

Item 352 – Péritonite aigüe

Définition	▪ Inflammation aigüe du péritoine ▪ URGENCE chirurgicale	
Classification	▪ Péritonite primaire : - Dues à infection spontanée monobactérienne d'origine hématogène ou par translocation - Tt médical - <u>Causes</u> : infection du liquide d'ascite, infection à Staph par KT péritonéal, péritonite spontanée à pneumocoques ▪ Péritonite secondaire : - Liées à diffusion d'une infection abdo ou perforation d'un viscère digestif	
	Infection / perforation intra-abdominale	○ Appendicite ○ Diverticulite sigmoïdienne ○ Perforation d'ulcère gastroduodénal ○ Cholécystite ○ Infarctus mésentérique ○ Perforation digestive tumorale ou diastatique en amont d'un obstacle ○ Maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique, typhoïde...
	Post-opératoire	○ Désunion anastomotique ○ Contamination per-opératoire
	Post-traumatique	○ Plaie pénétrante ○ Trauma fermé avec perforation ou ischémie digestive ○ Perforation endoscopique ou CE
	▪ Péritonite tertiaire : - Infections abdominales persistantes malgré Tt - Association fréquente avec syndrome de défaillance multiviscérale	
Diagnostic	▪ Douleur abdominale : intense, généralisée, début brutal ou progressivement croissante, +/- signes infectieux ▪ Contracture, défense, douleur du cul-de-sac de Douglas, dlr vive lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque ▪ Signes de gravité ? (choc...)	
Examen paraclinique	▪ Examens biologiques : évaluer la gravité de la péritonite (IRn, déshydratation, acidose métabolique), retentissement infectieux (hyperleucocytose), aide à la PEC ▪ Rx d'abdo sans préparation : pneumopéritoine ? ▪ TDM quand examen clinique douteux, signes liés à la cause (diverticulite, infiltration périappendiculaire..)	
Diagnostic étiologique	Perforation d'ulcère gastrique ou duodénal	▪ Dlr épigastrique de début brutal ▪ ATCD d'ulcère, prise récente de médocs gastro-toxiques (AINS) ▪ Pas de fièvre au début ▪ Contracture localisée ou généralisée ▪ Tympanisme préhépatique (↔ pneumopéritoine) +/- ▪ TR douloureux ▪ <i>CI à l'endoscopie dig haute</i>
	Péritonite diverticulaire	▪ Soit généralisée d'emblée par perforation brutale soit perforation secondaire d'un abcès périsigmoïdien ▪ Dlr FIG, signes péritonéaux (dlr généralisée, sd infectieux avec fièvre élevée) +/- signes de choc ▪ Contracture + défense des autres quadrants ▪ TR douloureux ▪ <u>Bio</u> : hyperleucocytose à PNN, élévation CRP ▪ TDM : pneumopéritoine, liquide intra-abdominal, abcès ou infiltration de la graisse périsigmoïdienne +/- distension du grêle par iléus paralytique ▪ <u>Tt</u> : intervention chirurgicale en urgence
	Péritonite appendiculaire	▪ Peut être inaugurale, généralisée d'emblée, ou compliquer un abcès ou un plastron appendiculaire ▪ Sujet jeune

Traitement		▪ Dlr FID progressivement croissantes, fébricule, puis dlr intense se généralisant + fièvre 39-40°C ▪ Signes péritonéaux en FID ▪ TR douloureux ▪ <u>Bio</u> : hyperleucocytose à PNN, élévation CRP ▪ PAS de pneumopéritoine ▪ <u>Tt</u> : intervention chir en urgence
	Péritonite post-opératoire	▪ Csq d'une anastomose digestive ou d'une plaie opératoire méconnue de l'intestin ▪ J5-J7 post-op ▪ Dlr, iléus, SIB, fièvre, +/- trb extradigestifs (psychiques, IRn, sd de détresse respiratoire, EP) ▪ TDM
	Péritonite primaire	▪ H° + ATB probabiliste ▪ <u>Si infection d'ascite</u> : ATB (contre entérobactéries) + remplissage par albumine ▪ Si patient en dialyse péritonéale : staph, BGN, Candida => Tt : ATB intrapéritonéale vancomycine + aminoside. Si abs de réponse à 48h => ablation du KT de dialyse
	Péritonite secondaire	▪ Urgence chirurgicale ▪ NFS, hémostase, gpe sanguin, RAI, iono, HC ▪ 2 VVP +/- remplissage +/- amines vasoactives +/- correction des trb hydroélectrolytiques ▪ ATB probabiliste : 5-15j - Augmentin® + aminoside - OU C3G (Rocéphine® ou Claforan®) + imidazolés (Flagyl®) - Si allergie aux βL : FQAP + aminoside + imidazolé - Si contexte nosocomiale : Tazocilline® + aminoside ▪ Tt chirurgical : ttt du foyer infectieux, lavage cavité péritonéale, exploration, prélèvements, +/- drains abdominaux ▪ Tt perforation digestive : appendicectomie, suture d'ulcère, résection intestinale ▪ Surveillance : signes généraux, hémodynamique, diurèse, fonction ventilatoire, fièvre, signes locaux (reprise du transit, disparition des signes péritonéaux), signes biologiques (normalisation des PN et de la fct rénale) ▪ Si absence d'amélioration, évoquer une complication : lâchage de suture, abcès pariétal ou local ou sous-phrénique ou du cul-de-sac de Douglas, infection urinaire, infection d'une voie d'abord veineuse, insuffisance de Tt, phlébite, décompensation d'une comorbidité
	Péritonite tertiaire	▪ Mortalité 30% ▪ +/- amines vasopressives, défaillance multiviscérale