

LM2 Janvier 2012

Séméiologie chirurgicale: Les péritonites

Antonio IANNELLI

Service de Chirurgie Digestive et Transplantation Hépatique, Hôpital l'Archet 2, Centre Hospitalier Universitaire de Nice,
Pôle Digestif Université de Nice Sophia Antipolis
Unité INSERM U895



DEFINITION

DEFINITION :

Inflammation aigue de la totalité ou d'une partie de la séreuse péritonéale

sans qu'il n'y ait obligatoirement d'***infection***.

Le plus souvent secondaire à une infection (appendicite) ou ***agression chimique*** (acide gastrique = perforation d'ulcère).

ANATOMIE PHYSIOLOGIE

LE PERITOINE :

Membrane séreuse ***vascularisée et innervée*** comportant deux feuillets :

Un feuillet ***viscéral*** enveloppant entièrement ou partiellement tous les organes digestifs.

Un feuillet ***pariétal*** tapissant les parois de la cavité abdominale.

Ces deux feuillets déterminent une cavité virtuelle :
la ***cavité abdominale*** et des replis péritonéaux (mésos, ligaments, épiploons et loges)

EXAMEN CLINIQUE

LE SYNDROME PERITONEAL :

SIGNES FONCTIONNELS:

Douleur abdominale constante, de siège variable, le siège et son maximum d'intensité ont une valeur localisatrice.

Elle peut être violente, brutale, diffuse à tout l'abdomen ou localisée

Vomissements inconstants

Arrêt du transit (les troubles du transit sont un avertissement pour le malade)

ANATOMIE PHYSIOLOGIE

LE PERITOINE :

Le péritoine secrète un **liquide** visqueux riche en protéines et en cellules leucocytaires facilitant :

Le **glissement** des organes les uns par rapport aux autres

Le **péristaltisme** intestinal

Une fonction anti **infectieuse**

Et surtout **résorbe** (jusqu'à 8% du poids corporel) le liquide et se comporte comme une membrane semi-perméable soumise aux lois de l'**osmose**.

Cette résorption est importante au niveau **sous diaphragmatique**.

LES CONSEQUENCES

- **LE PERITONE**

- perd son *impermeabilité*

- **exsude** (*épanchement*)

- **absorbe les toxines**

dirigés vers les organes nobles (foie, poumons, reins)

- **LE TUBE DIGESTIF:**

- se paralyse au contact du foyer infectieux

- **perd son péristaltisme**

(*iléus = 3ème secteur (4, 6 L/J)
déshydratation, aggravé par les vomissements*)

LE CERCLE VICIEUX :

Intestin : → iléus → Troisième secteur → hypo volémie et quelques fois défaillance circulatoire.

Dissémination des bactéries et des toxines → Aggravation de l'état général + choc septique.
Fragilisation des tissus.

Irritation des terminaisons nerveuses → Douleurs et contracture (paroi)

Conséquence à distance → défaillance poly-viscérale
Insuffisance respiratoire
Insuffisance rénale
Insuffisance hépatique

CLASSIFICATION

P. BIOCHIMIQUES

- **Origine haute** (ulcères DG, cholécystite gangrénée)
- **Peu septiques**
- **Très corrosives**
- **D'apparition brutale**

P. BACTERIENNES

- **Origine basse** (colique, génitale, ou abcès hépatique)
- **Très septiques**
- **Risque choc septique**
- **D'apparition +/- lente**

CLASSIFICATION

LES MECANISMES :

Les péritonites primaires pas de cause pas de cause intra
intraabdominale abdominale (péritonite spontanée du cirrhotique, péritonite
à pneumocoque, péritonite tuberculeuse)

Les péritonites secondaires le foyer responsable est intraabdominal.

- perforation du tube digestif
- foyer infectieux (appendicite, foyer infectieux (appendicite, cholécystite
salpyngite)

Les péritonites tertiaires Stade avancé de la péritonite; les signes
cliniques de péritonite et le sepsis persistent après le traitement d'une
péritonite secondaire; peu ou pas de germes isolés dans la cavité
péritonéale,

- Péritonite postopératoire

CLASSIFICATION

LES FORMES CLINIQUES du SYNDROME PERITONEAL :

Les péritonites asthéniques

Les péritonites postopératoires

Les péritonites localisées

Les abcès profonds

Les péritonites généralisées

EXAMEN CLINIQUE

LE SYNDROME PERITONEAL

SIGNES GENERAUX:

Fièvre : varie avec la virulence de l'infection

Altération de ***l'état général***

TA diminue

Etat de choc : tachycardie, marbrures, cyanose, oligurie (stade avancé).

EXAMEN CLINIQUE

LE SYNDROME PERITONEAL :

SIGNES PHYSIQUES:

Inspection :

Suppression de la respiration abdominale. Le malade tousse mal
Abdomen météorisé : péritonite évoluée. Contracture

Palpation : Contracture rigide, musculaire, permanente, invincible, et douloureuse. Défense localisée ou généralisée. La contracture et la défense peuvent être atténuée ou absente du fait d'une maladie sous jacente (diabète, traitements associés).

Toucher rectal : Douleur au bout de doigt contre la paroi antérieure du rectum.

EXAMEN CLINIQUE

LE DEFENSE

Contraction involontaire muscles de la paroi abdominale. Au début, la paroi se laisse déprimer et à partir d'une certaine profondeur, la dépression de la paroi par la main de l'examinateur déclenche une contraction musculaire fugace.

EXAMEN CLINIQUE

LES SIGNES D'IRRITATION PERITONEALE

- Douleur provoquée à la *palpation*
- Douleur à la *décompression*
- Douleur au *ressaut* (dos d'âne...)
- Douleur au passage en *procubitus*
- Douleur à la *toux*
- Défense localisée (contraction à la palpation, réflexe – cède)
- Défense généralisée
- Contracture (*Contraction avant palpation, permanente – invincible*)
- Douleur au *TR*

EXAMEN CLINIQUE

CONTRACTURE

- **Se voit**
- **Spontanée**
- **Permanente**
- **Permanente**

DEFENSE

- **Ne se voit pas**
- **Provoquée**
- **Uniquement à la palpation**
- **Localisée au point de la palpation**

Palpation: Douce, précautionneuse, mains posées bien à plat, réchauffées pour ne pas déclencher une contraction volontaire.

LA BIOLOGIE

LE SYNDROME PERITONEAL :

SIGNES BIOLOGIQUES:

Hémogramme : hyperleucocytose neutrophile

CRP

Phospholipase A : intérêt pour prédire la survenue d'une défaillance multi viscérale

Pro calcitonine : meilleur facteur pour le diagnostic et pronostic des péritonites.

Gaz du sang Acidose métabolique

Bilan hépatique, ionogramme sanguin insuffisance rénale, hépatique.

IMAGERIE

LE SYNDROME PERITONEAL :

RX poumons:

****Pneumopéritoine***

Condensation des bases pulmonaires

Épanchement pleural

ASP :

****Croissant gazeux sous diaphragmatique***

****Signes d'occlusion (NHA)***

Signes d'épanchement : grisaille

IMAGERIE

ASP

Face Debout

Croissant gazeux
sous-diaphragmatique

Face Couché

Espace de Morrison
Ligament Falciforme

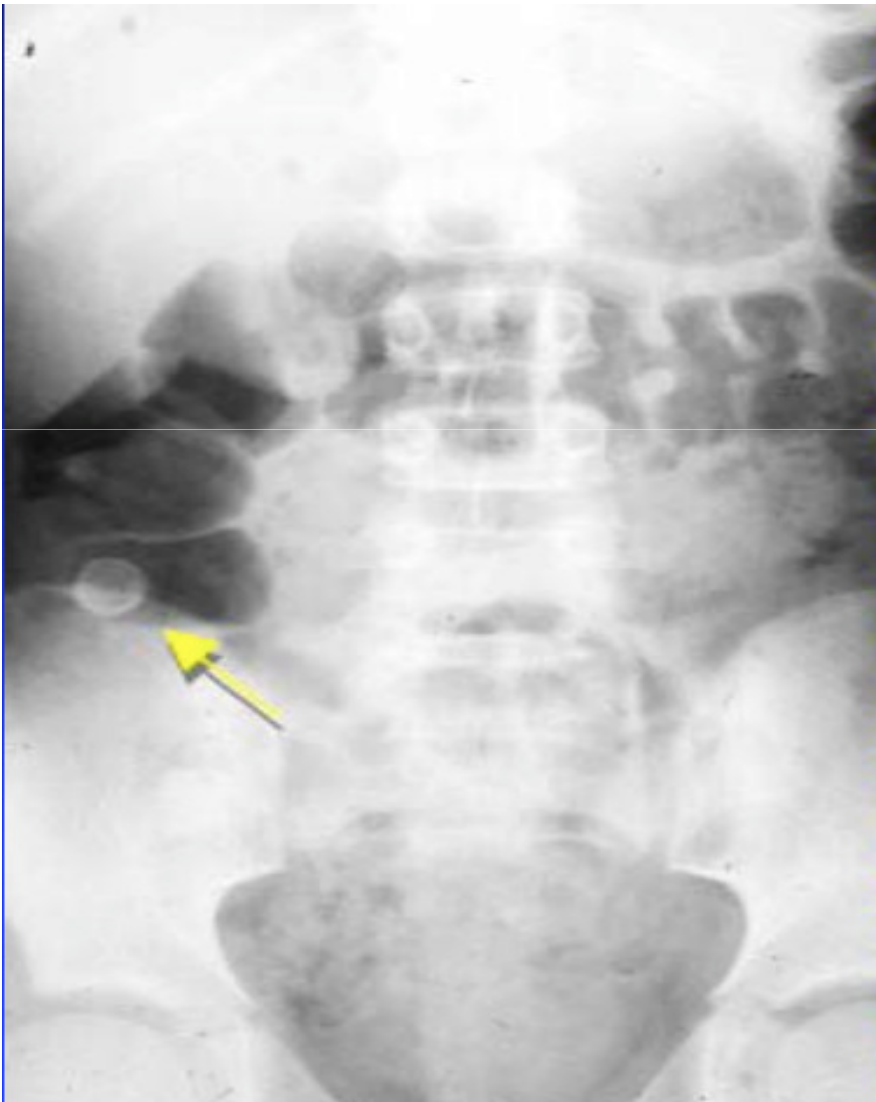
Décubitus Latéral

Croissant gazeux entre
le foie et la paroi abdominale



IMAGERIE

ASP (stercolithe)



IMAGERIE

LE SYNDROME PERITONEAL :

ECHOgraphie (patient instable):

Épanchement péritonéal

Abscès

Difficile si iléus

TDM :

Recherche pneumopéritoine

Anomalie de la paroi digestive

Bulles d'air extra digestif

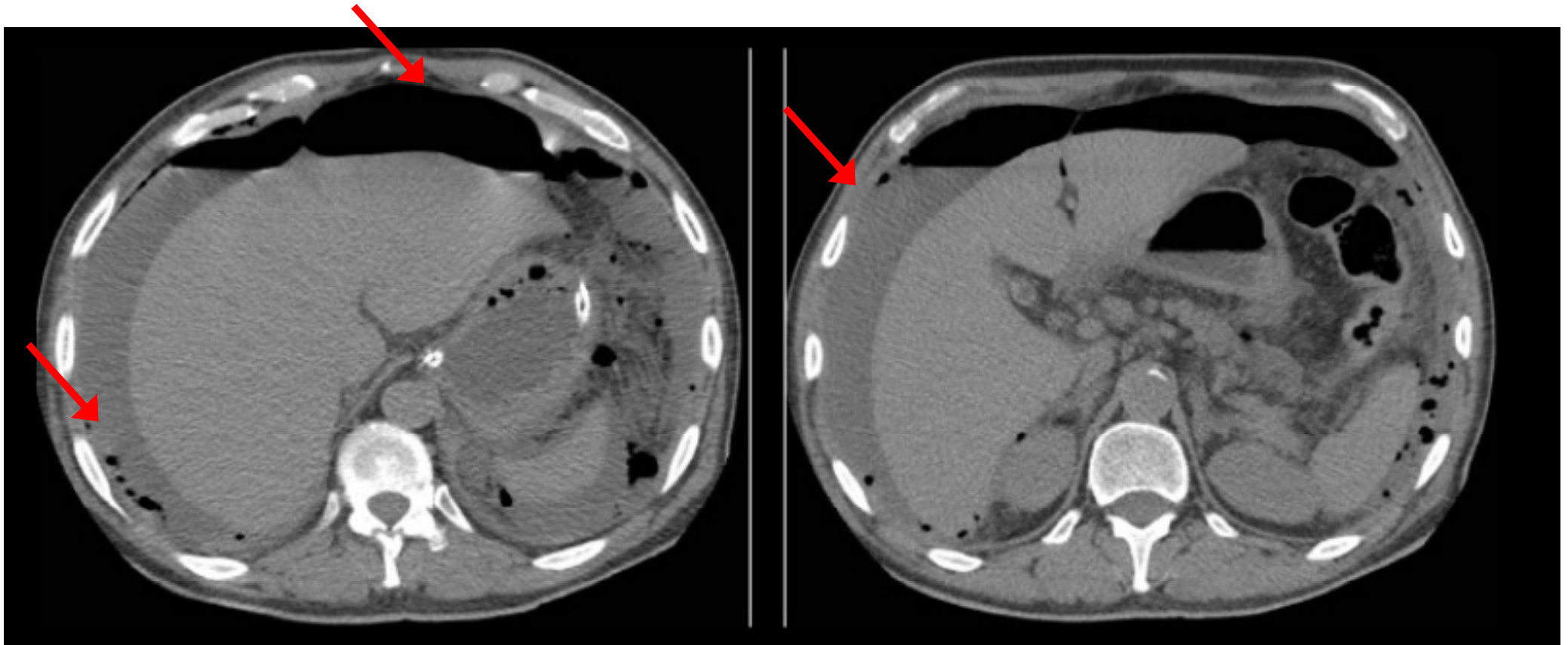
Diagnostic étiologique

IMAGERIE

TDM

Signes généraux

Bulles d'air extradiigestif
Epanchement
Pneumopéritoine



IMAGERIE

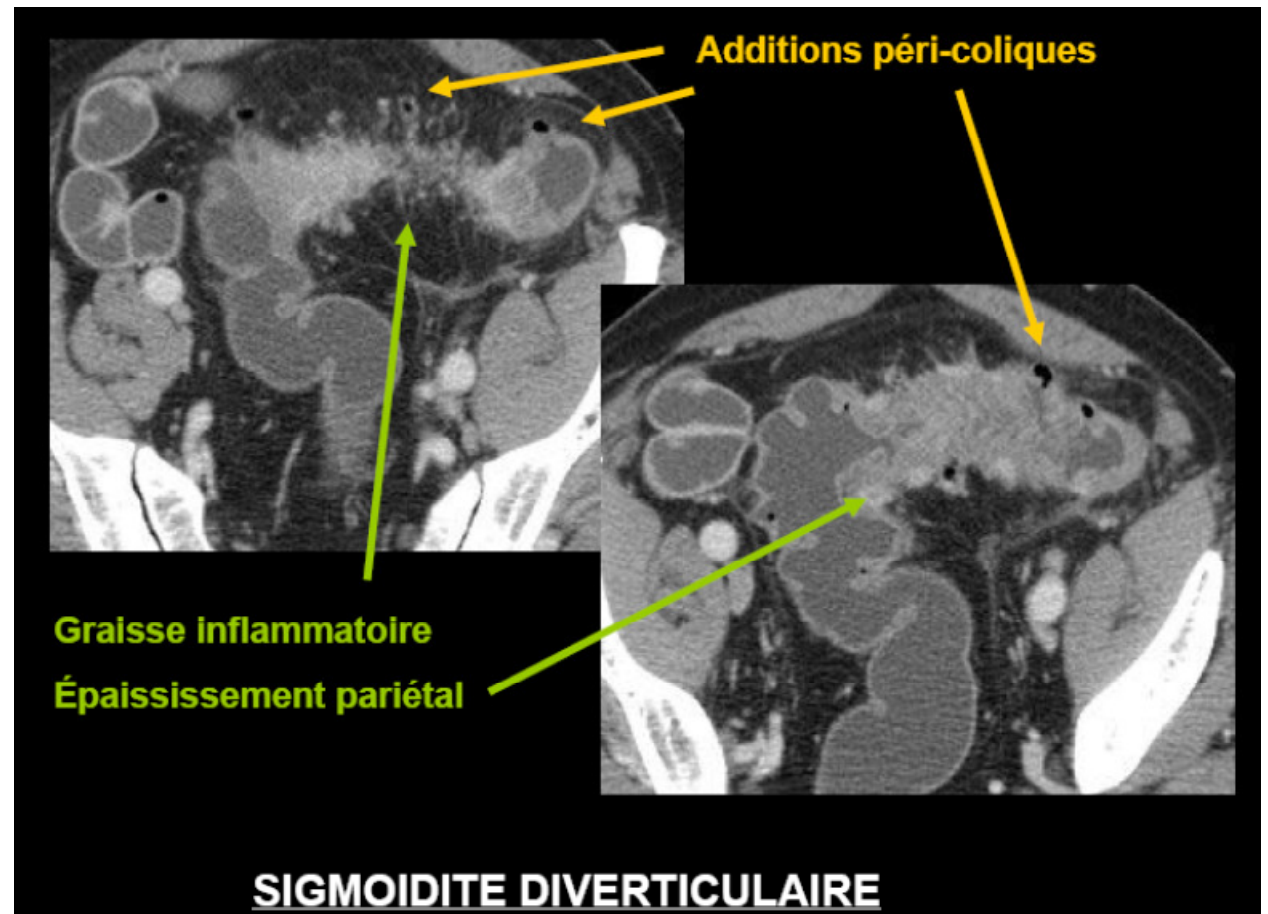
TDM

Diagnostic étiologique

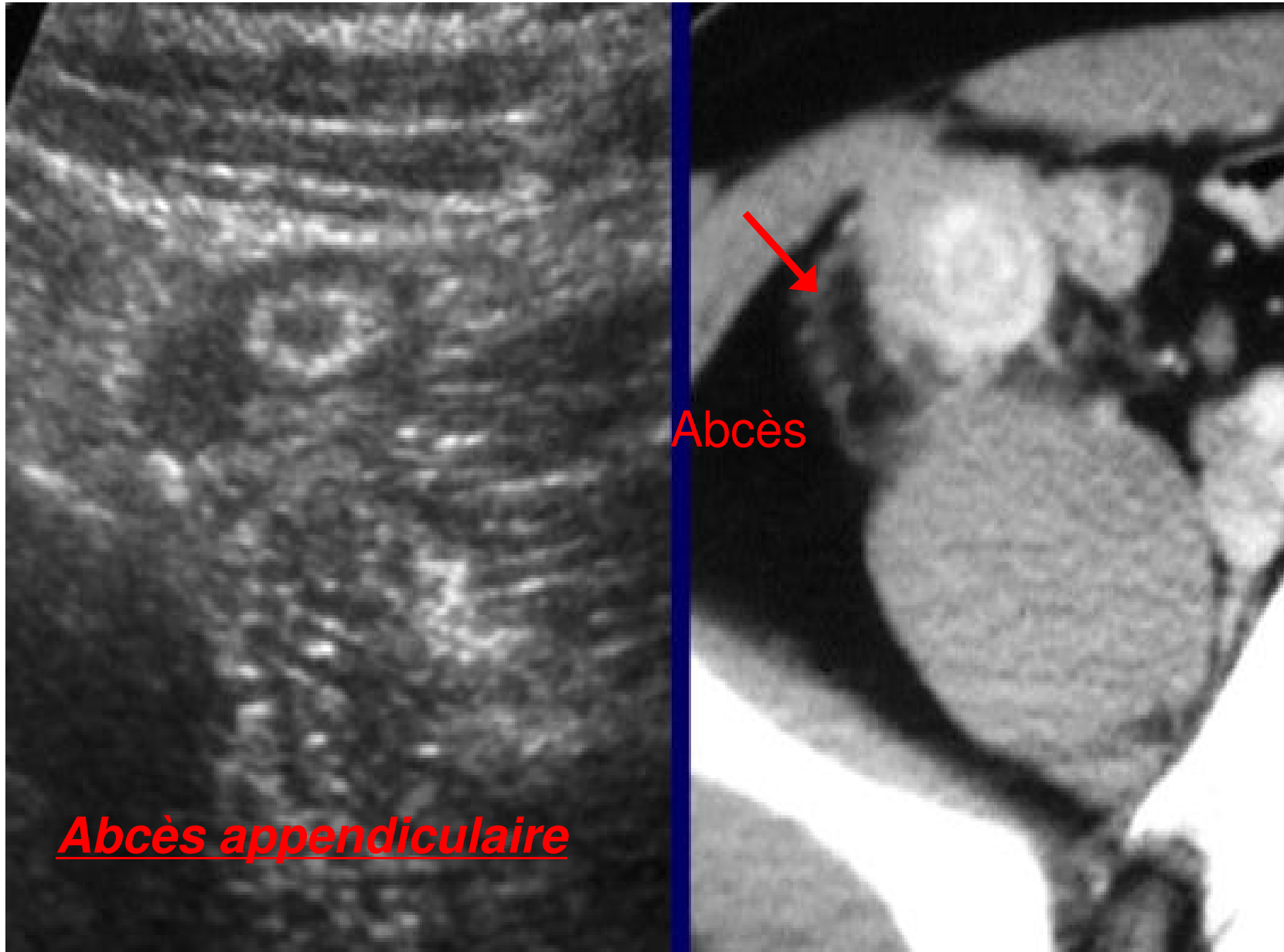
Bulle d'air, épanchement en regard de l'organe perforé

Epaississement de la graisse

Diverticules,



LES FORMES CLINIQUES



Les formes cliniques

Les péritonites asthéniques

- Patients âgés, en mauvais EG, immunodéprimés ou sous corticothérapie.
- Signes généraux très importants et graves +++
- Contracture souvent absente.
- Pronostic sombre aboutissant à une défaillance viscérale

LES FRONTIÈRES DE L'EXAMEN CLINIQUE

Ne pas attendre des signes chirurgicaux chez les patients *qui n'ont pas ou peu de paroi musculaire* :

- Grand obèse
- Vieillard
- Patient neurologique (paraplégie)
- Diabétique

Les formes cliniques

Les péritonites postopératoires:

- Rares et graves.
- Chirurgie biliaire, pancréatique, colorectale.
- Lâchage d'anastomose digestive: diarrhée, fébricule, oligo-anurie, torpeur.
- Réintervention précoce.

Les formes cliniques

Les péritonites localisées:

Le foyer infectieux initial est circonscrit par l'agglutination des anses grêles et des viscères locaux (*la péritonite plastique localisée ou plastron*).

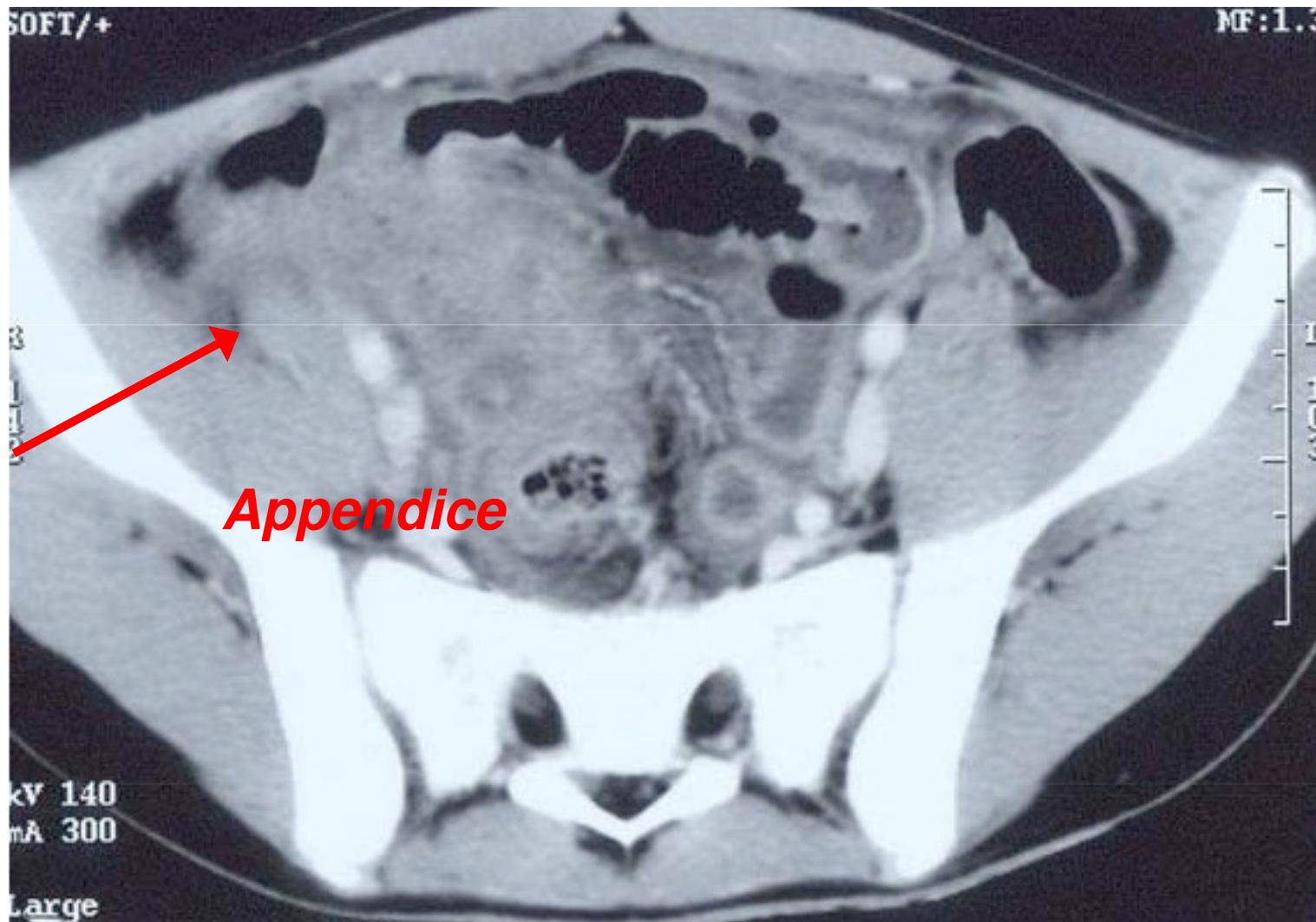
La palpation retrouve une *sensation de blindage* doublant la paroi abdominale:

- La *douleur* est vive à type de pesanteur
- La *température* est supérieure à 39: GB sup a 15000
- Le *transit* est capricieux

Son évolution peut se faire vers la constitution *d'un abcès*

LES FORMES CLINIQUES

Le plastron



Les formes cliniques

Les abcès profonds:

Signes de suppuration profonde: fièvre oscillante, AEG-faciès terreux, insomnie, GB + 20 000

Signes locaux:

- **Appendicite:** douleur nette FID de caractère pulsatile, avec un point douloureux exquis dans une zone ramollie.
- **Abcès sous-phrénique:** survient dans un contexte post-opératoire de chirurgie sus-mésocolique.

+++ signes d'irritation diaphragmatique:

- . Toux, dyspnée, hoquet, gêne respiratoire et douleur scapulaire
- . Rx: surélévation de la coupole diaphragmatique, épanchement pleural, atélectasie
- . Diagnostic: TDM.
- **Abcès du Douglas: syndrome pelvien** (pollakiurie, ténesme et douleur hypogastrique). Diagnostic:TDM