxique: signes généraux marqués et défaillance multi viscérale

III. Cas particulier: péritonite localisée

❑ **Plastron:** cloisonnement de l'infection, douleur localisée, fièvre, sensation de blindage → imagerie

❑ **Abcès:** sous hépatique, sous phrénique (hoquet, dyspnée, toux), fosse iliaque droite, cul de sac de douglas

Signes de suppuration profonde: fièvre, altération de l'état général , hyperleucocytose, signes locaux → imageries

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

✓ **Devant une douleur aigue**

Affections chirurgicales	Affections médicales
<ul style="list-style-type: none">• La pancréatite aigue.• Infarctus mésentérique.• Occlusion intestinal aigue.• Cholécystite aigue.• Grossesse extra utérine.	<ul style="list-style-type: none">• Péricardite aigue• Infarctus du myocarde• Embolie pulmonaire• Pneumonie des bases• Colique néphrétique• Colique hépatique• Poussé aigue ulcéreuse ou gastrite aigue

✓ **Devant la Contracture, il faut éliminer:**

- Fracture du rachis, du bassin.
- Hématome rétro péritonéale.
- Pathologie musculaire du grand droit (myosite, abcès, rupture).

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

BUT

- **Corriger les conséquences physiopathologique**
- **Traitement étiologique**
- **Traitement de la contamination péritonéale**
- **Drainage efficace de la cavité péritonéale**

MOYENS

1. Médicaux:

C'est une urgence médico-chirurgicale...

- ✓ hospitalisation en milieu chirurgical
- ✓ Voie veineuse centrale ou périphérique
- ✓ Prélèvements sanguins avec hémocultures +++
- ✓ Sonde gastrique et urinaire (CBU)
- ✓ Monitoring: ECG, TA, SaO2

a. Réanimation:

La prise en charge est tout d'abord médicale par des mesures de **réanimation** visant à combattre l'infection et le retentissement générale de la péritonite, afin d'assurer le succès du geste opératoire.

- ✓ lutter contre la défaillance multi viscérales
- ✓ Correction de l'hypo volémie et les troubles ioniques
- ✓ Lutter contre le choc septique
- ✓ Assistance ventilatoire
- ✓ Assistance nutritionnelle
- ✓ anti coagulation

b. Antibiothérapie: à large spectre, probabiliste, visant les germes digestifs, adaptés à l'antibiogramme, 10 jours

2. Traitement chirurgicale: par voie laparotomie ou laparoscopie, trois objectifs:

- Éliminer la cause: appendicectomie, suture d'ulcère, résection
- Traiter la contamination péritonéale par une toilette péritonéale soigneuse (liquide claire)
- Éviter la récurrence par un bon drainage de la cavité péritonéale

3. Drainage non opératoire: de certaines collections abcédées (traiter l'étiologie secondairement)

INDICATIONS

Qui opérer?

Toute péritonite aiguë secondaire ou post opératoire

- Péritonite aiguë primitive: traitement médical si doute: chirurgie
- Les collections localisées bien circonscrites post opératoire accessibles : drainage echo guider si échec chirurgie

Quand opérer? En urgence après une courte réanimation efficace

Comment?

- ✓ Laparotomie médiane ou laparoscopie
- ✓ Prélèvement bactériologique et aspiration de l'épanchement
- ✓ Exploration
- ✓ Traitement de l'étiologie
- ✓ Stomie temporaire si lésions colorectale: milieu septique-
pas de rétablissement de continuité
- ✓ Drainage efficace et fermeture pariétale

Exemple de traitement étiologique

➤ Perforation d'UGD

- La suture simple est de plus en plus préconisée.
- Si ulcère gastrique, le mieux est de réaliser une excision de celui-ci pour analyse anatomopathologique (un cancer n'est jamais exclus).

➤ Péritonites appendiculaires

- Appendicectomie par voie médiane ou par coeliochirurgie.

➤ Perforations coliques

- Extériorisation de la perforation et résection et rétablissement secondaire.
- Parfois suture immédiate et colostomie d'amont.
- Soit opération de Hartmann.

➤ **Péritonites biliaires**

- Cholécystectomie avec exploration de la VBP et drainage biliaire externe afin de vérifier le vacuité et l'intégrité en postopératoire.

➤ **Péritonites génitales**

- Chez la femme jeune le traitement doit être le plus conservateur possible (drainage) alors que chez la femme âgée ménopausée un traitement plus mutilant est possible.

➤ **Péritonites sur pyonephrose**

- S'assurer de l'existence et du bon fonctionnement du rein controlatéral même si le traitement la aussi doit être conservateur par simple drainage. Dans certains cas extrêmement grave avec destruction du rein, une néphrectomie peut être envisagée.

La surveillance post opératoire

- ✓ La surveillance ainsi que les soins ont une importance capitale dans la réussite de l'intervention chirurgicale.
- ✓ Cette surveillance a pour objectif de déceler et de traiter les complications telles que:
 - Les infections broncho-pulmonaires.
 - Les complications hémorragiques.
 - Les complications cardiaques et thromboemboliques.
 - Une fièvre persistante, l'absence de reprise du transit, une insuffisance rénale et hémodynamiques feront craindre une péritonite récidivante du fait d'un traitement initial incomplet.

PRONOSTIC

Dépond :

- **Âge**
- **Tares associées**
- **Siège de la lésion (sous méso colique de mortalité plus importante car septicité plus importante)**
- **Délai de prise en charge**

CONCLUSION

**De diagnostic clinique relativement facile, la
péritonite est une urgence médico chirurgicale
fréquente et grave dont le pronostic dépend
essentiellement de la qualité de prise en charge**

MERCI