

 ISSN NO. 2320-5407	Journal Homepage: www.journalijar.com INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) Article DOI: 10.21474/IJAR01/12909 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12909	 INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407 Journal Homepage: http://www.journalijar.com Journal DOI: 10.21474/IJAR01
---	--	--

RESEARCH ARTICLE

PERITONITE PRIMITIVE ET GROSSESSE A PROPOS D'UN CAS CHU-MOHAMED VI MARRAKECH, UNIVERSITE CADI AYYAD SERVICE CHIRURGIE VISCERALE

Etoka E.C, Tamour H., Rabbani K., Ibenloulid Y., Lammat H. and Louzi A.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 March 2021
Final Accepted: 29 April 2021
Published: May 2021

Abstract

Primary peritonitis is rare in patients without risk factors. This simulates secondary peritonitis. This is why the diagnosis can only be intraoperative. We report a case of primary peritonitis in pregnant women in order to discuss their diagnostic and therapeutic aspects. Keywords: Diagnosis, primary peritonitis, treatment

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

Introduction:-

La péritonite primitive (PP), encore appelée idiopathique ou spontanée, est définie comme un processus infectieux touchant la cavité péritonéale et ne provenant ni d'une perforation viscérale, ni d'un processus inflammatoire survenant dans la cavité abdominale ou à son voisinage, ni d'une plaie pénétrante [1]. En excluant de ce cadre les tuberculoses péritonéales révélées selon un mode aigu ainsi que les ascites infectées en particulier chez les cirrhotiques et les insuffisantes rénales chroniques sous dialyse péritonéale, ces PP demeurent exceptionnelles. Leur intérêt particulier provient du fait que leur traitement est toujours chirurgical vu la constante incertitude du caractère primitif qui reste exceptionnel surtout en absence de contexte évocateur tel que les circonstances sus-citées. L'objectif de ce travail est de démontrer l'existence de cette entité et de rappeler les difficultés diagnostiques et la prise en charge thérapeutique des péritonites primitives.

Patients Et Observations:-

Patiente de 30 ans, diabétique sous insuline depuis 2ans, à 29 semaines d'aménorrhée consultait pour des douleurs abdominales diffuses avec des vomissements évoluant depuis 2 jours dans un contexte fébrile. L'examen clinique a trouvé un patient conscient dont l'état général était conservé, fébrile à 39° ; C, l'examen abdominal a trouvé une défense abdominale généralisée. La recherche d'acétone dans les urines était positive et la glycémie capillaire à l'admission était à 3,86g/l. Les clichés d'abdomen sans préparation et de radiographie thoracique, TDM n'ont pas été fait. L'échographie abdominale trouvait un épanchement intrapéritonéal de moyenne abondance finement échogène, sans visualisation de l'appendice, à signaler une grossesse mono fœtale évolutive. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 16000 /mm³, une élévation de la CRP à 120mg/l et une fonction rénale normale. Le patient a été opéré pour le diagnostic d'une péritonite aiguë généralisée. La voie d'abord était une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. A l'exploration, on a trouvé un épanchement trouble de moyenne abondance avec quelques fausses membranes. L'appendice était d'aspect normal, et il n'y avait pas de perforation d'organe creux, utérus gravidique d'aspect normal ainsi que les ovaires et les trompes. On a réalisé un prélèvement pour analyse bactériologique, une toilette péritonéale abondante avec du sérum salé 6L enfin un drainage par un drain de Redon au niveau du cul de sac de Douglas. Le patient a été mis sous antibiothérapie probabiliste à large spectre à base de ceftriaxone associée au métronidazole en attendant le résultat bactériologique avec surveillance de ses chiffres glycémiques. Les suites opératoires étaient simples. Le germe identifié était un bacille gram négatif (BGN) *Escherichia coli* résistant à

l'amoxicilline protégée mais sensible aux autres bêta lactamines en particulier les céphalosporines de 3^{ème} génération. Le traitement antibiotique a été ajusté. A j1 post opératoire un contrôle échographique a été réalisé trouvant une grossesse non évolutive d'où un déclenchement d'accouchement réalisé. Les moyens de drainage ont été enlevés le 6^{ème} jour postopératoire et le patient est sorti le lendemain. Il a été revu après une semaine. Le recul actuel est de 1 an sans anomalies.

Fig1:- Image de l'échographie illustrant épanchement de moyenne abondance finement echogene + grossesse mono fœtale évolutive



Discussion:-

Les péritonites primitives ou dites encore spontanées sont définies comme étant des infections aiguës à point de départ péritonéal survenant en l'absence de foyer septique primaire intrapéritonéal et sans solution de continuité du tube digestif [2, 3]. Si chez des patients cirrhotiques, les PP ont une prévalence de 8 à 30% [1-4], elles sont très rares chez des patients sans terrain prédisposant représentant 1 à 3% de l'ensemble des péritonites [5, 6]. Elles sont le plus souvent liées à une inoculation bactérienne mono-microbienne par voie hématogène à partir d'un foyer infectieux pulmonaire. Plus rarement la voie lymphatique, trans diaphragmatique ou par migration Trans murale depuis la lumière intestinale est incriminée. Le mécanisme reste mal élucidé. Selon Saleras [7], 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 vascularite suppurée au niveau des différents 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. Comme les péritonites secondaires, elles se présentent souvent sous le même tableau clinique avec une évolution rapide, douleur spontanée et provoquée par la palpation, plutôt diffuse, sans localisation pouvant orienter vers un organe ou un autre avec contracture justifiant une laparotomie en urgence. Parfois, elles peuvent être moins bruyantes. En principe, leur traitement peut être uniquement médical à base d'antibiotiques, cependant l'exploration chirurgicale reste obligatoire vu leur diagnostic difficile afin d'éviter le risque gravissime de méconnaître une cause sous-jacente. Néanmoins, l'absence de foyer primaire et de cause intra-abdominale évidente est responsable de deux problèmes ; d'une part et vu le caractère primitif très rare qui reste un diagnostic d'élimination, le chirurgien doit réaliser une exploration minutieuse très détaillée pour ne pas passer à côté d'une cause. Le deuxième réside dans les cas opérés sous

cœlioscopie pour lesquels le chirurgien convertit en une laparotomie pour mieux explorer avant d'affirmer le diagnostic de péritonite primitive. Le lavage péritonéal abondant reste efficace dans toute forme de péritonite [8, 9]. Il diminue par élution le nombre de germes initialement présents dans l'abdomen, évitant ainsi la survenue d'une péritonite postopératoire. Le pronostic est fonction du terrain et du délai de mise en route du traitement adapté. L'affection est redoutable chez le malade immunodéprimé [10].

Diagnostic différentiel se pose avec :

Les urgences obstétricales ou gynécologiques. La grossesse extra-utérine ou la torsion d'annexe surtout au premier trimestre, l'échographie et la cœlioscopie seront utiles pour redresser le diagnostic. L'hématome rétro placentaire ou le syndrome de pré-rupture utérine qu'il faut éliminer par la clinique et l'échographie. La menace d'accouchement prématuré sur pathologie infectieuse, du fait de sa fréquence au cours de la grossesse.

Une urgence médico-chirurgicale non gynécologique : l'occlusion intestinale, la pancréatite et la perforation d'ulcère.

Examens complémentaires

L'échographie abdomino-pelvienne est l'examen essentiel. Elle permet d'objectiver un épanchement péritonéal, une masse abdomino-pelvienne et d'exclure une urgence obstétricale à type de décollement placentaire. La radiologie standard, nocive surtout au début de la grossesse, apporte peu de renseignements. La cœlioscopie peut être utile au début de la grossesse pour éliminer une urgence gynécologique à type de grossesse extra-utérine ou torsion d'annexe. La numération formule sanguine a peu de valeur en raison de l'hyperleucocytose gravidique.

Traitement

Il ne se conçoit qu'en milieu d'urgence viscérale. Il consiste en un traitement habituel de la péritonite avec cure de la pathologie causale. La toilette péritonéale doit être particulièrement soignée. Le drainage abdominal est systématique, sauf pour certains auteurs qui le considèrent comme étant responsable d'une irritation utérine permanente avec exagération des contractions utérines (11). Enfin, la tocolyse est nécessaire pour prévenir l'apparition des contractions utérines. L'indication de cette tocolyse ne se discute pas dans la période qui va de la fin du premier trimestre à la 34^{ème} semaine. Au delà et à maturité fœtale, une extraction peut se discuter pour prévenir le risque infectieux périnatal (14, 11, 12).

Pronostic

Le pronostic maternel s'est amélioré, la mortalité maternelle est tombée à 0,01 % depuis 1976, alors qu'elle était voisine de 5 % en 1960 (11). Ceci est lié à une meilleure prise en charge grâce à un diagnostic plus précoce, une meilleure anesthésie-réanimation et les progrès de l'antibiothérapie (12). Cependant, la mortalité fœtale reste élevée, elle est voisine de 35 % (16, 11, 13). Elle est surtout en rapport avec l'infection périnatale d'origine hématogène et avec la prématurité. Quant à la morbidité fœtale, elle est particulièrement élevée à partir du deuxième trimestre ; elle est représentée par l'accouchement prématuré (40-80 %) (11) et par l'avortement spontané (2 %) (15).

Conclusion:-

Le diagnostic de péritonite primitive est quasi-impossible en préopératoire. Ainsi, dans le cadre de l'urgence la laparotomie est inévitable. Le lavage péritonéal associé à une antibiothérapie adaptée reste le traitement de choix. La difficulté pour le chirurgien étant de considérer ce diagnostic comme possible est de ne pas convertir pour chercher une cause hypothétique non vue en laparoscopie.

Références:-

1. Garnache F, Simon M, Goffinet P. Péritonites primitives à *Streptococcus pneumoniae*. J GynecolObstetBiolReprod (Paris) 1997;26(6):617–22. [PubMed] [Google Scholar]
2. Kerr DN, Pearson DT, Read AE. Infection of ascitic fluid in patients with hepatic cirrhosis. Gut. 1963;4:394–8. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
3. Strauss E, Caly WR. Spontaneous bacterial peritonitis: a therapeutic update. Expert Rev Anti Infect Ther. 2006;4:249–60. [PubMed] [Google Scholar]
4. Runyon BA. Early events in spontaneous bacterial peritonitis. Gut. 2004;53:782–4. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]

5. Gribbin JC, Cox CJ. Spontaneous bacterial peritonitis in a healthy adult male. Aust N Z J Surg. 1990;60:723–5. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Gindre S, Dellamonica J, Couadau E, Carles M, Grimaud D, Ichai C. Secondary Streptococcus pyogenes peritonitis following necrotizing fasciitis. Ann Fr Anesth Réanim. 2004;23:737–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Salleras JP, Cathelin KE, Edouards GW. Septicémie à pneumocoque et syndrome pseudo-péritonéal chez l'adulte. Ann Fr Anesth Réanim. 1986;5:168–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Sales JP. Infections du péritoine: difficultés du traitement chirurgical In: SFAR Conférences d'actualisation 46ème congrès national d'anesthésie et de réanimation, ed Paris. Elsevier. 2004:377–82. [[Google Scholar](#)]
9. 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. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Randriamizao HMR, Rakotoarison RCN, Rajaonera TA, Rakoto-Ratsimba HN, Fidison A. Péritonite primitive chez l'adulte: une réalité Revue Tropicale de Chirurgie. 2010;4:4–5. [[Google Scholar](#)]
- 11 - LANSAC J., FIGNON A., DE CALAN L., BENARDEAU M.H. Encycl. Méd. Chir., (Paris-France), Obstét. 5049 D10, 1992, 10 p.
- 12 - LEROY J.L. L'appendicite au cours de la gravidité. Les difficultés du diagnostic et du traitement. Méd. Chir. Dig., 1981, 10, 143-147.
- 13 - PANIEL B.J., ASCHER E., BEUZT J.M., CHANTRAINE J., TRUEJ.B., POITOUT Ph. Urgences chirurgicales et grossesse. Mises à jour de gynécologie obstétrique 1985, collection VIGOT, 207-212.
- 14 - CHAMBON J.P., QUANDALL E.P., REGNIER C., DELECOUR M., RIBET M. Les urgences abdominales non gynécologiques durant la grossesse. Ann. Chir., 1986, 40, n° 7, 455-461.
- 15 - CHAMBON J.P. Les urgences abdominales non gynécologiques durant la grossesse. J. Chir. (Paris), 1987, 124, 551-555.
- 16 - GOMEZ A., WOOD M.D. Acute appendicitis during pregnancy. Am. J. Surg., 1979, 137, 180-183.