



## Urgence : Péritonite aiguë

[Qu'est ce qu'une péritonite ?](#)

[Quelles sont les causes les plus fréquentes de péritonite ?](#)

[Quelles sont les conséquences locales d'une péritonite ?](#)

[Quels sont les signes d'une péritonite généralisée ?](#)

[Existe-t-il des formes de péritonites plus difficiles à diagnostiquer ?](#)

[Quelle est l'évolution habituelle d'une péritonite généralisée ?](#)

[Quel est le traitement de la péritonite généralisée ?](#)

[Quelle est l'évolution d'une péritonite infectieuse localisée ?](#)

[Quel est le traitement d'une péritonite infectieuse localisée ?](#)

[Qu'est ce qu'une péritonite par perforation d'ulcère ?](#)

[Quelle est l'évolution d'une perforation d'ulcère ?](#)

[Quelles sont les caractéristiques d'une perforation d'ulcère ?](#)

[Qu'est ce qu'un pneumopéritoine ?](#)

[Quels sont les traitements possibles d'une perforation d'ulcère ?](#)

**Mise en garde : Certaines urgences digestives sont susceptibles de mettre rapidement en jeu la vie du patient.** Les informations proposées ici le sont à titre indicatif et ne doivent en aucun cas servir à l'auto-diagnostic ou à l'auto-médication. L'avis d'un médecin est le seul moyen d'assurer une prise en charge médicale correcte

### 8.3.1. Qu'est ce qu'une péritonite ?

Une péritonite est une inflammation ou une infection aiguë du péritoine (ce qui la différencie de l'infection du liquide d'ascite). 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.

Elle peut être due à la perforation du tube digestif, en particulier d'un ulcère gastro-duodéal ([figure 9](#)) ou d'un diverticule sigmoïdien ([figure 8](#)), à une infection de l'appendice ou de la vésicule biliaire. Elle peut être de cause gynécologique. Elle peut aussi être consécutive à un acte opératoire abdominal.

L'irritation péritonéale peut être causée par un liquide purulent, mais aussi par un liquide aseptique (tout au moins au début de l'évolution), en particulier en cas de perforation d'un ulcère gastro-duodéal. Une péritonite peut être généralisée ou localisée. Si le liquide baigne l'ensemble de la cavité péritonéale il s'agit d'une péritonite généralisée. Si seulement une partie de la cavité de l'abdomen est intéressée, il s'agit d'une péritonite localisée. Certaines péritonites localisées peuvent se manifester cliniquement sous la forme d'une péritonite « plastique », on dit plus communément un « plastron », en raison d'une réaction inflammatoire des organes de voisinage (la graisse épiploïque en particulier). A la palpation, le plastron réalise une masse résistante, comme un « blindage » de la paroi abdominale.

La péritonite se manifeste cliniquement par une réaction réflexe de la paroi abdominale. Cette manifestation réflexe est mise en évidence par la palpation de l'abdomen, à la recherche d'une défense ou d'une contracture.

La défense est une contraction involontaire des muscles de l'abdomen que l'on obtient en réaction à la pression de la paroi abdominale. Au début de la pression la paroi se laisse déprimer. A partir d'une certaine profondeur, la dépression de la paroi par la main de l'examineur devient impossible en raison de la tension musculaire. Il faut distinguer la défense, qui est involontaire, de la simple réaction de défense qui est au contraire volontaire et qui résulte naturellement de la douleur déclenchée par la palpation.

La contracture est le stade ultime de la défense. Toute dépression de la paroi abdominale est impossible. Il s'agit d'un « ventre de bois » qui ne peut plus être déprimé quelle que soit la pression exercée par la main de l'examineur.

### 8.4.1. Quelles sont les causes les plus fréquentes de péritonite ?

La cause la plus fréquente des péritonites infectieuses généralisées est l'appendicite compliquée, puis viennent les perforations d'ulcères gastro-duodéaux vues tardivement, les sigmoïdites et les autres infections digestives ou gynécologiques (figures [8](#) - [9](#)).

### 8.4.2. Quelles sont les conséquences locales d'une péritonite ?

Biologiquement, la péritonite infectieuse généralisée est caractérisée par une exsudation intrapéritonéale et péripéritonéale, ouvrant un troisième secteur liquidien, une résorption toxique ou toxinique et une diffusion septicémique.

La conséquence anatomique est une production abondante de fibrine, aboutissant au maximum au « gâteau » péritonéal, agglutination d'anses entre elles, à l'épiploon, à la paroi abdominale et au mésentère.

Cette production fibrineuse est un processus normal de cicatrisation de l'infection, mais elle peut avoir une influence néfaste sur la maladie en morcelant l'infection, aboutissant ainsi à la formation d'abcès dans le cul-de-

sac de Douglas, les gouttières pariéto-coliques, les loges sous-phréniques et à la formation de logettes suppurées intermésentériques.

L'infection s'accompagne d'un œdème qui fragilise les tissus, avec risque de désunion des sutures et d'éviscération.

#### 8.4.3. Quels sont les signes d'une péritonite généralisée ?

La péritonite infectieuse généralisée débute en général par une douleur en un point précis de l'abdomen et qui diffuse secondairement. Les signes fonctionnels sont les vomissements et l'arrêt des matières, éventuellement remplacés par une diarrhée fécale ou afécale.

Les signes généraux sont ceux d'une infection qui devient rapidement grave.

A l'examen, on trouve toujours une défense pariétale, parfois une contracture, souvent un météorisme abdominal. Le cul-de-sac de Douglas est douloureux au toucher rectal.

Les signes biologiques sont une hyperleucocytose avec polynucléose, rarement remplacée par une leucopénie. Souvent les clichés d'ASP ne sont pas contributifs, en dehors de la présence d'un pneumopéritoine (figure 9). Celui-ci est habituellement géant lorsque l'effraction est colique. Il peut exister des signes d'occlusion (distension hydroaérique de plusieurs anses), souvent prédominants autour du foyer primitif.

#### 8.4.4. Existe-t-il des formes de péritonites plus difficiles à diagnostiquer ?

– Les péritonites asthéniques surviennent chez les malades traités par corticoïdes ou immunodépresseurs, en état de dénutrition, cirrhotiques ou cancéreux avancés. Elles sont marquées par des signes généraux graves : hypothermie, tachycardie, plaques cyaniques sur les membres. La contracture est absente. L'évolution est très sévère. La péritonite stercorale est le plus souvent due à la perforation d'un diverticule colique ; elle peut aussi compliquer un lavement opaque, le côlon toxique d'une RCH ou un mégacôlon d'autre cause.

– La péritonite après perforation méconnue causée par une coloscopie diagnostique ou une polypectomie. Elle peut être peu symptomatique au début.

– La péritonite postopératoire est, le plus souvent, le témoin d'une fuite sur une anastomose digestive. Elle peut se traduire par une diarrhée, une hémorragie digestive, une pneumopathie, une oligo-anurie et des troubles psychiques.

– L'infection d'ascite chez le cirrhotique est presque toujours spontanée, ou peut survenir après ponction d'ascite ou après fissuration cutanée d'une hernie ombilicale par ischémie cutanée. Elle réalise un tableau clinique différent.

#### 8.4.5. Quelle est l'évolution habituelle d'une péritonite généralisée ?

L'évolution peut être rapidement mortelle par état septique sévère, ou syndrome de défaillance polyviscérale. Il peut se produire des complications septiques locales avec formation d'abcès intrapéritonéaux (voir 8.4.2.) ou d'abcès métastatiques hépatiques dus à une pyléphlébite. Des complications septiques peuvent avoir lieu à distance : abcès métastatiques extra-abdominaux (rein, poumon, cerveau) et thrombophlébites périphériques. Des séquelles sont possibles : éventrations ou occlusions répétées par brides intrapéritonéales. Dans l'ensemble, le pronostic est plus grave si le malade est âgé, s'il est atteint de tares viscérales, en cas de péritonite stercorale et en cas de traitement chirurgical tardif.

#### 8.4.6. Quel est le traitement de la péritonite généralisée ?

L'hospitalisation est nécessaire. Le traitement médical préopératoire et postopératoire comprend des antibiotiques et une réanimation pouvant s'associer à une alimentation parentérale.

Le traitement chirurgical a plusieurs objectifs : supprimer la cause (exérèse appendiculaire, sigmoïdienne, etc.) ou la neutraliser (drainage, extériorisation d'un segment digestif pour éviter de faire une anastomose digestive contre-indiquée dans ces conditions) et traiter la conséquence de l'infection par lavage péritonéal. La paroi abdominale peut être fermée avec ou sans drainage.

#### 8.5.1. Pourquoi une péritonite infectieuse peut-elle rester localisée ?

Les facteurs de localisation d'une infection péritonéale peuvent être anatomiques, physiologiques ou physiopathologiques.

Les cloisonnements peuvent être anatomiques, par exemple, dans l'arrière-cavité des épiploons ou peuvent être postopératoires. Les cloisonnements physiologiques peuvent être dus par exemple à la déclivité qui entraîne les collections suppurées basses vers le cul-de-sac de Douglas et aux mouvements respiratoires qui attirent les collections hautes sous les coupes diaphragmatiques. Les cloisonnements physiopathologiques peuvent être dus à la destruction de la séreuse péritonéale et à la formation d'adhérences fibrineuses puis fibreuses, qui est le processus de cicatrisation normal.

#### 8.5.2. Quelles sont les situations de péritonite infectieuse localisée ?

Il s'agit de collections sus-mésocoliques (ou abcès sous-phréniques) : abcès droit sus-hépatique ou sous-hépatique (dont l'origine peut être la vésicule, l'estomac ou le duodénum), abcès gauche (après splénectomie) et abcès médian (estomac, pancréas ou côlon).

Il peut s'agir de collections sous-mésocoliques : mésocœliaques (grêle), fosses iliaques (appendice, sigmoïde) ou cul-de-sac de Douglas (de mêmes causes, avec en plus les organes génitaux).

Toute péritonite aiguë généralisée peut secondairement se collecter dans n'importe quel point de la cavité péritonéale. Les abcès postopératoires peuvent être dus à une fuite anastomotique, à un corps étranger ou à la surinfection d'un drainage ouvert. Ce sont les plus fréquents de tous.

#### 8.5.3. Quels symptômes peuvent être dus à une péritonite infectieuse localisée ?

Il existe des signes communs qui sont la fièvre élevée, parfois oscillante, des signes d'iléus (occlusion fonctionnelle) et une douleur spontanée ou à l'ébranlement au siège de la collection.

Il existe des signes de localisation. En cas d'abcès hauts, hoquet, dyspnée et épanchement pleural aseptique. En cas d'abcès bas, dysurie, ténésme vésical et rectal, douleur et empâtement local au toucher rectal et voussure douloureuse du cul-de-sac de Douglas.

Les anomalies des examens paracliniques peuvent être des anomalies biologiques (hyperleucocytose, parfois hémoculture positive), des anomalies d'examens morphologiques. L'examen radiologique, simple ou après opacification, peut montrer une ombre anormale qui déplace les viscères voisins, parfois, un niveau liquide. L'échotomographie est souvent gênée par les gaz intestinaux. Le meilleur examen morphologique est la scanographie. Ces examens conduisent, si possible, à la ponction de la zone qu'on a localisée ou, en cas d'impossibilité ou d'échec, à décider une intervention.

#### 8.5.4. *Quelle est l'évolution d'une péritonite infectieuse localisée ?*

Ce sont l'ouverture spontanée de l'abcès, dans le péritoine, il s'agit alors d'une péritonite en deux temps ou dans un viscère (plèvre, poumon, vessie, vagin, côlon), la suppuration chronique après drainage et les complications septiques à distance par septico-pyohémie.

#### 8.5.5. *Quel est le traitement d'une péritonite infectieuse localisée ?*

L'hospitalisation est nécessaire. Ce sont le drainage sous radiologie interventionnelle ou par chirurgie, la suppression de la cause, simultanée ou ultérieure (par exemple appendicectomie), un traitement antibiotique éventuellement associé.

#### 8.3.2. *Qu'est ce qu'une péritonite par perforation d'ulcère (figure 9) ?*

Il s'agit d'une rupture de la paroi digestive en regard d'un ulcère gastro-duodéal, mettant en communication la lumière digestive et la cavité péritonéale.

#### 8.3.3. *Quelle est l'évolution d'une perforation d'ulcère ?*

Les perforations ulcéreuses ont pour origine un ulcère duodéal quatre fois plus souvent qu'un ulcère gastrique. L'ulcère peut être scléreux ou récent. Il peut être médicamenteux. Il peut être néoplasique s'il est gastrique. Le péritoine intéressé est celui de l'étage sus-mésocolique ou de l'arrière-cavité des épiploons. Plus tard, l'atteinte péritonéale peut diffuser à la fosse iliaque droite ou à la grande cavité, ou elle peut se cloisonner. Au début, il s'agit d'une péritonite chimique (liquide gastrique acide, peu septique ou aseptique), au bout de quelques heures, la péritonite devient septique à cause de la pullulation des germes digestifs. Dans certains cas, la perforation est couverte et bouchée par le grand épiploon ou par un viscère adjacent (foie, vésicule), spontanément ou sous l'effet de l'aspiration digestive mise en œuvre. Ces formes peuvent guérir ou évoluer vers une péritonite en deux temps, généralisée ou localisée (abcès sous-phrénique).

#### 8.3.4. *Quelles sont les caractéristiques d'une perforation d'ulcère ?*

Le malade est fréquemment un homme entre 20 et 50 ans. On retrouve des antécédents ulcéreux dans la moitié des cas, parfois une prise récente de médicaments gastrototoxiques (principalement d'AINS, très rarement de corticoïdes). Le principal signe fonctionnel est une douleur brutale en coup de poignard. Elle est épigastrique une fois sur deux, ou siège dans l'hypocondre ou le flanc droit. Elle diffuse secondairement à tout l'abdomen une fois sur deux. Son intensité est forte, exacerbée par la mobilisation. Rien ne la calme. Elle est continue et progressivement aggravée. L'inhibition respiratoire est quasi constante. Les autres signes sont l'anxiété, la pâleur, des nausées et vomissements. Il peut exister un état de choc. La température est normale.

A l'examen de l'abdomen, on trouve une défense épigastrique quasi constante, allant jusqu'à la contracture une fois sur deux, appelée « ventre de bois ». On peut observer une disparition de la matité pré-hépatique. Le toucher rectal est douloureux une fois sur deux.

#### 8.3.5. *Qu'est ce qu'un pneumopéritoine (figure 9) ?*

Une radiographie d'abdomen sans préparation (ASP), avec un cliché centré sur les coupes diaphragmatiques, le patient étant debout ou assis, met en évidence un pneumopéritoine (croissant clair sous-diaphragmatique) dans la moitié des cas. Si le malade ne peut se tenir debout, on peut demander des clichés de profil avec rayon horizontal.

#### 8.3.6. *Quels sont les traitements possibles d'une perforation d'ulcère ?*

L'hospitalisation est indispensable. Le traitement peut être médical et chirurgical. Si le diagnostic est certain et la perforation n'est pas trop ancienne, on peut proposer un traitement médical : il comprend l'aspiration gastrique, des antisécrétoires injectables, des antibiotiques et des antalgiques non opiacés. Il est parfois suffisant. Ce traitement est désigné sous le nom de méthode de Taylor. Dans ce cas, l'évolution clinique, en particulier de la douleur, est un élément important de la surveillance de ces malades.

Les conditions d'application de la méthode non opératoire pour le traitement d'une perforation duodénale sont la certitude du diagnostic, l'âge inférieur à 70 ans, un délai de moins de 6 heures depuis le début de la perforation, la survenue de la perforation à distance d'un repas (estomac vide) et la possibilité d'une surveillance médico-chirurgicale, des signes et symptômes, sous traitement.

Le traitement chirurgical consiste, selon les cas, soit à traiter la péritonite et suturer l'ulcère par coelioscopie ou par laparotomie, soit, par laparotomie, à traiter en plus la maladie ulcéreuse, par une vagotomie pour l'ulcère duodéal, une gastrectomie pour l'ulcère gastrique ou l'ulcère duodéal insurtable.

Les facteurs pronostiques de la péritonite par perforation d'ulcère sont un délai de 24 h ou plus depuis la perforation, l'existence d'un état de choc à l'admission et la sévérité des pathologies associées. La mortalité est inférieure à 1 % lorsque ces facteurs sont absents.