

Péritonites aigues Généralisées

**Pr MARDACI ,H
SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE
CHU ANNABA**

PLAN

I. Définition

II. Mécanismes physiopathologiques

- 1) De défense
- 2) D'agression

III. Conséquences des péritonites aigues sur les grandes fonctions vitales

IV. Diagnostic positif des péritonites

V. Diagnostic différentiel

VI. Diagnostic étiologique

VII. Principes généraux du traitement

VIII. Conclusion

I/Définition:

- Réalisent une urgence médico-chirurgicale.
- Se définissent par l'inflammation et/ou l'infection aigue de la séreuse péritonéale.
- On distingue:
 - Péritonites primitives(absence foyer infectieux)
 - Péritonites secondaires(perforation viscère)
 - Péritonites post opératoires(désunion anastomotique)

II/Mécanismes physiopathologiques

1-Mécanismes de défense: représentés par

- Péritoine
- Grand épiploon
- Circulation des fluides à l'intérieur de la cavité péritonéale , se drainent dans le canal thoracique
- Fibrine
- Neutrophiles intra-péritonéaux
- Immoglobulines et complément
- Système réticulo-endothélial portal

2-Facteurs d'agression du péritoine: 3 types

a-Péritonites chimiques:

- sont dues à une perforation digestive haute gastrique ou duodénale.
- la perforation libère des produits érosifs(HCL, pepsine, bile, suc pancréatique).
- il s'ensuit une altération des capillaires , favorisant le passage massif d'un volume liquidien riche en protéine, créant un troisième secteur extracellulaire.
- initialement aseptique, se surinfecte par prolifération de germes préexistants dans la lumière digestive.

b-péritonites septiques(ou bactériennes)

- Sont dues à une perforation digestive moyenne ou basse (iléale ou colique).
- La perforation avec perte de liquide iléale ou fécale , propage les bactéries aérobies et anaérobies , favorisant l'apparition d'un choc septique, il s'ensuit:
 - Rétention du liquide extracellulaire(3^{ème} secteur).
 - Iléus paralytique.
 - Hypovolémie aggravant le choc septique.

c-Péritonites mixtes:(chimiques + bactériennes)

- Sont des péritonites hyper septiques
- Le type en est la perforation digestive , après nécrose d'une anse intestinale en strangulation prolongée.

III/Conséquences des péritonites aigues sur les grandes fonctions vitales:

- Défaillance circulatoire avec choc hypovolémique.
- Défaillance respiratoire: SDRA.
- Défaillance rénale: IRF oligoanurique \Rightarrow IRO \Rightarrow EER.
- Défaillance métabolique: acidose métabolique, \downarrow facteurs du complexe prothrombénique, \downarrow fibrine, \downarrow plaquettes(thrombopénie).
- Défaillance hépatique: ictère mixte (rétenion biliaire+cytolyse).
- Défaillance nutritionnelle: chute pondérale, \uparrow besoins caloriques et protidiques.
- Hémorragie digestive: secondaire à un ulcère de stress.
- Troubles neuro-psychiques.

VI/Diagnostic des péritonites

1- Clinique:

C'est le classique syndrome péritonéal associe:

a- Signes fonctionnels:

- Douleur: est le maître symptôme \Rightarrow toujours
- Présente , très intense , souvent localisée, pour se généraliser par la suite à tout l'abdomen
- Vomissements: très fréquents , d'abord alimentaires puis bilieux, parfois remplacés par des nausées.
- AMG

b- Signes généraux:

Au maximum installation d'un état choc \Rightarrow hypotension, pouls accéléré ,oligurie . AEG. Faciès terreux angoissé. T° variable , selon la cause de la péritonite(Glt>38,5°c).

c-Signes physiques:

Inspection :

- Immobilité avec absence de respiration abdominale.
- Chez le sujet maigre on voie se dessiner les reliefs des muscles G. dts de abdomen.

Palpation:

- Contracture abdominale ,tonique, permanente, invincible et douloureuse, réalisant au maximum le ventre de bois.

TP(TR+TV):

- Douleur au niveau du cul de sac de Douglas , réalisant le « cri de Douglas », témoignant de l'irritation péritonéale(épanchement).

d- Évolution

- Non traitée la péritonite s'aggrave en quelques heures vers la péritonite asthénique:
- Douleur s'atténue rapidement
- Diminution, voir disparition de la contracture abdominale, remplacée par un ballonnement abdominal+++.

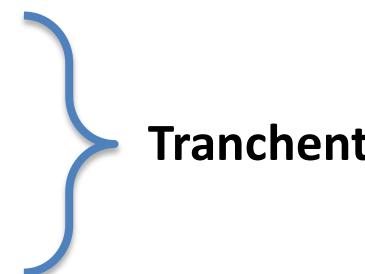
V/Diagnostic différentiel:

a- syndromes médicaux:

- Colique hépatique
- Colique néphrétique
- Colique saturnine
- Crises abdominales de tabès

b- syndromes chirurgicaux:

- OIA
- PA
- Infarctus entéro-mésentérique
- Torsion d'un kyste de l'ovaire
- **Contracture abdominale +++**
- **± ASP**
- **Échographie**
- **TDM abdominale**



Tranchent

VI/Diagnostic étiologique:

1-Perforation d'ulcère : (G.D)

a- Ulcère duodénal :

Interrogatoire

- Homme jeune 20-60ans
- Prise d'AINS, aspirine 25%
- Perforation révélatrice de la maladie 15-20%

Clinique:

➤ Signes cliniques:

- Douleur épigastrique en coup de poignard , pliant le patient en deux par son intensité
- VMS
- ± arrêt du transit
- Pas d'état de choc au début: péritonite chimique +++
- T° est souvent normale au début +++

➤ **Examen clinique**

- Inspection: immobilité abdominale
- Palpation : contracture +++
- Percussion :disparition de la matité pré-hépatique , remplacée par une sonorité
- TR: douleur au niveau du cul sac de Douglas : irritation péritonéale

□ **Biologie:**

- Hyperleucocytose
- CRP+, vs accélérée

□ **Imagerie:**

- ASP: pneumopéritoine+++
- Échographie abdomino-pelvienne: épanchement péritonéal

□ Traitement

- Voies d'abord: laparotomie médiane sus ombilicale, cœlioscopie
- Perforation révélatrice :
 - Sujet jeune \Rightarrow suture simple avec ou sans épiplooplastie
- Maladie ulcéruse connue : (traitement radical)
 - Vagotomie tronculaire bilatérale+ pyloroplastie
 - vagotomie supra-sélective+ suture de l'ulcère

b-ulcère gastrique::

- Moins fréquent
- Clinique superposable à l'ulcère duodénal
- Traitement: excision des berges (biopsie)+ suture de la perforation gastrique .

2-Péritonite appendiculaire

- 2^{ème} cause de péritonite
- Peut être progressive en qqs heures, en qqs jours chez un patient présentant une appendicite aigüe ⇒ il s'agit d'une péritonite par diffusion à la cavité péritonéale de l'inflammation péritonéale. (p.en 2 temps).
- Au contraire peut s'installer brutalement ⇒ il s'agit d'une perforation de l'appendice avec inondation de la cavité péritonéale par du pus.(p. en 3 temps)
- **Clinique**
 - **Signes cliniques:**
 - Douleur intense généralisée , à tout l'abdomen , mais restant maximale au N.FID.
 - syndrome occlusif avec AMG(appendice méso cœliaque)
 - Fièvre 39-40°C
 - **Examen clinique :**
 - **Inspection:** absence de respiration abdominale
 - **Palpation:** contracture à l'ensemble de l'abdomen , avec exacerbation des signes dans la FID,
 - **TP:** douleur au niveau cul sac de douglas

□ **Biologie:** hyperleucocytose

□ **Imagerie:**

- **ASP:** grisaille diffuse
- **Échographie:** épanchement péritonéal

□ **Traitements:**

- Cause : appendicectomie (laparotomie, cœlioscopie).
- Péritonite: toilette péritonéale
- Drainage de la cavité péritonéale

3- Péritonite par perforation d'un cancer colorectal:

- 3^{ème} cause de péritonite généralisée
- Péritonite peut être due , soit à une perforation tumorale , soit distastique.

a-perforation tumorale:

- Tableau clinique d'une péritonite généralisée
- TRT: colectomie en Fx du site de la Tm+ stomie +plus tard RC.

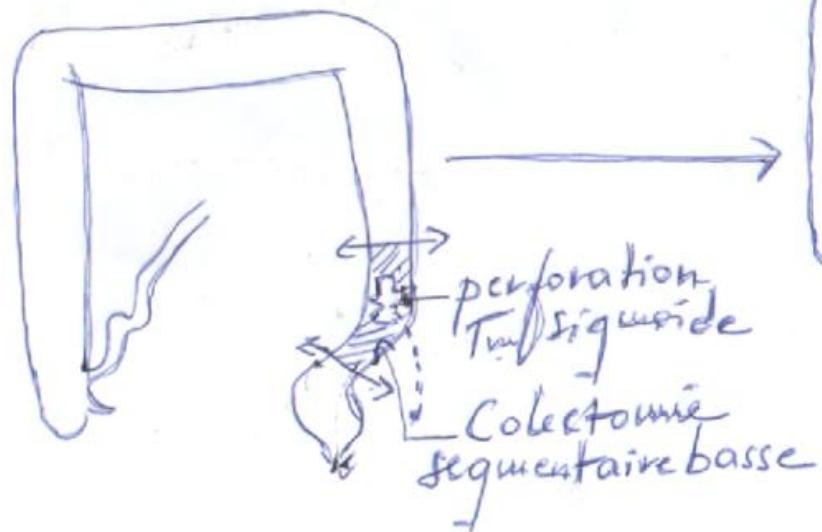
b-perforation diastatique:

- Due à la distension du colon en amont de la Tm, le plus souvent colique gauche(descendant ou sigmoïde)
- La perforation siège svt s/coecum
- TRT: colectomie emportant Tm et perforation(à proximité)+stomie+plus tard RC.
- Colectomie emportant Tm+ suture perforation(à distance)+ stomie+ plus tard RC.

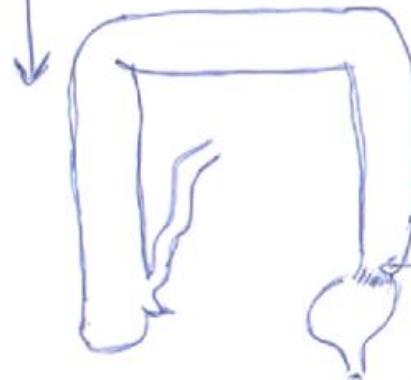
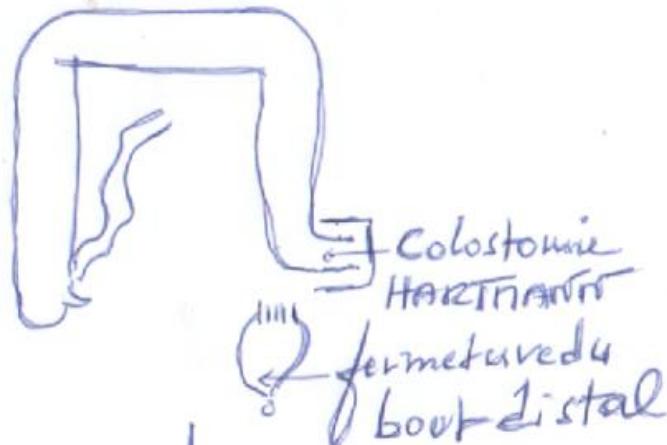
①

A * Péritonite par perforation d'un Cancer Colo-rectal

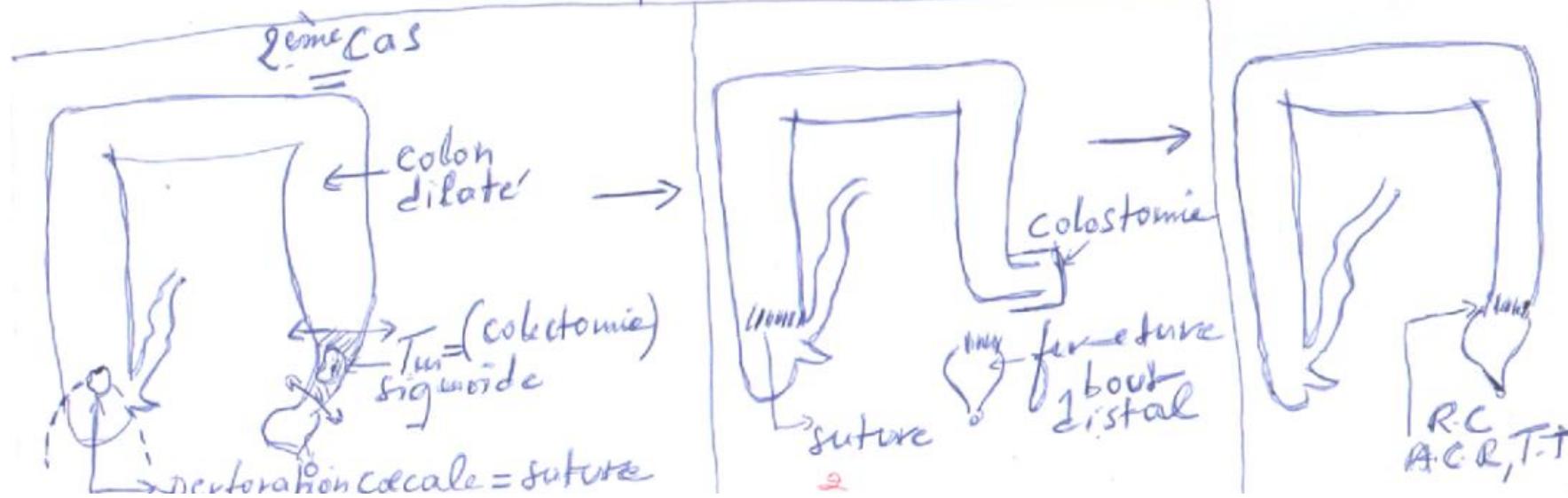
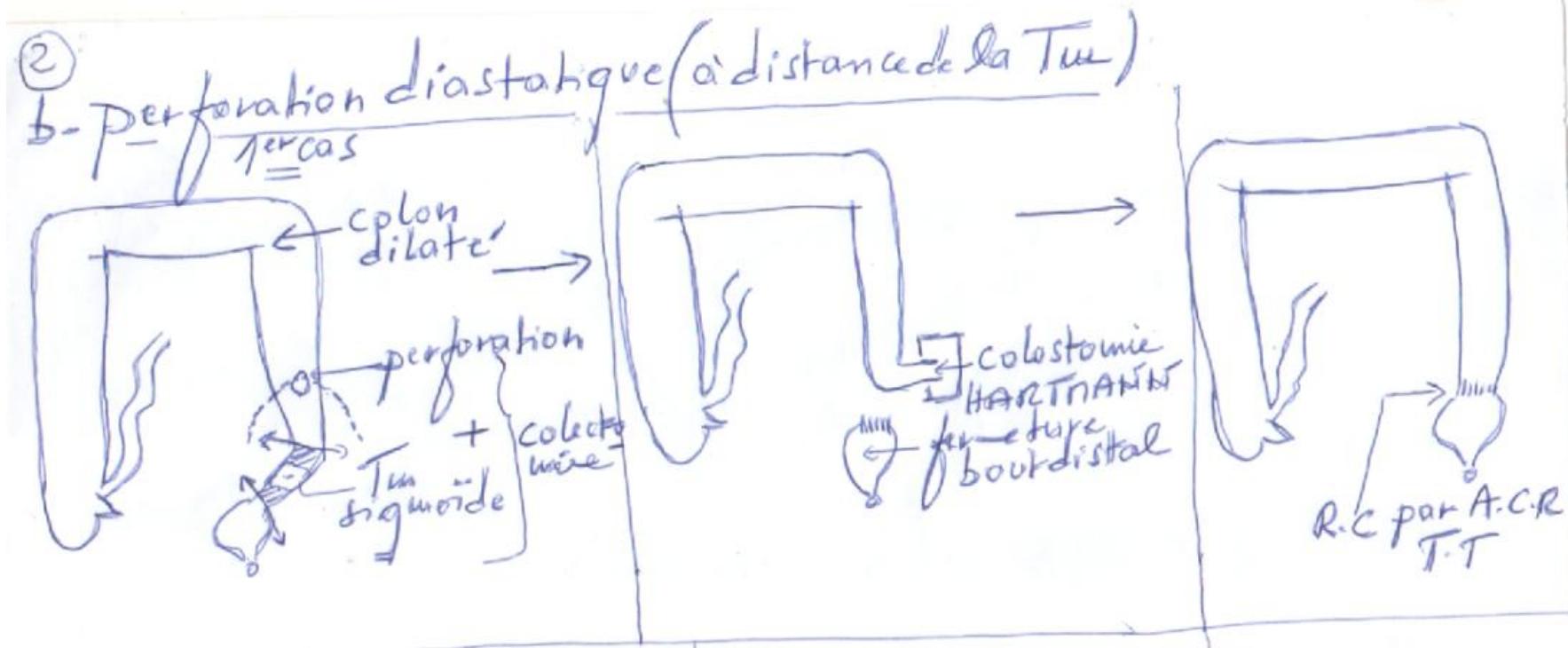
9- perforation Tumorale



8 -



1



4- Perforations diverticulaires:

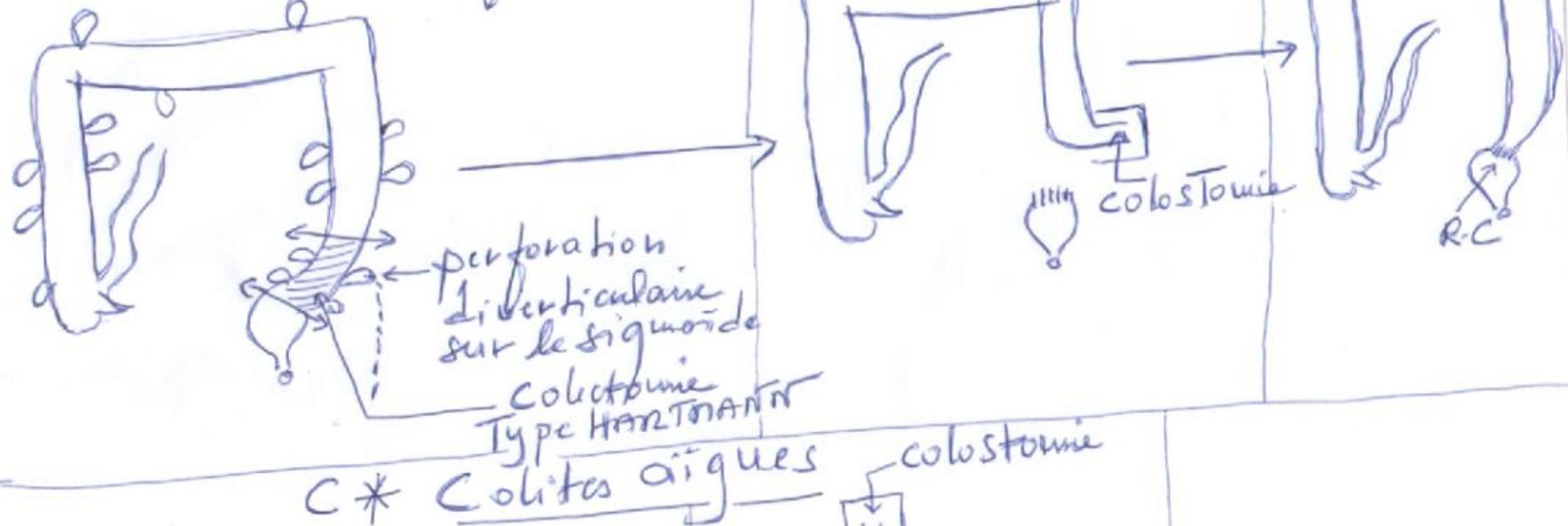
- Donnent une péritonite purulente ,ou pyostreorrhale.
- TRT: Hartmann,3-6mois RC.

5-Colites aigues:

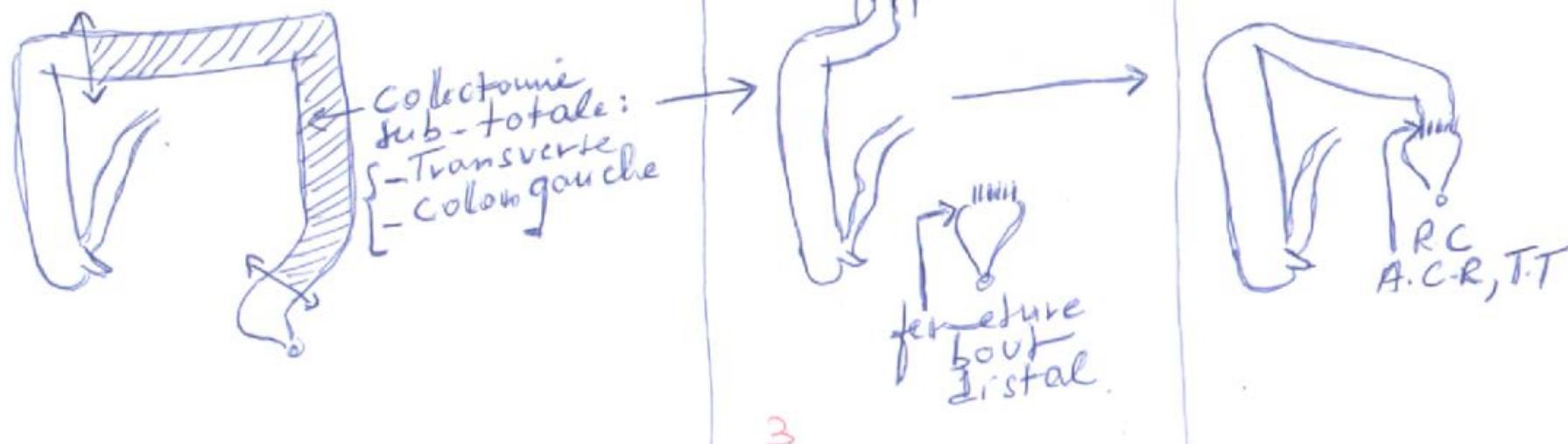
- Survennent chez des patients immunodéprimés
- D'origine virale , bactérienne ou parasitaire
- Donnent péritonite purulente , ou pyostercorrhale.
- TRT: colectomie sub- totale+ stomie+ plus tard RC.

3)

B * Perforations diverticulaires



C * Colites aigues



6-Colites ischémiques:

- Dues à la ligature de l'artère mésentérique inférieure après chirurgie de l'aorte(anévrysme)
- Touchent presque tjs sigmoïde
- TRT: Hartmann

7- Perforation sur fécalome:

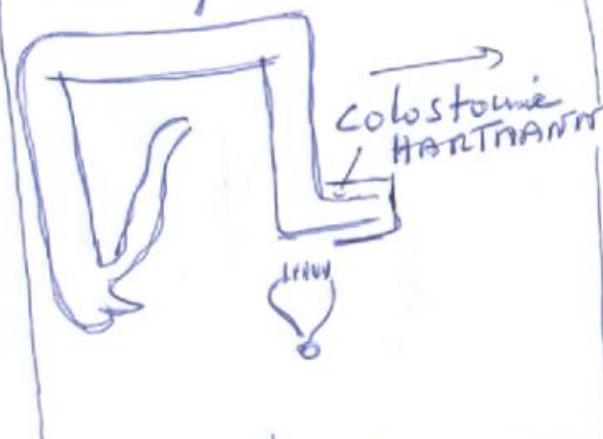
- Vieillard après constipation, d'origine neurologique ou idiopathique.
- TRT:
 - Suture perforation, protégée par colostomie proche amont.
 - Colostomie par abouchement orifice de perforation.

④

D * Colites ischémiques



colon sigmoïde
ischémique
colectomie



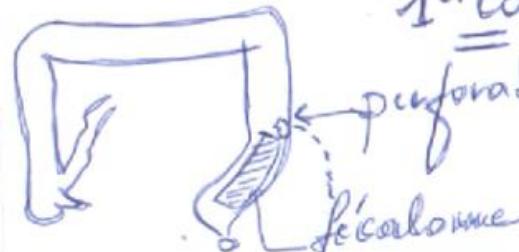
colostomie
HARTMANN



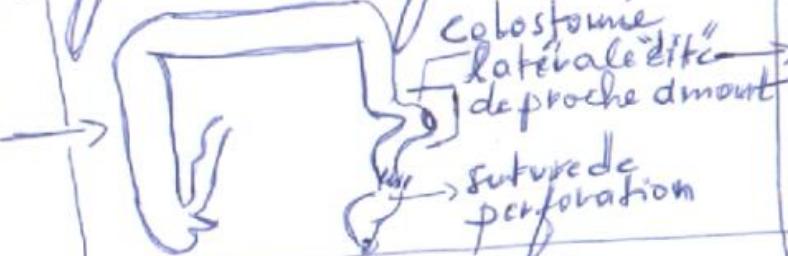
R.C
A.C.R, T.T

E * perforation sur fécalome

1^{er} cas
= perforation



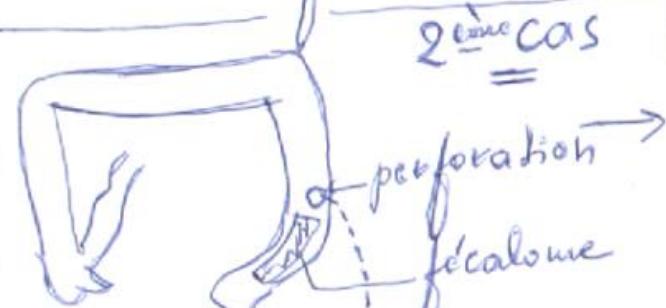
fecalome



colostomie
lateral "dit"
de proche dimout

suture de
perforation

2^{ème} cas
=

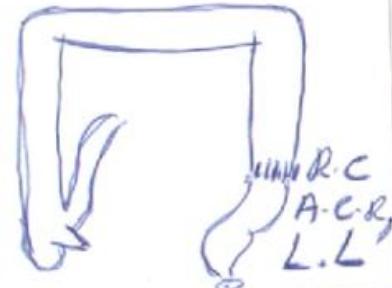


perforation

fecalome

abouchement
de perforation
la peau
sans colostomie

4



R.C
A.C.R
L.L

8- Perforation iatrogène colique:

- ❑ Survient après colonoscopie
- ❑ TRT:
 - Colon propre ⇒ colectomie segmentaire immédiate + anastomose colo-colique + colostomie de proche amont.

9- Péritonites biliaires:

- Se définissent par la présence d'un épanchement bilieux intra-péritonéal, secondaire à une brèche au niveau des voies biliaires.
- Peuvent être spontanée , ou provoquée par un traumatisme chirurgical (iatrogène).

a-Péritonite biliaire spontanée:

- Fait suite à une cholécystite lithiasique gangrénée, ou alithiasique typhique.

b-Péritonite biliaire provoquée:

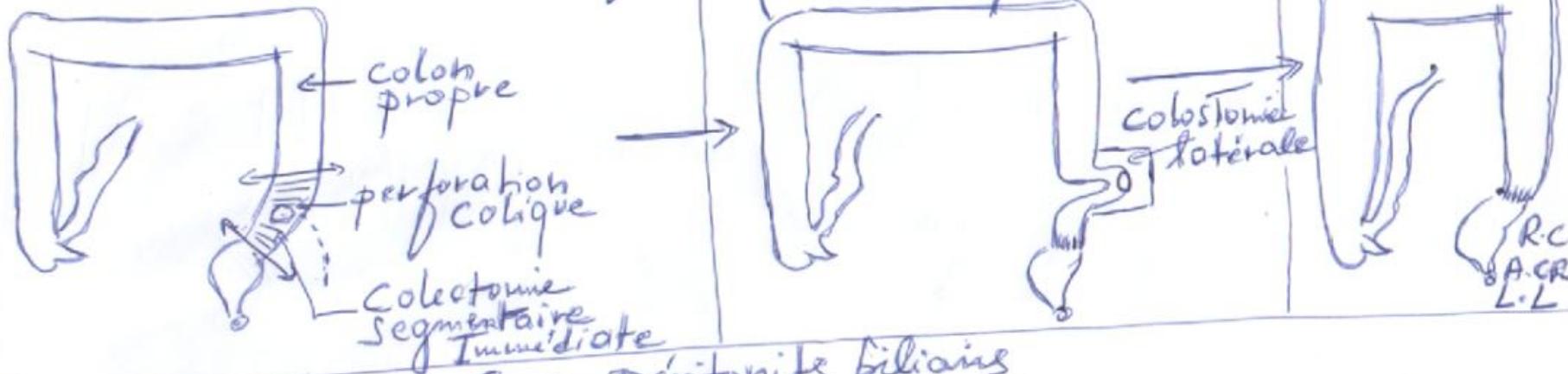
- Fait suite à une plaie de VBP, ou de la vésicule biliaire.

TRT:

- Laparotomie médiane
- Cholécystectomie
- Suture de la plaie biliaire
- Drain de Kher
- Toilette péritonéale
- Drainage péritonéale

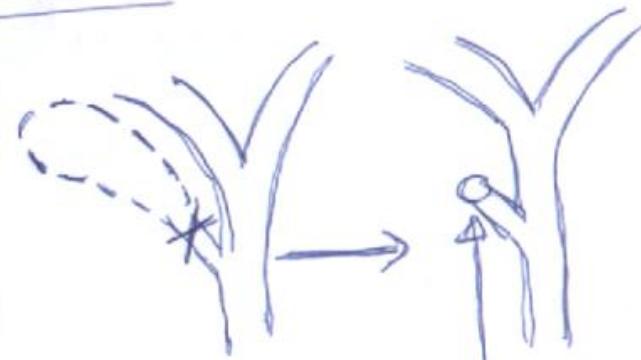
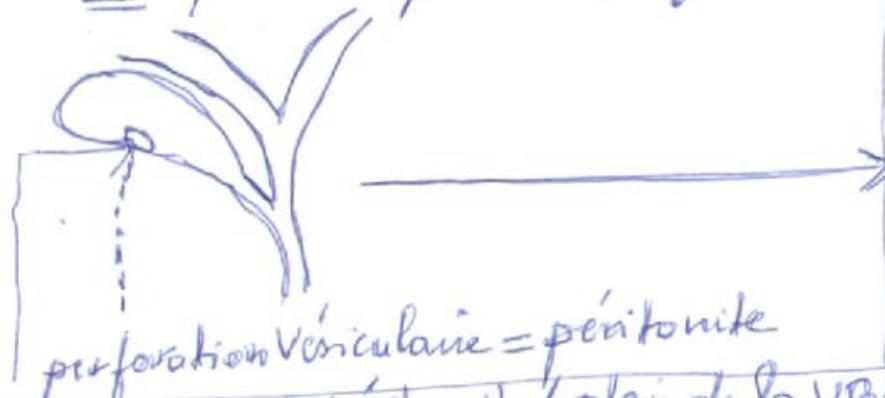
5

F * Perforation iatrogène colique (colonoscopie)



G * Péritonite biliaire

1^{er} cas: péritonite/ Véricule perforée



2nd cas: péritonite/ planie de la VBP
= planie Iatrogénie VBP

cholecystectomy

5

Drain de KITZ de protection en amont de la suture
suture 200

10- Péritonites génitales

- Résultent le plus souvent d'une complication des infections du haut appareil génital: tels une rupture d'un pyosalpinx dans la cavité péritonéale, secondaire à une salpingite.
- TRT:
 - Repos
 - ATB
 - Corticothérapie: éviter séquelles tubaires(stérilité)
 - Pyosalpinx: salpingectomie, toilette péritonéale, drainage.

11-Péritonite post opératoire:

- Inflammation diffuse du péritoine, le plus svt due à une désunion anastomotique.
- Dgc difficile
- Mortalité 50%

Clinique:

- **SF:**
 - Douleur spontanée , ou provoquée
 - Diarrhée précoce+++
 - Ictère: 1/3 des cas
 - Polypnée(oedème pulmonaire)
- **SG:**
 - AEG
 - Fièvre (39 – 40°C) +++
 - Hypo TA (instabilité hémodynamique)
 - Troubles de la conscience, obnubilation
- **Examen clinique:**
 - Absence de contracture , remplacée par météorisme abdominal
 - Écoulement anormal par les orifices de drainages++++
 - Augmentation du volume d'aspiration gastrique+++

2- Biologie:

- Hyperleucocytose
- Hémoculture:+svt négative
- ↑urée, créatinine(IRF)

3- Imagerie:

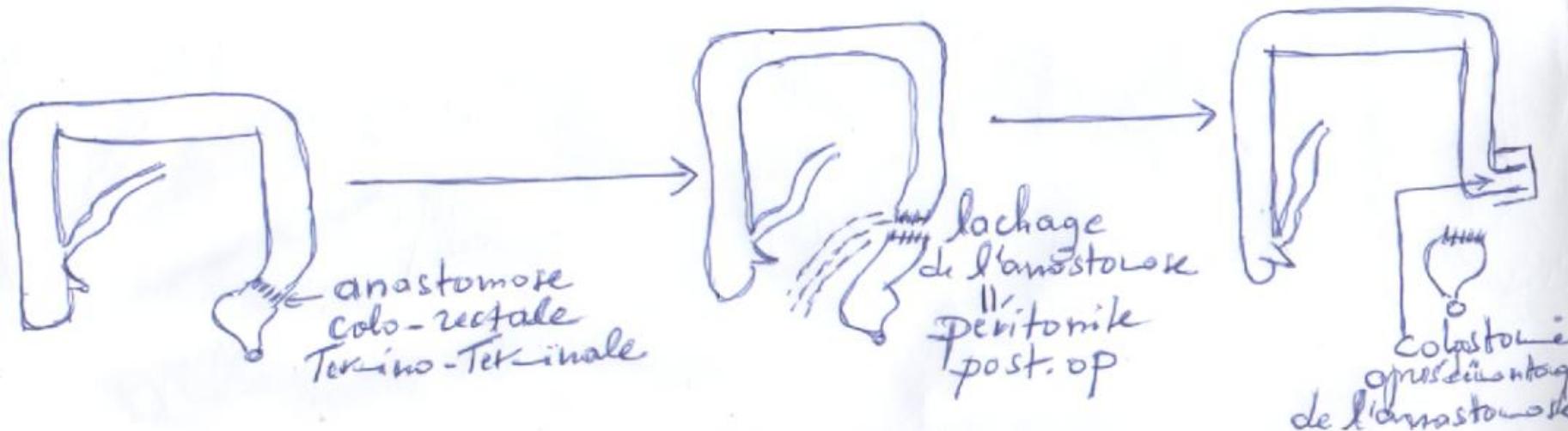
- ASP:
 - Distension gazeuse
 - Épaississement de paroi des anses grêles
- Échographie+TDM abdominale++++⇒épanchement intra-péritonéal

4-TRT:

- Réanimation intensive
- Sondes d'aspiration naso-gastrique et urinaire
- Médiane large(xypho-pubienne)
- Désunion anastomotique⇒stomie+++(iléostomie,colostomie)
- Toilette péritonéale
- Drainages multiples
- Fermeture pariétale
- ATBthérapie post opératoire

6

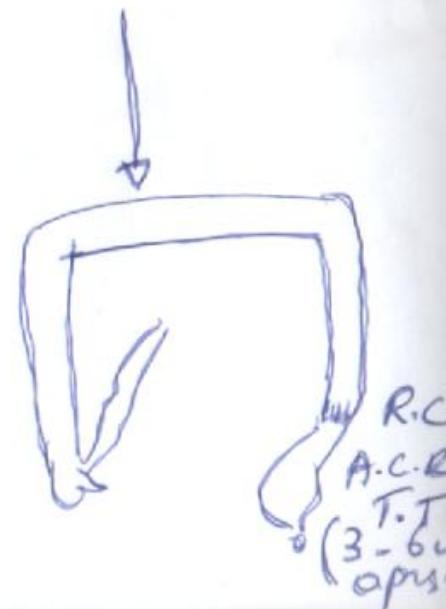
H * péritonite post opératoire



NB: Ne jamais rétablir la continuité digestive après un lachage anastomatique post opératoire.

CAT:

- débouchage de l'anastomose
- stoma (Iliostomie, colostomie)
- toilette péritonale
- drainage
- 3-6 mois = R.C



12- péritonites primitives « médicales »

Rares 1 à 2%, se voient:

- Cirrhotique ascite décompensé:
 - Laparotomie + coelioscopie svt blanches
 - Faire culture du liquide d'ascite(bactériologie + cytochimie)
- Péritonite sur cathéter de dialyse péritonéale
 - Ablation du cathéter+ culture du liquide
- Tuberculose péritonéale:
 - Ascite + fièvre
 - Ponction ascite ⇒ diagnostic
 - TRT: INH, rifampicine, ethambutol (I.R.E)

VII/ Principes généraux du traitement:

fait appel à la réanimation et la chirurgie.

Réanimation:

- Remplissage
- Antibiothérapie
- Alimentation parentérale
- Traitement spécifique des affections:
 - Choc cardiogénique : dopamine, remplissage vasculaire.
 - Détresse respiratoire: aspiration trachéale, oxygénothérapie, drainage des épanchements.
 - Insuffisance Rénale: rééquilibration hydro-électrolytique, EER(dialyse).
 - Douleurs: sédatifs.
 - Troubles de la coagulation: vit-k, PPSB, plaquettes.
 - Prévention du stress: anti-H2.
 - Prévention de la thrombose veineuse: calciparine.

Principes généraux:

- Exploration complète de cavité abdominale
- Traitement de l'affection causale(PPO, perforation d'UGD, appendiculaire etc..)
- Toilette péritonéale
- Drainage de la cavité péritonéale
- Fermeture pariétale

Conclusion

- Le diagnostic positif de la péritonite aigue généralisée est essentiellement clinique.
- La précocité du diagnostic et du traitement conditionne le pronostic vital.
- Ce pronostic est largement corrélé à l'âge du patient, au délai de l'intervention et à l'étiologie (la mortalité est < 8% pour les péritonites appendiculaires et dépasse 50% pour les péritonites post opératoires).