

2016

UNIVERSITE ABOUBEKR
BELKAID TLEMCEN

Pr BEREKSI REGUIG Amina
EP TERKIA
maitre de conférences A
Chirurgie Générale

[PERITONITES AIGUES]

Cours du module de Gastroentérologie

PLAN

- ▶ **I. INTRODUCTION**
- ▶ **II. BASES ANATOMIQUES**
- ▶ **III. BASES PHYSIOLOGIQUES**
- ▶ **IV. ETIOPATHOGENIE**
- ▶ **V. PHYSIOPATHOLOGIE**
- ▶ **VI. DIAGNOSTIC**
- ▶ **VII. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE**
- ▶ **VIII. TRAITEMENT**
- ▶ **IX. CONCLUSION**

I. INTRODUCTION

- ▶ La péritonite est une inflammation aiguë du péritoine, localisée ou généralisée, dont la cause est le plus souvent infectieuse.
- ▶ C'est une urgence chirurgicale.
- ▶ Son pronostic est étroitement lié à la précocité du traitement

II. BASES ANATOMIQUES

- ▶ Le péritoine est une membrane séreuse, 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 et la rate.

Ces deux feuillets déterminent une cavité virtuelle, la cavité péritonéale, qui ne devient réelle qu'en cas d'épanchement liquidien ou aérique.

III. BASES PHYSIOLOGIQUES

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.

Le péritoine **résorbe et se comporte comme une membrane semi-perméable soumise aux** lois de l'osmose.

IV. ETIOPATHOGENIE

Selon le mode de contamination

1. Péritonite primitive

- ▶ par contamination bactérienne hémotogène s'observe au cours de septicémies,
- ▶ Ce sont des infections à un seul germe.
- ▶ L'infection péritonéale spontanée des cirrhotiques représente l'étiologie la plus fréquente.

2. Péritonite secondaire

*Contamination péritonéale de dedans en dehors **la plus fréquente à partir d'une rupture de** la barrière péritonéale autour du tube digestif :

- ▶ perforation d'étiologies diverses, altération de la barrière péritonéale par nécrose viscérale,
- ▶ par fistulisation d'une suture ou d'une anastomose digestive, rupture secondaire d'un abcès périviscéral...

*Contamination péritonéale de dehors en dedans n'est pas rare :

- ▶ plaies pénétrantes de l'abdomen ;
- ▶ manipulation des cathéters de dialyse péritonéale chez l'insuffisant rénal

Cette flore digestive est polymicrobienne associant surtout des germes anaérobies (Bacteroides fragilis, Clostridium) et aérobies à Gram négatif (E. coli...).

V. PHYSIOPATHOLOGIE

A-Péritonite localisée

Si le nombre de bactéries est faible (< 10 microg/mL), le processus demeure localisé et peut évoluer vers la guérison, la constitution d'un plastron ou le développement d'un abcès. Sinon, le processus se généralise à l'ensemble de la cavité péritonéale conduisant à la péritonite généralisée

B-Péritonite généralisée

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.

C-Retentissement

La péritonite aiguë diffuse, tout d'abord maladie locorégionale, risque de devenir rapidement une maladie générale.

***Retentissement locorégional**

La péritonite peut se définir par trois éléments anatomiques

- ▶ un **épanchement péritonéal** plus ou moins abondant, toujours septique ;
- ▶ des **altérations du péritoine**, épaissi, dépoli, recouvert de fausses membranes ;
- ▶ des **adhérences** qui tentent de localiser l'infection.

*Retentissement général

Lié à l'infection et peut devenir irréversible

1-collapsus cardio-vasculaire par choc septique et hypovolémie (fuite plasmatique dans la cavité péritonéale, troisième secteur de l'iléus paralytique) ;

2-défaillance respiratoire par réduction de la course diaphragmatique (douleurs et distension abdominale), surinfection pulmonaire et œdème lésionnel, réalisant au maximum le syndrome de détresse respiratoire aiguë ;

3-insuffisance rénale liée à l'hypovolémie, à l'action directe des toxines bactériennes ;

4-altération des fonctions hépatiques avec hépatite aiguë infectieuse.

5-atteinte hématologique l'hyperleucocytose est remplacée dans les cas sévères par une neutropénie.

6-atteinte neurologique confusion mentale liée à l'hypoxie et l'hypovolémie.

7-atteinte métabolique acidose, hypercatabolisme protidique.

VI. DIAGNOSTIC

Le syndrome péritonéal :

Signes fonctionnels

- ▶ Douleur abdominale violente, à début brutal.
- “ En coup de poignard ” dont le malade peut préciser l'horaire.
- Elle diffuse rapidement à tout l'abdomen.
- Son siège et ses irradiations initiales peuvent avoir une valeur localisatrice.

- ▶ Les vomissements, inconstants, sont alimentaires, bilieux puis fécaloïdes. Ils traduisent la diffusion de la péritonite et l'iléus paralytique qui l'accompagne.
- ▶ *Arrêt du transit*

- peut être contemporain du syndrome douloureux ;
- ou s'installer progressivement

Signes généraux

Parfois discrets au début, les signes généraux deviennent rapidement inquiétants, éléments annonciateurs d'une infection grave :

- ▶ aspect du malade, avec :
- ▶ faciès altéré, teint gris ;
- ▶ marbrures cutanées ;
- ▶ troubles psychiques ;
- ▶ fièvre élevée 39 à 40°C, sauf pour la perforation d'ulcère duodénal au début où elle peut être normale ;
- ▶ accélération du pouls ;
- ▶ hypotension artérielle ;
- ▶ oligurie.

Signes physiques

▶ Le maître symptôme est la **contracture, visible et palpable, qui signe la péritonite généralisée**.

La paroi abdominale ne respire pas ne se laisse pas déprimer mais se contracte sous la main, rigidité musculaire franche, généralisée, invincible, permanente et douloureuse (“ ventre de bois ”).

Au début certains signes peuvent remplacer et précéder la contracture :

- défense : contraction involontaire et réflexe des muscles de la paroi abdominale se laissant vaincre par la palpation douce et prolongée ;

- douleur à la décompression ;

- abolition des réflexes cutanés abdominaux.

▶ *La percussion peut noter :*

- une disparition de la matité préhépatique (pneumopéritoine) ;

- une matité des flancs (épanchement intrapéritonéal) ;

- un tympanisme global (iléus paralytique).

▶ *Touchers pelviens :*

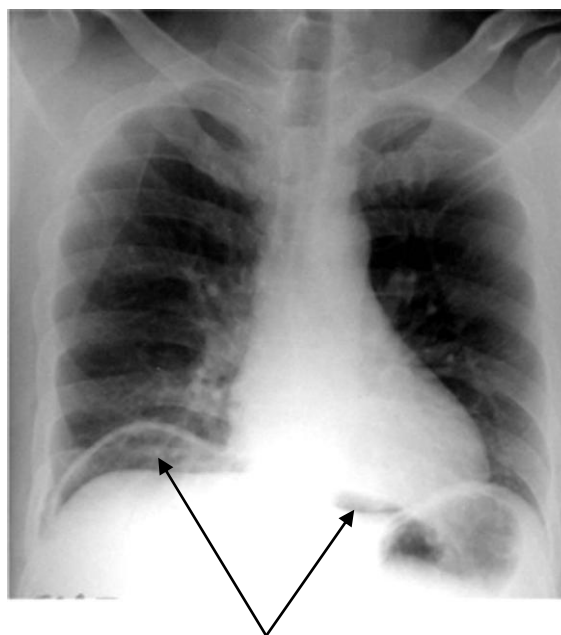
Explorent le petit bassin et le cul-de-sac de Douglas ; sont douloureux (cri du Douglas)

Examens complémentaires

▶ Examens biologiques: **hyperleucocytose**

▶ Examens radiologiques

***ASP**: un **pneumopéritoine**, croissant gazeux sous-diaphragmatique évident ou discret signant la perforation d'organe creux



Pneumopéritoine bilatéral

***Echographie abdominale et ou pelvienne :**

- Confirme le diagnostic d'épanchement intra-péritonéal.
- Signes de cholécystite aigue dans les péritonites biliaires.
- Image de pyosalpinx dans les péritonites génitales.

***Lavement aux hydrosolubles :** Dans les péritonites coliques de diagnostic difficile (formes asthéniques chez le sujet âgé).

VII. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

1. Perforation d'ulcère gastrique ou duodénal

- ▶ Il s'agit le plus souvent d'un sujet jeune ayant une douleur épigastrique de début brutal diffusant ensuite à tout l'abdomen.
- ▶ L'interrogatoire cherche des antécédents d'ulcère, la prise récente de médicaments gastro-toxiques (Anti-inflammatoires non stéroïdiens ++++) ou d'autres facteurs favorisants (tabagisme important, jeûne prolongé...).
- ▶ À l'examen, il n'y a pas de fièvre, en tout cas dans les 24 premières heures (péritonite chimique).
 - La palpation trouve une contracture généralisée ou localisée à la région épigastrique avec une défense dans le reste de l'abdomen.
 - La percussion cherche un tympanisme pré-hépatique traduisant un pneumopéritoine.
 - Le toucher rectal est douloureux.
- ▶ radiographie de thorax, les clichés centrés sur les coupes présence d'un pneumopéritoine.
- ▶ Au début, il n'y a pas d'hyperleucocytose à polynucléaires.
- ▶ Le traitement nécessite le plus souvent une intervention en urgence. Une endoscopie digestive haute est formellement contre-indiquée dans cette situation.

2. Péritonite diverticulaire

- ▶ La péritonite peut être généralisée d'emblée par perforation brutale d'un diverticule infecté en péritoine libre ou résulter de la perforation secondaire d'un abcès péricolique 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, parfois des signes de choc car il s'agit le plus souvent d'une péritonite stercorale. 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 et une élévation de la Protéine C réactive.
- ▶ La radiographie de thorax met en évidence un pneumopéritoine souvent volumineux et bilatéral, sur les clichés d'abdomen sans préparation, on voit une distension du grêle en rapport avec l'iléus paralytique.
- ▶ Le traitement nécessite une intervention chirurgicale en urgence, parfois précédée d'une courte réanimation.

3. Péritonite appendiculaire

- ▶ La péritonite peut être inaugurale, généralisée d'emblée, ou compliquer un abcès ou un plastron appendiculaire qui se rompt secondairement dans le péritoine.
- ▶ Typiquement, il s'agit d'un sujet jeune qui présente des douleurs de la fosse iliaque droite progressivement croissantes 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, il existe des signes péritonéaux prédominants en fosse iliaque droite, le TR est douloureux.

- ▶ Biologiquement, il existe une hyperleucocytose à polynucléaires et une élévation de la CRP.
- ▶ Il n'y a pas de pneumopéritoine car, bien que l'appendice soit rompu, il n'y a pas de communication entre le bas fond cæcal et la cavité péritonéale.
- ▶ le traitement repose sur l'intervention chirurgicale en urgence.

4-Péritonites biliaires

Les péritonites biliaires viennent compliquer l'évolution d'une **cholécystite, qu'elle soit lithiasique ou non** :

- soit par diffusion ;
- soit par perforation d'une cholécystite gangreneuse, d'un pyocholécyste ou par rupture secondaire d'un abcès périvésiculaire.

Elles se traduisent par :

- ▶ une douleur à début brutal, sous-costale droite, irradiant en bretelle vers l'épaule droite puis s'étendant à tout l'abdomen ;
- ▶ avec contracture généralisée sans pneumopéritoine ;
- ▶ les signes généraux sont majeurs avec collapsus.
- ▶ **Diagnostic : repose sur les antécédents biliaires, et échographie abdominale.**
- ▶ **Traitement : cholécystectomie, cholécystectomie partielle, drainage.**

5-Péritonites génitales

- ▶ Pelvi-péritonite d'origine **salpingienne** :
- ▶ soit par diffusion d'une salpingite ;
- ▶ soit par rupture d'un pyosalpinx.
- ▶ Les signes péritonéaux prédominent au niveau du pelvis avec :
- ▶ irritation vésicale (pollakiurie), rectale (ténésme)

- ▶ touchers pelviens douloureux pouvant trouver une lésion annexielle.
- ▶ Traitement : ablation (annexectomie, salpingectomie) et drainage pelvien.

6-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 j et le 7^e j post-op.
- ▶ Le diagnostic doit être évoqué devant une fièvre survenant quelques jours après une chirurgie abdominale ou devant toute dégradation inexplicée 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.

VIII. TRAITEMENT

A. Péritonite primitive

Le traitement de la péritonite primaire est avant tout médical, en hospitalisation et repose sur une antibiothérapie probabiliste jusqu'aux résultats bactériologiques définitifs.

B. Péritonite secondaire

- ▶ Il s'agit d'une urgence chirurgicale. Dès le diagnostic suspecté, le patient est prélevé (Numération Formule Sanguine, hémostase, groupe, ionogramme, hémocultures...) et une ou deux voies d'abord veineuses de bon calibre sont posées.
- ▶ L'hypovolémie ou le choc sont traités par remplissage vasculaire et éventuellement amines vaso-actives ; les troubles hydro-électrolytiques sont également corrigés. Une antibiothérapie à large spectre.
- ▶ Le traitement chirurgical a pour objectifs de traiter le foyer infectieux et de laver la cavité péritonéale. La voie d'abord est généralement une incision médiane mais certaines péritonites appendiculaires ou par perforation d'ulcère peuvent être traitées par voie coelioscopique. La cavité abdominale est explorée complètement et des prélèvements multiples sont effectués pour examen bactériologique.

La perforation digestive est traitée : appendicectomie, suture d'ulcère, résection intestinale avec ou sans rétablissement de continuité en fonction du degré de contamination de la cavité péritonéale, de l'inflammation de la séreuse péritonéale et de l'état général du patient et de ses comorbidités. La cavité abdominale est lavée abondamment avec plusieurs litres de sérum tiède et dans certains cas, des drains abdominaux sont laissés en place quelques jours pour éviter la formation d'abcès.

IX. CONCLUSION

Les péritonites aiguës diffuses réclament un traitement chirurgical extrêmement urgent.

La précocité du diagnostic et du traitement conditionne le pronostic vital mis en jeu par

une maladie infectieuse initialement locale qui deviendra rapidement générale et imposera un encadrement médical important.