

**UNIVERSITE FERHAT ABBAS  
DE SETIF**

**FACULTE DE MEDECINE**

**Péritonites aiguës**

**Pr I. OUAHAB**

**Année Universitaire 2019 / 2020**

# Objectifs du cours

- Définir une péritonite aigue.
- Comprendre les mécanismes et les conséquences physiopathologiques des péritonites aiguës généralisées.
- Identifier les données cliniques et para cliniques utiles au diagnostic positif.
- Distinguer la péritonite aigue généralisée des autres urgences médicales et chirurgicales.
- Connaître les formes étiologiques des péritonites aiguës.
- Définir les buts du traitement.
- Connaître les modalités du traitement chirurgical en fonction de l'étiologie.
- Adapter une prise en charge rapide et efficace +++

# Plan

- I- Introduction- Définition
- II- Rappel
- III- Physiopathologie
- IV- Anatomie pathologique
- V- Diagnostic positif
- VI- Formes cliniques
- VII- Diagnostic différentiel
- VIII- Traitement
- IX- Conclusion

# I- Introduction-Définition

- Les péritonites sont définies comme une inflammation aiguë de la totalité ou d'une partie de la séreuse péritonéale, sans qu'il n'y ait obligatoirement d'infection.
- Le diagnostic positif est essentiellement clinique.
- C'est une urgence thérapeutique médicochirurgicale dont le pronostic dépend de sa cause et de la précocité du traitement.

# II- Rappel

## 1- Rappel anatomique:

Le péritoine est une membrane séreuse lisse et glissante qui double la paroi abdominale (péritoine pariétal) et se réfléchit à partir de cette paroi pour couvrir certains organes (péritoine viscéral). Il forme donc un sac à double paroi avec une cavité virtuelle qui contient un mince film liquide qui humidifie sa surface.

## 2- Rappel physiologique:

Le péritoine est doué de propriétés de sécrétion et de résorption qui s'équilibrent à l'état normal pour laisser dans la cavité péritonéale quelque ml de liquide nécessaire à la lubrification et à la mobilité des viscères.

# III- Physiopathologie

## 1- Atteinte péritonéale :

Elle peut se faire :

\*Après perforation d'un organe creux : Ulcère gastro duodéal, tumeur, traumatisme ouvert ou fermé de l'abdomen ou de façon iatrogène (irritation chimique entraînée par les sucs gastro duodénaux qui sera suivie par une surinfection microbienne).

\* Après propagation d'un foyer infectieux, le plus souvent appendiculaire : L'atteinte est d'emblée bactérienne et se propage soit par diffusion péritonéale ou par perforation de l'organe.

## 2- Conséquences de cette atteinte :

\* **Conséquences loco régionales** : Réaction inflammatoire intense avec exsudat intra péritonéal qui s'accumule dans la grande cavité péritonéale et accumulation d'eau et d'électrolytes dans la lumière intestinale due à un iléus paralytique entraînant une perte de liquide considérable avec constitution d'un troisième secteur.

\* **Conséquences générales** : La réduction de la masse sanguine circulante entraîne une vasoconstriction et une diminution de l'irrigation de certains territoires non vitaux (muscles, téguments...) : L'anoxie favorise la glycolyse, anaérobie et accumulation d'acide lactique.

\* **Réactions de défense** : L'anoxie est combattue par l'hyperventilation et l'augmentation du débit cardiaque.

# IV- Anatomie pathologique

Les lésions anatomopathologiques sont marquées par:

- \*L'hyper vascularisation du péritoine et des méso. •
- \*L'œdème. •
- \* L'épanchement liquidien louche ou purulent contenant parfois selles et débris alimentaires.
- \*Les fausses membranes. •
- \*L'iléus paralytique. •
- \*Parfois un plastron, représenté par un accolement d'anses et du grand épiploon colmatant un foyer septique ou la perforation d'un organe creux. •
- \* La rupture aboutit à la péritonite généralisée. •



# V- Diagnostic positif

## 1- Clinique :

### 1-1-Données de l'interrogatoire :

\* **Douleur** : Brutale « **en coup de poignard** », inaugurale, elle est **significative** de la péritonite par **perforation d'un organe creux**.

Elle est permanente, constante et tend à diffuser au fur et à mesure que les liquides digestifs se répandent dans le péritoine.

#### \* **Vomissements** :

- Constants et évocateurs des troubles du transit.
- Tenaces entraînant des troubles hydro électrolytiques.
- Peuvent être remplacés par des nausées.

#### \* **Troubles du transit** :

- Arrêt des matières et des gaz signant une paralysie intestinale réflexe.
- Une diarrhée traduisant la virulence des germes.

## 1-2-Examen clinique :

\* **Signes généraux et infectieux** : (Hyperthermie, tachycardie, signes de vasoconstriction périphérique) sont d'autant plus marqués que la péritonite sera évoluée.

### \* Examen de l'abdomen :

- **Inspection** : - Suppression de la respiration abdominale : Signe de grande valeur diagnostic.

- L'existence d'abdomen météorisé à l'inspection (péritonite évoluée).

- **Palpation** : La palpation de l'abdomen à la recherche d'une contracture : C'est une rigidité musculaire permanente douloureuse dans son ensemble. Elle peut être localisée ou généralisée réalisant un **ventre de bois** ou légère si les muscles sont de mauvaise qualité (vieillards = péritonites asthéniques) ou distendus.

Elle peut être absente chez les immunodéprimés, malades traités par des corticoïdes ou des antibiotiques, chez les obnubilés et les femmes enceintes près du terme..

- **Percussion** : - Météorisme abdominal banal, précoce dans les péritonites diffuses et tardif dans les péritonites par perforation.

- Disparition de la matité hépatique : Signe d'un épanchement gazeux intra péritonéal (Perforation du tube digestif).

- Matité des flancs : Due à l'exsudat péritonéal.

- **Auscultation** : Le silence abdominal traduit l'arrêt du péristaltisme intestinal. -

- **Toucher rectal** : Élément essentiel du diagnostic de péritonite : -

Le déclenchement d'une douleur à bout de doigt contre la paroi antérieure du rectum a une valeur séméiologique très importante.

## 2- Examens para cliniques :

- **NFS** : Hyperleucocytose avec PN.
- **CRP** : Positive.
- **ASP** : Montre :\* Un pneumopéritoine : Croissant gazeux sous diaphragmatique net à droite signant l'existence d'une perforation du tube digestif.
  - \* Une aéroileie diffuse en cas de péritonite diffuse.
  - \* Une grisaille proportionnelle à la quantité de l'exsudat.
- **Echographie** : Peut détecter la présence du liquide dans la cavité abdominale.
- **Scanner**: Peut objectiver la présence du croissant gazeux, du liquide et la cause de la péritonite.

# ASP

# Pneumopéritoine

- **Face debout:**  
croissant gazeux sous-  
diaphragmatique
- **Face couché:**  
ligament Falciforme,  
espace de Morison
- **Décubitus latéral:**  
croissant gazeux entre le  
foie et la paroi



# VI- Formes cliniques

## 1- Péritonites par perforation d'ulcère gastro duodénal:

- Début brutal avec douleur épigastrique en coup de poignard, transfixiante, intense diffusant vers la FID.
- Contracture généralisée avec matité déclive des flancs.
- Dans les antécédents des patients, on retrouve un ulcère connu, traité et suivi. Si absence totale de symptomatologie, il s'agit d'une perforation inaugurale.
- Le pneumopéritoine est présent dans 75 % des cas de perforation des ulcères GD.

## 2- Péritonites appendiculaires:

- Douleur brutale de la FID, diffusant rapidement à tout l'abdomen.
- Fièvre à 39°- 40° C.
- Diarrhée plutôt que constipation.
- Contracture prédominant dans la FID.

## 3- Péritonites biliaires :

- Douleur débutant sous le rebord costal droit, intense, elle irradie à l'épaule droite.
- Vomissement, fièvre (39°- 40°), sub ictère et défense ou contracture de l'HCD.
- Absence de pneumopéritoine.
- L'échographie pose généralement le diagnostic.

#### **4- Péritonites génitales :**

- Douleurs abdominales à prédominance hypogastrique diffusant vers le haut.
- Vomissements et fièvre (39°-40°).
- Pertes vaginales fétides.
- Défense sus pubienne.
- TV douloureux avec un écoulement purulent cervical au spéculum.

#### **5- Péritonites par perforation colique :**

- Par perforation diastatique :

- \* Siègent surtout sur le caecum, en amont d'un obstacle colique gauche ou rectal.

- \* Par perforation in situ sur tumeurs malignes, amibiase, RCUH, sigmoïdite diverticulaire...

- \* Le tableau clinique est celui d'une occlusion basse, fébrile.

#### **6- Péritonites par perforation du grêle :**

- Perforation typhique.
- Perforation d'ulcère Meckelien.
- Perforation sur maladie de Crohn.
- Entérite nécrosante.
- Péritonites traumatiques.
- Péritonites lors d'un examen radiologique ou endoscopique.

## **7- Péritonites post opératoires :**

En général, la péritonite post opératoire est due à un lâchage de suture.

## **8- Péritonites primitives :**

Plus souvent chez le nouveau-né, le nourrisson ou l'enfant.

Germes en cause : Gonocoque, pneumocoque, BK...

## **9- Péritonites Toxiques:**

Marquées

par la gravité des signes généraux et la défaillance multi viscérale.

## **10 – Péritonites asthéniques:**

Elles sont l'apanage des sujets âgés, dénutris, immunodéprimés ou sous corticoïdes ou antibiothérapie intempestive.

# VII- Diagnostic différentiel

## 1- Urgences chirurgicales :

- Pancréatite aigue nécrotico hémorragique.
- Infarctus intestino mésentérique.
- Volvulus du grêle.
- Hémopéritoine.
- Adénolymphite mésentérique.

## 2- Urgences médicales :

- Hépatites dans leur phase pré ictérique.
- Syndromes abdominaux infectieux : Colites spasmodiques, fièvre typhoïde, iléites et entéro colites.
- Colique hépatique.
- Crise hyper algique de l'ulcère.
- Angéites nécrosantes et aortite abdominale.
- Affections génito urinaires : Colique néphrétique, salpingite, dysménorrhée...
- Affections thoraciques : Péricardite aigue, infection du myocarde, embolie pulmonaire et pneumonie.
- Affections neurologiques : Tabès, zona...
- Affections infectieuses : Rougeole, scarlatine, angine, purpura rhumatoïde...
- Affections métaboliques : Insuffisance surrénalienne aigue, hyperparathyroïdie, hyperlipémie, diabète, porphyrie aigue...

# VIII- Traitement

## 1- Buts :

- Traiter la cause responsable de la péritonite.
- Traiter les conséquences : L'infection, l'iléus paralytique, les désordres hydro électrolytiques.

## 2- Méthodes :

### 2-1 –Traitement médical : Hospitalisation+++

- Mettre au repos le tube digestif et lutter contre l'iléus paralytique par la sonde naso gastrique.
- Lutter contre l'infection par une antibiothérapie à large spectre.
- Lutter contre les désordres hydro électrolytiques en fonction du bilan biologique.

### 2-2- Traitement chirurgical :

- Traitement de la cause : Appendicectomie, cure de l'ulcère, cholécystectomie...
- Toilette péritonéale large et abondante après prélèvement de pus pour étude cyto bactériologique.
- Drainage de la cavité péritonéale.

## 3 - Indications :

Les indications sont fonction du délai écoulé entre le début et le diagnostic de l'affection, de la topographie, de la cause et du

# Points fort à retenir...

- Toute douleur abdominale avec contracture doit attirer l'attention du médecin vers une urgence chirurgicale.
- Une appendicite ou une cholécystite aiguë négligée peut évoluer vers une péritonite d'abord localisée puis généralisée à tout l'abdomen.
- Surtout attention au traitement antibiotique inopinée qui refroidit sans guérir une appendicite et qui aboutit à la péritonite.
- Les péritonite primitives sont rares mais il faut y penser. Elles relèvent d'un traitement médical.

# IX- Conclusion

- Le diagnostic d'une péritonite aigue est essentiellement clinique. Les examens complémentaires le confirment.
- La précocité de ce diagnostic et du traitement conditionne le pronostic vital.
- La prise en charge est médicochirurgicale.
- Les principes et les modalités du traitement chirurgical dépendent de l'étiologie de la péritonite aigue.