

Péritonite aiguë - Item 275

Objectifs :

- Diagnostiquer une péritonite aiguë.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Sommaire

[Introduction](#)

[Faq 1 - Les différents types de péritonite chez l'enfant](#)

[Faq 2 - Diagnostic positif de la péritonite de l'enfant et du nourrisson](#)

[Faq 3 - Causes les plus fréquentes des péritonites secondaires chez l'enfant](#)

[Faq 4 - Traitement des péritonites aiguës](#)

[Points essentiels](#)

Introduction

La péritonite aiguë se définit comme un état inflammatoire aigu de la séreuse péritonéale avec œdème, hyperhémie et hypersécrétion suite à l'irruption d'un agent plus ou moins agressif dans la cavité péritonéale provoquant une agression infectieuse ou chimique. Cet agent peut être :

- Bactérien (perforation du tube digestif ou plaie pénétrante de l'abdomen) ;
- Chimique (acide chlorhydrique, amylase, bile) ;
- La présence de sang dans la grande cavité péritonéale induit des signes d'irritation péritonéale.

Le tableau de péritonite n'est pas limité aux manifestations abdominales, et c'est l'ensemble des phénomènes généraux, hémodynamiques, respiratoires, infectieux, rénaux et hépatiques qui en font la gravité.



Faq 1 - Les différents types de péritonite chez l'enfant

Comme chez l'adulte, on distingue :

- Les péritonites communautaires les plus fréquentes, le plus souvent secondaires à la perforation d'un organe creux, principalement l'appendice iléo-caecal chez l'enfant. Parmi les péritonites communautaires, il est classique de distinguer :
 - α les péritonites primitives dites sine materia (sans cause), rares,
 - α les péritonites secondaires, liées à une pathologie digestive ou à une plaie de l'abdomen.
- Les péritonites nosocomiales de survenue hospitalière, soit post-opératoires, soit secondaires à l'installation d'un dispositif intra-abdominal (cathéter de dialyse péritonéale).

1 - LA PERITONITE PRIMITIVE

La péritonite primitive (PP), encore appelée idiopathique ou spontanée, est définie comme un processus infectieux touchant la cavité péritonéale et ne provenant ni d'une perforation viscérale, ni

d'un processus inflammatoire survenant dans la cavité abdominale ou à son voisinage, ni d'une plaie pénétrante.

Chez l'enfant, la grande majorité des PP surviennent sur des terrains particuliers, qu'il faut s'attacher à toujours rechercher :

- **le syndrome néphrotique**, car 15 à 20% des enfants atteints font une PP;
- **les pathologies hépatiques graves compliquées de cirrhose** ;
- ou plus rarement **l'insuffisance rénale chronique** et certaines maladies nécessitant une corticothérapie au long cours (lupus érythémateux, dermatomyosite)

L'agent bactérien le plus fréquemment en cause est le streptocoque pneumoniae ou pneumocoque ; parfois il peut s'agir de germes Gram négatif, comme E.Coli ou klebsiella pneumoniae, notamment en présence d'une ascite et d'une cirrhose.



Le tableau clinique est peu différent de celui des péritonites secondaires, en dehors d'une évolution parfois plus rapide, et d'une douleur, spontanée et provoquée par la palpation, plutôt diffuse, sans localisation pouvant orienter vers un organe ou un autre.

L'intérêt particulier de ces PP provient du fait que leur traitement est uniquement médical, d'où l'importance extrême d'un interrogatoire bien conduit, à la recherche des pathologies précédemment citées. Une ponction du liquide péritonéal est effectuée pour examen bactériologique et le traitement antibiotique est mis en route. Malheureusement, il arrive que la certitude clinique soit insuffisante, et, pour éviter le risque gravissime de méconnaître une appendicite perforée, on est parfois dans l'obligation de poser l'indication opératoire.

2 - LES PERITONITES SECONDAIRES

Les appendicites aiguës représentent la cause principale des péritonites chez l'enfant. Les autres étiologies sont nombreuses, mais rares pour chacune d'entre elles.

Il faut citer à part les péritonites secondaires du nouveau-né, dues le plus souvent à une entérocolite ulcéro-nécrosante, ou à une péritonite méconiale d'origine antenatale.

3 – LES PERITONITES NOSOCOMIALES

Les péritonites post-opératoires sont les plus fréquentes et peuvent être liées soit à un lâchage de suture d'un organe creux, soit à une fistule anastomotique, soit à un lâchage de moignon appendiculaire. Elles sont plus rares chez l'enfant grâce à la bonne qualité des vaisseaux sanguins et à l'absence de terrains polyopathologiques.

Quant aux péritonites sur cathéter de dialyse péritonéale, le diagnostic se fait sur un liquide de dialyse trouble, comportant un nombre de cellules supérieur à 100/μl avec au moins 50% de polynucléaires neutrophiles. Les staphylocoques et le pseudomonas aeruginosa sont les germes habituellement en cause. Le risque de péritonite est d'autant plus élevé que le cathéter reste longtemps en place. Le traitement antibiotique permet la guérison, mais environ 10% des cathéters doivent être retirés.

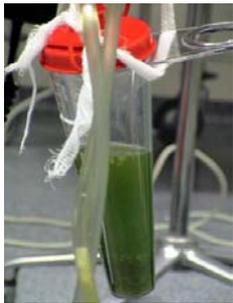
Faq 2 - Diagnostic positif de la péritonite de l'enfant et du nourrisson

1° – Douleurs abdominales

- Volontiers de survenue brutale, toujours intenses, survenant parfois « en coup de poignard ».
- La douleur est initialement localisée et le siège de cette douleur permet une orientation du diagnostic notamment chez le grand enfant qui sera à même d'évoquer précisément l'histoire de la maladie. Mais l'anamnèse est souvent très difficile à décrire avec précision chez un petit enfant.
- Les douleurs abdominales extrêmement vives se généralisent rapidement à tout l'abdomen avec des paroxysmes provoqués par le moindre mouvement ou la palpation.

2° – Vomissements

- Souvent précédés par un simple refus de l'alimentation accompagné de nausées,
- Puis vomissements alimentaires et enfin bilieux et répétés.



3° – Troubles du transit

- Un météorisme abdominal accompagne un arrêt des gaz et des matières.
- **Des diarrhées paradoxales** peuvent survenir souvent incoercibles et pouvant laisser croire à une forme sévère de gastro-entérite. Elles sont volontiers l'apanage des péritonites à point de départ appendiculaire méso coélique, ou des abcès du cul de sac de Douglas ou des péritonites localisées initialement dans la région pelvienne.

4° – Fièvre

- Elle est habituellement élevée aux alentours de 39° - 40°.
- Elle peut être retardée en cas de perforation, d'ulcère gastro-duodéal par exemple ou de péritonite biliaire.

5° – Etat général

- Il est conservé au début s'accompagne d'un état d'anxiété, voire stuporeux dans les péritonites asthéniques, notamment chez les petits enfants.
- Le pouls est rapide, faible.
- L'état général s'altère rapidement, les traits du visage sont tirés. On note des cernes sous les yeux. La langue est sèche et les premiers signes de déshydratation peuvent apparaître. On peut noter l'existence de frissons qui accompagne les états septicémiques, puis à un stade plus évolué, un état de choc septicémique.

6° - L'examen clinique

L'examen de l'abdomen permet le plus souvent d'affirmer le diagnostic de péritonite devant l'existence d'une contracture : défense douloureuse qui ne cède pas à la pression douce, mains réchauffées, enfant rassuré.

Le ventre n'est ni franchement ballonné, ni plat, il est douloureux dans son ensemble et l'on note une contracture, signe de l'irritation péritonéale.

Néanmoins, cette contracture n'est pas toujours évidente. C'est la raison pour laquelle il faut savoir rechercher les signes pathognomoniques d'irritation péritonéale :

- soit au niveau de l'ombilic chez le jeune enfant, qui donne accès au cône péritonéal qui monte à

l'orifice ombilical. La palpation de l'ombilic provoque souvent une réaction douloureuse de l'enfant.
- soit par le toucher rectal qui est difficile d'interprétation chez l'enfant mais il est toujours très douloureux. Il donne en effet accès au cul de sac péritonéal de Douglas.
- certains territoires de l'abdomen peuvent être le siège de points douloureux plus importants qui peuvent indiquer le siège des lésions causales.

Une douleur à l'ébranlement de l'abdomen peut être retrouvée.

7° - Le diagnostic biologique

- L'hyperleucocytose est toujours franche, mais ce signe peut manquer dans une péritonite d'installation très récente (quelques heures).
- La CRP est élevée, mais l'inertie de ce signe biologique est d'environ dix heures. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des péritonites notamment d'origine appendiculaire secondaires à la perforation d'un appendice gangrené, pour lesquelles il n'y a ni hyperleucocytose, ni élévation de la CRP, le syndrome péritonéal remontant seulement à quelques heures.
- Le ionogramme sanguin est indispensable pour évaluer les désordres hydro-électrolytiques.
- Des hémocultures doivent être réalisées en cas de fièvre avec syndrome septicémique.

8° - Le diagnostic radiologique

a) La radiographie de l'abdomen sans préparation.

- Grisaille diffuse secondaire à un épanchement liquidien ;
- Mauvaise aération digestive ou anomalie de la répartition de l'aération digestive ;
- Niveaux hydro-aériques témoignant d'un syndrome occlusif installé ;



- Recherche d'un pneumopéritoine secondaire à la perforation d'un organe creux : croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique sur le cliché d'abdomen sans préparation, debout de face prenant les coupes. Croissant gazeux sous la paroi abdominale antérieure sur le cliché de l'abdomen sans préparation couché, de profil. En réalité le pneumopéritoine est rarement observé sur la radiographie de l'abdomen sans préparation.
- La radiographie de l'abdomen sans préparation peut orienter vers une étiologie appendiculaire si une image lithiasique est visible en FID (stercolithe appendiculaire ou coprolithe ou fécalithe) ;
- En cas d'entérocolite nécrosante, une dissection de la paroi intestinale par une gangrène gazeuse est possible et prend le nom de pneumatose.

b) La radiographie du thorax de face :

- Est surtout intéressante dans le cadre du diagnostic différentiel.
- Mais cet examen permet aussi de faire le diagnostic d'une pneumopathie accompagnant une péritonite sine materia.

- L'association pneumopathie, gangrène appendiculaire compliquée de péritonite n'est pas rare non plus.

c) L'échographie abdomino-pelvienne.

- L'épanchement péritonéal peut être confirmé. Mais bien des péritonites ne s'accompagnent que d'un épanchement minime en début de péritonite et tous les épanchements liquidiens intra-péritonéaux ne sont pas synonymes de péritonite.
- Surtout l'échographie abdominale peut orienter le diagnostic étiologique de la péritonite (gros appendice, stercolithe appendiculaire, épaissement des tissus de voisinage) et **cet examen prend une place de plus en plus importante actuellement.**

d) Le scanner abdominal avec injection.

Il est rarement indiqué.

- Le scanner abdominal permet d'étudier l'épaisseur des parois digestives.
- Il oriente sur le diagnostic étiologique (voie biliaire, pancréas...)
- il s'agit parfois du seul examen qui puisse mettre en évidence un pneumopéritoine minime : petites bulles présentes à proximité de l'organe perforé.

9° - Les facteurs de gravité des péritonites :

- L'âge de survenue de la péritonite (les péritonites néonatales sont toujours très grave),
- De la cause de la péritonite,
- Du délai entre le début de la maladie et l'intervention qui seule permettra l'éradication du foyer causal,
- Des conditions opératoires
- Des caractéristiques bactériologiques de la péritonite et de la stratégie antibiotique qui en découlera.

Faq 3 - Causes les plus fréquentes des péritonites secondaires chez l'enfant

L'orientation étiologique dépendra essentiellement de l'âge de l'enfant :

1° - Le nouveau-né

a) L'entérocolite ulcéro-nécrosante :

- est à l'origine de près de la moitié des perforations intestinales chez l'enfant. Elles sont la conséquence d'une nécrose de la muqueuse digestive étendue aux autres couches de la paroi intestinale.
- elle touche essentiellement le prématuré.
- vomissements bilieux, altération de l'état général, ballonnement abdominal, paroi abdominale et ombilic inflammatoires et pneumopéritoine représentent les maîtres-symptômes de cette complication.
- le canal péritonéo-vaginal étant perméable chez le prématuré, des signes inflammatoires peuvent être associés au niveau des bourses, donnant un argument supplémentaire en faveur d'une péritonite. Chez la petite fille, c'est plutôt un œdème de la région pubienne qui traduit la persistance du canal de Nück.

b) Les perforations isolées gastriques, jéuno-iléales ou coliques donnent le même type de tableau clinique.

c) La péritonite méconiale correspond à la présence de méconium dans la cavité péritonéale :

- secondaire à une perforation antenatale du tube digestif,
- très souvent contemporaine de phénomènes vasculaires, eux-même responsables d'atrésies intestinales, d'où une association fréquente entre ces deux pathologies. Mais la perforation peut s'obstruer spontanément, sans sténose, et sans aucune séquelle fonctionnelle,
- responsable d'une réaction péritonéale inflammatoire aseptique, à l'origine de calcifications.

Le diagnostic peut se faire dans différentes situations :

- calcifications péritonéales à l'échographie antenatale,
- atrésie du grêle avec calcifications sur l'ASP,
- masse dure, latéro- ou sus-testiculaire, à la palpation des bourses, si le méconium a migré au travers du canal péritonéo-vaginal,
- découverte fortuite de calcifications sur un ASP, ou au cours d'une intervention de type hernie inguinale (méconium dur dans le canal péritonéo-vaginal)
- plus rarement lors du tableau occlusif néo-natal grave que représente la péritonite méconiale encapsulante de traitement très difficile.

2° - Le nourrisson

a) La péritonite appendiculaire

C'est la péritonite la plus fréquente chez le nourrisson. L'appendicite perforée représente environ 1/3 des cas entre 6 et 12 ans, et 4/5 des enfants en dessous de 4 ans, aboutissant à une péritonite localisée (abcès) ou généralisée chez plus de 50% des nourrissons.

En effet, la diarrhée et la bandelette urinaire perturbée (leucocytes, sang, protéines) sont très fréquents au cours d'une appendicite du nourrisson, et trompeurs, faisant évoquer à tort une gastro-entérite aiguë ou une infection urinaire. Un traitement médical est alors prescrit, pouvant améliorer transitoirement l'enfant. Pire, si un traitement antibiotique est mis en route, il va refroidir **partiellement** l'inflammation appendiculaire, sans empêcher une évolution à bas bruit vers l'abcès. Si une telle prescription est effectuée, malgré tout, il faut impérativement surveiller ces nourrissons par un examen clinique quotidien, et en l'absence d'amélioration franche avec persistance d'une vive douleur de la fosse iliaque droite, **un avis chirurgical est obligatoire.**

Les arguments en faveur d'une péritonite chez le nourrisson sont les suivants :

- enfant grognon, plaintif, refusant le biberon ou ayant peu d'appétit
- ou au contraire, nourrisson prostré, adynamique - fièvre persistante malgré le traitement
- douleur élective en fosse iliaque droite, avec défense et/ou masse palpable
- image calcifiée évoquant un stercolithe sur l'ASP, ou refoulement des anses digestives vers la ligne médiane (témoin d'un abcès déjà constitué) - et aspect échographique en faveur d'une appendicite.

Le principal diagnostic à éliminer est donc celui de **gastro-entérite aiguë (GEA)**, beaucoup plus fréquente à cet âge que l'appendicite :

- Ceci est d'autant plus difficile qu'on est en période épidémique et qu'il est facile de « passer à côté » d'une appendicite peu typique. **Il faut toujours penser qu'une appendicite est possible chez le nourrisson**, même si elle n'est pas très fréquente.

- Il faut ensuite être particulièrement vigilant lors de l'examen de l'abdomen : en présence d'une GEA, l'abdomen peut être sensible dans son ensemble, mais il reste souple et il n'y a en général pas de douleur élective en un point précis. Dès que ces éléments diffèrent, il faut certainement se poser la question d'une appendicite.

- L'ASP peut alors apporter des arguments importants : de petits niveaux hydro-aériques diffus sur le grêle et sur le colon seront plutôt en faveur d'une GEA, alors qu'on retrouvera les signes décrits ci-dessus s'il s'agit d'une appendicite.

- L'échographie pourra apporter des arguments décisifs d'orientation, mais cela n'est pas systématique.

- Si on ne peut pas conclure définitivement, un traitement symptomatique doit être mis en route et on

évitera toute prescription antibiotique inopinée.

- L'enfant sera examiné une ou deux fois par jour pour apprécier l'évolution et c'est bien souvent la répétition de l'examen clinique qui finit par emporter la décision dans un sens ou dans un autre. L'hospitalisation de l'enfant au moindre doute permet cette surveillance plus facilement.

b) Le diverticule de Meckel

Les péritonites par rupture d'un diverticule de Meckel, sur hétérotopie de muqueuse gastrique, ou les péritonites sur Meckelite ne diffèrent pas dans leur prise en charge globale des péritonites appendiculaires. Il s'agit le plus souvent d'une découverte opératoire.

c) Autres étiologies (rares) :

- perforation spontanée des voies biliaires
- perforation d'une duplication digestive
- rupture d'un kyste infecté de l'ouraque
- perforation traumatique intestinale, biliaire...

3° Grand enfant

a) L'appendicite représente aussi la cause la plus fréquente de péritonite aiguë, et de loin.

b) Le diverticule de Meckel peut également être à l'origine d'une péritonite, mais plus rarement que chez le nourrisson.

c) Les perforations traumatiques sont plus habituelles chez le grand enfant et sont dues à une contusion abdominale, plutôt qu'à une plaie de l'abdomen, rare dans notre pays. Il existe une lésion assez fréquente, portant le nom de syndrome de Chance, associant une perforation de l'intestin grêle et une fracture du rachis : elle est secondaire à une flexion forcée du tronc sur les deux membres inférieurs chez un enfant située sur le siège arrière d'une voiture et maintenu par une ceinture de sécurité uniquement ventrale.

d) Au fur et à mesure que l'enfant grandit, les étiologies des péritonites se rapprochent de celles rencontrées chez l'adulte, mais restent rares. Ainsi on peut exceptionnellement opérer un ulcère

gastro-duodéal perforé , ou une péritonite d'origine biliaire ou encore d'origine génitale, ou autre...La péritonite tuberculeuse est devenue exceptionnelle.

Faq 4 - Traitement des péritonites aiguës

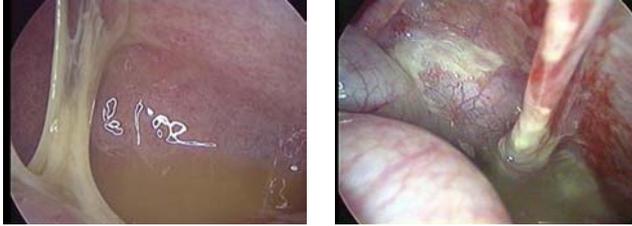
La péritonite aiguë est une **urgence** médico-chirurgicale

1. La réanimation est souvent le premier temps essentiel du traitement. Elle comprend :

- la mise en place d'une sonde naso-gastrique et d'une voie veineuse périphérique, ou centrale en cas de déshydratation sévère, ainsi que d'une sonde urinaire.
- La rééquilibration hydro-électrolytique, adaptée en fonction du ionogramme sanguin.
- Et l'antibiothérapie précoce, à large spectre aéro- et anaérobie. En présence d'une péritonite primitive, elle constituera le seul traitement dans la plupart des cas, sauf s'il existe un doute avec une péritonite secondaire.
- La durée de cette réanimation sera fonction de l'état général de l'enfant ; dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une péritonite secondaire, sans état de choc septicémique et l'intervention peut s'envisager dans les 2-3 heures qui suivent.

2. Le traitement chirurgical s'effectue :

- par laparotomie ou laparoscopie ;



- avec des prélèvements bactériologiques systématiques, pour adapter l'antibiothérapie ultérieure ;



- pour traiter la cause : appendicectomie, suture d'une perforation digestive, résection – anastomose, aouchement à la peau d'une perforation si les conditions locales et/ou générales ne permettent pas un rétablissement immédiat de la continuité (gastrostomie, jéjunostomie, iléostomie, colostomie) ;
- pour lavage abondant de la cavité péritonéale, et éventuellement entérolyse (libération de tout l'intestin) s'il existe des adhérences inflammatoires, afin d'éviter de laisser la moindre poche de pus entre les anses intestinales ;
- avec ou sans drainage, selon l'état du péritoine en fin d'intervention et selon l'opérateur.

3. Les soins post-opératoires comportent :

- la poursuite de la réanimation ;
- le traitement de la douleur avec des antalgiques de niveau III
- la surveillance de la reprise du transit intestinal qui peut demander 2 à 5 jours et qui conditionnera l'ablation de la sonde naso-gastrique et le début de l'alimentation ;
- la surveillance clinique de l'abdomen, de l'état général de l'enfant (t°, diurèse...), et de la plaie opératoire ;
- et la surveillance biologique (NGFS, CRP, ionogramme sanguin...)

4. Les complications à redouter sont :

- la persistance ou la reprise des phénomènes infectieux, pouvant amener à modifier l'antibiothérapie ou à envisager une réintervention (lâchage de moignon, fistule anastomotique...). L'évolution d'une péritonite généralisée à foyers multiples peut être fatale malgré le traitement médical et parfois plusieurs interventions ;
- le mauvais fonctionnement d'une stomie, sa désunion ;
- les abcès de paroi ;
- les éventrations ou éviscérations.

Points essentiels

1. La bonne connaissance de l'anatomie et de la physiologie du péritoine doit permettre une bonne compréhension de la physiopathologie des péritonites. De même, les signes cliniques « à distance » du ventre peuvent s'expliquer par la persistance du canal péritonéo-vaginal chez le garçon et du canal de Nüch chez la fille.
2. Chez le nouveau-né, les 2 étiologies principales sont l'entérocolite ulcéro-nécrosante, prise en charge par des équipes spécialisées travaillant en réanimation néo-natale, et **la péritonite méconiale**, que tout médecin peut rencontrer à l'occasion d'un ASP.
3. Les péritonites primitives sont rares, mais à connaître, car leur traitement est médical.
4. Chez l'enfant, tout médecin doit savoir évoquer une appendicite aiguë compliquée (ou non), même chez le nourrisson, en sachant que la diarrhée est fréquemment associée et qu'il faut prêter attention à toute sensibilité « anormale » de la FID. Il faut bien connaître les arguments en faveur d'une péritonite et d'une GEA.
5. Le diagnostic étiologique d'une péritonite secondaire est surtout fonction de l'âge de l'enfant.
6. Attention au traitement antibiotique inopinée qui refroidit sans guérir une appendicite et qui aboutit à la péritonite.
7. Les indications thérapeutiques dépendent du type de péritonite et des signes de gravité. La réanimation pré-opératoire de quelques heures est la règle dans la plupart des cas.