

Les péritonites aigues

Cours de gastro-entérologie
4eme année médecine

Dr A.AZZI
Faculté de médecine Taleb Mourad
Sidi Bel Abbes

I-Définition-généralités

- Inflammation aigüe, diffuse ou localisée, de la séreuse péritonéale en réponse à une agression chimique ou bactérienne.
- Elle peut être primitive ou secondaire
- Il s'agit d'une urgence chirurgicale fréquente et grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital.
- Le diagnostic est basé sur la clinique
- Le diagnostic est plus difficile dans les formes asthéniques et postopératoires.
- Le pronostic est conditionné par le terrain, l'étiologie, le délai ainsi que la qualité de la prise en charge.

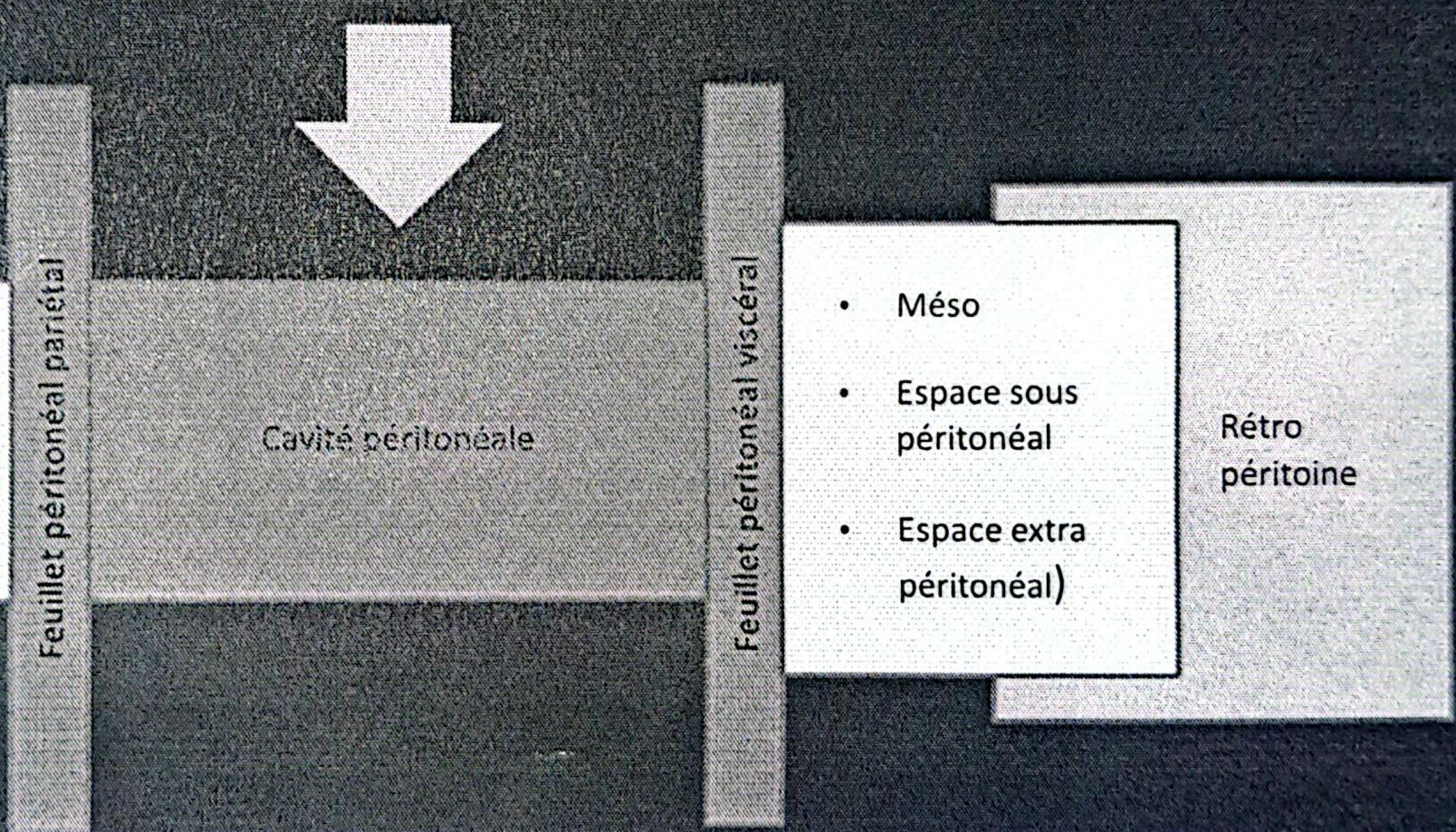
II- Rappel anatomique:

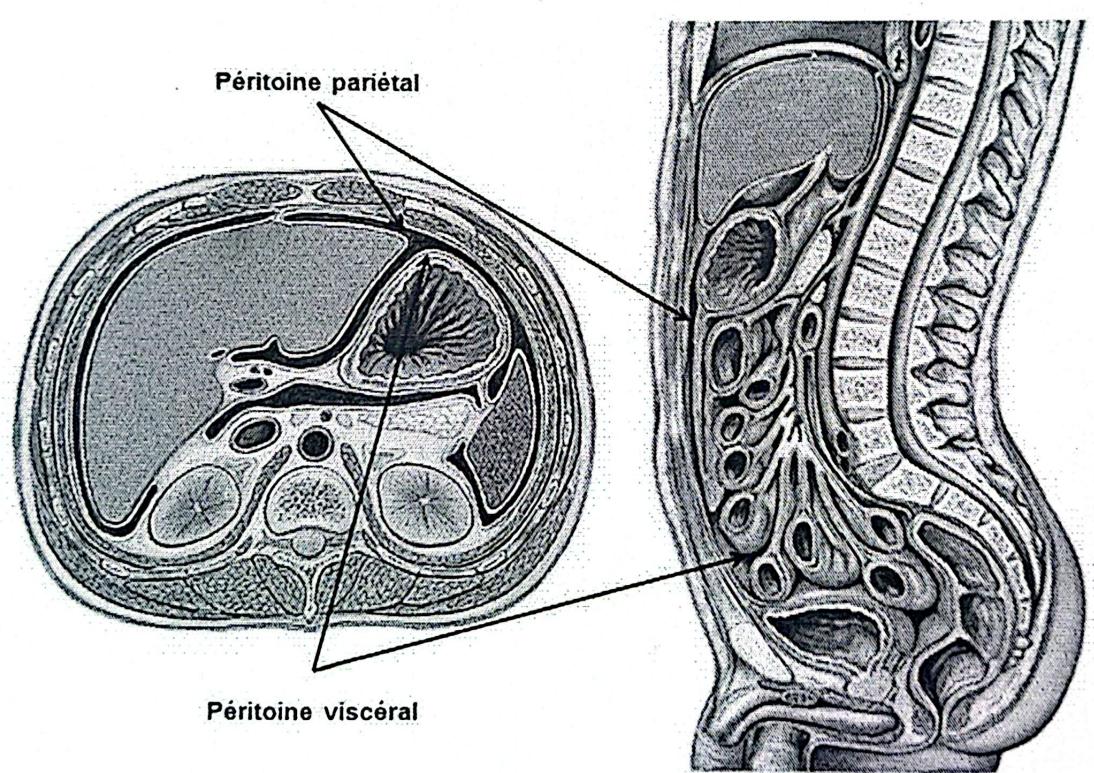
- Le péritoine est une membrane séreuse lisse et glissante qui double la paroi abdominale (péritoine pariétal) et se réfléchit à partir de cette paroi pour couvrir certains organes (péritoine viscéral).
- Il forme donc un sac à double paroi avec une cavité virtuelle qui contient un mince film liquide qui humidifie sa surface.

III- Rappel physiologique:

Le péritoine est doué de propriétés de sécrétion et de résorption qui s'équilibrent à l'état normal pour laisser dans la cavité péritonéale quelque ml de liquide nécessaire à la lubrification et à la mobilité des viscères

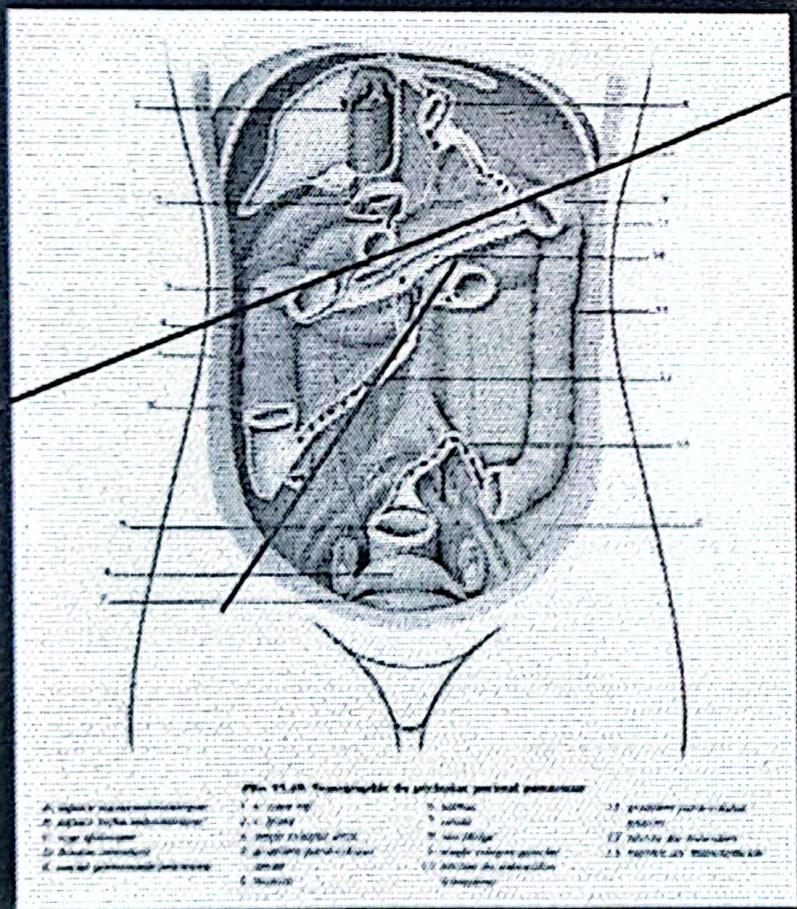
Localisation intra péritonéale





Bases anatomiques

Cavité péritonéale

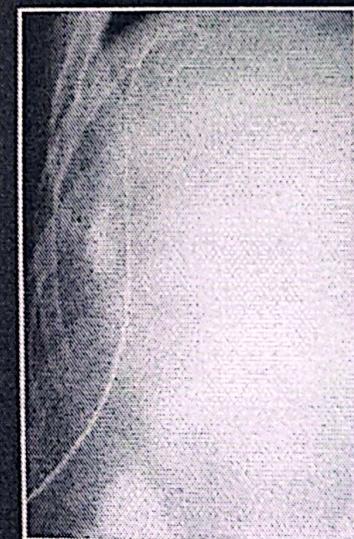
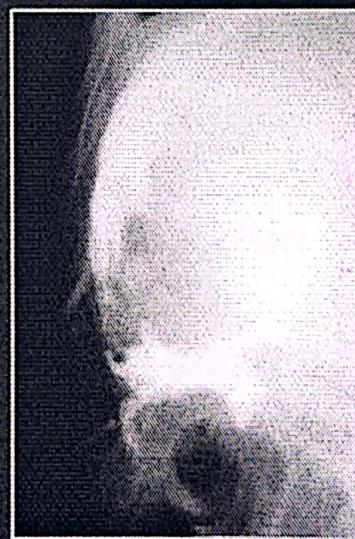
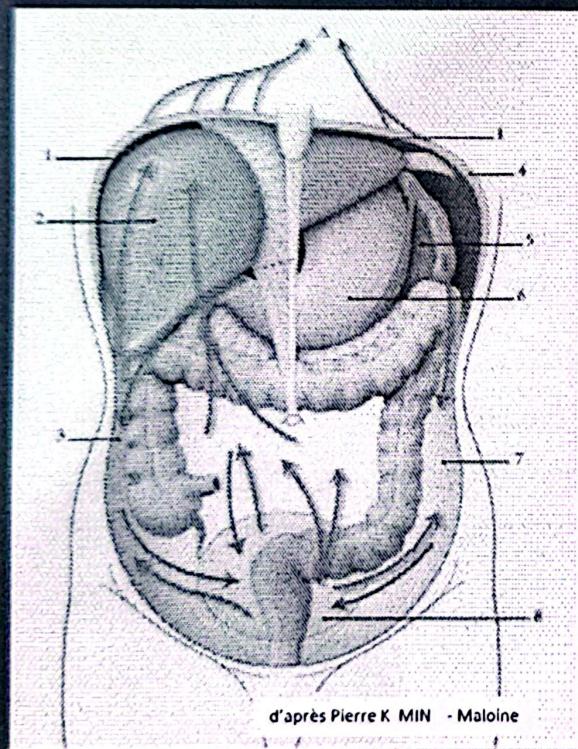


- Etage sus-mésocolique
 - Loge splénique
 - Espace sous hépatique
 - Espace sous phrénaire droit
 - Espace sous phrénaire gauche
- Etage sous-mésocolique
 - Espace sus-mésentérique
 - Espace sus-mésentérique

Cavité péritonéale pelvienne

Bases anatomiques

Cavité péritonéale



Communication entre les espaces sous-phréniques
espace latéro et sous hépatique/splénique

IV. Les différents types de péritonites :

1. Les péritonites chimiques :

La perforation digestive haute gastrique ou duodénale:

- Le liquide caustique acide ou alcalin, (acidité gastrique, suc pancréatique, bile et sels biliaires) provoquant une véritable brûlure chimique interne.
- Altération des capillaires péritonéaux qui provoquent la sécrétion dans la cavité péritonéale d'un liquide riche en protéine et en électrolytes.(exsudat).
- Iléus paralytique à l'origine d'une accumulation d'eau et d'électrolytes dans la lumière digestive.
- Au début, le liquide est peu septique, puis il se surinfecte et la péritonite devient bactérienne au bout de 6 heures. septique.

2. Les péritonites bactériennes:

- la perforation iléale ou colique;
- liquide fécal ou iléal qui contient une concentration élevée de germes aérobies et anaérobies.
- On va assister à une inflammation péritonéale intense entraînant une séquestration liquidienne avec apparition d'un 3ème secteur, d'un iléus paralytique et d'une hypovolémie.
- Ces germes sont dotés d'endotoxines qui vont passer dans la circulation générale à travers la séreuse péritonéale, entraînant une vaso-dilatation périphérique, une diminution du retour veineux et une défaillance myocardique contribuant à l'installation d'un état de choc.

V-Physiopathologie

A - Les moyens de défense du péritoine :

Le péritoine est une séreuse qui se comporte comme une membrane semi perméable avec une surface d'échange très étendue avec d'importantes capacités de défense :

- Transformation phagocytaire des cellules péritonéales
Exsudat diluant des germes ayant une action bactérienne
- Capacités adhérentielles obturant les brèches intestinales,
cloisonnant le péritoine.
- Réaction fibrinaire source d'adhérences

B - CLASSIFICATION DES PÉRITONITES

**classifications des péritonites de Hambourg :
les péritonites en trois classes selon l'origine de l'infection.**

1. Péritonite primaire

- Les péritonites primaires sont dues à une infection spontanée mono bactérienne du péritoine d'origine hématogène ou par translocation.
- Les causes les plus fréquentes sont l'infection d'ascite à *E. coli* chez le cirrhotique, l'infection à staphylocoque par l'intermédiaire du cathéter chez les patients avec dialyse péritonéale et la péritonite spontanée à pneumocoque de l'adulte.
- Leur traitement est médical.

2. Péritonite secondaire représentent 90 %

Les péritonites secondaires sont liées à la diffusion d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif.

Infection/perforation intra-abdominale
Appendicite
Diverticulite sigmoïdienne
Perforation d'ulcère gastro-duodénal
Cholécystite
Infarctus mésentérique
Perforation digestive tumorale ou diastatique en amont d'un obstacle
Maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique, typhoïde...
Post-opératoire
Désunion anastomotique
Contamination per-opératoire
Post-traumatique
Plaie pénétrante
Traumatisme fermé avec perforation ou ischémie digestive
Perforation endoscopique ou corps étranger

3. Péritonite tertiaire:

Les péritonites tertiaires correspondent à des infections abdominales persistantes malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions). La cavité abdominale est surinfectée par des micro-organismes peu virulents mais devenus résistants. Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multiviscérale.

C. Les manifestations secondaires à la péritonite :

- La défaillance circulatoire
- La défaillance rénale aigue
- La défaillance respiratoire aigue
- La défaillance métabolique aigue
- La défaillance hépatique
- La défaillance nutritionnelle
- L'hémorragie digestive
- Les troubles neurologiques

VI-Clinique

Forme type : péritonite aigue généralisée vue tôt de l'adulte

Signes fonctionnels :

a) La douleur abdominale :

- constitue le maître symptôme.
 - A début variable, brutale, violente ou plus progressive.
 - Elle est souvent permanente avec des paroxysmes.
 - Elle peut être diffuse d'emblée soit débuter de façon localisée à un quadrant de l'abdomen et diffuser secondairement à tout l'abdomen,
 - son siège initial oriente vers une étiologie.
- b) Les vomissements:** sont précoces et bilieux
- c) L'arrêt des matières et des gaz:** l'iléus paralytique, est plus tardif et parfois remplacé par une diarrhée

B. Signes généraux:

a -Etat général :

Rapidement altéré.

- le malade est figé.
- il a un faciès tiré avec des lèvres sèches, des yeux excavés, un pincement des ailes du nez.
C'est le classique faciès péritonéal.

b - La fièvre :

- peut être absente,
- soit présente autour de 39/40.
- parfois, remplacée par une hypothermie de mauvais pronostic.

C- Les signes physiques :

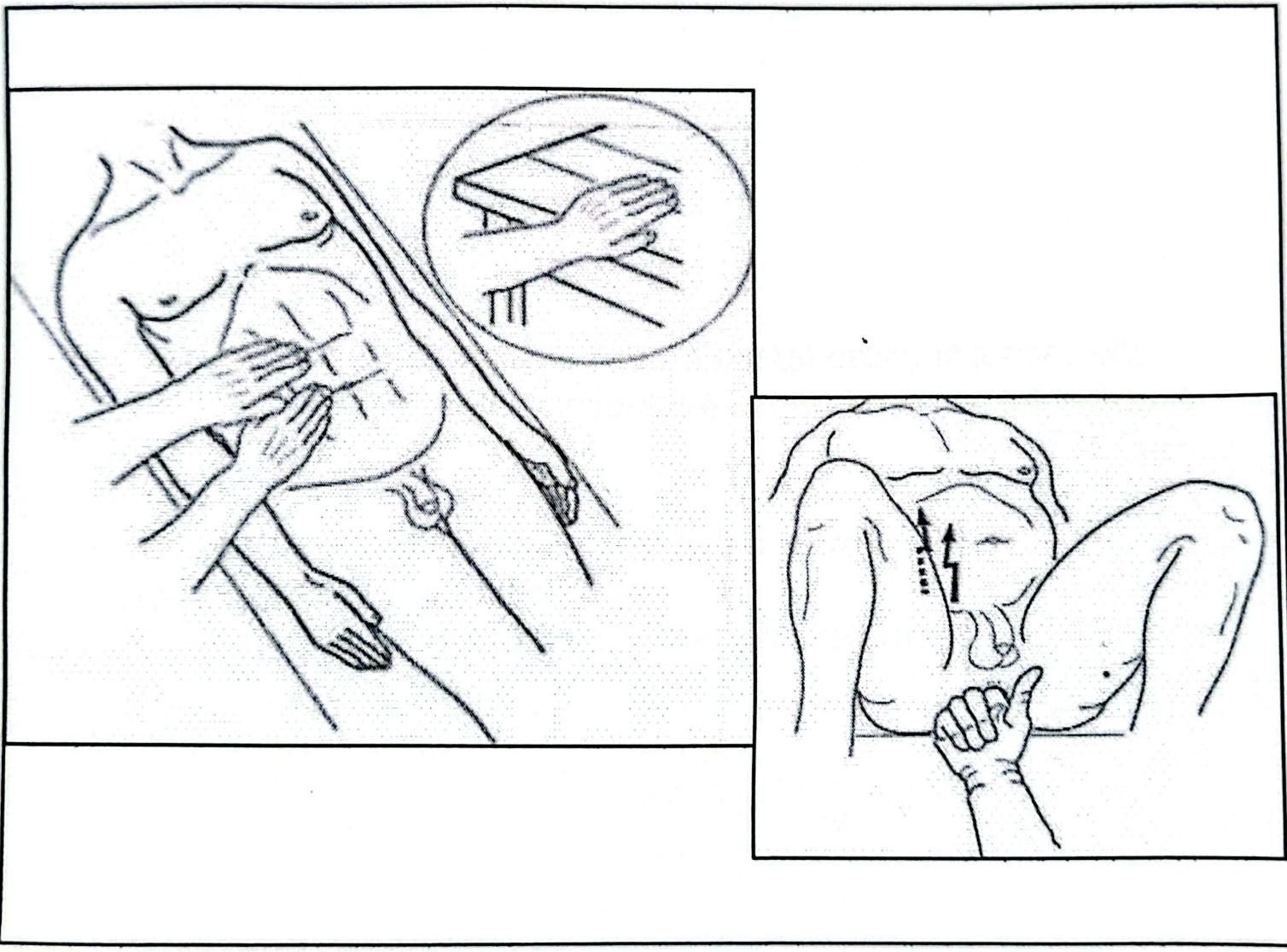
Inspection: L'abdomen est immobile, ne respire pas Les muscles droits sont contractés et saillants sous la peau visibles surtout chez le sujet maigre.

Palpation: Met en évidence la contracture abdominale qui est une rigidité pariétale reflexe, tonique, permanente, invincible et dououreuse réalisant un véritable ventre de bois.

Parfois, la contracture est remplacée par une défense généralisée.

la douleur vive lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque ont la même valeur sémiologique que la contracture et signe une irritation péritonéale.

Le toucher rectal : Réveille une douleur vive au niveau du cul de sac de DOUGLAS



C-Péritonites biliaires :

- Douleur débutant sous le rebord costal droit, intense, elle irradiant vers la région scapulaire droite.(colique hépatique)
- Vomissement bilieux .
- Ictère .
- fièvre (39° - 40°), sub ictere et défense de l'HCD.
- Antécédents de lithiasis biliaire.
- L'échographie et le scanner pose généralement le diagnostic

D-Péritonites génitales :

- Douleurs à prédominance pelvienne diffusant vers le haut.
- Vomissements et fièvre (39°-40°).
- Pertes vaginales fétides.
- Défense sus pubienne.
- TV douloureux.
- écoulement purulent cervical au spéculum.

E-Péritonites par perforation colique :

- Par perforation diastatique:
Siègent surtout sur le cœcum, en amont d'un obstacle colique gauche ou rectal.
- Par perforation in situ:
sur tumeurs malignes, amibiase, RCUH, sigmoïdite diverticulaire...
Le tableau clinique est celui d'une occlusion basse, fébrile.

F-Péritonites par perforation du grêle :

- Perforation typhique.
- Perforation d'ulcère Meckelien. (diverticule de Meckel)
- Perforation sur maladie de Crohn.
- Entérite nécrosante.
- Péritonites traumatiques.
- Péritonites lors d'un examen endoscopique

G - les peritonitesToxiques :

- Marquée par la gravité des signes généraux .
- Défaillance multiviscérale souvent irréversible
- Souvent retard diagnostic .

H - Les Formes Asthénique :

- Tableau d'occlusion fébrile parfois asthénique d'emblée (sujets âgés dénutris sous corticoïdes ou ATB intempestive) .
- Evolution tardive d'une péritonite négligée.
- Echographie abdominale et scanner aident au diagnostique,
- parfois exploration chirurgicale

Biologiquement :

- hyperleucocytose à polynucléaires
- élévation de la CRP.

Un scanner ne sera demandé que dans les cas où la symptomatologie clinique n'est pas typique et en l'absence de signes de choc.

L'appréciation du retentissement général de la péritonite :

- La prise de la TA et du pouls,
- signes périphériques de choc (cyanose des extrémités ou des marbrures cutanées , polypnée)

I.2 DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic de péritonite est clinique et en général assez facile.

- Des examens para cliniques sont utiles pour rechercher une étiologie ou planifier la prise en charge.
- Mais ils ne doivent en aucun cas retarder le traitement.

VII-Examens complémentaires

- En l'absence signes de gravité, les examens para cliniques peuvent aider à la recherche d'étiologies de la péritonite et son retentissement.
- Le diagnostic de péritonite est clinique . chez un malade ayant une contracture, la normalité des examens para cliniques ne doit pas faire remettre en cause le diagnostic.

La péritonite diffusion par : peut être inaugurale, généralisée d'emblée.

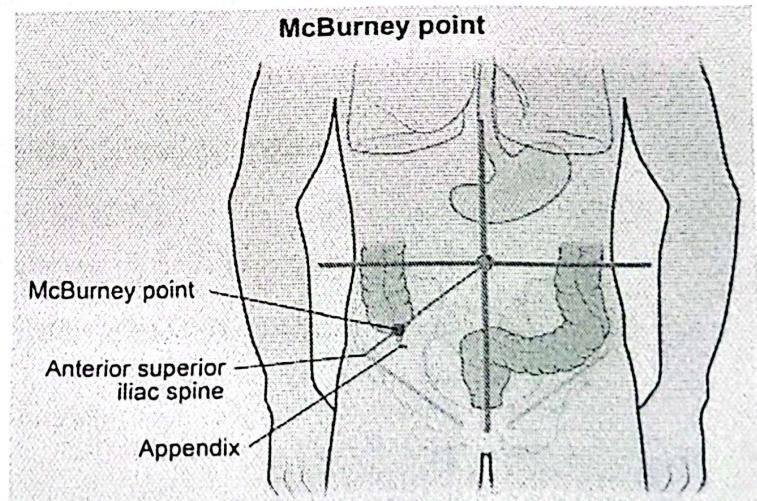
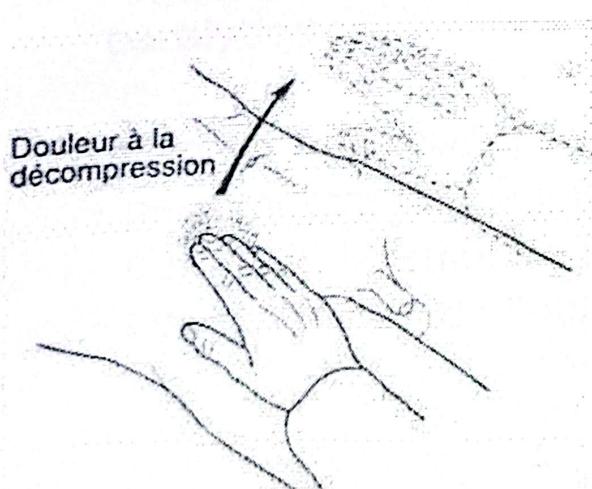
péritonite II aire compliquant un abcès ou un plastron appendiculaire qui se rompt secondairement dans le péritoine.

Typiquement:

- Au début douleurs de la fosse iliaque droite progressivement croissante associées à une fébricule.
- Secondairement, la douleur devient intense et se généralise à tout l'abdomen avec une fièvre souvent élevée à 39-40°C.
- À l'examen, les signes péritonéaux prédominant dans fosse iliaque droite.
- le TR est douloureux.

B-Péritonites appendiculaires:

- Douleur brutale de la FID.
diffusant rapidement à tout l'abdomen.
- Fièvre à 39°-40°C.
- Constipation parfois diarrhée .
- Défense prédominante dans la FID



La radiographie de thorax :

- met en évidence un pneumopéritoïne
- souvent volumineux et bilatéral,
- és d'abdomen sans préparation:
- on voit une distension du grêle en rapport avec l'iléus paralytique.

Le scanner apporte les mêmes informations :

- peut mettre en évidence un abcès
- ou une infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne
- avec présence de liquide intra-abdominal.

J- Péritonite post-opératoire

Elles sont la conséquence :

- d'une fuite d'une anastomose digestive
- ou d'une plaie opératoire méconnue de l'intestin.
- Elles surviennent le plus souvent entre le 5^e et le 7^e jour post-opératoire.

...

- Les signes cliniques peuvent être identiques à ceux d'une péritonite extrahospitalière mais souvent leur diagnostic est plus difficile.
- La douleur peut être mise sur le compte du geste opératoire ou bien être masquée par les antalgiques.
- L'iléus peut être imputé aux suites opératoires.
- les symptômes ne sont pas toujours en rapport avec le système digestif : troubles psychiques, insuffisance rénale, syndrome de détresse respiratoire, embolie pulmonaire

Le diagnostic doit être évoqué devant :

- une fièvre survenant quelques jours après une chirurgie abdominale.
- devant toute dégradation inexplicable des fonctions vitales.
- En l'absence d'autre cause évidente à cette fièvre, un scanner avec opacification digestive prudente s'impose et permet dans la grande majorité des cas d'établir le diagnostic.

A-Examens biologiques

N'ont aucune valeur diagnostique mais permettent

- d'évaluer la gravité de la péritonite (insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique).
- D'évaluer son retentissement infectieux (hyperleucocytose) .

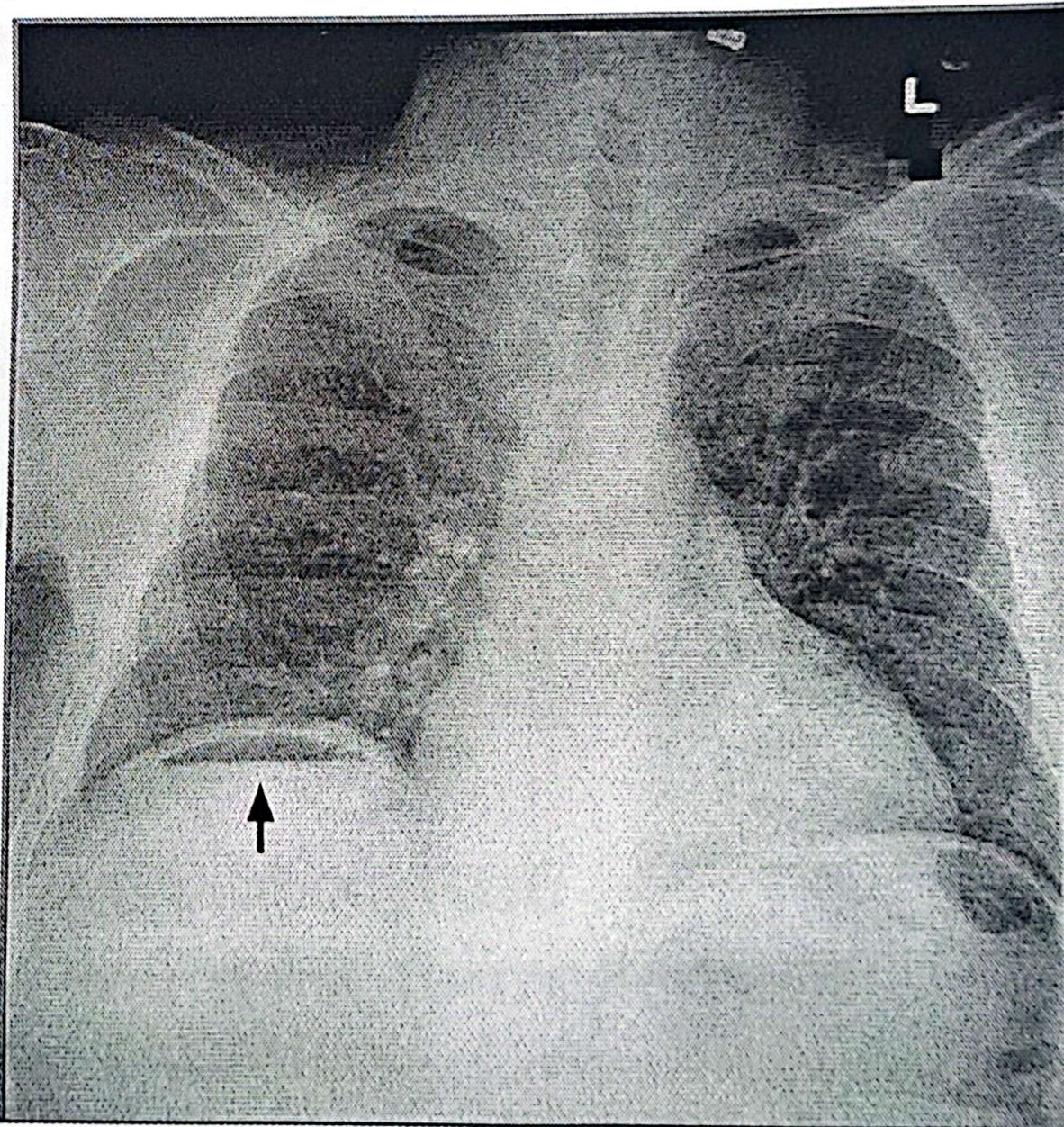
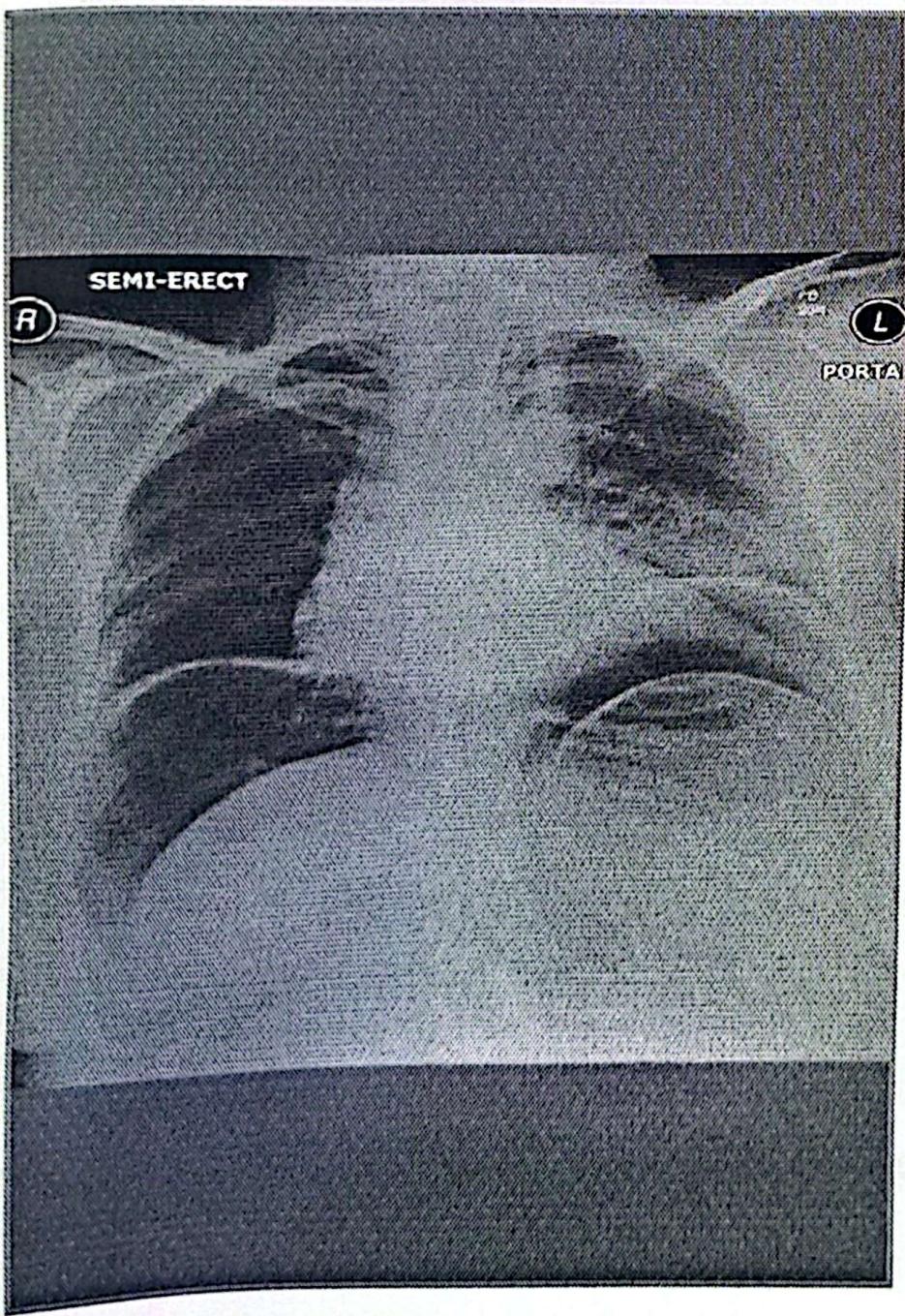
b. Abdomen sans préparation et ou tél thorax de face centrés sur les coupoles:

- recherche un pneumopéritoine croissant clair gazeux sous diaphragmatique uni- ou bilatéral, signant la perforation d'un organe creux.
- En cas d'épanchement liquide associé, un niveau hydro-aérique sous-diaphragmatique. - grisaille diffuse (épanchement péritonéal).
- La péritonite s'accompagne le plus souvent de signes d'iléus avec une dilatation gazeuse du grêle.
- Le pneumopéritoine peut être absent.

c-Echographie: Peut détecter la présence du liquide dans la cavité abdominale.

d-Scanner abdominal : (étiologie) Peut objectiver

- la présence du croissant gazeux.
- la présence de liquide
- la cause de la péritonite: diverticulite , infiltration péri-appendiculaire.....



La radiologie :

ASP et telthorax de face , les clichés centrés sur les coupoles

- Confirme le diagnostic de perforation par la présence d'un pneumopéritoïne dans 2/3 des cas de perforation des ulcères GD(absent dans 1/3des cas)

Scanner: plus performant montre :

- pneumopéritoïne .
- Liquide intra abdominale
- Peut montrer la perforation

Au début, il n'y a pas d'hyperleucocytose .

Une endoscopie digestive haute est formellement contre-indiquée dans cette situation.

VIII-Formes cliniques



I. Péritonite diverticulaire

- peut être généralisée d'emblée par perforation brutale d'un diverticule infecté en péritoine libre
- ou résulter de la perforation secondaire d'un abcès pérésigmoïdien
- compliquant une diverticulite (péritonite en 2 temps).

Le tableau clinique typique débute par des douleurs de la fosse iliaque gauche dans un contexte infectieux.

**Les signes péritonéaux apparaissent dans un second temps avec une douleur généralisée,
un syndrome infectieux marqué,
signes de choc car (péritonite stercorale).**

A-Péritonites par perforation d'ulcère gastro duodénal:

- douleur en coup de poignard.
- Début brutal.
- Début épigastrique, transfixiante, intense.
- Diffusant vers la FID puis se généralisant à tout l'abdomen.
- Contracture généralisée , à début épigastrique
- matité déclive des flancs.
- Le toucher rectal est douloureux.

L'interrogatoire cherche :

- Des antécédents d'ulcère, traité et suivi.
- La prise récente de médicaments gastro-toxiques (Anti-inflammatoires non stéroïdiens +++) .
- La perforation peut être inaugurale (maladie ulcéreuse inconnue) .

Il n'y a pas de fièvre, en tout cas dans les 12 premières heures (péritonite chimique).

L'examen trouve:

- une contracture généralisée
- ou encore localisée à la fosse iliaque gauche avec défense des autres quadrants,
- le Toucher rectal est douloureux, la température est élevée.

Biologiquement:

Il existe une hyperleucocytose à polynucléaires

Une élévation de la Protéine C réactive .

Il faut vérifier l'absence d'insuffisance rénale fonctionnelle surtout en cas de choc associé.

