

Ministère de L'enseignement Supérieur et La Recherche Scientifique

Université de Constantine

Faculté de Médecine de Constantine

Module d'Hépatogastroentérologie (4^{ème} de Médecine promotion 2013- 2014)

Titre de la Conférence : Les Péritonites Aigues

(Dr R .KHENNAOUI)

I / - Introduction :

On entend par péritonite aigue toute inflammation aigue du péritoine, localisée ou généralisée dont la cause est le plus souvent infectieuse. Le diagnostic doit être rapide et le traitement reste souvent celui d'une urgence médicochirurgicale. Elles peuvent être ;

- Généralisées ou localisées
- Primitives ou secondaires

II / - Rappel anatomique :

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

III / - Physiopathologie :

Le péritoine est une séreuse 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

La contamination bactérienne peut être hématogène. La contamination péritonéale peut se faire de dehors en dedans (Ex : traumatisme pénétrant), ou de dedans en dehors (perforations d'organes intra péritonéaux).

Dans tous les cas le péritoine se défend par l'exsudation d'un liquide sérofibrineux avec des fausses membranes, permettant l'accolement des viscères à l'épiploon et à la paroi, limitant ainsi la diffusion des foyers infectés et la diffusion septicémique à l'origine d'une défaillance multi viscérale (collapsus vasculaire, défaillance respiratoire et insuffisance rénale liée à l'hypovolémie).

IV/- Classification des péritonites aiguës :

On sépare les péritonites aiguës en trois classes selon l'origine de l'infection. Les péritonites secondaires représentent 90 % des péritonites aiguës.

1/ - Péritonite primitive :

Les péritonites primitives sont dues à une infection spontanée mono bactérienne du péritoine d'origine hémotogène ou par translocation.

Les causes les plus fréquentes sont l'infection d'ascite à *Escherichia Coli* chez les patients cirrhotiques, l'infection à staphylocoque par l'intermédiaire du cathéter chez les patients avec dialyse péritonéale et la péritonite spontanée à pneumocoque de l'adulte.

2/ - Péritonite secondaire :

Les péritonites aiguës secondaires sont liées à la diffusion d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif.

3/ - Péritonite tertiaire :

Les péritonites tertiaires correspondent à des infections abdominales persistantes malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions). La cavité abdominale est surinfectée par des microorganismes peu virulents mais devenus résistants ou des levures. Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multi viscérale.

V/- ETUDE Clinique :

1/ - Forme typique

Le diagnostic d'une péritonite aiguë est en général assez facile. Le motif de consultation est une douleur abdominale intense, généralisée ou parfois localisée à un quadrant de l'abdomen, de début brutal ou progressivement croissant, accompagnée ou non de signes péritonéaux.

L'anamnèse précise les antécédents, les caractéristiques de la douleur, l'heure du début et le mode d'évolution, l'intensité, le siège ainsi que l'irradiation,

Les signes associés tels que les vomissements, les nausées, un arrêt des matières et des gaz de même que les troubles urinaires (dysurie, pollakiurie...)

La défense ou la contracture sont les signes principaux d'une péritonite aigüe. La contracture est une contraction rigide tonique, invincible, permanente et douloureuse des muscles de la ceinture abdominale. La défense, forme atténuée de contracture.

La douleur aigüe lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque a la même valeur sémiologique que la contracture et signe une irritation péritonéale.

VI /- Examens para cliniques :

1/- Examens biologiques :

Ils n'ont aucune valeur diagnostique mais permettent d'évaluer la gravité d'une péritonite (insuffisance rénale , déshydratation , acidose métabolique hyperleucocytose) et permettent d'aider la prise en charge anesthésique .On demandera entre autre une NFS, urée , créatinine , Taux de prothrombine etc.).

2/- Radiographie thoracique et Radiographie d'abdomen sans préparation

La radiographie du thorax peut montrer un pneumopéritoine un épanchement pleural

La radiographie d'abdomen sans préparation réalisée souvent avec une radiographie du thorax (ou des clichés centrés sur les coupes diaphragmatiques), elle va surtout rechercher un pneumopéritoine uni – ou bilatéral signant la perforation d'un organe creux, des signes d'iléus. Avec la disponibilité actuelle des scanners en urgence, les radiographies d'abdomen sans préparation (RX D'ASP) ne sont plus réalisées dans ce contexte.

3/- Scanner abdominal :

Il est très indiqué lorsque l'examen clinique est douteux ou difficile .Il peut aider au diagnostic en mettant en évidence un petit pneumopéritoine non visible sur les radiographies standard ou un épanchement intra péritonéal .Il peut également montrer des signes de diverticulite, infiltration péri appendiculaire ...

VII/- Formes cliniques :

1/- Formes à symptomatologie péritonéale atténuée :

Plus fréquentes chez les patients en mauvais état général, âgés, immunodéprimés ou traités par les corticoïdes.

Dans ce cas on aura une atténuation des signes locaux (contracture remplacée par une douleur ou une défense).

Les signes généraux sont plus marqués (fièvre, altération de l'état général, signes de choc...).

Des signes occlusifs avec vomissements, météorisme, arrêt des matières et des gaz peuvent être au premier plan.

2/ - Formes étiologiques

Les principales causes des péritonites aiguës et les plus fréquentes sont les péritonites par perforation d'un ulcère gastroduodénal, les péritonites appendiculaires, et les péritonites par perforation d'un diverticule sigmoïdien.

a/- Les péritonites par perforation d'un ulcère gastroduodénal

Il s'agit le plus souvent d'un sujet jeune ayant une douleur épigastrique de début brutal diffusant par la suite à tout l'abdomen.

L'anamnèse cherche des antécédents d'ulcère, la prise de médicaments gastronomiques (AINS ++++) ou d'autres facteurs favorisants (tabagisme important, jeûne prolongé ...).

A l'examen il n'y a pas de fièvre au début. La palpation retrouve une contracture généralisée ou localisée à la région épigastrique avec une défense pour le reste de la cavité péritonéale.

La radiographie d'abdomen sans préparation confirme la présence d'un pneumopéritoine, le scanner est l'examen le plus important pour le moindre doute diagnostique.

Biologiquement il n'y a pas d'hyperleucocytose pour les formes vues précocement. Le plus souvent l'ulcère est opéré en urgence.

b/- Les péritonites appendiculaires

La péritonite peut être (inaugurale) généralisée d'emblée ou compliquant un abcès ou un plastron appendiculaire qui se rompt secondairement dans la cavité péritonéale. Typiquement, il s'agit d'un sujet jeune qui présente des douleurs de la fosse iliaque droite progressivement croissantes associées à un febricule. Secondairement la douleur devient intense et se généralise à tout l'abdomen avec une fièvre à 39-40 degrés Celsius. A l'examen il existe des signes péritonéaux prédominant dans la fosse iliaque droite. Le TR est douloureux. Biologiquement il existe une hyperleucocytose. La CRP est élevée. Le scanner ne sera demandé que s'il y a un doute. Le traitement est chirurgical sous couverture antibiotique.

c/ - Les péritonites diverticulaires

La péritonite peut être généralisée d'emblée par perforation brutale d'un diverticule infecté en péritoine libre, ou résulter de la perforation d'un diverticule sigmoïdien compliquant une diverticulite (péritonite en deux temps).

Le tableau clinique débute par une douleur de la fosse iliaque gauche dans un contexte infectieux. Les signes péritonéaux apparaissent dans un second temps avec douleur généralisée, un syndrome infectieux sévère parfois des signes de choc car il s'agit le plus souvent d'une péritonite stercorariée.

D'un point de vue biologique il existe une hyperleucocytose avec élévation de la CRP.

Le scanner est d'un grand apport. Le traitement fera appel aux antibiotiques et à la chirurgie.

d/- Autres formes de péritonites rares

- Péritonite biliaire
- BarytoPéritonite
- péritonite post opératoire

VIII /- Traitement :

1/- Principes du traitement des péritonites aiguës généralisées :

a/- La prise en charge est d'abord médicale. Il s'agit de la réanimation, mise en place d'une nasogastrique, une sonde vésicale pour surveiller la diurèse, la voie d'abord veineuse pour la rééquilibration hydro électrolytique, l'antibiothérapie à large spectre active sur les germes anaérobies, aérobies et sur les gram négatifs.

b/- Principes du traitement chirurgical :

- Voie d'abord adaptée (laparotomie médiane ou coelioscopie) permettant toujours une exploration complète de la cavité péritonéale et le traitement adapté à la cause de la péritonite.
- Toilette péritonéale, après réalisation des prélèvements bactériologiques intra péritonéaux, utilisant de nombreux litres de sérum salé chaud avec ou sans antiseptiques.

- Drainage large intéressant les zones déclives de la cavité péritonéale

Traitement des pathologies

- Perforation d'ulcère gastroduodénal

La suture de l'ulcère est souvent réalisée après un lavage de la cavité péritonéale.

La méthode de Taylor est en fait un traitement médical associant une réanimation hydro électrolytique, aspiration digestive, antibiothérapie, à large spectre, traitement anti ulcéreux.

Parfois traitement radical de l'ulcère : vagotomie tronculaire ou gastrectomie ou vagotomie supra sélective.

- Péritonites appendiculaires :

Une appendicectomie complétée par un lavage de la cavité péritonéale

- ~~péritonites coliques~~ ;

Il s'agit le plus souvent de péritonites par sigmoïdites diverticulaires compliquées. La résection de la partie colique pathologique suivie soit d'une anastomose avec protection par une colostomie ou intervention avec colostomie selon Hartmann.

- ~~péritonites par perforation du grêle~~

La prise en charge dépend de l'étiologie, la résection anastomose ou la stomie est reste le procédé chirurgical à réaliser.

- ~~Péritonites biliaires :~~

Une cholécystectomie réalisée par laparotomie ou par laparoscopie avec toilette péritonéale.

- le traitement des autres causes des péritonites (barytopéritonite et péritonite post opératoire) reste toujours greffé d'une morbidité et d'une mortalité post opératoire non négligeable.

Conclusion:

Le pronostic d'une péritonite aigue dépend avant du terrain sur lequel elle survient sans oublier l'étiologie et l'heure du diagnostic et la rapidité de la prise en charge.

Bon courage

Dr KHENNAOUI

Dr R. KHENNAOUI
Maire, Assistant Hospitalier Universitaire
Chef d'Unité CHU-Constantine