

## ITEM N° 275 : PERITONITE AIGUË

### OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer une péritonite aiguë
- II. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

### I. DIAGNOSTIQUER UNE PERITONITE AIGUË

#### **Définition**

La péritonite se définit comme l'inflammation de la séreuse péritonéale et est habituellement secondaire à une inoculation septique et/ou chimique par perforation d'un viscère creux ou par rupture d'une collection suppurée intrapéritonéale.

#### **Signes fonctionnels**

- Douleur d'apparition brusque, initialement localisée puis se diffusant rapidement à la totalité de l'abdomen ; elle est intense et permanente.
- Vomissements.
- Arrêt des gaz et des matières.
- Fièvre et frissons.

#### **Signes physiques**

- Contracture abdominale.
- Hyperesthésie cutanée abdominale.
- Les touchers pelviens sont douloureux +++.
- Parfois signes de choc.

#### **Examens complémentaires**

- abdomen sans préparation debout et centré sur les coupes pour objectiver un ou plusieurs croissants gazeux sous-diaphragmatiques (pneumopéritoine), des niveaux liquides, une distension du grêle ou du côlon.
- échographie et scanner peuvent aider au diagnostic dans les cas douteux
- hémocultures systématiques.

### II. IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

Le tableau requiert en urgence un avis chirurgical. Le caractère stercoral de l'épanchement péritonéal de même qu'une antibiothérapie initiale inadaptée ainsi qu'un terrain fragile sont des facteurs de gravité.

Dans certains cas évolués, des signes de choc peuvent être présents.

Il existe des formes trompeuses (péritonites «asthéniques» ou toxiques chez des patients âgés ou porteurs de lourdes comorbidités) : dans ces cas la douleur et la contracture peuvent être modérées (voire absentes), contrastant avec des signes généraux marqués (collapsus, choc septique...). Les péritonites localisées sont parfois d'identification difficile. Ces formes ne devraient pas retarder la prise en charge.

**Principes du traitement** : il est médico-chirurgical mais la prise en charge chirurgicale de la cause des péritonites aiguës représente l'essentiel de la thérapeutique toilette péritonéale, suture d'ulcère, drainage, colostomie de décharge.... Elle doit être réalisée sans retard après le début de l'antibiothérapie.

### **Antibiothérapie**

Elle doit être instaurée dès le diagnostic porté. Elle a pour cible principalement les entérobactéries et les anaérobies dont *Bacteroides fragilis*, plus rarement l'entérocoque.

Plusieurs schémas thérapeutiques existent. L'antibiothérapie probabiliste, adaptée ensuite éventuellement à l'antibiogramme issu des prélèvements *per* opératoires (liquide péritonéal, tissus nécrotiques...) ou des hémocultures, tiendra compte de ces cibles (la prise en compte systématique de l'entérocoque est discutée). Même si d'autres schémas sont possibles, le choix se fera souvent vers une association C3G (céfotaxime 3 à 6 g/j en 3 injections IV ou ceftriaxone 1 à 2 g/j en 1 injection IV) + métronidazole (500 mg x 3/j) ± aminosides les 2 premiers jours. Du fait de la possibilité de sensibilité diminuée d'*E. coli*, l'association amoxicilline-acide clavulanique ne peut être recommandée en 1<sup>re</sup> ligne mais peut être utilisée une fois l'antibiogramme disponible. Si besoin, une fluoroquinolone (ciprofloxacine, ofloxacine) peut être une alternative à la C3G.

Les péritonites nosocomiales (postopératoire par exemple) peuvent nécessiter, du fait de la multirésistance possible des germes, des associations du type pipéracilline/tazobactam + aminoside ou imipénem + aminoside.

La durée de l'antibiothérapie n'est pas encore bien codifiée mais la tendance actuelle est de la raccourcir, dès lors que le foyer infectieux a été éradiqué par la chirurgie. Elle varie de 5 à 8 jours pour les péritonites peu sévères jusqu'à 10 à 15 jours pour les péritonites nosocomiales.

<b>POUR EN SAVOIR PLUS</b>
----------------------------

**E. PILLY 2008**

**Chapitre 41**