

LES PERITONITES

I-DEFINITION-GENERALITES:

Les péritonites sont définies comme une inflammation aigue de la totalité ou d'une Partie de la séreuse péritonéale.

Le plus souvent secondaire à une infection ou agression biochimique (perforation d'ulcère.)

Leur évolution spontanée est souvent mortelle.

Le traitement chirurgical précoce reste le premier facteur pronostic.

II- CLASSIFICATION :

Les péritonites primaires sont dues à une infection spontanée mono bactérienne du Péritoine d'origine hématogène ou par translocation. Leur traitement est médical. Les Causes les plus fréquentes sont l'infection d'ascite

Les péritonites secondaires sont liées à la diffusion d'une infection abdominale localisée Ou à la perforation d'un viscère digestif .Elles sont les plus fréquentes

Perforation intra abdominale exp : perforation d'ulcère

Post opératoire exp : lâchage d'une anastomose

Post traumatique exp : plaie pénétrante

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). Survenant dans le cadre d'une immunodépression

III- BASES ANATOMIQUES :

Le péritoine est une membrane séreuse vascularisée et innervée comportant deux feuillets en Continuité l'un avec l'autre

-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 abdominale** Et des replis péritonéaux (mésos, ligaments, épiploons et loges)

IV- BASES PHYSIOLOGIQUES

Le péritoine secrète un liquide visqueux riche en protéines et 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 RESORBE le liquide (jusqu'à 8% du poids corporel) et se comporte comme une membrane semi-perméable soumise aux lois de l'osmose.

Ce pouvoir de résorption n'est pas le même partout : presque nul au niveau du cul- de- sac de douglas, il est importante au niveau sous diaphragme.

La diffusion des liquides résorbés se fait par voie portale et par voie lymphatique transdiaphragmatique

BASES PATHOLOGIQUES

Contamination bactérienne hématologique

Exceptionnelle, la contamination bactérienne hématologique s'observe au cours de septicémies

Contamination péritonéale de dehors en dedans

- manipulation des cathéters de dialyse péritonéale chez l'insuffisant rénal.
- propagation d'infections génitales à la cavité péritonéale (ligne de Farr).
- plaies pénétrantes de l'abdomen

Contamination péritonéale de dedans en dehors

La contamination péritonéale de dedans en dehors est de loin la plus fréquente à partir d'une rupture de la barrière péritonéale autour du tube digestif : perforation d'étiologies diverses

V- PHYSIOPATHOLOGIE :

Le péritoine est important ; il est plus ou moins égal à la superficie de la peau

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

Le péritoine se défend par l'exsudation d'un liquide sérofibrineux aboutissant à la formation de fausses membranes qui accoleront les viscères à l'épiploon et à la paroi.

Les réactions du péritoine à l'infection sont le plus souvent insuffisantes et loin d'être toutes bénéfiques diffusion septicémique par résorption des germes et de leurs toxines

-irritation des terminaisons nerveuses sensibles du péritoine avec réponse réflexe :

- au niveau de la paroi abdominale (douleurs et contracture)
- au niveau de l'intestin (iléus paralytique avec constitution d'un troisième secteur liquidien).

VI- REPERCUTIONS SYSTEMIQUES :

-la création d'un troisième secteur va entraîner une hypo volémie et quelques fois défaillance circulatoire.

-aggravation de l'état général liée à la dissémination des bactéries et des toxines entraînant-

Un choc septique

- défaillance respiratoire par réduction de la course diaphragmatique (douleurs et distension abdominale), surinfection pulmonaire

- insuffisance rénale liée à l'hypo volémie, à l'action directe des toxines bactériennes.

- altération des fonctions hépatiques avec hépatite aiguë infectieuse

Ces signes extra-abdominaux sont des critères de gravité

VII- EXAMEN CLINIQUE :

Une symptomatologie commune permet de poser le diagnostic : **SYNDROME PERITONEAL**.
Il existe des caractéristiques propres à chaque étiologie

Signes fonctionnels

-Douleur abdominale constante et de siège variable

Son siège et son maximum d'intensité peuvent avoir une valeur localisatrice.

Elle peut être violente, brutale, elle diffuse rapidement à tout l'abdomen

-vomissements, inconstants, sont alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes

Ils traduisent la diffusion de la péritonite et l'iléus paralytique qui l'accompagne

-arrêt du transit ; les troubles du transit sont un avertissement pour le malade

Antécédents

L'interrogatoire recherche dans les antécédents des signes permettant d'orienter le diagnostic étiologique : passé ulcéreux, poussées douloureuses localisées, infections gynécologiques, prises médicamenteuses, affections cardio-vasculaires

Signes physiques

Contracture : le maître symptôme est la contracture, visible et palpable, qui signe la péritonite généralisée. C'est un symptôme précoce, majeur et peut à lui seul imposer l'intervention

- La paroi abdominale ne respire pas, signe de grande valeur.

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

Percussion difficile à réaliser vu l'importance de la douleur on peut noter

- une disparition de la matité pré hépatique (pneumopéritoine).

- une matité des flancs (épanchement intra péritonéal).

- un tympanisme global (iléus paralytique).

Touchers pelviens :

- explorent le petit bassin et le cul-de-sac de Douglas

- sont douloureux et peuvent aider à trouver la cause de la péritonite (appendicite, salpingite, sigmoïdite).

Signes généraux:

Parfois discrets au début, les signes généraux deviennent rapidement inquiétants,

-fièvre varie avec la virulence de l'infection

- altération de l'état général, faciès altéré, teint gris

- marbrures cutanées

- troubles psychiques

- accélération du pouls (. tachycardie,)

- hypotension artérielle.

- oligurie à un stade avancé

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les examens biologiques comportent

- un hémogramme (hyperleucocytose)

-un ionogramme

-une amylosémie

-un bilan d'hémostase TP

-un bilan rénal

-et un groupe sanguin

Ils guident la réanimation préopératoire et ont un intérêt pronostique et évolutif

Les examens radiologiques

a-télé thorax : face

- Recherche un pneumo péritoine
- Une condensation des bases pulmonaires

b- ASP : debout face, profil ou décubitus latéral centre sur les coupoles diaphragmatiques

- croissant gazeux sous- diaphragmatique s'il est absent il n'élimine pas le diagnostic de péritonite
- tardivement les niveaux hydro aériques de l'iléus reflexe
- la grisaille diffuse de l'épanchement intra péritonéal

c- Echographie : chez un patient instable

- Épanchements péritonéaux, abcès
- Difficile si iléus

d-Scanner : surtout si diagnostic difficile :

VIII- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Se pose avec les autres syndromes douloureux hyper algiques :

- Pancréatite aigue
- Ulcère aigu non perforé
- Colique néphrétique
- Occlusion intestinale
- Infarctus du mésentère

XI- EVOLUTION :

Non traitée

- complications septiques loco régionales (abcès intra abdominaux)
- complications septiques à distance (abcès hépatiques, rénaux, cérébraux)
- décès par choc septique et défaillance multi viscérale.

X-TRAITEMENT :

1° Médical : Avant, pendant et après le geste chirurgical, le traitement médical vise à combattre l'infection et le retentissement général de la péritonite d'urgence : REANIMATION.

- sonde d'aspiration gastrique
- sondage urinaire
- abord veineux solide
- rééquilibrage hydro électrolytique

- une antibiothérapie intraveineuse à large spectre, active sur les aérobie et les anaérobies, secondairement adaptée aux résultats bactériologiques péritonéaux ou sanguins.

-une nutrition hypercalorique parentérale puis entérale, dès que le transit est repris.

- un contrôle des grandes fonctions vitales (cœur, poumon, rein) avec traitement à la demande des défaillances viscérales,

2° chirurgical

But : supprimer la cause de la péritonite, le geste dépend de l'étiologie

- Toilette péritonéale, après réalisation de prélèvements bactériologiques intra péritonéaux, utilisant de nombreux litres de sérum chaud avec ou sans antiseptiques
- Drainage large, intéressant les zones déclives de la cavité péritonéal

XI DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

(5)

1) PERITONITE-APPENDICULAIRE -

Les plus fréquentes : soit par diffusion Soit par perforation

C'est une péritonite purulente généralisée d'emblée

- le début est brutal dans la fosse iliaque droite.

Les signes infectieux sont sévères (fièvre élevée, hyperleucocytose).

Défense généralisée (voire une contracture) prédominant dans la FID

Les touchers pelviens retrouvent une douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas

Leur traitement est univoque : appendicectomie, toilette, et drainage péritonéal

Et est encadré par une antibiothérapie

2) PERFORATION D'UN ULCERE GASTRO-DUODENAL

La perforation peut être révélatrice de la maladie ulcéreuse.

Complication fréquente du sujet jeune

Le tableau est typique :

Douleur brutale

Visage angoissé

Contracture généralisée La septicité du liquide péritonéal est variable :

- perforation sur estomac vide : péritonite chimique, stérile avant la 6e heure (absence de fièvre), évoluant vers la péritonite infectieuse généralisée.

- perforation sur estomac plein donnant une péritonite infectieuse généralisée d'emblée.

ASP : pneumopéritoine

Le traitement associé : sonde d'aspiration

Antibiothérapie

Chirurgie : toilette, et suture ou vagotomie + drainage

3) PERITONITE COLIQUE

Les péritonites d'origine colique sont celles dont le pronostic est le plus grave en raison de la septicité du contenu colique, entraînant une péritonite purulente responsable de signes infectieux généraux majeurs

Complication de la maladie diverticulaire ou perforation lors d'un cancer colo-rectal ou Les perforations iatrogènes au cours des coloscopies

Le tableau est sévère

Pronostic réservé

Le traitement nécessite :

Réanimation massive

Une antibiothérapie

Le traitement chirurgical n'est pas univoque mais la sigmoïdectomie sans rétablissement de la continuité (intervention de Hartmann [pas d'anastomose en milieu septique]) paraît actuellement préférable à la suture de la perforation, drainage et colostomie

ct

4) PERITONITE BILIAIRE :

- 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 péri vésiculaire

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

Evolution rapidement sévère

Echographie ++

Le traitement : cholécystectomie

Drainage

Antibiothérapie

5) PERITONITES GENITALES :

Pelvi-péritonite d'origine salpingienne :

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.