



Item352-Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une péritonite aiguë. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- HAS 09 - CC Prise en charge des péritonites communautaires / SFAR / 2000 (actualisé en 2010) - Polycopié national: item 275	- Prise médicamenteuse (AINS / AC) - Signes de gravité (SFAR, 4) - TDM abdomino-pelvienne hors SdG - Fièvre postop: abcès sous-phrénique - HDR / mise à jeun / Cs anesthésie - Augmentin + Gentamicine IV 7-10J - Chirurgie: plts / étio / toilette / drains - [T ° / transit / cicatrice / TE / drains]	- TR / orifices herniaires - Contracture = péritonite - AUCUN ex. ne doit retarder - Hémocultures / bilan CIVD - Envoi en anapath si pièce

Généralités

Définition

- Péritonite aiguë (PA) = inflammation aiguë du péritoine (infectieuse ou non)

Physiopathologie

- Perforation d'un organe creux = passage des bactéries digestives (BGN et entéroB)
- Epanchement purulent dans cavité péritonéale = irritation péritonéale +/- généralisée
- Passage de liquide péritonéal dans circulation (via canal thoracique): bactériémie +++

Classification étiologique des péritonites d'origine infectieuse (Hambourg)

Péritonite primitive

- = infection spontanée du péritoine sans lésion ou effraction
- PA d'origine hématogène: donc monobactérienne en général
- Germes: pneumocoque / BK / E. Coli (infection du liquide d'ascite)

Etiologies

- PA sur infection d'ascite chez le cirrhotique
- PA au cours d'une dialyse péritonéale

Péritonite secondaire (+++)

- = PA secondaire à la perforation d'un organe creux (tube digestif ++)
- Germes: digestifs = BGN et entérobactéries (PA polymicrobienne)

Etiologies

- **Appendicite aiguë perforée** (étiologie la plus fréquente de PA)
- **Ulcère gastrique / duodénal perforé**
- Perforation colique
 - **Diverticulite sigmoïdienne perforée** (Hinchey III-IV)
 - **Cancer colorectal**: tumeur perforée (gauche ++) / Perforation diastatique du caecum
- **Perforation iléale / jéjunale**: maladie de Crohn / infarctus mésentérique / tumeur
- **Biliaire**: perforation d'une cholécystite gangréneuse
- **Origine gynécologique**: pyosalpinx/ endométrite / iatrogène
- **Post-opératoire**: sur lâchage d'anastomose ou moignon (rare !)
- **Post-traumatique**: plaie pénétrante abdominale / trauma fermé à haute cinétique (grêle ++)

Péritonite tertiaire

- = PA devenue chronique malgré un traitement bien conduit (M > 30%)
- **Etiologies**
 - Sur défaillance multi-viscérale ++
 - Sur infection intra-abdominale persistante

Diagnostic

Examen clinique

- !! Tableau souvent moins franc: surtout si sujet âgé ou immuno-déprimé
- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** ATCD: UGD / diverticulose / appendicectomie
 - **Prises médicamenteuses:** AINS +++ / aspirine-AVK / toxiques
 - **Anamnèse:** !! heure du dernier repas / circonstances de survenue
 - **Signes fonctionnels**
 - **Douleur abdominale:** localisée puis rapidement généralisée
 - **Signes associés:** **fièvre** élevée (!! sauf vieux) / signes digestifs / iléus réflexe
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes:** température / PA / FC / FR / SpO2
 - **Examen abdominal**
 - **Signes péritonéaux (« syndrome péritonéal »)**
 - **Défense** généralisée puis **contracture:** pathognomonique (**A savoir !**)
 - Touchers pelviens: TR/TV : cri de **Douglas** = épanchement
 - NPO palpation des orifices herniaires systématique (**A savoir !**)
 - **Rechercher des signes de gravité**
 - Déshydratation (DEC par 3ème secteur): tachycardie / hypoTA
 - **Sepsis** sévère / **choc:** collapsus / oligurie / marbrures (cf **Septicémie/Bactériémie/Fongémie de l'adulte et de l'enfant.**)

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - !! **AUCUN:** le diagnostic est clinique et c'est une urgence thérapeutique
 - → PA évidente (= contracture): AUCUN examen ne doit retarder le traitement (**A savoir !**)
- **Pour diagnostic étiologique**
 - **Hémocultures:** systématiques et en urgence pour bactériémie (**A savoir !**)
 - **TDM abdomino-pelviennne ++:** en pratique fait si patient hémodynamiquement stable (sinon bloc)
 - Eventuellement:
 - ASP (debout + coupoles) **non indiqué (HAS 09)** : NHA sur iléus / pneumopéritoine / « grisaille diffuse »
 - **Echographie abdo-pelviennne:** évalue appendice / VB / organes gynéco
 - **Lipase:** pour éliminer une pancréatite aiguë devant une suspicion clinique
- **Pour évaluation du retentissement**
 - **NFS-CRP:** hyperleucocytose neutrophile / Sd inflammatoire
 - **Iono-urée-créatinine:** recherche IRA (fonctionnelle)
 - **Hémostase:** TP et plaquettes pour rechercher une CIVD
 - **GDS-lactate:** surtout si insuffisance respiratoire ou tare chronique
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan pré-opératoire:** Gpe-Rh-RAI / ECG-RTx / Cs anesthésie

Formes cliniques particulières

- **Particularités selon l'étiologie**
 - PA sur appendicite: pas de pneumopéritoine / pas d'examen nécessaire
 - PA sur ulcère perforé: pas de fièvre au début / !! EOGD contre-indiquée
 - PA sur diverticulite: gravité car souvent stercorale / pneumopéritoine ++
- **Péritonite post-opératoire**
 - Compliquée ~ 2% des chirurgies digestives / typiquement J5-J7 postop
 - Signes peu spécifiques (et fréquents en postop): **TDM abdominale** au moindre doute
- **Péritonite localisée = sur un abcès**
 - **Abcès sus-mésocolique**
 - **Etiologies** = foie / rate / pancréas / estomac
 - **Clinique** = hoquet / dyspnée / épanchement pleural réactionnel
 - **Abcès sous-mésocolique**
 - **Etiologies** = grêle / appendicite / diverticulite / pelvis
 - **Clinique** = TR douloureux / pollakiurie / dysurie / ténésme
 - **TDM abdo-pelviennne:** visualise l'abcès
 - hypodensité ne prenant pas le contraste

- entourée par coque périphérique se rehaussant
 - +/- bulles de gaz au centre (= germes anaérobies)
 - **Péritonite asthénique**
 - Sujets âgés +++ / immunodéprimés / cirrhotiques / dénutrition
 - !! **contracture absente** mais signes généraux grave / pronostic sévère
- Signes de gravité d'une péritonite (Prise en charge des péritonites communautaires / SFAR / 2000 (actualisé en 2010))
- **Terrain +++** : âge / CoM / ID / dénutrition / tare chronique
 - **Type de PA**: péritonite stercorale (sur colectasie ++) ou traumatique
 - **Sepsis**: bactériémie à E. Coli ou anaérobies / choc septique
 - **Prise en charge**: tardive / ABT initiale non adaptée

Complications

Choc +++ (cf. [Septicémie/Bactériémie/Fongémie de l'adulte et de l'enfant.](#)) : mixte ++

- Choc **hypovolémique** sur 3ème secteur
- Choc **septique** sur sepsis bactérien à point de départ digestif

En post-opératoire

- **Abcès sous-phrénique**: sur défaut de toilette péritonéale ou de drainage +++
- A évoquer devant tout hoquet / surélévation d'une coupole / fièvre persistante
- → CAT = ABT adaptés aux prélèvements et **drainage** (sous TDM ou chirurgie)

Autres complications

- Emboles septiques à distance (rein / foie / cerveau)
- Pyléphlébite = thrombose septique de la veine porte
- Abcès de paroi / éventration: sur PA post-opératoire

Traitement

Mise en condition

- Hospitalisation / en urgence / en chirurgie digestive / REA si SdG
- Maintenir patient à **jeun** / bilan préop / repos strict au lit / pose VVP
- !! Si enfant: NPO accord parental écrit (**A savoir !**)

Traitement symptomatique

- Si choc: remplissage / catécholamine / ventilation en urgence (cf [État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique \(voir item 154\), cardiogénique, anaphylactique.](#))
- Réhydratation et rééquilibration hydroélectrolytique: NaCl 9‰ IVL
- Antalgique-antipyrétique: paracétamol IV +/- antispasmodique
- Si vomissements: anti-émétique (métoclopramide) +/- SNG en aspiration
- !! si suspicion de perforation d'UGD: IPP double dose IV

Traitement médicamenteux = antibiothérapie

- En urgence / probabiliste / parentérale / secondairement adaptée à l'ABG
- !! active contre germes digestifs: BGN et anaérobies (le seul mot-clé ++)
- **Si PA communautaire**
 - Augmentin® + gentamicine (arrêt J3) pendant **≥ 7J** (10J chez l'enfant)
 - Alternative (++): tri-ABT = [C3G + métronidazole + gentamicine] en IV
- **Si PA nosocomiale**
 - Tazocilline® (pipéracilline + tazobactam) + amikacine (arrêt J5)

Traitement étiologique = chirurgical +++

- !! Toujours les mêmes étapes dans toute chirurgie digestive
- **Voie d'abord: laparotomie** (sauf appendicite ou UGD sans SdG = coelioscopie)
- **Exploration**: bilan lésionnel: viabilité des organes / **prélèvements** pour bactériologie
- **Geste selon étiologie**: appendicectomie / suture d'UGD / sigmoïdectomie, etc.
- **Anapath**: NPO envoi de la pièce opératoire (s'il y en a une) (**A savoir !**)
 - nb: toujours biopsier un UG perforé: cancer gastrique sous-jacent ?
- **Lavage: toilette péritonéale** soigneuse et abondante (sinon abcès postop +++)
- **Drainage / fermeture** (+/- sur stomie puis rétablissement à distance)

Mesures associées

- !! Accord parental écrit si le patient est mineur
- P° C° de décubitus: [HBPM / bas de contention / lever précoce]
- P° de l'ulcère de stress: IPP PO
- Eradication d'HP en post-op si UGD perforé

Surveillance

- !! Toujours la même en chirurgie digestive
- **Clinique:** [fièvre / **transit** / cicatrice / drains / mollets]
- **Paraclinique:** plaquettes pour HBPM / NFS-CRP

Synthèse pour questions fermées

Chef de garde en chirurgie digestive vous recevez un appel de votre interne qui vous présente le cas d'un jeune patient de 20 ans qu'il a vu il y a 2h aux urgences pour une suspicion de péritonite appendiculaire, il s'étonne de l'absence de pneumopéritoine sur l'ASP. Quels sont les 3 reproches que vous lui faites ?

- De ne pas l'avoir appelé plus tôt : une péritonite est une indication à la chirurgie sans délais !
- En l'absence de choc un examen radiologique pouvait être réalisé mais pas un ASP (HAS 09) ==> TDM en 1ère intention
- Il n'y a pas de pneumopéritoine dans la péritonite appendiculaire

2 raisons pour lesquelles le diagnostic de péritonite est difficile chez un patient intubé-ventilé ?

- Patient curarisé ==> pas ou peu de contracture - Patient inconscient ==> ne se plaint pas de douleur abdominale