

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE
ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA
POPULATION

UNIVERSITE ABOU BAKR BEKAID - TLEMCEN-

PERITONITES UTERINES

Dr KARA SLIMANE Sarra

Dr ABOU ALHAYJA'A Rami

Dr MEKHISSI Fatema

Dr MEDIOUNA Nacéra

Dr BENKARDAKH Moussa

Dr. BEN HARB RIAD
Gynécologie - Obstétrique
Chef de Service

Dr. BEN HARB RIAD
Gynécologie - Obstétrique
Chef de Service

PERITONITES UTERINES

Introduction

Matériels et méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

PERITONITES UTERINES

A propos de 03 cas

Résumé

La péritonite d'origine utérine est une infection peu fréquente. Nous relatons ici 3 cas de femmes qui ont été traitées au service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Tlemcen pour péritonite survenue après une intervention portant sur l'utérus. Deux de ces patientes ont été évacuées pour un tableau de péritonite aiguë généralisée compliquant une césarienne. L'une d'elle est décédée suite à un choc septique. La 3ème patiente a développé une pelvipéritonite suite à une myomectomie mais l'évolution a été favorable.

Nous évoquons ensuite l'aspect physiopathologique, clinique et thérapeutique de cette affection.

Mots-clés :

Péritonites postopératoires, réintervention.

Introduction

La péritonite est une inflammation ou infection du péritoine.

Celle d'origine utérine a différentes causes : perforation utérine, rupture de pyosalpinx, diffusion d'une endométrite ou salpingite et le post opératoire.

Le but de ce travail est de connaître la cause la plus fréquemment traitée dans ce service, de mieux cerner les multiples facteurs diagnostiques, décisionnels et

thérapeutiques qui concourent à l'amélioration d'un pronostic encore trop grave.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée au service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tlemcen. Elle porte sur trois cas de patientes atteintes de péritonite d'origine utérine hospitalisées et suivies, et répondant aux critères d'inclusion définis: douleur abdomino-pelvienne, température supérieure à 37,5°C, présence de troubles dyspeptiques (nausée, vomissement...), douleur au pincement du péritoine avec des signes d'irritation péritonéale (défense, contracture...), syndrome sub-occlusif (arrêt des matières et des gaz, parfois fausse diarrhée). Les données ont été collectées à partir des dossiers des patientes.

La recherche des cas a été difficile au niveau des archives. Beaucoup de dossiers étaient non classés et il fallait les trier un par un pour n'en trouver qu'un seul (3^e cas présenté).

Le premier cas, qui est le plus récent, est une expérience du groupe des étudiants "internes" auxquels l'élaboration de ce travail a été confiée.

Le deuxième dossier a été trouvé au niveau du service de réanimation.

Résultats

Nos résultats portent surtout sur les formes cliniques, les circonstances de survenue et la conduite de la prise en charge des péritonites d'origine utérines.

Nous relatons ici trois cas de femmes qui ont été traitées au Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Tlemcen pour péritonite d'origine utérine.

Ces cas illustrent les facteurs favorisant cette atteinte, l'aspect clinique le plus souvent rencontré et le traitement adopté.

Observations:

Cas n°1

Mme S.R, 36 ans, obèse, G3 P3, évacuée d'Aïn Saфра vers le CHU de Tlemcen pour une éviscération associée à une péritonite survenant après une césarienne.

Dans ses antécédents, on note : une première grossesse avec accouchement d'un mort né et une deuxième grossesse aboutissant à un accouchement par voie basse d'un garçon vivant.

La césarienne a été réalisée à cause d'une dilatation stationnaire sur grossesse à terme en travail.

La patiente souffrait aussi d'une anurie, une hydronéphrose moyenne et une pneumopathie avec toux.

Le bilan biologique préopératoire a révélé une hyperleucocytose neutrophile (globules blancs : 11430/mm³, 80% de polynucléaires neutrophiles) ; une anémie normochrome normocytaire ; une insuffisance rénale aigue : urée : 0,45 g/l (valeurs normales : 0,13 à 0,43 g/l), créatininémie : 35,16 mg/l (valeurs normales : 6 – 13 mg/l).

La patiente a subi une hystérectomie, d'hémostase et une néphrostomie bilatérale.

En post opératoire, la malade présenta des troubles de la conscience.

A l'admission dans notre service, 14 jours après la césarienne, la patiente était consciente coopérante avec un mauvais état général, une hypertension : 18/09 et une hyperthermie à 39°C.

L'examen clinique de l'abdomen a retrouvé une éviscération libre avec désunion totale de tous les plans et issue d'anses intestinales dans un magma de pus.

La biologie a révélé une anémie.

L'ECB du pus a mis en évidence la présence d'Escherichia coli.

L'attitude thérapeutique a été une réanimation immédiate avec:

- remplissage vasculaire,
- oxygénation au masque,
- poursuite de son antibiothérapie (Pipéracilline 2g/ 08h en IVD et Fortum 04g dans 50 cc SSI) et
- alimentation orale.

De plus, la malade a été mise sous:

- corticothérapie (Solumédrol 20mg/12 h en IVD),
- héparinothérapie (Lovenox 0,4 ml/j en S/C),
- Fluimucil 200 mg 1 sachet/j per os,
- Perfalgan 01 fl/06h en IVL,
- changement de pansements 2 fois/j et
- toilette vaginale biquotidienne.

L'attitude à la réintervention a été une attitude pesée : c'est-à-dire une temporisation chirurgicale avec la poursuite d'une réanimation adaptée suivie d'une surveillance assidue.

Par la suite, l'antibiothérapie a été échangée par : Claforan 01g /06 h en IVD et Amiklin 01g en IVL (30mn) chaque 12h. La surveillance clinique et biologique a été biquotidienne (conscience , tension artérielle , fréquence cardiaque , température , diurèse) , journalière (urée , glycémie) et hebdomadaire (bilan hématologique , rénal et hépatique).

La toilette vaginale bétadinée avec exploration a retrouvé une fistule pelvi-vaginale au niveau du cul de sac postérieur (2cm de diamètre) faisant sourdre du pus.

Une laparotomie itérative a été réalisée avec adhésiolyse et toilette abondante au sérum bétadiné de la cavité abdomino-pelvienne. Un drain a été mis en place dans le douglas puis fermeture des berges de la paroi.

L'évolution a été favorable. La patiente est toujours hospitalisée au sein de notre service pour une continuité de surveillance et d'éventuel traitement.

Cas n°2:

Mme M.R, 33 ans, évacués vers le CHU de Tlemcen pour une péritonite aigue généralisée survenue après une césarienne.

A l'admission dans notre service trois jours après la césarienne, la patiente était consciente non coopérante. L'état général était très altéré avec une pâleur cutanéomuqueuse, une hypotension : 08/06 et une hyperthermie à 38,2°C.

Examen clinique : distension abdominale (ballonnement) et arrêt des matières et des gaz.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait quelques niveaux hydro- aériques.

L'échographie abdominale a montré un épanchement liquidien dans le cul de sac de Douglas.

Une sonde rectale a été mise en place avec lavement évacuateur.

Une laparotomie a été réalisée. Elle a mis en évidence un hémopéritoine.

En post opératoire, la malade a reçu une transfusion de sang iso groupe iso rhésus.

La biologie a révélé une insuffisance rénale aiguë (urée : 1,74 g/l).

La réanimation a associé :

- un remplissage vasculaire,
- une antibiothérapie (Céfizox 1g/6 h en IVD et Gentamycine 160 mg/24 h en IVL),
- Azantac 1 ampoule/8 h en IVD,
- Vit K 10mg en perfusion,
- Perfalgan 1g/8 h en perfusion et
- Lovenox 0,4ml /24 h en S/C.

Par la suite, la patiente présenta des troubles de la conscience sans amélioration de l'hypotension (9/6) et de l'hyperthermie (39,9°C).

La biologie révélait une hyper natrémie Na : 160,8 mmol/l et une hypo protidémie 56g/l.

Une sonde naso-gastrique a été mise en place associée à un schéma de réanimation comportant uniquement le Céfizox comme antibiothérapie.

Malgré la réanimation, la patiente présenta un choc septique associant des troubles de la conscience, une hypotension artérielle : 7/2 et une hyperthermie: 41,3°C.

L'attitude thérapeutique a été :

- une intubation,
- un remplissage vasculaire,
- Dobutrex 1000mg/12 h, 5 cc/h et Dopamine 750 mg dans 60 cc : 5cc/h,
- antibiothérapie (Tienam 1g/8h et Amiklin 500mg/24h) en fonction de la créatininémie,
- Azantac 1 amp/8 h,
- Perfalgan 1 g/8 h si T°>38,5°C.

La patiente est décédée malheureusement.

Cas n°3

Mme B.D, 44 ans, G0P0, a été hospitalisée au service de gynécologie et d'obstétrique de l'OHS de Tlemcen pour pelvi péritonite aiguë survenue après une myomectomie.

Dans ses antécédents, on note une infertilité primaire.

L'attitude thérapeutique a été une réanimation immédiate avec :

- remplissage vasculaire,
- oxygénation au masque,
- antibiothérapie (Céfizox 1g toutes les 6 h en IVD, pendant 14 j),
- Perfalgan 01 fl/ 12h en IVL,
- Diclofenac 1 ampoule/8 h en IVL,
- héparinothérapie 4000 UI/j en S/C.

Une laparotomie a été réalisée sous anesthésie générale permettant une hystérectomie inter annexielle, une toilette abdominale abondante bétadinée et la mise en place d'un drain dans le cul de sac de Douglas.

La surveillance clinique a été biquotidienne (conscience, état général, température, tension artérielle, diurèse, pansement).

Un bilan hématologique et rénal a été réalisé une fois par semaine.

Après 9 jours, le drain ramenait un liquide louche purulent et la température restait élevée ce qui a amené à changer l'antibiothérapie par :

Tienam 1g en IVL toutes les 8 h et Amiklin 500 mg toutes les 12 h.

L'évolution a été favorable.

Discussion

La péritonite post opératoire occupe une place bien particulière parmi les complications septiques de la chirurgie pelvienne. Son diagnostic reste difficile à cause du caractère larvé des symptômes locaux qui contraste avec l'intensité et la variété des manifestations générales. C'est une affection redoutable et la plus redoutée avec une mortalité encore bien souvent supérieure à 50%, malgré les efforts et les moyens techniques et humains déployés au sein d'équipe médico-chirurgicale dont la cohésion, la lucidité, la perspicacité, la tenacité, surtout constituent les meilleurs chances de succès.

Il s'agit, en effet, de péritonites (inflammation et infection du péritoine) généralisées ou multi localisées rattachées à une intervention sur l'utérus avec des conditions de temps (*4 semaines*) et de relation de cause évidente plausibles survenant après chirurgie utérine, en rapport le plus souvent avec une désunion d'une suture ou d'une anastomose.

PHYSIOPATHOLOGIE:

A. *Constitution d'une péritonite postopératoire :*

On évoque trois procédés aboutissant à la péritonite utérine postopératoire :

1) altération de la cicatrisation : Par la technique qu'elle soit manuelle ou mécanique, par le matériel et par les conditions anatomiques.

2) Fuites anastomotiques : Dépendent deux facteurs :

a) Conditions mécaniques : étanchéité de l'anastomose.

b) Ischémie ; facteur déterminant ;

- ◆ le segment mal vascularisé ou
- ◆ de coloration douteuse,
- ◆ serrage excessif des fils,
- ◆ microtraumatismes par la pince ou l'aiguille ou
- ◆ points trop rapprochés.

⇒ Ischémie puis nécrose, et éventuelle réouverture de l'utérus dans la cavité péritonéale.

3) Conséquences locales : énigmatique ; fuites anastomotiques fréquentes et péritonite postopératoires

rare ; pvt s'expliquer par les phénomènes de défense locaux.

B. *Evolution d'une péritonite postopératoire :*

1) Localement, il y a une agression chimio bactériologique du péritoine se traduisant par une réaction inflammatoire avec œdème et hypervascularisation et altération de la fonction d'absorption du péritoine, avec épanchement doté d'un pouvoir bactéricide, phagocytaire de nature exsudative riche en électrolytes, protéines et surtout en fibrine qui tend à cloisonner la cavité péritonéale et à circonscrire la brèche anastomotique

a) L'épanchement et la rétention hydrique intraluminaire sont les conséquences de l'occlusion fonctionnelle avec troisième secteur, hypovolémie et collapsus.

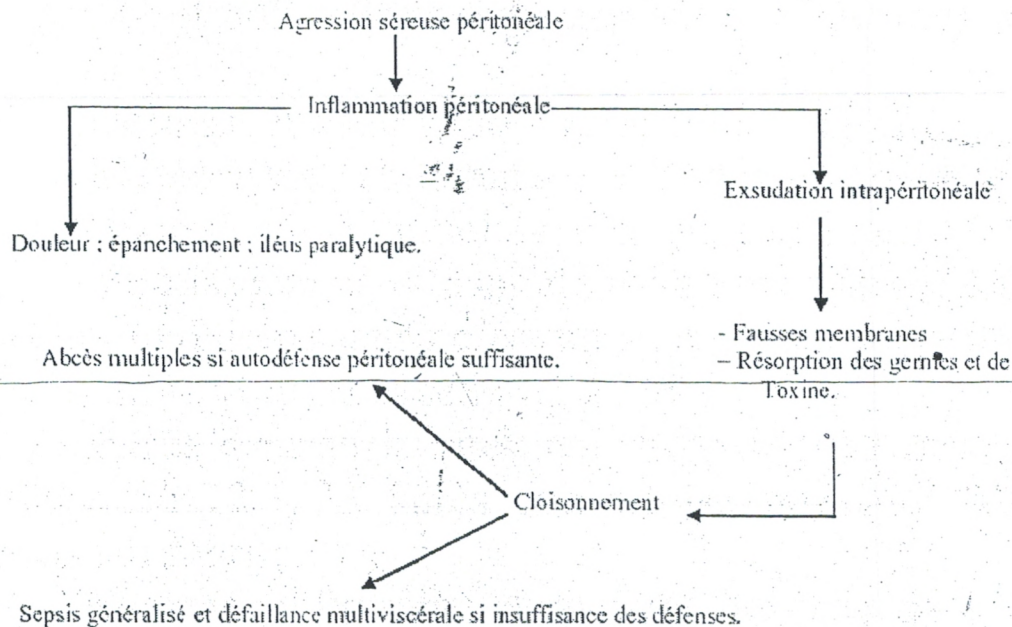
b) La séquestration bactérienne en rapport avec la fibrine provoque la prolifération de germes avec production massive d'endotoxines diffusant par voie portale ou cave.

c) Ainsi le choc présente deux composantes ;

◆ Hypovolémique

◆ Infectieuse.

2) A distance : L'hypovolémie, l'infection et le choc vont retentir sur les poumons, le cœur et les reins.



FACTEURS DIAGNOSTICS

Ils sont de trois ordres : les signes abdominaux, les signes extra- abdominaux et les examens para cliniques.

1) Les manifestations abdominales :

Si les signes abdominaux sont évocateurs, ils sont malheureusement assez tardifs et souvent nets à partir du 4ème ou 5ème jour.

a) La cicatrice pariétale: peut être

- ◆ Normale
- ◆ Suppurée
- ◆ Désunion pariétale
 - Eviscération couverte
 - Eviscération ouverte.

b) Extériorisation septique par les drains ou au niveau de la paroi ; très évocatrice d'une péritonite diffuse.

c) Douleurs abdominales : peuvent être spontanées ou à palpation, le plus souvent au TR ou au TV au J4-J5.

Pour PAR C et coll, elles sont présentes dans un tiers des cas.

d) Défense et contracture : rares et tardives.

e) Météorisme abdominal : L'abdomen peut être souple, météorisé ou plat indolore, c'est un signe tardif (J5).

f) Vomissements et aspiration digestive abondante : Précoce au deuxième jour ; c'est un signe évocateur ; il est significatif si le volume excède 1.5 à 2l/j

g) Arrêt du transit intestinal : Non reprise ou arrêt secondaire au J2 - J3 après une reprise normale avec occlusion subfébrile.

h) Diarrhée : Présente dans 50% des cas dans les quatre premiers jours, elle est afécale, c'est un signe précoce

⇒ En conclusion : Malgré une certaine disparité on peut dégager quelques grandes lignes et décrire le tableau clinique des péritonites postopératoires ;

* c'est un opéré récent qui se plaint de douleurs importantes.

* Présentant une défense ou au contraire un météorisme

* On constate couramment une extériorisation septique par la plaie ou le drain

* Les vomissements sont fréquents et abondants

* Il présente une diarrhée afécale très caractéristique.

2) Les manifestations extra-abdominales : Ayant une place privilégiée parce qu'elles sont :

- Précoces : occupant le devant de la scène,

- Trompeuses : Risquent d'avoir le masque d'une complication d'ordre médical donc retarder le traitement,
- Polymorphes : D'interprétation difficile devant la défaillance des grandes fonctions de l'organisme
- Mieux connues aujourd'hui
- Ce sont des éléments pronostiques de première importance, qualifiées de facteurs de gravité.

a) Infection : Conditionne toutes les manifestations ; l'évolution, les complications et le traitement.

- ◆ Fièvre fréquente, inconstante, $> 38.5^{\circ}\text{C}$.
- ◆ Frissons ; témoin clinique d'une décharge septique, intérêt des hémocultures.
- ◆ Choc septique : Manifestation grave, 40% des cas, c'est le retentissement hémodynamique d'une décharge bactériémique avec tachycardie +++, pâleur, cyanose des lèvres, marbrures des extrémités, tremblements, sueurs froides, oligurie, agitation ou prostration
- ◆ Hyperleucocytose et hémoculture positive.

b) Manifestations cardio-vasculaires : Traduction univoque du collapsus.

c) Manifestations respiratoires : 38% sont complexes et polymorphes dans les aspects et les mécanismes.

- ◆ La traduction clinique est le tableau
 - d'une détresse respiratoire aiguë ; dont les mécanismes sont :
 - ⇒ Diminution de la fonction ventilatoire
 - ⇒ Encombrement et surinfection broncho-alvéolaire.
 - ⇒ Epanchement pleural et atelectasie (intubation).
 - Œdème lésionnel ; poumon des péritonites.

d) Insuffisance rénale aiguë : évoque une complication septique sous sa forme oligo-anurique ou à diurèse conservée.

e) Hémorragie digestive : ulcération aiguë de stress.

f) Manifestations neuropsychiques.

g) Ictère : La défaillance hépatique se traduit par l'ictère et les troubles de la coagulation, les urines sont foncées mais les selles sont normales.

EXAMENS PARCLINIQUES:

1) *Ponction péritonéale :*

a) Fiabilité de 80%

b) Liquide trouble ; évocateur d'une péritonite.

c) On peut faire l'étude cytbactériologique.

La ponction péritonéale est utilisée par certains auteurs et pourrait ainsi confronter un diagnostic hésitant.

Si nombreux, sont ceux qui l'utilisent pour le diagnostic d'une péritonite primitive, ils sont réticents en ce qui concerne les PPO, car si la ponction ne ramène rien, elle peut retarder le diagnostic.

2) *Méthodes d'imagerie :*

a) **ASP**

◆ Augmentation du PNOP (non spécifique car l'air peut pénétrer par les drains) sur le cliché debout.

◆ Tableau radiologique d'iléus paralytique

b) *Echographie:*

◆ Rendue svu difficile : opéré avec un pansement, une distension gazeuse et cicatrice)

◆ Signe de croissant du lune de Weill ; témoin d'une collection liquidienne de faible abondance dans le récessus de Morisson.

- ◆ Epanchement dans le CDS de Douglas.
- c) **TDM :**
 - ◆ Son apport est minime dans le diagnostic.
 - ◆ Plus performante dans le diagnostic des suppurations abdominales collectées.
- d) **Scintigraphie:** Peu performante
- e) **Au total :** L'imagerie a un apport restreint dans le diagnostic ; l'importance de celle-ci réside dans le diagnostic précoce des collections suppurées localisées ; permettant un traitement adapté avant leur complications en péritonite généralisée.

Les manifestations biologiques : capitales car elles sont plus précoces que les autres. Elles constituent ainsi les éléments de surveillance quotidienne ou hebdomadaire. Les germes souvent en cause sont les gram négatifs (87,5 %) alors que le pourcentage est de 48 % selon CHAMPAULT et coll.

CRITERES DE REINTERVENTION:

L'étude analytique de cette riche symptomatologie que l'on vient de grouper en manifestations abdominales, extra abdominales et biologiques n'est qu'un des aspects du problème diagnostique. Pour essayer de formuler un diagnostic précis et le plus précoce possible, l'Association

Française de Chirurgie (AFC) a pu préciser le nombre et la chronologie de ces différents groupes de signes les uns par rapport aux autres.

Ainsi le plus grand nombre de signes biologiques est déjà présent dès le 3^e jour postopératoire, les signes extra-abdominaux le 4^e jour et les signes abdominaux le 5^e jour. De nombreux auteurs, en particulier LOYGUE et PARC, GERMAIN et FAGNIEZ se sont attachés à essayer de préciser et de définir d'une part les critères conditionnels de temporisation chirurgicale et d'autre part, les critères formels de réintervention immédiate.

1) Critères conditionnels de temporisation chirurgicale :

- a) Absence de défaillance viscérale avec diurèse conservée, conditions hémodynamiques stables et absence de signes de toxi-infection généralisée
- b) Absence de signes abdominaux de diffusion.
- c) Transit intestinal conservé ou rétabli.
- d) Manifestations cliniques régressives.
- e) Biologiquement ; pas d'argumentation d'hyperleucocytose et d'hyperazotémie.

2) Critères de réintervention :

- a) La non-réponse bio-clinique à la réanimation

b) Conditions cardio-vasculaires défailantes et oligo-anurie.

c) Signes abdominaux de diffusion

d) Transit non-rétabli, sur arrêt second

e) Quotient élevé d'hyperleucocytose

f) Quotient élevé d'hyperazotémie

3) **Au total :**

a) Les critères de temporisation doivent être tous réunis pour se permettre dans l'immédiat l'abstention ; c'est-à-dire temporiser avec une réanimation bien conduite mais ne masquant pas les signes d'alarme.

b) Au contraire il suffit de deux critères de gravité cliniques et biologiques voire quelque fois un seul suffisamment significatif pour décider de la réintervention immédiate.

c) L'absence de réponse bio-clinique à une réanimation correcte est svt un signe de très grande valeur.

d) Pour améliorer le pronostic les indications doivent être larges même au prix d'une laparotomie blanche.

Cette appréciation des critères de réintervention, du fait de la multiplicité des signes, la variabilité de leur apparition, les différences dans leur valeur significative est rendue fort complexe tant les situations sont nombreuses. Certains facteurs font que les critères de réintervention sont différents dans le contexte qui est le nôtre. Les interventions se font toujours dans les conditions septiques absolues liées à l'état des patients et à l'état septique de la salle d'opération.

Il s'agit le plus souvent de patients déjà infectés et le cas le plus fréquent, est celui des femmes gravides, en travail

depuis des heures, avec la poche des eaux rompue, évacuées des formations sanitaires périphériques pour une indication de césarienne. Très souvent, dans la même salle d'opération sans désinfection préalable faite, devenue ainsi un milieu de culture microbienne, il arrive qu'on alterne des interventions utérines avec fœtus mort-né macéré, ou des pyoovaires sur une opération césarienne banale ou une rupture utérine. Si cette dernière est bien drainée, l'infection devrait être jugulée par les moyens médicaux. Il est alors évident que si elle n'est pas drainée, les conditions septiques d'intervention font qu'une réintervention sera nécessaire pour des drainages à l'aide de gros drains ou des lames de Delbet. En effet ces réinterventions dans des conditions septiques sur un malade déficitaire infecté, souvent choqué, hypoprotidémique, dénutri majeur, donc en pleine phase d'hyper catabolisme vont entraîner absolument des lâchages de suture et même des fistules digestives certaines par déperitonisation maladroite au cours de l'acte. Toute opération césarienne après une intervention septique, toute insuffisance de drainage et le non respect des règles élémentaires d'asepsie pendant l'intervention vont occasionner une PPO. Mais l'état dénutri, anémié, déshydraté, infecté de ces patients, fait que toute réintervention est une décision très bien pesée, où le bénéfique que l'on recherche est apprécié face aux nombreuses complications qu'elle peut entraîner : ce sont les fistules digestives, la dissémination des germes, et même un état de choc réfractaire. Tout ceci augmente la durée d'immobilisation avec les complications redoutables de décubitus. D'où la règle d'or est la temporisation chirurgicale, la poursuite d'une

réanimation adaptée suivie d'une surveillance clinique et biologique assidue.

L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Le traitement d'une PPO doit obéir à des principes généraux dont le respect est essentiel.

A. **Traitement médical :**

- Il est fondamental
- Sans lui l'acte chirurgical est voué à l'échec
- C'est en matière de péritonite postopératoires que la notion d'équipe médico-chirurgicale prend son sens le plus aigu.

◆ Comprenant trois volets:

- Antibiothérapie.
- Réanimation.
- Nutrition.

Le but du traitement médical est surtout de positiver le bilan azoté et donc d'accroître les défenses immunitaires de l'organisme, seul facteur de minimiser les risques de la dénutrition, donc de favoriser la cicatrisation. Si nécessaire que sans lui, l'acte chirurgical si parfait soit-il, serait inéluctablement voué à l'échec.

1) Antibiothérapie :

a) Prélèvements bactériologiques péritonéaux systématiques dès l'ouverture de la cavité abdominale avec antibiogramme qui servira à adapter l'antibiothérapie.

b) En pratique : prélèvements et antibiothérapie systématique à large spectre (Péni – Flagyl – Gentamycine). Puis adapter l'antibiothérapie selon les résultats de l'antibiogramme.

L'antibiothérapie même adaptée serait inefficace si les collections suppurées ne sont pas drainées.

2) Réanimation :

- ◆ Polyvalente et complexe

- ◆ L'absence de réponse clinique et biologique à une réanimation correcte est un signe en faveur de complication en général chirurgicale.

a) Le choc :

- ◆ Lutter contre l'hypovolémie (principale facteur du choc) par le remplissage rapide sous contrôle de la PVC, diurèse et ECG continu.

- 75% de liquide à vocation interstitielle ou cellulaire (associé au sérum bicarbonate pour corriger l'acidose métabolique).

- 25% de liquide à expansion intra-vasculaire ; sang, PFC, sérum et albumine.

⇒ En cas de simple volémie avec PVC basse, sans atteinte myocardique, le remplissage suffit.

⇒ En cas d'hypovolémie avec atteinte myocardique (PVC augmentée), le collapsus ne cède pas à

la compensation, usage de sympathomimétiques ; Dopamine ou Isuprel.

◆ Surveillance : Fondée sur le bilan biologique ; sanguine, urinaire, adapté jour après jour selon l'appréciation des entrées (apport nutritionnel) et les sorties (diurèse, aspiration digestive, drains, stomies ou diarrhée).

b) Insuffisance respiratoire:

◆ Thérapeutiques élémentaires : Kinésithérapie, aspiration trachéo-bronchique régulière, mucolytiques

◆ Ventilation assistée : poursuivie entre 3-5jour ; en fonction de la tolérance aux épreuves de sevrage et de la gazométrie

• Si l'épreuve est négative, il faut faire une trachéotomie.

◆ Traitement de l'œdème lésionnel:

• Diurétiques : contrôle le surdosage hydrique avec surveillance de la diurèse, TA, pouls, ionogramme (urinaire et sanguin).

• Ventilation spontanée à pression expiratoire positive. ;

⇒ Diminution des shunts intra-pulmonaires

⇒ Augmentation de PaO₂.

⇒ Augmentation de la CRF.

c) Insuffisance rénale : Néphropathie tubulo-interstitielle en rapport avec l'hypovolémie et le sepsis.

◆ Exclure une thérapeutique néphrotoxique

◆ Correction de la volémie et si cette IR persiste, on prescrit du Furosémide à forte dose (200mg/4h) avec lavement de Kayexalate pour maintenir une kaliémie dans les limites de la normale.

◆ Epuration extra-rénale par hémodialyse ; Qui est nécessaire quand

• Les symptômes échappent à la thérapeutique médicale

• Acidose métabolique

• Hyperkaliémie > 6-7mEq/l

• Hyper hydratation majeure.

◆ L'IRA des péritonites postopératoires est gravissime avec une mortalité de 75-90%.

d) Hémorragie digestive: De stress.

◆ Rare et grave

◆ Nécessite une endoscopie en urgence

◆ Traitement :

• Compensation des pertes sanguines

• Lutte contre les facteurs de gravité des péritonites

• Hémostase:

⇒ Anti-H2 en perfusion continue

⇒ Anxiolytiques

⇒ Irrigation gastroduodénale par des produits hémostatiques

⇒ Embolisation des afférences artères (gastroduodénale et coronaire stomachique).

⇒ Chirurgie en dernier recours ; simple (vagotomie) ou large (gastrectomie totale d'hémostase).

e) Autres traitements:

◆ Contrôle de la douleur: antispasmodiques, dérivés morphiniques.

◆ Anxiété: anxiolytiques.

f) Prévention des accidents thromboemboliques:

◆ Héparinate de calcium en ss/cutané jusqu'à la levée du malade

- C'est une arme à double tranchant :

⇒ Donner de la calciparine risque d'aggravation de l'hémorragie de stress.

⇒ Ne pas donner, risque d'accidents thromboemboliques.

3) Nutrition :

a) Apport nutritionnel minimum 50cal/kg/j et 0.2g d'azote (protides)/200cal. Par deux voies

◆ Parentérale :

- SGH 20-30 voire 50%

- Emulsions lipidiques

- Apport azoté par solutés contenant des acides et protides.

◆ Entérale:

- N'est pas utilisable dans les périodes critiques postopératoire car l'iléus réflexe se prolonge sur 5- 6 jours voire plus

- Peut être réalisée par :

⇒ SNG

⇒ Gastrostomie

⇒ Jéjunostomie

- Débutant par l'instillation de 500ml de soluté nutritif/24h.

- Augmentation progressive en cas de bonne tolérance de 500 en 500ml/j pour atteindre 3000 à 3500ml (3500cal).

⇒ Les péritonites postopératoires par ses conséquences sur la fonction digestive entraîne une véritable insuffisance nutritionnelle aiguë de retentissement considérable sur toutes les fonctions ; altération de la défense anti-infectieuse, inhibant la cicatrisation. L'apport nutritionnel fait donc partie intégrante du traitement non comme méthode d'appoint mais comme condition nécessaire à une évolution favorable.

B. **TRAITEMENT CHIRURGICAL** : Associé à une réanimation polyvalente de qualité :

- 1) Buts :
 - a) Traiter la péritonite
 - b) Traiter la cause
 - c) Faire face aux problèmes particuliers qui sont :
 - ◆ La gestion du capital entéral
 - ◆ Prévention ou précision des complications
 - ◆ Prise en compte des possibilités de réalimentation.
- a) Traitement de la péritonite :
 - ◆ Voie d'abord: Longue laparotomie médiane svtxypho-pubienne
 - ◆ Prélèvements bactériologiques
 - ◆ Exploration de la cavité péritonéale:
 - Bonne exploration; complète, minutieuse, prudente, des coupoles au pelvis.
 - Préciser en premier lieu l'étiologie utérine de la péritonite.
 - ◆ Que faire vis-à-vis du péritoine
 - Parage complet indispensable ; supprimer tout les foyers ; causes d'évolution locale du syndrome

infectieux et point de départ de décharges bactériologiques.
Se faisant par :

⇒ Nettoyage mécanique ; aux compresses ou petits champs imbibé de sérum tiède pour essuyer soigneusement toutes les surfaces péritonéales et chaque secteur paré sera isolé par des champs propres du reste de la cavité.

⇒ Lavage abondant et répété jusqu'à obtenir un liquide propre au retour, par du sérum tiède (10-20l) ; diluant les épanchements facilitant leur aspiration.

⇒ En pratique : Ces deux gestes sont complémentaires ; épiluchage des fausses membranes en évitant la dépéritonisation se faisant par nettoyage mécanique complété par le lavage assurant la propreté de la cavité péritonéale.

◆ Que faire vis-à-vis de l'occlusion ? :

- Entérotomie de vidange ; n'est plus utilisée
- Vidange rétro ou antérograde ; minutieuse et prudente car dangereuse sur les parois intestinales fragiles non exempte de complications (rupture du grêle) mais est d'une grande efficacité ; préférée pour de nombreux auteurs.
 - Usage de sonde à double courant poussée jusqu'au grêle proximal avec vidange
 - Redisposition en bon ordre des anses grêles en fin d'intervention, geste indispensable et suffisant pour prévenir les occlusions postopératoires précoces.

b) Traitement de la cause :

- Règles élémentaires : Il ne faut faire ni anastomose ni suture en milieu septique.

- Eradication du foyer original : Doit être complet ; sans craindre les exérèses larges étendues ; supprimant la nécrose, revenant en zone saine et bien vascularisé.

- Suture utérine ou hystérectomie.

c) Drainage : Doit être large, efficace et à maintenir le plus longtemps possible.

- ◆ Types de drainage :

- Drainages fermés :

- ⇒ Drain de redon

- ⇒ Gros drain:

- * Sans prise d'air : traumatisant, s'exclut très vite.

- * Avec prise d'air; moins dangereux

- (L'utilisation de ces deux drains est sans préférence.

- Drains ouverts:

- ⇒ Lame de Delbet : Excellente pour les espaces décollés et les cavités résiduelles

- ⇒ Mèches et drains de Mickulicz : avec drain aspiratif central ; laissant une cheminée (but recherché)

- * En pratique les deux drains sont utilisés en association.

- Irrigation – dialyse péritonéale; Peu utilisée

- ◆ Règles communes aux différents dispositifs de drainage :

- Ménager la paroi abdominale en raison des risques d'éviscération et de surinfection.

- Prévenir les risques d'occlusion autour du drain
- Les drains doivent quitter l'abdomen dans la position la plus périphérique possible tout en veillant à leur libre accès chez les malades alités. La seule exception concerne les sorties de Mickulicz ou de méchage aux extrémités xiphoïdienne ou pubienne d'une médiane.

d) Prévision des suites nutritionnelles :

◆ Il y a des situations où cette question ne se pose pas :

- Entérostomies hautes : l'instillation - réinstillation du chyme intestinal est indispensable. La stomie distale est utilisée comme jéjunostomie d'alimentation.

◆ Que faire dans les autres cas : Un apport calorique est indispensable donc une alimentation normale est suffisante. Il est certain actuellement que l'hypernutrition entérale est la meilleure méthode de réanimation de ces malades.

- Par sonde naso-gastrique.
- Par gastrostomie ou jéjunostomie.

e) Problème pariétal:

◆ Le temps de réparation pariétal représente un geste essentiel dans le traitement des péritonites postopératoires ; il est sous-entendu par deux impératifs :

- L'état local des berges musculo-aponévrotiques
- L'état péritonéal

⇒ Avec deux solutions :

- (Fermeture pariétale :
- (Réfection pariétale possible
- (Fermeture difficile

(Non fermeture pariétale: laparostomie.

* Fermeture pariétale :

(Réfection pariétale : Quand les conditions sont favorables, elle est possible chez les patients opérés très précocement dont

(La laparotomie est propre.

(L'abdomen peu distendu

(Faite avec ou sans fermeture de la peau (dans ce dernier cas renforcer par un bas collé)

(Fermeture difficile : Habituellement rencontré

➤ Quand la réintervention est tardive.

➤ Quand le nombre de réintervention est élevé

➤ Quand d'autres procédés ont été déjà utilisés

(Dans ce cas on a trois possibilités :

➤ Tenter la fermeture quand même voire à tout prix.

➤ Couverture par mobilisation cutanée (laisser l'aponévrose ouverte)

➤ Laparostomie.

(Tenter la fermeture quitte à faire usage d'artifices (bronze, acier, crin bourdonnets ou tubes), réalisée au mieux aux points séparés de fils résorbables prenant largement les berges aponévrotiques et laissant la peau ouverte, renforcée par trois types d'artifices :

➤ Bas collé

➤ Points totaux

➤ La ventilation assistée.

* Non fermeture pariétale : Laparostomie

(Consiste à l'abouchement de la cavité péritonéale à la peau, la paroi abdominale étant laissée délibérément ouverte au terme d'une laparotomie pour infection intrapéritonéale.

(Objectifs :

(Possibilité de contrôles itératifs de la cavité abdominale jusqu'à certitude de disparition de tout sepsis et de la qualité de la paroi.

(Régler le problème pariétal +++.

(Les indications ont deux motifs :

(. Pariétal :

➤ Impossibilité de fermeture pariétale

➤ Ménager ou préserver au maximum la paroi pour permettre une fermeture chirurgicale plus aisée (après le cap critique).

(Péritonéal : La nécessité de contrôles itératifs à intervalles rapprochés.

(La masse viscérale est protégée par :

(Des champs de tissu imbibés d'antiseptiques (Bétadine).

(Compresses vaselinées

(Plaque de mousse de polyméthane

+++.

(Les contrôles:

(Première vérification de la cavité ; de principe à la 48h sous AG ; exploration lavage abondant, remise en place du procédé de couverture choisi.

(Rythme de vérification ; toutes les 24-48 heures au lit du malade.

(En 8 à 20 jours on obtient une éviscération fixée, propre, recouverte d'un tissu de granulation qui va progressivement se réduire par épithémisation centripète.

(Reste une méthode de sauvetage, elle n'est plus utilisée de principe.

◆ **AU TOTAL :**

- Dans les cas où elle est réalisable (80%) la réfection pariétale reste l'attitude la plus souhaitable.

- Lorsqu'il existe des lésions pariétales surtout au niveau du plan musculo-aponévrotique ; couverture par mobilisation des plans cutanés.

- Lorsqu'il existe une perte de substance pariétale (aponévroses, muscles ou peau) laparostomie de nécessité.

2) *Quelques principes simples pvt être énoncés :*

a) Opérer par une voie large.

b) Réaliser une exploration et un parage complet avec large lavage mécanique de plusieurs litres de solution de dialyse avec antiseptiques.

c) Ne faire ni anastomoses ni suture en milieu septique donc exclure chaque fois que c'est possible.

d) Drainer largement, méthodiquement en préférant les drainages ouverts.

e) Prévoir les suites nutritionnelles.

f) Extériorisation, stomies et drains en fonction de leur appareillages et ménageant au maximum la paroi.

g) Assurer une couverture pariétale sans traction, au besoin simplement cutanée, la laparostomie étant une indication de nécessité après plusieurs interventions.

h) Tenir compte du fait que l'on sera probablement amené à revenir.

EVOLUTION ET RESULTATS :

1) La mort du malade : Plus de 50% des cas, quelque soit l'importance des moyens en œuvre

a) Causes de décès :

- ◆ Septicémies persistances à rechute
- ◆ Choc toxi-infectieux irréversible
- ◆ Complications respiratoires.
- ◆ Embolie pulmonaire
- ◆ Troubles cardio-vasculaires
- ◆ Hémorragies digestive
- ◆ Insuffisance hépatique grave
- ◆ Insuffisance rénale
- ◆ Divers

2) Evolution favorable:

a) Evolution sans complications: Rare.

b) Evolution compliquée:

◆ Collections résiduelles:

• Pvt survenir quelque soit la qualité de l'intervention et du parage chirurgical

• Ces abcès sont de trois types :

⇒ Collections rétro-péritonéales et sous-péritonéale

⇒ Abcès périphériques : autour du foie, pelvis ou gouttière pariéto-colique.

⇒ Abcès centraux ; ayant une forme occlusive.

◆ Eviscération :

• Conséquence naturelle de la laparotomie ; c'est l'éviscération bloquée provoquée, elle n'est pas une complication en soi.

• Eviscération libre; accident brusque mettant en jeu la vie du malade

◆ Fistules : Au sein d'une éviscération, pvt être centrifuges, centripètes par traumatisme de l'anse exposée.

◆ Occlusions postopératoires tardives : sur brides.

PREVENTION : Elle est impérative car malgré tous les efforts diagnostiques et thérapeutiques, malgré les énormes progrès de la réanimation, le bilan reste lourd avec des succès limités.

1) Prévention vis-à-vis des facteurs déterminants de la fuite anastomotiques: Sur le plan pratique plusieurs moyens permettent de réduire le taux de péritonite postopératoires.

a) Les techniques de suture; sans traction, extrémités viscérales bien vascularisées, étanche, sans pour autant être ischémique.

b) Proscrire toute anastomose en milieu septique.

2) Prévention vis-à-vis des conditions aggravantes ; le terrain. La reconnaissance des facteurs déprimant les défenses immunitaires conduit logiquement à leur opposer des mesures de prévention. On peut répartir les anergies en quatre groupes :

a) Les dénutris : Qui relèvent de l'hyperalimentation.

b) Les infectés dont le traitement est fondé sur le drainage des foyers septiques et sur l'usage de l'antibiothérapie.

c) L'anergique dénutri, infecté : Il s'agit dans ce cas de rompre le cycle fatal en agissant sur ces facteurs (cycle : dénutrition \leftrightarrow infection).

d) L'anergique non dénutri - non-infecté : Exceptionnel, pose le problème d'exploration immunitaire plus complexe.

3) Essais de prévention du risque infectieux :

a) Rénutritions.

b) Antibiothérapie préventive en péri et postopératoire.

c) Asepsie rigoureuse en per opératoire lors de la première intervention et la poursuivre en post opératoire immédiat.

Conclusion

La prévention passe avant tous, mais aussi le bon sens, l'expérience et surtout la coopération confiante du groupe "gynécologue, chirurgien, réanimateur..." doit permettre des réinterventions dans de meilleures conditions avec un pronostic amélioré grâce à une bonne démarche diagnostique. De cette nécessaire collaboration, où la combativité exclut toute compétition, au sein d'une unité de soins intensifs bien équipée, en personnel et en matériel, doivent naître les solutions aux multiples problèmes soulevés par le traitement et la surveillance de ces malades.

Bibliographie

1. Péritonite postopératoire. Médecine d'Afrique Noire:1990, 37 (7). D.MIGNONSIN, M.KANE, S.COFFI, A.BONDURAND, N.N'GOUI.
2. Facteurs étiologiques des péritonites du milieu gynéco-obstétrical au CNHU de Cotonou. Sosthène Adisso – Recherche en Santé de la Reproduction. Sosthène Adisso, Issifou Takpara, Fabien Houngbe, Godfried Ayivigan, Eusèbe Alihonou.
3. CAT DEVANT UNE PERITONITE AIGUE GENERALISEE. Dr Omar Dahmani, Dr Amal Belcaid, Dr Ouafa El Azzouzi, Dr Hayat Hami.
4. Dossiers des patientes diagnostiquées et traitées au niveau du service de gynécologie et d'obstétrique. Tlemcen.
5. Péritonites postopératoires : diagnostic, traitement et pronostic. D. MIGNONSIN. M. KANE, S. COFFI, A. BONDURAND, N. N'GOUI