

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

TIDJANI DAMERDJI – TLEMCEM

SERVICE DE CHIRURGIE « B »

Chef de service : Professeur KHERBOUCHE

Encadreur : Dr. Kaid Slimane

Thème :

LES PÉRITONITES AIGUES

Réalisé par : Benmahammed fatima

Année universitaire : 2015 – 2016

REMERCIEMENT

Je tiens à remercier le chef de service **Pr.KHERBOUCHE** de m'avoir accepté au sein de son service et qui m'avoir procuré toutes les conditions favorables à mon travail.

Je remercie particulièrement **Dr. Kaid Slimane** qui m'a encadré et aidé à bien faire ce mémoire.

Je remercie aussi l'ensemble des médecins maitres-assistants, assistants et résidents pour leur encadrement et leur assistance durant toute la période de mon stage.

Un grand remerciement à mes chers parents, ma sœur, mes frères et tous mes proches qui m'ont soutenue durant tout mon cursus.

Plan de travail

Premier chapitre : l'étude théorique

- I. Définition
- II. anatomie-physiologie
- III. Physiopathologie
- IV. Classification
- V. diagnostic positif
- VI. diagnostic étiologique
- VII. Facteurs pronostiques
- VIII. Evolution
- IX. Complications
- X. Traitement
- XI. Conclusion

Deuxième chapitre : la partie pratique

- I. introduction
- II. matériels et méthodes
- III. résultats et discussion
- IV. conclusion

premier chapitre

I. Définition

Les péritonites aiguës se définissent comme des inflammations ou des infections aiguës de la séreuse péritonéale; le plus souvent secondaires à la perforation d'un organe digestif et /ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal.

Elles peuvent être soit généralisée dans la grande cavité péritonéale, soit localisée dans les loges sous-phréniques, les gouttières pariéto-coliques et le cul de sac de Douglas.

C'est une urgence chirurgicale quotidienne des pavillons des urgences.

La péritonite aiguë est une pathologie très fréquente. Elles occupent la troisième place des abdomens aiguës chirurgicaux après les appendicites et les occlusions intestinales.

C'est une pathologie très grave liée à la morbidité et la mortalité de l'affection qui restent encore présente dans les pays en voies de développement.

La prise en charge de cette pathologie infectieuse aiguë associe des mesures de réanimation standard à une éradication chirurgicale systématique en urgence des foyers infectieux intra péritonéaux. La chirurgie laparoscopique occupe une place importante dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Le mauvais pronostic est lié au retard de la prise en charge.

II. Anatomie et physiologie

❖ Anatomie de péritoine

A. Organisation général :

Le péritoine est une membrane séreuse continue, lisse et transparente. Il comprend deux feuillets en continuité l'un avec l'autre :

***le péritoine pariétal** ; qui revêt la face profonde de la paroi abdomino-pelvienne.

***le péritoine viscéral** : qui tapisse la face superficielle des viscères abdominaux. Ces deux feuillets délimitent une cavité virtuelle : **la cavité péritonéale**.

1-le péritoine pariétal :

Il tapisse la face profonde de la cavité abdomino-pelvienne et contracte avec elle des rapports variable.

On peut distinguer :

- *le péritoine pariétal diaphragmatique.
- * le péritoine pariétal postérieur.
- *le péritoine inférieur ou péritoine pelvien.

2-le péritoine viscéral :

Il tapisse la face superficielle des différents viscères abdominaux en lui adhérent étroitement.

3-la cavité péritonéale :

Il s'agit d'un espace virtuel d'une minceur capillaire entre les feuillets pariétal et viscéral du péritoine.

Elle ne renferme aucun organe mais seulement un film mince de liquide péritonéal qui lubrifie les surfaces péritonéales pour permettre aux viscères de se mobiliser sans frottement les uns sur les autres. Chez l'homme, la cavité péritonéale est complètement close ; chez la femme, les trompes utérines, l'utérus et le vagin constituent des voies de communication entre la cavité et le milieu extérieur, cette solution de continuité de péritoine pelvien de la femme explique la possibilité chez celle-ci d'infection péritonéale ascendante.

4- les différentes parties de péritoine et leurs significations :

Différents termes sont utilisés pour décrire les parties du péritoine qui relient les organes entre eux ou à la paroi abdominale.

4-1 le méso :

Un méso (figure 1.A) est constitué chaque fois que le péritoine pariétal, en se réfléchissant sur le péritoine d'un viscère, enveloppe les vaisseaux et les nerfs qui se rendent dans ce viscère. La zone pariétale circonscrite par les deux feuillets constituant le méso, représente la racine d'insertion de méso. La longueur de ce méso donne à chaque organe une mobilité plus au moins grande à l'intérieur de la cavité péritonéale. Du fait de l'allongement de l'intestin primitif et des différentes rotations gastriques et intestinales, certains organes vont se trouver plaquer contre la paroi abdominale postérieure ; le feuillet postérieur du méso se fusionne alors avec le péritoine pariétal postérieur : on dit qu'il se produit un accolement (figure 1.B).

L'organe intéressé semble avoir alors une situation rétro péritonéale, sa face antérieure étant tapissée par le feuillet pariétal postérieur primitif, sa face postérieure étant accolé à la paroi. En réalité, un tel organe a simplement perdu sa mobilité mais il est séparé du plan pariétal proprement dit par deux feuillets péritonéaux accolés qui constituent ce que l'on appelle un fascia de Told. En revanche, l'estomac et le premier duodénum, l'intestin grêle, le colon transverse et le sigmoïde restent mobiles et reliés à la paroi par des mésos (par exp : le mésentère de l'intestin grêle et le mésocolon du gros intestin).

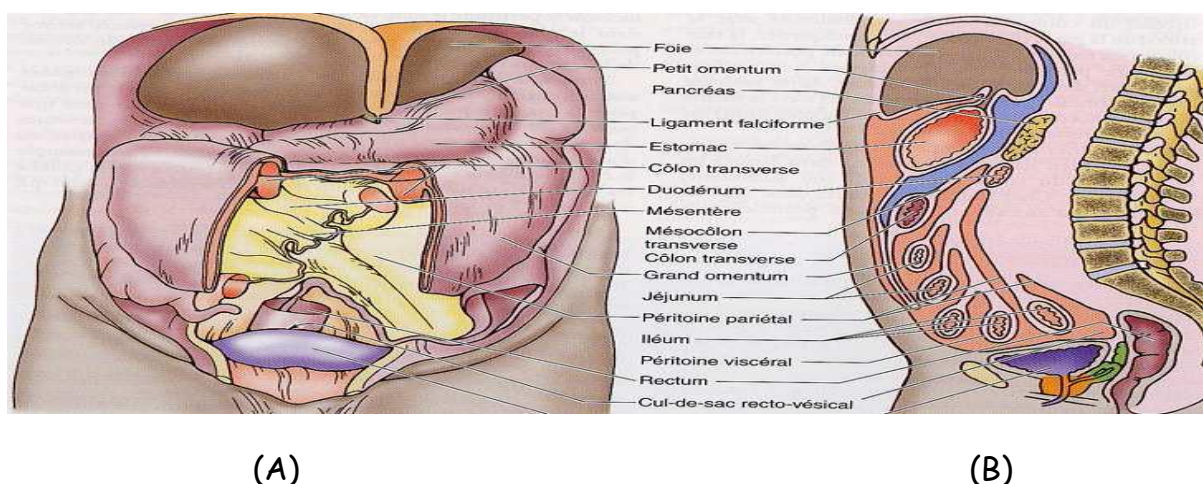


Figure 1 : principales parties du péritoine

A. Vue antérieure de la cavité péritonéale ouverte montrant les structures profondes et la structures de méso.

B. Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne chez l'homme montrant les divers sites de fixation du péritoine et leurs rapports (14).

4-2- ligaments péritonéaux :

Un ligament péritonéal est un double feuillet péritonéal qui unit un organe à un autre ou à la paroi abdominale. Le ligament ne contient pas un pédicule vasculaire important.

*le foie est relié (figure2) :

- à la paroi abdominale antérieure par le ligament falciforme.
- à l'estomac par le ligament hépato-gastrique.
- au duodénum par le ligament hépato-duodénal.

Ces deux derniers ligaments sont deux portions continues du petit épiploon.

*l'estomac est relié (figure2) :

- à la face inférieure du diaphragme par le ligament gastro-phrénique.
- à la rate par le ligament gastro-splénique.
- au colon transverse par le ligament gastro-colique.

4-3- les épiploons (omentum) :

Ce sont de lames péritonéales primitivement à deux feuillets contenant parfois un ou plusieurs pédicules vasculaires et se rendant d'un organe à un autre à l'intérieur de la cavité péritonéale. Il existe quatre épiploons dont trois s'attachent directement à l'estomac :

* l'épiploon gastro-hépatique ou petit omentum (figure2), tendu de la petite courbure de l'estomac à la face inférieure du foie et contenant dans son extrémité droite le pédicule hépatique.

*l'épiploon gastro-colique ou grand omentum (figure2), qui se détache de la grande courbure de l'estomac et descend en avant du colon transverse auquel il adhère à l'intérieur de l'étage sous mésocolique de la grande cavité péritonéale.

Cet épiploon est formé de deux lames péritonéales comprenant chacune deux feuillets. Primitivement, il s'insinue entre l'estomac et le colon transverse.

Secondairement, les quatre feuillets s'accolent et le grand épiploon se fixe à la face antérieure du colon transverse tandis que sa cavité disparaît. Sa partie supérieure constitue le ligament gastro-colique.

*l'épiploon gastro-splénique relie la grande courbure gastrique au versant antérieur de la face interne de la rate.

*l'épiploon pancréatico-splénique relie la queue du pancréas au versant postérieur de la face interne de la rate.

4-4-les plis péritonéaux :

Il s'agit d'une réflexion du péritoine soulevée par des structures sous jacente de la paroi corporelle comme des vaisseaux sanguins, des conduits ou des vaisseaux foëtaux oblitérés (par exemple : les plis ombilicaux médiaux et latéraux). Certains plis péritonéaux contiennent donc des vaisseaux sanguins et peuvent saigner lorsqu'on les coupes (par exemple : les plis ombilicaux latéraux qui renferment les vaisseaux épigastrique inférieur).

4-5- les récessus péritonéaux :

Il s'agit d'une poche de péritoine délimitée par un pli péritonéal comme par exemple le récessus inférieur de la bourse omentale (arrière cavité des épiploons) entre les feuillets du grand épiploon (figure2). Les fosses supra-vésicales et inguinale médiale entre les plis ombilicaux. Ces récessus sont considérés comme des espaces de démarcation et de drainage car ils jouent un rôle dans la circulation du liquide péritonéal, dans la propagation et le cloisonnement de l'infection.

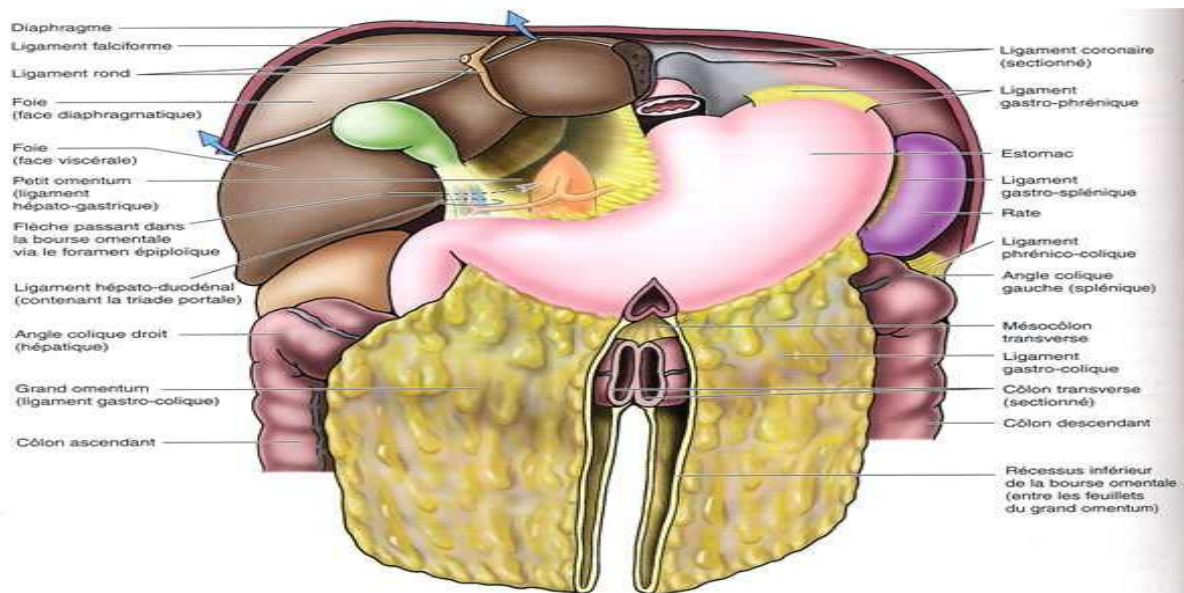


Figure 2 : différentes parties du grand et du petit épiploon

- Vue antérieure de la cavité abdominale.
- Les fixations du foie ont été sectionnées.
- La partie centrale du grand épiploon a été réséquée (14).

B. disposition définitive du péritoine :

1) Le péritoine pariétal postérieur définitif

Il tapisse le plan pariétal postérieur et recouvre la face antérieure de certains viscères comme la face antérieure du pancréas et du duodénum d'où vont se détacher les différents mésos qui sont centrés sur trois pédicules vasculaires à destinée viscérale qui sont de haut en bas, le tronc cœliaque, l'artère mésentérique supérieur et l'artère mésentérique inférieur. Le péritoine pariétal postérieur se réfléchit en avant de la face antérieure et du bord inférieur du pancréas pour former le mésocolon transverse qui rattache la partie moyenne, mobile et entièrement péritonisée du colon au plan postérieur.

La racine du mésocolon transverse croise ainsi la face antérieure du deuxième duodénum et de la tête du pancréas puis suit le bord inférieur de la partie gauche du pancréas. A son extrémité droite, elle se poursuit en avant du duodénum puis contre la paroi par la zone d'accolement du colon transverse et du méso pariétal postérieur qui tapisse la face antérieure de la queue du pancréas, du rein et de la surrénale gauche va se réfléchir vers la rate autour de l'artère splénique pour former l'épiploon pancréatico-splénique.

***l'étage sous-mésocolique :** dans cet étage existe deux replis péritonéaux important qui sont le mésentère et le méso sigmoïde.

Le péritoine pariétal postérieur après avoir tapissé la partie inférieure de la tête pancréatique, le troisième et le quatrième duodénum tapisse donc la paroi abdominale postérieure recouvrant latéralement le colon ascendant qui paraît ainsi rétro péritonéaux. Ils sont accolés ainsi leurs mésos aux plans postérieurs par l'intermédiaire du fascia de Told.

A sa partie moyenne, près de la ligne médiane, le péritoine pariétal postérieur est croisé par la racine du mésentère qui s'étend obliquement en bas, et à droite depuis la jonction du quatrième duodénum et de la première anse jéjunale ou angle duodéno-jéjunal jusqu'à la jonction de l'iléon terminal et du caecum ou angle iléo-caecal. Le caecum et l'appendice iléo-caecal sont en revanche entièrement péritonisés. Le caecum étant séparé du péritoine pariétal postérieur par une fossette rétro caecale limitée en haut par le bord inférieur de l'accolement du colon ascendant. En bas et à gauche, le péritoine postérieur donne insertion au méso sigmoïde.

2-le péritoine pariétal pelvien :

En bas, le péritoine pariétal postérieur devient péritoine pelvien, il tapisse les parois de la cavité pelvienne latéralement et sur la ligne médiane recouvre l'espace sous péritonéal et les viscères qu'il contient d'arrière en avant : rectum, organe génitaux internes et enfin vessie en avant. Il forme dans les deux sexes une gouttière de chaque côté du rectum : la gouttière latéro-rectale.

3-le péritoine pariétal antérieur :

A sa partie inférieure après avoir recouvre les faces supérieures et latérales de la vessie. Il tapisse la face profonde de la paroi abdominale antérieure.

Latéralement, au niveau de la région inguinale, le péritoine soulevé par l'artère épigastrique en dehors, l'artère ombilicale plus en dedans et l'arcade sur la ligne médiane, se déprime pour former les trois fossettes inguinales externe, moyenne et interne.

Un peu au dessous de l'arcade crurale le péritoine pariétal antérieur est séparé du plan pariétal par un espace celluleux important de forme triangulaire : l'espace de Bogros.

4-le péritoine diaphragmatique :

Il continue le péritoine pariétal antérieur en tapissant la partie horizontale des coupes.

A droite, il donne attache au ligament falciforme du foie dont les deux feuillets s'écartent à leur partie postérieure pour devenir feuillet supérieur du ligament coronaire. A son extrémité droite, il se fusionne avec le feuillet inférieur du ligament coronaire pour former le ligament triangulaire gauche, qui se termine également par un bord libre et dont la racine d'insertion, croise la face inférieure du diaphragme en avant de l'œsophage et du petit épiploon.

5-l'arrière cavité des épiploons : (bourse omentale)

Différentes formations péritonéales délimitent au dessus du mésocolon transverse en arrière de l'estomac et du petit épiploon, en avant du plan du péritoine pariétal postérieur, un espace libre, véritable diverticule de la grande cavité péritonéale : c'est l'arrière cavité des épiploons (Bursa Omentalis).

Schématiquement cette cavité virtuelle et aplatie dans le sens antéropostérieur (figure3) présente une paroi postérieure constituée par le péritoine pariétal postérieur ; une paroi antérieure constituée en haut par le petit épiploon et la

face postérieure de l'estomac et celle du premier duodénum mobile plus bas, par le ligament gastro-colique ; un plancher formé par le mésocolon transverse ; une paroi gauche qui comprend deux versants : un versant antérieur formé par l'épiploon gastro-splénique et autre postérieur formé par le ligament spléno-rénal. Cette bourse omentale communique à droite avec la grande cavité péritonéale par l'intermédiaire de l'hiatus de Winslow limité :

-antérieurement par la veine porte, l'artère hépatique et le conduit cholédoque inclus dans le bord libre du petit épiploon.

-postérieurement par la VCI et le pilier droit du diaphragme recouverts par le péritoine pariétal postérieur.

-en haut par le lobe caudé du foie tapissé de péritoine viscéral.

-en bas par la partie supérieure du duodénum (D1), la veine porte, l'artère hépatique et le conduit cholédoque.

Cette bourse omentale comprend en fait plusieurs parties qui sont en allant de droit à gauche.

-l'hiatus de Winslow.

-le vestibule limité en avant par le petit épiploon et la face postérieure du duodénum.

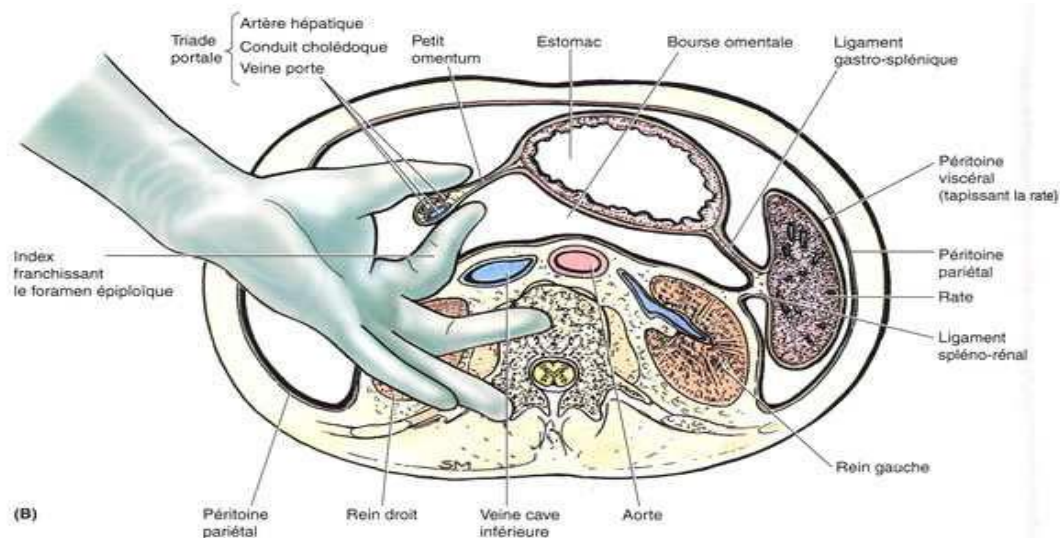


Figure 3 : l'arrière cavité des épiploons

Le pédicule hépatique est comprimé entre l'index et le pouce (14)

- le foramen bursae omentalis (figure4) limité en haut et à gauche par la faux de la coronaire, en bas et à droite par la faux de l'hépatique.
- l'arrière cavité proprement dite en fin qui s'étend plus à gauche jusqu'au hile de la rate et descend en bas jusqu'au mésocolon transverse.

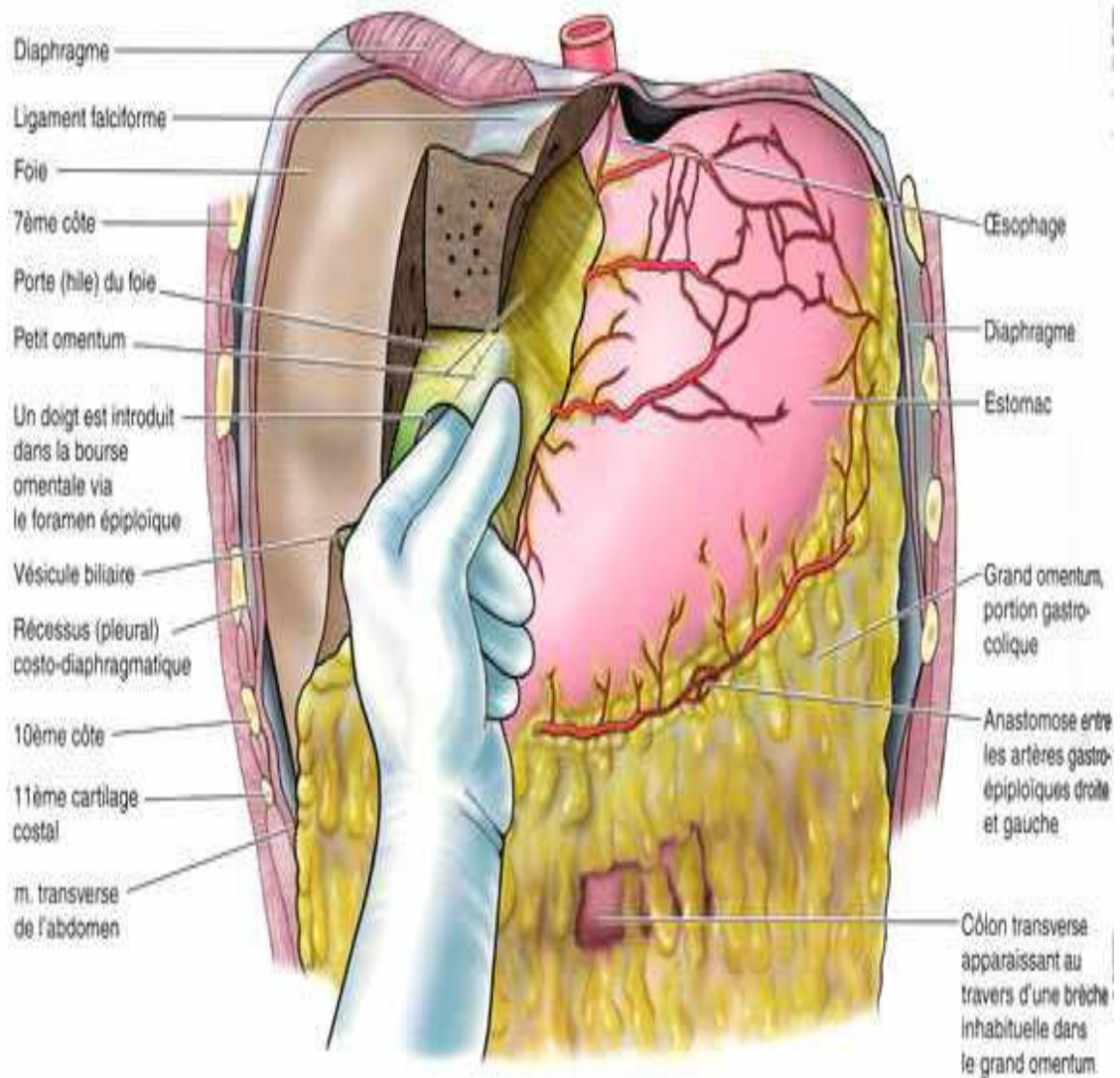


Figure 4: foramen épiploïque

L'index passe de la cavité péritonéale dans la bourse omentale en franchissant le foramen épiploïque (14).

3/ Vascularisation et innervation du péritoine

1. Vascularisation du péritoine :

La vascularisation artérielle du péritoine pariétal est assurée, de haut en bas, par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques et circonflexes, artères issues directement de l'aorte, de l'artère iliaque externe, ou de la fémorale. **Celle du péritoine viscéral** est assurée par les branches de division des troncs cœliaque et mésentérique.

Le retour veineux viscéral se fait par des veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

Il n'y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul un dispositif juxta-diaphragmatique fait de fenêtres mesothéliales permet d'assurer le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

2. Innervation du péritoine :

Le péritoine pariétal antérieur est richement innervé par les six derniers nerfs intercostaux et le nerf abdomino-périnéal. Il est très sensible à tous les stimuli. Toute irritation provoque une douleur aiguë et bien localisée, complétée, si le stimulus est suffisamment intense, par une réponse musculaire et même, éventuellement par une hyperesthésie dans la zone d'innervation cutanée correspondante. Ces caractéristiques permettent d'identifier les stimuli douloureux d'origine inflammatoire et de les localiser. Elles sont donc précieuses pour le diagnostic des affections aiguës de l'abdomen.

Le péritoine pariétal postérieur est innervé par les branches collatérales du plexus lombaire.

Le péritoine pelvien, par des rameaux issus des plexus honteux et hypogastrique.

Le péritoine diaphragmatique par le nerf phrénique et les intercostaux. Toutes ces surfaces jouissent d'une sensibilité moins aiguë que le péritoine antérieur.

Pour le péritoine viscéral, les fibres afférentes suivent les trajets des nerfs splanchniques vers les six derniers segments thoraciques et les trois premiers segments lombaires. La douleur viscérale est sourde et localisée de façon imprécise à la région centrale de l'abdomen.

❖ Physiologie du péritoine

Le péritoine est une membrane lisse et translucide, faite de tissus conjonctif et de cellule mésothéliales douées de propriétés de sécrétion et de résorption.

La sécrétion et la résorption sont à l'état normal en équilibre laissant en permanence 20 à 30 cc de liquide nécessaire à la lubrification et la mobilité des viscères.

L'équilibre péritonéal est assuré par deux voies :

-la première est celle des échanges bidirectionnels entre la cavité péritonéale et la circulation générale au travers de la séreuse qui se comporte comme une membrane semi-perméable ; sachant que la surface de péritoine est à peu près celle de la peau.

-la deuxième voie d'échange entre le péritoine et la circulation sanguine est active et se fait par voie lymphatique. Cette voie est limitée à une partie de la cavité péritonéale et ne fonctionne que dans un sens, contrairement à la première voie.

Cette voie active est considérée comme la voie d'épuration de la cavité péritonéale : un dispositif juxta diaphragmatique permet le passage des fluides de la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques puis vers les lymphatiques du médiastin par les pertuis de RANVIER , vers le canal thoracique et la circulation générale.

Grace à ce péritoine qui se comporte comme une membrane dialysante, les solutions tendent à se mettre en équilibre osmotique et ionique avec le liquide extracellulaire avant d'être résorbées.

Outre l'eau et les solutés, la séreuse péritonéale peut absorber les grosses molécules et même les particules en suspension (les globules rouges, les bactéries et leurs toxines). Cette résorption se fait principalement par voie lymphatique. Pour certaines particules de gros diamètre, elle est aidée par le processus de phagocytose.

Toute les parois de la cavité péritonéale sont mobiles grâce aux contractions des muscles pariétaux et du diaphragmatique, péristaltisme des anses intestinales, il en résulte un brassage incessant du contenu péritonéal, avec

homogénéisation du contenu des diverses loges. Ce phénomène n'est cependant pas instantané.

A ce brassage peuvent s'opposer des adhérences secondaires à une agression infectieuse chronique.

III. Physiopathologie des péritonites aiguës

1/Mécanisme physiopathologique :

En fonction du mode de contamination du péritoine, on peut distinguer:

Les péritonites primaires

Rares, elles correspondent aux infections de la cavité péritonéale qui surviennent en absence de foyer infectieux primaire intra abdominal ou de solution de continuité du tube digestif.

La contamination péritonéale se fait par voie hématogène au cours d'une bactériémie. Cependant ce mécanisme n'est probablement pas le seul au cours des péritonites tuberculeuses (aujourd'hui exceptionnelles), ni dans les infections d'ascite du cirrhotique (qui présentent l'étiologie la plus fréquente dans ce groupe). La stase splanchnique pourrait alors favoriser le passage transmural des bactéries depuis la lumière digestive.

Ce sont des infections à un seul germe (Streptocoque, Pneumocoque chez l'enfant, Enterobacteries surtout chez l'adulte). Cette flore monomorphe est caractéristique des péritonites primitives. Dans tous les cas, la contamination péritonéale est favorisée par la présence d'une ascite et /ou d'un déficit immunitaire de l'hôte (diabète, syndrome néphrotique, cirrhose).

Péritonites secondaires

Les péritonites secondaires sont dues à la perforation d'un organe creux ou à l'extension d'un foyer septique intra abdominal. L'agression péritonéale peut être chimique, septique ou mixte.

- **Les péritonites chimiques** : correspondent à une perforation du tractus digestif haut (estomac, duodénum) ou des voies biliaires non infectées. Le liquide épanché contient peu de germes mais a une grande acidité. Il faut savoir que toutes les péritonites chimiques finissent par devenir septiques au bout d'une certaine durée d'évolution.

- **Les péritonites septiques**: correspondent à une perforation du tractus digestif bas (grêle distal, colon, sigmoïde), à la perforation d'une collection abcédée ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominal.

L'inoculation péritonéale est donc faite par la flore intestinale poly microbienne. Le rôle pathogène des entérobactéries (*Escherichia Coli*) et des anaérobies

(*Bacteroides fragilis*) est prédominant, et dont la virulence est accrue par une synergie aéroanaérobie.

▪ **Les péritonites mixtes** : sont généralement des péritonites chimiques devenues septiques.

Péritonites tertiaires

Elles ont été définies plus récemment. Elles correspondent à des infections abdominales persistantes malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions). La cavité abdominale est surinfectée par des micro-organismes peu virulents mais devenus résistants ou par des levures. Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multi viscérale ou à une immunodépression. Elles sont en recrudescence à l'heure actuelle à cause de la fréquence de l'infection VIH- SIDA.

2/Conséquences physiopathologiques

Sont d'autant plus graves que l'inoculation bactérienne est virulente, abondante et surtout prolongée.

Retentissement local

L'agression péritonéale se traduit par une réaction d'hyperperméabilité vasculaire et par un iléus paralytique.

L'inflammation produit une fuite plasmatique importante dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif de la séreuse et dans la lumière du tube digestif en cas d'iléus paralytique : 3 secteur avec séquestration liquidienne, électrolytique et protidique ; Proportionnelle à la surface du péritoine touché. Les pertes peuvent atteindre 4 à 6 litres par jour. Le liquide intra péritonéal devient trouble puis franchement purulent. La cavité péritonéale contient parfois le contenu digestif (perforation). Le péritoine s'épaissit et se couvre de fausses membranes.

Retentissement général

Une concentration élevée de micro-organismes, un système immunitaire déficient ou une contamination par des germes particulièrement virulents peut conduire à une diffusion du processus infectieux à l'ensemble de la cavité péritonéale.

Le péritoine est inflammatoire, épaissi et fragilisé.

Cette modification explique que la réalisation d'une suture digestive dans la péritonite aboutit inéluctablement à un lâchage de celle-ci, sauf en cas de suture d'ulcère perforé. Elle explique également la séquestration liquidienne intra péritonéale par défaut de réabsorption et l'augmentation de la production de sécrétions inflammatoires, conduisant à :

* la déshydratation et * l'insuffisance rénale fonctionnelle.

L'augmentation de la perméabilité péritonéale, notamment aux endotoxines bactériennes explique les conséquences systémiques :

*choc septique,

*syndrome de détresse respiratoire,

*nécrose tubulaire aigue,

*coagulation intra vasculaire disséminée,

*embolies septiques a distance ou thrombose portal septique (pylephlebite),

*et d'autres conséquences digestives, hépatiques et neurologiques.

D'ou le concept de « **péritonite grave** »

IV. Diagnostic positif

Indépendamment de l'étiologie, une symptomatologie commune permet de porter le diagnostic de péritonite : c'est le **syndrome péritonéal**.

A. Les signes cliniques

1. signes fonctionnels :

➤ Douleur abdominale

- Douleur abdominale violente, à début brutal.
- " **En coup de poignard** " dont le malade peut préciser l'horaire.
- Elle diffuse rapidement à tout l'abdomen.
- Son siège et ses irradiations initiales peuvent avoir une valeur localisatrice.

➤ Vomissements

- Les vomissements, inconstants, sont alimentaires, bilieux puis fécaloïdes.
- Ils traduisent la diffusion de la péritonite et l'iléus paralytique qui l'accompagne.
- parfois remplacés par des nausées

➤ Arrêt du transit

L'arrêt des matières et des gaz, marque l'apparition de l'iléus.
Il peut être remplacé par la diarrhée, surtout au début.

2. Signes généraux :

Parfois discrets au début, les signes généraux deviennent rapidement inquiétants, éléments annonciateurs d'une infection grave :

aspect du malade, avec :

- faciès altéré, teint gris
- marbrures cutanées
- troubles psychiques
- fièvre élevée 39 à 40°C, sauf pour la perforation d'ulcère duodénal au début où elle peut être normale
- accélération du pouls
- hypotension artérielle
- oligurie

3. L'interrogatoire :

Devant ce tableau on recherche dans les antécédents des signes permettant d'orienter le diagnostic étiologique :

- Les ATCD médico-chirurgicaux.
- Les épisodes douloureux passés (par exemple, douleur rythmée d'un ulcère gastroduodénal) ou des poussées douloureuses localisées ;
- Les affections cardio-vasculaires, les infections gynécologiques ;
- la prise de médicaments, récente ou au long cours (aspirine, corticoïdes, anticoagulants...)

4. signes physiques :

l'examen de l'abdomen est le temps essentiel de diagnostic

- à l'inspection :

La contracture abdominale est quelquefois apparente, la paroi est totalement immobile, surface inerte où se dessine le relief des deux muscles grands droit. Parfois les mouvements abdominaux se limitent à la respiration costale.

- La palpation :

Met en évidence une **contracture** pariétale, rigidité « **de bois** », tonique, franche, permanente, invincible, douloureuse.

Mais elle peut être remplacée par une simple défense localisée ou généralisée.

- La percussion :

Recherche la disparition de la matité pré-hépatique signe de pneumopéritoine, ou au niveau de la zone suspecte, une matité anormale entourée d'une zone de tympanisme.

- L'auscultation :

Renseigne sur la survenue d'un iléus, par un silence abdominal.

-Le toucher pelvien : TV et TR

c'est un élément primordial pour le diagnostic de Péritonite, une douleur franche et vive donnant le "**cri du Douglas**".

B. Les signes biologiques

Le tableau fait état d'un syndrome infectieux.

-Il existe une **hyperleucocytose** à polynucléaires neutrophiles (globule blanc supérieur à 10.000/MM³)

-la CRP est élevée.

-Le reste du bilan biologique (bilan rénal, bilan d'hémostase, ionogramme sanguin) sont réalisés pour évaluer le retentissement systémique et rentrent dans le cadre du bilan pré-opératoire.

C. Les examens complémentaires

La Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

- Face debout centré sur les coupes ;
 - Face couché
 - Profil couché
 - Signes en rapport avec la péritonite :
 - **épanchement péritonéal :**
 - grisaille diffuse.
 - Décollement pariétal du colon.
 - Anses grêles cernées.
 - **iléus réflexe :**
distension gazeuse du grêle et du colon avec des niveaux hydroaériques.
 - Signes orientant vers une autre étiologie :
 - **le pneumopéritoine :** (figure1)
 - Croissant gazeux clair, inter hépato-diaphragmatique et sous diaphragmatique gauche sur les clichés debout.
 - De taille variable.
 - ➡ signant la perforation d'organe creux
 - Sur le profil couché : clarté gazeuse sous pariétale.
- Le pneumopéritoine peut être absent, ce qui n'élimine pas le diagnostic de syndrome péritonéal essentiellement clinique.
- **lithiase vésiculaire radio opaque.**

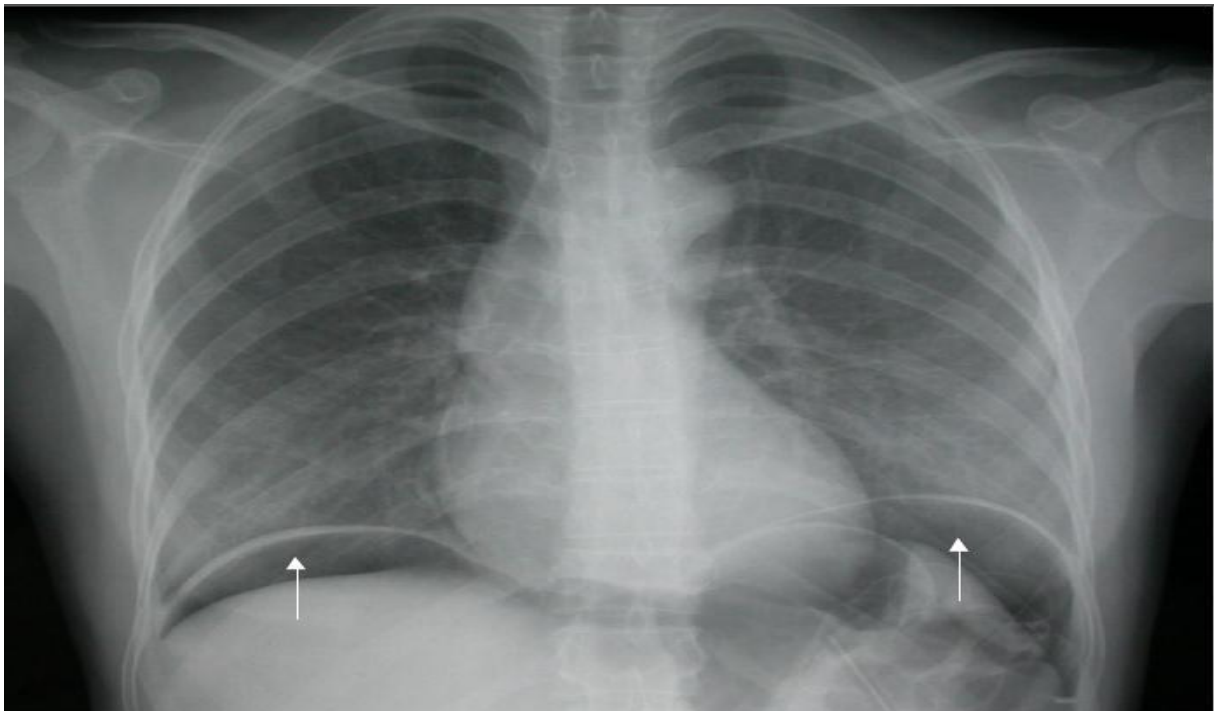
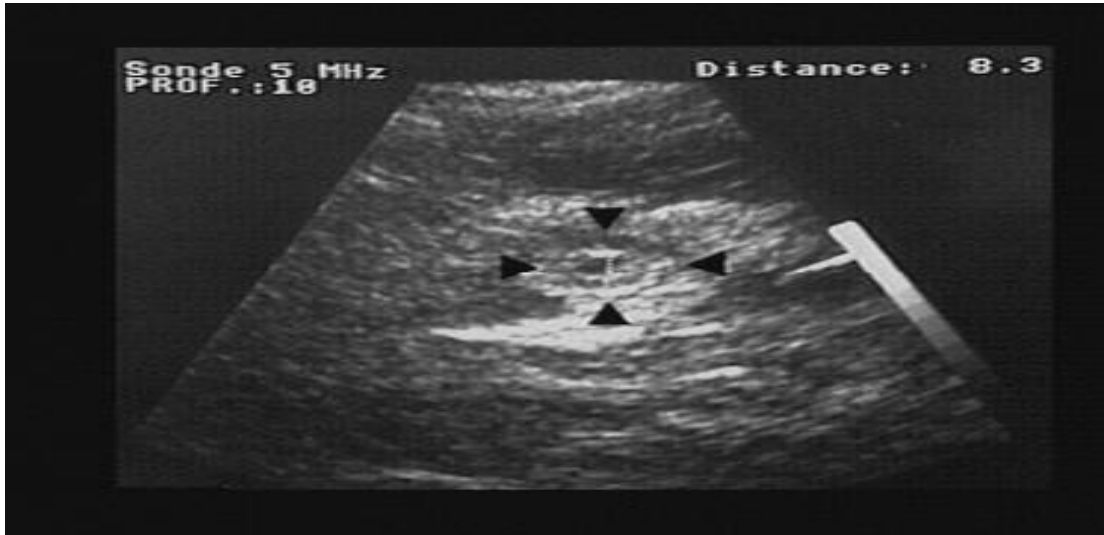


Figure1 : Pneumopéritoine sur une radiographie de poumon de face

Echographie Abdominale :

Peut confirmer la présence d'un épanchement intra péritonéal ;
Elle peut orienter vers les péritonites biliaires si on trouve des signes de cholécystites aiguës lithiasiques ; ou vers les péritonites génitales, si on retrouve des images de pyosalpinx.



Echographie abdominale : montre une appendicite au centre d'une péritonite

Lavement opaque aux hydrosolubles :

Dans les perforations coliques de diagnostic difficile (formes asthéniques chez le sujet âgé).

La tomodensitométrie abdominale :

Elle peut être indiquée dans les cas douteux dans le diagnostic positif (par exemple : la péritonite asthénique de vieillard, l'immunodéprimé) ou en cas d'examen clinique difficile (patient obèse, péritonite post-opératoire, traumatisé de l'abdomen). Elle confirme alors la présence d'un épanchement intra péritonéal liquidien ou gazeux ; ainsi l'aspect évocateur d'une masse anormale hypo-dense, déplaçant les organes périphériques, limitée par une coque épaisse, contenant une ou plusieurs formations gazeuses.



Figure 2 : pneumopéritoine avec épanchement péritonéal sur une TDM abdominale.

Radiographie pulmonaire :

La radiographie pulmonaire est un élément du bilan préopératoire et de surveillance évolutive.

V. Diagnostic étiologique

1. Péritonite par perforation d'ulcère gastrique ou duodénal :

Il s'agit le plus souvent d'un sujet jeune ayant une douleur épigastrique de début brutal diffusant ensuite à tout l'abdomen.

L'interrogatoire recherche des antécédents d'ulcère, la prise récente de médicaments gastro-toxique (AINS+++) ou d'autres facteurs favorisants (tabagisme important, jeûne prolongé...).

À l'examen :

- La palpation trouve une contracture généralisée ou localisée à la région épigastrique avec une défense dans le reste de l'abdomen.
- La percussion cherche un tympanisme pré-hépatique traduisant un pneumopéritoine.
- Le toucher rectal est douloureux.

Devant ce tableau péritonéal ; le diagnostic de perforation d'ulcère est posé et il est confirmé par la présence d'un pneumopéritoine sur la radiographie de thorax, les clichés centrés sur les coupes ou de préférence sur le scanner.

Au début il n'y a pas d'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

Le traitement nécessite le plus souvent une intervention en urgence.

Le diagnostic est difficile :

- si le pneumopéritoine est absent.
- dans les perforations couvertes : bouchées par un organe de voisinage (foie, épiploon). Après un début souvent typique, les signes régressent en quelques heures avec cependant persistance d'une douleur provoquée épigastrique,
- perforations dans l'arrière cavité des épiploons. À la radiographie d'abdomen sans préparation : on peut retrouver sur un cliché de profil une bulle claire rétro-gastrique.

2. La péritonite appendiculaire :

La péritonite peut être inaugurale généralisée d'emblée, ou compliquer d'un abcès ou un plastron appendiculaire qui se rompt secondairement dans le péritoine.

Typiquement, il s'agit d'un sujet jeune qui présente des douleurs de la fosse iliaque droite progressivement croissantes associées à une fébricule.

Secondairement, la douleur devient intense et se généralise à tout l'abdomen avec une fièvre souvent élevée à 39-40°C.

A l'examen, il existe des signes péritonéaux prédominant en fosse iliaque, le TR est douloureux.

Biologiquement il existe une hyperleucocytose à polynucléaire et une élévation de CRP.

Il n'y a pas de pneumopéritoine car, bien que l'appendice soit rompu, il n'y a pas de communication entre le bas fond caecal et la cavité péritonéale. Un scanner ne sera demandé que dans les cas où la symptomatologie clinique n'est pas typique et en l'absence de signe de choc.

Dans les autres cas le traitement repose sur l'intervention chirurgicale en urgence.

3. Péritonites par perforation du grêle :

Les causes les plus fréquentes sont :

- la nécrose d'anse grêle par strangulation : bride, volvulus, invagination, La perforation d'un diverticule de Meckel ou d'une pathologie inflammatoire (Crohn).
- infarctus du mésentère.
- perforation typhique.
- une perforation après l'ingestion de comprimé de potassium...

4. Péritonites par perforation colique :

Le Cancer colique : est l'étiologie la plus fréquente

- soit on a une perforation tumorale, favorisée par l'infection péritonéale, le siège est généralement sigmoïdien ;
- soit on a une perforation diastasiqne secondaire à la distension colique d'amont, habituellement le cæcum. Ce sont des ruptures au niveau d'une zone de nécrose ischémique.

Ces péritonites coliques sont caractérisées par :

- le début des signes dans la région hypogastrique.
- les signes infectieux.
- la fréquence des formes asthéniques chez les sujets âgés.
- Pneumopéritoine énorme en cas de perforation diastasiqne.
- la gravité.

-Diverticulite colique :

La perforation siège habituellement sur le sigmoïde et on a :

- soit une péritonite stercorale lorsque l'abcès diverticulaire communique encore avec la lumière colique ;
 - soit une péritonite purulente par rupture d'un volumineux abcès péri sigmoïdien.
- Le tableau peut être typique surtout chez le sujet jeune, mais il est souvent

moins typique chez les sujets âgés (formes asthéniques) ; dans ces cas il y a une discordance entre la gravité des signes généraux et la pauvreté des signes locaux.

- **colites aiguës** (Crohn, recto-colite hémorragique).

Le diagnostic est souvent tardif car la péritonite évolue à bas bruit chez ces sujets sous antibiotiques et corticoïdes.

- **perforations iatrogènes** : au cours des coloscopies surtout en cas de polypectomie , au cours d'un lavement baryté .

- **perforations en amont d'un fécalome**

5. Péritonites biliaires :

Elles sont rares mais graves et on peut distinguer :

➤ les péritonites spontanées (90%) :

Par perforation de la vésicule (calcul, cancer vésiculaire, gangrène), rarement la péritonite secondaire à une diffusion du pus à partir d'un pyocholécyste.

➤ Les péritonites provoquées :

-post opératoire (cholécystectomie)

-post traumatique.

Rarement le tableau est typique et en faveur de l'origine biliaire, on retiendra le contexte de femme âgée, souvent obèse,

-Antécédents de lithiase vésiculaire.

- Clinique : début de la douleur dans l'hypochondre droit avec irradiation scapulaire droite ; les signes infectieux présents ; les signes généraux s'aggrave rapidement vu la nature biliaire (inhibition de la phagocytose) et infecté de l'épanchement. On cherche ainsi l'existence d'un ictère ou un sub-ictère.

-A l'ASP on ne note pas l'existence de pneumopéritoine mais parfois l'image d'un calcul à l'extérieur de l'aire hépatobiliaire.

-L'échographie est d'une grande utilité, elle montre un épanchement avec aspect de cholécystite.

6. Péritonites d'origine hépatique :

Les formes étiologiques évoquées sont: les abcès amibiens, les abcès à germes banals, la suppuration du foie d'origine traumatique par contusion abdominale, le kyste hydatique.

Les tableaux cliniques se présentent sous divers aspects:

• la péritonite généralisée d'emblée caractérisée par une douleur intense de survenue brutale avec contracture diffuse et un état de choc majeur.

• la péritonite progressive, soit par diffusion, ou rupture, à partir d'une péritonite cloisonnée.

Dans tous les cas, l'origine hépatique est évoquée devant une fièvre élevée et

oscillante, des douleurs de l'hypochondre droit, une hépatomégalie douloureuse et/ou une douleur à l'ébranlement du foie, une surélévation de la coupole diaphragmatique droite avec épanchement pleural souvent discret sur la radiographie du thorax.

Parfois sur l'ASP centré sur l'hypochondre droit, une image de grisaille arrondie, voire un niveau liquide est visualisé.

7. Péritonite génitale :

Il s'agit le plus souvent de la rupture d'un pyosalpinx (touchers pelviens, échographie); ou une perforation utérine iatrogène au cours de l'interruption de grossesse.

Clinique :

femme jeune, douleur hypogastrique diffusant vers le haut, température 39-40°C, des pertes purulente.

Au spéculum : aspect inflammatoire du col et vagin.

Le toucher pelvien est douloureux.

8. Les péritonites urinaires :

Elles sont souvent secondaires à une rupture traumatique de l'appareil urinaire, tandis que les péritonites urinaires spontanées sont rares.

9. les péritonites pancréatiques :

C'est une complication de la pancréatite aiguë par fistule pancréatique dans un organe creux ou externe par drainage chirurgical.

10. Les péritonites post-opératoires :

Elles sont la conséquence d'une fuite d'une anastomose digestive ou d'une plaie opératoire méconnue de l'intestin.

Elles surviennent le plus souvent entre le 5^e et 7^e jour post-opératoire.

Les signes cliniques peuvent être identique à ceux d'une péritonite extra hospitalière mais souvent leur diagnostic est plus difficile.

La douleur peut être mise sur le compte du geste opératoire ou bien être masquée par les antalgiques.

L'iléus peut être imputé aux suites opératoires, le syndrome inflammatoire est habituel après la chirurgie et la fièvre peut orienter vers une autre cause de fièvre en post opératoire : infection urinaire, abcès de la paroi, infection pulmonaire, thrombose veineuse, embolie pulmonaire, allergie médicamenteuse,...

A l'inverse, les symptômes ne sont pas toujours en rapport avec le système digestif : troubles psychiques, insuffisance rénale, syndrome de détresse respiratoire, embolie pulmonaire.

Les signes cliniques tels que la douleur abdominale, les vomissements, la défense abdominale ou la contracture, sont inconstants et tardifs. Le TR est douloureux.

Les signes généraux sont fréquents et précoces, mais ne sont pas spécifiques: ictère, fièvre, troubles hémodynamiques, respiratoires.

Biologiquement il existe une hyperleucocytose à polynucléaires et une élévation de la CRP.

Sur les clichés d'abdomen sans préparation on voit une distension du grêle en rapport avec l'iléus paralytique.

Le scanner apporte les mêmes informations et peut mettre en évidence un abcès et une infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne avec la présence de liquide intra abdominal.

En pratique, le problème posé est en général celui de l'origine abdominale ou extra abdominale d'un syndrome infectieux post-opératoire.

Le traitement nécessite une intervention chirurgicale en urgence, parfois précédés d'une courte durée de réanimation.

11. Les péritonites primitives :

L'origine septicémique, à pneumocoque et à streptocoque, élargie à d'autres germes (entérocoque, colibacille) est souvent incriminée. La recherche de la porte d'entrée est infructueuse la plupart du temps.

Le début est brutal marqué par des vomissements, une diarrhée abondante et fétide, l'état général est altéré, il y a une hyperthermie.

La palpation de l'abdomen retrouve plus souvent une défense abdominale qu'une contracture vraie.

Le diagnostic de péritonite primitive est méconnu dans la majorité des cas; il est fait en per-opératoire en l'absence de lésions organiques intra abdominales.

La mise en évidence du germe est rare dans nos conditions.

VI. FACTEURS PRONOSTIQUES GLOBAUX :

Plusieurs facteurs ou situations sont reconnus dans la littérature comme signes de mauvais pronostic :

-La durée de l'inoculation péritonéale :

Avant l'intervention thérapeutique est le plus simple à apprécier. Le taux de mortalité augmenterait au delà de 12 heures d'évolution, en raison d'une diffusion générale toxi-infectieuse.

-La survenue d'une complication évolutive :

de type syndrome hémorragique, choc septique, insuffisance rénale aigue ou insuffisance respiratoire, est également prise en compte.

S'il existe 1 , 2 ou 3 de ces complications, le taux de mortalité serait respectivement de 33, 66 ou 100%.

-L'âge :

n'est pas en tant que tel, mais en relation avec le site d'une perforation digestive est un indicateur important. En effet, plus l'âge augmente, plus la perforation est distale et plus la mortalité est élevée.

VII. Evolution :

Une péritonite non traité à une évolution rapidement dramatique

Elle entraîne rapidement la mort par état septique sévère, ou syndrome de défaillance poly-viscérale.

Dans d'autre rare cas elle peut être circonscrite par les défenses physiologique de l'organisme et évoluée vers la guérison

VIII. Complications

➤ **Complications précoces :**

- Hémorragie : chute de la tension artérielle, saignement éventuel par les drains.
- Péritonite avec ou sans lâchage anastomotique, qui se révèle par un tableau d'occlusion fébrile.
- Infections pariétales pouvant aboutir à une éviscération.
- Abscess métastatiques extra- abdominaux (rein, poumon, cerveau).
- Thrombophlébites périphérique.
- Fistule digestive.

➤ **Complications tardives :**

- Abscès localisé, qui peut être unique ou multiple.
- Occlusions répétées par brides intra péritonéales.
- Éventrations.

IX. TRAITEMENT

C'est une urgence chirurgicale : hospitalisation en chirurgie

La prise en charge d'une péritonite aigue généralisée est basé sur deux volets :

- traitement médical
- traitement chirurgical

1/ Traitement médical :

Les mesures de réanimation fait partie intégrante du traitement des péritonites aigues généralisées. Elle est responsable tant en matière de stratégie antibiotique que de gestion des désordres physiologique sévères engendrés par le sepsis, . Elle débute avant, continue pendant et après l'intervention.

Elle repose sur une optimisation hémodynamique, respiratoire et métabolique. L'objectif étant d'amener rapidement mais dans les meilleures conditions possibles, le patient au bloc opératoire.

Elle comporte la mise en place d'une sonde gastrique pour une aspiration douce et continue, une sonde urinaire pour surveiller la diurèse, d'une voie veineuse périphérique ou centrale pour la rééquilibration hydro électrolytique et la mesure de la pression veineuse centrale , prélèvements sanguins et hémoculture ,monitorage ECG ,TA, saturation en O2 .

Elle comporte ainsi une antibiothérapie qui doit être instituée une fois le diagnostic est suspecté sans attendre la confirmation chirurgicale ou encore les résultats bactériologiques.

L'antibiothérapie intègre dans ses cibles essentiellement les entérobactéries notamment (Escherichia coli), les anaérobies (en particulier les Bacteroides) et les bactéries à Gram négatif. Puis elle devra être réévaluée à la 48 ou 72 heures dès l'obtention des résultats des cultures bactériologiques et des antibiogrammes.

La durée du traitement varie selon les cas.

2/ Traitement chirurgical

Le traitement des péritonites est à caractère chirurgical. Elle a pour objectif d'éradiquer tous les foyers septiques, de supprimer la cause de la contamination bactérienne en traitant la lésion responsable, de nettoyer la cavité péritonéale pour éviter la diffusion générale de l'infection et prévenir la formation d'abcès post-opératoire.

1. Voie d'abord :

La voie d'abord est généralement médiane par chirurgie conventionnelle. Elle se situe à cheval sur l'ombilic et selon les découvertes opératoires, peut être agrandie en sus ou en sous ombilicale ; la largeur de l'incision doit permettre l'abord du viscère intéressé avec le moins de délabrement en tenant compte des nerfs, des muscles (risque d'éventration) et des vaisseaux.

L'avènement de la cœlioscopie (laparoscopie) a révolutionné de façon considérable la chirurgie des péritonites. Elle a l'avantage d'éviter les problèmes pariétaux des laparotomies (abcès de la paroi, éventration, éviscération) et surtout d'être plus esthétique. Etant moins agressive, elle va permettre un rétablissement plus rapide.

Dans tout les cas le principe de l'intervention reste le même.

2. Techniques :

L'intervention doit suivre certains principes :

- ouverture large de la cavité abdominale
- exploration complète
- prélèvements bactériologiques du liquide trouvé dans l'abdomen
- éliminer la cause de la péritonite : (Suture d'un ulcère gastro-duodéal, appendicectomie, colectomie partiel ou total avec colostomie, résection du grêle avec stomie, cholécystectomie,...)
- toilette péritonéale, c'est un temps essentiel ; elle est réalisée par un lavage abondant de la cavité péritonéale au sérum physiologique tiède, associé ou non à un antiseptique) et en présence de fausses membranes, on les enlèvera prudemment en prenant soin de ne pas blesser les anses digestives ;
 - jamais de suture sur le grêle et le colon en milieu septique, les anastomoses digestives sont proscrites en milieu septique ; donc la réalisation de stomie.

-Le drainage : n'est pas systématique mais il est classiquement réalisé, il est utile pour diriger une fistule post-opératoire.

deuxième chapitre

Etude pratique

Profil épidémiologique des péritonites aiguës généralisées :
intéressant la période 2012-2015 au niveau de service de chirurgie B
- CHU Tlemcen.

I. Introduction

La péritonite aiguë est une urgence chirurgicale fréquente et elle est grave dans sa forme vue tardivement.

Dans cette étude différents critères intéressant les péritonites aiguës ont été analysés afin de dresser le profil épidémiologique tel qu'il apparut au fil de ces 04 dernières années

Les critères sont : les années, le sexe, l'âge, les étiologies, les étiologies selon le sexe et la durée d'hospitalisation.

II. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective (2012- 2015), qui a été portée sur 115 cas présentant une péritonite aiguë.

L'exploitation des données a été réalisée sur les dossiers colligés au niveau de service de chirurgie B - CHU Tlemcen.

III. Résultats et discussions

Etude séquentielle annuelle des péritonites aiguës (2012-2015) au niveau de service de chirurgie B -CHU Tlemcen

1) Répartition par année :

Dans ce tableau : la fréquence des péritonites aiguës au niveau de service de chirurgie B -CHU Tlemcen de 2012 au 2015.

Les années	Les cas observé
2012	31
2013	25
2014	32
2015	29

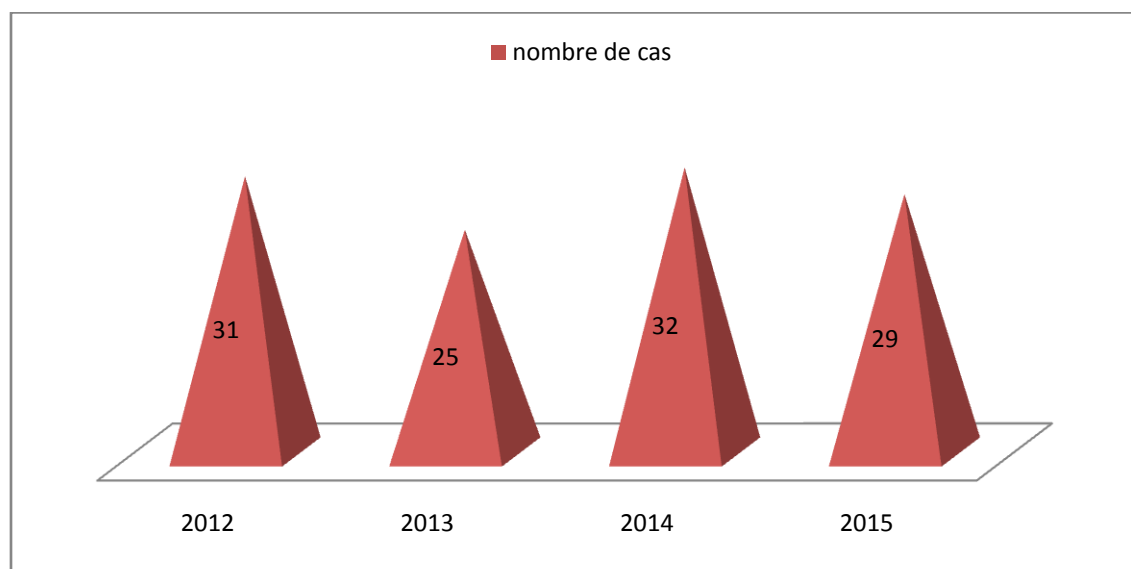


Figure 1 : répartition par année

Discussion

Durant ces 04 dernière années, il n'y avait pas une grande différence concernant le nombre des cas de péritonites aiguës, le nombre moyen est de 29 cas avec un maximum en 2013 comportant 32 cas.

2) Répartition selon le sexe :

Répartition par sexe des cas des péritonites aiguës au niveau de service de chirurgie B - CHU Tlemcen (2012-2015).

Le sexe	Nombre de cas	Pourcentage
homme	101	86.32 %
femme	16	13.68 %
Total	117	100 %

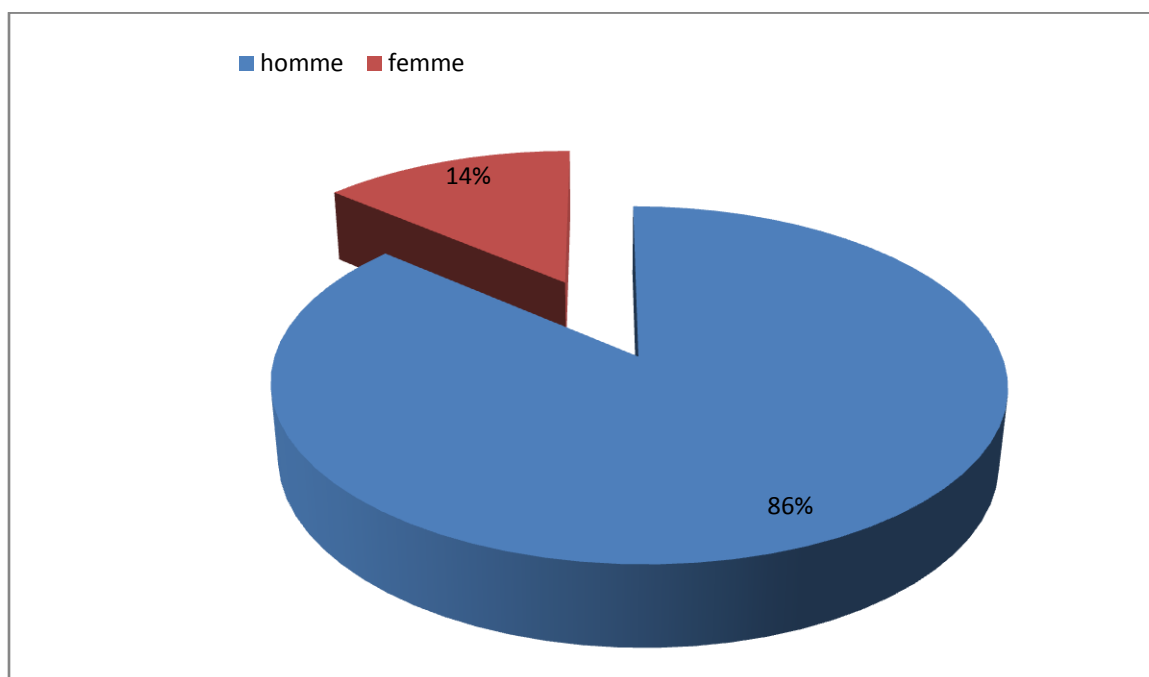


Figure 2 : répartition selon le sexe

Discussion

Dans cette étude on note 86.32% des cas pour les hommes, contre 13.68% des cas pour les femmes ; alors le sexe masculin est nettement dominant par rapport au sexe féminin.

2) Répartition selon l'âge :

Répartition par tranche d'âge des cas de péritonites aiguës au niveau de service de Chirurgie B - CHU Tlemcen (2012-2015).

Tranche d'âge	Nombre de cas
< ou = 20 ans	09
De 20 à 30 ans	26
De 31 à 40 ans	24
De 41 à 50 ans	30
> 51 ans	28

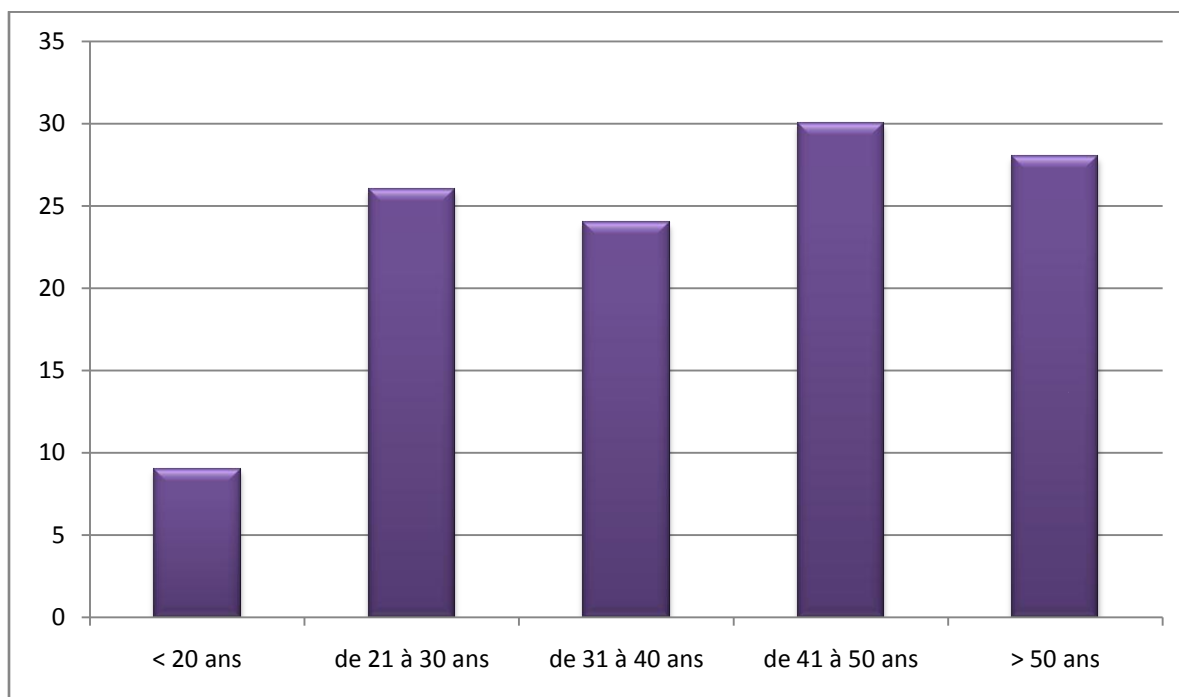


Figure 3 : répartition selon l'âge

Discussion

A partir de ces données ; on constate que le nombre de péritonites aiguës est

réduit avant l'âge de 20ans, il commence a augmenté a partir de 21 ans avec un maximum entre 41 et 50ans.

3) Répartition selon l'étiologie :

Répartition selon l'étiologie des cas de péritonites aiguës au niveau de service de « Chirurgie B » CHU Tlemcen.

L'étiologie	Nombre de cas
P. Perforation d'ulcère gastroduodénal	54
Péritonite appendiculaire	30
Perforation grelique	18
Perforation colique	07
Péritonite biliaire	02
Autre (rupture d'un kyste hépatique, infarctus méésentérique, kyste ovarien, ...)	06

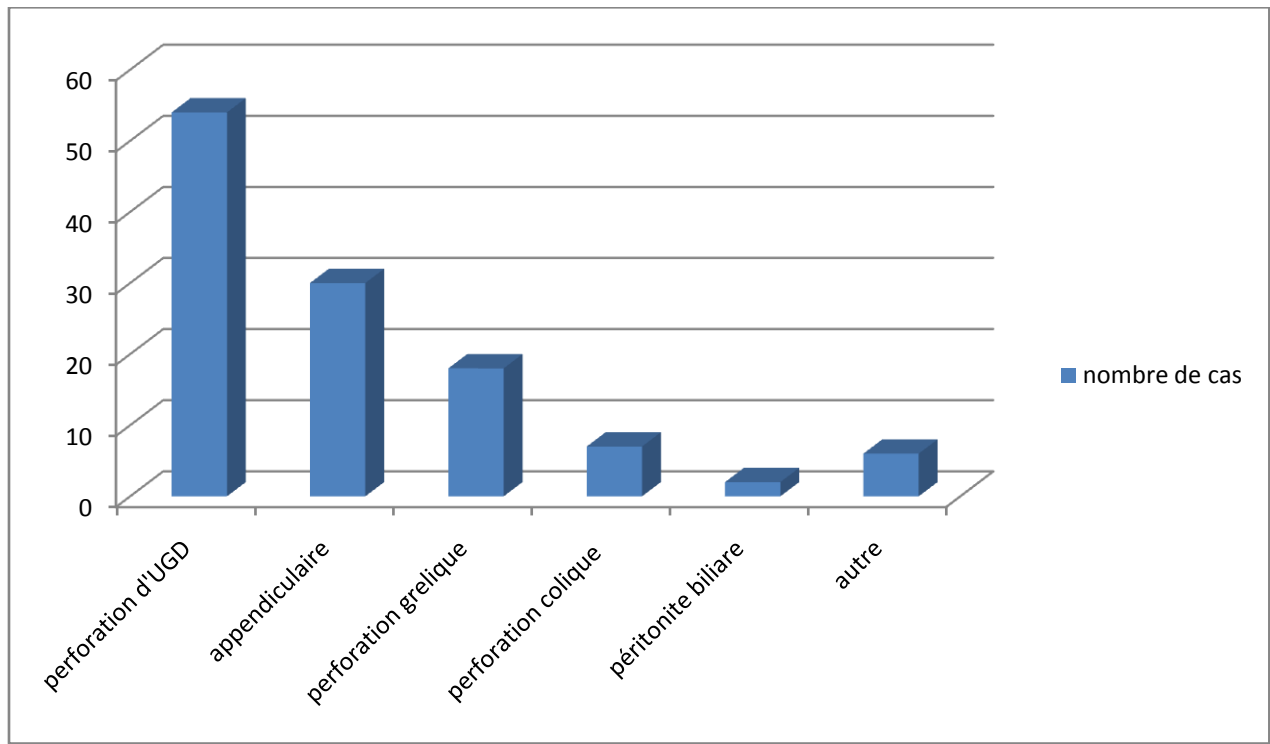


Figure 3 : répartition selon l'étiologie

Discussion

Par ordre de fréquence décroissant on a :

1-péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodéal.

2-péritonites par perforation appendiculaire.

3-péritonites par perforation grelique.

4-péritonites par perforation colique.

5-péritonites par autres causes (rupture d'un kyste hépatique, péritonite génitale , infarctus méésentérique,)

6-péritonites biliaire.

Les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodéal sont les plus fréquentes, représentant plus de la moitié des cas.

4) Répartition de l'étiologie en fonction de sexe :

Répartition de l'étiologie en fonction de sexe des cas de péritonites aiguës au niveau de service de Chirurgie B - CHU Tlemcen.

Type	homme	femme
P. Perforation d'UGD	50	04
P. appendiculaire	24	06
P. grelique	15	03
P. Colique	05	02
P. biliaire	02	00
Autres (rupture d'un kyste hépatique, infarctus méésentérique, kyste ovarien, ...)	04	02

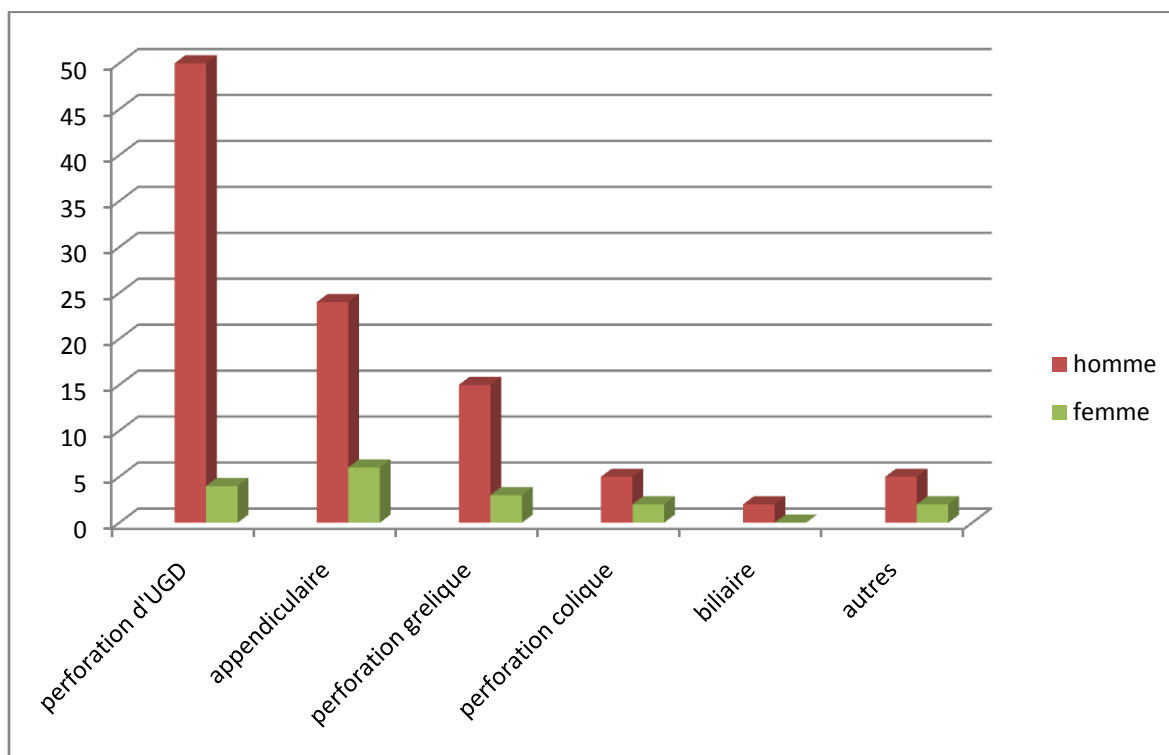


Figure 4 : répartition de l'étiologie en fonction de sexe

Discussion

On analysant ces histogramme on remarque que les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodéнал sont plus fréquent chez l'homme que chez la femme du fait que les hommes sont plus exposés au facteurs de risque des maladies ulcéreuses (tabac, café...) ; et même pour le reste des autres types de péritonites il y'a toujours une prédominance de sexe masculin .

5) Répartition selon la durée d'hospitalisation :

Répartition selon la durée d'hospitalisation des cas des péritonites aiguës au niveau de service de Chirurgie B - CHU Tlemcen.

Durée d'hospitalisation	Cas hospitalisée
< ou = 03 jr	05
De 3 à 5 jr	68
De 6 à 8 jr	35
>8 jr	08

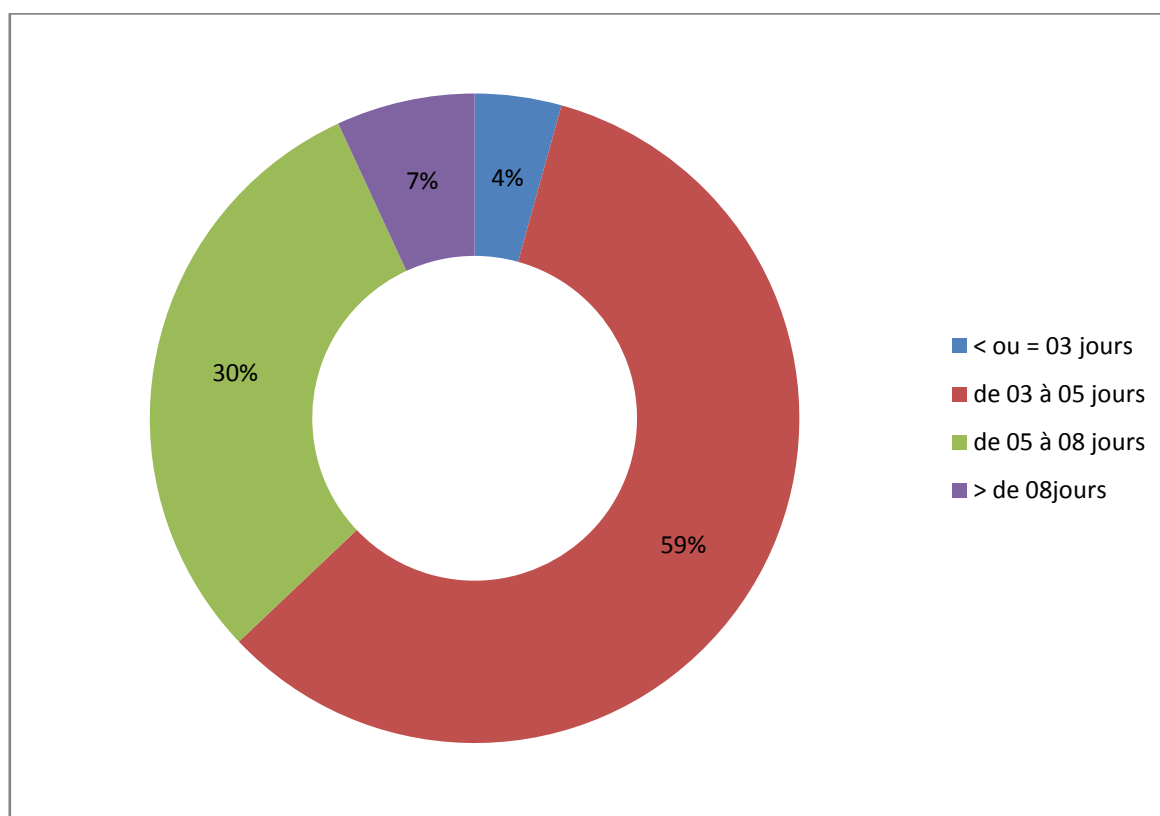


Figure 5 : répartition selon la durée d'hospitalisation

Discussion

On constate que la plus part des cas des péritonites aiguës nécessitent une durée d'hospitalisation au moyenne entre 3 et 5 jours.

IV. Conclusion

Durant cette période 2012-2016 ; 117 patients ont été traités et suivis pour la péritonite aigue généralisé et ont bénéficié d'une prise en charge au niveau de service de chirurgie B - CHU Tlemcen.

La maladie étant stable depuis l'année 2012.

L'homme est plus touché que la femme avec un sexe ratio 06 hommes pour une femme et ceux-ci quelque soit la période étudié.

La péritonite aigue généralisé touche surtout la population adulte mais elle reste présente avant l'âge de 20 ans.

La péritonite par perforation d'ulcère gastro duodéнал reste l'étiologie la plus fréquente durant toutes ces années.

Conclusion générale

Notre étude a tenté d'esquisser le profil épidémiologique de la péritonite aigue au service de Chirurgie B - CHU Tlemcen durant la période 2012-2015.

La situation épidémiologique reste plus ou moins stable dans sa prévalence et son incidence.

Le pronostic des péritonites aigues reste grave, lié à l'état général du malade, l'étiologie et retard thérapeutique.

Cette pathologie est apparemment bénigne, la mortalité est exceptionnelle, la morbidité est en rapport avec les infections du site opératoire qui entraînent systématiquement un allongement de la durée d'hospitalisation.

Au total, la péritonite est une urgence chirurgicale fréquente, qui nécessite une prise en charge adéquate dans l'immédiat.