



Péritonite encapsulante idiopathique chez une patiente jeune révélée par une occlusion intestinale aiguë

Idiopathic encapsulating peritonitis revealed by an acute bowel occlusion in a young patient

Fatima Zahra Daoudi, Mohammed Amine Boubbou, Maria Lahmiri, Hayat Krami, Nadia Benzoubeir, Laziza Ouazzani, Houria Ouazzani, Ikram Errabih

Service de médecine B, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc.

daoi_fati@hotmail.fr

Résumé

La péritonite encapsulante est une péritonite chronique aboutissant à une membrane fibreuse épaisse, blanc nacré. C'est une affection rare dont la physiopathologie reste mal expliquée et le diagnostic est souvent porté en peropératoire ; elle peut être la cause d'une urgence chirurgicale, le caractère idiopathique est exceptionnel, retrouvé chez l'adolescent provenant des régions tropicales et subtropicales, jamais dans le Maghreb. Nous rapportons l'observation d'une jeune patiente marocaine de 18 ans, opérée pour une occlusion intestinale, chez qui le diagnostic d'une péritonite encapsulante a été posé en peropératoire.

Mots-clés

Péritonite encapsulante ; Intestin grêle ; Diagnostic; Traitement

Abstract

Encapsulating peritonitis is a chronic peritonitis leading to the constitution of a thick pearly-white fibrosis membrane. It is a rare affection, which physiopathology is poorly elucidated. Diagnosis is usually assessed during surgery; the idiopathic character is exceptional, occurring in teenagers coming from the tropical and subtropical countries, never in Maghreb. We report an unpublished case of an 18-year-old patient, admitted for bowel obstruction; diagnosis was made during surgery revealing an encapsulating peritonitis.

Keywords

Encapsulating peritonitis; Small bowel; Diagnosis; Treatment

Introduction

Décrite pour la première fois en 1980, la péritonite encapsulante (PE) ou sclérosante est une entité pathologique à la fois rare et dont la physiopathologie n'est pas complètement élucidée. Ses principales causes sont la dialyse péritonéale et la chimiothérapie intrapéritonéale. Le diagnostic préopératoire reste difficile à établir malgré l'apport de l'imagerie moderne et ce, du fait de la rareté et du polymorphisme de cette affection. Nous rapportons un nouveau cas de péritonite encapsulante idiopathique chez une jeune patiente, révélée par un syndrome occlusif.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 18 ans, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisée la première fois en octobre 2006 pour douleurs abdominales et vomissements évoluant depuis deux ans ; l'examen clinique était sans particularités ; le bilan réalisé (échographie abdominale et la gastroscopie) était normal, le lavement baryté a montré une dilatation rectocolique, un aspect très dilaté avec une absence d'expansion du colon ascendant et une perte des haustrations réalisant un aspect tubulé (Fig. 1), la manométrie anorectale a permis d'éliminer la maladie de Hirschprung, et la patiente est sortie sous traitement symptomatique.

Quatre mois plus tard, la patiente était ré-hospitalisée en urgence pour un syndrome occlusif, l'examen clinique révélait un abdomen distendu tympanique ; l'abdomen sans préparation (ASP) montrait des niveaux hydro-aériques coliques et grêliques (Fig. 2).

La tomodensitométrie abdominale réalisée en urgence a montré une dilatation importante de tout le grêle, sans obstacle individualisable (Fig. 3).

La patiente a été opérée. L'exploration chirurgicale a montré un aspect de péritonite encapsulante prenant tout le grêle ; la libération des adhérences entre la coque fibreuse et le grêle et entre les anses grêles était laborieuse et a été suivie d'une vidange rétrograde (Fig. 4 et 5), et pour finir, une toilette péritonéale et la fermeture pariétale. Les suites opératoires ont été simples, l'évolution a été favorable sans récurrence avec un recul de 5 ans.

Figure 1

Lavement baryté : dilatation rectocolique, absence d'expansion du colon ascendant et aspect tubulé du colon

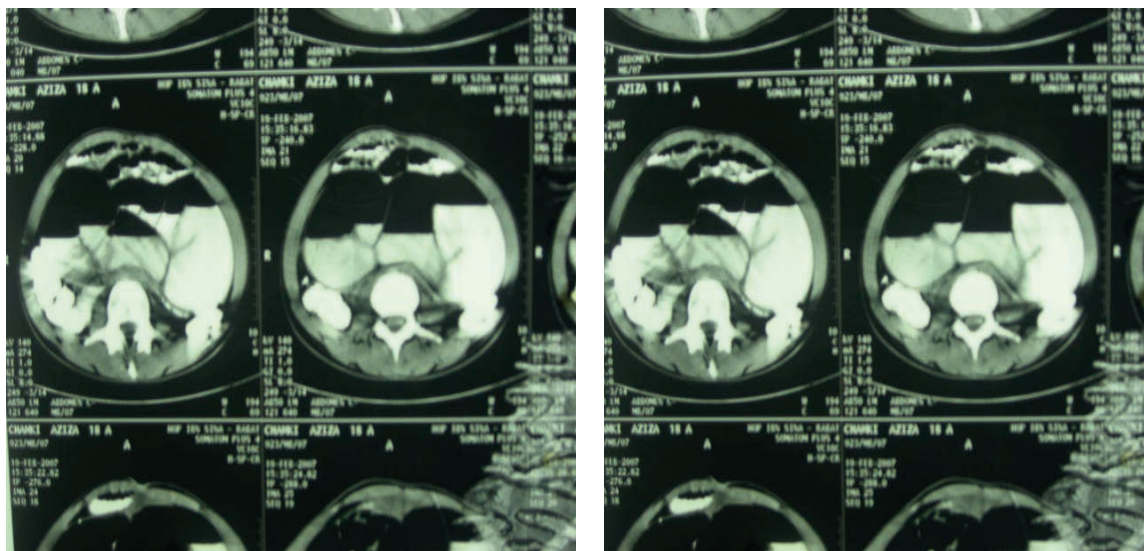


Figure 2

Abdomen sans préparation : niveaux hydroaériques coliques et grêliques

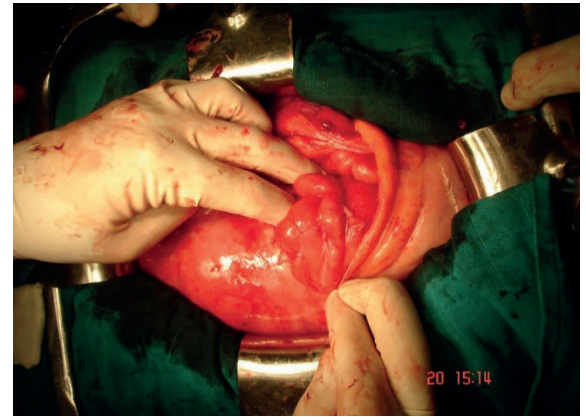
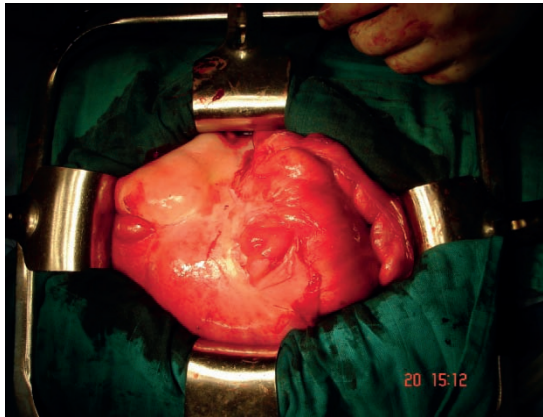


Figure 3. Tomodensitométrie abdominale : anses grêles dilatées





Figures 4 et 5
Vue opératoire :
membrane fibreuse
blanchâtre engainant
le tube digestif, libé-
ration des anses après
incision de la capsule



Discussion

Selon certains auteurs la péritonite encapsulante (PE) a été décrite pour la première fois par Josa en 1927 [1], selon d'autres, la première description a été faite en 1980 par Gandhi *et al.* [2]. La PE est une entité anatomo-clinique rare et méconnue [3] ; elle est définie comme une fibrose péritonéale diffuse (intéressant le péritoine viscéral et pariétal). Celle-ci peut constituer une véritable sclérose, voire une coque péritonéale, engainant les anses intestinales et formant le cocon, mis en évidence par laparotomie ou laparoscopie. Tous les âges sont concernés par la maladie et des cas pédiatriques ont été décrits [4-5]. Le sex ratio est égal à 1. Concernant l'origine de la péritonite encapsulante, plusieurs étiologies ont été rapportées dans la littérature dont les plus fréquentes sont les causes infectieuses (la tuberculose péritonéale), la dialyse péritonéale [6-7] et les causes médicamenteuses: le practolol, bêtabloquant souvent incriminé, Il n'existe aucun argument formel pour évoquer la responsabilité des autres bêtabloquants [1,6]. D'autres causes plus rares sont rapportées notamment l'asbestose [8], les dérivations péritonéo-jugulaires et ventriculo-péritonéales [8], la transplantation hépatique [9], les causes auto-immunes et les perforations d'organes creux [10]. L'étiologie tumorale est rare [11]. La forme idiopathique survient chez des jeunes adolescents dans les zones tropicales et subtropicales.

Dans notre observation aucune des étiologies précitées n'a été retrouvée, ce qui fait de notre observation un cas inédit.

Sur le plan clinique, la symptomatologie de la péritonite encapsulante est atypique [12] ; les signes cliniques sont très variables allant du patient asymptomatique à l'occlusion. L'installation est souvent insidieuse ; le caractère peut être parfois chronique. Précocement on rapporte des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, une distension abdominale, des troubles du transit à type d'épisodes subocclusifs répétitifs ou au contraire une occlusion aiguë [1,3]. Ces signes cliniques étaient retrouvés chez notre patiente. Les signes les plus tardifs sont : l'anorexie, l'amaigrissement voire la dénutrition. L'examen clinique peut révéler des bruits abdominaux anormaux ou absents, une masse abdomino-pelvienne voire une ascite [13].

Le diagnostic positif est principalement porté en peropératoire [1,11,14]. Le diagnostic différentiel des péritonites encapsulantes se pose essentiellement avec la mésentérite rétractile, la sclérose péritonéale congénitale, la carcinose péritonéale, les fibroses rétropéritonéales et enfin, les tumeurs abdominales [15].

Les examens radiologiques peuvent faire suspecter le diagnostic, mais les signes radiologiques ne sont pas spécifiques. L'ASP peut montrer des niveaux hydro-aériques évoquant une occlusion de l'intestin grêle ; les anses sont pelotonnées et groupées en une ou plusieurs formations allongées, limitées par un espace clair correspondant à l'épaisseur de la capsule [3] ; des calcifications sont possibles [16].

Le transit du grêle, réalisé en dehors de tout épisode d'occlusion, met en évidence des signes non spécifiques : un ralentissement du transit ; un refoulement gastroduodéal ou colique ; des signes de sténose du grêle ; une agglutination des anses grêles [1,3,12], à l'échographie une image en cocarde peut être trouvée avec une couche anéchogène entourée de deux images échogènes, traduisant l'épaississement de la membrane péritonéale [16]. Le scanner confirme l'épaississement du péritoine, une dilatation du grêle, une ascite cloisonnée, des travées fibreuses cloisonnant la cavité péritonéale, des anses digestives accolées au centre formant une masse abdominale enserrée par une gangue [16,17]. Le diagnostic de certitude de la PE est posé en peropératoire ; on retrouve une membrane épaisse, blanc nacré, engainant et comprimant l'intestin. Les adhérences de la membrane à la séreuse sont variables et l'épiploon est rétracté ; histologiquement, le tissu scléro-hyalin ne contient aucune structure identifiable. Le péritoine est remplacé par un tissu fibreux épais, riche en collagène, paucicellulaire, avec des zones de tissu conjonctif richement vascularisées et infiltrées



de cellules inflammatoires [3,18,19].

ou de subocclusions récidivantes [1,20], ce qui était le cas chez notre patiente. Lorsque l'étiologie est incertaine ou inconnue, l'indication d'une laparotomie ne se discute pas.

Plusieurs interventions ont été décrites :

- ▶ Le pelage et la décortication de la totalité de l'intestin grêle étaient réalisés autrefois, avec ablation complète de la membrane fibreuse, ce geste aboutissant à une sécrétion de fibrine et s'accompagnant d'une récurrence de façon constante [1].
- ▶ Les incisions multiples de la capsule, longitudinales ou obliques, principalement en regard des zones sténosées (méthode chirurgicale utilisée chez notre patiente) sont efficaces : ces incisions doivent être profondes, jusqu'au niveau de la musculature : l'intestin libéré fait immédiatement hernie par la brèche [1].

L'évolution postopératoire des péritonites encapsulantes est marquée par le risque de récurrence malgré un traitement chirurgical bien conduit [1,11] amenant certains auteurs à réaliser des entéro-fixations de principe à la manière de Child ou de Noble mais sans grande efficacité [11]. Actuellement, ces entéro-fixations sont abandonnées en raison de leur morbidité élevée.

Conclusion

Pathologie rare d'étiologie multifactorielle, la péritonite encapsulante est souvent une découverte opératoire. Cependant, son diagnostic peut être fortement suspecté en préopératoire par les données de la tomographie assistée par ordinateur. Les données de la littérature sont en faveur d'un traitement conservateur si les patients ne présentent pas de complication intestinale.

Références

1. Germain MA, Missery D, Dupouet L, et al. Les péritonites encapsulantes. Étiologies, traitements actuels. *Chirurgie* 1988;114:199-206.
2. Gandhi VC, Humayun HM, Ing TS, et al. Sclerotic thickening of peritoneal membrane in maintenance peritoneal dialysis patients. *Arch Intern Med* 1980;140:1201-3.
3. Deeb LS, Mourad FH, El-Zein YR, et al. Abdominal cocoon in a man: preoperative diagnosis and literature review. *J Clin Gastroenterol* 1998;26:148-50.
4. Smith L, Collins JF, Morris M, et al. Sclerosing encapsulating peritonitis associated with continuous ambulatory peritoneal dialysis: surgical management. *Am J Kidney Dis* 1997;29:456-460.
5. Sahoo SP, Gangopadhyay AN, Gupta DK, et al. Abdominal cocoon in children: a report of four cases. *J Pediatr Surg* 1996;31:987-8.
6. Celicout B, Verger C, Hoche F. Péritonite encapsulante en dialyse péritonéale continue ambulatoire. À propos d'un cas. *Ann Chir* 1986;40:663-5.
7. Kittur DS, Korpe SW, Raytch RE, et al. Surgical aspects of sclerosing encapsulating peritonitis. *Arch Surg* 1990;125:1626-8.
8. Eldar S, Nashistz JE, Chouri H. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. *Eur J Surg* 1996;162:575-8.
9. Maguire D, Srinivasan P, O'Grady J, et al. Sclerosing encapsulating peritonitis after orthotopic liver transplantation. *Am J Surg* 2001;182:151-4.
10. Sezeur A, Panis Y, Valette M, et al. Péritonite encapsulante associée à une perforation iléale. *Ann Chir* 1987;4:619-20.
11. Bourland G, Pagliano GF, Michel P, et al. Péritonite encapsulante. À propos d'un nouveau cas. *J Chir* 1987;124:384-8.
12. Carbonnel F, Barrie F, Beaugerie L. Sclerosing peritonitis. A series of ten cases and review of the literature. *Gastroenterol Clin Biol* 1995; 19:876-82.
13. Nomoto Y, Kawaguchi Y, Sakai S, Hirano H, Kubo H, Ohira S, et al. Sclerosing encapsulating peritonitis (SEP) in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis -definition, diagnosis and treatment recommendation, 1997 update (Japanese). *J Jpn Soc Dial Ther* 1998;31:303-11.
14. Godlewski G, Kadi B, Branger B, et al. Péritonite encapsulante au décours de la dialyse péritonéale chronique. À propos de trois cas. *Chirurgie* 1993-1994;119:686-90.
15. Kim MY, Koo JH, Yeon JW, et al. Ileal obstruction caused by idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. *Abdom Imaging* 1999;24:82-4.
16. Michel C, Hufnagel G, Niang A et al. Péritonite sclérosante. *Néphrologie* 2001;22:141-8.
17. Stafford-Johnson DB, Wilson TE, Francis IR et al. CT appearance of sclerosing peritonitis in patients on chronic ambulatory peritoneal dialysis. *J Comput Assist Tomogr* 1998;22:295-99.
18. Marshall AJ, Baddeley H, Barritt DW et al. Praxolol peritonitis. A study of 16 cases and a surgery of bowel function in patients taking beta-adrenergic blockers. *QJ Med* 1977;46:135-49.
19. Narayanan R, Bhargava BN, Kabra SG, et al. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. *Lancet* 1989;2:127-29.
20. Celicout B, Verger C, Hoche F. Péritonite encapsulante en dialyse péritonéale continue ambulatoire. À propos d'un cas. *Ann Chir* 1986; 40:663-5.

Liens d'intérêt : aucun