

Fait clinique

**Péritonite primitive chez l'adulte:
une réalité**



HMR Randriamizao *¹, RCN Rakotoarison ²
TA Rajaonera ², HN Rakoto-Ratsimba ³,
A Fidison ²

¹ Service des Urgences Chirurgicales, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service de Réanimation Chirurgicale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Service de Chirurgie Viscérale, CHU d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

Nous rapportons un cas de péritonite primitive, initialement prise pour une infection abdominale secondaire, observé chez un adulte sans antécédents médicaux ou chirurgicaux, porteur de foyer infectieux respiratoire. Ce patient âgé de 45 ans avait bénéficié en urgence d'une laparotomie devant un syndrome pseudo-péritonéal. Dans la littérature, cette affection est peu fréquente chez l'adulte. Elle nécessite une surveillance clinique et paraclinique pour éviter une insuffisance respiratoire aiguë.

Mots-clés: Diagnostic; Péritonite primitive; Sepsis; Traitement

Primary peritonitis in adult: a reality

Summary

We report a case of primary peritonitis, firstly diagnosed as secondary abdominal infection observed in adult without medical or surgical medical history, but with pulmonary infection. This 45 year-old was operated by laparotomy in emergency for peritonitis-like syndrome. In the literature, this pathology is uncommon in adult. Clinical and paraclinical observance is important for avoiding acute respiratory failure.

Keywords: Diagnosis; Primary peritonitis; sepsis; Treatment

Introduction

Les péritonites primitives sont d'origine extra-abdominale. Rencontrées fréquemment chez les enfants, elles se manifestent le plus souvent sous forme d'un syndrome pseudo-péritonéal [1]. Elles s'opposent aux péritonites secondaires chez lesquelles un foyer purulent intra-abdominal est retrouvé. Nous rapportons un cas de péritonite primitive chez un adulte, pris pour une infection abdominale secondaire ayant nécessité une laparotomie en urgence. Notre objectif est de discuter les particularités de la prise en charge.

Observation

Il s'agissait d'un homme de 45 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux notables, présentant un syndrome infectieux pulmonaire apparu 24 heures auparavant, avec fièvre à 39°C. Il était admis au service des urgences avec un tableau de péritonite aiguë généralisée caractérisé par une abolition de la respiration abdominale, une douleur abdominale diffuse et une contracture localisée au niveau de la fosse iliaque droite. Il présentait une tachypnée à 30/min et des toux expectorantes. La pression artérielle était de 130/80mmHg et la fréquence cardiaque à 100bpm. L'auscultation pulmonaire révélait la présence de râles crépitants à la base pulmonaire gauche. Le bilan radiographique pulmonaire mettait en évidence une pneumopathie localisée à ce niveau sous forme d'une opacité non systématisée, hétérogène. Une grisaille opaque diffuse, sans image de pneumopéritoine était visualisée sur la

radiographie de l'abdomen sans préparation. Une antibiothérapie à base de métronidazole 1,5g/j et de ciprofloxacine 400mg/j était initiée en préopératoire, suivie d'une laparotomie exploratrice. L'exploration abdominale n'avait révélé qu'une simple inflammation du péritoine, sans collection liquidienne. Un lavage péritonéal était réalisé après une appendicectomie complémentaire. Les suites opératoires étaient simples. Une perfusion intraveineuse d'amoxicilline à 3g/j était secondairement prescrite à la place de la ciprofloxacine devant l'absence d'anomalie viscérale intra-abdominale. L'évolution du syndrome infectieux était favorable avec disparition de l'hyperthermie au bout de 48 heures et normalisation de la fréquence respiratoire. La radiographie pulmonaire de contrôle indiquée au 10^{ème} jour redevenait normale. Ce patient avait donc présenté une septicémie d'origine pulmonaire avec un syndrome pseudo-péritonéal, entrant dans le cadre d'une péritonite primitive.

Discussion

Les péritonites primitives sont la plupart du temps d'origine pneumococcique. Elles touchent essentiellement les nouveau-nés et les enfants de 3 à 10 ans, avec une prédominance pour le sexe féminin. Elles sont peu fréquentes chez l'adulte et se voient dans 4% des septicémies à pneumocoques [2]. La contamination péritonéale se fait le plus souvent par voie hématogène à partir d'un foyer infectieux pulmonaire. Plus rarement, la voie lymphatique, intestinale ou trans-diaphragmatique est incriminée. Le mécanisme reste mal élucidé. Selon Salleras [1], l'hypothèse d'une thrombogénèse au niveau des veines de drainage avec fragmentation des thrombi serait à l'origine de la formation d'un essaim d'embolies septiques qui vont constituer une vasculite suppurée au niveau des différents

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: richard_mamy@yahoo.fr (HMR Randriamizao).

¹ Adresse actuelle: Service des Urgences Chirurgicales, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

viscères. L'embolisation des vaisseaux de la sous-séreuse du grêle entraîne la colonisation par contiguïté du péritoine. Les lésions péritonéales sont variées: inflammation péritonéale, péritonite enkystée. Sur le plan clinique, la survenue brutale d'un syndrome infectieux, suivie d'un syndrome douloureux abdominal avec contracture justifie l'indication d'une laparotomie. L'absence d'anomalie intra-abdominale associée à un foyer pulmonaire dans un contexte fébrile fait penser à posteriori à une péritonite primitive. Les pneumocoques sont identifiés à partir d'un prélèvement pharyngé, des hémocultures, des recueils de liquide péritonéal et par la recherche d'antigènes solubles. Les streptocoques et les staphylocoques sont moins incriminés. Du point de vue diagnostique différentiel, les ascites infectés et les foyers septiques digestifs (appendicite, sigmoïdite, cholécystite) peuvent être éliminés respectivement par une ponction exploratrice ou une échographie abdominale. Le pronostic est fonction du terrain et du délai de mise en route du traitement adapté. L'affection est redoutable chez le malade splénectomisé. Elle peut également évoluer vers une insuffisance respiratoire aiguë, à défaut d'une bonne observance [3]. La tachypnée est liée à une élévation brutale de la demande en oxygène dans le cadre du sepsis et à une altération de la mécanique ventilatoire. La douleur abdominale aiguë pré- ou postopératoire mal gérée limite l'amplitude de la cage thoracique. La contracture des muscles abdominaux réduit la compliance abdominale. Tous ces éléments vont réduire d'une façon significative la capacité résiduelle fonctionnelle et favoriser ainsi la survenue d'une atélectasie. La mise en aspira-

tion gastrique, l'oxygénation à partir d'un masque facial à haute concentration et la mise en route d'une analgésie sont des moyens efficaces pour améliorer la ventilation, en attendant la chirurgie. Le lavage péritonéal abondant reste efficace dans toute forme de péritonite [4,5]. Il diminue par élution le nombre de germes initialement présents dans l'abdomen, évitant ainsi la survenue d'une péritonite postopératoire.

Conclusion

Les péritonites primitives simulent un tableau de péritonite secondaire chez l'adulte. La laparotomie est inévitable dans le cadre de l'urgence. Le lavage péritonéal associé à une antibiothérapie adaptée reste le traitement de choix. La surveillance est capitale pour éviter une insuffisance respiratoire aiguë.

Références

- 1- Salleras JP, Cathelin KE, Edouards GW. Septicémie à pneumocoque et syndrome pseudo-péritonéal chez l'adulte. *Ann Fr Anesth Réanim* 1986; 5: 168-9.
- 2- Gruer LD, Collingham KE, Edwards GW. Pneumococcal peritonitis associated with an intra-uterine contraceptive device. *Lancet* 1983; 322: 677.
- 3 - Tulla H, Takala J, Alhava E, Hendolin H, Manninen H, Kari A. Breathing pattern and gas exchange in emergency and elective abdominal surgical patients. *Intensive Care Med* 1995; 21: 319-25.
- 4- Sales JP. Infections du péritoine: difficultés du traitement chirurgical. In: SFAR. Conférences d'actualisation. 46^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, ed. Paris: Elsevier; 2004: 377-82.
- 5- Schein M, Gecelter G, Freinkel W, Gerding H, Becker PJ. Peritoneal lavage in abdominal sepsis. A controlled clinical sepsis. *Arch Surg* 1990; 125: 1132-5.