

LES PÉRITONITES AIGUËS GÉNÉRALISÉES

Signes, diagnostic et traitement

Pr AO Touré
M1 Médecine
Année 2021-2022

OBJECTIFS

- 1. Définir la péritonite aiguë généralisée (PAG)**
- 2. Décrire la technique et les résultats de l'examen abdominal dans la PAG**
- 3. Citer les éléments cliniques et radiologiques faisant évoquer une PAG par perforation d'ulcère duodénal**
- 4. Citer au moins 4 étiologies de PAG**
- 5. Énoncer les principes du traitement des PAG**

PLAN

I. Généralités

1. définition
2. intérêt
3. rappels

II. Signes

1. TDD: PAG /perforation d'ulcère duodéal à la phase sthénique
2. Formes cliniques

III. Diagnostic

1. Positif
2. Différentiel
3. étiologique

IV. Traitement

1. But
2. Moyens et méthodes
3. Indications
4. Résultats

Conclusion

GÉNÉRALITÉS

DÉFINITION

- Inflammation aiguë de la séreuse péritonéale par une agression chimique ou infectieuse

DÉFINITION

Péritonite primitive	Spontanée de l'enfant Bactérienne spontanée du cirrhotique Tuberculeuse Cathéter de dialyse péritonéale
Péritonite secondaire	Perforation intrapéritonéale : – perforation gastro-intestinale – nécrose de paroi intestinale – pelvipéritonite Postopératoire : – lâchage d'anastomose – lâchage de suture – lâchage de moignon – iatrogénie : perforation perendoscopique, radiologie interventionnelle Post-traumatique : – traumatisme fermé – traumatisme par plaie pénétrante
Péritonite tertiaire	Évolution péjorative d'une péritonite secondaire

DÉFINITION

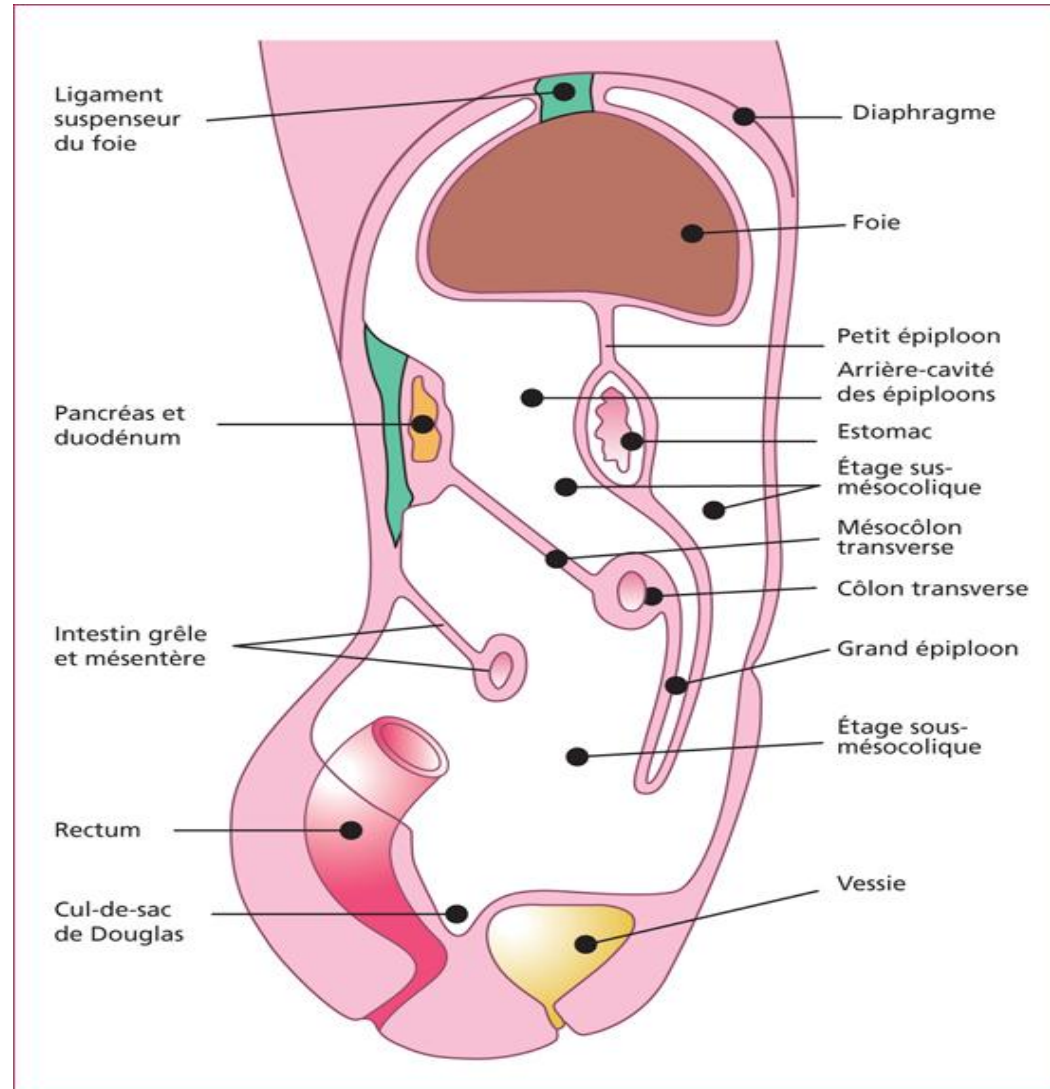
Péritonite primitive	Spontanée de l'enfant Bactérienne spontanée du cirrhotique Tuberculeuse Cathéter de dialyse péritonéale
Péritonite secondaire	Perforation intrapéritonéale : <ul style="list-style-type: none">– perforation gastro-intestinale– nécrose de paroi intestinale– pelvipéritonite Postopératoire : <ul style="list-style-type: none">– lâchage d'anastomose– lâchage de suture– lâchage de moignon– iatrogénie : perforation perendoscopique, radiologie interventionnelle Post-traumatique : <ul style="list-style-type: none">– traumatisme fermé– traumatisme par plaie pénétrante
Péritonite tertiaire	Évolution péjorative d'une péritonite secondaire



INTÉRÊT

- Urgence médico-chirurgicale représentant environ 12,7% des urgences chirurgicales sur une année à l'hôpital Le Dantec.
- Diagnostic essentiellement clinique
- Étiologies multiples
- Traitement chirurgical entouré par une réanimation

RAPPELS ANATOMIQUES



Haut

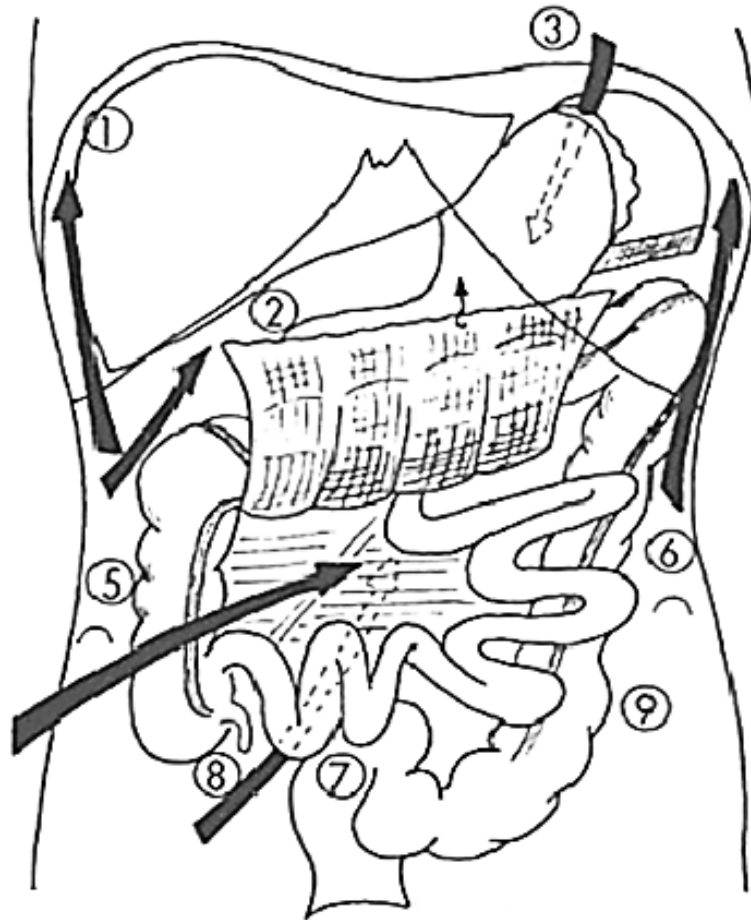


Avant

Coupe sagittale de la cavité péritonéale

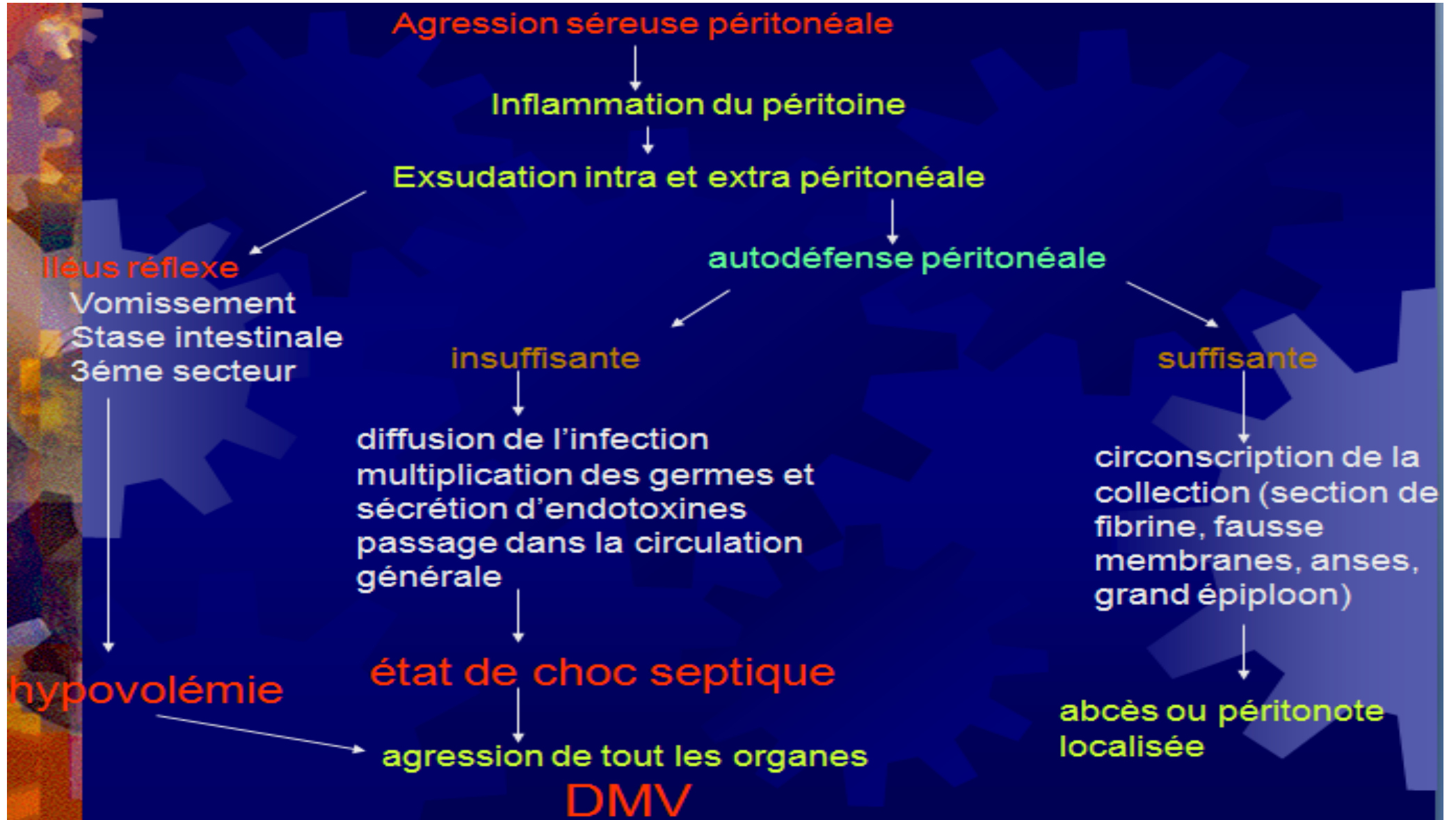
RAPPELS PHYSIOLOGIQUES

Rôle de maintien des organes et de lubrifiant



- ④
1. Loge sous-phrénique droite
 2. Loge sus-hépatique
 3. Bourse omentale
 4. Loge sous-phrénique gauche
 5. Gouttière pariéto-colique droite
 6. Gouttière pariéto-colique gauche
 7. Cul-de-sac recto-génital
 8. Fosse iliaque droite
 9. Fosse iliaque gauche

RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES



TYPE DE DESCRIPTION: PAG PAR PERFORATION D'ULCÈRE BULBAIRE
À LA PHASE STHÉNIQUE

SIGNES

SIGNES FONCTIONNELS

- Douleur:
 - brutale,
 - intense, en « coup-de-poignard »,
 - Siège épigastrique puis diffus
- Nausées puis vomissements abondants répétés; alimentaires puis bilieux
- Troubles du transit: constipation ou arrêt des matières et gaz

SIGNES GÉNÉRAUX

- Température normale ou fébricule,
- Légère tachycardie
- Autres constantes normales
- Facies angoissé

SIGNES PHYSIQUES (1)

TECHNIQUE DE MONDOR:

- patient dévêtu jusqu'à la ceinture,
- allongé en décubitus dorsal sur un plan dur,
- les bras le long du corps et
- les jambes semi-fléchies,
- dans une salle calme et bien éclairée,
- l'examineur est à la droite du patient.

SIGNES PHYSIQUES (2)

- **INSPECTION :**
 - Immobilité respiratoire de l'abdomen
 - Saillie des muscles grands droits chez les sujets maigres

SIGNES PHYSIQUES (3)

- **PALPATION** : avec des mains réchauffées par friction et posées à plat sur l'abdomen en débutant par les zones supposées moins douloureuses
 - **Contracture (maître-symptôme)** qui est une tension musculaire tonique , rigide, involontaire, douloureuse, invincibles et permanente réalisant au maximum un « ventre de bois » ;
 - Parfois : hyperesthésie cutanée et disparition des réflexes cutané-abdominaux.
 - Palpation unidigitale de l'ombilic déclenche une douleur = « cri de l'ombilic »

SIGNES PHYSIQUES (4)

- **PERCUSSION :**
 - Disparition de la matité pré-hépatique
- **TOUCHERS PELVIENS :**
 - Bombement du cul-de- sac de Douglas
 - Douleur provoquée (« cri du Douglas »)
- **EXAMEN DE TOUS LES APPAREILS**

SIGNES PHYSIQUES (5)

AU total: SYNDROME D'IRRITATION PÉRITONÉAL

- Contracture
- Cri de l'ombilic
- Cri du Douglas

IMAGERIE (1)

Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

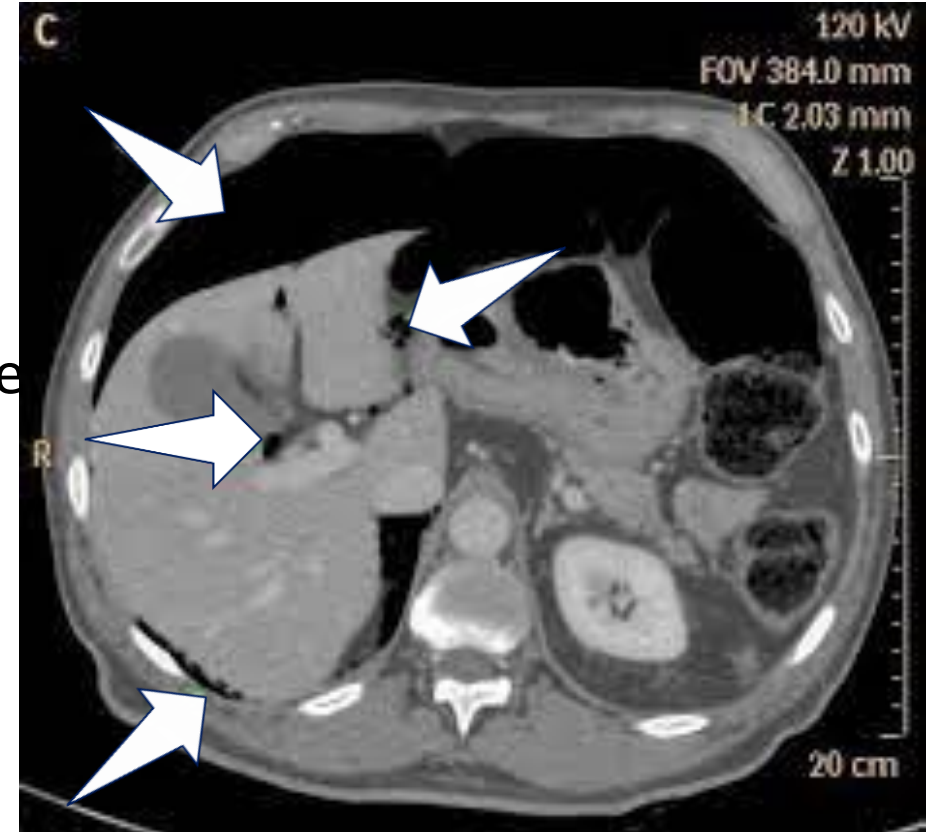
- **Pneumopéritoine:** croissant gazeux inter-hépatodiaphragmatique ou bilatéral
- **Épanchement:** Grisaille diffuse et effacement de l'ombre des psoas



IMAGERIE (2)

Scanner abdominal injecté

- Seulement en cas de doute
- Pneumopéritoine de faible abondance +++
- Épanchement en inter-anses et dans zones déclives
- Parfois solution de continuité duodénale



BIOLOGIE

- **Syndrome inflammatoire non spécifique:**
 - Hyperleucocytose $> 10000/\text{mm}^3$ à prédominance neutrophile
 - CRP > 6 mg/litre

ÉVOLUTION

- Éléments de surveillance:
 - Constantes
 - Examen physique
 - Biologie: NFS, TP, Ionogramme, Urée-créatinine sanguines
- Modalités
 - Favorable sous traitement
 - Sinon évolution vers phase asthénique et ses complications

FORMES CLINIQUES

FORME ASTHÉNIQUE

- Douleur plus atténuée ;
- Signes de collapsus et état de choc : TA basse <90/60 mm Hg, pouls rapide et imprenable, froideur des extrémités ;
- Fièvre >39° et frissons ;
- La contracture est remplacée par une défense et un météorisme , cri de l'ombilic et du Douglas toujours présents
- À la biologie :
 - Hyperleucocytose plus marquée
 - Insuffisance rénale (créatinine et urée élevées) d'abord fonctionnelle puis organique ;
 - Troubles ioniques: hyponatrémie, hypokaliémie
 - Acidose métabolique.

DIAGNOSTIC

**DIAGNOSTIC
POSITIF**

DIAGNOSTIC POSITIF

Essentiellement clinique avec :

- **Syndrome d'irritation péritonéale +++**
- **Signes d'épanchement liquidien à l'imagerie.**

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Crise hyperalgique d'ulcère
Pas d'irritation péritonéale
FOGD

**PATHOLOGIES
MÉDICALES**

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

**PATHOLOGIES
MÉDICALES**

Crise hyperalgique d'ulcère
Pas d'irritation péritonéale
FOGD

Pneumopathie infectieuse
(SARS- Cov 2+++)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

**PATHOLOGIES
MÉDICALES**

Crise hyperalgique d'ulcère
Pas d'irritation péritonéale
FOGD

Pneumopathie infectieuse
(SARS- Cov 2+++)

Infarctus du myocarde (ECG+++,
dosage troponine)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

**PATHOLOGIES
MÉDICALES**

Crise hyperalgique d'ulcère
Pas d'irritation péritonéale
FOGD

Pneumopathie infectieuse
(SARS- Cov 2+++)

Infarctus du myocarde (ECG+++,
dosage troponine)

Colique néphrétique
Uro-scanner

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

**PATHOLOGIES
CHIRURGICALES**

Pancréatite aiguë

(Douleur épigastrique transfixiante,
Lipasémie > 3N, scanner)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

PATHOLOGIES CHIRURGICALES

Pancréatite aiguë

(Douleur épigastrique transfixiante,
Lipasémie > 3N, scanner)

Occlusion intestinale aiguë (syndrome
occlusif, Niveaux hydro aériques et
étiologie à l'imagerie)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

PATHOLOGIES CHIRURGICALES

Pancréatite aiguë

(Douleur épigastrique transfixiante,
Lipasémie > 3N, scanner)

Occlusion intestinale aiguë (syndrome
occlusif, Niveaux hydro aériques et
étiologie à l'imagerie)

Infarctus mésentérique

(angioscanner : niveau de l'occlusion
vasculaire et signes de souffrance
intestinale)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

PATHOLOGIES CHIRURGICALES

Pancréatite aiguë

(Douleur épigastrique transfixiante,
Lipasémie > 3N, scanner)

Occlusion intestinale aiguë (syndrome
occlusif, Niveaux hydro aériques et
étiologie à l'imagerie)

Infarctus mésentérique

(angioscanner : niveau de l'occlusion
vasculaire et signes de souffrance
intestinale)

Grossesse extra-utérine

(douleur fosse iliaque violente sur
aménorrhée et métrorragies noirâtres)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

PATHOLOGIES CHIRURGICALES

Pancréatite aiguë

(Douleur épigastrique transfixiante, Lipasémie > 3N, scanner)

Occlusion intestinale aiguë (syndrome occlusif, Niveaux hydro aériques et étiologie à l'imagerie)

Infarctus mésentérique

(angioscanner : niveau de l'occlusion vasculaire et signes de souffrance intestinale)

Grossesse extra-utérine

(douleur fosse iliaque violente sur aménorrhée et métrorragies noirâtres)

Torsion d'annexe

(douleur fosse iliaque violente, imagerie: masse annexielle tordue autour pédicule)

**DIAGNOSTIC
ÉTIOLOGIQUE**

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Enquête étiologique

- **Interrogatoire** : antécédents, notion de prise médicamenteuse, point de départ de la douleur,
- **Examen physique**
- **Imagerie**

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Étiologies (1)

PERFORATION D'ULCÈRE DUODÉNAL OU GASTRIQUE

- Antécédents d'ulcère ou d'épigastalgies, prise d'AINS, acide acétyl salicylique ou corticoïdes
- Douleur épigastrique
- Disparition matité pré-hépatique
- ASP/ TDM: pneumopéritoine

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Étiologies (2)

PÉRITONITE APPENDICULAIRE

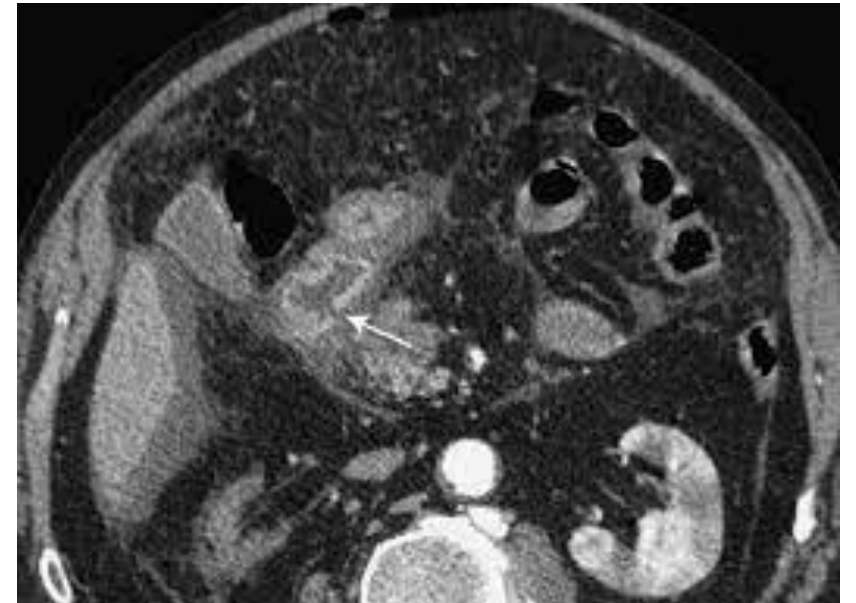
- Signes débutant à la fosse iliaque droite
- Imagerie : épaissement de l'appendice

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Étiologies (3)

PAG/ PERFORATION INTESTINALE

- Signes siégeant au niveau de la région ombilical
- Pneumopéritoine à l'imagerie



DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Étiologies (4)

PAG BILIAIRE

- Point de départ à l'hypochondre droit avec signes de cholécystite puis diffusion à tout l'abdomen
- Diagnostic à l'imagerie

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Étiologies (5)

PAG D'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

- Rechercher des troubles des règles, des leucorrhées
- Douleur d'origine pelvienne ;
- Imagerie : point de départ au niveau gynécologique (abcès tubo-ovarien)

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Étiologies (6)

PAG D'ORIGINE TRAUMATIQUE

- Contusion ou plaie pénétrante +++
- Perforation, chute d'escarre après dévascularisation
- Voir zone d'impact avec ecchymose cutanée ou localisation plaie

TRAITEMENT

**TRAITEMENT
BUT**

BUT DU TRAITEMENT

- Préserver le pronostic vital ;
- Stériliser le foyer infectieux ;
- Prendre en charge l'étiologie ;

**TRAITEMENT
MOYENS ET MÉTHODES**

MOYENS ET MÉTHODES MÉDICAUX (1)

- **Réanimation :**
 - Voie veineuse pour remplissage avec solutés cristalloïdes (SSI, Ringer Lactate) à 40 ml/kg/24h et/ou colloïdes à 20 ml/kg/24h ;
 - sonde urinaire : (diurèse 0,5 -1 ml/kg/h)
 - sonde naso-gastrique
 - oxygénothérapie si nécessaire

MOYENS ET MÉTHODES MÉDICAUX

- **Antalgiques :**
 - Paracétamol 15mg/kg/ prise (x4 /24h) ;
 - Tramadol ou nefopam
 - Morphine
- **Antibiotiques à large spectre :**
 - Amoxicilline+ acide clavulanique : 1g x3/jour ;
 - Métronidazole : 500 mg x3/ jour
- **Transfusion** de produits sanguins si nécessaire.

MOYENS ET MÉTHODES CHIRURGICAUX (1)

- **Voies d'abord :**
 - laparotomie ou
 - laparoscopie ;

- **Exploration :**
 - permet de confirmer l'étiologie

MOYENS ET MÉTHODES CHIRURGICAUX (2)

- **Gestes :**
 - Aspiration de l'épanchement après prélèvement pour bactériologie
 - Toilette abondante au SSI chaud (8-10 litres)
 - Traitement de l'étiologie :
 - Appendicectomie
 - Suture d'ulcère
 - Cholécystectomie
 - Résection intestinale avec stomie (mise à la peau des segments intestinaux)...
 - Parfois drainage de la cavité

**TRAITEMENT
INDICATIONS**

INDICATIONS

- **Réanimation pré, per- et post-opératoire+++**
- **Antalgiques et antibiotiques**
- **Toujours traitement chirurgical** associant
 - une stérilisation du foyer infectieux (aspiration + toilette +/- drainage de la cavité) et
 - une prise en charge de l'étiologie

TRAITEMENT
RÉSULTATS

RÉSULTATS (1)

- **Surveillance étroite en post-opératoire :**
 - constantes,
 - examen physique répété,
 - pansement,
 - biologie standard,
 - imagerie

RÉSULTATS (2)

- **Complications précoces :**
 - **Complications infectieuses :**
 - Suppuration pariétale: 20,3% (Dieng et al, 2006, Dakar);
 - Éviscération septique: 4,8% (Dieng et al);
 - Péritonite post-opératoire par lâchage de sutures ou d'anastomose: 2,9% (Dieng et al) ;

RÉSULTATS (3)

- **Complications du décubitus :**
 - Troubles thrombo-emboliques (embolie pulmonaire, TVP des membres inférieurs) ;
 - Pneumopathie de décubitus ;
- **Complications des stomies: 1,4% (Dieng et al)**

RÉSULTATS (4)

- **Complications tardives :**
 - Événtration ;
 - Occlusion sur bride ou adhérence post-opératoire.

CONCLUSION

CONCLUSION

Urgence chirurgicale fréquente dont le diagnostic, essentiellement clinique ne doit souffrir d'aucun retard afin de préserver le pronostic vital