

Université mentouri Constantine
Faculté de médecine
Département de médecine



**CONDUITE A TENIR
DEVANT
ASCITE**

Dr A. REHAMNIA
Service d'hépatogastroentérologie
Hôpital militaire universitaire Constantine

Cne : 16.10.2016

Introduction – définition :

L'ascite

présence d'un liquide non hémorragique dans la cavité péritonéale
(excluant : hémopéritoine, biliopéritoine et hydatidopéritoine).

« ascite » = « askos » = sac ou bagage.

- ascite symptôme / ascite maladie.
- Le diagnostic : facile ; le plus souvent clinique.
- plusieurs étiologiques .
- traitement : étiologique .



Physiopathologie

La séreuse péritonéale : cavité virtuelle à l'intérieur de laquelle circule à l'état physiologique une faible quantité de liquide péritonéal.

- liquide péritonéal physiologique : provient du liquide interstitiel , composé : d'électrolytes, d'anticorps, de cellules sanguines, est réabsorbé au niveau des vaisseaux lymphatiques sous-péritonéaux, essentiellement au niveau des capillaires lymphatiques sous-diaphragmatiques.

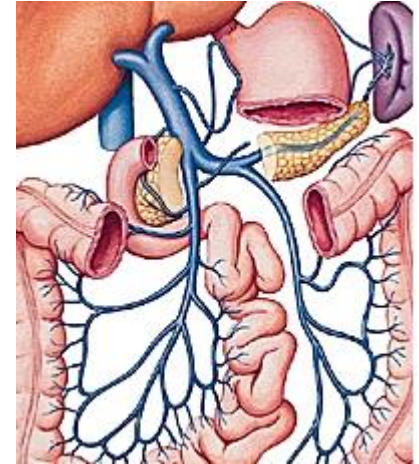
- les capacités physiologiques de résorption d'un épanchement péritonéal étant limitées à 600 ml /j .

- ascite pathologique résulte d'un déséquilibre entre production et résorption

L'excès de production :

Ex : hypertension portale (cirrhose) augmentant la pression hydrostatique + une baisse de la pression oncotique

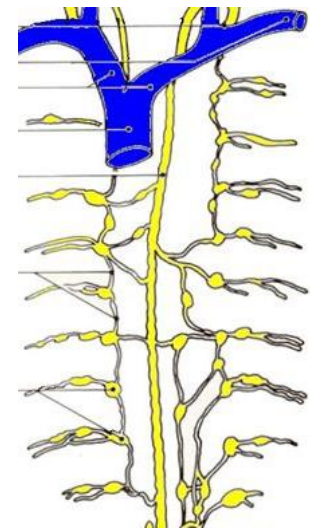
excès de production de liquide péritonéal



La diminution de résorption :

en cas d'obstruction des canaux lymphatiques sous-péritonéaux : tumorale ou infectieuse.

La baisse du retour du liquide lymphatique entraîne la baisse de la volémie efficace, activant le système rénine-angiotensine-aldostérone.



Reconnaitre l'ascite

A . Cas facile :

01 . Ascite libre de moyenne abondance

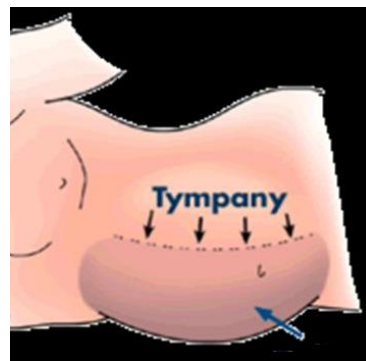
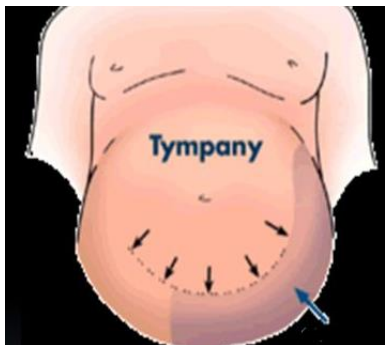
l'inspection: l'abdomen est augmenté de volume.

- ventre de batracien.
- La peau est tendue , L'ombilic est peu ou pas déplié.
- prise de poids.

La palpation

- Un signe du flot: +.
- Un signe du glaçon: +

A la percussion :matité franche, hydrique. déclive, au niveau des flancs et de l'hypogastre, à limite supérieure concave en haut, encadrant la sonorité de la région ombilicale et épigastrique. La matité est mobile selon la position du malade.



02 . Ascite libre de grande abondance

A l'inspection

- L'abdomen énorme, distendu.
- La peau est tendue à l'extrême. amincie, lisse.
- L'ombilic est déplié par fois ; aspect en doigt de gant.



A la palpation

- L'abdomen est tendu, résistant, ne se laissant pas déprimer.
- signe du glaçon (-).
- Le signe du flot (+/-)



La percussion : matité franche dans tout l'abdomen ; non déclive ; non mobile.

B . Cas difficile :

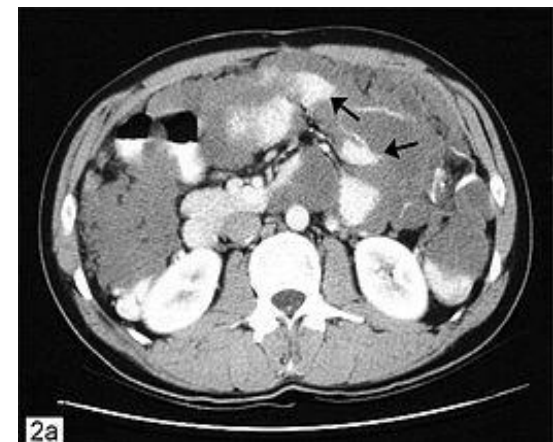
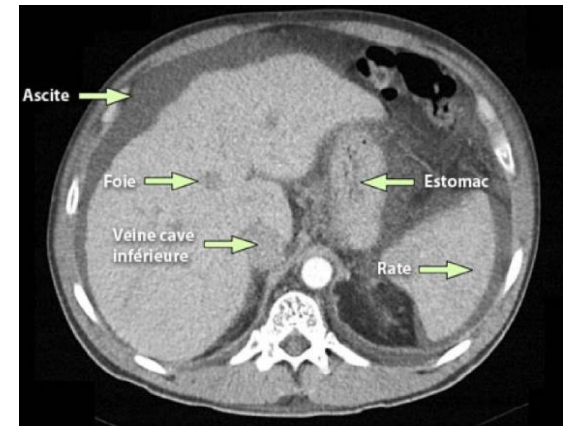
01 . Ascite libre de faible abondance

-Diagnostic clinique : difficile , par fois matité mobile et déclive dans les flancs

02. Ascite cloisonnée :

Matité en damier

- Intérêt d'un examen morphologique :
échographie AP +++

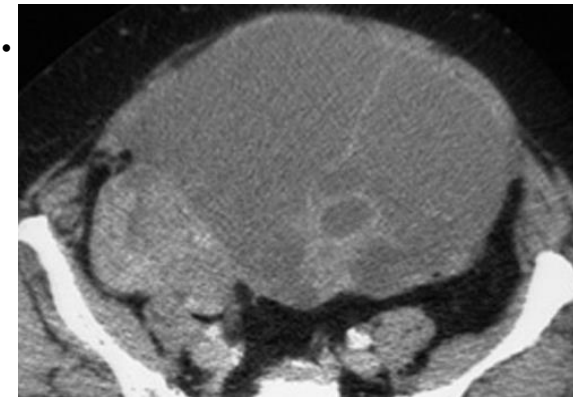


Diagnostic différentiel

A. Éliminer ce qui n'est pas un épanchement péritonéale :

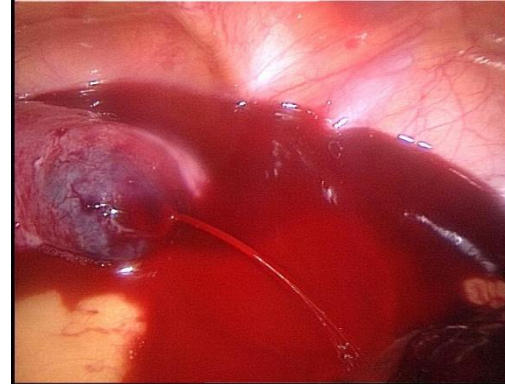
- pannicule adipeux épais (chez un obèse)
- grossesses avec hydramnios
- Un globe vésical : matité est convexe
- météorisme abdominal: tympanisme abdominal.
- Une occlusion intestinale
- volumineuses tumeurs (ex : **kystes géants de l'ovaire**) : limite supérieure est convexe, les flancs sont sonores.

doute diagnostic → échographie AP



B. Éliminer ce qui n'est pas un épanchement ascitique :

- hémopéritoine
- cholééritoine
- hydatidopéritoine



Diagnostic étiologique

Repose sur 3 éléments essentiels :

- Un interrogatoire minutieux à la recherche des antécédents bien précis.
- Un examen clinique
- L'étude de la ponction exploratrice d'ascite

1- interrogatoire :

- Age
- Antécédents :
 - alcoolisme
 - hépatite virale , prise médicamenteuse ; ictère
 - notion de contagé tuberculeux
 - insuffisance rénale
 - cardiopathie avec insuffisance cardiaque
 - néoplasie (personnelle ou familiale)

2. Examen clinique :

- signe de l'insuffisance hépatocellulaire : angiome stellaire, érythrose palmaire, l'hippocratisme digital , gynécomastie ; aménorrhée secondaire
- signes d'hypertension portale : circulation veineuse collatérale , splénomégalie
- Syndrome tumorale : masse abdominale , nodules tumoraux palpables , examen ganglionnaire , ganglion de troisier
- Signes d'insuffisance cardiaque , insuffisance rénale

- Tableau d'anasarque : syndrome néphrotique, hypoalbuminémie , cardiaque , hépatique

Touchers pelviens : TR , TV .



angiome stellaire



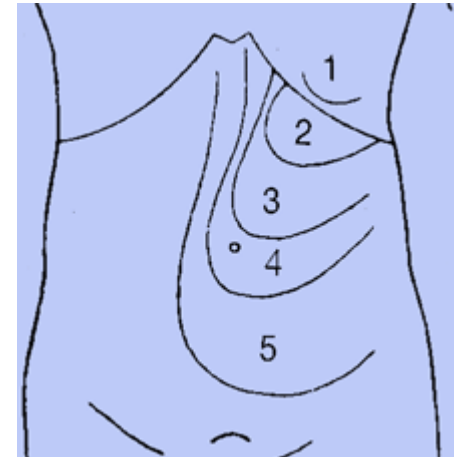
érythrose palmaire



**Œdèmes MI
gardent le godet**



**circulation veineuse
collatérale (CVC)**



splénomégalie

3. Ponction d'ascite

Étape fondamentale

- Exploratrice ;
- évacuatrice (thérapeutique)

Technique

Aspect macroscopique du liquide :

jaune citrin



Séro-hématique



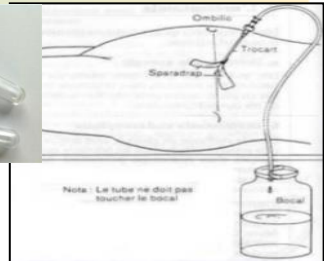
lactescent



purulent

Tableau II. Technique de la ponction exploratrice et évacuatrice d'ascite.

Préparation du malade	Le jeûne n'est pas nécessaire Les troubles de la crase sanguine ne sont pas une contre-indication Désinfection de la peau avec du Merfène® ou de la Bétadine®
Matériel	Trocart (aiguille 40-11) Seringue de 50 ml 2 tubes secs de 10 ml 2 flacons d'hémoculture (aéro-anaérobie) 1 tubulure 1 bocal à urine pour recueil de l'ascite 1 pansement adhésif
Technique	Point de ponction au niveau du tiers externe de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche
Examens à demander*	Cytologie (tube sec 10 ml) Chimie (tube sec 10 ml) Ensemencement sur milieu aéro-anaérobie d'hémoculture (10 ml)



Étude du liquide d'ascite

1. Étude biochimique:

- Taux de protides (albumine):
 - <25g/l = **transsudat**
 - >25g/l = **exsudat**

Calculer le GASA (gradient de l'albumine sérum/ascite)

> 11 g/L → évoque une hypertension portale (97 %)

- triglycérides : > 1 g/l = ascite chyleuse
- autres :
 - * amylase : ascite pancréatique.
 - * LDH (lactates déshydrogénases)
LDH ascite / LDH sérum entre 0,4 et 0,5 : évocateur d'une origine cirrhotique
> 1 = oriente vers une origine tuberculeuse ou néoplasique.
- adénosine désaminase en cas de suspicion d'ascite tuberculeuse
- Analyses inutiles : marqueurs tumoraux (ACE, alpha-foeto-protéine, CA 19/9, CA 125) ; mesure du pH, du cholestérol.

2. Étude cytologique: leucocytes , lymphocytes , hématies.....

- polynucléaires neutrophiles $> 250/mm^3$: infection de l'ascite (cirrhose).
- ascite à prédominance lymphocytaire : tuberculose ? Tumorale ?

La cytologie + analyse anatomopathologique à la recherche de cellules tumorales.

3. Étude bactériologique:

- examen direct

-cultures (asciculture) : - milieu aérobie et anaérobie : avec des flacons d'hémoculture

- Culture au milieu de Löwenstein-Jensen (+ coloration de Ziehl-Neelsen) : ascite tuberculeuse (peu sensible)

Explorations para cliniques

- Échographie abdominale (+/- doppler) : contours du foie et son homogénéité , les vaisseaux , rechercher des signes d'HTP , état des veines sus hépatique

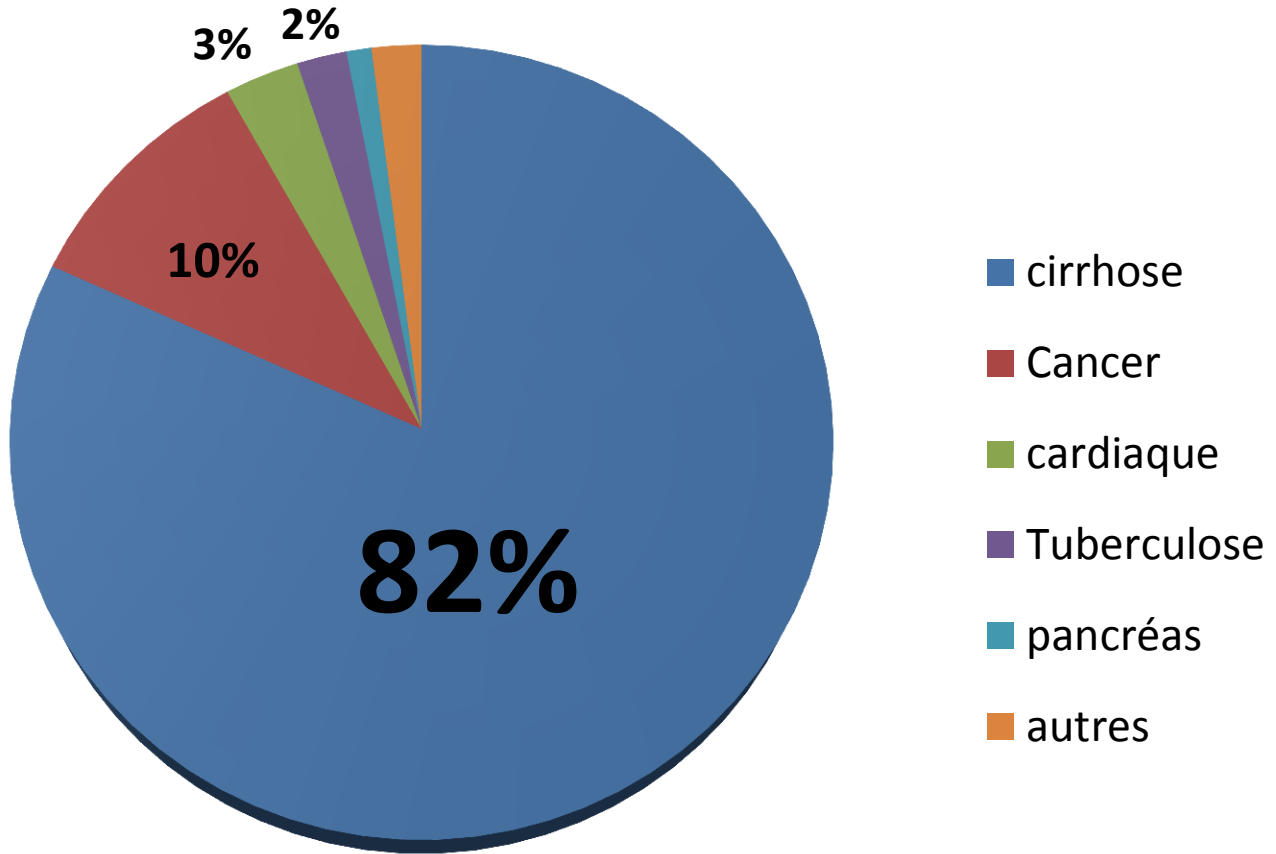
- TDM : carcinose péritonéale ;

- LAPAROSCOPIE: suspicion d'une ascites tuberculeuses ou néoplasiques
nous permet : Examen de la cavité péritonéale + biopsies péritonéales
Contre indiquée en cas : troubles de l'hémostase , ascite cloisonnée

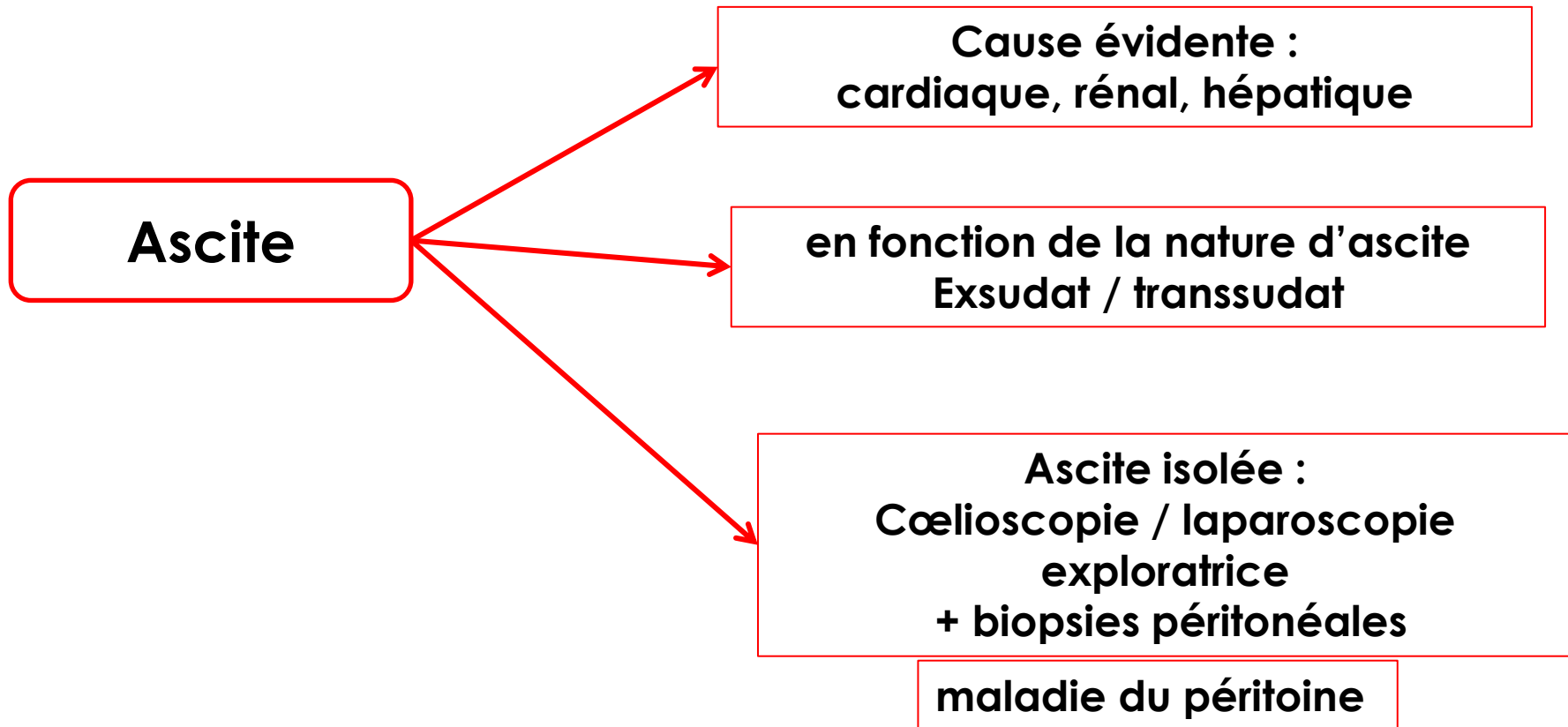
Si ascite cloisonnée : laparotomie

- Autres Explorations : guidée par la clinique et l'étude de l'ascite
(échocardiogramme, bilan rénale, IRM pelvienne)

Étiologies



Causes d'ascite des pays occidentaux



Étiologies

TRANSSUDAT :

du à un déséquilibre entre : Pression oncotique / pression hydrostatique

Augmentation de la pression hydrostatique
(insuffisance cardiaque, cirrhose)

Diminution de la pression oncotique
(Syndrome néphrotique, cirrhose)

EXSUDAT :

Maladie du péritoine (inflammation, néoplasie)

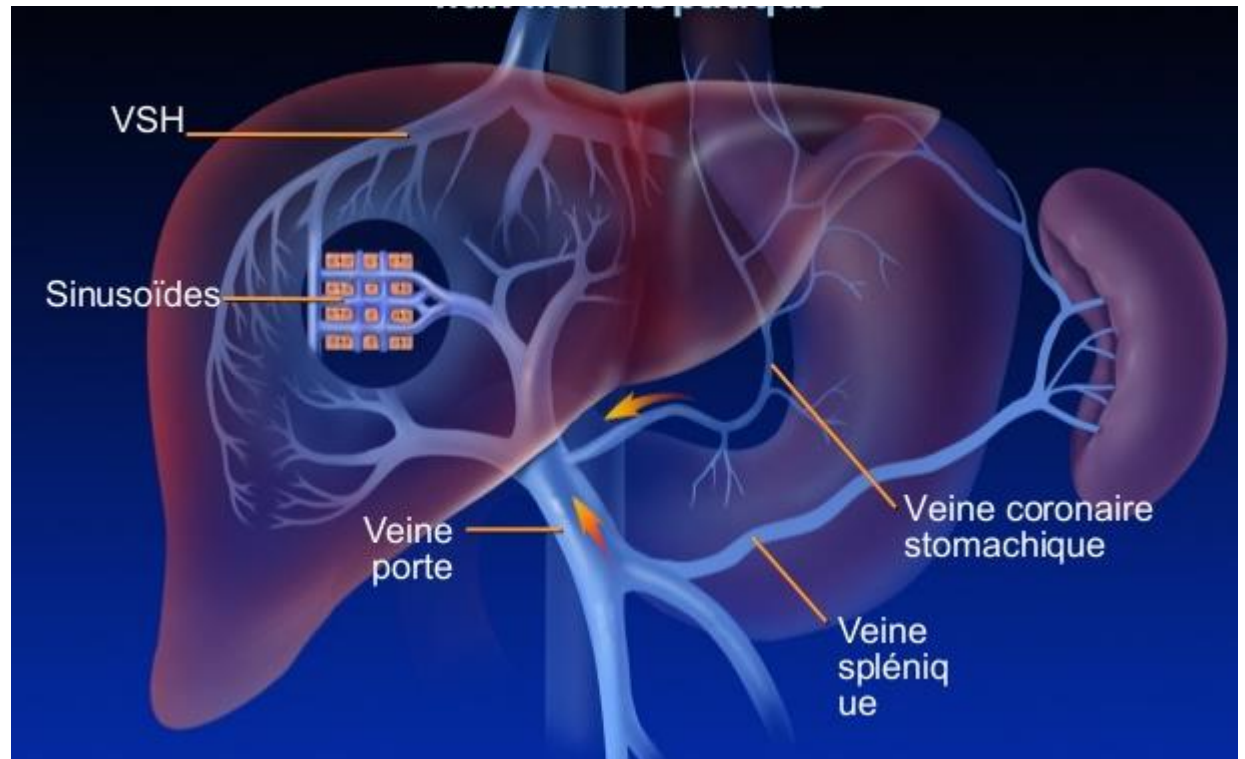
Exsudation à travers les vaisseaux lymphatiques entéro-mesenteriques dilates par une obstruction :

(lymphomes) ou une hyperpression (HTP)

Hypertension portale

Causes :

- Bloc sous hépatique (thrombose porte)
- Bloc hépatique (cirrhose +++)
- Bloc sus hépatique (VSH , cardiaque)



Principales Étiologies

Ascite transudative	Ascite exsudative	Ascite exsudative chyleuse
<ul style="list-style-type: none">- Syndrome d'HTP : Cirrhose- D'origine cardiaque ou rénale- hypoalbuminémie- origine ovarienne	<ul style="list-style-type: none">- tuberculose péritonéale- origine tumorale- Origine pancréatique	<ul style="list-style-type: none">-Néoplasique : lymphome- tuberculose- cirrhose

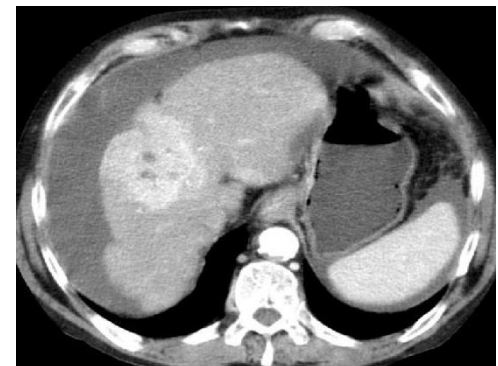
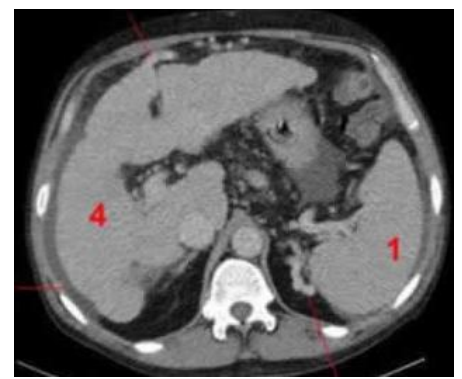
Fort gradient* (> 11 g/l)	Faible gradient (< 11 g/l)
<i>Cirrhose</i>	<i>Carcinomatose péritonéale</i>
<i>Thrombose de la veine porte</i>	<i>Tuberculose péritonéale (sans cirrhose)</i>
<i>Syndrome de Budd-Chiari</i>	<i>Ascite pancréatique</i>
<i>Ascite d'origine cardiaque</i>	<i>Syndrome néphrotique</i>

**Gradient de l'albumine
Sérum - Ascite**

Ascite transudative

01. Cirrhose

- Cause la plus fréquente d'ascite
- ANTCD : hépatite virale , alcoolisme ; ictère , médicaments
- Par fois : mode révélateur
- On peut la voir après une : hémorragie digestive , chirurgie abdominale
- clinique : Ascite libre
signes d'HTP
Signes d'insuffisance hépatocellulaire
- ascite : Liquide jaune citrin, transsudat
- Echographie AP :
foie dysmorphique , contours irréguliers , ascite
- Si séro-hématique ou exsudat : CHC ?



Infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA)

- chez un cirrhotique en décompensation ascitique :

En cas de **fièvre ; trouble de transit , douleurs abdominale** : rechercher une infection de liquide d'ascite

-Ascite : liquide par fois louche

examen cytologique : **polynucléaires neutrophiles > 250/mm³**

examen bactériologique : Le plus souvent : BGN

+/- antibiogramme

Nécessite un Traitement **antibiotique** précoce : fluoroquinolones , C3G , amoxicilline

Prévention : surtout si taux de protides **ascitique < 10g/l**

norfloxacine 400mg/j

Traitement de l'ascite du cirrhotique

But : Assécher l'ascite

perte de poids de 500g/j , ou 1kg/ j si OMI associés

MOYENS:

- Règles hygiéno-diététiques : repos au lit, régime hyposodé

- Diurétiques:

distaux : **spirinolactone** (cp 75/100mg) ; dose max : 400 mg/j

proximaux : **furosémide** (cp 40mg) ; dose max : 160 mg/j.

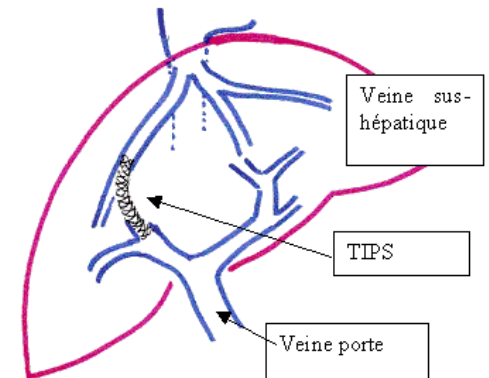
Si pas de réponse ; ou ascite de grande abondance :

- **Ponctions d'ascite évacuatrices** (Paracentèses) NB : au delà de 3 litres
(ponctions sous perfusion d'albumine / 1L = 8 g d'albumine)

- Shunts porto-cave : abandonné

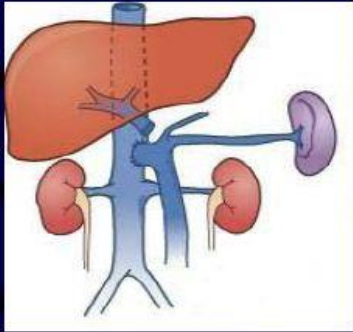
- **TIPS** (*Transjugular intrahepatic portosystemic shunt*)

- **Transplantation hépatique**

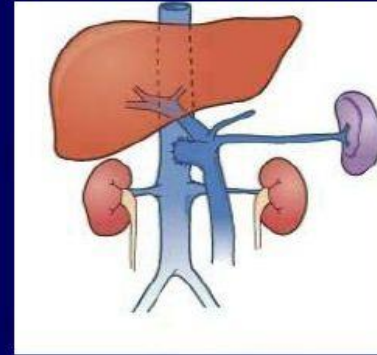


Dérivations portales totales

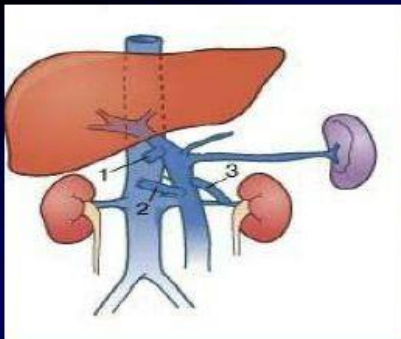
APC termino-latérale



APC latéro-latérale



APC avec shunt



Splénorénale centrale

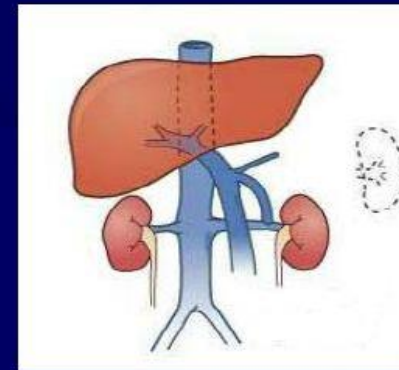
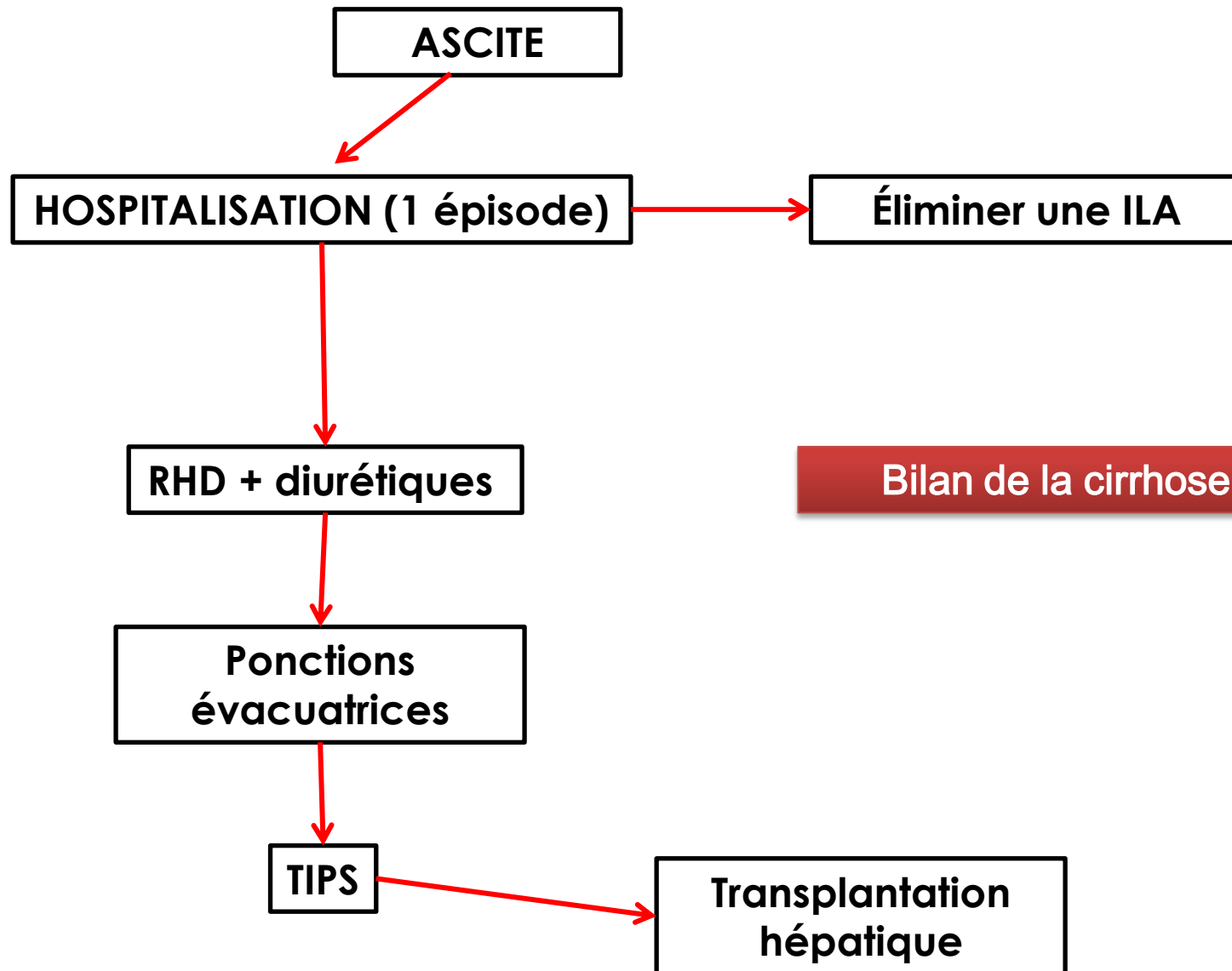


Tableau 1. Grades de l'ascite

Grade	Définition	Traitement
Grade 1	Ascite discrète seulement détectable par l'échographie	Pas de traitement
Grade 2	Ascite modérée traduite par une distension modérée et symétrique de l'abdomen	Régime désodé et diurétiques
Grade 3	Ascite abondante avec distension abdominale marquée	Ponction de grand volume suivie d'un régime désodé et de diurétiques si leur usage est possible



02. Syndrome de budd chiari:

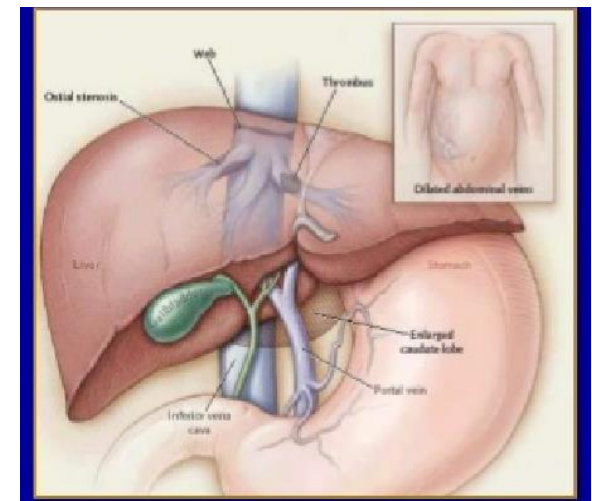
- **Bloc supra-hépatique**
- **obstruction des veines sus hépatiques principales (au moins 2 VSH)**
- **ou de la veine cave inférieure (VCI) supra-hépatique.**
- **Obstruction secondaire :**
 - à une **thrombose, une invasion tumorale intra-luminale**
 - ou une compression extrinsèque.**

Forme fulminante (rare) :

Hépatite fulminante + ascite

Forme aigüe ou subaigüe :

Ascite, hépatomégalie, ictère , insuffisance rénale fonctionnelle
Cytolyse > 5N, TP < 40%



3. Maladies cardiaques

01. Insuffisance cardiaque droite

02. Péricardite constrictive

- Hépatalgies d'effort, hépatomégalie (HPM) douloureuse
- turgescence des jugulaires
- reflux hépato-jugulaire

Echographie AP : dilatation des VSH , VCI

Téléthorax , ECG, Echocardiographie



4. Anasarques

Œdème généralisé secondaire à une hypo-albuminémie

Défaut d'apport : Malnutrition sévère

Excès de fuite : - Entéropathie exsudative

- Sd néphrotique : hypo-albuminémie + protéinurie > 3g/24h

Ascite exsudative

1. Tuberculose péritonéale



Terrain: sujet jeune (jeune femme +)

Mycobacterium tuberculosis hominis /bovis

Interrogatoire :

- Notion de contagé ; Signes d'imprégnation tuberculeuse (asthénie ,fébricule , sueur nocturne)

L'examen clinique : Ascite isolée

Biologie: - IDR à la tuberculine (+)

- Ponction: liquide exsudatif
examen cytologique : Richement cellulaire (lymphocytaire)
pas de cellules malignes
ADA: adénosine désaminase +++

- Bactério: BK (pauci bacillaire) ; Culture sur milieu de lowenstein

Biopsie péritonéales : laparotomie ou laparoscopie

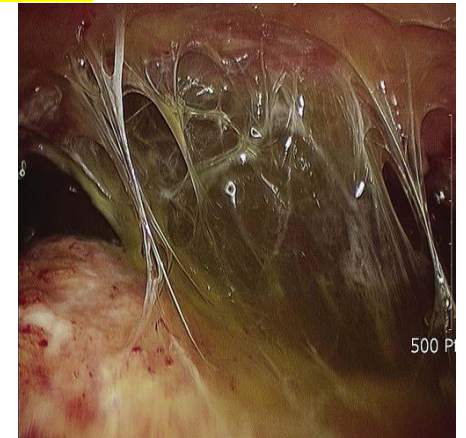
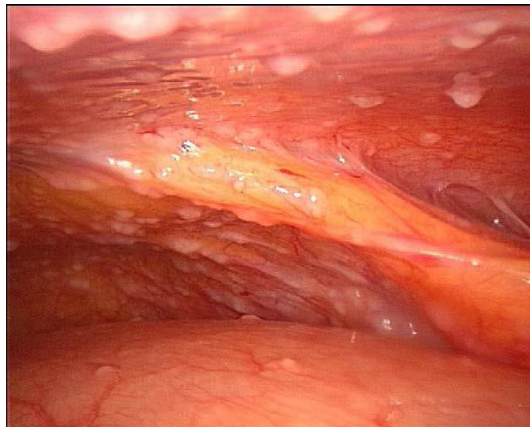
Aspects:

- Granulations blanchâtres, sur les feuillets péritonéaux (gain de couscous)
- aspect pseudo-tumorale
- fibro-adhésif (brides)

Bx: étude histologique « follicule de koester » ,
étude bactériologique

TRAITEMENT: schéma national anti tuberculeux 2 RHZE / 4RH

Quadrithérapie : INH, RIF, PZA et EMB pd 2mois
Puis
Bithérapie : INH et RIF pd 4 mois



ASCITE EXSUDATIVE

PONCTION + ÉTUDE CYTO-CHIMIQUE
Aspect jaune citrin
Lymphocytaire
Hypercellulaire
sans cellules atypiques

**Dosage de l'activité
adénosine désaminase**

Positive

**Traitement anti-
tuberculeux**

**Surveillance :
Clinique +
Echographie + CA-125**

**Négative ou non
disponible**

Positive

Biopsie percutanée

Négative

Laparoscopie

Ascite exsudative

2. Tumeurs du péritoine

PRIMITIVES

01. le mésothéliome péritonéal

02. le pseudo-myxome péritonéal ou maladie gélatineuse du péritoine

03 le carcinome séreux primitif du péritoine

- diagnostic : coelioscopie exploratrice + biopsies

- Traitement : chirurgie de cytoréduction + chimiothérapie

SECONDAIRES

Carcinose péritonéale : le plus souvent secondaire à une tumeur **ovarienne**
ou colique

2 cas de figure : primitif connu / Carcinose révélatrice

Ascite exsudative + par fois cellules tumorales dans l'ascite

Traitement : chimiothérapie +/- CHIRURGIE

3. Ascite pancréatique

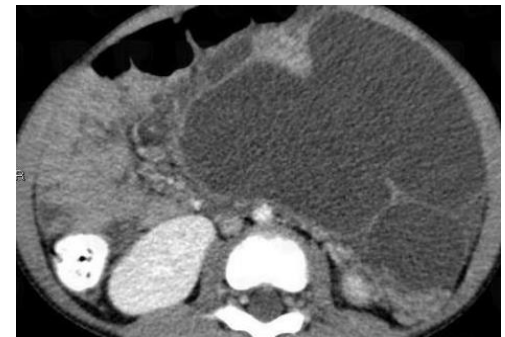
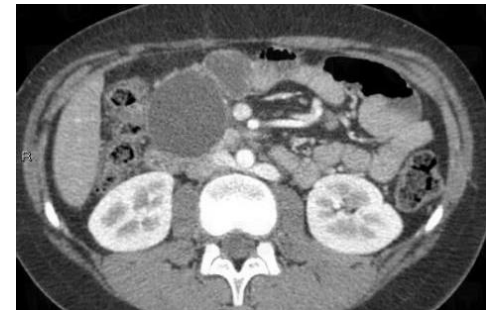
Dans les pancréatites chroniques, en rapport avec la rupture d'un faux kyste du pancréas ou d'un canal excréteur.

Évoquée devant:

- Douleurs type pancréatique,
- Amaigrissement
- diarrhée, stéatorrhée
- Diabète

Liquide exsudatif, riche en amylase

Diagnostic : Echographie AP – TDM AP



4. Ascite chyleuse

Liquide péritonéal lymphatique suite à une obstruction d'une vaisseaux lymphatiques (lymphomes, cancers ovariens ,tuberculose) ou une hyperpression (cirrhose), une fistule après traumatisme des voies lymphatiques

Clinique:

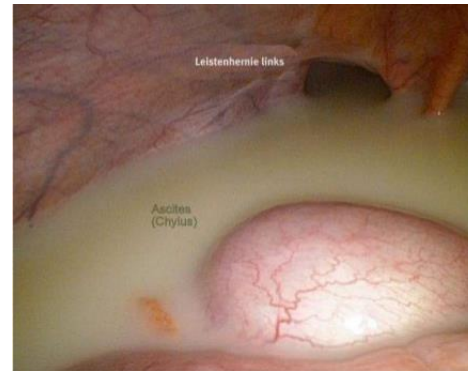
-OMI ou Lymphoedeme , Chylothorax

Liquide d'ascite :

- Lactescent

- TG > 1,26 g/l

-Lymphocyte > 70%



TRT:

limiter l'apport de TG à chaîne longue (graisses animales et végétales)

TG à chaîne moyenne: liprocil

Traitement étiologique

Autres causes : plus rares

ascite transudative	Ascite exsudative
Syndrome de Desmons-Meigs (Tumeur bénigne de l'ovaire)	lupus érythémateux disséminé
Entéropathie exsudative	Syndrome hyper-éosinophile
Dysthyroïdie	

Conclusion

- **Motif de consultation assez Fréquent**
- **enquête étiologique rigoureuse repose sur :**
 - **anamnèse**
 - **examen physique**
 - **étude du liquide d'ascite**
- **Les étiologies les plus fréquentes :**
 - **cirrhose**
 - **Carcinose péritonéale**
 - +/- tuberculose péritonéale**

