

Péritonites aiguës 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 aiguës 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 aiguë 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 aiguës 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 (rétention 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 maitre symptôme⇒ 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⇒ hypotension, pouls accéléré ,oligurie . AEG. Faciès terreux angoissé. T° variable , selon la cause de la péritonite($Glt > 38,5^{\circ}C$).

c-Signes physiques:

Inspection :

- ☐ Immobilité avec absence de respiration abdominale.
- ☐ Chez le sujet maigre on voit 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
- \pm 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, coelioscopie
- Perforation révélatrice :
 - Sujet jeune ⇒ suture simple avec ou sans épiplooplastie
- Maladie ulcéreuse 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 aigue \Rightarrow 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 \Rightarrow 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 coeliaque)
 - 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

❑ **Traitement:**

- Cause :appendicectomie (laparotomie, coelioscopie).
- 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 distatique.

a-perforation tumorale:

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

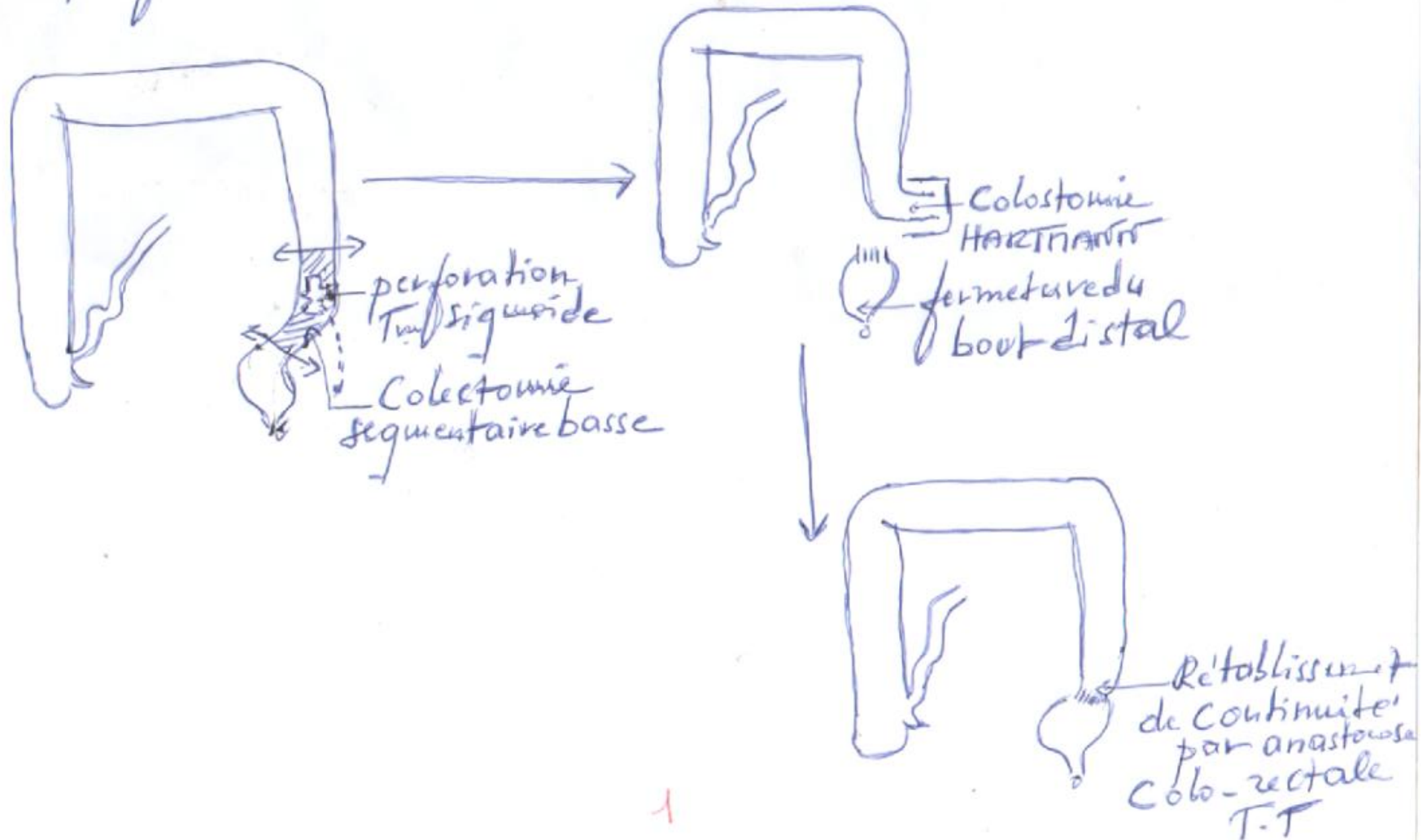
b-perforation diastatique:

- ☐ 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.

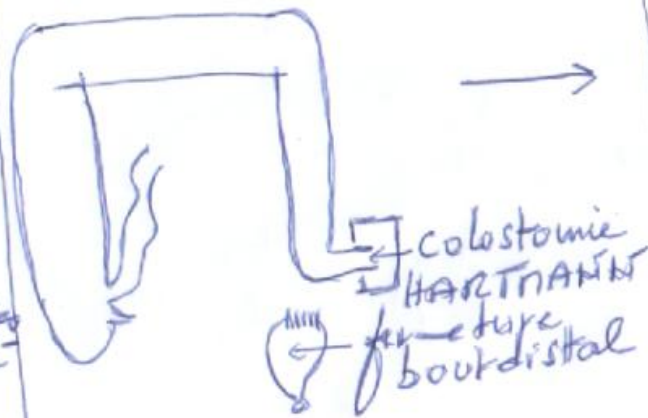
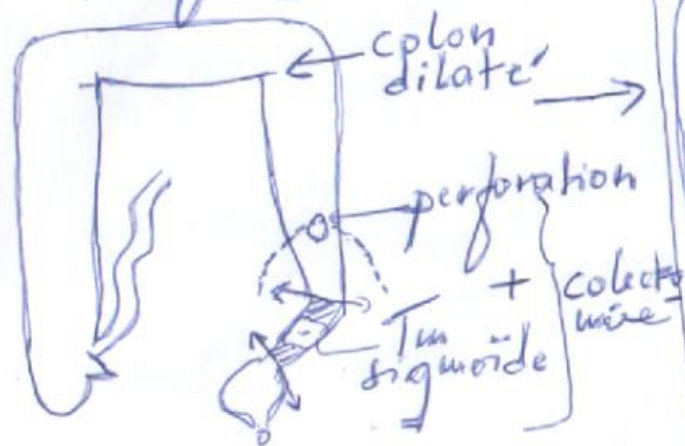
①

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

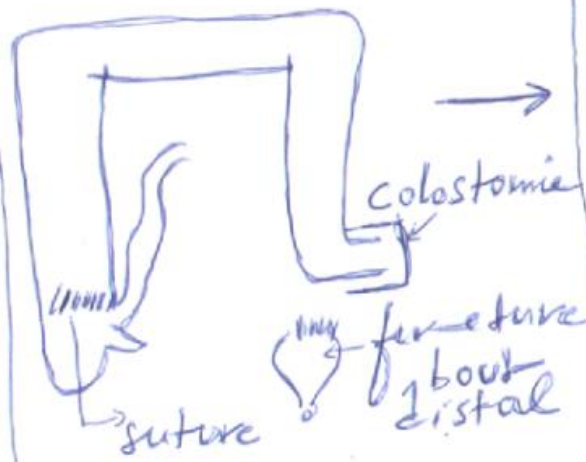
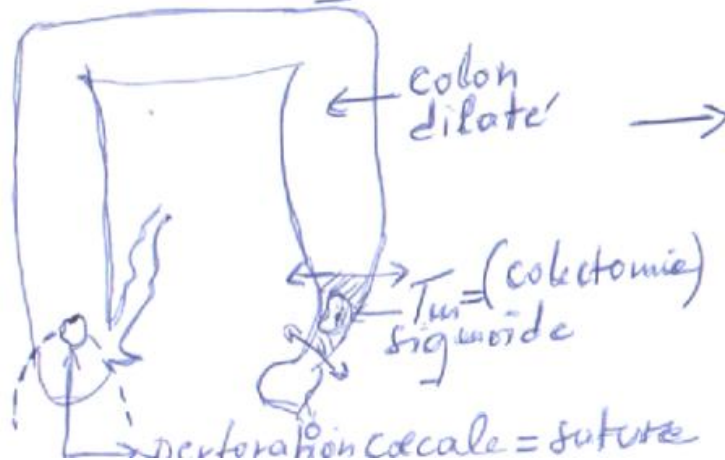
9- perforation Tumorale



② b- Perforation diastolique (à distance de la Tue)



2^{ème} cas



4- Perforations diverticulaires:

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

5-Colites aiguës:

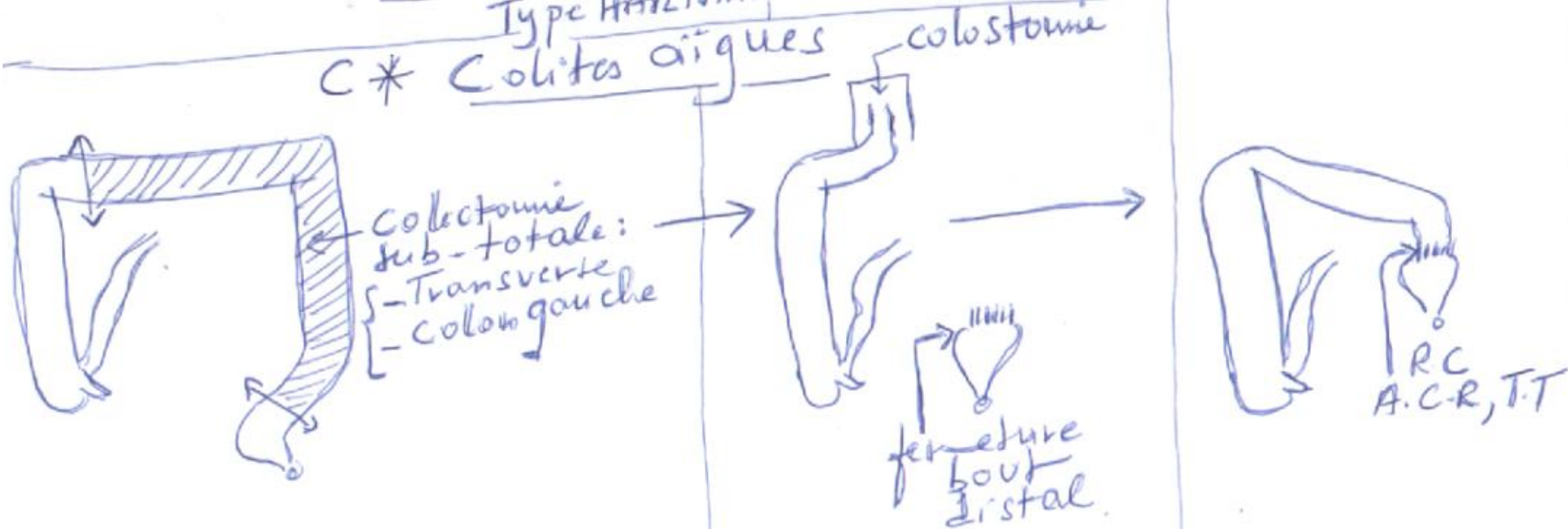
- ❑ Surviennent chez des patients immunodéprimés
- ❑ D'origine virale , bactérienne ou parasitaire
- ❑ Donnent péritonite purulente , ou pyostercorrhale.
- ❑ TRT: colectomie sub- totale+ stomie+ plus tard RC.

3

B * perforations diverticulaires



C * Colites aiguës



6-Colites ischémiques:

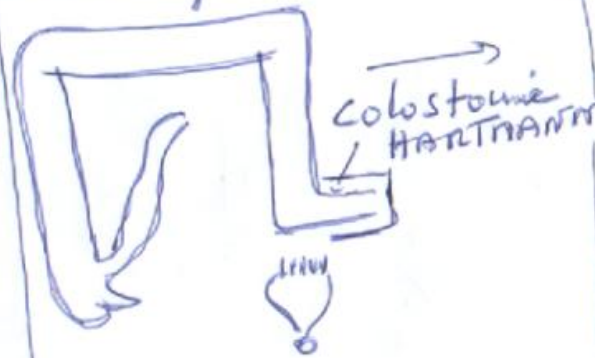
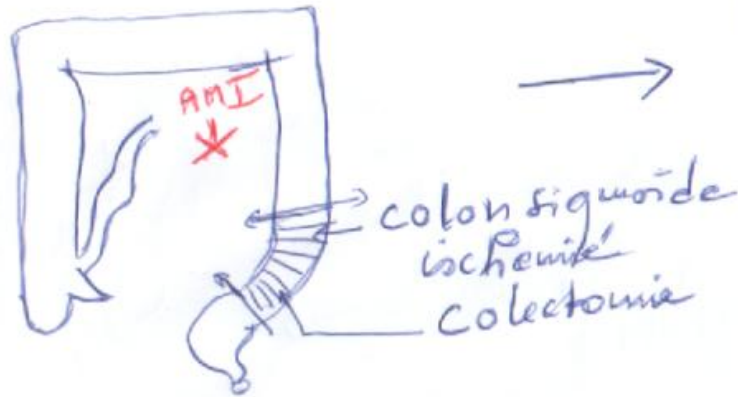
- ❑ Dues à la ligature de l'artère mésentérique inférieure après chirurgie de l'aorte(anévrysme)
- ❑ Touchent presque tjs sigmoïde
- ❑ TRT: Hartmann

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.

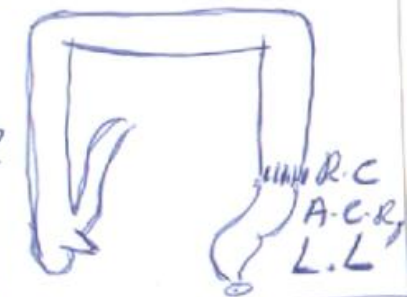
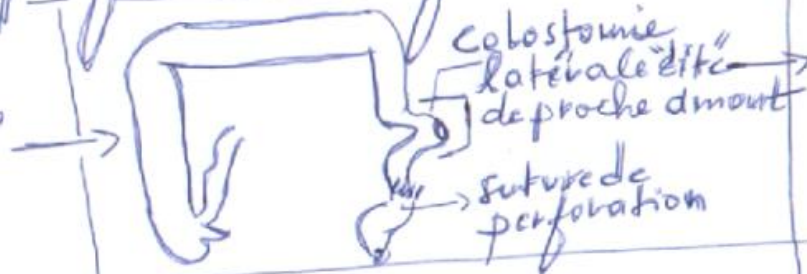
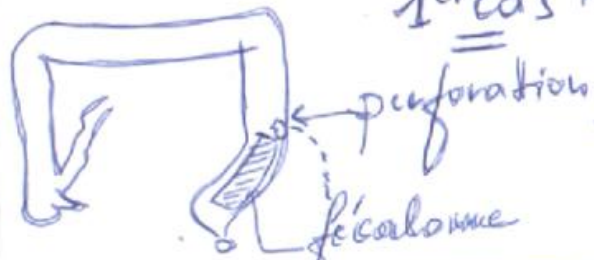
④

D * Colits ischémiques



E * Perforation sur fécalome

1^{er} cas



2^{ème} cas



8- Perforation iatrogène colique:

- ❑ Survient après colonoscopie

- ❑ TRT:

- Colon propre \Rightarrow 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 typique.

b-Péritonite biliaire provoquée:

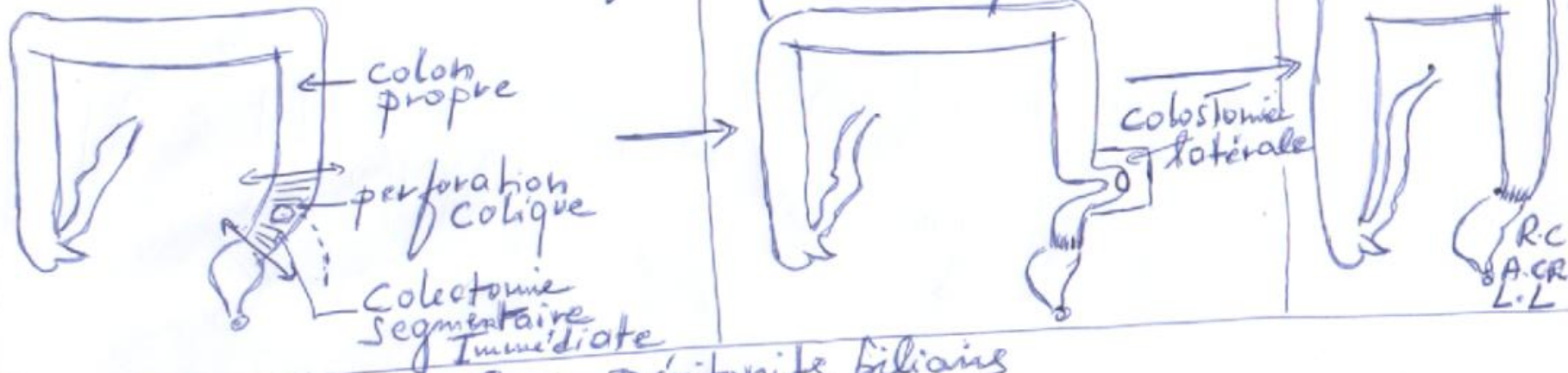
- ☐ Fait suite à une plaie de VBP, ou de la vésicule biliaire.

TRT:

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

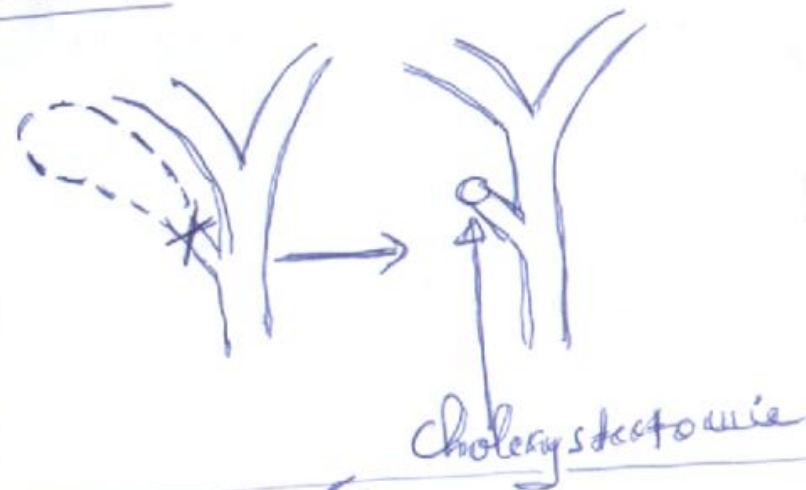
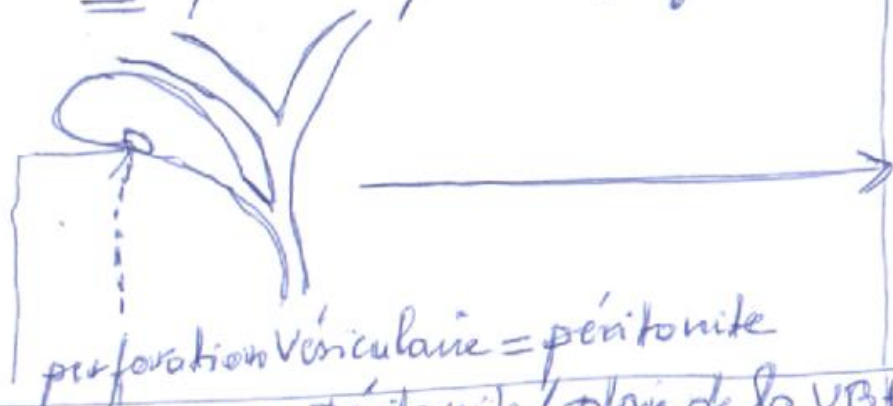
5

F * Perforation iatrogène Colique (Colonoscopie)

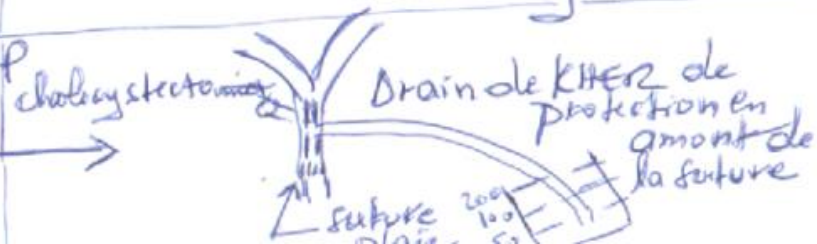


G * Péritonites biliaires

1^{er} cas: péritonite/Vésicule perforée



2^e cas: péritonite/plaie de la VBP
plaie Iatrogène VBP



10- Péritonites génitales

❑ Résultent le plus svt 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 précocce+++
- 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:

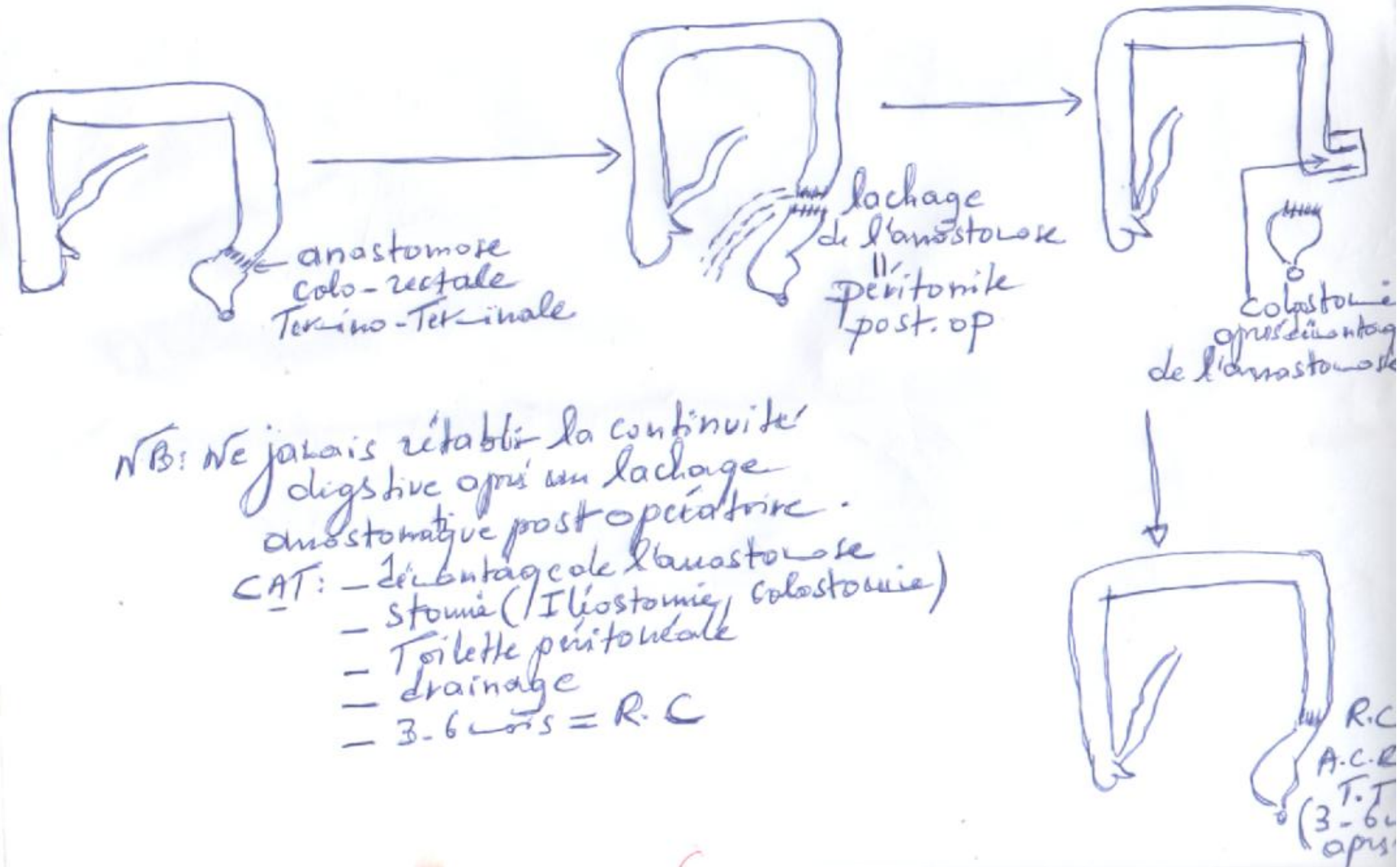
- ☐ ASP:
 - Distension gazeuse
 - Épaississement de paroi des anses grêles
- ☐ Échographie+TDM abdominale++++⇒épanchement intra-péritonéal

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

* péritonite postopératoire



12- péritonites primitives « médicales »

Rares 1à 2%, se voient:

☐ Cirrhotique ascitique 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 \Rightarrow 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 aiguë 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).