

Sémiologie des hépatomégalies

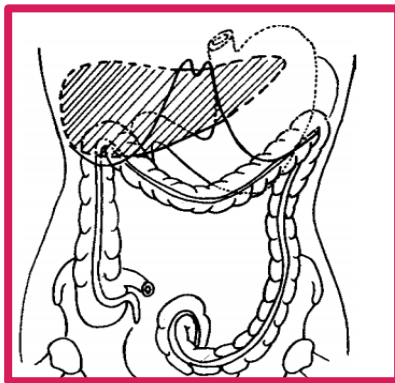
Définir une hépatomégalie

Une hépatomégalie se définit par l'augmentation de volume du foie portant sur l'ensemble ou sur une partie du foie, ce qui permet ainsi de distinguer les hépatomégalies globales et les hépatomégalies localisées.

Connaitre les notions de bases et les rapports anatomiques du foie (pré requis)

Le foie est situé dans l'hypochondre droit, il est limité en haut par le diaphragme, en bas par l'angle colique droit et le côlon transverse, il se prolonge dans la région épigastrique vers l'hypochondre gauche, où il est en rapport avec la petite courbure gastrique.

Il est constitué de deux lobes principaux droit et gauche séparés par l'insertion du ligament rond.



Examen clinique du foie

Technique

La percussion : est exécutée sur le malade en décubitus dorsal, elle permet essentiellement de délimiter le bord supérieur du foie, elle se fait de haut en bas, les doigts de la main de l'examineur sont placés à plat parallèlement aux espaces intercostaux.

La partie supérieure de la matité hépatique dessine une courbe convexe en haut.

A gauche, elle se confond avec la matité cardiaque.

Lorsque le bord inférieur n'est pas palpable, il peut être étudié par la percussion douce pratiquée de bas en haut en commençant par l'hypochondre droit.

La palpation : est la méthode de choix pour délimiter le bord inférieur du foie et en préciser les caractères.

Différents procédés de palpation peuvent être utilisés mais toujours l'examineur se place à la droite du malade, ce dernier étant en décubitus dorsal.

La palpation unimanuelle :

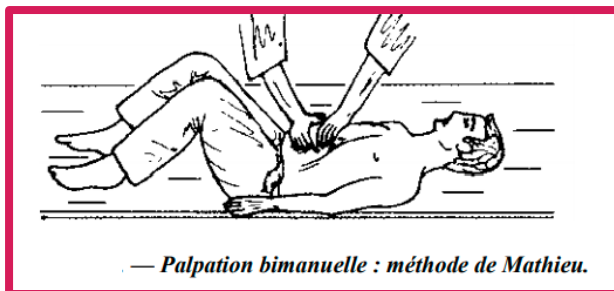
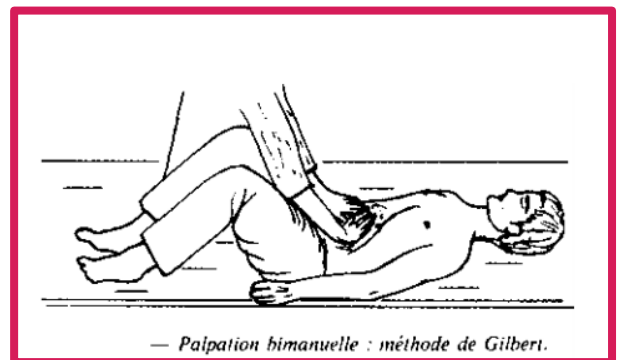
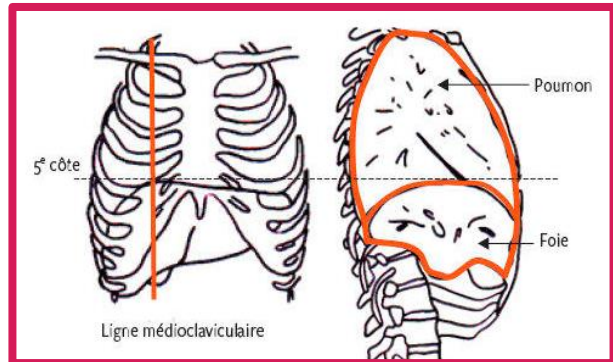
Méthode de Chauffard : l'examineur se place face au malade, la main gauche est glissée dans la région lombaire droite, la main droite est placée bien à plat sur l'abdomen, doigts dirigés vers le haut un peu obliques par rapport au rebord costal, on demande au malade de respirer profondément, le foie s'abaisse à chaque mouvement respiratoire et son bord inférieur vient buter sur la pulpe des doigts en attente

La palpation bimanuelle :

Méthode de Gilbert : l'examineur se place face au malade ; les deux mains bien à plat.

Doigts rapprochés dirigés vers le haut, le bord cubital de la main gauche est tourné vers le thorax et la racine de la main droite dirigé vers l'arcade crurale, le bord inférieur du foie vient buter contre la pulpe des doigts à chaque inspiration ;

Méthode de Mathieu : l'examineur se place à la tête du malade regardant vers les pieds du sujet examiné. Ses deux mains sont posées sur l'abdomen, « les doigts en crochet » dépassant le rebord costal cherchant à accrocher le bord inférieur du foie lors de l'inspiration



Résultats : l'examen clinique (percussion combinée à la palpation) va permettre d'apprécier le volume du foie en mesurant la flèche hépatique qui est la distance qui sépare le bord supérieur du bord inférieur du foie sur la ligne médio-claviculaire.

Chez l'adulte, la flèche hépatique normale est de 10 à 12 cm.

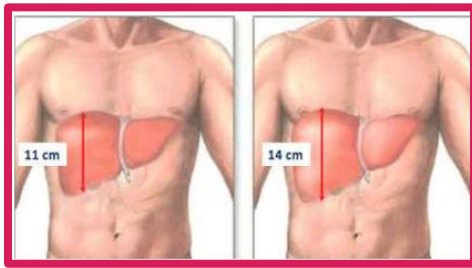
Chez le sujet normal en règle, le bord inférieur du foie ne déborde pas le rebord costal, sauf chez le sujet longiligne. Lorsque le bord inférieur est palpé lors des mouvements respiratoires profonds, on peut alors apprécier ses caractères normaux : il est régulier, parfois une petite encoche marque la séparation entre les lobes droit et gauche, sa consistance est élastique, sa surface est lisse, il est peu épais : mousse (c'est-à-dire arrondi), indolore, mobile avec les mouvements respiratoires

Diagnostic positif :

L'examen clinique va permettre de déceler une hépatomégalie qui se manifeste par une augmentation de la **flèche hépatique** supérieure à **12cm** au niveau de la **ligne médio claviculaire**.

Il permettra de distinguer s'il s'agit d'une **hépatomégalie diffuse** ou s'il s'agit d'une **hépatomégalie localisée** développée vers le bas à expression abdominale ou développée vers le haut à expression thoracique.

L'examen sera complété par un calque du foie qui est obtenu en traçant sur l'abdomen du sujet les limites supérieures et inférieures du foie par rapport à des repères anatomiques fixes le rebord costal, l'appendice xyphoïde et l'ombilic.



Hépatomégalie diffuse :

La flèche hépatique est augmentée

Le foie réalise une tuméfaction de l'hypocondre droit et de l'épigastre mobile avec la respiration, de situation antérieure, dont le bord inférieur est oblique en haut et en dedans

Le diagnostic peut être difficile chez l'obèse et en cas d'ascite, l'hépatomégalie donne dans ce dernier cas le signe du glaçon, parfois elle n'est mise en évidence qu'après ponction évacuatrice lorsque l'ascite est de grande abondance

Hépatomégalie localisée :

A développement abdominal : qui réalise une masse tumorale de l'hypocondre droit le plus souvent, plus rarement du creux épigastrique.

A développement thoracique : donnant une limite supérieure anormalement haute à la percussion et au téléthorax un aspect de surélévation de la coupole diaphragmatique droite.

Hépatomégalie localisée à développement abdominal :

Elle peut poser le problème **d'une masse tumorale de l'hypocondre droit** (hépatomégalie développée aux dépens du lobe droit) qui devra être différenciée :

D'une grosse vésicule

D'un gros rein

D'une tumeur de l'angle colique droit

Hépatomégalie diffuse : elle devra être différenciée :

Du foie ptôsé

Du foie luxé

Du lobe de Riedel

Elle peut poser également le problème **d'une masse tumorale épigastrique** (hépatomégalie développée aux dépens du lobe gauche) qui devra être différenciée : **d'une volumineuse tumeur gastrique** et **d'une splénomégalie** dont le bord antérieur est crénelé.

Que l'hépatomégalie localisée soit développée au niveau de l'hypocondre droit ou au niveau du creux épigastrique, dans les deux cas, on peut discuter **une tumeur pariétale** qui sera reconnue en faisant redresser le malade ; la palpation de la paroi abdominale contractée montre une disparition de la tuméfaction en cas d'hépatomégalie et sa persistance en cas de tumeur pariétale.

Hépatomégalie localisée à développement thoracique : qui est décelée à la percussion comme une ascension du bord supérieur de la matité et au télé thorax qui réalise une surélévation de la coupole diaphragmatique droite qui doit être différenciée d'une pleurésie surtout diaphragmatique

Diagnostic étiologique

Hépatomégalie vasculaire :

Globale

Surface lisse, régulière

Consistance ferme

Douloureuse spontanément

Lors de la palpation : mobile

Bord inférieur mousse

Signes accompagnateurs : reflux hépato-jugulaire, parfois expansion systolique du foie et subictère, signes d'insuffisance ventriculaire droite, d'insuffisance cardiaque globale ou de péricardite.

Examens complémentaires : ECG, télé thorax, écho cœur

Hépatomégalie cholestatique :

Globale

Surface lisse, régulière.

Consistance ferme.

Insensible.

Mobile.

Bord inférieur mousse.

Signes accompagnateurs : ictère rétionnel avec parfois grosse vésicule.

Examens complémentaires : exploration fonctionnelle hépatique : syndrome rétionnel pur, recherche d'un obstacle sur la voie biliaire principale : échotomographie et CPRE

Hépatomégalie cirrhotique :

Globale ou prédominant sur un lobe ou localisée à un lobe

Surface irrégulière parsemée de petits nodules de taille variable : d'où l'aspect de foie clouté

Consistance très ferme

Insensible

Mobile

Bord inférieur tranchant

Signes accompagnateurs : signes d'hypertension portale : splénomégalie, ascite, circulation veineuse collatérale abdominale, hémorragies digestives, un ictère, des angiomes stellaires et parfois des signes neurologiques.

Examens complémentaires : exploration fonctionnelle hépatique : syndrome d'insuffisance hépatocellulaire associé à un syndrome inflammatoire, la laparoscopie montre la présence de nodules de régénération à la surface du foie et permet la PBF qui apporte le diagnostic histologique de certitude de la cirrhose.

Hépatomégalies tumorales

Tumeur bénigne : kyste hydatique :

Formation localisée arrondie, régulière, lisse, bombant en verre de montre à la surface du foie, de consistance souvent rénitente, insensible.

Absence de signes accompagnateurs.

Examens complémentaires : exploration fonctionnelle hépatique : normale ; échotomographie : met en évidence le kyste hydatique sous forme d'une formation liquidienne ; sérologie hydatique

Cancer primitif du foie :

Hépatomégalie globale ou localisée, augmentant rapidement de volume.

Surface régulière.

Consistance : dureté pierreuse.

Sensible puis douloureuse.

Rapidement fixée.

Signes accompagnateurs : ictère, ascite, altération de l'état général.

Examens complémentaires : augmentation des phosphatases alcalines, hyperleucocytose, importance de la laparoscopie avec PBF et dosage de l'alpha 1-fœtoprotéine.

Cancer secondaire du foie :

Hépatomégalie globale

Surface irrégulière parsemée de gros nodules durs d'où aspect de « **foie marronné** »

Consistance dure

Sensibilité variable

Mobile

Signes accompagnateurs : identiques à ceux du cancer primitif

Examens complémentaires : augmentation des phosphatases alcalines, laparoscopie qui montre des nodules cancéreux et permet d'en faire la biopsie, recherche du cancer primitif surtout digestif ou pulmonaire

Hépatomégalies infectieuses : représentées essentiellement par l'**amibiase hépatique**.

Hépatomégalie globale

Surface régulière

Consistance ferme

Douloureuse : spontanément, lors de la palpation et lors de l'ébranlement : la main gauche placée dans les derniers espaces intercostaux de la région thoraco-abdominale est percutée avec le bord cubital de la main droite

Mobile

Signe accompagnateur : la fièvre

Examens complémentaires : exploration fonctionnelle hépatique normale, hémogramme : hyperleucocytose, sérologie amibienne fortement positive

L'amibiase hépatique non traitée peut évoluer vers l'abcès du foie

Hépatomégalie de surcharge : qui est en rapport avec une stéatose, plus rarement avec une amylose ou une hémochromatose

Hépatomégalie globale

Surface lisse régulière

Consistance molle

Bord inférieur mousse

Sensibilité variable

Mobile

Signes accompagnateurs : absents le plus souvent.

Examens complémentaires : laparoscopie qui permet la PBF et le diagnostic précis de surcharge et de son type

Sémiologie des ascites

Définition et pré requis

L'ascite se définit comme un épanchement liquidien dans la cavité péritonéale

Le liquide est habituellement jaune citrin, il peut être coloré en vert par de la bile (en cas d'ictère), en rouge par du sang : ascite séro-hémorragique, d'aspect laiteux ou crémeux : ascite chyleuse.

L'hémopéritoine (épanchement de sang pur) et les péritonites purulentes (présence de pus dans la cavité péritonéale) ne sont pas des ascites

Les ascites sont le **plus souvent libres** dans la cavité péritonéale, plus rarement il s'agit **d'ascites cloisonnées** dues à des adhérences soudant en partie le feuillet viscéral et le feuillet pariétal et divisant la séreuse en logettes irrégulières.

Physiopathologie

Les ascites répondent à **deux grands mécanismes** : elles peuvent être soit **d'origine inflammatoire**, soit **d'origine mécanique**.

Ascites d'origine inflammatoire :

Elles sont dues à une irritation du péritoine :

Localisation au niveau du péritoine d'une infection tuberculeuse.

Métastase au niveau du péritoine d'un cancer développé à distance : exemple cancer de l'ovaire.

Ascites d'origine mécanique :

Elles sont en rapport avec une rétention hydrique, elles entrent alors dans le cadre d'un syndrome œdémateux généralisé (anasarque) :

D'origine cardiaque

D'origine hépatique

D'origine rénale

Elles peuvent être secondaires à une augmentation de la pression dans le système porte :

Hypertension portale

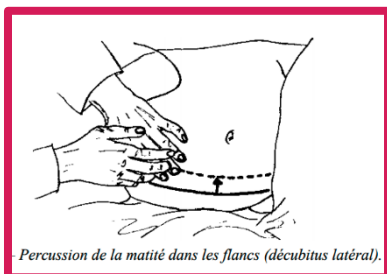
Diagnostic positif

La percussion

Matité franche hydrique des flancs et hypogastre

Limite supérieure concave vers le haut

Matité variable avec la pesanteur : déclive



La palpation

Tension de l'abdomen

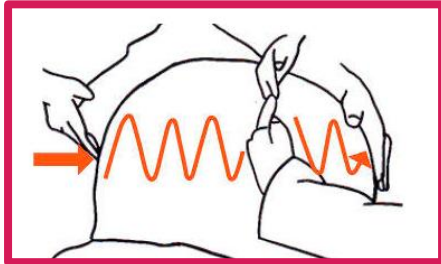
Résistance de la paroi à la palpation

Signe du flot

Le signe du flot :

La palpation combinée à la percussion met en évidence le signe du flot autre témoin du caractère libre de l'ascite :

Le malade est en décubitus dorsal, la main gauche de l'examineur est posée à plat sur le flanc droit, de la main droite l'examineur donne une chiquenaude sur le flanc gauche du malade, la main d'un aide est placée par son bord cubital sur la ligne médiane de l'abdomen pour empêcher la transmission de l'onde sonore par la paroi, en cas d'ascite, l'onde sonore est transmise à travers le liquide et elle est perçue par la main gauche de l'examineur



Les touchers pelviens :

Chez la femme : le toucher vaginal permet de retrouver :

Le refoulement des culs-de-sac vaginaux qui sont bombés et rénitents,

L'abaissement de l'utérus qui est anormalement mobile ;

Chez l'homme : le toucher rectal permet de percevoir le cul-de-sac de Douglas qui est refoulé, bombé et rénitent.

L'ascite de grande abondance

Les signes fonctionnels : sont souvent très bruyants : dyspnée, palpitations, constipation et oligurie.

Les signes physiques : l'ascite est évidente.

L'inspection :

- l'abdomen est énorme ;
- l'ombilic est déplissé, retourné « en doigt de gant » ;
- la peau est tendue à l'extrême, amincie, luisante, sillonnée de vergetures ;
- il existe des œdèmes infiltrant les membres inférieurs, les organes génitaux externes, la paroi abdominale ; une circulation veineuse collatérale sous-ombilicale et dans les flancs (les œdèmes et la circulation veineuse collatérale sont liés à la compression de la veine cave inférieure par l'ascite, ils régressent après ponction évacuatrice).

La percussion : met en évidence une matité de tout l'abdomen :

- franche, hydrique ;
- Les caractères de déclivité et de mobilité ne sont plus retrouvés.

La palpation :

- l'abdomen donne une sensation de résistance extrême ;
- l'examen du foie et de la rate est impossible ;
- le signe du flot est négatif.
- Les touchers pelviens : les culs-de-sac vaginaux et le cul-de-sac de Douglas sont bombés et rénitents.

Les signes accompagnateurs :

Du fait de son abondance, l'ascite va être accompagnée de signes d'intolérance qui sont dus à la compression des organes intrathoraciques : cyanose, pouls petit, rapide, parfois irrégulier, tension artérielle basse, bruits du cœur assourdis et rapides.

La ponction évacuatrice lente et prudente s'impose.

L'ascite de petite abondance

Elle est de diagnostic difficile.

- **L'inspection** est en règle normale.
- **La palpation** : n'apporte pas de renseignements.
- **La percussion** : doit être fine, elle met en évidence une matité légère, déclive, mobile.
 - **matité des flancs** : apparaissant ou s'accroissant en décubitus latéral droit et gauche ;
 - **matité péri-ombilicale** : retrouvée en position genupectorale.
- **Les touchers pelviens** :
 - légère rénitence des culs-de-sac ;
 - utérus anormalement mobile.

Le diagnostic est affirmé par la ponction exploratrice

Les ascites cloisonnées

Elles sont responsables à la palpation d'une sensation d'empatement de l'abdomen

Diagnostic différentiel

Une ascite ne doit pas être confondue avec :

Une adiposité pariétale : chez un obèse, une ascite de petite abondance peut être difficile à reconnaître.

Un météorisme abdominal : qui entraîne une augmentation de volume de l'abdomen, mais la percussion met en évidence un tympanisme diffus.

Un globe vésical : s'accompagne d'une matité sous-ombilicale sensible à limite supérieure convexe vers le haut.

Une ascite ne doit pas être confondue avec :

Un kyste de l'ovaire à développement abdominal : réalise une matité médiane ou latéralisée à limite supérieure convexe vers le haut et une ascension de l'utérus au toucher vaginal

Deux signes ont une grande valeur en faveur du kyste : l'absence de déplissement de l'ombilic et la persistance de la sonorité lombaire en position demi-assise

Diagnostic étiologique

Repose sur :

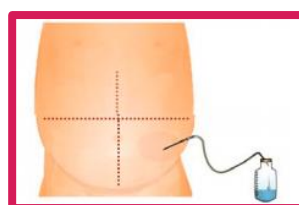
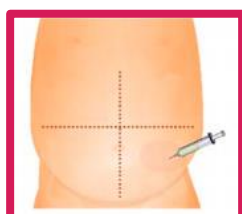
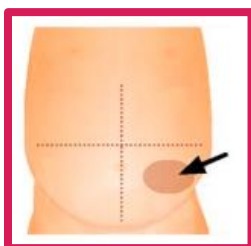
L'interrogatoire : habitudes alimentaires, notion d'éthylisme chronique, notion de contagé tuberculeux...

L'interrogatoire : habitudes alimentaires, notion d'éthylisme chronique, notion de contagé tuberculeux...

L'examen clinique : recherchera une circulation veineuse collatérale, des angiomes stellaires, des signes d'insuffisance cardiaque...

La ponction d'ascite :

Technique : se pratique avec une **aiguille de Kuss**, on pique à l'union du tiers externe et des deux tiers internes de la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche ; on évitera de piquer à droite car risque de blessure du caecum qui est superficiel.



Résultats :

Aspect macroscopique du liquide : clair, jaune citrin, parfois séro-hémorragique, exceptionnellement chyleux ;

Etude chimique : elle permet de distinguer les transsudats des exsudats :

- **Le transsudat** : pauvre en protides (taux inférieur à 30 g/l) et Rivalta négatif,
- **L'exsudat** : riche en protides (taux supérieur à 30 g/l) et Rivalta positif ;

Etude cyto-bactériologique :

Numération des éléments blancs, équilibre (lymphocytes, polynucléaires, cellules mésothéliales) et recherche de cellules malignes, recherche de BK (bacille de Koch).

Les examens complémentaires : en dehors de l'examen cyto-bactériologique et chimique du liquide ; la laparoscopie est l'examen clé du diagnostic des ascites inflammatoires, elle permet de voir les anomalies du péritoine et d'en faire la biopsie.

Diagnostic étiologique : Les différentes causes

Les ascites inflammatoires : le liquide d'ascite possède une formule d'exsudat, ce sont :

L'ascite tuberculeuse, la formule cytologique du liquide est à prédominance lymphocytaire; la laparoscopie, montre un péritoine inflammatoire parsemé de fines granulations blanchâtres et permet d'en faire la biopsie

L'ascite cancéreuse : métastase d'un cancer digestif ou chez la femme d'un cancer génital.

L'examen cytologique du liquide peut montrer la présence de cellules malignes et la laparoscopie met en évidence de grosses granulations et permet d'en faire la biopsie.

Les ascites mécaniques :

Cirrhose : ascite, hypertension portale, splénomégalie, varices œsophagiennes, CVC et signes d'insuffisance hépatocellulaire (ictère, hypo- Albuminémie, TP bas)

Anasarque :

D'origine rénale : insuffisance rénale, syndrome néphrotique,

D'origine cardiaque : insuffisance cardiaque

D'origine hépatique

Syndrome de Démons MEIGS: épanchement pleural, tumeur ovarienne et ascite