

## LES PERITONITES

### I-DEFINITION-GENERALITES :

Les péritonites sont définies comme une inflammation aigue de la totalité ou d'une partie de la séreuse péritonéale ; sans qu'il n'y ait obligatoirement d'infection.

Le plus souvent secondaire a 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 :

\*Primaires : primitives, contamination par voie générale

\*Secondaires : les plus couramment rencontrées ; organe intra abdominal, perforation post-opératoire

\*Tertiaires : inflammation péritonéale+pour les traiter, et quelquefois défaillance multi viscérale.

### III- BASES ANATOMIQUES :

Le péritoine est une membrane séreuse vascularisée et innervée comportant deux feuillets :

-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 facilitant :

-le glissement des organes les uns par rapport aux autres

-le péristaltisme intestinal

-une fonction anti infectieuse

-et SURTOUT RESORBE (jusqu'à 8% du poids corporel) le liquide et se comporte comme une membrane semi-perméable soumise aux lois de l'osmose.

Cette résorption est importante au niveau sous diaphragme.

## **VI- PHYSIOPATHOLOGIE :**

- Le péritoine est important ; il est plus ou moins égal à la superficie de la peau
- Une agression due à des germes ou des toxines a pour conséquence une réaction défensive du péritoine :
  - Maladie locorégionale elle risque de devenir rapidement générale
- le péritoine est caractérisé par une exsudation intra et extra péritonéale qui va être à l'origine d'un troisième secteur (comparable à celui d'une brûlure étendue) de 4 à 6 litres par jours.
- la réaction cellulaire va être responsable d'une production de fibrine aboutissant à la formation de fausses membranes qui accoleront les viscères et l'épiploon à la paroi
- ces agglutinations peuvent être au début responsable de l'exclusion des foyers infectés.

## **VII- REPERCUTIONS SYSTEMIQUES :**

- Les réactions de défense sont le plus souvent insuffisantes :
- 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.
  - fragilisation des tissus
  - irritation des terminaisons nerveuses :
    - Paroi : douleurs et contracture
    - Intestin : iléus
  - à la fin on aura un cercle vicieux pouvant être responsable d'une défaillance poly-viscérale
    - Insuffisance respiratoire
    - Insuffisance rénale
    - Insuffisance hépatique

**Ces signes extra abdominaux** sont des critères de gravité

## **VIII- EXAMEN CLINIQUE :**

Une symptomatologie commune permet de poser le diagnostic : **SYNDROME PERITONEAL.**

Il existe des caractéristiques propres à chaque étiologie

### **1° SIGNES FONCTIONNELS :**

-douleur abdominale constante et de siège variable

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

Elle peut être violente, brutale

Diffuse à tout l'abdomen

-vomissements inconstants

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

### **2° SIGNES GENERAUX :**

-fièvre varie avec la virulence de l'infection

-altération de l'état général

-TA diminue

-les signes infectieux peuvent se compliquer d'un état de choc : tachycardie, marbrures, cyanose, oligurie à un stade avancé.

### **3° SIGNES PHYSIQUES :**

a- la contracture vraie de la paroi abdominale est un symptôme précoce, et majeur, et peut imposer l'intervention.

Inspection : suppression de la respiration abdominale est un signe de grande valeur.

Le sujet tousse mal

L'abdomen météorise : péritonite évoluée

b- palpation : contracture rigide, musculaire, permanente, invincible, et douloureuse.

Qqf. défense généralisée avec contracture plus limitée.

La contracture peut être atténuée ou absente du fait d'une maladie sous-jacente (diabète, traitements associés)

c-le toucher rectal : douleur au bout de doigt contre la paroi antérieure du rectum.

#### **4° SIGNES BIOLOGIQUES :**

- hémogramme : hyperleucocytose + de 15000
- CRP(c réactive protéine) augmentée mais diagnostic avec pancréatite aigue ou cancer colique
- phospholipase A : intérêt pour prédire la survenue d'une défaillance multi viscérale
- pro calcitonine : meilleur facteur pour le diagnostic et pronostic des péritonites.
- l'acidose métabolique et l'insuffisance rénale fonctionnelle s'installent progressivement.

#### **5° L'IMAGERIE :**

- a- tel thorax : face
  - Bilan de départ
  - Recherche un pneumo péritoine
  - Une condensation des bases pulmonaires
  - Épanchement pleural
- b- ASP : debout face, profil
  - Centre sur les coupes diaphragmatiques
  - croissant gazeux sous diaphragmatique
  - signes d'occlusion (niveaux hydro aériques)
  - Signes d'épanchement : grisaille
- b- échographie : chez un patient instable
  - Épanchements péritonéaux, abcès
  - Difficile si iléus
- Scanner : surtout si diagnostic difficile :
  - Recherche pno
  - Anomalie de la paroi
  - Bulles d'air extra digestif

#### **IX- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

Se pose avec les autres syndromes douloureux hyper algiques :

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

## **X- EVOLUTION :**

Non traitée

- complications septiques loco régionales (abcès intra abdominaux)
- pylphlébite : phlébite septique de la veine porte
- complications septiques à distance (abcès hépatiques, rénaux, cérébraux)
- décès par choc septique et défaillance multi viscérale.

## **XI-TRAITEMENT :**

1°médical : d'urgence : REANIMATION.

- aspiration gastrique
- sondage urinaire
- voie veineuse
- rééquilibrage hydro électrolytique
- antibiothérapie

2°chirurgical :

But : supprimer la cause de la péritonite  
Toilette péritonéale  
Drainage

## **PERITONITE APPENDICULAIRE :**

Les plus fréquentes : soit par diffusion  
Soit par perforation

Elles débutent dans la fosse iliaque droite

Les signes infectieux sont sévères  
Défense généralisée ou contracture prédominante a la FID  
Hyperleucocytose

Leur traitement est univoque : appendicectomie, toilette, et drainage  
Encadrée par une antibiothérapie

## **PERFORATION D'UN ULCERE GASTRO-DUODENAL**

Complication fréquente du sujet jeune

**Le tableau est typique :** douleur brutale  
Visage angoissé  
Contracture généralisée  
ASP : pneumopéritoine

Le traitement associe : sonde d'aspiration  
Antibiothérapie  
Chirurgie : toilette, et suture ou vagotomie + drainage

## **PERITONITE COLIQUE**

Complication de la maladie diverticulaire ou perforation diastatique du colon secondaire à une occlusion.

C'est une péritonite grave du fait de la haute septicité du contenu colique.

**Le tableau est sévère**

**Pronostic réservé**

**Le traitement nécessite :** une antibiothérapie  
Réanimation massive  
Lavage péritonéal  
Souvent colostomie

## **PERITONITE BILIAIRE :**

Complication d'une cholécystite soit par perfusion ou diffusion

**Le diagnostic :** antécédents biliaire  
Siegé des douleurs sous costale  
Evolution rapidement sévère  
Echographie ++

**Le traitement :** cholécystectomie  
Drainage  
Antibiothérapie

## **DIAGNOSTIQUE DIFICILE :**

Dépression immunitaire : cancérologie ; sida ; tbc ; corticoïdes ; crohn ; rh

Symptomatologie et examens clinique pauvres

Qqf douleurs

Contracture absente, fièvre inconstante

Scanner important