

# LES PERITONITES

## **I/ Définition**

Inflammation, localisée ou diffuse, aiguë ou chronique du péritoine ; origine primitive ou secondaire.

Péritoine :

- membrane dialysante semi perméable
- sécrétion de liquides à pouvoir bactéricide
- cloisonnement de la cavité péritonéale
- distribution intra- péritonéale des épanchements
- action du grand épiploon

On parle de péritonite **primitive** lorsqu'il n'y a pas de lésion intraabdominale responsable ; exemple : péritonite à pneumocoques, péritonite tuberculeuse.

On parle de péritonite **secondaire** lorsqu'il existe un foyer intraabdominal responsable de l'infection.

Le pronostic est grave et fonction de l'état général du patient, de l'étiologie et du délai de prise en charge thérapeutique.

## **II/ Péritonite primitive**

rare ; ascite infectée du cirrhotique ; IRC en dialyse péritonéale ; survient indépendamment de toute lésion viscérale ou de toute plaie pariétale transfixiante ; diagnostic difficile ; ttt médical +++ (antibiotiques)

## **III/ Péritonite secondaire**

à une lésion intra- abdominale par :

- diffusion septique
- perforation digestive (péritonites biochimique, bactérienne, mixte)

### 1. Diffusion septique

pas de perforation du tube digestif mais point de départ sur un foyer infectieux intra- abdominal : appendicite, salpingite, sigmoïdite, strangulation intestinale (nécrose), infection poly microbienne

### 2. Perforation

- péritonites biochimiques : perforation digestive haute (ulcère gastro-

duodéal, cancer gastrique, jéjunum) ; peu septique ; conséquence de la libération de produits corrosifs responsables d'une brûlure chimique ; évolution vers la surinfection

- péritonites bactériennes : par perforation digestive moyenne ou basse (iléon, colon, rectum) ; par rupture d'un abcès intra- abdominal ; très septique ; polymicrobienne
- péritonites mixtes : par diffusion et perforation digestive simultanée

#### IV/ Etiologies les plus fréquentes

La cause la plus fréquente des péritonites infectieuses généralisées est l'appendicite compliquée, puis viennent les perforations d'ulcères gastro-duodénaux vues tardivement, les sigmoïdites et les autres infections digestives ou gynécologiques.

#### V/ Examen clinique

Le diagnostic doit être évoqué cliniquement :

- anamnèse (antécédents médico- chirurgicaux, histoire des douleurs, prise de traitement récent comme des AINS, ...)
- signes fonctionnels : **douleurs** +++ (siège, intensité, mode d'installation)
- signes d'accompagnement (nausées / **vomissements, arrêt du transit** ou **diarrhée**)
- signes généraux : température variable, signes de choc (**polypnée, tachycardie**, ...)
- signes physiques : inspection (disparition de la respiration abdominale), palpation (**contracture abdominale** = ventre de bois ; signe pathognomonique ; contraction des muscles de la paroi abdominale douloureuse / invincible / permanente),
- **TR = douloureux au cul de Sac de Douglas** +++

#### VI/ Examens paracliniques

- biologie en urgence : NFS (**hyperleucocytose**), ionogramme (**déshydratation**)
- imagerie en urgence : ASP debout de face (recherche de **pneumopéritoine** qui signe une perforation digestive) / TDM abdomino- pelvien (permet de voir si pneumopéritoine et d'identifier la cause de la péritonite)

#### VII/ Traitement

URGENCE CHIRURGICALE ; hospitalisation en chirurgie.

*Conditionnement du patient* : VVP +/- VVC, prélèvements sanguins et hémocultures <sup>+++</sup>, ECBU, sonde gastrique en aspiration douce, sonde urinaire, monitoring ECG, TA, saturation en O<sub>2</sub>.

Retranscription chronologique des éléments cliniques et paracliniques.

*Traitement médical* = lutte contre l'infection et ses conséquences (défaillance viscérale) ; doit toujours être associé au traitement de la cause.

Antibiothérapie probabiliste contre les germes aérobies et anaérobies, débutée précocement, par voie IV, d'une durée de 7 à 10 jours.

*Traitement des éventuelles défaillances viscérales* :

- circulatoire (hypovolémie, choc septique / remplissage rapide, drogues vasoactives)
- rénale (diurétiques, épuration extra-rénale (dialyse))
- respiratoire
- hépatique

*Prévention des complications* :

- nutrition parentérale totale relayée par une hyperalimentation entérale dès la reprise du transit
- prévention des ulcères de stress gastrique
- prévention de la thrombophlébite : HBPM, mobilisation, bas de contention

*Chirurgie* =

- voie d'abord : laparotomie, coelioscopie
- exploration complète
- prélèvements bactériologiques du liquide trouvé dans l'abdomen
- éliminer la cause de la péritonite (appendicectomie, colectomie, suture d'ulcère, gastrectomie, résection de grêle)
- jamais de suture sur le grêle et le colon en milieu septique, donc réalisation de stomie
- toilette péritonéale (lavage abondant de la cavité péritonéale au sérum physiologique tiède, associé ou non à un antiseptique) et ablation des fausses membranes
- drainage par drain, Redon, ...