

# Péritonites aiguës

M.CHADLI-UMC-CHU-SBA

## Plan

- I-Objectifs du cours
- II-Définition-généralités
- III-Rappel
  - A-Rappel anatomique
  - B-Rappel physiologique
- IV-Physiopathologie
  - A-Les moyens de défense du péritoine
  - B-Les différents types de péritonites
  - C-Les manifestations secondaires à la péritonite
- V-Clinique
  - A-Signes fonctionnels
  - B-Signes généraux
  - C-Signes physiques
- VI-Examens complémentaires
  - A-Biologie
  - B-ASP
  - C-Echographie
  - D-TDM abdominale
- VII-Formes cliniques
  - A-Péritonites par perforation d'ulcère gastro duodénal
  - B-Péritonites appendiculaires
  - C-Péritonites biliaires
  - D-Péritonites génitales
  - E-Péritonites par perforation colique
  - F-Péritonites par perforation du grêle
  - G-Péritonites post opératoires
  - H-Péritonites primitives
  - I-Péritonites Toxiques
  - J-Péritonites asthéniques
- VIII-Diagnostic différentiel
- IX-Traitement
  - A-Buts
  - B-Méthodes
  - C-Indications
  - D-Surveillance post-opératoire
- X-Conclusion
- Références

# I-Objectifs du cours

- Définir une péritonite aigue.
- Comprendre les mécanismes et les conséquences physiopathologiques des péritonites aiguës généralisées.
- Identifier les données cliniques et para cliniques utiles au diagnostic positif.
- Distinguer la péritonite aigue généralisée des autres urgences médicales et chirurgicales.
- Connaître les formes étiologiques des péritonites aiguës.
- Définir les buts du traitement.
- Connaître les modalités du traitement chirurgical en fonction de l'étiologie.
- Adapter une prise en charge rapide et efficace +++

## II-Définition-généralités

- Inflammation aigüe, diffuse ou localisée, de la séreuse péritonéale en réponse à une agression chimique ou bactérienne, elle est primitive ou secondaire
- Il s'agit d'une urgence chirurgicale fréquente et grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital du malade.
- Le diagnostic est basé sur la clinique en recherchant typiquement une contracture abdominale ou parfois une défense.
- Le diagnostic est plus difficile dans les formes asthéniques ou bien dans les péritonites postopératoires indiquant le recours aux examens d'imagerie représentés par l'échographie mais surtout par le scanner abdominal.
- Les étiologies sont multiples, le diagnostic étiologique est important à rechercher en se référant à l'anamnèse, à l'examen clinique et aux examens complémentaires.
- Le traitement est chirurgical encadré par la réanimation avec antibiothérapie péri-opératoire.
- Le pronostic est conditionné par le terrain, l'étiologie, le délai ainsi que la qualité de la prise en charge.

## III-Rappel

### A-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.

### B-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.

## IV- Physiopathologie

### A- Les moyens de défense du péritoine :

Le péritoine est une séreuse qui tapisse la cavité péritonéale et se réfléchit au contact des viscères. Il se comporte comme une membrane semi perméable qui réalise une surface d'échange très étendue. Il y'a 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. Les différents types de péritonites :

#### 1. Les péritonites chimiques :

Le type en est la perforation digestive haute gastrique ou duodénale, par la perforation va s'écouler un liquide caustique acide ou alcalin, (acidité gastrique, suc pancréatique, bile et sels biliaires) et va engendrer 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 associée à une diminution de l'absorption intestinale et des vomissements.
- Au début, le liquide d'origine digestive haute est peu septique, puis il se surinfecte et la péritonite devient bactérienne au bout de 6 heures.

#### 2. Les péritonites bactériennes:

- Le type en est la perforation digestive moyenne ou basse, iléale ou colique. A travers la perforation, s'écoule du 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, vont entraîner une vaso-dilatation périphérique, une diminution du retour veineux et une défaillance myocardique contribuant à l'installation d'un état de choc septique.

### C. Les manifestations secondaires à la péritonite :

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

# V-Clinique

-Forme type : péritonite aigue généralisée vue tôt de l'adulte sans préjuger de l'étiologie

## A. 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 débiter 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: traduit 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 :

Soit absente, soit présente autour de 39/40, parfois, elle est 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 réflexe, tonique, permanente, invincible et douloureuse réalisant un véritable ventre de bois. Parfois, la contracture est remplacée par une défense généralisée.

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

\*L'appréciation du retentissement général de la péritonite est faite par :

-La prise de la tension artérielle et du pouls, la recherche des signes périphériques de choc tel qu'une cyanose des extrémités ou des marbrures cutanées ,Une auscultation cardiaque et pulmonaire et appréciation de l'importance de la polypnée.

# VI-Examens complémentaires

A-Examens biologiques: insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique, hyperleucocytose

B-Radiographies d'abdomen sans préparation:

-pneumopéritoine visible sous la forme d'un croissant clair gazeux sous-diaphragmatique uni-ou bilatéral, signant la perforation d'un organe creux.

-niveaux hydro-aériques; grisaille diffuse (épanchement péritonéal).

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

D-Scanner abdominal : Peut objectiver la présence du croissant gazeux, du liquide et la cause de la péritonite: diverticulite, infiltration péri-appendiculaire...

## ASP

## Pneumopéritoine

- **Face debout:**  
croissant gazeux sous-diaphragmatique
- **Face couché:**  
ligament Falciforme, espace de Morison
- **Décubitus latéral:**  
croissant gazeux entre le foie et la paroi



## VII-Formes cliniques

### A-Péritonites par perforation d'ulcère gastro duodénal:

- Début brutal avec douleur épigastrique en coup de poignard, transfixiante, intense diffusant vers la FID.
- Contracture généralisée avec matité déclive des flancs.
- Dans les antécédents des patients, on retrouve un ulcère connu, traité et suivi. Si absence totale de symptomatologie, il s'agit d'une perforation inaugurale.
- Le pneumopéritoine est présent dans 75 % des cas de perforation des ulcères GD.

### 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.

### C-Péritonites biliaires :

- Douleur débutant sous le rebord costal droit, intense, elle irradie à l'épaule droite.
- Vomissement, fièvre (39°-40°), subictère et défense de l'HCD.
- Absence de pneumopéritoine.
- L'échographie pose généralement le diagnostic.

## D-Péritonites génitales :

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

## E-Péritonites par perforation colique :

- Par perforation diastatique:
  - \* Siègent surtout sur le cæcum, 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-Péritonites post opératoires :

En général, la péritonite post opératoire est due à un lâchage de suture (exple: suture anastomotique).

## H-Péritonites primitives :

Plus souvent chez le nouveau-né, le nourrisson ou l'enfant. Germes en cause : Gonocoque, pneumocoque, BK...

**I-Péritonites Toxiques:** Marquées par la gravité des signes généraux et la défaillance multi viscérale.

## J-Péritonites asthéniques:

Elles sont l'apanage des sujets âgés, dénutris, immunodéprimés ou sous corticoïdes .

# VIII- Diagnostic différentiel

## 1-Urgences chirurgicales :

-Pancréatite aigue nécrotico hémorragique, Infarctus entéro-mésentérique, Volvulus du grêle ,Hémopéritoine.

## 2-Urgences médicales :

- Hépatites dans leur phase pré ictérique.
- Syndromes abdominaux infectieux : Colites spasmodiques, fièvre typhoïde, iléites et entéro colites.
- Colique hépatique.
- Crise hyper algique de l'ulcère.
- Angéites nécrosantes et aortite abdominale.

- Affections génitourinaires : Colique néphrétique, salpingite, dysménorrhée...
- Affections thoraciques : Péricardite aiguë, infection du myocarde, embolie pulmonaire et pneumonie.
- Affections neurologiques : Tabès, zona...
- Affections infectieuses : Rougeole, scarlatine, angine, purpura rhumatoïde...
- Affections métaboliques : Insuffisance surrénalienne aiguë, hyperparathyroïdie, hyperlipémie, diabète, porphyrie aiguë...

## IX-Traitement

### A. Buts :

- . Corriger dans les délais les plus courts les troubles et les conséquences générales de la péritonite.
- . Traiter la péritonite
- . Supprimer si possible la cause

### B. Méthodes

#### 1. Mesures de réanimation :

- Corriger le trouble circulatoire : remplissage (Tension Artérielle et tachycardie, diérèse et Pression Veineuse Centrale témoin d'un bon remplissage)
- Trouble respiratoire : oxygénothérapie + kinésithérapie, parfois, ventilation assistée
- Défaillance rénale : remplissage (hémodialyse)
- Parvenir et traiter l'hémorragie digestive.
- Corriger les troubles d'hémostase
- Correction des troubles métaboliques
- Corriger la défaillance nutritionnelle (régime hypercalorique pour compenser les pertes)
- Antibiotiques : à large spectre et adaptés

#### 2. Chirurgie:

exploration et toilette de la cavité péritonéale (prélèvement, aspiration, toilette et drainage)

#### 3. Drainage non-opératoire (radiologique)

### C. Indications

- Qui opérer ? Péritonite secondaire et post-opératoire
- Péritonite primitive : traitement médical, opérer au moindre doute
- Collection locale : drainage radiologique
- Traitement étiologique :
  - Perforation d'ulcère : toilette + suture ou traitement radical
  - Perforation appendiculaire : toilette + appendicectomie + drainage
  - Perforation colique : colostomie en amont
  - Péritonite biliaire : cholécystectomie + drainage
  - Péritonite génitale : traitement médical ±toilette
  - Péritonite post-opératoire : toilette + stomie

### D. Surveillance post-opératoire

## X-Conclusion

- Le diagnostic d'une péritonite aigue est essentiellement clinique. Les examens complémentaires le confirment.
- La précocité de ce diagnostic et du traitement conditionne le pronostic vital.
- La prise en charge est médicochirurgicale.
- Les principes et les modalités du traitement chirurgical dépendent de l'étiologie de la péritonite aigue.

## Références

- Université Ferhat Abbas de Sétif faculté de médecine péritonites aigues Pr i. ouahab
- Cours Commun de Résidanat Juillet 2019 Sujet 57 : Péritonites aigues 1 N°Validation : 0757201920
- Péritonite aigüe; Module de Gastro-Entéro-Hépatologie; 4 e année médecine –Rotation 3 – 2015/2016