

LES PERITONITES AIGUES

PLAN

- **Introduction**
- **Physiopathologie de la PA**
- **Diagnostic clinique de la PAG**
- **Les examens paracliniques**
- **Les formes cliniques**
- **Etiologies les plus fréquentes PA**
- **Principes du traitement des PA**
- **Bibliographie**

INTRODUCTION

- Les péritonites aiguës définies comme une inflammation aiguë de la totalité ou d'une partie de la séreuse péritonéale ; sans qu'il n'y ait obligatoirement d'infection.
- Elles peuvent être:
 - *généralisées ou localisées.*
 - *Primitives, ou secondaires.*

Rappel

Le péritoine est une membrane séreuse vascularisée et innervée comportant *deux feuillets* :

-un feuillet viscéral enveloppant entièrement ou partiellement tous les organes digestifs

-un feuillet pariétal tapissant les parois de la cavité abdominale

ces deux feuillets déterminent une cavité virtuelle : **La cavité péritonéale**

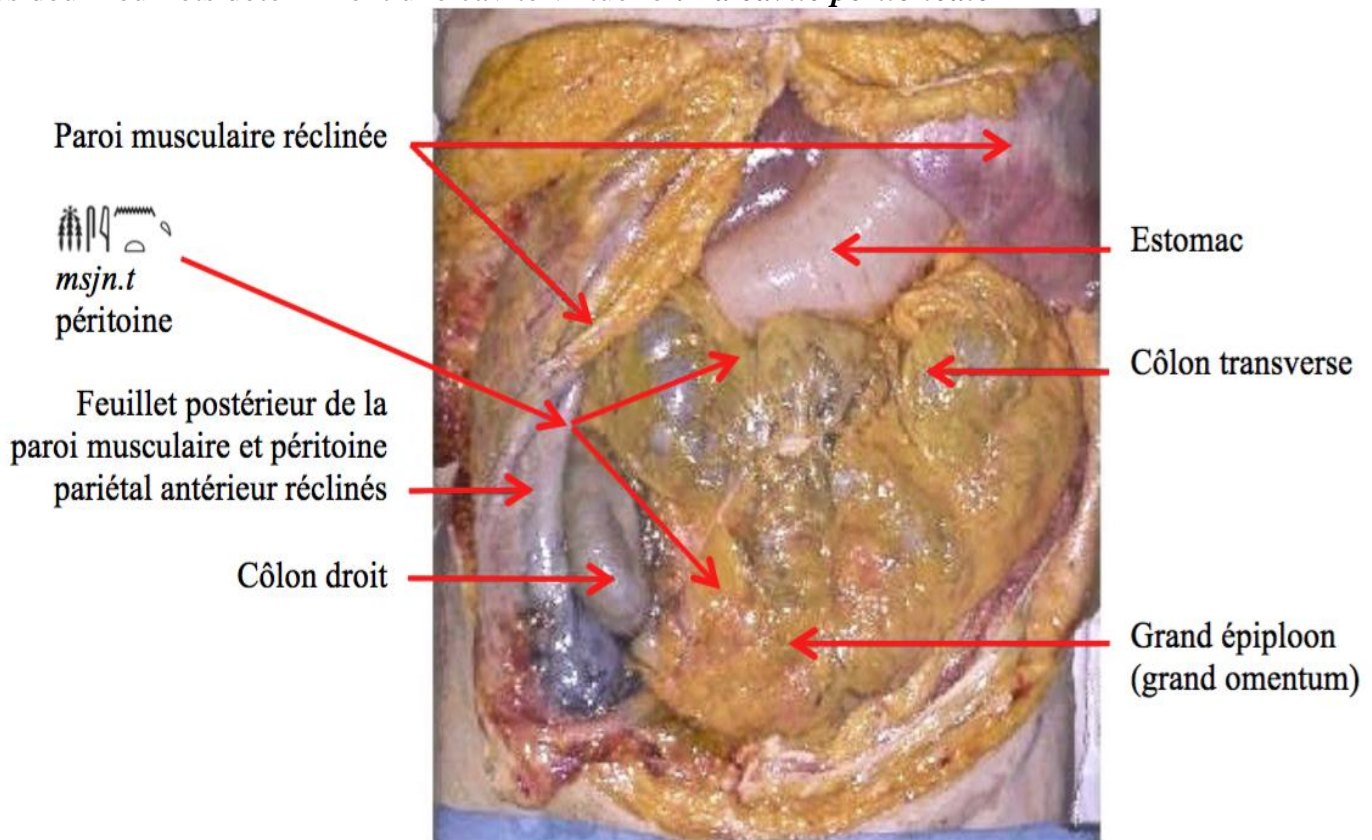


Fig. 2. Ouverture de la cavité péritonéale après résection de la paroi.

(Cliché Ph. Puech - Conception R.-A. Jean)

PHYSIOPATHOLOGIE

- 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.
 - la défense contre l'infection.

Bases physiopathogéniques:

- Contamination bactérienne hématogène
- Contamination péritonéale de dehors en dedans

Ex: traumatisme pénétrant

- Contamination péritonéale de dedans en dehors

Ex: perforation d'organes intrabdominaux.

- Le péritoine se défend par l'exsudation d'un liquide sérofibrineux avec de fausses membranes
- Accollement des viscères à l'épiploon et à la paroi.
- Limitation de foyers infectés : abcès dont la rupture secondaire est toujours possible (péritonite en deux temps)
- diffusion septicémique par résorption des germes et de leurs toxines: défaillance multi viscérale:
 - collapsus cardio-vasculaire par choc septique et hypovolémie
 - défaillance respiratoire
 - insuffisance rénale liée à l'hypovolémie

● LES PERITONITES PRIMITIVES

Elles sont *très rares (1-2 %)* et surviennent en l'absence de foyer infectieux intra abdominal primitif. inoculation par voie **hématogène** du liquide péritonéal, au cours d'une bactériémie.

Une infection du liquide d'ascite, spontanée ou après un geste de drainage chez les cirrhotiques++

Les germes retrouvés sont le **pneumocoque** et le **streptocoque**, surtout chez l'enfant, et le **bacille de Koch**.

DX: au cours de l'intervention

II-LES PERITONITES SECONDAIRES

- perforation d'un organe creux (estomac, duodénum, grêle et côlon),
- rupture d'un abcès en péritoine libre (abcès appendiculaire, abcès péricolique, pyosalpinx,...)
- diffusion d'un foyer infecté local (appendicite, salpingite, sigmoïdite, cholécystite...).

Le pronostic des péritonites aiguës reste **grave**.

Il est fonction:

- de l'état général du patient (âge, pathologie associée),
- de l'étiologie
- et du délai de la prise en charge thérapeutique

Le traitement chirurgical précoce ; reste le premier facteur pronostic

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Forme typique: PAG de l'adulte jeune

L'interrogatoire

- Caractéristiques de la douleur

Type de douleur

Heure et mode de début

Intensité, siège, irradiation,

- Signes associés

Trouble du transit:

- arrêt de matière et gaz

troubles urinaires: dysurie, pollakiurie

- Les antécédents

- Habitudes alimentaires et tares (alcool, tabac)

- ATCD pathologiques: digestives, cardiovasc, pulm,

- ATCD gynécologique chez la femme

- Traitements récents: ex AINS

- Interventions chirurgicales antérieures

L'examen clinique

un syndrome infectieux sévère avec une fièvre souvent élevée (39--40°C)

- des signes généraux plus ou moins marqués:

faciès tiré

polypnée,

pouls élevé

hypotension

- À l'inspection:

ventre plat, tendu

l'abdomen ne respire pas,

les muscles droits sont visibles, contractés.

anciennes cicatrices

- La palpation:

Une contracture des muscles abdominaux:

rigide, tonique, permanente, invincible, douloureuse, généralisée, réalisant au maximum un «ventre de bois».

- Au début, peut être localisée

- La douleur provoquée peut orienter le diagnostic étiologique.

- La percussion:

- Inconstant: Tympanisme, matité des flancs

- Disparition de la matité pré hépatique

Pneumopéritoine

- Auscultation:

Bruits intestinaux diminués ou abolis

- **Le toucher rectal:**

déclenche une vive douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Les examens complémentaires

BIOLOGIE :

- **hémogramme** : hyperleucocytose + de 15000
- **Ionogramme** : des troubles hydro-électrolytiques liés à la déshydratation et à l'hémoconcentration
- **Uree & creat** une insuffisance rénale fonctionnelle s'installe progressivement
- **Gaz du sang et PH**: acidose métabolique
- **Groupe sanguin rhesus,TC,TS**

IMAGERIE :

RX thorax

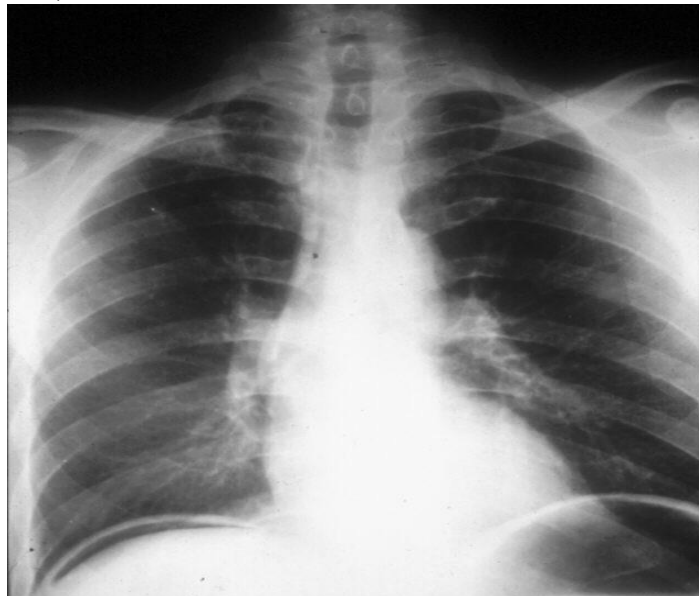
- pneumopéritoine ,Épanchement pleural

ASP (clichés de face couché et debout prenant les coupoles):

- pneumopéritoine perforation d'un organe creux.
- iléus réflexe(distension aérique du grêle et du côlon)

ECHOGRAPHIE:

- Épanchements péritonéaux, abcès



Formes cliniques

- **Formes à symptomatologie péritonéale atténuée**

+++chez des patients :en mauvais EG, âgés, immunodéprimés
ou traités par des corticoïdes.

atténuation des signes locaux (contracture remplacée par une douleur et une défense).

signes généraux ++++(fièvre,l'état général, choc)..

Des signes occlusifs (vomissements, météorisme, arrêt du transit) peuvent être au premier plan.

TR:douleur cul de sac de douglas

DX: ASP,ECHO

laparotomie exploratrice si doute

- **Péritonites localisées**

Le foyer infectieux initial peut-être circonscrit par les organes digestifs voisins limitant la diffusion de l'infection péritonéale.

Clinique:

-syndrome de suppuration profonde: fièvre oscillante,

-faciès terreux et hyperleucocytose à polynucléaires.

La palpation :une douleur localisée à

creux epigastrique si perforation ulcereuse

region ombilicale UGD perforee

HD si peritonite biliaire,

FID si peritonite appendiculaire

FIG si diverticulite

hypogastre rupture d'un pyosalpynx

Etiologies les plus ++ des PAG

	CAUSES	CLINIQUE	DIAGNOSTIC
Perforation d'UGD	Perforation UG Perforation UD Siège: la face ant ou sup du bulbe duodéal	ATCD d'UGD Prise d'AINS douleur épigastrique en coup de poignard..	Pneumopéritoine dans 50 à 75 %
La péritonite appendiculaire	<i>Generalisee d'emblee abcès appendiculaire</i>	patient jeune +++ douleur FID(point de charles McBurney) Vss dans 75% Fievre 38°C,Pouls	CLINIQUE+++ Hyperleucocytose ECHO
PERFORATIONS JEJUNO-ILEALES	Entérite aigue nécrosante TBC, Crohn,typhoide Infarctus mésentérique, Strangulations (volvulus ou bride), trauma,...	Douleurs abdominales Vss Troubles du transit Varie selon pathologie	ASP, ECHO

La péritonite d'origine colique	adulte + 50 ans. -Sigmoidite diverticulaire+++ -K colique+++ -Autres : fécalome, volvulus, hernie étranglée	Gravissime!!! !Péritonite stercorale !Douleurs abd diffuses !Choc toxi-infectieux -T°39°	Signes de choc ASP: pneumopéritoine important
La péritonite d'origine génitale	Diffusion ou rupture d'une salpingite Perforation uterine	femme en période d'activité génitale. TV,TR tres douloureux	difficile avant une exploration chirurgicale.
La péritonite biliaire	lithiase vésiculaire évoluée	++femmes obese +50ans sympt:cholécystite aiguë +un sub- ictère	échographie
péritonites post opératoires :	désunion d'une anastomose digestive	gravissimes, srt si terrain débilite mortalité peut atteindre 50 %.	ATCD+++ ASP ECHO
Peritonites apres manoeuvres dx et therapeutique			



Principes du traitement des péritonites infectieuses généralisées

PEC d'une PAG est d'abord médicale :

Faire attention aux antalgiques!!

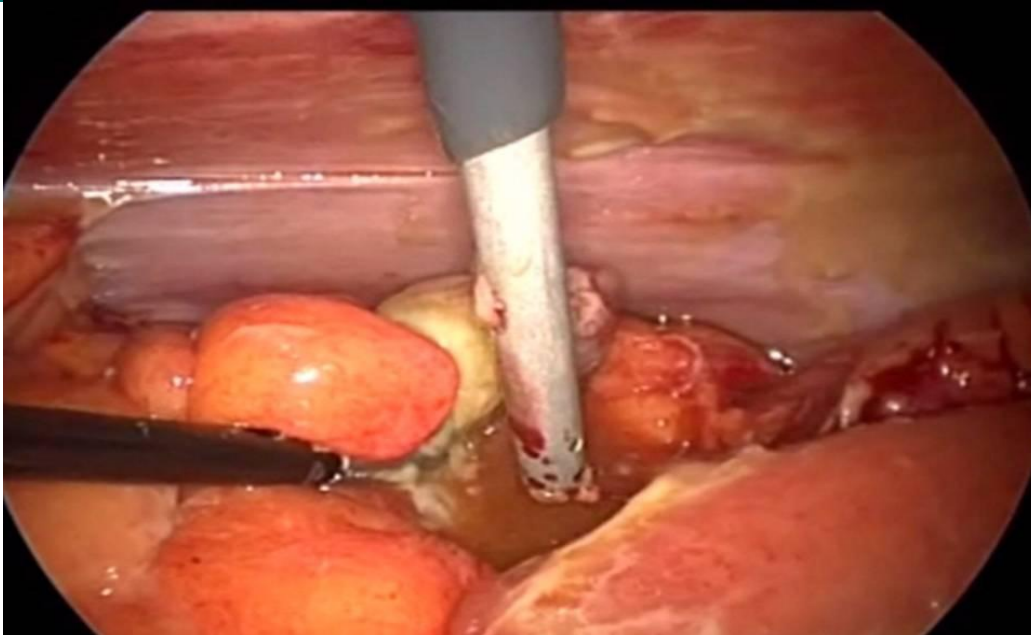
Il s'agit de la *réanimation*:

- SNG d'aspiration
- Sonde urinaire pour surveiller la diurèse
- Voie veineuse pour la rééquilibration hydroélectrolytique
- ATBrapie à large spectre, active sur les germes anaérobies, aérobies et sur les Gram négatifs

PÉRITONITES

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Intervention la plus précoce possible
- Patient en stabilité hémodynamique
- La voie d'abord large ou minimale
- Les prélèvements bactériologiques
- L'évacuation des collections et la toilette péritonéale
- Le traitement de la cause
 - . l'éradication du foyer infectieux
 - . le problème des reconstructions
- Le drainage, la paroi
- La surveillance post opératoire



Principes du traitement chirurgical:

- Voie d'abord adaptée (laparotomie médiane ou dans certains cas coelioscopie) permettant toujours une exploration complète de la cavité péritonéale et le traitement de la cause de la péritonite.
- Toilette péritonéale, après réalisation de prélèvements bactériologiques intrapéritonéaux, utilisant de nombreux litres de sérum chaud avec ou sans antiseptiques.
- Drainage large, intéressant les zones déclives de la cavité péritonéale.

Traitement par pathologies:

1- Perforation d'UDG:

la suture de l'ulcère souvent réalisé

- un lavage de la cavité péritonéale
- **méthode de Taylor:** Un traitement médical, associant réanimation hydro-électrolytique, aspiration digestive+ATBantibiothérapie à large spectre +TTT antiulcéreux
- parfois traitement radical de l'ulcère: vagotomie ou gastrectomie

2- Péritonites appendiculaires:

une appendicectomie complétée

lavage de la cavité péritonéale,

3- Péritonites coliques - péritonites par sigmoïdites compliquées:

résection de la partie colique malade

Anastomose +protection par une Colostomie

ou intervention avec colostomie selon Hartmann

4- Les péritonites par perforations du grêle

PEC dépend de l'étiologie

Resection-anastomose ou stomie

5- Péritonites biliaires:

une cholécystectomie réalisée par laparotomie ou laparoscopie

MERCI