

LES PERITONITES

Le 23 Mai 2022

Objectifs pédagogiques:

1. Connaître les signes d'une péritonite aiguë
2. Citer les causes de la péritonite aiguë

Plan :

- I. Définition-Généralités
- II. Classification
- III Mécanismes
- IV. Etude sémiologique
- V. Examens complémentaires
- VI. Etiologies
- VII. Diagnostic différentiel
- VIII. Evolution
- IX. Traitement
- X. Conclusion

I. Définition-Généralités :

Les péritonites aiguës se définissent comme 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 intra abdominal. Elles peuvent être soit généralisées dans la grande cavité péritonéale, soit localisées dans les loges sous-phréniques, les gouttières pariéto-coliques et le cul de sac de Douglas. La réaction locale puis générale peut rapidement entraîner le décès. Le diagnostic doit donc être rapide et le traitement est une urgence chirurgicale.

II. Classification :

Parmi les différentes classifications des péritonites, celle dite de Hambourg qui sépare les péritonites en trois classes selon l'origine de l'infection est la plus utilisée. Les péritonites secondaires représentent 90 % des péritonites aiguës.

1. Péritonite primaire : Les péritonites primaires sont dues à une infection spontanée monobactérienne du péritoine d'origine hématogène ou par translocation. Leur traitement est médical. Les causes les plus fréquentes sont l'infection d'ascite à *E. coli* chez le cirrhotique, 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 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 adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions). La cavité abdominale est surinfectée par des micro-organismes peu virulents mais devenus résistants ou des levures. Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multiviscérale.

III. Mécanismes :

a— Le plus souvent : perforation d'un organe creux dans la cavité péritonéale:

- Soit perforation traumatique d'un organe sain.

- Soit perforation d'un organe creux qui est le siège, d'un processus pathologique :
 - perforation d'un appendice, siège d'une inflammation.
 - perforation d'un ulcère duodénal ou gastrique : le liquide gastrique aseptique fait irruption dans la cavité péritonéale responsable de la douleur brutale, secondairement au bout de 5 à 6 heures apparition d'une infection par pullulation des germes responsables des signes de péritonite.
- b— Plus rarement: infection péritonéale primitive : péritonite à Pneumocoque qui se voit chez l'enfant et dont le traitement est médical.

IV. Etude sémiologique :

— Les signes communs de péritonite aiguë :

Indépendamment de l'étiologie, une symptomatologie commune permet de porter le diagnostic de péritonite : c'est le syndrome péritonéal.

• Signes fonctionnels :

- douleur abdominale : constante, permanente, augmentée par les mouvements, la toux, l'éternuement, l'effort de défécation et la palpation : toutes les manœuvres qui augmentent la pression intra-péritonéale. Cette douleur est d'abord localisée, le siège initial de la douleur est important car il peut permettre de reconnaître la cause, puis la douleur est secondairement généralisée à tout l'abdomen;
- vomissements : inconstants;
- troubles du transit : constipation, parfois arrêt des matières et des gaz en rapport avec un iléus réflexe (occlusion intestinale fonctionnelle).

• Signes généraux : la fièvre dont l'heure d'apparition varie avec la cause, le pouls est accéléré.

• Signes physiques :

- inspection : abolition de la respiration abdominale', parfois, il existe une rétraction de l'abdomen;
- palpation : met en évidence un signe majeur : la contracture abdominale qui possède les caractères suivants : elle est douloureuse s'accompagnant d'une hyperesthésie cutanée, elle est localisée au début puis généralisée, elle est invincible, permanente et irréductible, réalisant le classique « ventre de bois ».

Les signes accompagnateurs sont les suivants :

- abolition des réflexes cutanés abdominaux;
- douleur vive déclenchée au niveau du cul-de-sac de Douglas par le toucher rectal:« cri du Douglas».Il faut savoir que parfois la contracture abdominale peut manquer et être remplacée par une défense pariétale.

V. Examens complémentaires :

URGENCE chirurgicale : aucun examen ne doit retarder le diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

a)Imagerie :

- ✓ Rx thorax :pneumopéritoine ,Épanchement pleural
- ✓ ASP (clichés face debout prenant les coupoles ,de face couché et de profil couché):
 - pneumopéritoine (perforation d'un organe creux) : croissant clair inter-hépto-diaphragmatique sur le cliché debout de face.
 - iléus réflexe(distension aérique du grêle et du côlon, niveaux hydro-aériques....)
- ✓ Echographie: Épanchements péritonéaux,abcès
- ✓ Transit aux hydrosolubles : visualise la perforation gastrique ou colique.
- ✓ PONCTION / LAVAGE DU PÉRITOINE : A vessie vide, les résultats dépendent de l'étiologie:
 - Liquide clair: normal
 - Liquide hématique
 - Liquide fécaloïde
 - Liquide purulent
 - Liquide bilieux.
- ✓ Scanner abdomino-pelvien

Il est utile lorsque l'examen clinique est douteux (immunodéprimé, péritonite asthénique du vieillard)ou difficile (obèse, péritonite post-opératoire, traumatisé de l'abdomen). Il peut aider au diagnostic en mettant en évidence un petit pneumopéritoine non visible sur les radiographies standard ou un épanchement liquidien intra-abdominal. Il peut également montrer des signes liés à la cause :diverticulite, infiltration péri-appendiculaire.

b) Examens biologiques :

FNS,CRP ,bilan rénal, bilan d'hémostase, ionogramme sanguin : Ils n'ont aucune valeur diagnostique.Mais sont réalisés pour évaluer la gravité de la péritonite et le retentissement systémique et rentrent dans le cadre du bilan pré-opératoire.

VI. Étiologies :

1-Péritonite appendiculaire :

- Signes fonctionnels : douleur abdominale : à début progressif, dont le siège initial est la fosse iliaque droite ;
- signes généraux : sont marqués, fièvre rapidement élevée à 39,5-40 °C, le pouls est accéléré en rapport;
- signes physiques : la contracture abdominale est maximale au niveau de la fosse iliaque droite;
- examens complémentaires : l'hémogramme montre une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile, l'ASP est en règle normal.

2-Péritonite par perforation d'ulcère gastrique ou duodéal :

— Signes fonctionnels :

- douleur abdominale : à début brutal, déchirante en coup de poignard, survenant en pleine santé apparente, de siège épigastrique, puis diffuse secondairement à droite et en bas. Il est indispensable de préciser l'heure d'apparition de la douleur;

- vomissements : sont retardés et inconstants;

- l'interrogatoire recherche des antécédents de douleur ulcéreuse qui peuvent manquer.

- Signes généraux : la température est normale les premières heures, le pouls est parfois accéléré.

— Signes physiques : l'examen clinique va mettre en évidence deux signes fondamentaux:

- la contracture abdominale épigastrique ou diffuse à prédominance épigastrique;

- la disparition de la matité préhépatique mise en évidence par la percussion pratiquée sur le sujet en position demi-assise; elle traduit l'existence d'un pneumopéritoine.

— Examens complémentaires : l'hémogramme est normal dans les premières heures, l'ASP met en évidence le pneumopéritoine qui apparaît comme un croissant gazeux inter-hépatodiaphragmatique.

3- Péritonites par perforation du grêle:

Les causes les plus fréquentes sont :

-la nécrose d'anse grêle par strangulation : bride, volvulus, invagination,

-La perforation d'un diverticule de Meckel ou d'une pathologie inflammatoire (Crohn).

-infarctus du mésentère.

-perforation typhique.

-une perforation après l'ingestion de comprimé de potassium...

4- Péritonites par perforation colique:

- Le Cancer colique :est l'étiologie la plus fréquente

- Diverticulite colique : péritonite diverticulaire.

- colites aiguës (Crohn, recto-colite hémorragique).

- perforations iatrogènes: au cours des coloscopies surtout en cas de polypectomie, au cours d'un lavement baryté.

- perforations en amont d'un fécalome.

5- Péritonites biliaires:

Elles sont rares mais graves et on peut distinguer:

✓ les péritonites spontanées (90%):

Par perforation de la vésicule (calcul, cancer vésiculaire, gangrène), rarement la péritonite secondaire à une diffusion du pus à partir d'un pyocholécyste.

✓ Les péritonites provoquées:

-post opératoire (cholécystectomie)

-post traumatique.

Rarement le tableau est typique et en faveur de l'origine biliaire, on retiendra le contexte de femme âgée, souvent obèse,et antécédents de lithiase vésiculaire.

6- Péritonites d'origine hépatique:

Les formes étiologiques évoquées sont: les abcès amibiens, les abcès à germes banals, la suppuration du foie d'origine traumatique par contusion abdominale, le kyste hydatique.

7- Péritonite génitale:

Il s'agit le plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx (touchers pelviens, échographie); ou une perforation utérine iatrogène au cours d'une interruption de grossesse.

8- Les péritonites urinaires:

Elles sont souvent secondaires à une rupture traumatique de l'appareil urinaire, tandis que les péritonites urinaires spontanées sont rares.

9- les péritonites pancréatiques:

C'est une complication de la pancréatite aiguë par fistule pancréatique dans un organe creux ou externe par drainage chirurgical.

10- Les péritonites post-opératoires:

Elles sont la conséquence d'une fuite d'une anastomose digestive ou d'une plaie opératoire méconnue de l'intestin.

11- Les péritonites primitives:

L'origine septicémique, à pneumocoque et à streptocoque, élargie à d'autres germes (entérocoque, colibacille) est souvent incriminée. Le traitement est médical.

VII. Évolution:

Une péritonite non traitée a une évolution rapidement dramatique. Elle entraîne rapidement le décès par état septique sévère, ou syndrome de défaillance poly-viscérale.

VIII. Diagnostic différentiel :

- ✓ Pancréatite aiguë
- ✓ Ulcère aigu non perforé
- ✓ Occlusion intestinale aiguë
- ✓ Colique néphrétique
- ✓ Infarctus mésentérique

IX. Traitement :

• Médical : il est double :

- ✓ réhydratation. Réanimation en cas d'altération des grandes fonctions vitales.
- ✓ lutte contre l'infection : antibiothérapie adaptée à la flore digestive.

• Chirurgical :

- traitement de l'organe responsable :
 - ✓ exérèse (appendice, vésicule, sigmoïde)
 - ✓ réparation (estomac, duodénum, grêle)
- grand lavage péritonéal jusqu'à l'obtention d'une cavité propre
- drainage
- stomies temporaires si lésions colo-rectales.

X. Conclusion : la péritonite aiguë est :

- Urgence chirurgicale mettant en jeu le pronostic vital.
- Sémiologie : syndrome péritonéal (contracture abdominale***)
- Les examens paracliniques ne doivent pas retarder le diagnostic ;
- Les trois causes les plus fréquentes sont : ulcère perforé, appendicite compliquée et perforation de diverticule sigmoïdien.

Références bibliographiques :

1. Rose Marie Hamladji. Précis de sémiologie. OPU Alger.
2. <http://campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item275/site/html/cours.pdf>
3. <http://e-semio.org/Gastro-enterologie#SR1227>
4. https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Rubrique_Professionnels/abrege_hepato_gastro/abrege_d_hge_2012-chap29_item275.pdf
5. <http://dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/12490/1/les-peritonites-aigues.pdf>