

## Péritonite aiguë généralisée

### • Clinique

#### ○ Signes fonctionnels

- Douleur spontanée, intense, d'abord au foyer causal puis tout l'abdomen en restant maximale au point de départ
- Nausées/vomissements inconstants
- Hoquet si foyer près du diaphragme ( $\Leftrightarrow$  souffrance n. phrén<sup>q</sup>)
- Arrêt du transit (gaz/matière)

#### ○ Signes généraux importance pronostique

- Fièvre degré variable (étiologie)
- FC  $\nearrow$  svt > 100 bpm  
Rq : dissociation T°/FC  $\Leftrightarrow$  infection sévère ++
- PA  $\searrow$ , parfois pincée

#### ○ Signes physiques

- Inspection :  $\emptyset$  mvt respi ou  $\searrow$
- Palpation : hyperesthésie cut + contracture (intense, rigide, tonique, invincible, permanente, douloureuse, voire ventre de bois), réflexes cutané-abdominaux abolis
- TR : dl vive au cul-de-sac de Douglas

### • Examens complémentaires

#### ○ Radiologiques

- ASP  
→ Montre pneumopéritoine ou épanchement péritonéal
- TDM abdo dans les cas de doute diagnostique  
→ Origine de la perforation, épanchement abdo (liquide ou gazeux), inflammation possible (appendice/sigmoïde)

#### ○ Bio

- $\emptyset$  rôle diagnostique mais évaluation des csq
- Groupe Rh/RAI en vue de l'intervention chir
- NFS : hyperleucocytose
- CRP-VS  $\nearrow$
- Iono sang, urée-créat
- Bilan hépatique recherche de foie de choc
- Bilan d'hémostase, dosage fibrinogène
- GDS évaluation acidose et retentissement respi

### • Formes cliniques

#### ○ Péritonites à pneumocoque (primitives, rares)

- Enfants ++
- A partir d'un foyer pleuro-pulmonaire, porte d'entrée intestinale, génitale ou autre
- SF : dl continue/intense/péri-ombilicale/diffuse, vomissements alimentaires puis bilieux, diarrhée svt sanglante, fièvre élevée/précoce/d'ascension rapide
- SP : paroi souple possible, défense
- Ttt : Antibiothérapie adaptée,  $\emptyset$  chir

#### ○ Péritonites par perforation (secondaires, fréquentes)

- Péritonites aseptiques (ex. : ulcère duodéal)
  - Perfo  $\rightarrow$  fuite contenu gastr<sup>q</sup>/duodéal  $\rightarrow$  péritonite
  - Dl brutale/intense/coup de poignard/épigastr<sup>q</sup>/diffusant rapidement à tout l'abdomen
  - Tachycardie, hypotension relative
  - Eventuels vomissements
  - $\emptyset$  fièvre,  $\emptyset$  signe de choc
  - Contracture abdo, hyperesthésie cutanée
  - Examens radio : pneumopéritoine

#### ▪ Péritonites septiques (ex. : sigmoïdite diverticulaire)

- SF d'apparition progressive  
Douleur FIG, nausées/vomissements, fièvre, arrêt du transit
- Signes généraux marqués avec parfois choc
- SP : défense, contracture

## Appendicite

### Crise d'appendicite aiguë iliaque droite

/!\ pas de parallélisme anatomo-clinique /!\

#### • Forme typique

##### ○ SF

Dl abdo pesanteur, FID puis diffuse, parfois début épigastrique, rapide ou prog, continue, sourde ou intense

Nausées/vomissements alimentaires puis bilieux

Arrêt du transit +/- nette

Syndrome infectieux net ( $\approx 38^\circ$ ) mais bien supporté

##### ○ SP

Inspection : FID s'efface - bien aux mvts respi amples

Palpation : dl au point de MacBurney, défense abdo, hyperesthésie cutanée

Toucher rectal ou vaginal : dl pelvienne haute, dte incste

#### • Forme fruste ou bâtarde

##### ○ Douleur minime/imprécise, inappétence

plutôt que nausées, diarrhée plutôt que constipation, fièvre absente ou  $\searrow$  si ATB intempestive

##### ○ CAT :

Crises antérieures analogues ?

Approfondir l'examen

NFS (polynucléose neutrophile), CRP

Si doute : imagerie (écho ou scanner)

Si doute persiste : opération en urgence

Éliminer pathologie urinaire ou gynéco

## Appendicites graves d'emblée

#### • Péritonite purulente primitive

##### ○ SF

▪ Douleur brutale/intense/coup de poignard/FID puis tout l'abdomen avec max en FID

▪ Vomissements à répétition

▪ Arrêt du transit net (gaz/matières)

▪ Sd infectieux sévère ( $39-40^\circ$ ) mais bien supporté

##### ○ SP

Inspection : abdo immobile, rétracté chez sujet maigre

Palpation : contracture (rigide, tonique, invincible, permanente, douloureuse, à la FID ou g<sup>al</sup>  $\Leftrightarrow$  ventre de bois), dl max en FID, hyperesthésie cutanée

Toucher pelvien : dl vive au cul-de-sac de Douglas

#### • Péritonite putride $\Leftrightarrow$ perfo d'une gangrène appendiculaire

##### ○ SF

▪ Dl atroce, syncopale/brutale

▪ Diarrhée fétide

▪  $\emptyset$  vomissement/constipation/fièvre

▪ Etat général altéré p<sup>mt</sup> : faciès terreux, respi courte, FC=150, langue sèche, urines rares et foncées

##### ○ SP

▪ Signes discrets, dl FID avec à peine une défense

## • Appendicite toxique

- Chez l'enfant ++
- **SF/SP**
  - **Etat général effondré**
  - **Signes locaux discrets**  
Rq : moindre doute → imagerie
  - **Complications tox<sup>q</sup>** : anurie, ictère grave, vomito negro

## Péritonites appendiculaires généralisées

### • Péritonites d'emblée

- **Péritonite purulente** *fréquente et typique*
  - Début brutal
  - SF marqués : **dl max en FID, vomissements, arrêt du transit**
  - **Sd infectieux sévère** (40°, pouls en rapport)
  - SP : **contracture, dl au TR**
- **Péritonite putride** *rare, plus grave*
  - Début très brutal
  - **SF vite corrigés**
  - **Etat général effondré**
  - Intervention EN URGENCE

### • Péritonites diffusantes

- = crise appendiculaire banale s'aggravant progressivement
- SF : **DI/vomissements/arrêt du transit** s'accroissent, **état général s'altère progressivement**
  - SP : la **défense diffuse**, fait place à une **contracture**, apparition d'une **dl au Douglas**

## Evolution de la crise d'appendicite à tort non opérée

### • Plastron appendiculaire

= barrière d'adhérences limitant l'appendice → sensation de blindage pariétal

- **SF** *incomplètement améliorés*
  - Crise depuis qq jours
  - **DI FID et constipation** + sourde, persistantes
  - **Fièvre reste élevée** (38,5°) avec pouls en rapport
  - **Etat général altéré**
- **SP** = *plastron appendiculaire*  
Inspection : **voussure FID** inconstante  
Palpation : **blindage pariétal FID**, diffus et mal délimité
- **CAT**
  - Ne pas opérer
  - Ttt médical
  - Surveillance : T° + bio (NFS, VS/CRP)
- **Evolution variable**
  - **S'efface lentement** en 15 jours  
→ **OPERER 2 A 3 MOIS APRES**
  - **S'abcède**  
**DI pulsatiles** avec insomnie, **arrêt total du transit**, T° **oscillante**, **dl exquise + fluctuation** au centre du plastron  
Bio : **leucocytes > 15 000**  
→ **DRAINER L'ABCES POUR EVITER LA FISTULISATION ET DONC LA PERITONITE GENERALISEE EN 3 TEMPS**

### • Péritonites généralisées secondaires

#### Péritonite progressive diffusante

- = crise appendiculaire banale s'aggravant progressivement
- SF : **DI/vomissements/arrêt du transit** s'accroissent, **état général s'altère progressivement**
  - SP : la **défense diffuse**, fait place à une **contracture**, apparition d'une **dl au Douglas**

### • Péritonite en 3 temps

- = crise appendiculaire ayant évolué vers un plastron
- **SF**
    - DI sourde, nausées, arrêt du transit
    - Fièvre à 38°
  - **SP**  
Palpation : blindage FID
  - Plastron traité médicalement ou négligé par le malade  
→ évolution vers abcédation (dl pulsatile, fièvre erratique, fluctuation, leucocytes >12000)
  - Si abcès non traité → péritonite généralisée (*dl généralisée, contracture à la place du plastron*) → **INTERVEN<sup>o</sup> EN URGENCE**

## Appendicites selon le siège

### • Appendicite aiguë iliaque droite

= forme la + fréquente des crises appendiculaires

### • Appendicite pelvienne

- **SF**
  - Communs : **dl abdo, vomissements, constipation**
  - Spé  
Signes urinaires : **dysurie voire rétention aiguë**  
Signes rectaux : **ténésme**
- **SP** *FID libre !*
  - **DI et défense + basses** (*sus-pubiennes droites*)
  - **TR : dl nette en haut à droite**
- **/!\ ♀ → DΔ = salpingite /!\** ⇔ voir si ATCD de *dl salpingienne, IVG, signes bilatéraux, pertes blanches*
- **Svt malade vu tard** car signes atténués et trompeurs, ce qui donne un **plastron pelvien pré-rectal**  
→ **Plastron non palpable**, besoin d'un **TR** (Douglas dur)  
→ Évolue le + svt vers un **abcès du Douglas** (*centre de la masse ramolli*)  
→ **Évacuation** nécessaire pour éviter la **fistulisation** dans rectum/vessie/vagin

### • Appendicite méso-coeliaque

- Siège devant le promontoire
- Très peu de signes physiques : **dl près de la ligne médiane**
- Tableau d'**occlusion intestinale fébrile**

### • Appendicite rétro-caecale

- **DI à la palpation pf, réveillée par contraction du psoas**  
⇔ risque d'être méconnue et découverte au stade d'abcès

### • Appendicite sous-hépatique

- Simule la **cholécystite aiguë**

### • Exceptionnellement

- **Appendicite à gauche** *si situs inversus*
- **Appendicite herniaire**

## Appendicites selon le terrain

### • Enfant

- Fréquente ++, surtout vers 10 ans
- DΔ : oxyurose, adénolymphite mésentérique aiguë

### • Vieillard

- Evolution torpide
- 2 aspects
  - Tumoral
  - Occlusif, fébrile

### • Femme enceinte (*examen en décubitus latéral gauche*)

- **Autres** : dues à tumeur de l'appendice ou à maladie de Crohn

## Sigmoïdites

### Sigmoïdite aiguë

Sigmoïdite diverticul<sup>r</sup> = forme la + fréquente de diverticulose col<sup>q</sup>

#### • Signes fonctionnels

Typiquement : tableau d'appendicite à gauche chez sujet vieux et constipé chronique

- **DI FIG** *début brutal/permanente avec paroxysmes qd mvts, efforts, palpation/irradiation inguinale gauche et petit bassin*
- **Vomissements**
- **Iléus réflexe** ou diarrhée

#### • Signes généraux

- **Fièvre à 38,5°** avec pouls en rapport
- **Atteinte modérée de l'EG** (*nausées, vertiges, sueurs, pâleur*)
- NFS : **polynucléose et CRP** ↗

#### • Signes physiques

Palpation : **DI vive FIG, défense** +/- marquée

TR : peut réveiller la dl

#### • Evolution

Sous ttt → régression ++ mais gros risque de récurrence

- **Au décours de la poussée**
  - **SF et SG** ↘
  - Palpation abdo + TR : **boudin iliaque douloureux** = anse sigmoïde inflammée
  - Examens complémentaires  
TDM au mieux, sinon écho  
Bio : **hyperleucocytose, CRP** ↗
- **Complications**
  - **Périsigmoïdite plastique**  
= Tableau d'une tumeur inflammatoire aiguë = plastron de la FIG
  - **Périsigmoïdite suppurée : abcès**  
= persistance et aggravation des SG et troubles occlusifs
  - **Fistules**
    - Colo-vésicales ++
    - + rare : colo-vaginales, colo-iléales, colo-cutanées
  - **Péritonites généralisées** *par perforation ou diffusion*
    - Sd péritonéal typique
    - Ou asthénie (*malade sous ctc ou immunodéprimé*)
  - **Occlusions**  
Basses, d'allure inflammatoire
  - **Autres**
    - **Hémorragie**, en règle lors des poussées
    - **Tumeur inflammatoire chronique**
    - **Association avec K ou polype**
- **En l'absence de complication**
  - **Guérison** mais risque de récurrence surtout si jeune
  - **Sigmoïdite chronique**

### Complications des sigmoïdites chroniques

#### • Périsigmoïdite plastique

= Tableau d'une tumeur inflammatoire aiguë, succède en règle à la sigmoïdite aiguë

- **DI FIG, nausées/vomissements, troubles du transit**
- Palpation : **plastron iliaque gauche**
- Evolution : **rétrocède, suppure ou se chronicise**

#### • Périsigmoïdite suppurée : abcès

- **Persistance des SG et troubles occlusifs**
- **Abcès iliaque gauche** = le + fréquent
  - **Plastron empâté, de + en + douloureux**
  - Puis **tuméfaction** dure ou dépressive au-dessus de l'arcade crurale
  - Si Ø drainage → **ouverture** de l'abcès, en g<sup>al</sup> à la peau
- **Autres localisations** : pelvien, vésical, vaginal, mésocœliaque, lombaire

#### • Fistules

- **Colo-vésicales** *les + fréquentes*
  - Précédées de **troubles urinaires** (*pollakiurie, ténésme*)
  - **TDM** : air dans la vessie
  - **Risque d'infection urinaire** ascendante
- **Colo-vaginales** *chez hystérectomisées surtout*
- **Colo-cutanées** *plus rare, pb diagnostique*
- **Iléo-sigmoïdiennes** *à l'origine de diarrhées*

#### • Péritonites généralisées par perforation ou diffusion

- **Sd péritonéal typique**
- **Ou péritonite asthénique**

#### • Occlusions

= aspect typique d'une occlusion aiguë colique basse d'allure inflammatoire

#### • Autres

- Hémorragies *importante ou récidivantes*
- Tumeur inflammatoire chronique *simule K*
- Association avec K ou polype

### Examens complémentaires

#### • En période de poussée de sigmoïdite aiguë

- **Biologie**
  - Bilan de l'inflammation : NFS, CRP-VS
  - Bilan de l'EG : urée, glycémie, ionogramme
- **Imagerie**
  - **TDM** (=référence) : **paroi épaissie** avec **infiltration grasseuse** voire visualisation du **diverticule inflammatoire**.  
On peut voir un **abcès** et guider une éventuelle ponc°
  - **Echo** : **paroi épaissie** avec **infiltration grasseuse** voire visualisation du **diverticule inflammatoire**  
On peut voir un **abcès** et guider une éventuelle ponc°
  - **ASP** : peu montrer un **pneumopéritoine** avec un **iléus**, *qd pas de TDM dispo rapidement*

#### • En dehors des poussées

- **Coloscopie**, à faire à distance de la poussée aiguë
  - But = chercher une tumeur associée (*K ou polype*)
  - Peut montrer
    - **Rectum normal**
    - **Lésions muqueuses résiduelles** au niveau de l'anse sigmoïde
    - Parfois un **rétrécissement**
    - Orifices du **diverticule**
  - Les **biopsies** doivent être prudentes, ne permettent pas toujours de trancher avec un K
  - Si hémorragie → visualisation du diverticule responsable