

CAT devant une ascite

Définition

- **Épanchement liquidien** dans la cavité péritonéale provenant d'une **transsudation** ou d'une **exsudation** à travers la séreuse péritonéale
- 2 situations:
 - tableau pluri symptomatique: ascite symptôme
 - ascite isolée=ascite maladie
- Diagnostic positif facile
- Problème de diagnostic étiologique
- **Épanchement**: présence de liquide ou de gaz dans une partie du corps qui n'en renferme pas
- **transsudation**: (trans, hors; sudare, suer) suintement d'un liquide au niveau d'une surface non enflammée et obéissant seulement à des lois mécaniques; résulte d'un déséquilibre entre p hydrostatique et p oncotique
- **Exsudat**: suintement d'un liquide serofibrineux à travers une muqueuse enflammée

Diagnostic positif

CAS FACILES: Ascite de grande ou de moyenne abondance

- du périmètre abdominal
- Matité déclive, hydrique, à limite supérieure concave vers le haut
- Signe du flot
- Signe du glaçon
- CDS rennissants et bombes

Cas difficiles:

- Ascite de petite abondance
- Ascite cloisonnée : matité en damier
- Pannicule adipeux
- Masse+ascite

Diagnostic différentiel

- 1) Éliminer ce qui n'est pas épanchement liquidien
 - Grossesse
 - Globe vésical
 - Kyste ovarien ,kyste du mésentère
 - Météorisme
 - Obésité
- 2) Éliminer ce qui n'est pas épanchement ascitique
 - Hémo-péritoine
 - Chole-péritoine
 - Hydatidopéritoine

Diagnostic étiologique

- Interrogatoire et examen physique +++++
- Orientation diagnostique

1) Interrogatoire :

Rechercher arguments en faveur de:

- Contage tuberculeux
- Contage viral
- Toxiques (médicaments, alcool, amiante)

2) Examen physique:

- Signes d'hépatopathie chronique (signes d'insuffisance hépatocellulaire, ou d'hypertension portale)
- Signes d'insuffisance cardiaque droite
- Signes de maladie tumorale: occlusion; nodules tumoraux palpables dans l'abdomen, tumeur rectale, foie tumoral, ganglion de troisier
- Signes d'anasarque, de syndrome néphrotique, de pancréatopathie

Ponction d'ascite avec étude du liquide d'ascite

Étape fondamentale de la démarche diagnostique

Exploratrice; thérapeutique

Technique

Aspect macroscopique du liquide: jaune citrin, hémorragique; lactescent, purulent

Étude du liquide d'ascite

- Étude chimique: Taux de protéides:
 - <25g/l = transsudat
 - >25g/l = exsudatSelon le contexte: amylase, LDH, triglycérides, autres marqueurs
- Étude cytologique: leucocytes+polynucléaires neutrophiles, Hématies, cellules mésothéliales
Infection si PN > 250/mm
- Étude bactériologique: examen direct et après culture
- Examen histologique: à la recherche de cellules malignes

Explorations para cliniques

- Échographie abdominale: foie et ses vaisseaux
Organes intra abdominaux
- AUTRES EXAMENS: selon la clinique (à visée cardiovasculaire, rénale, pancréatique, ovarienne)
- TDM: exploration du pelvis, carcinose péritonéale
- LAPAROSCOPIE: diagnostic des ascites tuberculeuses et néoplasiques
Examen de la cavité péritonéale+BIOPSIES
CI: troubles de l'hémostase, ascite cloisonnée insuffisance cardiorespiratoire

Étiologies

On peut classer les ascites selon la cause en :

- Ascites dues à une maladie du péritoine
- Ascites indépendantes d'une maladie péritonéale

Ou selon la chimie du liquide d'ascite

- Ascites transsudat ives
- Ascites exsudatives

- **Transsudat** : du à un déséquilibre entre
 - p oncotique et p hydrostatique
 - p hydrostatique (insuffisance cardiaque, cirrhose)
 - P oncotique (Sd néphrotique, cirrhose)

- **Exsudat** :
Maladie du péritoine (inflammation, néoplasie)
Exsudation à travers les vaisseaux lymphatiques entéro-mésentériques dilatés par une obstruction (lymphomes) ou une hyperpression (cirrhose)

Ascites Transsudatives

- HTP : CIRRHOSE
- INSUFFISANCE CARDIAQUE
- HYPOALBUMINEMIES
- CAUSES OVARIENNES

Cirrhose

- Cause la plus fréquente d'ascite
- Mode d'installation: progressif ou brutal (déclenchée par hémorragie, chirurgie, infection)
- Ascite libre, abondante
- Signes d'insuffisance hépatocellulaire, signes d'HTP)
- Liquide jaune citrin, transsudat, pauci cellulaire

Si hémorragique: CHC ou troubles de la coagulation

Si exsudat: infection, ou carcinome hépatocellulaire

Infection du liquide d'ascite

Grave
Favorisée par un taux de protéides < 10g/l dans liquide
Évoquée devant : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée, Vomissements, encéphalopathie hépatique

Liquide:
- Louche, purulent
- Taux de protéides variable; pn > 250/mm
- Bactériologie: examen direct et ascicules: germes BGN

Traitement précoce : fluoroquinolones
acide clavulinique, amoxicilline
Puis adapter en fonction de l'antibiogramme

Prévention si taux de protéides < 10g/l norfloxacine 400mg/j

Trt de l'ascite du cirrhotique

But: Assécher l'ascite en obtenant une perte de poids de 500g/j

MOYENS:

Règles hygiéno-diététiques: repos au lit, régime hyposoc

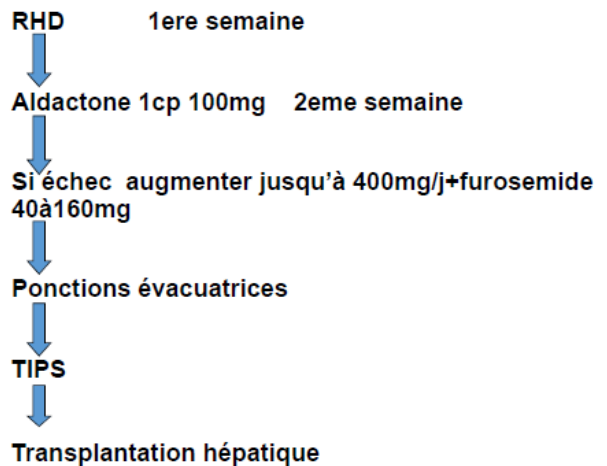
Diurétiques: distaux : spirinolactone cp 75-100mg
proximaux : furosémide cp 40mg

Paracentèses massives jusqu'à 5 litres (sous perfusion d'albumine)

Shunts péritoneo-jugulaire

TIPS

Transplantation hépatique



Syndrome de Budd Chiari

Ensemble des manifestations secondaires à un obstacle à l'écoulement du flux sanguin sus hépatique

- HPMG douloureuse
- Ascite abondante
- Liquide: tx de protéides : 20 à 40g/l

Maladies cardiaques

- Insuffisance cardiaque droite
- Péricardite constrictive

Hépatalgies d'effort, turgescence des jugulaires, reflux hépato jugulaire, HPM douloureuse
Liquide pauci cellulaire, Tx de protéides entre 20 et 40mg
Telethorax, ECG, Echocardi

Anasarques

Complicent une hypoalbuminémie

- Malnutrition sévère
- Entéropathie exsudative
- Sd néphrotique : anasarque avec œdèmes proximaux (mains, visage)

liquide jaune citrin, transsudat

albuminémie < 30g/l avec protéinurie > 3g/24h

Causes ovariennes

■ Sd de démons meigs:

- Tumeur bénigne de l'ovaire
 - Épanchement pleural
 - Épanchement péritonéal
- } transsudat

Ablation de la tumeur fait disparaître l'ascite

Sd d'hyperstimulation ovarienne

Ascites exudatives

- TUBERCULOSE PÉRITONÉALE
- CAUSES TUMORALES
- CAUSES PANCRÉATIQUES
- MYXŒDEME
- ASCITE CHYLEUSE

Tuberculose péritonéale:

- Terrain: - jeune fille ou jeune femme
 - Notion de contagie
- Signes d'imprégnation tuberculeuse
- Ascite isolée: sans signes d'HTP, ni IH cellulaire, ni tumeur abdominale.
- Biologie: - IDR à la tuberculine (+)
 - Ponction: * liquide exsudatif, riche en albumine 30g/l
 - * Riche en cellules > 1000/m³ 70% lymph
 - * ADA: adénosine désaminase (+) spécifique.
 - Bactériologie: BK n'est pas retrouvé à l'examen direct car paucibacillaire
 - ✓ Culture sur milieu de Löwenstein
 - ✓ Inoculation au cobaye

LAPAROSCOPIE: +++

- Inflammation diffuse du péritoine
 - Granulations blanchâtres, petites parfois confluentes sur les 02 feuillets péritonéaux
 - Adhérence entre les 02 feuillets péritonéaux
- Bx: follicule de Koester.

TRAITEMENT: schéma national anti tuberculeux RHZ / RH

Tumeurs du péritoine

PRIMITIVES : Mésothélium primitif du péritoine

SECONDAIRES : Carcinose péritonéale

Mésothélium primitif du péritoine

Tumeur développée au dépend des éléments épithéliaux et mésenchymateux du Mésothélium

Associé à un mésothélium pleural 50% des cas.

Clinique : Ascite récidivante + Masses abdominales ou pelviennes

Ponction d'ascite :

- ✓ Liquide citrin
- ✓ Exsudatif
- ✓ Présence de cellule mésothéliales malignes
- ✓ LDH ascite >1
- LDH sang
- ✓ Acide hyaluronique.

Laparoscopie : nodules et plaques disséminées sur les surfaces péritonéales

TRT: chimiothérapie

Carcinose péritonéale IIaire

Cause la plus fréquente d'ascite d'origine péritonéale
le Cancer IF est: digestif, ovarien.

02 cas de figures:

- Kc If, connu
- Carcinose révélatrice de la tumeur primitive

Clinique: - Ascite, douleurs abdominales, , nausées, VMS,
- syndrome occlusif
- AEG.

Ascite intarissable: qui se reconstitue rapidement

- Ponction : liquide exsudatif, Cellules cancéreuses parfois retrouvées.
- DC facile si
 - Kc déjà connu
 - Cellules tumorales dans le liquide d'ascite
- Sinon : la laparoscopie avec biopsies permet de faire le DC
- TRT :
 - * Symptomatique : ponctions
 - * Chimio thérapie, chimio hyperthermie locale

Ascite d'origine pancréatique

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

Évoquée devant:

- ✓ Douleurs pancréatiques, diarrhée
- ✓ Amaigrissement
- ✓ Diabète, steatorrhée

Liquide exsudatif, riche en protides et en amylase

Echo – TDM

Ascite myxoédémateuse

- ↑ de la perméabilité capillaire + fuite de liquide riche en protéines
- polyserites parfois.
- TRT: opothérapie ==) régression de l'ascite
- d) Maladies de système, vascularites:
 - LED

Ascite chyleuse

Épanchement péritonéal fait de liquide lymphatique

Mécanisme: exsudation à partir des vaisseaux lymphatiques enteromesenteriques dilatés par une obstruction (lymphomes, cancers ovariens, tuberculose) ou une hyperpression (cirrhose), une fistule après traumatisme des voies lymphatiques

Clinique:

- ✓ OMI
- ✓ Lymphoedème
- ✓ Chylothorax

Liquide:

- ✓ Lactescent
- ✓ Lipides > 1g/l
- ✓ Lymphocyte > 70%

TRT:

Diminuer la production de lymphes en ↓ l'apport de TG à chaîne longue.

- ✦ Suppression de toutes les graisses animales et végétales
- ✦ TG à chaîne moyenne: liprociel 30 -50 g/j

Principales causes d'ascite

maladie	clinique	protides	cellules	Para clinique
Cirrhose	•HTP •IH Cellulaire •HPMG ou atrophie du foie	< 20g/l	< 250/m3	PBF
Ascite infectée	•Douleurs •Fièvre •Encéphalopathie	variable	> 250/m3 PN	Bacterio
Blocs sus hépatiques	•HPMG douloureuse	variable 20-40	< 250/m3	Echodoppler
Tuberculose	•Contage •Imprégnation •IDR	> 30g/l	> 300/m3 70% lymph	•Laparoscopie •Bx
Ascite tumorale	•Amaigrissement •Tumeur abdominale	> 30g/l	> 300/m3 Cellule Tm	•Laparoscopie + Bx •TDM
Ascite cardiaque	•Hépatalgies •Insuffisance cardiaque droite	variable	<300	ECG – echocardi

Conclusion

- Fréquente
- Impose enquête étiologique rigoureuse, qui repose d'abord sur l'anamnèse et l'examen physique et sur l'étude du liquide d'ascite
- Les causes les plus fréquentes sont la cirrhose et la carcinose péritonéale