

Republique Algérienne Démocratique et Populaire

CHU Tlemcen T.Damerdji

Service de chirurgie B

Chef de service :Pr.kherbouche

Encadreur : Dr.Bendimerad

Thème :

Les péritonites aiguës

Réalisé par :

GUENDOUZ Soumia

BACHIR Nawel

METRI Latifa

BOUNKHALA Hanifa

Année universitaire :2011-2012

Remerciement :

On tient à remercier le professeur **KHERBOUCHE.M** chef de service de chirurgie B au niveau du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen T-DAMERDJI ainsi que tous les maitres assistants à savoir Dr BEN DIMERAD , Dr HAMZA CHERIF, Pr LOUIEJDI SALIM , Dr OUDJEDI FATIH , Dr BENMANSOUR Dr BRIKSI , Dr TOUAGH , Dr KAID SLIMAN pour leur prise en charge durant tout notre stage d'internat sans oublier tous les résidents qui nous ont aidé pour mieux améliorer nos connaissances en collaboration avec nos collègues les internes et le personnel para médicaux .

Un remerciement spécial pour **Dr BEN DIMERAD** qui nous a aidés pour effectuer ce mémoire.

On tient aussi à remercier nos parents et nos proches parmi tout ce personnel qui nous ont soutenus moralement durant tout notre cursus clinique.

Plan du travail:

❖ Les objectifs de notre thème .

❖ Etude théorique :

1. Définition d'une péritonite aigue
2. Anatomie-physiologie
3. Physiopathologie
4. Etiopathogénie
5. Classification des péritonites aigues
6. Diagnostic positif
7. Diagnostic étiologique
8. Diagnostic différentiel
9. Evolution
10. Traitement

❖ Etude pratique:

1. Introduction.
2. Matériels et méthodes
3. Résultats et discussion
4. conclusion



LES OBJECTIFS

- ❖ Diagnostiquer une péritonite aigue
- ❖ Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- ❖ Poser le diagnostic étiologique.
- ❖ Traiter une péritonite aigue.

DEFINITION

- C'est une inflammation ou infection de la séreuse péritonéale constituant ainsi une urgence Médico-chirurgicale dont la prise en charge doit être rapide.

- Le liquide péritonéal est le plus souvent purulent secondaire à une agression chimique ou bactérienne.

- lorsque l'infection se propage dans toute la cavité abdominale on aura une péritonite généralisée.

- elle peut être localisée à un cadran de la cavité abdominale appelée : abcès intra péritonéaux (péritonite localisée).

• il existe deux types :

-Péritonite primitive : souvent à germes pneumocoques.

-Péritonite secondaire : multi bactériennes.

la clinique est souvent facile à un stade avancé ou le maître symptôme est la contracture abdominale.

les examens para cliniques sont dominés par l'ASP et l'échographie.

le traitement est souvent chirurgical précédé par la réanimation.

physiopathologie

- Lors d'une péritonite, il existe 2 types de retentissement : local et général.

- c'est surtout l'hypo volémie qui est la conséquence.

1- Retentissement local:

Qui est due aux moyens de défense type activation des macrophages et surtout une fuite plasmatique (engendre l'hypo volémie) iléus réflexe où il va y'avoir sortie du liquide intra intestinal vers la cavité péritonéale provoquant une hypo volémie, celle-ci est aggravée par les vomissements et diarrhées.

2-Retentissement général :

- retentissement cardiaque :

1. tachycardie
2. Chute tensionelle avec pincement de la différentielle
3. tachypnée
4. A un stade plus avancé,on aune défaillance cardiaque

Anatomie- physiologie

-Le péritoine est une séreuse qui recouvre les viscères et la paroi abdominale antérolatérale et le rétro- péritoine.

-Grâce à sa mobilité, celle-ci permet la mobilité de certains viscères type intestinale, et grâce a sa surface de 2 m, elle permet les échanges entre les différents compartiments de la cavité abdominale .

-la sécrétion quotidienne du liquide péritonéale est de 3cc /j dont la constitution est riche en macrophages, protéines donc la P° oncotique est à peu près égale a celle du plasma.

▣ **-les propriétés d'échange:** il existe un échange dans tous les compartiments de la cavité abdominale.

▣ **-les propriétés de défense** : le péritoine joue un rôle important dans le mécanisme de défense par l'intermédiaire de trois voies :

-Voie hépatique: grâce au système réticulo-endothélial (jéjunum et duodénum) permet l'absorption des toxines dans le système porte vers le foie.

-Voie Macrophage: la séreuse péritonéale est riche en vaisseaux, nerfs et surtout macrophages qui vont essayer de neutraliser toute bactérienne ou toxine au stade de début .

-Voie Lymphatique : c'est grâce au jeu de coupole diaphragmatique où il va y avoir une élimination de ces toxines ou bactérienne par l'intermédiaire du canal thoracique.

Etiopathogénie

La péritonite aigue est souvent secondaire à :

➤ une perforation d'un organe creux : qui peut être liée à :

1 - un traumatisme (ex : plaie par arme blanche)

2 - iatrogène

3 - post infectieuse type fièvre typhoïde.

4-secondaire à une maladie inflammatoire:

maladie de crohn.

5-liée a une hyper activité gastro – duodénale:

ulcère.

➤ par diffusion: secondaire à un foyer infectieux intra abdominale ex : appendicite, cholécystite, salpingite.

- retentissement rénal :

Hypo volémie va provoquer une insuffisance rénale au départ fonctionnelle puis pouvant devenir organique.

- retentissement pulmonaire :

La limitation des jeux des coupes diaphragmatique dues à la distension abdominale et a la douleur provoquant des dyspnées pouvant aller jusqu'à un syndrome de détresse respiratoire aigue.

- retentissement hépatique:

provoquant une cytolyse avec trouble de la coagulation donnant une CIVD.

Classification des péritonites

Parmi les différentes classifications des péritonites, celle dite de Hambourg qui sépare les péritonites en trois classes selon l'origine de l'infection est la plus utilisée.

Les péritonites secondaires représentent 90 % des péritonites aiguës .

1. Péritonite primaire :

Les péritonites primaires sont dues à une infection spontanée mono bactérienne du péritoine d'origine hématogène ou par translocation. Leur traitement est médical.

Les causes les plus fréquentes sont l'infection d'ascite à *E. coli* chez le cirrhotique, l'infection à staphylocoque par l'intermédiaire du cathéter chez les patients avec dialyse péritonéale et la péritonite spontanée à pneumocoque de l'adulte.

2. Péritonite secondaire :

Les péritonites secondaires sont liées à la diffusion d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif.

Les principales causes sont représentées dans le tableau suivant :

Les étiologies	
Perforation intra abdominale/ infection	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appendicite. 2. Diverticulite sigmoïdienne . 3. Perforation d'ulcère gastro duodénal . 4. Cholécystite. 5. Infarctus mésentérique 6. Perforation tumorale ou diastatique en amont d'un obstacle . 7. Maladie de Crohn ou rectocolite, typhoïde .
Post-opératoire	<ol style="list-style-type: none"> 1. La désunion anastomotique. 2. Contamination per opératoire.
Post -traumatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plaie pénétrante 2. Traumatisme fermé avec perforation ou ischémie digestive. 3. Perforation endoscopique ou corps étranger.

3. Péritonite tertiaire :

Les péritonites tertiaires 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 abdominal est surinfectée par des micro-organismes peu virulents mais devenu résistants ou des levures.

Ces péritonites sont fréquemment associées à un syndrome de défaillance multi viscérale.

Diagnostic positif

Le diagnostic de péritonite est clinique et en général assez facile.

Des examens para cliniques sont utiles pour préciser l'origine de la péritonite ou planifier la prise en charge mais ils ne doivent en aucun cas retarder le traitement.

1.Diagnostic clinique :

Le motif de consultation aux urgences est une douleur abdominale intense, généralisée ou parfois localisée à un quadrant de l'abdomen, de début brutal ou progressivement croissante, accompagnée ou non de signes infectieux.

Le diagnostic de péritonite est rapidement fait à l'examen physique devant la présence de signes péritonéaux.

La *contracture* est le signe essentiel d'une péritonite aiguë. Il s'agit d'une contraction rigide, tonique, invincible, permanente et douloureuse le classique ventre de bois des muscles de la ceinture abdominale, la défense est une forme atténuée de contracture.

Une douleur aigue lors de la palpation de cul de sac de Douglas.

au toucher rectal ou la douleur vive lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque appelée: le

cris de Douglas ont la même valeur sémiologique que la contracture et signe une irritation péritonéale.

Les signes péritonéaux peuvent être modérés voire absents chez les personnes âgées, dénutries ou immunodéprimés.

Il peut être difficile à évaluer chez un patient obèse ou chez un malade dans le coma (ex : polytraumatisé).

Devant une suspicion de péritonite, l'examen cherche également des signes de gravité (choc) dont la présence conduit à une intervention en urgence sans autre examen complémentaire.

2.Examens paracliniques :

En l'absence de choc, quelques examens para cliniques simples peuvent aider à la prise en charge en précisant la cause et le retentissement de la péritonite.

Le diagnostic de péritonite est clinique et chez un malade ayant une contracture, la normalité des examens para cliniques ne doit pas faire remettre en cause le diagnostic.

a. Examens biologiques :

Ils n'ont aucune valeur diagnostique mais permettent d'évaluer la gravité de la péritonite (insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique), son retentissement

infectieux (hyperleucocytose) et d'aider la prise en charge anesthésique.

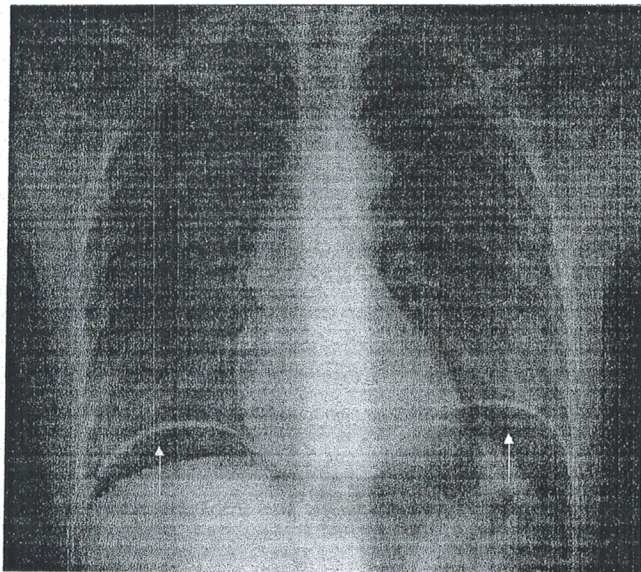
b. Radiographies d'abdomen sans préparation :

Réalisées avec une radiographie de thorax de face (ou des clichés centrés sur les coupes), elles ont pour but de rechercher un pneumopéritoine visible sous la forme d'un croissant clair gazeux sous-diaphragmatique uni- ou bilatéral, signant la perforation d'un organe creux.

En cas d'un épanchement liquidien associé, un niveau hydro-aérique sous diaphragmatique remplace l'image de pneumopéritoine.

La péritonite s'accompagne le plus souvent de signes d'iléus avec une dilatation gazeuse du grêle. Si la présence d'un pneumopéritoine associé à des signes péritonéaux affirme la perforation d'un organe creux, toutes les péritonites ne s'accompagnent pas d'un pneumopéritoine .

radio de poumon de face: pneumopéritoine

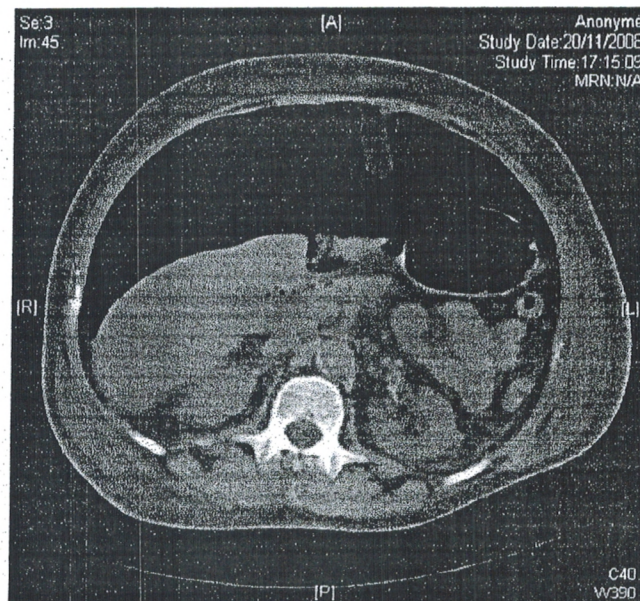


c. Scanner abdominal :

Il est utile lorsque l'examen clinique est douteux (immunodéprimé, péritonite asthénique du vieillard) ou difficile (obèse, péritonite postopératoire, traumatisé de l'abdomen).

Il peut aider au diagnostic en mettant en évidence un petit pneumopéritoine non visible sur les radiographies standard ou un épanchement liquidien intra-abdominal.

TDM: pneumopéritoine



Il peut également montrer des signes liés à la cause: diverticulite, infiltration péri appendiculaire .

De ce fait, il est de plus en plus souvent fait en première intention avant l'ASP (celui-ci devenant inutile).

Il est cependant nécessaire de vérifier auparavant la bonne qualité de la fonction rénale. Si celle-ci est altérée, il doit être fait sans injection de produit.

Diagnostic étiologique

1. Perforation d'ulcère gastrique ou duodénal :

Il s'agit le plus souvent d'un sujet jeune ayant une douleur épigastrique de début brutal (horaire) diffusant ensuite à tout l'abdomen. L'interrogatoire cherche des antécédents d'ulcère, la prise récente de médicaments gastro-toxiques (AINS +++) ou d'autres facteurs favorisant (tabagisme important, jeûne prolongé...). À l'examen, il n'y a pas de fièvre, en tout cas dans les 24 premières heures (péritonite chimique).

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 sans fièvre, 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. Le traitement nécessite le plus souvent une intervention en urgence.

2. Péritonite appendiculaire :

La péritonite peut être inaugurale, généralisée d'emblée, ou compliquer 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 croissante associées à un fébricule. Secondairement, la douleur devient intense et se généralise à tout l'abdomen avec une fièvre souvent élevée à 39-40 °C.

À l'examen, il existe des signes péritonéaux prédominant en fosse iliaque droite, le TR est douloureux. Biologiquement, il existe une hyperleucocytose à polynucléaires et une élévation de la 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 cæcal 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 signes de choc.

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

3. Tumeur gastrique perforée :

On peut avoir une notion d'hémorragie digestive et d'altération de l'état général avec amaigrissement.

4. péritonite par perforation colique :

➤ La perforation d'un cancer*** : tumorale (tumeur nécrosée) ou à distance, en amont de la tumeur (diastatique).

Les signes cliniques prédominent au niveau du quadrant où siège la perforation. L'ASP (volumineux pneumopéritoine).

➤ Péritonite diverticulaire :

La péritonite peut être généralisée d'emblée par perforation brutale d'un diverticule infecté en péritoine libre ou résulter de la perforation secondaire d'un abcès péri-sigmoïdien compliquant une diverticulose (péritonite en 2 temps).

Le tableau clinique typique débute par des douleurs de la fosse iliaque gauche dans un contexte infectieux. Les signes péritonéaux apparaissent dans un second temps avec une douleur généralisée, un syndrome infectieux marqué, parfois des signes de choc car il s'agit le plus souvent d'une péritonite stercorale.

➤ - Les autres étiologies :

- Perforation des colites inflammatoires (RCH, Crohn)
- Perforation sur fécalome : vieillard ou malades psychiatriques (constipation chronique)
- Perforation iatrogène : accidents des colonoscopies.

5. péritonite du grêle :

➤ perforation ou infection du diverticule de Meckel, pathologie inflammatoire (Crohn),

- perforation typhique.
- perforation après ingestion de comprimé de potassium...

6. Péritonite biliaire :

➤ les péritonites spontanées (90%) :
Perforation de la vésicule (calcul- cancer vésiculaire-gangrène), rarement la péritonite est secondaire à une diffusion du pus à partir d'un pyocholécyste.

➤ Les péritonites provoquées

- post opératoire (cholécystectomie) .
- post traumatique.

▣ diagnostic

- Antécédents
- Clinique: siège à l'hypochondre droit avec irradiation scapulaire droite. Les signes généraux s'aggravent rapidement vu la nature biliaire (inhibition de la phagocytose) et infecté de l'épanchement.
- A l'ASP on ne note pas de pneumopéritoine mais parfois l'image d'un calcul à l'extérieur de l'aire hépatobiliaire.
- Échographie : épanchement avec aspect de cholécystite.

6. Péritonite pancréatique:

C est une complication de la pancréatite aigue par fistule pancréatique dans un organe creux ou externes par drainage chirurgical.

7. péritonite génitale :

Salpingite ou pyosalpinx : (pelvipéritonite)*** parfois PAG.

Clinique : femme jeune, douleur hypogastrique diffusant vers le haut, T°= 39-40°C, pertes purulentes.

Au spéculum : col et vagin inflammés.

Le toucher pelvien est douloureux.

8. Peritonite urinaire :

Souvent suite à une rupture traumatique de la vessie ou des voies excrétrices (uropéritoïne).

9. Péritonite post-opératoire :

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 le 7^e jour post-opératoire.

Les signes cliniques peuvent être identiques à ceux d'une péritonite extrahospitalière 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 chirurgie et la fièvre peut orienter vers une autre cause de fièvre en postopératoire: Infection urinaire, abcès de paroi, infection

pulmonaire, thrombose veineuse, embolie pulmonaire, veinite au point de perfusion, allergie médicamenteuse...

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

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 ou une infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne avec présence de liquide intra-abdominal.

Le traitement nécessite une intervention chirurgicale en urgence, parfois précédée d'une courte réanimation « décochage ».

L'examen trouve une contracture généralisée ou encore localisée à la fosse iliaque gauche avec défense des autres quadrants, le TR est douloureux, la température est élevée.

Biologiquement, il existe une hyperleucocytose à polynucléaires et une élévation de la CRP. Il faut vérifier l'absence d'insuffisance rénale fonctionnelle surtout en cas de choc associé. La rx du thorax met un pneumopéritoine souvent volumineux et bilatérales.

Diagnostic différentiel

Se pose avec les autres syndromes douloureux hyperalgiques :

Ulcère aigu non perforé

Colique néphrétique

Occlusion

Pancréatite aiguë

Infarctus du mésentère

Evolution

Non traitée

complications septiques loco régionales (abcès intra-abdominaux)

pyléphlébite : phlébite septique de la veine porte

complications septiques à distance (abcès hépatiques, rénaux, cérébraux)

décès par choc septique et défaillance multi-viscérale.

Traitement de la péritonite:

Basé sur trois volets :

Traitement médical : Réanimation:

- voie veineuse centrale+remplissage : control TA,PV et ionogramme sanguin.
- Antibiothérapie parentérale à large spectre (en 1 er intention: betalactamines ,aminoside ,flagyl)
- Sonde gastrique + aspiration douce continue.
- Sonde urinaire + surveillance de la diurèse.

Traitement chirurgical: Laparotomie:

- Abord large.

Prélèvement pour étude bactériologique

- Aspiration de pus et débris nécrotiques.
- Toilette péritonéale au SSI tiède

Traitement étiologique:

- Cholécystectomie.
- Suture de l'ulcère plus ou moins vagotomie , si non gastrectomie.
- Appendicectomie.
- Sigmoidectomie ou colectomie.

➤ D'abord stomie (mise à la peau : si en milieu septique puis anastomose.

Etude pratique

Profil épidémiologique des péritonites aiguës :

**Observation intéressante la période 2006-2011 au niveau
de Service de chirurgie B de CHU Tlemcen.**

1-Introduction.

2-Etude analytique.

3-Matériels et méthodes.

**4-Résultats : étude séquentielle annuelle des péritonites
aiguës :**

*** Discussion**

***Conclusion.**

Introduction :

-Différents critères intéressants les péritonites aiguës ont été analysés afin de dresser le profil épidémiologique tel qu'il est apparu au fil de ces 05 dernières années .

-Cette étude permet de figurer le reflet épidémiologique des Péritonites aiguës.

-Les critères : âge, sexe, durée d'hospitalisation, l'étiologie , l'année...

Matériels et méthodes :

-Il s'agit d'une étude rétrospective (2006-2011) est portée sur 67 cas qui ont présentés une péritonite aigue .

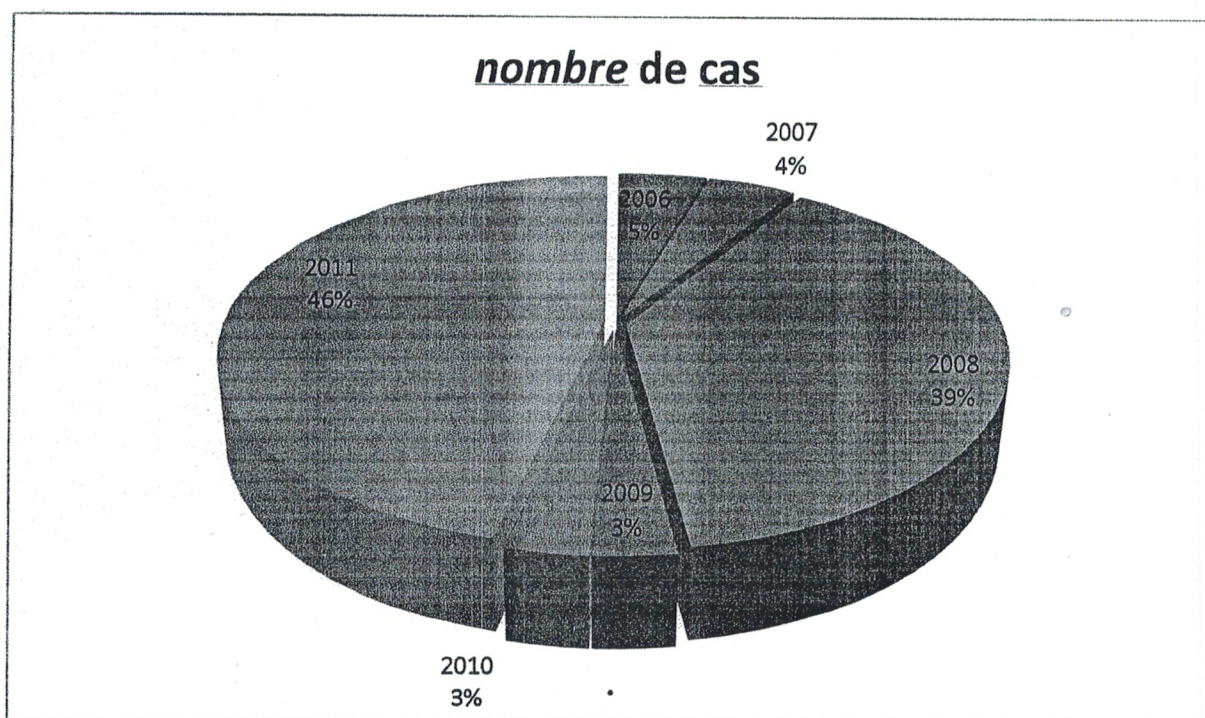
-L'exploitation des données a été réalisée sur dossiers colligés au niveau de services de chirurgie B CHU Tlemcen.

Résultats :

Etudes séquentielle annuelle des péritonites aigues (2006-2011) au niveau de CHU Tlemcen :

Figure 01 : Fréquence des péritonites aigues au niveau de service de chirurgie CHU Tlemcen(2006-2011)

Les années	Les cas observés
2006	03
2007	03
2008	26
2009	02
2010	02
2011	31

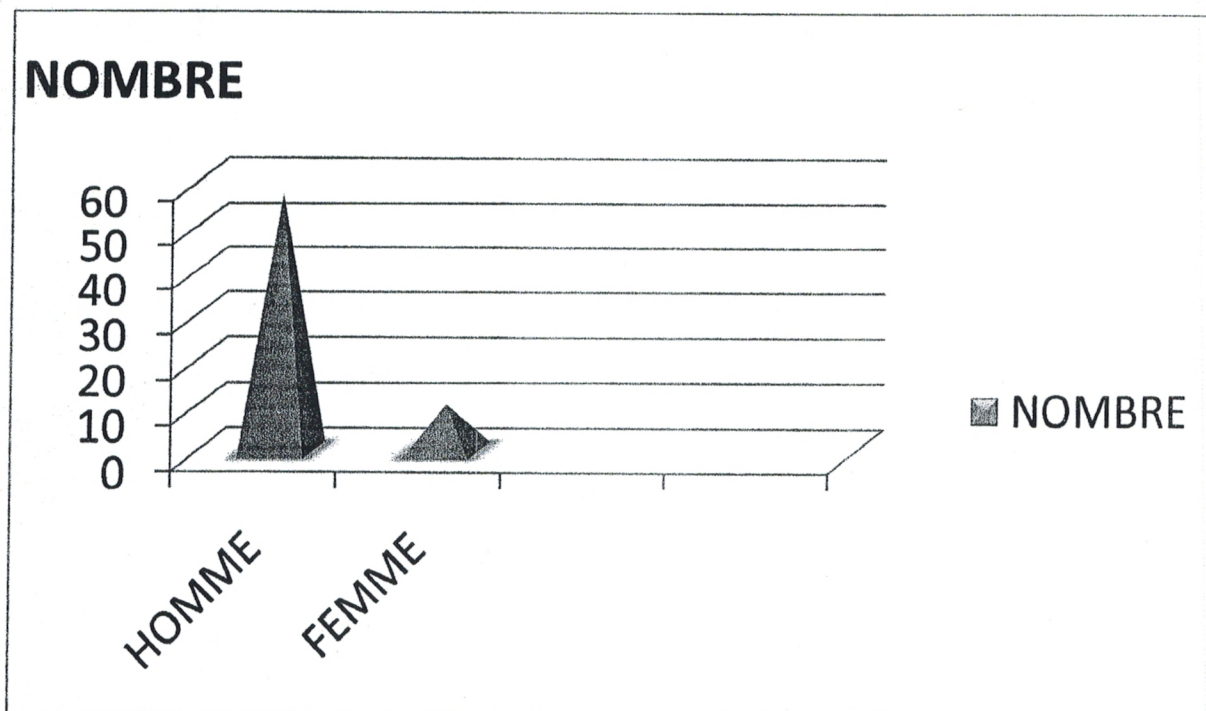


Discussion :

- Entre 2006-2007 : Le nombre des cas était bas et stable
- A partir de 2007 on note une recrudescence avec un pic en 2008 puis le nombre suit une régression progressive pour se restabiliser à nouveau entre 2009-2010.
- A partir de l'année 2010 on note une reascention du nombre .

Figure 02 : Répartition par sexe des cas péritonites aigue au niveau de service de chirurgie CHU Tlemcen(2006-2011).

Le sexe	Nombre de cas
homme	57
femme	10

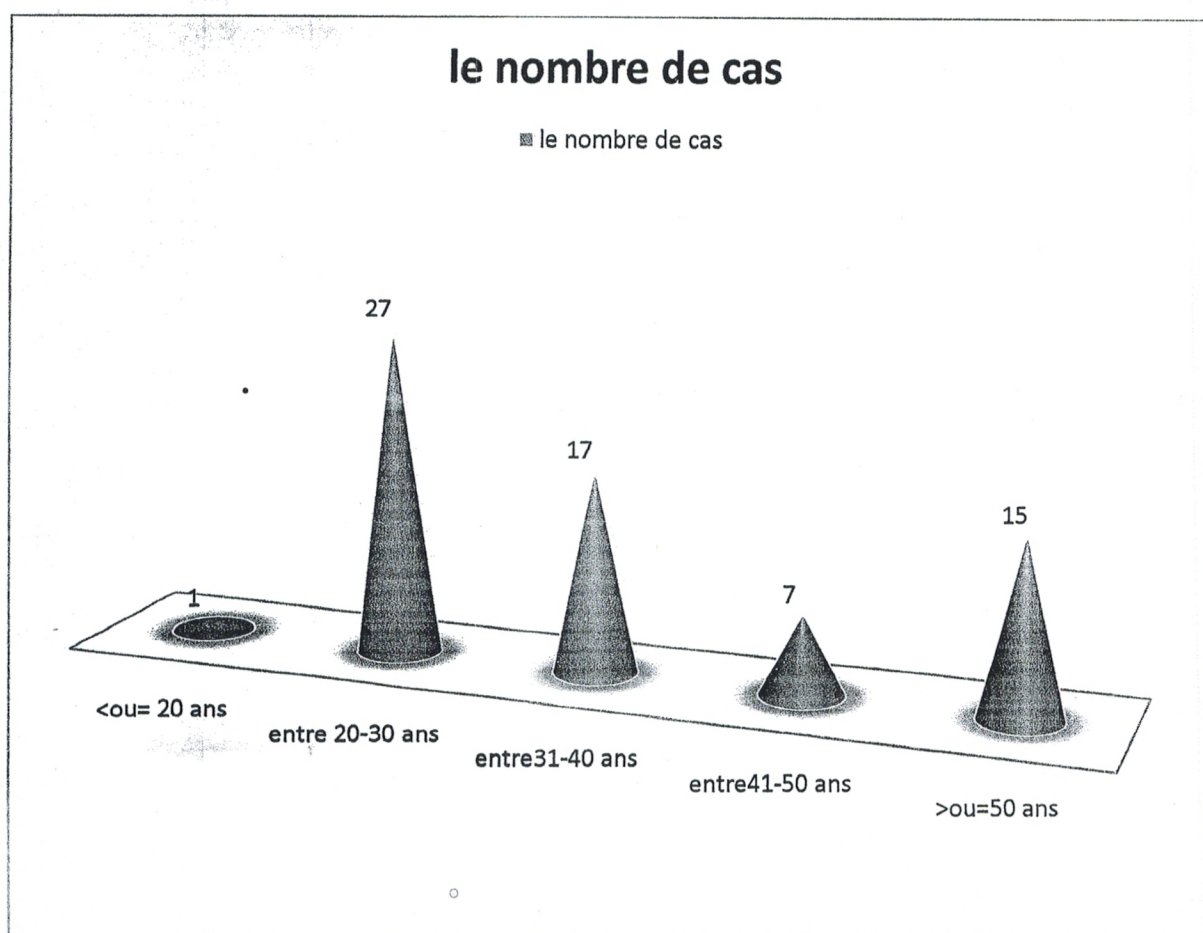


Discussion :

Le sexe masculin est nettement dominant par rapport au sexe féminin.

Figure 03 : Repartitions par tranche d'âge des cas péritonites aigue au niveau de service de chirurgie CHU Tlemcen (2006-2011).

Tranches d'âges	Nombre de cas
< ou= 20 ans	01
Entre 20 à 30 ans	27
Entre 31 à 40 ans	17
Entre 41 à 50 ans	07
>ou=50 ans	15

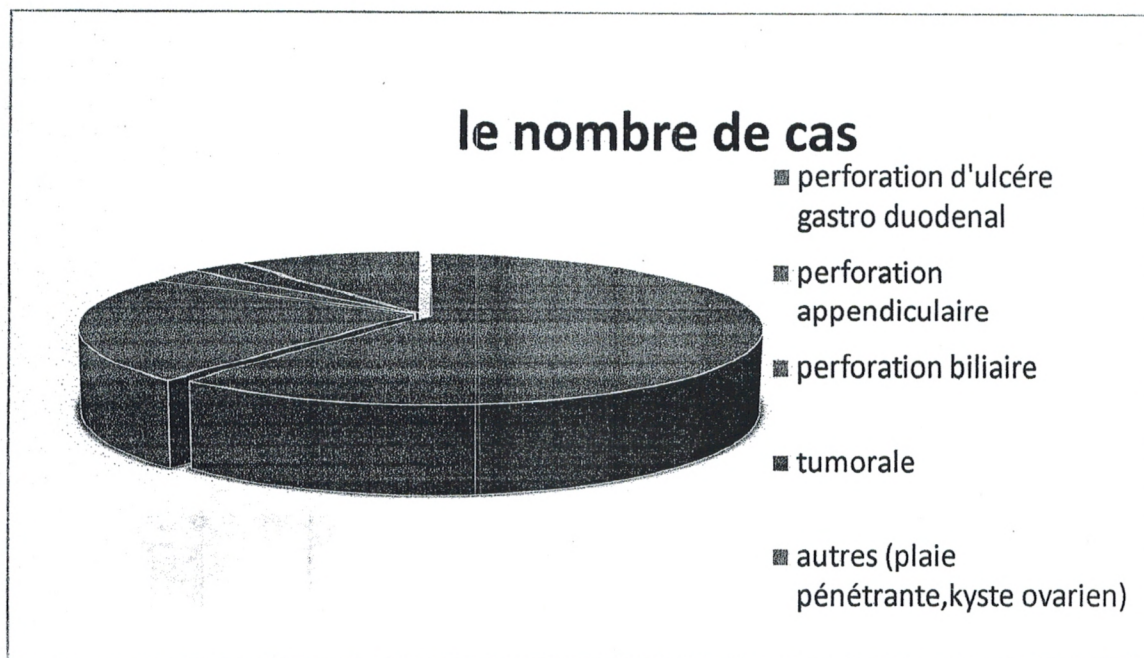


Discussion :

La tranche d'âge la plus touchée est entre 25-35 ans suivie par la tranche d'âge entre 35-45 ans puis celle sup à 55 ans.

Figure 04 : Repartitions selon l'étiologie des cas péritonites aigues au niveau de service de chirurgie CHU Tlemcen (2006-2011).

L'étiologie :	Nombre de cas :
Perforation gastroduodénale	41
Perforation appendiculaire	15
Perforation biliaire	02
Perforation tumorale	02
Autres (plaie, kyste ovarien, diverticule de meckel, infarctus méésentérique...)	07



Discussion: Par ordre de fréquence décroissant :

1-péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénale.

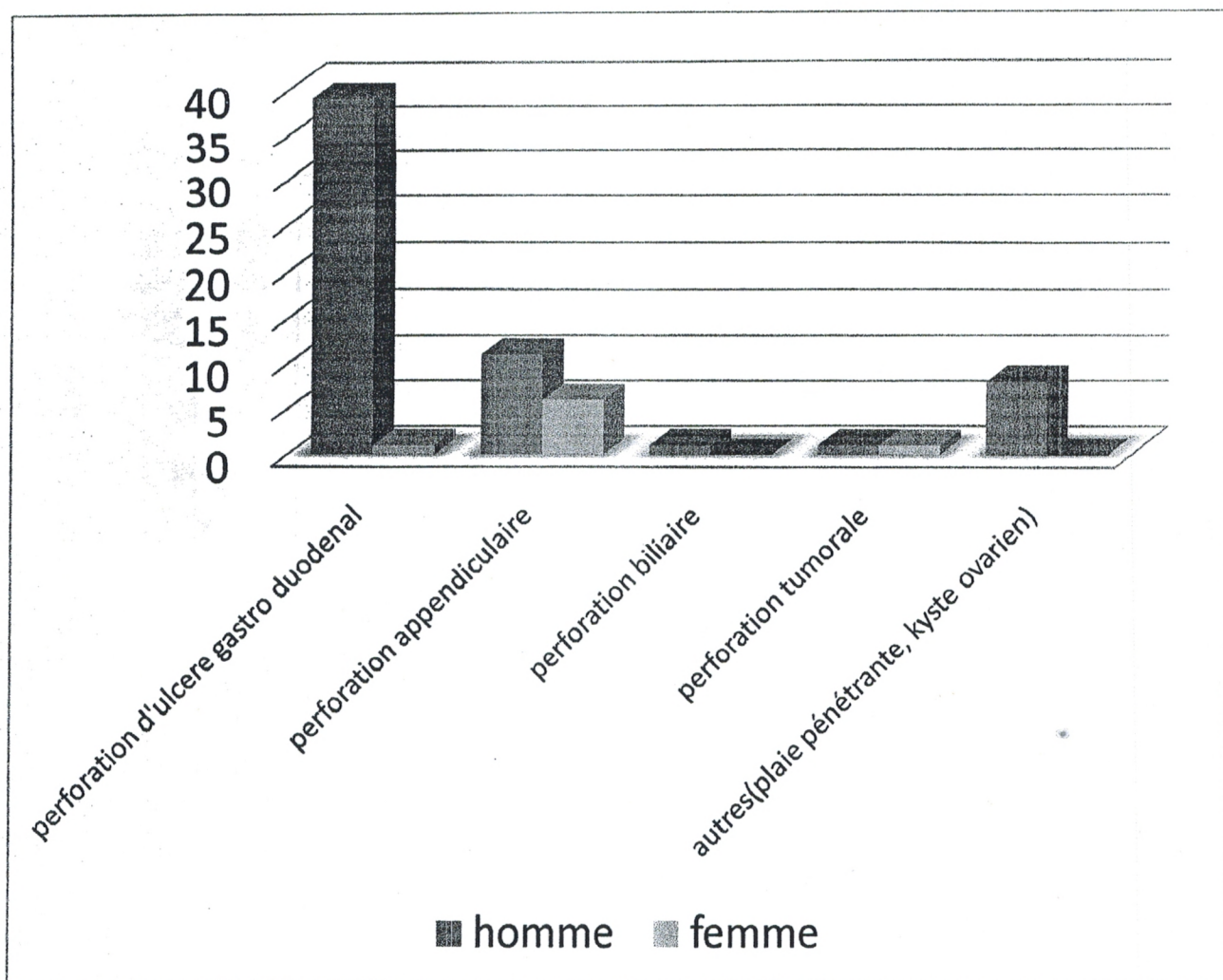
2-péritonite par perforation appendiculaire.

3-péritonite par autres causes (plaie, kyste ovarien, diverticule de meckel, infarctus méésentérique,...), enfin péritonite par perforation biliaire et tumorale.

Figure 05 :

Repartions de l'étiologie en fonction de sexe des cas péritonites aigue au niveau de service de chirurgie CHU Tlemcen (2006-2011).

L'étiologie	homme	femme
Perforation d'ulcère gastroduodéal	39	01
Perforation appendiculaire	11	06
Perforation biliaire	01	01
Perforation tumoral	01	01
Autres (plais, kyste ovarien...)	07	01



Discussion :

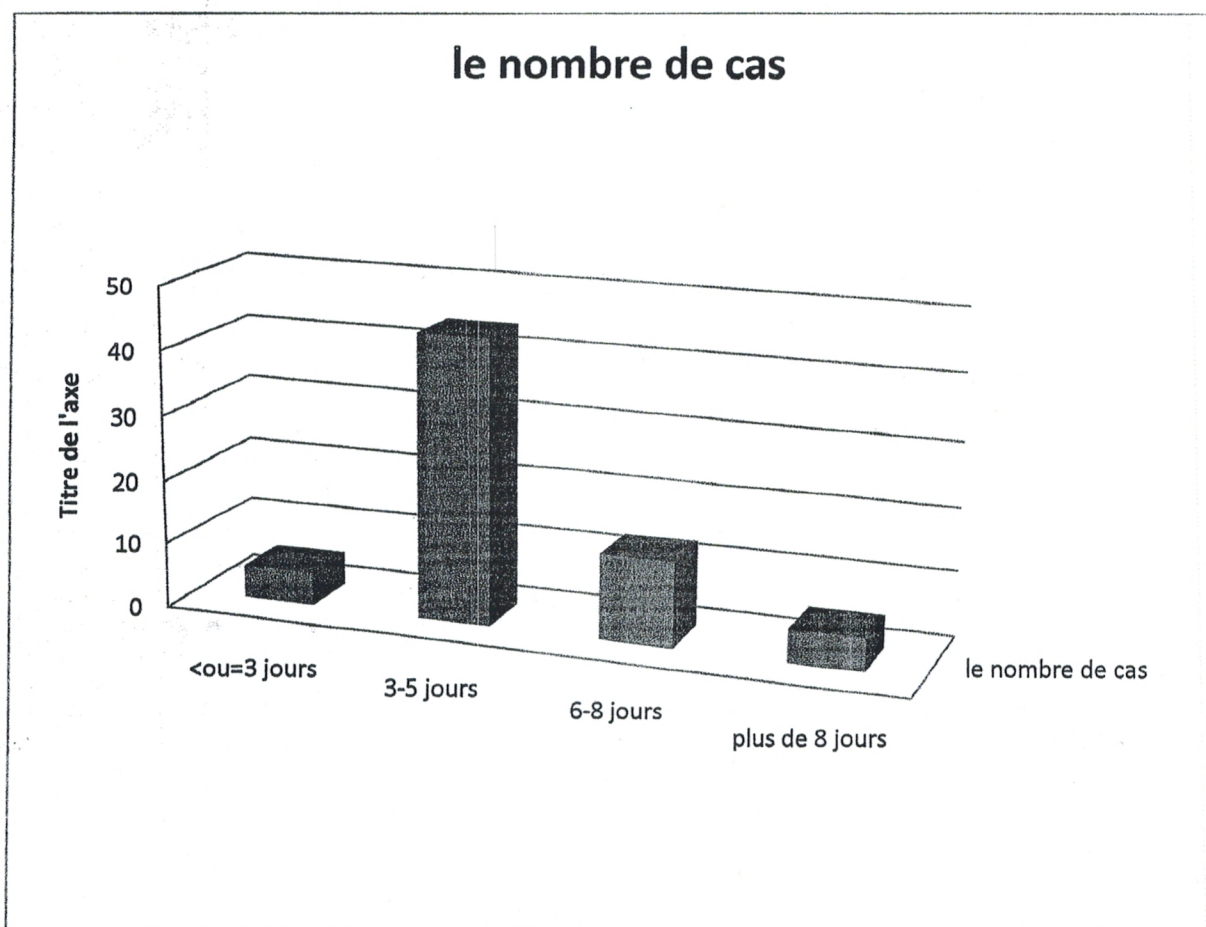
On analysant ces histogrammes on remarque que les péritonites par Perforation d'ulcère gastroduodénal sont plus fréquente chez les hommes que les femmes du fait que les hommes sont plus exposés au facteurs de risque des maladies ulcéreuses (tabac ,café....)

Le reste des étiologies est sans prédilection pour les deux sexes.

Figure 06 :

Repartitions selon la durée d'hospitalisation des cas péritonites aigue au niveau de service de chirurgie CHU Tlemcen (2006-2011).

Durée d'hospitalisation	Cas hospitalisés
<ou= a 3 jours	05
Entre 3 a 5 jours	44
Entre 5 a 8 jours	13
>de 8 jours	05



Discussion :

On constate que la plus part des cas des péritonites nécessitent une durée d'hospitalisation au moyenne entre 03 et 05 jours .

Conclusion :

Durant la période 2006-2011 ; 67 patients ont été traités et suivis pour la péritonite aigue généralisé et ont bénéficié d'une prise en charge au niveau du service de chirurgie B CHU Tlemcen.

la maladie semble être en progression continue depuis l'année 2011.

l'homme est plus touché que la femme avec un sexe ratio 06 hommes pour 01 femme et ceux-ci quelque soit la période étudiée.

la péritonite aigue généralisée touche surtout la population jeune entre 20et 30 ans mais elle reste présente avant l'âge de 20 ans et après l'âge de 50 ans.

la péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénale reste l'étiologie la plus fréquente.

Conclusion générale

notre étude a tenté d'esquisser le profil épidémiologique de la péritonite aigues au CHU Tlemcen durant la période 2006-2011.

La situation épidémiologique reste instable dans sa prévalence et son incidence.

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

Les péritonites par perforation colique sont gravissimes, car ce sont des péritonites stercorales qui surviennent les plus souvent chez des sujets en mauvais état général.

C'est une véritable urgence médico chirurgicale qui nécessite une prise en charge adéquate dans l'immédiat, d'abord par traitement médical (les mesures de réanimation) puis chirurgical.

Bibliographie

-impact d'hépatogastro-entérologie.

-ENC chirurgie.

-item 275.

-internet.

-les archives de service de chirurgie B- CHU Tlemcen.