

Etablissement
Hospitalier
Universitaire
1er Novembre

ORAN



Etablissement Hospitalier et Universitaire d'Oran

Service de Chirurgie Générale



PÉRITONITES AIGUES

PR N.CHADLI
DR A.BENSLIMANE



PLAN

I .DÉFINITION

II .RAPPEL ANATOMIQUE

III .RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

IV .CLASSIFICATIONS

V .PHYSIOPATHOLOGIE

VI .DIAGNOSTIC CLINIQUE

VII .EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

VIII.EVOLUTION - COMPLICATIONS

IX .FORMES CLINIQUES

X .DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

XI .TRAITEMENT

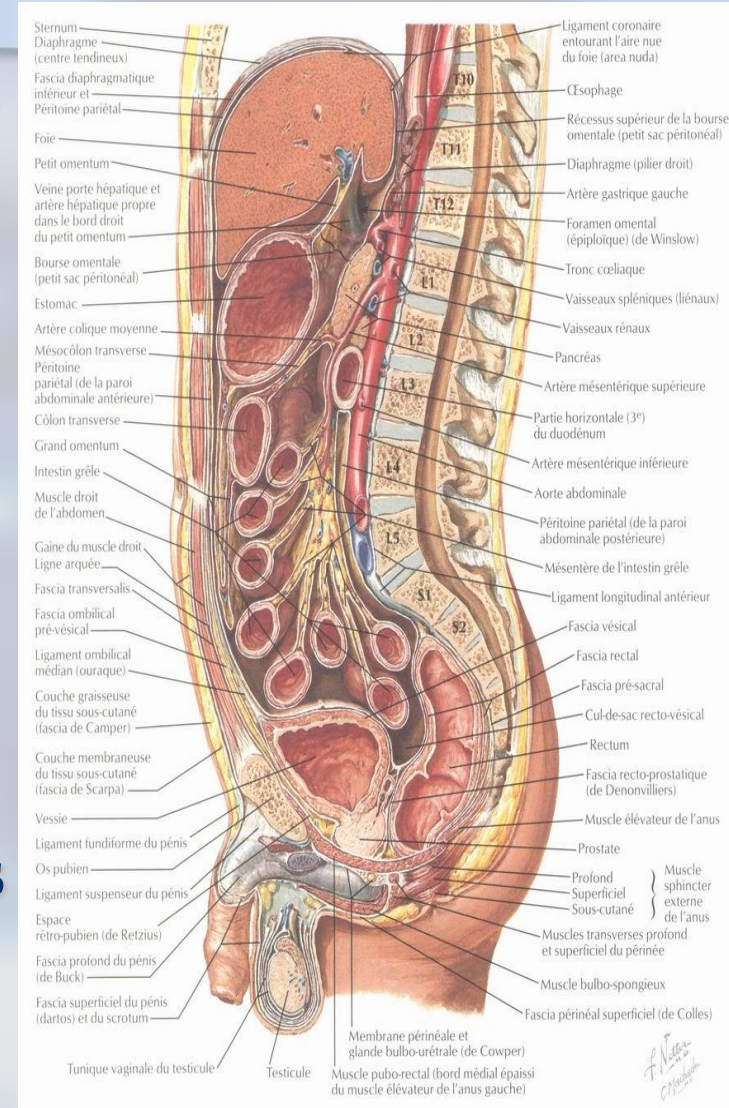


DÉFINITION

- ✓ La péritonite est une inflammation ou infection aigue de la séreuse péritonéale en réponse a une agression bactérienne ou chimique
- ✓ Généralisée ou localisée
- ✓ Urgence chirurgicale

RAPPEL ANATOMIQUE

- ❖ Le péritoine est une membrane séreuse richement vascularisée et innervée a double feuillet dont l'étendue est comparable à la surface corporelle
- ❖ Appliquée sur les parois de la cavité abdominale et pelvienne « feuillet Pariétal »
- ❖ Enveloppant en totalité ou en partie les organes qui y sont contenus « feuillet Viscéral »





RAPPEL ANATOMIQUE

Le péritoine divise l'abdomen en 2 étages et plusieurs loges:

- *L'étage sus-mésocolique* : les loges sous-phréniques droite et gauche et l'arrière-cavité des épiploons.
- *L'étage sous-mésocolique* : les gouttières pariéto-coliques droite et gauche, les fosses iliaques et le cul-de-sac de Douglas qui est la partie la + déclive



RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

❖ Le péritoine sécrète une sérosité visqueuse, riche en protéines, en cellules leucocytaires et histiocytaires facilitant:

- le glissement des organes les uns par rapport aux autres.
- le péristaltisme intestinal.
- la défense contre l'infection « bactéricide ».

❖ Le péritoine résorbe et se comporte comme une membrane semi-perméable soumise aux lois de l'osmose « dialysante ».



CLASSIFICATIONS

Plusieurs Classifications:

- Selon les circonstances de survenue
- Selon la localisation anatomique
- Selon l'environnement
- Selon la sévérité de l'infection



CLASSIFICATIONS

A/Selon les circonstances de survenue

la classification de HAMBOURG est la + utilisée, sépare les péritonites en trois classes selon l'origine de l'infection :

- Péritonites primitives
- Péritonites secondaires
- Péritonites tertiaires



CLASSIFICATIONS

Péritonites primitives :


- ✓ Dues a une infection spontanée mono bactérienne du péritoine d'origine hématogène ou par translocation
- ✓ Les causes les plus fréquentes :
 - Péritonites spontanée de l'enfant
 - Infection d'ascite chez le cirrhotique
 - Au cour du dialyse péritonéale par cathéter
 - Péritonite spontanée a pneumocoque
 - Péritonite tuberculeuse
- ✓ Leur traitement est médical



CLASSIFICATIONS

Péritonites secondaires :

- ✓ Liées à la diffusion d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un organe creux
- ✓ Les plus fréquentes, poly microbiennes +++
- ✓ Les principales étiologies sont :

- 
- ✓ **Perforation intra péritonéale (suppuration aiguë)**
 - ✓ **Perforation gastro-intestinale**
 - ✓ **Nécrose de la paroi intestinale**
 - ✓ **Pelvipéritonite**
 - ✓ **Péritonite postopératoire**
 - **Lâchage d'anastomose**
 - **Lâchage de suture**
 - **Lâchage de moignon**
 - ✓ **Péritonite post-traumatique**
 - **Péritonite après traumatisme fermé**
 - **Péritonite après plaie pénétrante abdominale**

CLASSIFICATIONS

Péritonites tertiaires :

- ✓ **Correspond à une infection intra abdominale persistante au décours d'une infection initiale documentée.**
- ✓ **Il s'agit toujours d'une infection secondaire d'évolution compliquée.**
- ✓ **La cavité abdominale est surinfectée par des micro organismes peu virulents mais devenus résistant ou des levures.**



CLASSIFICATIONS

B/Selon la localisation anatomique

- ✓ Les infections de l'étage sus-mésocolique :
concernent les affections gastriques, duodénales et d'origine biliaire.
- ✓ Les infections de l'étage sous-mésocolique :
regroupent toutes les lésions du grêle, appendice et côlon.



PHYSIOPATHOLOGIE

- ✓ Les péritonites secondaires sont dues soit à une perforation d'un organe creux, soit à l'extension d'un foyer septique intra-abdominal.
- ✓ L'agression péritonéale peut être chimique, septique ou mixte.
- ✓ L'épanchement se collecte dans les zones déclives de la cavité péritonéale .



Agression sévère péritonéale

Inflammation du péritoine

Exsudation intra et extra péritonéale

Iléus réflexe

Vomissement
Stase intestinale
3ème secteur

autodéfense péritonéale

insuffisante

diffusion de l'infection
multiplication des germes et sécrétion
d'endotoxines
passage dans la circulation générale

suffisante

circonscription de la
collection (sécrétion de
fibrine, fausses membranes,
anses, grand épiploon)

Hypo volémie

Etat de choc septique

abcès ou péritonite
localisée

agression de tout les organes

DMV



DIAGNOSTIC CLINIQUE

TDD: PÉRITONITE AIGUE SECONDAIRE GÉNÉRALISÉE

➤ Quel que soit leur origine, les péritonites aiguës généralisées ont le plus souvent le même aspect clinique. Seule la symptomatologie initiale peut être modifiée par l'étiologie

Anamnèse:

- 1- Antécédents médicaux +++ et chirurgicaux (Abdomen+++)
- 2- Notion d'ulcère traité, Crohn, RCUH.
- 3- Notion de prise de médicaments gastro-toxiques (corticoïdes , AINS+++)



DIAGNOSTIC CLINIQUE

Signes fonctionnels :

- ❖ **Douleur abdominale** : pas de caractère spécifique
 - violente, à début brutal ou progressivement croissante, continue
 - intense « en coup de poignard ».
 - localisée puis diffuse rapidement à tout l'abdomen.
 - Son siège et ses irradiations initiales peuvent avoir une valeur localisatrice.

- ❖ **Vomissements** :
 - inconstants, sont alimentaires, bilieux puis fécaloïdes.

- ❖ **Arrêt du transit** :
 - conséquence de l'iléus réactionnel



DIAGNOSTIC CLINIQUE

Signes généraux:

- **AEG**
- **Faciès pâle , crispé, couvert de sueurs.**
- **Fièvre en règle élevée 39-40 °C , frissons**
- **Pouls accéléré.**
- **A un stade plus avancé, apparaissent les signes de choc septique avec : Hypo TA , pouls filants , oligurie , frissons , sueurs profuses , déshydratation , marbrures et froideur des extrémités.**



DIAGNOSTIC CLINIQUE

Signes physiques :

Inspection:

- diminution ou absence de la mobilité abdominale avec les mouvements respiratoires « Ventre immobile » et contractures visibles.

Palpation :

- La douleur provoquée peut orienter le diagnostic étiologique
- Le maître symptôme est la contracture, visible et palpable

« ventre de bois »

- Elle est :▶ **Généralisée**
 - ▶ **Douloureuse**
 - ▶ **Permanente**
 - ▶ **Tonique**
 - ▶ **Invincible**
 - ▶ **spontanée**
- Parfois, précédée ou remplacée au début par une défense



DIAGNOSTIC CLINIQUE

Percussion :

- une disparition de la matité pré-hépatique (pneumopéritoine).
- une matité des flancs (épanchement intra péritonéal).
- un tympanisme global (iléus paralytique).

Auscultation :

Bruits intestinaux diminués ou abolis

Touchers pelviens :

Très douloureux « Cri de Douglas »



DIAGNOSTIC CLINIQUE

La contracture de la paroi abdominale (muscle grand droit) suffit seule à poser le diagnostic et à intervenir en urgence :



le diagnostic de la péritonite est

CLINIQUE



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A. BIOLOGIE : aucune valeur diagnostique mais permettent :

- D'évaluer la gravité de la péritonite et son retentissement infectieux
- D' adapter la réanimation et d'aider la prise en charge anesthésique

- Hémogramme : - hyperleucocytose (+ 20 000) à PNN
- Fonction rénale : Urée , Créat
- Ionogramme sanguin
- Un bilan hépatique complet + Lipasémie
- bilan d'hémostase, Groupage ABO-Rh
- hémocultures +++

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

B.LA RADIOLOGIE:

1-ASP :+++ (face debout/ coupoles ,face couché,
face décubitus latéral)

- rechercher le croissant clair gazeux sous-
diaphragmatique uni ou bilatérale qui signe le

Pneumopéritoine

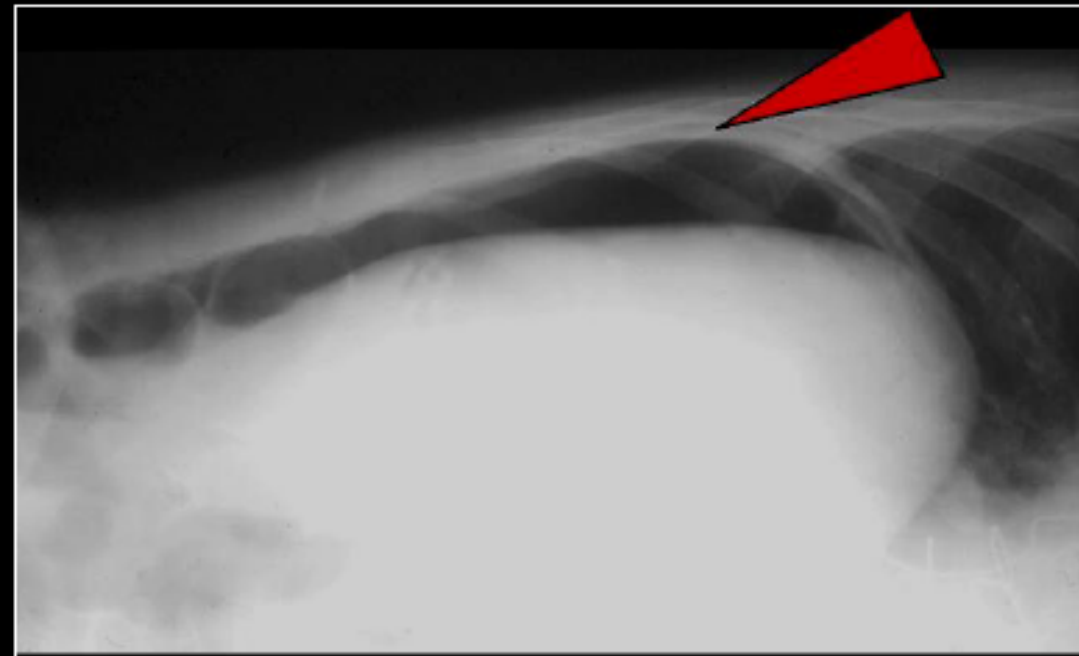
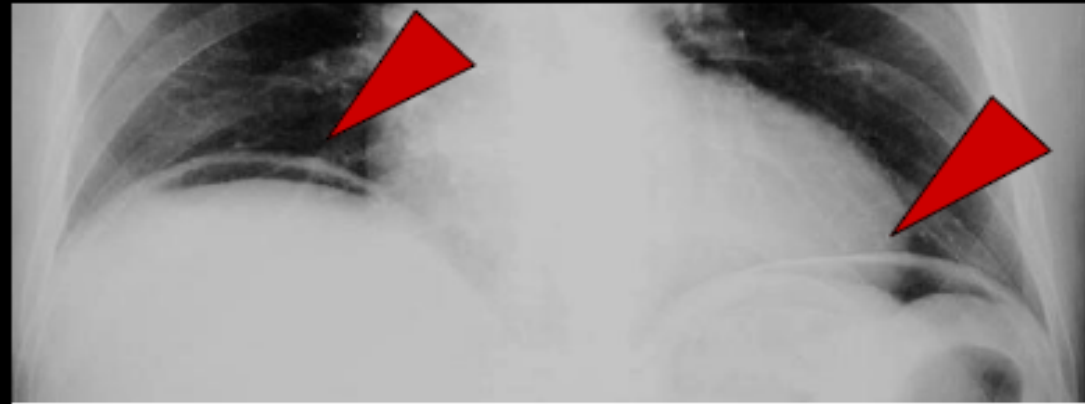
- Niveaux hydro-aériques : iléus réflexe .

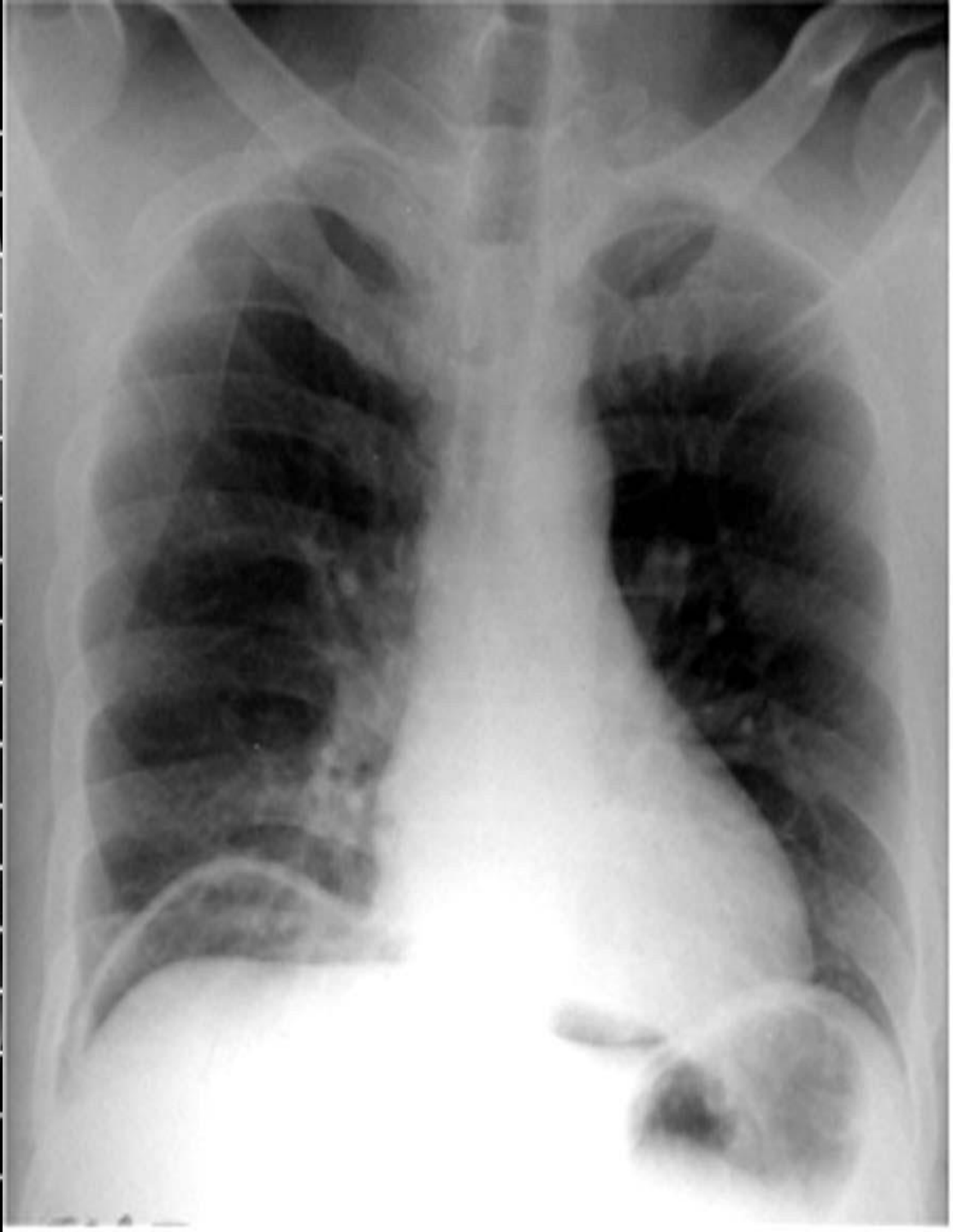
- Grisaille diffuse :épanchement péritonéal .

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







EXAMENS COMPLEMENTAIRES

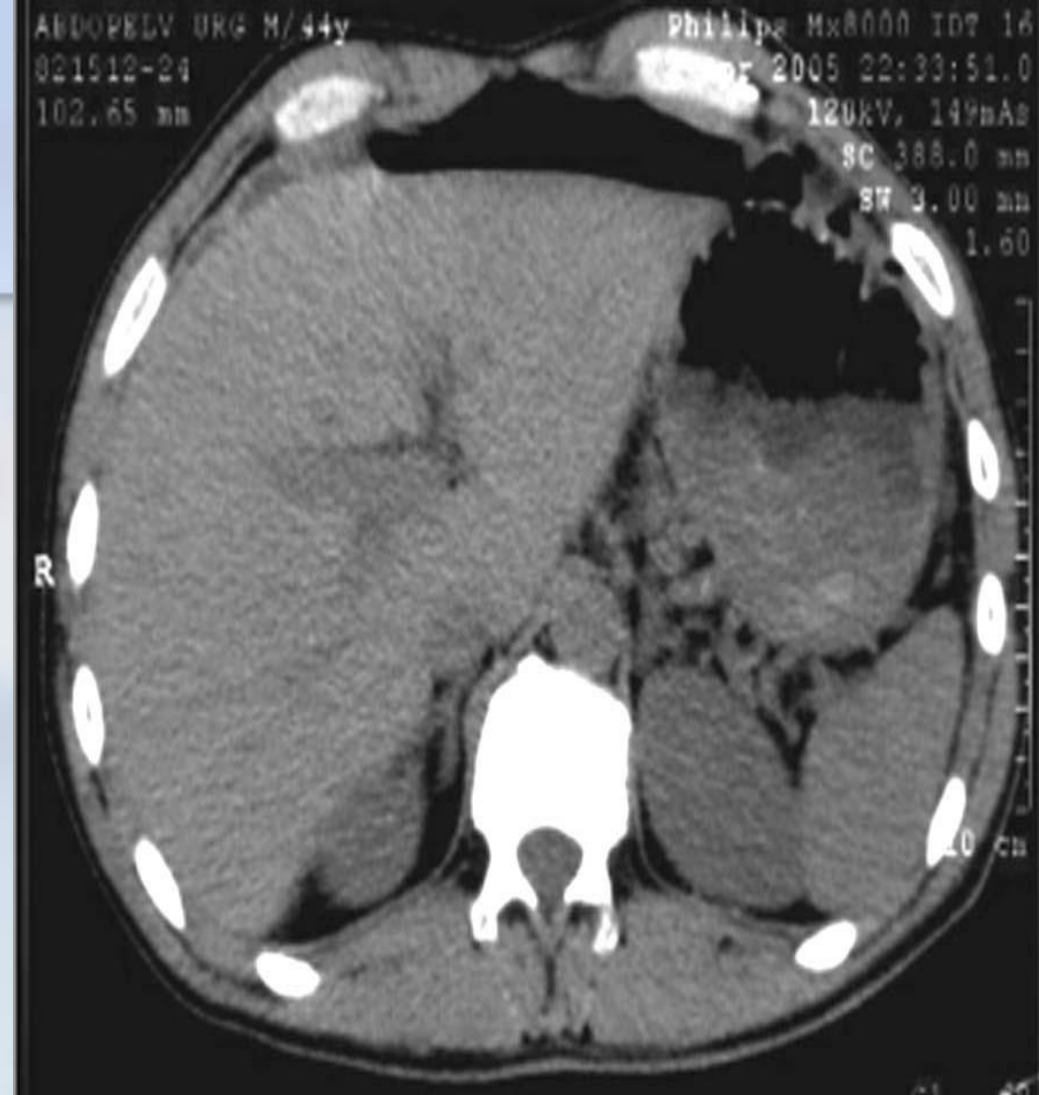
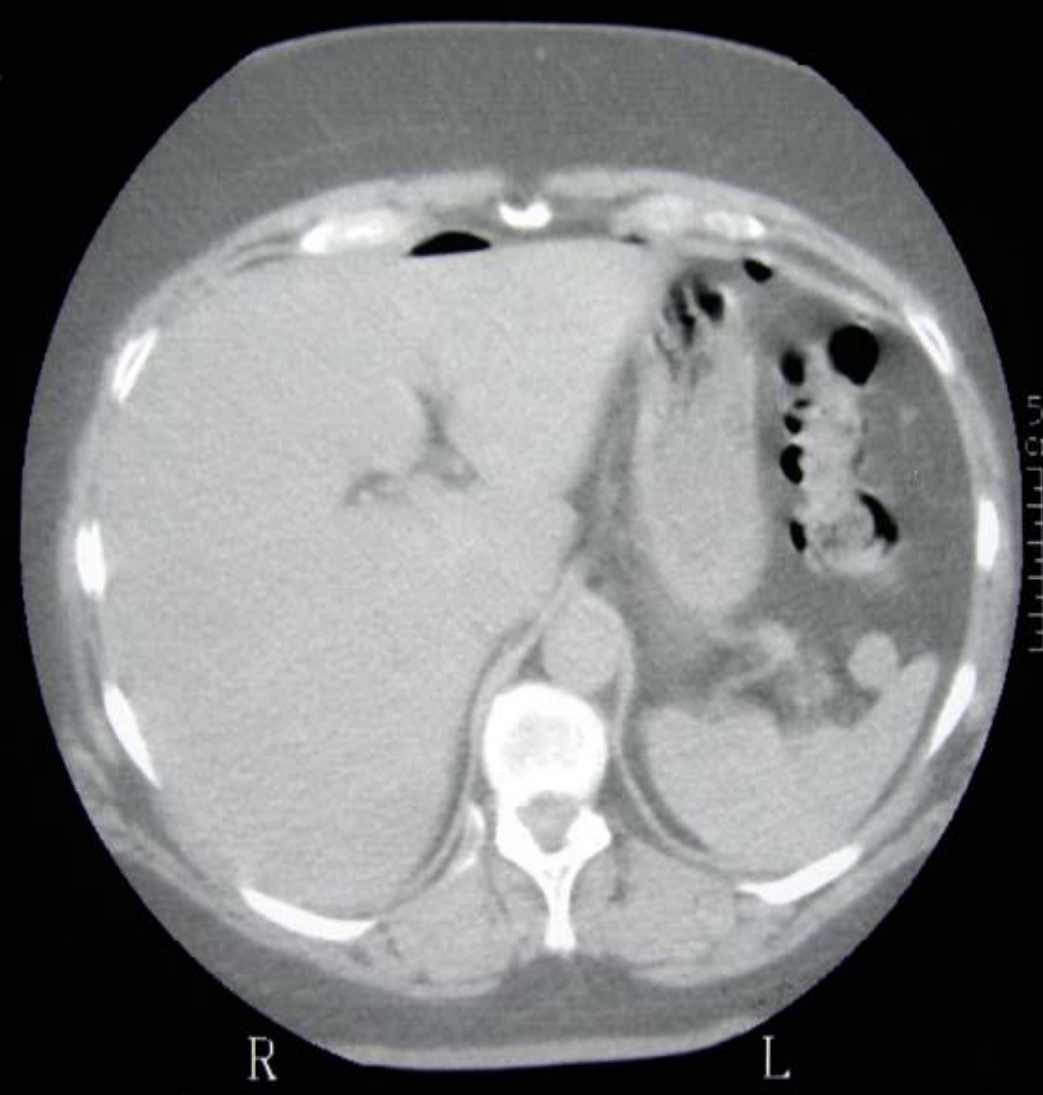
2-Echographie: si doute ou cas atypique

- épanchement +++
- pneumopéritoine +/- (elle n'est pas performante)

3-TDM:

Permet d'écarter un doute diagnostique et oriente la recherche étiologique:

- un petit pneumopéritoine non visible sur les radiographies standards.
- un épanchement liquidien intra-abdominal .
- montre des signes liés à la cause



Scanner abdominal sans injection de produit de contraste : pneumopéritoine



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

4. Opacifications digestives:

Elles doivent être orientées par la clinique et effectuées aux hydrosolubles à la recherche d'une fuite extra luminale.



Lavement aux hydrosolubles

EVOLUTION -COMPLICATIONS

- ✓ La péritonite aiguë généralisée est une maladie grave avec un taux de mortalité variant de 10 à 40 % suivant les facteurs de gravité.
- ✓ Traitée précocement, l'évolution doit se faire vers la guérison, chaque complication générale étant traitée de façon symptomatique.
- ✓ En l'absence de traitement, l'évolution peut être rapidement mortelle par état de choc septique sévère ou syndrome de défaillance multi viscérale.

EVOLUTION -COMPLICATIONS

✓ Il peut se produire des complications septiques locales avec formation des abcès intra péritonéaux ou abcès métastatiques hépatiques dues à une pyléphlébite.



EVOLUTION -COMPLICATIONS

Des complications systémiques peuvent survenir:

- a) **Infectieuse** : Septicémie ,Choc septique, CIVD.
- b) **Hémodynamique** : Choc, collapsus et arrêt circulatoire.
- c) **Insuffisance rénale** :fonctionnelle puis organique
- d) **Hémorragies digestives** : par gastrite hémorragique aiguë.
- e) **Insuffisance respiratoire** :multifactorielle(SDRA).
- f) **Ictère** : Foie de choc, Ictère septique.
- g) **Troubles de la conscience** : confusion, agitation

FORMES CLINIQUES

A-Formes étiologiques :

1-Les péritonites appendiculaires:

- cause la plus fréquente des péritonites infectieuses
- sujet jeune avec douleur de la FID, secondairement intense et généralisée, fièvre .

Trois formes :

1)Péritonite purulente généralisée d'emblée :inaugurale et correspond à une perforation appendiculaire en péritoine libre .

-ASP: souvent un iléus réflexe; Pas de Pneumopéritoine

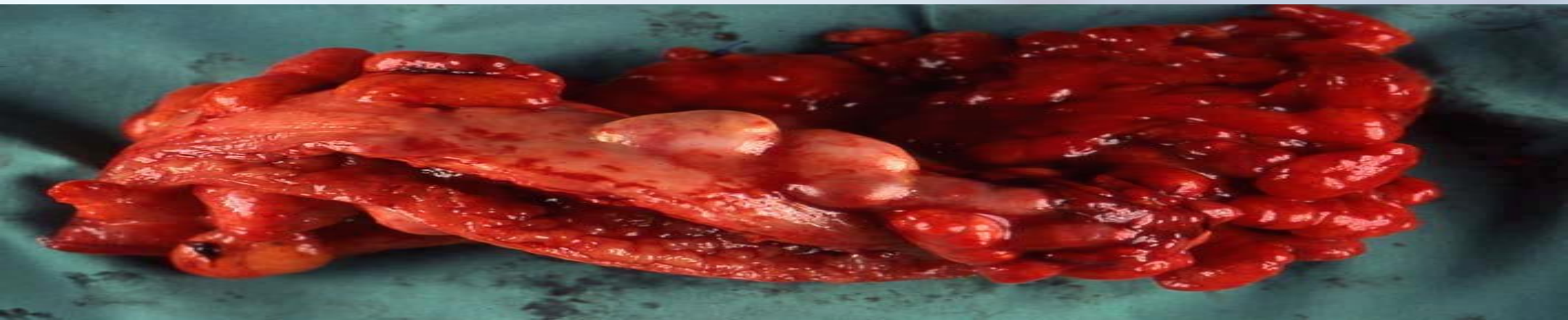
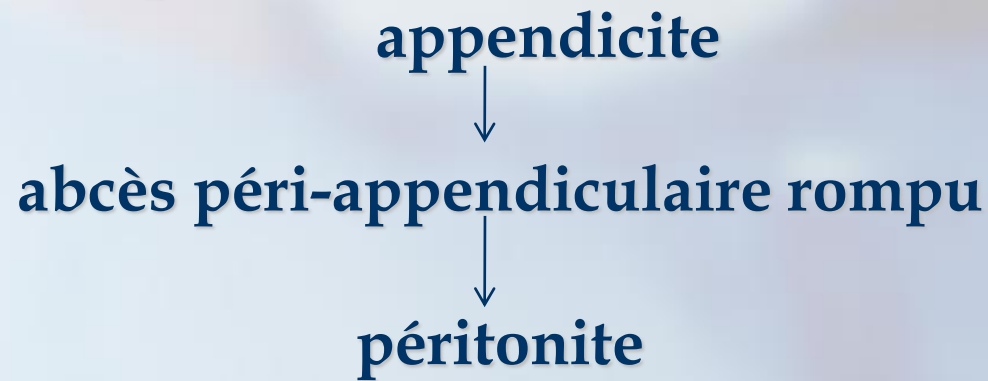


FORMES CLINIQUES

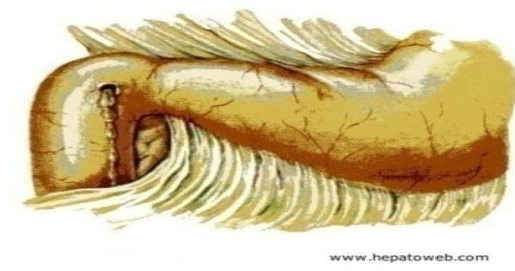
2) Péritonite en deux temps :

- par diffusion ou perforation d'un pyo-appendice
- survient après une crise appendiculaire ayant régressé .

3) Péritonite en trois temps :



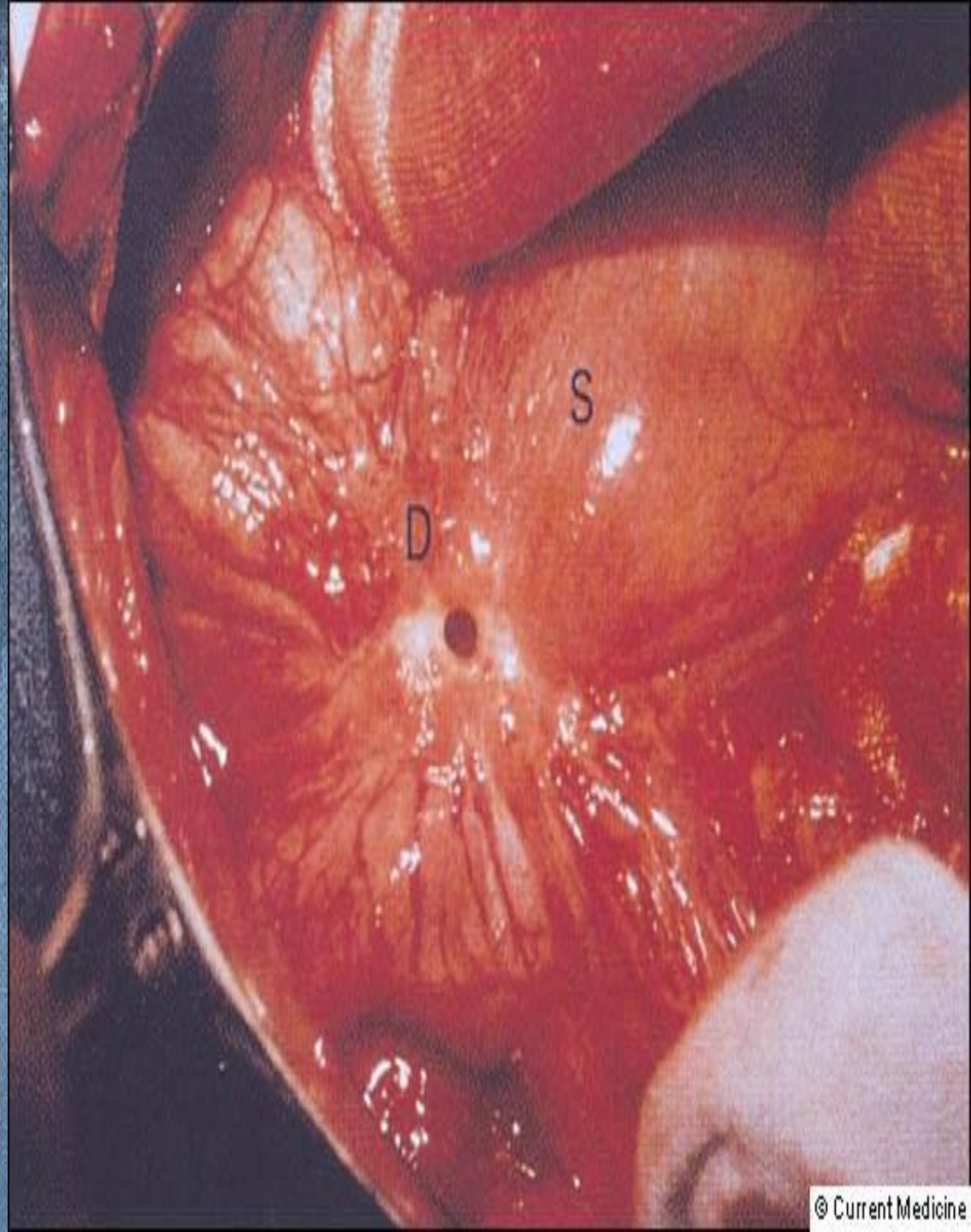
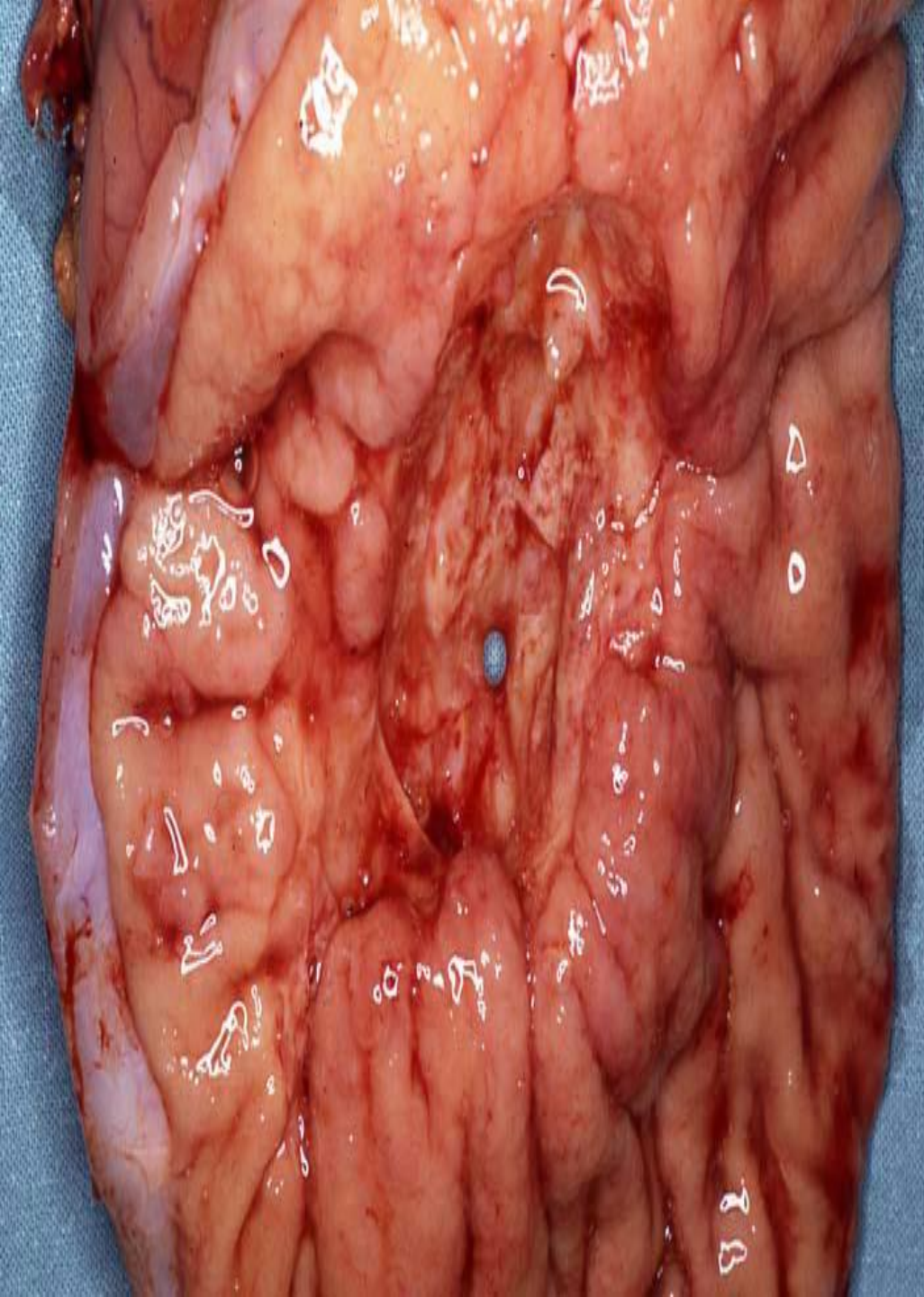
FORMES CLINIQUES

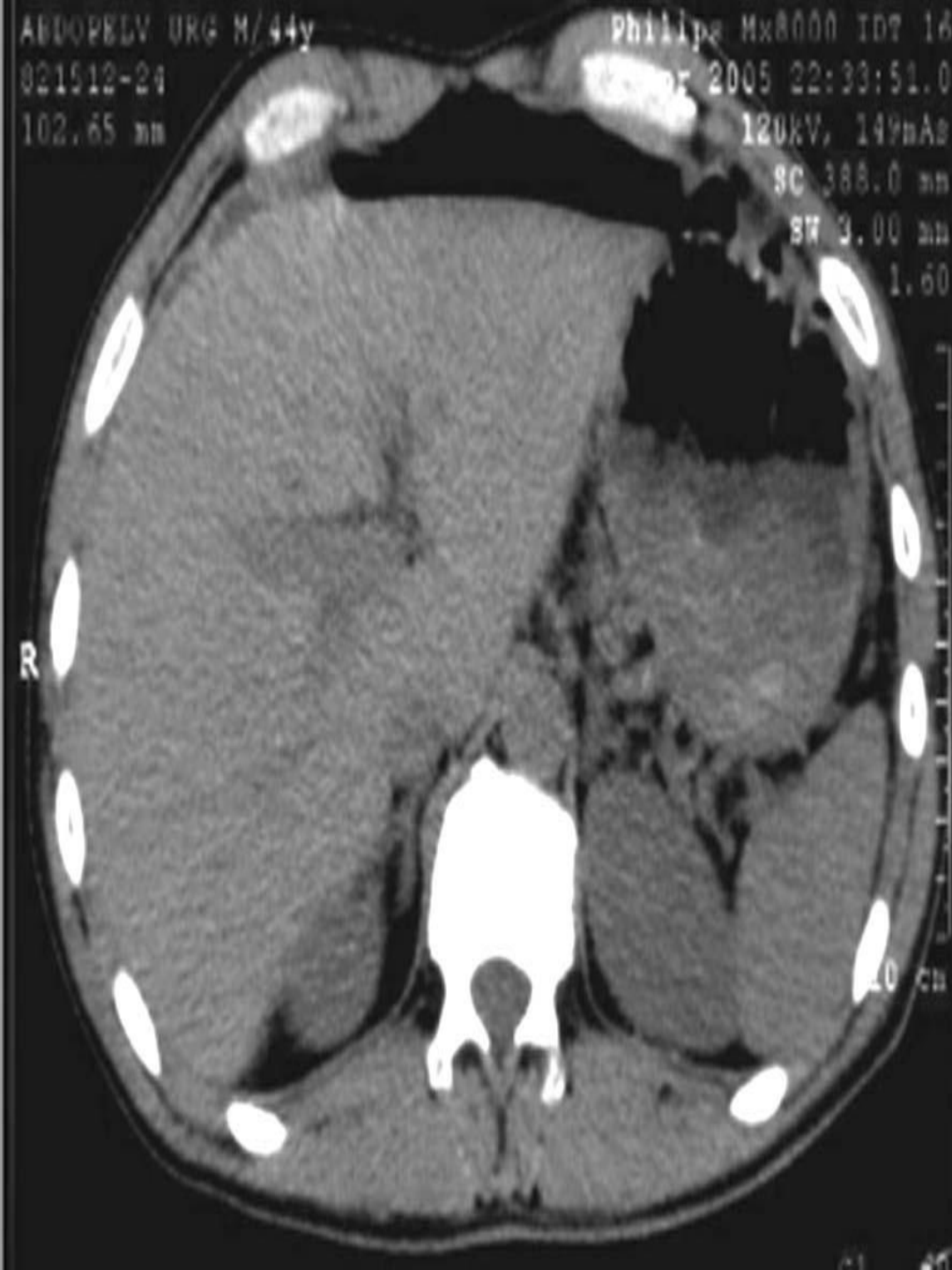


2) Les péritonites par perforation d'ulcère gastrique ou duodénale

- ✓ La seconde cause de péritonite infectieuse généralisée.
- ✓ Clinique: Le tableau est souvent typique :
 - homme jeune, douleur épigastrique, brutale en coup de poignard.
 - rechercher ATCD d'ulcère , prise de médicaments gastro-toxiques (AINS, corticoïdes) ou facteurs favorisants (tabagisme , jeun prolongé).
 - contracture localisée à la région épigastrique puis généralisée
 - ASP : pneumopéritoine dans 75% des cas.









FORMES CLINIQUES

3) Les péritonites par perforation colique

- ❖ Pronostic Gravissime (septicité du contenu colique)
- ❖ Péritonite stercorale ou purulente
- ❖ sujet > 50 ans
- ❖ La clinique : AEG,, fièvre à 40°, choc septique, signes infectieux généraux majeurs
- ❖ ASP : le pneumopéritoine est important et bilatéral

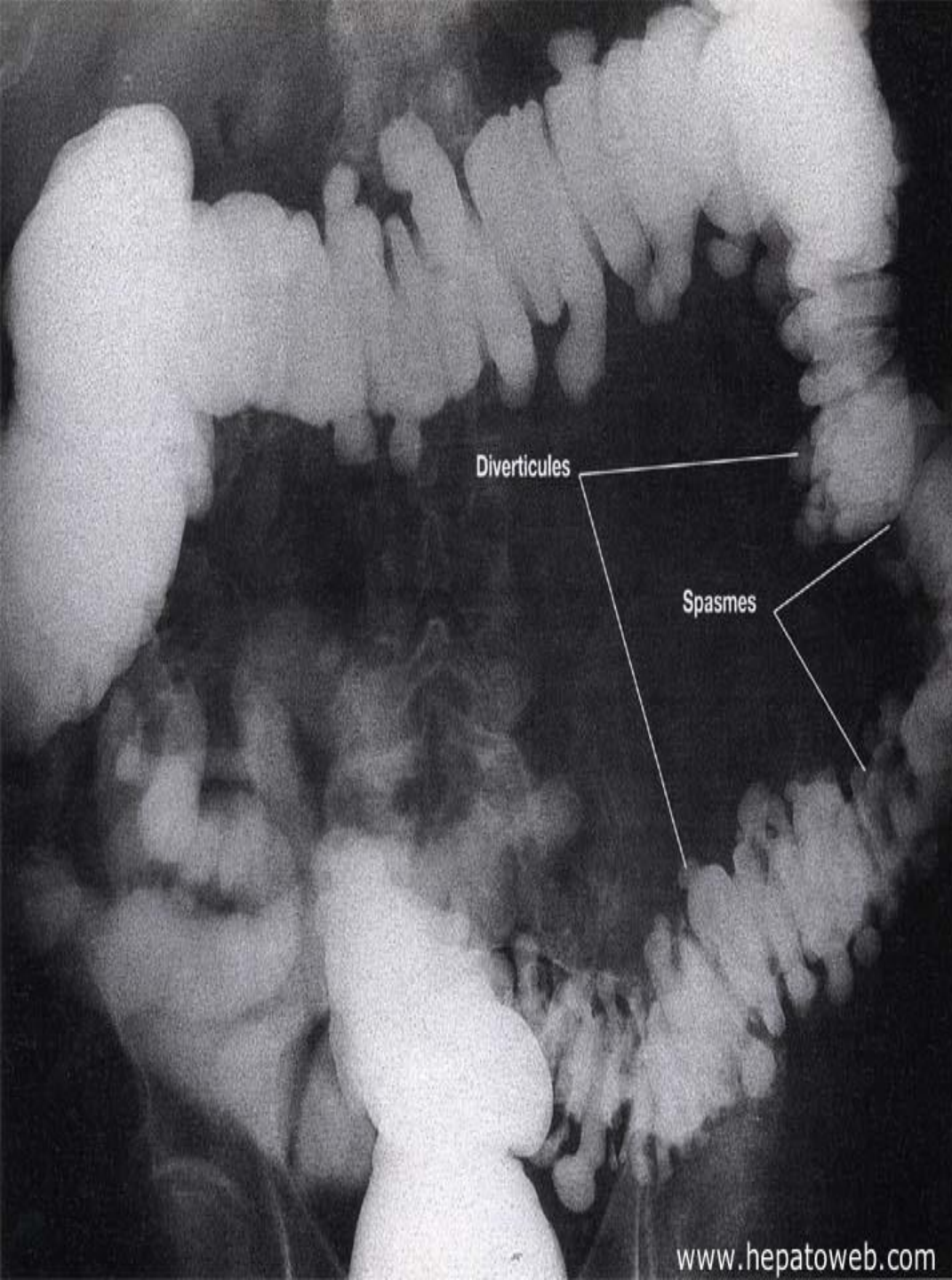
FORMES CLINIQUES



- ❖ **Maladie diverticulaire sigmoïdienne :fréquente**
 - par rupture d'un sigmoïdite diverticulaire
 - par rupture ou diffusion d'un abcès péri sigmoïdien

- ❖ **Cancer colo-rectal .**

- ❖ **Autres étiologies :**
 - Perforation d'une colite ischémique:
 - La perforation cæcale au cours d'un syndrome d'Ogilvie.
 - Les perforations iatrogènes au cours des coloscopies
 - Perforation d'une colite inflammatoire: RCUH/ CROHN.
 - Péritonite méso-cœliaque: Dans les diverticules du grêle (diverticule de Meckel)et la diverticulose diffuse du grêle
 - La fièvre typhoïde



FORMES CLINIQUES

4) Les péritonites biliaire :

- ❖ Les péritonites biliaires viennent compliquer l'évolution d'une cholécystite, qu'elle soit lithiasique ou non :
 - soit par diffusion
 - soit par perforation d'une cholécystite gangreneuse, d'un pyocholécyste
 - par rupture secondaire d'un abcès périvésiculaire.
- ❖ Touchent surtout la femme obèse >50ans ,ATCD de LV
- ❖ Douleur à début brutal, de l'HCD, irradiant en bretelle vers l'épaule droite
- ❖ Contracture généralisée sans pneumopéritoine.

FORMES CLINIQUES

5) Les péritonites gynécologiques

- ❖ Pelvipéritonites d'origine salpingienne :
 - soit par diffusion d'une salpingite.
 - soit par rupture d'un pyosalpinx ou kyste ovarien suppuré
- ❖ Perforation utérine lors des manœuvres abortives ou d'un curetage
- ❖ Les signes péritonéaux prédominent au niveau du pelvis avec :
 - douleur brutale hypogastriques
 - irritation vésicale (pollakiurie), rectale (ténésme).
 - contracture prédominant à l'hypogastre.
 - touchers pelviens(TV+TR) :très douloureux

FORMES CLINIQUES

6) Les péritonites post opératoires :

- ❖ Elles sont la conséquence d'une fuite d'une anastomose digestive ou d'une plaie opératoire méconnue de l'intestin.
- ❖ Elles surviennent le plus souvent entre le 5^{ème} et le 7^{ème} jour post opératoire.
- ❖ Les signes cliniques peuvent être identiques à ceux d'une péritonite extrahospitalière mais souvent leur diagnostic est plus difficile



FORMES CLINIQUES

B-Formes symptomatiques « évolutives » :

1) Formes Toxiques: Graves ,Marquées par :

- ❖ La gravité des signes généraux
- ❖ Défaillance multi-viscérale souvent irréversible qui est au 1er plan
- ❖ Conduisent souvent au décès.
- ❖ Souvent retard diagnostic .
- ❖ Peu de signes locaux

FORMES CLINIQUES

2-Les péritonites asthéniques :

- ❖ Patients âgés, en mauvais EG.
- ❖ Traités par corticoïdes ou immunosuppresseurs.
- ❖ Cirrhotiques ou cancéreux stade avancés.
- ❖ Signes généraux très importants et graves +++.
- ❖ Contracture souvent absente.
- ❖ Diagnostic difficile.
- ❖ Pronostic sombre aboutissant à une défaillance multi viscérale.



FORMES CLINIQUES

2-Les péritonites localisées :

a) *Le plastron ou la péritonite plastique localisée*

- ✓ Le foyer infectieux est cloisonné par les organes de voisinage.
- ✓ Ce plastron se rencontre plus volontiers après appendicite, cholécystite, diverticulite.
- ✓ Un empâtement douloureux, mat, blindant toute la région concernée
- ✓ Une hyperleucocytose importante.



FORMES CLINIQUES

2-Les péritonites localisées :

b) Abscès sous-phrénique

- ✓ Il s'agit de tout abcès siégeant dans la région sus-mésocolique.
- ✓ Tableau clinique d'une suppuration profonde
- ✓ Il se manifeste par des douleurs d'un hypocondre, avec irritation du diaphragme (douleurs scapulaires, toux sèche, hoquet), et un syndrome infectieux.
- ✓ La radiographie pulmonaire : ascension d'une coupole, un épanchement pleural réactionnel homolatéral.
- ✓ L'échographie ou le scanner confirme le diagnostic.

FORMES CLINIQUES

2-Les péritonites localisées :

✓ *c) Abscès du Douglas*

✓ Il se manifeste par :

* des douleurs hypogastriques .

* des signes urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles).

* des signes rectaux (ténésme).

* une diarrhée est fréquente .

* une fièvre oscillante.

* au toucher rectal: une masse fluctuante, douloureuse, bombant le Douglas.

✓ L'échographie à vessie pleine, voire le scanner abdominal, confirment le diagnostic .

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A/AFFECTIONS MEDICALES :

- 1) Coliques néphrétiques**
- 2) Poussée aigue ulcéreuse -gastrite aigue**
- 3) Coliques hépatiques et hépatites**
- 4) Affections cardiaques (IDM, EP ,Péricardite)**
- 5) Coliques de plomb (coliques saturniques)**
- 6) Crises solaires**
- 7) Pneumopathies des bases pulmonaires**
- 8) Syndrome des neuroleptiques (agitation + douleur abdominale+++ vomissements + hyperthermie à40).**

(Il n'existe pas de contracture, pas d'irritation péritonéale)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

B/AFFECTIONS CHIRURGICALES

- 1) Pancréatite aigue**
- 2) Infarctus mésentérique**
- 3) Torsion aigue d'organes pelviens**
- 4) Occlusion intestinale aigue**
- 5) Cholécystite**
- 6) Hémopéritoine**
- 7) Grossesse extra-utérine**

TRAITEMENT

I/PERITONITES PRIMAIRES :

- ✓ Le traitement de la péritonite primaire est avant tout médical, repose sur une antibiothérapie probabiliste jusqu'aux résultats bactériologiques définitifs.

TRAITEMENT

II/PERITONITES SECONDAIRES :

- ✓ Il s'agit d'une urgence chirurgicale :
- ✓ La PEC doit être précoce +++
- ✓ Etroite collaboration entre le chirurgien et le réanimateur
- ✓ Le traitement comporte deux grands volets qui sont:
 - TRAITEMENT MÉDICALE « LA RÉANIMATION »
 - TRAITEMENT CHIRURGICALE

TRAITEMENT

A. TRAITEMENT MÉDICALE « LA RÉANIMATION »

Objectifs :

- Lutter contre l'infection
- Prévenir le syndrome de défaillance multiviscérale

Mise en condition du malade :

- Voie Veineuse Périphérique/Voie Centrale
- Prélèvement (NFS, groupage, TP/TCK, Ionogramme , Fonction rénale,.....)
- Hémoculture systématique
- oxygénothérapie par sonde nasale
- Sonde naso-gastrique en aspiration douce
- Sonde urinaire avec prélèvement d'urine
- Monitoring Cardiovasculaire

TRAITEMENT

TRAITEMENT MÉDICALE « LA RÉANIMATION »


- ✓ Traiter le choc par remplissage vasculaire et éventuellement amines vaso actives
- ✓ Rééquilibrage hydro-électrolytique
- ✓ Lutte contre la dénutrition par nutrition parentérale d'emblée
- ✓ Antibiothérapie probabiliste en **IV**, à **large spectre**, doses **massives**, adaptées a la **fonction rénale**, **efficace** sur **BGN + anaérobie**, secondairement adaptée a l'**antibiogramme** des prélèvements bactériologiques.
- ✓ La durée du traitement dépend du type de péritonite, de sa gravité et du délai de prise en charge chirurgicale

TRAITEMENT

TRAITEMENT CHIRURGICALE : principes :

- ✓ **Voie d'abord large** : médiane ou cœlioscopie (utilisée pour certaines péritonites appendiculaires, par perforations d'ulcère gastroduodéal et d'origine gynécologique).
- ✓ **Prélèvement** de tout liquide péritonéal (examen bactériologique et antibiogramme)
- ✓ **Exploration** complète de la cavité péritonéale
- ✓ **Le traitement étiologique**: dépend de la cause :Supprimer la cause de contamination, Eradication de tous les foyers septiques .

TRAITEMENT

- 
- ✓ **Lavage abondant** de la cavité péritonéale : « **Toilette péritonéale** »: réalisée à l'aide d'au moins 10 litres de sérum isotonique tiède.
 - ✓ **Drainage** des différents compartiments intra-abdominaux (zones déclives)
 - ✓ **Aucune anastomose** digestive ne doit être réalisée en milieu septique



TRAITEMENT

PÉRITONITES TERTIAIRES:

- ✓ Les infections intra péritonéales persistantes sont difficiles à traiter.
- ✓ La mortalité est élevée, de l'ordre de 30 %.
- ✓ La prise en charge doit être multidisciplinaire
- ✓ Les micro-organismes présents sont nosocomiaux, souvent multi résistants, difficiles à traiter
- ✓ Le traitement chirurgical est souvent impossible et ses indications diminuent au profit de traitements radiologiques interventionnels.



CONCLUSION

- ❖ Les péritonites aiguës secondaires sont des urgences chirurgicales
- ❖ Le diagnostic des péritonites est clinique
- ❖ Le signe pathognomonique est la contracture
- ❖ Seule une intervention chirurgicale permet une guérison
- ❖ La précocité de la prise en charge diagnostic et thérapeutique conditionne le pronostic vital



MERCI

POUR

VOTRE

ATTENTION