

PERITONITES AIGUES GENERALISEES : SIGNES, DIAGNOSTICS, TRAITEMENT.

Objectifs

- Décrire les signes cliniques de la péritonite aiguë généralisée (PAG).
- Décrire les résultats des examens paracliniques dans la PAG.
- Citer les différentes étiologies de la PAG.
- Enoncer le principe thérapeutique de PAG.

Plan

I. GENERALITES

1. Définition
2. Intérêt
3. Anatomie
4. physiopathologie

II. SIGNES

A. Type de description : péritonite aiguë généralisée par perforation d'ulcère à la phase sthénique.

1. Signes fonctionnels
2. Signes généraux
3. Signes physiques
4. Signes paracliniques
5. Evolution

B. Formes cliniques

1. formes étiologiques
2. formes évolutives

III. DIAGNOSTIC

1. Diagnostic positif
2. Diagnostic différentiel
3. Diagnostic étiologique

IV. TRAITEMENT

1. Buts
2. Moyens
3. Indications

CONCLUSION

GENERALITES

1. **Définition** : la péritonite aiguë généralisée est une inflammation aiguë diffuse de la séreuse péritonéale d'origine chimique ou bactériologique.

2. Intérêt

Epidémiologie : pathologie fréquente dans nos régions.

Diagnostic clinique ; les examens paracliniques recherchent une orientation diagnostique.

Traitement exclusivement chirurgical encadré d'une réanimation pré et post opératoire.

Pronostic : en dehors d'un traitement rapide et efficace ; l'évolution se fait vers des complications pouvant engager le pronostic vital.

3. Anatomie

Le péritoine est une membrane séreuse de 3 mm d'épaisseur ; vascularisé et innervé.

Son feuillet viscéral enveloppe en partie ou en totalité tous les viscères digestifs. Son feuillet pariétal tapisse les parois de la cavité abdominale. Entre les 2 feuillets il existe une cavité virtuelle : la cavité péritonéale.

Le péritoine sécrète un liquide riche en protéines qui a 2 fonctions : favoriser le glissement des organes les uns sur les autres, et une fonction anti infectieuse, anti inflammatoire.

4. Physiopathologie

Deux situations sont possibles :

Péritonite chimique par agression du péritoine par un liquide digestif non encore infecté. C'est le cas des perforations gastro-duodénale et biliaire aux stades précoces.

Péritonite septique, soit d'emblée, avec la présence de bactéries dans la cavité péritonéale soit secondaires dans les péritonites chimiques infectées dans un second temps.

Dans tous les cas le péritoine produit un liquide séro-fibrineux qui forme des fausses membranes et tente de cloisonner les foyers infectieux en faisant coller les différents viscères entre eux entraînant un iléus. Il y'aura un afflux de PNN et de macrophages dans la cavité péritonéale.

La constitution du 3ème secteur et la résorption des bactéries par le péritoine seront à l'origine de la défaillance multi viscérale.

V. SIGNES

A. **Type de description : péritonite aiguë généralisée à la phase sthénique sans préjuger de l'étiologie**

1. Signes fonctionnels

Douleurs abdominales, intenses, brutales, diffuses à tout l'abdomen, avec parfois un siège initial orientant le diagnostic étiologique.

Vomissements : fréquents, souvent abondants, alimentaires puis bilieux, précédés de nausées.

Troubles du transit à type d'arrêt des matières et des gaz pouvant être précédé d'émissions de selles diarrhéiques.

2. Signes généraux

Fièvre elle peut être immédiate ou secondaire, elle s'accompagne en règle d'une tachycardie. Le faciès est altéré et la langue chargée.

3. Signes physiques

Inspection

Le ventre est rétracté, avec une saillie des muscles grands droits de l'abdomen. La respiration abdominale est faible voire absente.

Palpation

Technique d'examen : le patient est en décubitus dorsal le bras le long du corps, genoux légèrement fléchis. Le médecin se place à droite du malade les deux mains à plat sur le ventre. La palpation commence par les zones les moins douloureuses spontanément.

Résultats : la contracture abdominale est le maître symptôme, elle est généralisée, douloureuse, rigide, tonique, permanente, invincible réalisant le **ventre de bois**. La palpation unidigitale de l'ombilic réveille une douleur intense (**Cri de l'ombilic**).

Le toucher rectal retrouve douleur provoquée du cul de sac de Douglas (**Cri du Douglas**)

4. Signes paracliniques

Biologie : nous avons un **syndrome inflammatoire biologique non spécifique** avec hyperleucocytoses à polynucléaires neutrophiles. Augmentation de la CRP et de la fibrinémie, accélération de la VS.

Imagerie

- **La radiographie de l'abdomen sans préparation** montre une grisaille diffuse, des NHA, un pneumopéritoine.
- **Echographie et le scanner** retrouvent des signes d'un épanchement péritonéal.

5. Evolution

Eléments de surveillance : constantes, examen physique, biologie.

Modalités évolutives : avec un diagnostic et un traitement adapté, le pronostic est généralement favorable. Cependant des complications sont possibles avec défaillance multi viscérale pouvant engager le pronostic vital.

B. Formes cliniques

1. formes évolutives

La péritonite asthénique : c'est l'évolution ultime de la péritonite avec des signes occlusifs au premier plan on parle de péritonite occlusive.

La douleur abdominale devient plus sourde, les vomissements sont fréquents fécaloïdes ; l'arrêt des matières et des gaz est net. Il existe une fièvre à 39, 40 degrés accompagnée d'une déshydratation et d'une insuffisance rénale aigue.

2. formes symptomatiques

Formes toxiques : leur évolution est rapide avec des signes généraux très alarmants au premier plan : fièvre à 40 degrés, état de choc. Leur pronostic est péjoratif.

Formes abâtardies : par une antibiothérapie, la température peut être normale mais le pouls reste accéléré. L'examen clinique retrouve tout au plus une défense abdominale d'où l'importance du scanner qui retrouve une collection péritonéale épaisse avec parfois des NHA.

VI. DIAGNOSTIC

1. Diagnostic positif

Le diagnostic positif de la péritonite aigue généralisée repose sur :

Syndrome péritonéal avec douleur abdominale, vomissements et arrêt du transit dans un contexte de fièvre;

Imagerie : épanchement péritonéal, NHA, pneumopéritoine.

2. Diagnostic différentiel

Affections médicales

Colique hépatique ;

Colique néphrétique ;

Infarctus du myocarde ;

Pneumopathies aigues ;

Crise hyperalgique d'ulcère gastro-duodéal ;

Crise vaso-occlusive abdominale sur drépanocytose.

Affections chirurgicales : urgences chirurgicales de MONDOR.

Occlusion intestinale aigüe ;

Appendicite aigüe;

Pancréatite aigüe ;

Torsion kyste ovaire ;

Infarctus entéro-mésentérique ;

3. Diagnostic étiologique

Péritonites primaires

Infection liquide d'ascite

Infection à staphylocoque sur cathéter de dialyse péritonéale

PAG spontanée à pneumocoque surtout chez l'enfant.

Péritonites secondaires

Perforation appendiculaire : Elle peut survenir d'emblée ou être secondaire à une crise d'appendicite aiguë.

La douleur débute à la fosse iliaque droite avant de se généraliser à tout l'abdomen. La fièvre est autour 38,5° - 39° C

Dans la fosse iliaque droite la contracture et la douleur provoquée sont maximum.

L'hyperleucocytose est constante à la numération.

Perforation d'ulcère gastroduodéal : Elle survient chez sujet ayant des antécédents d'ulcère connu ou non. Souvent à l'occasion d'une prise d'anti-inflammatoire ou d'un jeun prolongé.

La douleur débute à l'épigastre survient brutalement en coup de poignard, puis se diffuse à tout l'abdomen.

La température est normale au début, la fièvre apparaît dans les heures qui suivent 38- 38,5° C. La contracture est prédominante à l'épigastre. La percussion pratiquée chez le malade en position demi-assise retrouve une disparition de la matité pré-hépatique (signe de pneumopéritoine).

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) faite debout de face montre un croissant gazeux inter-hépto-diaphragmatique. Le scanner montre la présence d'air en dehors des structures digestives.

Perforation vésiculaire : Elle survient au décours d'une cholécystite aiguë (par diffusion ou par perforation vésiculaire.)

La douleur initiale se situe à l'hypochondre droit, avec irradiation en bretelle vers l'épaule droit. La contracture abdominale est prédominante à l'hypochondre droit.

Perforation colique sur diverticulite ou sur tumeur : C'est la perforation d'une sigmoïdite diverticulaire. Maladie rare en Afrique mais fréquente en Europe. La douleur débute à la fosse iliaque gauche, et la contracture y est plus marquée.

Péritonite d'origine génitale

Elle est secondaire à une infection génitale salpingite, un pyosalpinx ou la diffusion d'une pelvipéritonite.

La douleur abdominale est hypogastrique au début, la température est 39°-40 °C.

La contracture prédomine à l'hypogastre. Le toucher vaginal retrouve des leucorrhées fétides.

Diffusion d'abcès intra abdominal : foie ; ovaire, rate.

Autres causes

- **Péritonite par perforation** d'organe creux dans les traumatismes abdominaux
Il peut s'agir d'une contusion abdominale ou d'une plaie pénétrante de l'abdomen.
- **Péritonite par perforation intestinale typhique.**
- **Perforation intestinale de la maladie de Crohn.**

VII. TRAITEMENT

1. Buts

- Arrêter la contamination péritonéale ;
- Eliminer la cause de la contamination ;
- Prévenir les complications.

2. Moyens

Médicaux :

Réanimation : règle de 4 tuyaux.

Antalgiques pallier I et II.

Antibiotiques à large spectre dans un premier temps puis adapté sur l'antibiogramme.

Chirurgicaux

Voie d'abord : laparotomie médiane xypho-pubienne.

Exploration complète de la cavité péritonéale à la recherche de l'étiologie.

Gestes chirurgicaux : aspiration et prélèvement de liquide péritonéal, geste chirurgical spécifique,

Toilette péritonéale abondante au sérum salé tiède ; drainage de la cavité péritonéale.

3. Indications

Dans tous les cas de figure ; réanimation ; antalgiques et antibiotiques, amines vaso pressives si état de choc

Chirurgie : geste spécifique à la lésion causale, aspiration et prélèvement liquide péritonéal, toilette péritonéale avec drainage de la cavité péritonéale.

4. Résultats

Evolution favorable avec traitement adéquat, précoce et bien conduit.

Complications possibles précoces : complications de décubitus, péritonite post opératoire, suppuration pariétale, éviscération, abcès sous phrénique.

Complications tardives : occlusion sur brides, éventration.

CONCLUSION

La péritonite aigue généralisée est une urgence médico-chirurgicale fréquente. Son diagnostic est essentiellement clinique, son traitement est exclusivement chirurgical. Un diagnostic précoce et un traitement adéquat permettent d'améliorer le pronostic.

