

## LES PERITONITES AIGUES

**Pr R. KHENNAOUI (Service des Urgences Chirurgicales – CHU Constantine)**

### I. Définition

Les péritonites aiguës se définissent comme étant des inflammations ou des infections aiguës de la séreuse péritonéale, le plus souvent secondaires à la perforation d'un organe digestif et ou à la diffusion d'un foyer septique intraabdominal.

Elles peuvent généralisées ou localisées.

#### Intérêts :

- . Une péritonite est urgence médicochirurgicale
- . C'est une pathologie fréquente et grave
- . Sa gravité est liée à l'âge, au terrain, et aux lésions associées
- . La prise en charge de cette lésion est multidisciplinaire
- . Le diagnostic doit être rapide
- . La radiologie interventionnelle et la cœlioscopie peuvent être un traitement de choix

### II. Rappel anatomophysiologique

Le péritoine est une membrane séreuse d'une surface estimée à un mètre carré (1m<sup>2</sup>), formée par une couche simple de cellules épithéliales, qui tapisse l'abdomen, le pelvis et les viscères, délimitant l'espace virtuel de la cavité péritonéale. C'est une membrane séreuse continue, lisse et transparente.

Le péritoine comprend deux feuillets en continuité l'un avec l'autre.

. Le péritoine pariétal qui revêt la face profonde de la paroi abdominopelvienne

. Le péritoine viscéral qui tapisse la face superficielle des viscères abdominaux.

Ces deux feuillets délimitent une cavité virtuelle : la cavité péritonéale.

Le péritoine est une membrane lisse et transparente faite de tissu conjonctif et de cellules mésothéliales douées de propriétés de sécrétion et de résorption.

La sécrétion et la résorption sont à l'état normal en équilibre laissant en permanence 20 à 30 cc de liquide nécessaire à la lubrification et la mobilité des viscères.

L'équilibre péritonéal, est assuré par deux voies :

. La première voie est celle des échanges bidirectionnels entre la cavité péritonéale et la circulation générale au travers de la séreuse qui se comporte comme une membrane semi-perméable, sachant que la surface du péritoine est à peu près celle de la peau.

. La deuxième voie d'échange entre le péritoine et la circulation sanguine est active est se fait par voie lymphatique.

### **III. Classification**

La classification des péritonites distingue trois classes de péritonites aiguës.

#### **1. Péritonites primaires**

Rares, 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 chez le cirrhotique

. L'infection à staphylocoques par l'intermédiaire du cathéter de dialyse péritonéal chez les patients avec dialyse péritonéale

. La péritonite spontanée à pneumocoque

#### **2. Péritonites secondaires**

Les péritonites aiguës secondaires représentent 90% des péritonites aiguës. Elles sont liées soit à la diffusion d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif.

#### Causes des péritonites secondaires

<b>Infection/perforation intra-abdominale</b>
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...
<b>Post-opératoire</b>
Désunion anastomotique Contamination per-opératoire
<b>Post-traumatique</b>
Plaie pénétrante Traumatisme fermé avec perforation ou ischémie digestive Perforation endoscopique ou corps étranger

### 3. Péritonites tertiaires

Les péritonites tertiaires correspondent à des infections abdominales persistantes malgré un traitement (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions). La cavité abdominale est infectée par des microorganismes devenus résistants ou des levures. Elles sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multiviscérale.

## IV. Conséquences physiopathologiques

### 1. Péritonite localisée

La réaction initiale à la dissémination microbienne provoque en quelques heures 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. Les mécanismes cellulaires anti infectieux se déclenchent avec recrutement de granulocytes et de mastocytes au site enflammé. Si le nombre de bactéries est faible, le processus infectieux reste localisé et

l'évolution vers la guérison peut devenir possible. la constitution d'un plastron ou l'évolution vers un abcès. Dans le cas contraire, le processus au début localisé peut s'aggraver et se généraliser vers l'ensemble de la cavité péritonéale à l'origine d'une péritonite généralisée.

## 2. Péritonite généralisée

Plusieurs facteurs peuvent conduire à une péritonite généralisée on cite une concentration élevée de microorganismes, un système immunitaire déficient ou une contamination par des germes particulièrement virulents. Le péritoine est inflammatoire, épaissi et fragilisé.

Elle sera à l'origine d'une séquestration liquidienne intrapéritonéale par défaut d'absorption et l'augmentation de la production de sécrétions inflammatoires, conduisant à la déshydratation et à l'insuffisance rénale fonctionnelle. L'augmentation de la perméabilité péritonéale, notamment aux endotoxines bactériennes explique les conséquences systémiques : choc septique, syndrome de détresse respiratoire, nécrose tubulaire aiguë, coagulation intravasculaire disséminée, embolies septiques à distance ou thrombose portale septique (pyléphlébite), décès.

## V. Diagnostic positif

Le diagnostic d'une péritonite aiguë est généralement facile et il est clinique. Les examens paracliniques sont nécessaires pour le diagnostic étiologique d'une péritonite et sa prise en charge médicochirurgicale. Ils ne doivent en aucun cas retarder la prise en charge thérapeutique.

### 1. clinique

Le principal motif de consultation est représentée par la douleur abdominale. Cette douleur est intense, localisée ou généralisée, de début brutal ou progressivement croissante, accompagnée ou non d'un syndrome infectieux.

Les signes péritonéaux confirment le diagnostic : la contracture est le signe essentiel d'une péritonite aiguë. Il s'agit d'une contraction rigide, tonique, invincible, permanente et douloureuse des muscles de la ceinture abdominale.

Une défense, une douleur lors de la palpation du cul de sac du douglas au toucher rectal ou une douleur vive lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque signent une irritation péritonéale.

Les signes péritonéaux peuvent être modérés chez les personnes âgées, immunodéprimés, obèses ou dans un coma.

L'examen recherchera principalement des signes de choc.

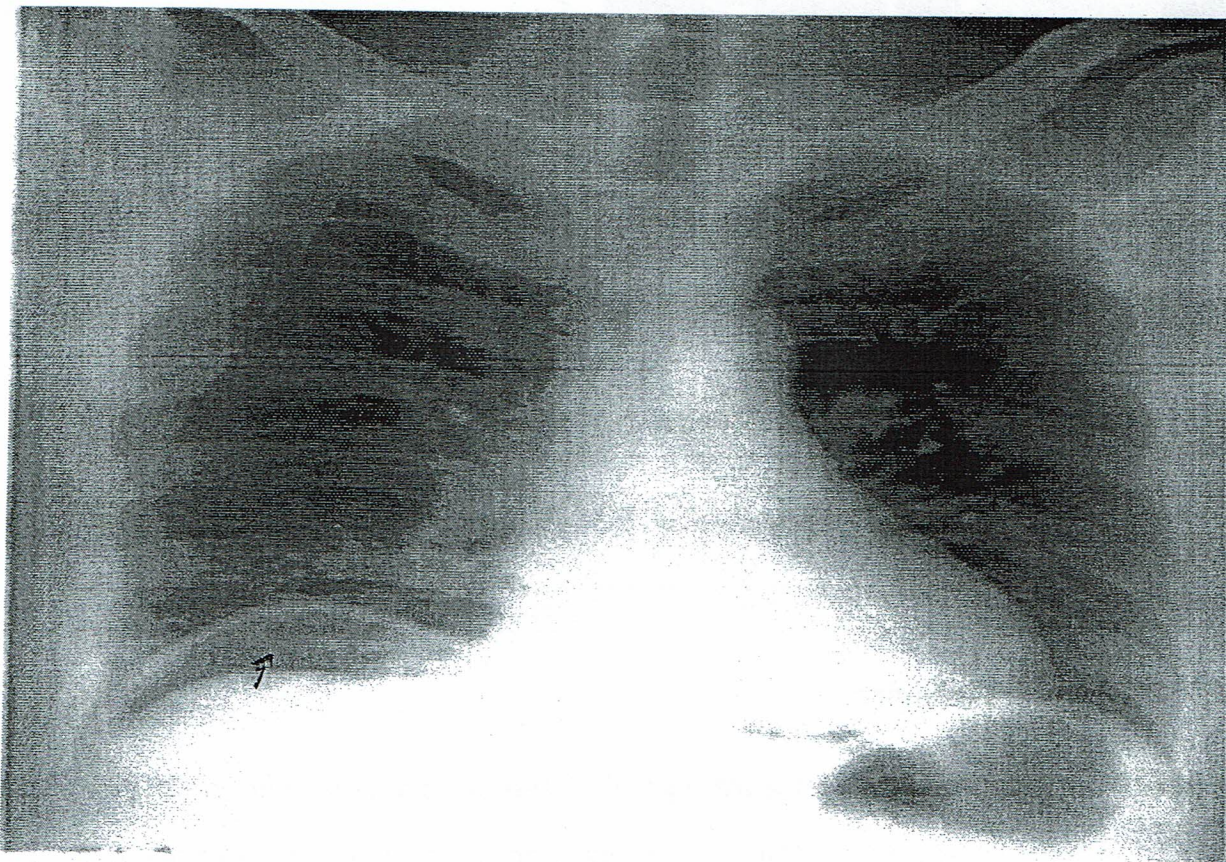
## 2. Paraclinique

### . 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 la prise en charge anesthésique.

### . Examens radiologiques

- **La radiographie du thorax** réalisée en même temps que **la radiographie d'abdomen sans préparation**. Elle est utile beaucoup plus pour la préparation anesthésique.



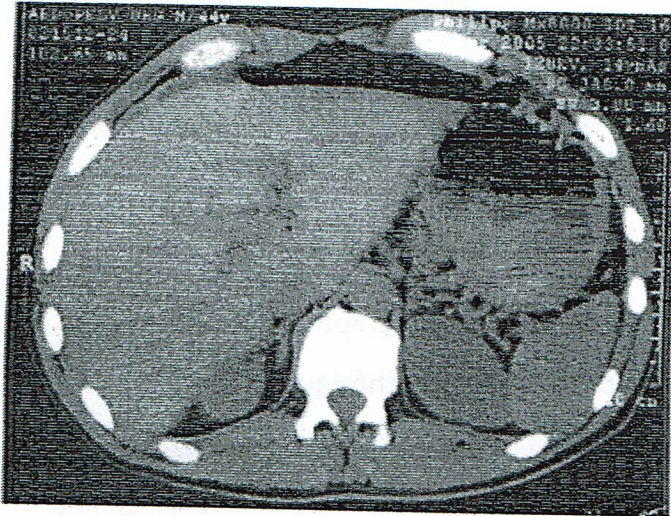
Radiographie du thorax de face : pneumopéritoine droit

- La radiographie d'abdomen sans préparation peut montrer :

- . Un pneumopéritoine uni ou parfois bilatéral,
- . Un iléus

- La tomodensitométrie

Examen clef pour le diagnostic. Il peut montrer le pneumopéritoine, l'origine de la péritonite, quantifier l'épanchement ...



Scanner abdominal sans injection de produit de contraste : pneumopéritoine.

## VI. Diagnostic étiologique

Les causes les plus fréquentes et leurs signes cliniques marquants sont décrits dans ce tableau

	<b>Péritonite appendiculaire</b>	<b>Péritonite par perforation d'ulcère</b>	<b>Péritonite par perforation de diverticule sigmoïdien</b>
<i>Début</i>	Progressif	Brutal	Progressif
<i>Maximum des signes péritonéaux</i>	Fosse iliaque droite	Épigastre	Fosse iliaque gauche
<i>Fièvre, hyperleucocytose</i>	Oui	Non au début	Oui
<i>Pneumopéritoine</i>	Non	Oui, parfois discret	Oui

### 1. Péritonite appendiculaire

La péritonite appendiculaire inaugurale généralisée ou localisée. Elle peut compliquer un abcès appendiculaire ou un plastron appendiculaire menacé par une rupture secondaire.

Cliniquement, c'est un sujet jeune qui consulte pour des douleurs de la fosse iliaque droite progressivement croissantes associées à un état fébrile. Cette douleur se généralise à tout l'abdomen avec défense ou contracture, le toucher rectal est douloureux.

**Biologie** : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, la CRP est élevée.

**Radiologie** :

. **Radiographie d'abdomen sans préparation** : absence de pneumopéritoine, iléus réflexe, parfois stercolite ...

. **La tomодensitométrie** : est l'examen décisif si forme atypique.

## **2. Péritonite par perforation d'ulcère gastrique ou duodénal**

Il s'agit le plus souvent d'un sujet jeune connu pour un ulcère gastrique ou duodénal ou c'est le cas d'une perforation ulcéreuse gastrique ou duodénale inaugurale.

L'examen clinique retrouve une défense ou une contracture abdominale, un tympanisme pré hépatique traduisant le pneumopéritoine radiologique.

**Radiologie** :

. **Radiographie de l'abdomen sans préparation** : Pneumopéritoine (inconstant) témoin d'une perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal

. **La tomодensitométrie** peut montrer le pneumopéritoine, l'iléus réflexe, l'épanchement, et parfois même l'étiologie.

## **3. Péritonite d'origine colique**

. Péritonite diverticulaire par diverticulite colique : la perforation siège le plus souvent sur le colon sigmoïde diverticulaire .Il s'agit d'un empatement de la fosse iliaque droite ou d'une péritonite si diffusion de la collection abcédé ou sa rupture.

. Péritonite par perforation tumorale maligne (cancer colique) : ces péritonites sont graves caractérisées par des douleurs abdominales, des signes infectieux, une altération de l'état général, .Les formes pauci symptomatiques caractérisent les péritonites du sujet âgé.

Radiologie : le volumineux pneumopéritoine est un signe déterminant pour l'orientation diagnostique.

#### 4. Autres causes

A. Péritonite par perforation des anses grêles : les étiologies les plus rencontrées demeurent les brides post opératoires, les brides congénitales, le volvulus, l'invagination intestinale aiguë, la perforation d'un diverticule de Meckel ou une lésion inflammatoire en particulier les iléites de la maladie de Crohn, l'infarctus entéromésentérique, perforation compliquant la fièvre typhoïde, ou par ingestion du potassium (comprimé).

##### B. Péritonite post opératoire

Conséquence d'une désunion anastomotique ou d'une plaie opératoire iatrogène méconnue  
Le diagnostic clinique est difficile. La tomodensitométrie est un examen primordial.

C. Péritonites biliaires : elles demeurent rares mais graves et elles se distinguent en :

. Péritonites spontanées secondaires à la perforation vésiculaire (par lithiase, cancer vésiculaire, gangrène vésiculaire chez l'immunodéprimé).

. Péritonites provoquées : post opératoire, post traumatique.

Le diagnostic clinique est difficile .L'échographie est l'examen à demander.

D. Péritonites d'origine hépatique : il s'agit le plus souvent de la rupture d'un kyste infecté ou d'un abcès hépatique. Le diagnostic clinique repose sur l'association d'une douleur de l'hypochondre droit, fièvre, subictère ou ictère.

L'échographie et la tomodensitométrie sont les deux examens essentiels pour la confirmation du diagnostic.

E. péritonite d'origine génitale par rupture d'un pyosalpinx ou par perforation utérine iatrogène. Le tableau clinique se caractérise par une douleur hypogastrique diffusant vers le haut, fièvre élevée, des pertes purulentes. Le toucher pelvien est douloureux.



F. Péritonite urinaire : souvent secondaire à une rupture traumatique de l'appareil urinaire.

G. péritonite pancréatique compliquant une fistule pancréatique.

## VII. Traitement

La péritonite aiguë est une médicochirurgicale qui nécessite une hospitalisation. Le traitement se base sur deux volets l'un médical et l'autre chirurgical.

### A. Traitement médical

Les mesures de réanimation font partie intégrante. Elles font appel à la réhydratation par voie intra veineuse et la prise en charge de l'état infectieux.

- Mise en place d'une sonde nasogastrique, sonde vésicale, voie veineuse centrale, la rééquilibration hydro électrolytique, prélèvements sanguins, hémoculture, monitoring, ECG, constantes hémodynamiques, saturation en oxygène...

L'antibiothérapie introduite dès l'admission du patient sera secondairement adaptée en fonction des résultats de l'antibiogramme.

### B. Traitement chirurgical

Elle vise à traiter d'une façon définitive la péritonite par l'éradication du foyer septique. La voie d'abord chirurgicale est une laparotomie médiane par chirurgie conventionnelle. La coelioscopie gardent ses indications.

- Le prélèvement de l'épanchement pour étude cyto bactériologique, et antibiogramme afin d'adapter le traitement antibiotique.

- Le traitement de la cause de la péritonite dépend de l'organe lésé.

- **perforation d'ulcère gastrique ou duodéal** : soit suture de l'ulcère gastrique ou duodéal, soit suture avec vagotomie tronculaire bilatérale, soit suture de l'ulcère avec vagotomie hyper sélective. Pour l'ulcère gastrique l'excision de l'ulcère pour une étude anatomopathologie est obligatoire. La gastrectomie partielle garde peu d'indication.

- **Péritonite appendiculaire** : le geste chirurgical à réaliser est une appendicectomie avec drainage péritonéal.

- **Péritonites d'origine colique** : si l'état du patient le permet une résection colique suivie d'un rétablissement immédiat de la continuité est préférable, sinon une résection colique sera suivie d'une colostomie d'amont après fermeture du bout d'aval (opération d'Hartmann), ou d'une résection colique avec double stomie (intervention de Bouilly - Volkmann).

Parfois il est préférable de diriger la perforation colique en une colostomie temporaire en attendant de réaliser la résection tumorale.

**- Péritonites biliaires :**

La cholécystectomie avec ou sans exploration de la voie biliaire principale.

Une cholécystectomie atypique peut être proposée lorsque l'état du patient est fragile.

Si lithiase résiduelle de la voie biliaire principale, une sphinctérotomie endoscopique programmée sera réalisée secondairement.

**- Péritonites génitales :**

Le pyosalpinx représente l'indication type pour la chirurgie. Une salpingite aigue confirmée le plus souvent par voie coelioscopique est traitée médicalement. La perforation utérine est une urgence chirurgicale.

**VIII. Diagnostic différentiel :**

Dans sa forme typique la péritonite ne pose pas assez de doute diagnostique. Certains diagnostics différentiels doivent être reconnus, on cite :

- Un ulcère gastroduodénal aigu non perforé
- Une colique néphrétique
- Une pancréatite aigue
- Un infarctus entéromésentérique

**IX. Conclusion**

Les péritonites aiguës demeurent une urgence médicochirurgicale adaptée et sans retard. Le diagnostic doit être précoce et la prise en charge rapide et efficace.

Bonne chance

**Pr. R. KHENNAOUI**  
Service des Urgences  
Chirurgicales  
CHU Constantine