

# Cours De Résidanat

## Sujet:57

### Péritonites aiguës

Physiopathologie, Diagnostic, Orientations thérapeutiques.

---

#### Objectifs :

- 1- Définir les péritonites aiguës (PA)
- 2- Expliquer les mécanismes étiopathogéniques des PA
- 3- Expliquer les conséquences physiopathologiques des PA
- 4- Décrire les aspects anatomopathologiques des PA
- 5- Préciser les éléments cliniques permettant de poser le diagnostic d'une PA
- 6- Apprécier sur les données cliniques et paracliniques la gravité d'une PA
- 7- Etablir le diagnostic étiologique d'une PA à partir des données cliniques et paracliniques
- 8- Planifier la prise en charge thérapeutique d'une PA dans ses différentes formes cliniques

## I. Introduction : (objectif n°1)

Les péritonites aiguës (PA) se définissent comme étant l'inflammation aiguë généralisée ou localisée de la séreuse péritonéale le plus souvent d'origine infectieuse. 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. Il est primordial de savoir poser à temps le diagnostic d'une PA et d'entamer rapidement les mesures thérapeutiques afin d'améliorer le pronostic. 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 pré per et postopératoires. La chirurgie consiste à supprimer la suppuration intra péritonéale et éradiquer sa cause. Le **pronostic** est conditionné par le terrain, l'étiologie, le délai ainsi que la qualité de la prise en charge.

## II. Etiopathogénie des péritonites aiguës (objectif n°2)

Les péritonites aiguës peuvent se voir à tout âge quelque soit le sexe.

### A. Selon le mode de contamination :

On distingue selon la classification de Hambourg (annexe 1) trois types de PA ; les péritonites primitives, les péritonites secondaires et les péritonites tertiaires.

Les péritonites **primitives** sont très rares (**1 - 2%**) ; les péritonites **secondaires** sont la règle (**98%**) et elles représentent environ **7% des syndromes douloureux aigus de l'abdomen chez l'adulte**.

Les **péritonites tertiaires** correspondent à des **infections abdominales persistantes malgré un traitement bien conduit**

#### 1. Les péritonites bactériennes secondaires : **spontanée**

Elles sont les plus fréquentes et sont dues à une cause **locale** qui se traduit par une inoculation **chimique** ou **septique** à partir d'un viscère abdominal. Cette inoculation peut avoir lieu soit par **perforation** ou par **diffusion**. Ce type de PA survient souvent **spontanément**, elles sont rarement **iatrogènes**, **post traumatiques** ou **postopératoires**.

Ce sont des infections polymicrobiennes liées à la flore intestinale pathogène :

**entérobactéries** (Escherichia coli) et **anaérobies** (Bacteroides fragilis) dont la virulence est accrue par une **synergie aéro-anaérobie**.

La cause **la plus fréquente** des péritonites secondaires est **l'appendicite compliquée**, puis viennent les **perforations d'ulcères gastroduodénaux** vus tardivement, les **sigmoïdites** et les autres infections digestives ou gynécologiques.

Les **péritonites secondaires** peuvent aussi être consécutives à **un acte opératoire abdominal (péritonites post opératoires)**. Elles **sont les plus graves** et sont généralement secondaires :

- \* soit à une désunion d'une **anastomose** digestive favorisée par une malfaçon technique
- \* soit une **surinfection d'une collection** de sang ou de lymphes favorisée par un défaut d'hémostase et ou un drainage abdominal inadéquat.

## 2. Les péritonites bactériennes primitives :

Ce sont des PA rares et surviennent en l'absence de foyer infectieux primaire intra abdominal ou de solution de continuité du tube digestif. La contamination péritonéale se fait souvent **par voie hématogène** au cours d'une **septicémie**, plus rarement par **translocation bactérienne**. Ce sont des infections à un seul germe : cette flore **monomorphe** est caractéristique des péritonites primitives ; **moins de 10% des péritonites primitives** sont des infections polymicrobiennes (les germes en cause sont le **streptocoque ou le pneumocoque chez l'enfant**, et les **entérobactéries chez l'adulte** : **le BK** est aujourd'hui exceptionnellement en cause).

Les péritonites primitives s'observent chez les **tuberculeux**, les **diabétiques**, les patients qui présentent un syndrome **néphrotique**, et l'étiologie la plus fréquente est **l'infection de l'ascite** chez le cirrhotique qui se définit par un **nombre de polynucléaires supérieur à 250 par mm3 d'ascite**, avec **une flore monomorphe à l'examen direct**. **Leur diagnostic est difficile** (douleurs abdominales vagues, légère défense, fébricule...)  
du à la présence d'un cathéter de dialyse péritonéale

## 3. Les péritonites tertiaires :

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 ou des levures**.

Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multiviscérale.

## B. Selon la diffusion de la péritonite :

On distingue

- **Les péritonites généralisées** à toute la cavité péritonéale

- **Les péritonites localisées** la prise des atb favorise la formation des abcès appendiculaire

dont la formation est entre autre expliquée par des particularités anatomiques et physiologique de la cavité abdominale qui sont :

- \* l'existence d'une région déclive comme le cul de **sac de Douglas**
- \* les **courants intra-péritonéaux** préférentiels
- \* la présence au moment de l'inspiration d'une **zone de pression négative sous le diaphragme** alors que dans le reste de l'abdomen règne une pression positive.
- \* **le cloisonnement de la cavité péritonéale**, la circonscription du foyer **lésionnel** par **l'inflammation du péritoine** et la sécrétion de fibrine qui engendre l'agglutination des surfaces péritonéales autour du foyer septique le transformant en un abcès localisé exclu du reste de la cavité.

Parmi les péritonites localisées les plus fréquentes :

- \* **les abcès sous phréniques** qui peuvent succéder à un abcès du foie ou de la rate ou compliquer une intervention chirurgicale portant le plus souvent sur un viscère sus méso colique.
- \* **les abcès du Douglas** qui peuvent succéder à une **suppuration annexielle** par exemple ou compliquer un geste chirurgical tel qu'une **appendicectomie**.

### III. Physiopathologie : (objectif n°3) (annexe 2)

#### 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 :

Selon la nature de l'agression péritonéale, on distingue deux 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. Cette brûlure entraîne :

- **une altération des capillaires péritonéaux**

qui provoquent la **sécrétion** dans la cavité péritonéale d'un **liquide** riche en **protéine** et en électrolytes, notamment **Na+** e fuite plasmatique péritonéale par exsudation

elle provoque également une **séquestration** dans et sous l'épaisseur du péritoine pariétal et viscéral d'une **importante quantité de liquide** secondaire à l'œdème et l'inflammation.

✓ Il se constitue alors un **3ème secteur** à l'origine d'une **hypovolémie** avec **hyponatrémie** qui s'aggrave au fur et à mesure que se prolonge l'inflammation péritonéale.

- **un 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 qui **aggravent l'hypovolémie**.

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**.

En fonction du site de la perforation ou de la fuite digestive la concentration bactérienne varie énormément : plus la perforation est distale, plus la péritonite est septique.

- Estomac : 103 germes/ml
- Jéjunum : 102-104/ml
- Iléon : 106-107/ml
- Colon : 1012 bactéries/g de selles

## 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 :

Les PA retentissent sur les grandes fonctions de l'organisme

### 1. La défaillance circulatoire : provient de

- **L'hypovolémie** : due au 3ème secteur et aggravée par les vomissements
- L'action des **endotoxines** qui altèrent les résistances périphériques
- **L'incompétence myocardique**

Cette défaillance circulatoire aboutit à un état de choc grave qui est au début réversible sous l'effet du traitement puis rapidement irréversible.

## 2. La défaillance rénale aiguë :

L'IRA oligurique ou anurique est directement liée à l'**hypovolémie**, elle est le plus souvent **fonctionnelle** et est liée à l'ischémie rénale corticale avec baisse de la filtration glomérulaire, le choc infectieux peut provoquer une IRA **organique par néphropathie tubulo-interstitielle**.

## 3. La défaillance respiratoire aiguë :

L'insuffisance respiratoire aiguë provient **initialement** d'une diminution de la ventilation par action **mécanique directe** : distension de l'abdomen, contracture de la paroi et diminution du jeu diaphragmatique. **Secondairement**, l'hypoxie est aggravée par l'acidose métabolique, alors que la péritonite septique provoque un accroissement des besoins en oxygène des tissus.

## 4. La défaillance métabolique aiguë :

Il apparaît une **acidose** métabolique, une hyperlactatémie, par diminution de la perfusion et de l'oxygénation des tissus. Il s'installe des altérations de la **coagulation**, abaissement des facteurs du complexe prothrombinique (II, V, VII, X), du taux de **fibrine** et du nombre des **plaquettes**.

## 5. La défaillance hépatique : se traduit par

- L'altération de la fonction de **coagulation**
- L'ictère variable mixte avec **choléstase** et **cytolyse**

## 6. La défaillance nutritionnelle :

- Perte pondérale **>1000 g par jour**
- Perte azotée
- Augmentation massive des besoins caloriques et protidiques

## 7. L'hémorragie digestive :

Elle est de mauvais pronostic dans le contexte lié au stress (**gastrite hémorragique**), elle est favorisée par les troubles de la coagulation ou des lésions pré existantes (ulcère)

## 8. Les troubles neurologiques :

Fréquents à type d'obnubilation et de délire liés à l'hypoxie, l'hypovolémie et l'action des toxines bactériennes sur le cerveau.

# IV. Anatomopathologie : (objectif n°4) (annexe 3)

La réaction initiale à la dissémination microbienne provoque en quelques heures une **dilatation capillaire** et une augmentation de la **perméabilité péritonéale**. Un **épanchement** liquidien septique se forme dans la zone inflammatoire. La richesse en **fibrine** de cet épanchement et les replis péritonéaux physiologiques favorisent la **localisation** du processus aboutissant à une péritonite localisée. **Une concentration élevée de micro-organismes**,

un système immunitaire déficient ou une contamination par des germes particulièrement virulents peut conduire à une diffusion du processus infectieux à l'ensemble de la cavité péritonéale.

- L'épanchement liquidien peut être d'abondance variable, louche ou franchement purulent, diffus à toute la cavité péritonéale ou localisé en sous phrénique dans le douglas ou entre les anses.
- Une hyper vascularisation du péritoine pariétal et viscéral ainsi que les méso et le grand épiploon.
- Des fausses membranes témoignant de l'exsudat fibrino-leucocytaire, elles sont blanchâtres, épaisses, adhérentes à la séreuse.
- Distension des anses intestinales qui sont épaisses, lourdes et succulentes. Elles sont fragiles, avec risque de lésions au cours de la manipulation chirurgicale qui doit être douce et attentive. Cette modification explique aussi que la réalisation d'une suture digestive dans la péritonite aboutit inéluctablement à un lâchage de celle-ci, sauf en cas de suture d'ulcère perforé.

## V. Clinique : (objectifs n°5, 6)

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

### A. Tableau clinique :

#### 1. 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.

#### 2. 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 :**

L'examen abdominal est le temps fondamental du diagnostic, doit se faire sur un patient dévêtu en décubitus dorsal sur un plan dur. Les bras tendus le long du corps, cuisses en légère abduction et jambes en semi-flexion.

**\*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 :**

Pratiquée avec douceur, les mains réchauffées et posées bien à plat sur l'abdomen.

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 qui est une **contraction musculaire réflexe, déclenchée** par la douleur que réveille la palpation profonde et que l'on **peut vaincre** par la palpation si l'on insiste doucement et progressivement. Elle se reproduit dès qu'on reprend la palpation. **La défense a la même signification sémiologique** que la contracture.

**\*Le toucher rectal :**

Réveille une **douleur vive au niveau du cul de sac de DOUGLAS** et possède la **même signification que la contracture**.

Au terme de cet examen, le diagnostic de PA est généralement porté, il faut apprécier le retentissement général de la péritonite, hospitaliser le patient dans un milieu de réanimation chirurgicale et entamer la réanimation.

**\*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 au niveau du genou.
- Une **auscultation cardiaque** et **pulmonaire** et appréciation de l'importance de la polypnée.



L'intensité de la réanimation sera fonction de l'importance du retentissement.

Une surveillance est entamée en attendant l'intervention, elle a pour but de juger de l'efficacité de la réanimation. Cette surveillance se fera essentiellement sur la TA, le rythme cardiaque et la diurèse.

## B. Les examens complémentaires :

En l'absence de choc, quelques examens paracliniques simples peuvent aider à la prise en charge en précisant la cause et le retentissement de la péritonite. Le diagnostic de péritonite est clinique chez un malade ayant une contracture, la normalité des examens paracliniques ne doit pas remettre en cause le diagnostic.

### a. Examens biologiques :

Ils n'ont aucune valeur diagnostique mais permettent d'évaluer la gravité de la péritonite (insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique), son retentissement infectieux (hyperleucocytose) et d'aider à la prise en charge anesthésique.

### b. Radiographies d'abdomen sans préparation : 1er intention ?

Réalisées avec une radiographie de thorax de face (ou des clichés centrés sur les coupes), elles ont pour but de rechercher un pneumopéritoine visible sous la forme d'un croissant clair gazeux sous-diaphragmatique uni- ou bilatéral, signant la perforation d'un organe creux. En cas d'épanchement liquidien associé, un niveau hydro-aérique sous-diaphragmatique peut remplacer l'image de pneumopéritoine. La péritonite s'accompagne le plus souvent de signes d'iléus avec une dilatation gazeuse du grêle. Si la présence d'un pneumopéritoine associé à des signes péritonéaux affirme la perforation d'un organe creux, toutes les péritonites ne s'accompagnent pas d'un pneumopéritoine. Avec la disponibilité actuelle des scanners en urgence 24 h/24, les radiographies sans préparation sont de moins en moins pratiquées dans ce contexte.

pneumopéritoine plus important si perforation colon  
signe clinique, pas signe péjoratif

### c. Scanner abdominal :

Il est utile lorsque l'examen clinique est douteux (immunodéprimé, péritonite asthénique du vieillard) ou difficile (obèse, péritonite postopératoire, traumatisé de l'abdomen). Il peut aider au diagnostic en mettant en évidence un petit pneumopéritoine non visible sur les radiographies standard ou un épanchement liquidien intra-abdominal. Il peut également montrer des signes liés à la cause : diverticulite, infiltration péri-appendiculaire... De ce fait, il est de plus en plus souvent fait en première intention avant l'abdomen sans préparation (celui-ci devenant inutile). Il est cependant nécessaire de vérifier auparavant la bonne qualité de la fonction rénale. Si celle-ci est altérée, il doit être fait sans injection de produit de contraste.

Dans cette forme typique, les examens complémentaires sont peu utiles pour le diagnostic positif, leur intérêt est d'apprécier le retentissement de la péritonite.

Le patient étant hospitalisé en milieu de réanimation chirurgicale avec mise en route de **surveillance** :

- \***TA**, pouls et si besoin PVC
- \* la **diurèse** horaire après mise d'une sonde vésicale
- \*prise de la **température**
- \*appréciation la quantité de liquide par la **sonde gastrique**

La réanimation est entamée, une enquête étiologique est démarrée. L'orientation étiologique sera fonction de l'âge du patient, des antécédents, du mode de début de la douleur et de l'existence ou non de fièvre.

## VI. Diagnostic de gravité(objectif n°6)

Les éléments de gravité d'une péritonite aigue peuvent dépendre du terrain, de l'état clinique du patient au moment du diagnostic, du bilan biologique, du diagnostic étiologique et de la rapidité de mise en œuvre des mesures thérapeutiques. Ainsi on peut dégager comme éléments de gravité :

• Terrain (**diabète**, **coronaropathie**, **immunodépression**, défaillance d'un système...)

• **Eléments cliniques** :

- ✓ Etat de **choc**
- ✓ Détresse **respiratoire**
- ✓ Détresse **neurologique**

• **Biologiques** :

- ✓ Insuffisance **rénale**
- ✓ Troubles **ioniques**
- ✓ Insuffisance respiratoire
- ✓ **Acidose** métabolique
- ✓ Troubles de **l'hémostase** (baisse du TP, thrombopénie)

• Etiologique :

- ✓ Péritonites **stercorales**
- ✓ Péritonites dues à une complication **néoplasique**

## VII. Formes cliniques : (objectif n°5)

### A. Selon le mode de contamination :

#### 1. Les péritonites par perforation :

Elles sont caractérisées par un début **brutal** par une douleur très vive en **coup de poignard**, **syncopale**, associée à une **contracture** abdominale. Le type en est la perforation d'un **ulcère** duodénal.

#### 2. Les péritonites par diffusion :

Le début est plus **progressif**, la douleur est **généralisée**, toujours **maximale** au niveau **ou elle a débuté**. La contracture est remplacée par une **défense généralisée**, le type en est la **péritonite appendiculaire**.

#### 3. Les péritonites primitives : a tt age

Cette forme est l'apanage de **l'enfant de bas âge**, la contamination de la cavité péritonéale se fait par voie hématogène, les germes en causes sont des **coccigram(+)**, essentiellement le **pneumocoque** et le **streptocoque**. On leur assimile la surinfection du liquide **d'ascite chez le cirrhotique**.

Les péritonites primitives peuvent bénéficier **théoriquement d'une antibiothérapie seule** mais dans la pratique, le diagnostic de péritonite primitive est porté en per opératoire en l'absence de foyer primitif intra péritonéal ou de solution de continuité digestive.

### A. Les formes symptomatiques :

#### 1. Les formes occlusives :

Elles sont marquées par la prédominance des signes occlusifs avec **vomissements** répétés, un **arrêt du transit**, l'abdomen est **distendu**, les signes péritonéaux sont discrets.

**Le TR** est habituellement douloureux, il a une **grande valeur** diagnostique.

#### 2. Les formes asthéniques :

Elles sont l'apanage du sujet **âgé ou porteur de tares**. Les signes **généraux sont au 1<sup>er</sup> plan**, les signes **physiques sont discrets**, le **TR qui est généralement douloureux va trouver un bombement du cul de sac de Douglas** témoignant de l'épanchement intra péritonéal. **pas genitale**

Les examens morphologiques habituellement demandés sont **l'échographie** à la recherche d'un épanchement mais **surtout le scanner avec opacification** digestive et vasculaire utile à la fois pour la confirmation diagnostique et la recherche étiologique.

Les péritonites asthéniques surviennent chez les malades traités par corticoïdes ou immunodépresseurs, en état de dénutrition, cirrhotiques ou cancéreux avancés.

#### 3. Les formes toxiques :

Elles sont marquées par la discordance entre les signes **généraux très marqués** et des signes fonctionnels et physiques discrets.

Sur le plan général, il existe : un état de **torpeur** ou **d'obnubilation**, le **faciès** est terreux, les **extrémités** sont cyanosées. La **TA** est basse avec pincement de la différentielle, le **pouls** est rapide et filant.

Sur le plan respiratoire, il existe une **polypnée** avec battement des ailes du nez.

L'examen physique trouve une discrète douleur abdominale, une sensibilité ou parfois une défense localisée.

Le type en est certaines péritonites **appendiculaires ou certaines péritonites chez des patients tarés**.

## B. Les péritonites localisées :

### 1. L'abcès sous phrénique : e complication classique des péritonites sus ombilicale

Il associe aux signes infectieux généraux, des signes abdominaux et thoraciques.

La **douleur est sous costale** spontanée ou provoquée par la percussion, à la **palpation l'abdomen est souple, indolore**. Un **hoquet** peut se voir et traduit l'irritation phrénique au contact du foyer de suppuration. **diaphragmatique**

- ✓ La **radiographie d'ASP** peut montrer un **niveau hydro-aérique sous phrénique** fortement évocateur mais celui-ci est **inconstant**. **pathogomnique**
- ✓ La **radiographie du thorax** montre un **épanchement pleural réactionnel** à l'abcès sous phrénique et/ou la présence de **petites bandes d'atélectasies**.
- ✓ L'**échographie** montre l'abcès, elle peut être gênée par les gaz en cas de ralentissement du transit et l'iléus paralytique.
- ✓ La **TDM** montre l'**abcès** sous forme d'une **image hypodense** contenant des **bulles gazeuses**. Ces deux derniers examens permettent dans certains cas **d'éviter la chirurgie** en pratiquant des ponctions ou des ponctions **drainages** percutanées.

### 2. L'abcès de douglas : Peut se manifester par une occlusion fébrile

Le tableau clinique est fait de **douleurs hypogastriques**, évoluant dans un contexte fébrile alors que la palpation est normale. **pas contracture**

La **dysurie** et la **pollakiurie** sont fréquentes à cause de l'irritation vésicale au contact de l'abcès. Un **ténésme rectal** est souvent présent.

Le **TR** permet de suspecter le diagnostic, on perçoit à travers la paroi rectale antérieure une **tuméfaction fluctuante très douloureuse**.

L'**échographie** et le **scanner** confirment le diagnostic.

L'abcès du Douglas peut être drainé par **rectotomie par voie trans-anale** ou par **colpotomie** postérieure par voie trans-vaginale. **antérieur**

## VIII. Diagnostic étiologique : (objectif n°7)

### 1. Péritonites par perforation d'ulcère gastro duodénal : homme+++

C'est la cause **la plus fréquente** des péritonites **généralisées**. La douleur initiale a un **début brutal**, en coup de poignard, de siège **épigastrique** et se **généralise** rapidement à tout l'abdomen. L'examen révèle une **contracture** abdominale avec un **état général relativement conservé** et une **absence de fièvre initialement**. Méthode de Taylor peut être indiquée dans perforation d'ulcère bouché

Selon les **antécédents**, on distingue les patients dont l'ulcère est connu, exploré et traité, les patients dont la douleur est évocatrice par sa rythmicité, sa périodicité et son accalmie par l'alimentation. Enfin, les patients chez qui la perforation révèle la maladie ulcéreuse.

**L'ASP montre un pneumopéritoine dans 70% des cas**, mais son absence ne permet pas d'éliminer la perforation puisqu'elle peut être colmatée par un organe voisin.

### 2. La péritonite appendiculaire : ne donne pas pneumopéritoine s'appendicite stercorale est souvent de mauvais pronostic pas appendiculaire

Dans la forme franche aiguë purulente, elle peut se voir à tout âge chez le patient sans antécédents digestifs. Elle se manifeste par une **douleur à point de départ** iliaque droit, qui se **généralise** rapidement à tout l'abdomen. forme plus fréquente chez l'enfant

L'examen révèle une **défense généralisée** à **maximum** au niveau de la fosse iliaque droite avec une **fièvre autour de 39°**. plus grave si évolue en 3 temps : en 3 temps : appendicite - abcès-péritonite : rupture d'abcès septique : inoculum septique improprie : sepsis

L'interrogatoire trouve fréquemment une notion de **retard de consultation** ou **un retard de diagnostic** qui a laissé évoluer une appendicite vers une péritonite.

### 3. La péritonite biliaire :

Elle se voit volontiers chez un sujet âgé mais elle peut se voir chez des sujets plus jeunes de 40 ou 50 ans.

L'interrogatoire trouve des **antécédents** de **lithiase biliaire** connue ou suspectée devant des douleurs de **l'hypochondre droit**, **post prandiales tardives à irradiation scapulaire droite**.

Le début de la symptomatologie est fait par des douleurs de l'hypochondre droit qui diffusent progressivement à tout l'abdomen.

La fièvre est **élevée autour de 39°. 40°**

Les signes péritonéaux sont présents sous forme d'une **défense généralisée** maximale au niveau de l'hypochondre droit. Mais certaines formes peuvent évoluer à **bas bruit**.

**L'état général s'altère rapidement**, le pronostic des péritonites biliaires **est grave**, **la prévention est basée sur la cholécystectomie** pour toute lithiase vésiculaire symptomatique.

e. L'échographie abdominale met en évidence un épanchement intra-péritonéal libre avec vésicule biliaire lithiasique en semi-réplétion: Une vésicule biliaire perforée

#### 4. Les péritonites d'origine jéuno iléale :

Les étiologies sont nombreuses et dans chaque situation, il y'a des signes cliniques particuliers. Les causes les plus fréquentes sont :

- Les perforations d'anses **volvulées et sphacélées**
- Les perforations **traumatiques**, surtout suite à une contusion abdominale, le diagnostic est souvent difficile et les signes de début sont souvent discrets.
- Les perforations par **tumeur de l'intestin grêle** ou **maladie de crohn**
- Perforation **infectieuse** telle que celle compliquant **une fièvre typhoïde**

#### 5. Péritonites d'origine colique :

Sont généralement **l'apanage du sujet âgé**, les étiologies sont nombreuses dominées par les perforations compliquant un **cancer colique** ; les péritonites au cours de la **maladie diverticulaire** colique et les péritonites compliquant une **colite aigue grave**.

Les conséquences physiopathologiques sont importantes, elles s'installent rapidement avec un retentissement général rapide surtout s'il s'agit de sujet âgé et porteur de tares.

##### a) Péritonite d'origine néoplasique :

Ont un taux de mortalité élevé, car elles surviennent chez des patients âgés en mauvais état général.

##### \*les perforations tumorales :

sont le fait de cancer **étendu localement** mais dont l'extension à distance peut être limitée.

##### \*les perforations diastatiques :

siégeant **par ordre de fréquence** décroissant sur le **caecum**, le colon **transverse** et le **sigmoïde**.

##### b) Perforations diverticulaires :

Il s'agit d'une perforation d'un diverticule, soit d'une perforation d'un abcès ou d'une pseudo tumeur diverticulaire.

Il s'agit d'une péritonite **purulente ou pyostercorale** avec de nombreux germes. Le diagnostic est souvent retardé, ce qui aggrave le pronostic.

##### c) Les péritonites au cours des colites aiguës :

Elle survient chez les patients **immunodéprimés (sous corticoïde, sidéen)**

L'origine est soit **virale**, **bactérienne** ou **parasitaire** ou dans le cadre de **colites spécifiques**.

Le pronostic est mauvais dû souvent à un retard de prise en charge chirurgicale.

Il s'agit soit d'une péritonite **purulente** associée à une ou **plusieurs perforations** bouchées, soit une péritonite **pyostercorale** par rupture en péritoine libre.

La **mortalité est de 20 à 50%**.

#### d) Colites ischémique :

Il s'agit d'une ischémie colique d'origine artérielle, souvent après chirurgie de l'aorte, elle survient après ligature de l'artère mésentérique inférieure.

#### e) Volvulus du sigmoïde ou du caecum :

#### f) Perforation sur fécalome :

Survient chez les grands vieillards atteints de constipation d'origine neurologique ou idiopathique.

#### g) Perforation iatrogène :

Souvent après coloscopie.

### 6. Péritonites d'origine génitales :

Il s'agit surtout de femmes porteuses de **dispositif intra utérin** ou ayant des antécédents d'infection type **salpingite**, **endométrite** ou suite à des **manœuvres endo-utérines**.

Le tableau clinique est celui de douleur abdomino-pelvienne qui **prédomine à l'hypogastre** et diffuse vers le haut de l'abdomen.

La température est **souvent à 39°**, mais peut être normale. Les **vomissements sont fréquents**.

L'examen de l'abdomen révèle une défense ou une contracture sus pubienne alors que la partie sus ombilicale est peu douloureuse.

Il existe un **météorisme sous ombilical**.

**Au T V**, les **culs de sac** latéraux sont empâtés et douloureux, et la **mobilisation utérine** est très douloureuse. Il faut chercher un bombement du cul de sac de Douglas.

Il existe habituellement des **pertes vaginales fétides et colorées**.

L'examen au **spéculum** montre que le **vagin et le col sont rouges**. Il y'a des pertes fétides parfois mêlées à du sang qui s'écoulent de l'orifice cervical.

L'examen bactériologique y révèle une flore aéro-anaérobie variée.

L'**existence d'antécédents génitaux** tels qu'une **salpingite**, **pose de stérilet**, **d'exploration endo-utérine** ou **d'interruption de grossesse** fait évoquer une **origine génitale de cette péritonite**.

Plusieurs lésions peuvent se compliquer de péritonite génitale : **salpingite aigue purulente**, **rupture d'un pyosalpinx** ou d'un **kyste infecté de l'ovaire**.

### 7. Péritonites post opératoires :

Il s'agit d'une complication grave pouvant survenir après toute intervention chirurgicale, intéressant l'étage abdominal ou pelvien. Le plus **souvent secondaire à une désunion d'anastomose** ou de sutures ou à une **surinfection d'une collection mal drainée**.

Le diagnostic est souvent difficile, les signes généraux sont au premier plan à type de fièvre, de perturbations hémodynamiques et de manifestations respiratoires.

Les signes physiques sont souvent difficiles à interpréter chez un opéré récent à type de douleurs ou de météorisme. Parfois il existe un écoulement anormal par un orifice de drainage, une augmentation du volume d'aspiration digestive ou une diarrhée précoce qui évoque le diagnostic.

Les perturbations biologiques sont précoces à type d'hyponatrémie, hypokaliémie, d'une ascension de l'urémie et une augmentation des chiffres des globules blancs.

La péritonite post opératoire doit être évoquée chaque fois que les suites opératoires sont perturbées. Les examens morphologiques et essentiellement le scanner avec opacification digestive et vasculaire prennent tout leur intérêt pour établir le diagnostic. La prise en charge chirurgicale encadrée par une réanimation, doit être précoce avant l'installation des défaillances multi viscérales qui sont de mauvais pronostic.

## IX. Traitement : (objectif n°8)

### 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. Moyens :

#### 1. Le traitement médical :

Il a pour but de corriger rapidement les troubles hydro-électrolytiques, de lutter contre la diffusion systémique de l'infection par une antibiothérapie et de juguler les défaillances viscérales.

Ce traitement médical doit être énergique et de courte durée pour pouvoir amener en salle d'opération un malade équilibré pouvant subir une anesthésie générale dans les meilleures conditions, il sera poursuivi en per et en post opératoire.

#### a) Correction des désordres hydro-électrolytique :

Par la pose d'un abord veineux, d'une sonde gastrique pour aspiration digestive, et d'une sonde vésicale pour le recueil de la diurèse horaire.

S'il existe une cardiopathie ou si un remplissage massif est prévu, un cathéter veineux central doit être mis en place pour la mesure de la PVC.

Le débit des perfusions est à adapter en fonction de l'importance des pertes hydro électrolytiques estimées sur la clinique (sécheresse des muqueuses, plis cutané...) et sur la biologie (urée, hématocrite, ionogramme...)



**b) Traitement des défaillances viscérales :**

**La défaillance circulatoire** est traitée par un **remplissage** vasculaire rapide sous contrôle TA, pouls, PVC, diurèse horaire et si besoin par administration de drogues **vaso actives** (dopamine, dobutamine...)

**La défaillance rénale** : après correction de la défaillance circulatoire, la diurèse démarre habituellement. En cas **d'oligurie persistante**, l'administration de **diurétiques** à action rapide type furosémide peut faire déclencher la diurèse.

La défaillance respiratoire justifie l'intubation nasotrachéale et l'assistance ventilatoire.

**c) L'antibiothérapie : (annexe 5)**

Elle doit être massive, administrée par voie IV et active sur les germes habituellement en cause, il faut **redouter les germes gram(-) et les anaérobies**.

On donnera soit une association d'une **béta-lactamine, d'un aminoside et du métronidazole**, soit de **l'amoxicilline-acide clavulanique et d'un aminoside**. Cette antibiothérapie sera adaptée ensuite aux résultats des prélèvements per opératoires.

**2. Le traitement chirurgical :**

Le but du traitement chirurgical est de supprimer la cause de la contamination septique et de nettoyer la cavité péritonéale.

**a) Voie d'abord :**

Elle doit être une exploration complète de cavité péritonéale.

**C'est habituellement une large médiane sus et sous ombilicale** pour les péritonites **généralisées**.

Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, un **prélèvement** de pus est mis en culture sur milieu aéro-anaérobie.

**La coelioscopie** : actuellement, à coté de la voie d'abord classique, la coelioscopie prend de plus en plus de place, elle a l'avantage d'être non délabrante, permettant aussi **bien de faire la toilette péritonéale** et de **traiter certaines étiologies** (**appendicite, ulcère perforé**). Il est préférable de pratiquer une « **open coelioscopie** ».

Il faut toutefois **éviter la voie laparoscopique** en cas d'un syndrome **infectieux sévère** avec tendance à l'état de **choc septique**.

**b) La suppression de la cause contaminante :**

La première règle de sécurité est de **s'abstenir de toute anastomose** ou suture en milieu septique, lorsque la péritonite septique diffuse est confirmée.

La deuxième règle de sécurité consiste à **ne pas aggraver** les dégâts par des **débridements exagérés** et préférer les **lavages abondants** de la cavité péritonéale.

La toilette péritonéale comprend **l'aspiration de la totalité** de l'épanchement péritonéal, et **l'irrigation abondante avec du sérum physiologique** tiède **jusqu'à** obtenir un liquide d'aspiration **clair**.

L'anesthésiste doit être prévenu et le gonflage du ballonnet de la sonde d'intubation doit être vérifié vu le risque d'inhalation.

### c) Traitement étiologique :

#### - Péritonite appendiculaire :

**Laparotomie** médiane ou **coelioscopie**

**Appendicectomie** ; **toilette péritonéale** allant **des coupes** diaphragmatiques **au cul de sac** de Douglas

**Antibiothérapie** visant les aérobies et les anaérobies

**\*Remarque** : on ne peut pas traiter une péritonite appendiculaire par une incision de Mac Burney chez l'adulte.

#### - Péritonites biliaires :

**\*cholécystectomie**

**\*toilette péritonéale**

**\*drainage sous hépatique** et sous phrénique

**\*exploration de la voie biliaire principale** : si obstacle, désobstruction et drainage biliaire externe.

La meilleure prévention est la cholécystectomie pour toute lithiase symptomatique.

#### - Péritonite d'origine colique

##### par perforation diverticulaire :

\*soit **extériorisation de la perforation** en colostomie

\*soit **suture** de la perforation, **drainage de contact** et **colostomie d'amont**

\*soit une **toilette sous coelioscopie** et **drainage de contact**

\*soit **exérèse lésionnelle** (sigmoïdectomie) sans rétablissement de la continuité : **Hartmann**.



##### Péritonite d'origine néoplasique :

Ne **jamais rétablir la continuité** digestive

Colon droit : **hémi colectomie** droite avec **colostomie** et **iléostomie** Colon

gauche : **résection colique gauche** : **double stomie** ou **Hartmann**

Les perforations **diastatiques** : compliquent souvent le cancer du colon gauche avec perforation caecale nécessitant une **colectomie avec iléostomie**, associées soit à une **sigmoïdostomie** ou **Hartmann**

#### Péritonites compliquant l'évolution de colites aiguës graves :

Le geste sur l'intestin comporte une colectomie subtotale avec iléostomie, et sigmoïdostomie.

#### - Péritonite d'origine génitale :

\***antibiothérapie triple** par voie IV

\***ablation d'un pyosalpinx, drainage** pelvien

\*le traitement doit être conservateur d'autant plus que la femme est jeune.

#### - Péritonite post opératoire :

##### peritonite généralisée :

**reprise** par laparotomie, toilette péritonéale +/- stomies et drainage. Pas de suture digestive

##### abcès de Douglas :

**drainage** soit par colpotomie postérieure chez la femme, soit par rectotomie chez l'homme ou l'enfant.

##### Abcès sous phrénique :

**drainage** percutané ou chirurgical.

### C) Indications : (annexe 4)

#### - Péritonite secondaire diffuse :

- Réanimation, antibiothérapie puis
- **Chirurgie** : toilette péritonéale et éradication du foyer septique

#### - Péritonite localisée (abcès) :

- Réanimation, antibiothérapie
- **Drainage** :
  - percutané radioguidé si accessible
  - colpotomie, rectotomie pour abcès du Douglas
- **Chirurgie si non accessible** ou échec

#### - Péritonite primitive :

- Réanimation et antibiothérapie secondairement adaptée aux résultats des prélèvements bactériologiques
- **Ablation d'un cathéter de dialyse péritonéale**

**Conclusion :**

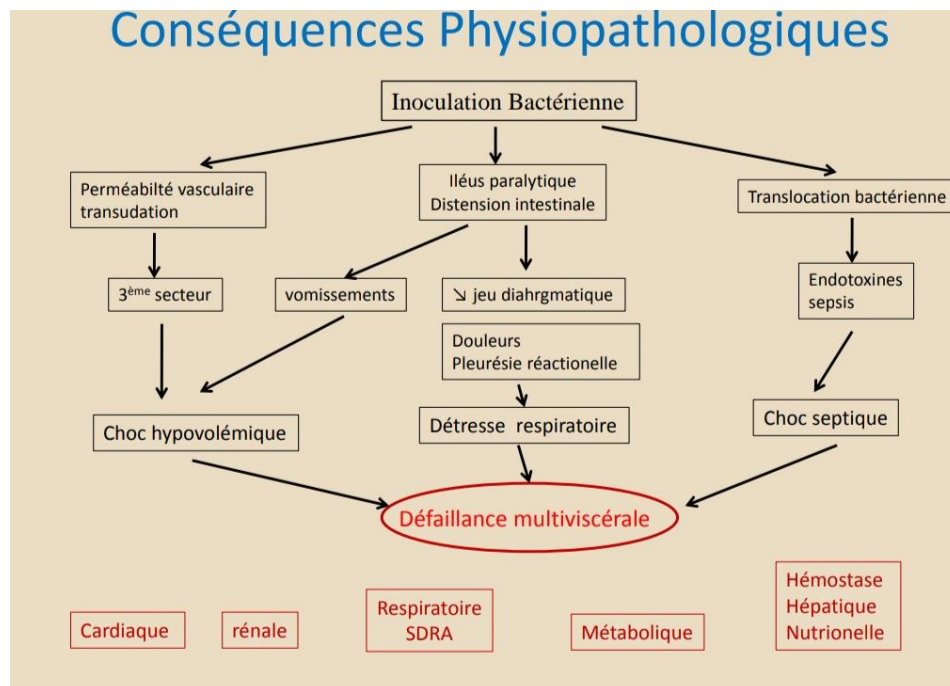
La péritonite aiguë est une urgence fréquente et grave. Son diagnostic repose sur l'examen clinique qui doit être bien conduit. Certaines formes cliniques sont de diagnostic difficile et nécessitent le recours aux examens complémentaires et notamment le scanner abdominal. Le traitement est chirurgical encadré par une réanimation qui sera plus intensive en cas de défaillances multi viscérales ou en présence de tares.

L'amélioration du pronostic passe par un diagnostic précoce basé sur un examen clinique soigneux qui, à lui seul, peut porter l'indication opératoire.

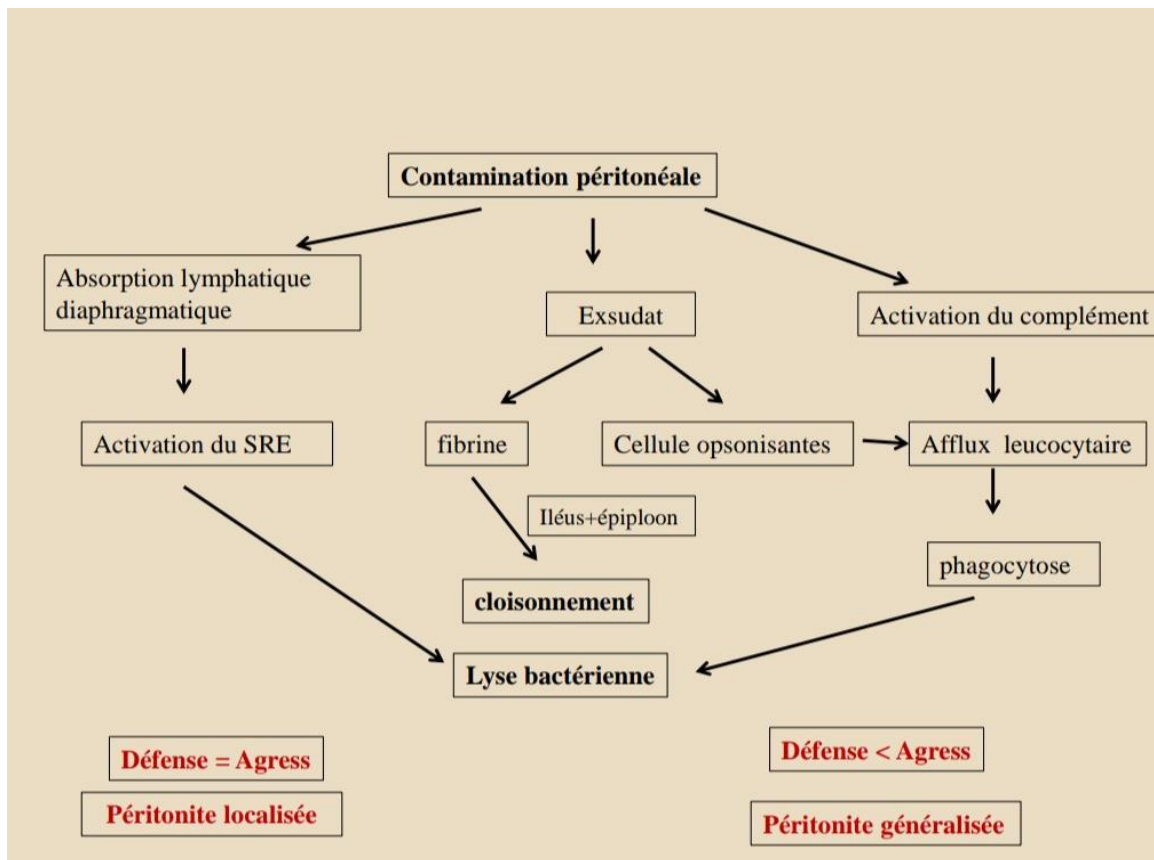
**ANNEXES****Annexe 1 : Classification de Hambourg**

<b>Tableau I. Classification de Hambourg.</b>	
Péritonite primitive	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Spontanée de l'enfant</li> <li>· Bactérienne spontanée du cirrhotique</li> <li>· Tuberculeuse</li> <li>· Cathéter de dialyse péritonéale</li> </ul>
Péritonite secondaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Perforation intra-péritonéale <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perforation gastro-intestinale</li> <li>- Nécrose de paroi intestinale</li> <li>- Pelvi-péritonite</li> </ul> </li> <li>· Postopératoire <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lâchage d'anastomose</li> <li>- Lâchage de suture</li> <li>- Lâchage de moignon</li> <li>- Iatrogénie : perforation per endoscopique, radiologie interventionnelle</li> </ul> </li> <li>· Post-traumatique <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatisme fermé</li> <li>- Traumatisme par plaie pénétrante</li> </ul> </li> </ul>
Péritonite tertiaire	· Évolution péjorative d'une péritonite secondaire.

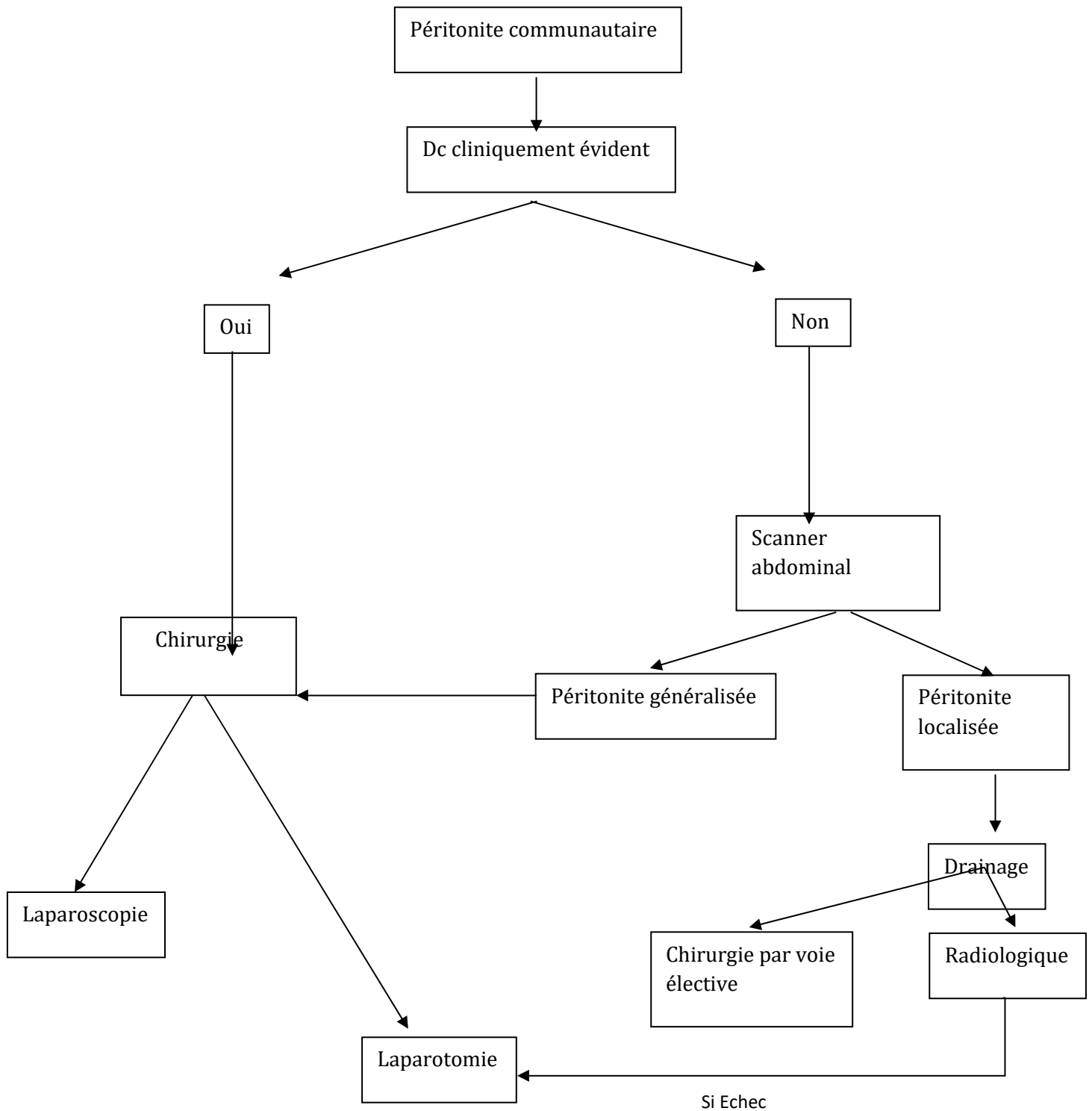
## Annexe 2 : conséquences physiopathologiques des péritonites aiguës



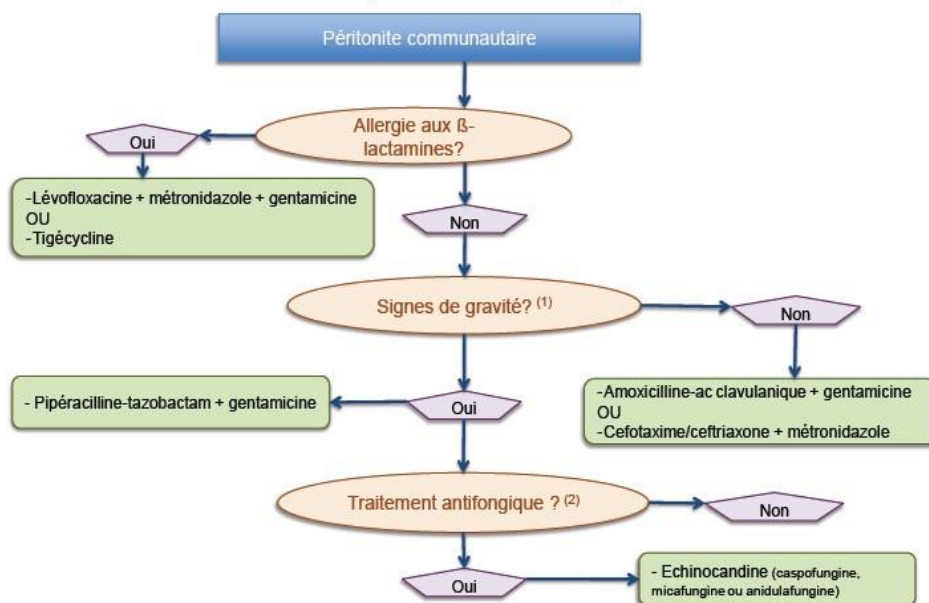
## Annexe 3 : physiopathologie de la péritonite aiguë



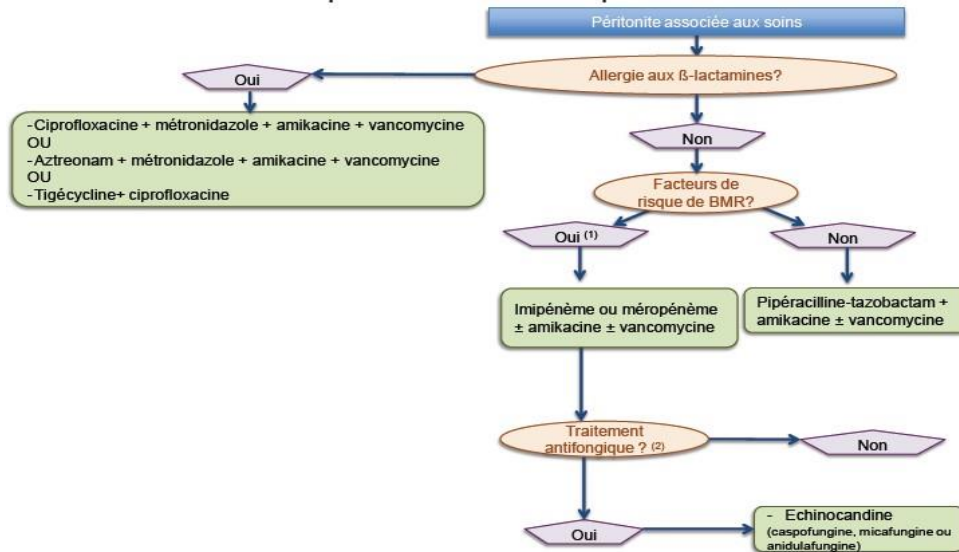
## Annexe 4 : Algorithme de prise en charge de la péritonite communautaire



### Traitement anti-infectieux probabiliste en cas de péritonite communautaire



### Traitement anti-infectieux probabiliste en cas de péritonite associée aux soins



**Annexe 5** : SFAR 2014 : conférence de consensus concernant la prise en charge des infections intra-abdominales