

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
UNIVERSITE SALAH BOUBNIDER CONSTANTINE III  
FACULTE DE MEDECINE DE CONSTANTINE  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE  
CONSTANTINE  
SERVICE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE**

**TD de 04<sup>ém</sup> année de médecine**

**Conduite à tenir devant une ascite**

**Présenté par : DR : M FERMAS**

***Année universitaire : 2021/2022***

## **PLAN :**

- I. Définition-généralités :
- II. Reconnaître l'ascite : diagnostic positif :
- III. Diagnostic différentiel :
- IV. Diagnostic étiologique :
- V. Etiologies et conduite thérapeutique :
- VI. Conclusion :

## I. Définition-généralités :

Epanchement liquidien libre ou cloisonné non hématique dans la cavité péritonéale, provenant d'une transsudation ou exsudation de la séreuse péritonéale. Sa prise en charge dépend dans un premier temps de l'appréciation de la tolérance, de la recherche des complications associées et de l'identification d'une cause.

### **a) Intérêt :**

- Affection fréquente.
- Clinique : polymorphe, problème des ascites de petite abondance, se manifeste si volume supérieur à 1,5 litre.
- Paraclinique : ponction d'ascite évacuatrice et exploratrice.
- Diagnostique étiologique : enquête précise et complète.

## II. Reconnaître l'ascite : diagnostique positif :

### **A. Cas facile : Ascite libre de moyenne abondance :**

#### **1. Circonstance de découverte :**

- Douleur abdominale ou lombaire ou météorisme précédent l'ascite.
- Sensation de plénitude ou tiraillement, pression au niveau des flans.
- Augmentation progressive du volume abdominale.
- Prise pondérale.
- Les signes sont très bruyants en cas d'ascite de grande abondance : dyspnée, palpitation, oligurie, constipation.
- Complications : hernie ombilicale.

#### **2. Examen clinique :**

- a) **Inspection** : abdomen distendu, augmenté de volume, étalé en batracien en position couché, un ombilic déplié en doigt de gant, en position debout donnant l'aspect d'un obusier. Plus ou moins une circulation veineuse collatérale.
- b) **Palpation** :
  - Sensation de résistance élastique, extrême.
  - Signes de glaçon (la dépression brusque de la paroi refoule le foie qui donne un choc en retour) et de flot (transmission abdominale liquidienne de l'onde de propagation créée par la pression sur la paroi abdominale) très nets : flot négatif en cas d'ascite abondante
  - Examen de la rate et le foie est impossible.

c) Percussion :

- Matité franche, hydrique, déclive dans les flans et l'hypogastre à limite supérieure concave vers le haut, mobile avec les changements de position
- Matité franche, sans caractère de déclivité ni de mobilité, de tout l'abdomen (ascite de grande abondance).

d) Touchés pelviens :

- Culs de sac vaginaux, de douglas : bombés, refoulés, rénitents.
- Utérus abaissé et mobile.
- Parfois, perception d'une masse.

### 3. Signes accompagnateurs :

- Œdèmes des membres inférieurs : blancs, mous, indolores, gardant le godet.
- Parfois œdèmes des organes génitaux externes.
- Hydrothorax : souvent à droite.
- Signes d'intolérance du fait de son abondance.

### 4. Ponction d'ascite exploratrice utile au diagnostic :

### 5. Ponction évacuatrice si ascite gênante :

## B. Cas difficiles :

### 1. Ascite libre de petite abondance :

- Le diagnostic clinique est difficile, la percussion fine découvre une matité légère, mobile et déclive des flans (en décubitus latérale) et en péri ombilicale (en position gènepectorale).
- Pas de retentissement sur l'état général.
- D'où l'intérêt d'une échographie abdomino-pelvienne et une ponction échoguidée exploratrice si lame d'ascite.

### 2. Ascite cloisonnée :

- Souvent asymptomatique.
- A la palpation on peut percevoir une sensation d'empâtement abdominale.
- A la percussion : matité en damier.
- Le diagnostic repose sur l'échographie abdomino-pelvienne qui permet une ponction échoguidée (la ponction à l'aveugle est contre indiquée).

### 3. Ascite accompagnée d'une masse abdominale :

- La masse peut refouler l'ascite vers un seul coté.
- Le diagnostic repose sur l'échographie abdomino-pelvienne qui permet une ponction échoguidée.

## III. Diagnostic différentiel : éliminer :

### A. Ce qui n'est pas épanchement péritonéale :

- Grossesse avec hydramnios.
- Kyste de l'ovaire.
- Globe vésicale.
- Hydronéphrose massive.
- Météorisme abdominal.
- Mégacôlon.
- Megagastrie.
- Panicule adipeux.
- Lymphangiome kystique.

### B. Ce qui n'est pas épanchement ascitique :

- Hémopéritoine : grossesse extra utérine rompue, rupture d'un anévrisme artériel, d'un adénome hépatique, kyste du foie, rate pathologique.
- Cholépéritoine : iatrogène, traumatique ou spontané.
- Hydatidopéritoine : kyste hydatique ou mésentérique rompu.
- Péritonite aigue bactérienne ou sub aigue à pneumocoque.
- Péritonite gélatineuse : kyste mucoide ovarien rompu.

## IV. Diagnostic étiologique :

### A. Enquête étiologique :

#### 1. Clinique :

#### a) Interrogatoire:

- Terrain : âge, sexe, alcoolisme, profession (amiante).
- Antécédents de contagé tuberculeux ; hépatite aigue ; contagé virale ; ictère ; Néoplasie digestive ; cardiopathie ; rhumatisme articulaire aigu.

#### b) Examen clinique :

- Signes d'HTP ; insuffisance hépato-cellulaire ; Hépatomégalie.
- Etat général ; pâleur cutanéomuqueuse, ictère, deshydratation, Néoplasie digestive.
- Signes d'insuffisance cardiaque : reflux hépato-jugulaire ; dyspnée....

## 2. Examens complémentaires :

### a) Ponction d'ascite :

Exploratrice et évacuatrice si retentissement mécanique sur la fonction cardio-respiratoire et afin d'assécher l'ascite.

- **Aspect macroscopique** : jaune citrin, hémorragique, trouble, purulent, chyleux.
- **Etude biochimique** :

#### **Protides :**

- Inférieur à 25g /l: Rivalta négatif : transudatif.
- Supérieur à 25g/l : Rivalta positif : éxsudatif.
- Calculer le gradient : albumine sérique moins albumine ascite; si supérieur à 11g/l, l'ascite par hypertension portale est très probable.

**Amylase** : si elle est augmenté ; elle oriente vers une cause pancréatique cause pancréatique (Amylase ascitique/Amylase sérique supérieur à 1).

**Lipides** : si supérieurs à 3g/l dont plus 75% sont des triglycérides (2g/l) évoque une ascite chyleux et si le cholestérol est augmenté oriente vers une maladie néoplasique.

**LDH** : si elle est augmentée avec LDH ascitique/LDH sérique supérieur à 1 oriente vers un néoplasie péritonéale.

**Acide hyaluronique** : s'il est augmenté ; il oriente vers une mésothéliome péritonéale.

**ACE** : évoque une carcinose péritonéale.

**GASA (gradient d'albumine entre le sérum et l'ascite)** : albumine sérique - albumine ascite; si supérieur à 11g/l, l'ascite par hypertension portale est très probable.

- **Etude cytologique** :

#### **Globules blancs :**

- Normal : si le taux est inférieur à 500 éléments/mm<sup>3</sup> dont le taux des poly nucléaires neutrophile est inférieur 250/mm<sup>3</sup>.
- Pathologique : si le taux est supérieur à 500 éléments / mm<sup>3</sup> (si le taux des poly nucléaires neutrophile est supérieur à 250/mm<sup>3</sup> évoque une infection spontanée du liquide d'ascite), si le taux est supérieur à 1000 dont 70% de Lymphocytes évoque une tuberculose péritonéale.

### **Globules rouges :**

- Normal : si le taux est inférieur à 500/mm<sup>3</sup>.
- Pathologique : si le taux est supérieur à 1000 évoque une hémorragie intra-péritonéale (néoplasie).

### **Cellules mésothéliales normalement présentes :**

#### **Recherche de cellules néoplasique :**

##### ➤ **Etude bactériologique :**

- Examen direct et coloration de gram et ZIEHL-NELSON (BK).
- Culture sur milieux standards et lowestein.
- Asciculture sur flacons d'hémoculture (aéro et anaérobie).

##### b) **Bilan biologique et morphologique de première intention :**

- FNS : hypersplénisme, anémie, hyperleucocytose et lymphocytose (tuberculose) .
- VS accélérée si tuberculose ; néoplasie ; cirrhose évolutive.
- Glycémie, bilan rénal, ionogramme sanguin, bilan hépatique, bilan lipidique et protidique, TP, facteurs de la coagulation, électrophorèse des protéines.
- Chimie des urines : albuminurie.
- IDR à la tuberculine.
- Radio du thorax : pleurésie, tuberculose, asbestose, cardiomégalie, métastases.
- ASP : calcification (hépatique, biliaire, pancréatique, rénal).
- ECG : microvoltage.
- FOGD: varices oesophagiennes Néoplasie digestive.
- Echographie abdomino-pelvienne, TDM abdomino-pelvienne.

##### c) **Examens orientés : en fonction de l'orientation clinique :**

- Bilan cardiovasculaire : échocardiogramme ; échodoppler...etc.
- Bilan rénale : protéinurie des 24h, électrophorèse des protéines.
- Bilan hépatique : échographie abdominopelvienne, échodoppler, Fibroscopie oeso-gastro-duodénale, Ponction biopsie hépatique après ponction d'ascite.
- Bilan gynécologique et pancréatique.
- **Si bilan négatif :** laparoscopie après ponction d'ascite afin de réaliser des biopsies dirigées à la pince.

## **V. Etiologies et conduite thérapeutique :**

### **A. Ascite transudatives :**

#### **1. Hépatopathies :**

##### a) **Cirrhose hépatique :**

- **Clinique :**
- Installation progressive, parfois rapide

- Signes accompagnateurs : hépatomégalie, insuffisance hépato-cellulaire, hypertension portale.
- Facteurs déclenchant : poussée évolutive de l'hépatopathie, hémorragies digestives, infection, chirurgie ; infection localisée ou généralisée, carcinome hépato-cellulaire, écart du régime ; non observance du traitement.
- **Biologie :**
- Liquide jaune citrin stérile transudatif. Si exsudat : greffe néoplasique ou infection.
- Syndrome d'insuffisance hépato-cellulaire ; syndrome inflammatoire ; cytolyse.
- **Traitement :**
  - Etiologique si possible
  - Symptomatique :

**But :** perte pondérale = 500g/j en l'absence des œdèmes des membres inférieurs et 01 kg en présence des œdèmes des membres inférieurs.

**Moyen :**

- Mesures hygiéno-diététiques : régime sans sel.
  - Diurétique distaux ; épargneurs de K<sup>+</sup> ; SPIRONOLACTONE.
  - Diurétiques de l'anse : furosémide.
- Ponctions évacuatrices/j avec perfusion d'albumine
- **Autres traitements :** shunt péritonéo-jugulaire de LEVEE, TIPS, anastomose portocave, transplantation hépatique.

b) Schistosomiase hépatothique :

- **Clinique :** hypertension portale, foie de petite taille, ferme, avec augmentation du lobe gauche à un stade avancé ; ascite réfractaire ; insuffisance hépato-cellulaire.
- **Paraclinique :** parasitologie des selles, biopsie rectale, ponction-biopsie hépatique, échographie abdomino-pelvienne.
- **Traitement :** Pranziquantel, splenectomie.

c) Hépatite fulminante :

- **Clinique :** Trois signes cardinaux : ictère, encéphalopathie hépatique et une atrophie hépatique.
- **Biologie :** TP inférieur à 50% ; diminution des facteurs II, V, VII, X non corrigé par la vit K, hyponatrémie, hypokaliémie, insuffisance rénale fonctionnelle.



- **Traitement** : mesures de réanimation et la transplantation hépatique en urgence.

d) Sarcoidose :

- **Clinique** : cholestase avec ictère, hépato-spléno-mégalie, prurit, ascite tardive
- **Diagnostic** : ponction biopsie hépatique.
- **Traitement** : corticothérapie au long cours.

## 2. Atteinte cardiovasculaire :

a) Insuffisance cardiaque droite :

- **Clinique** : hépatalgie d'effort, dyspnée, hépatomégalie lisse, régulière, congestive, bord inférieure mousse, reflux hépato-jugulaire, expansion systolique du foie, œdème symétrique périphérique, ascite, hydrothorax droit, épanchement péricardique, tachycardie...
- **Paraclinique** : Thorax, ECG, échocardiogramme.
- **Traitement** : repos, régime sans sel, diurétiques, digitaliques.

b) Péricardite constructive :

- **Clinique** : les signes d'insuffisance cardiaque sont souvent absents dans les ascites avec péricardite constructive.  
Vibrance diastolique, assourdissement des bruits du cœur, ascite d'installation progressive parfois exsudative.
- **Paraclinique** : radio du thorax, ECG (micro voltage, trouble de la repolarisation), échocardiogramme.
- **Traitement** : étiologique, péricardectomie.

c) Syndrome de Budd-chiari : bloc sus hépatique :

- **Clinique** : ascite (exsudative dans sa forme aigue), hépatomégalie, douleur de l'hypocondre droit.
- **Paracliniques** : échodoppler (veines sus hépatiques dilatées en amont d'une sténose avec hypertrophie du lobe de spigel, étude dynamique du flux sanguin des veines sus hépatiques et de la veine cave inférieure), angioTDM, angioIRM++, angiographie.
- **Traitement** :
  - **Médicale** : de l'ascite, de l'affection thrombogène.
  - **Chirurgicale** : lever l'obstacle : angioplastie veineuse sus hépatique percutanée ou chirurgicale ; dérivation ; Transplantation hépatique.

- d) Thrombose de la veine porte : le bloc sous hépatique donne rarement une ascite.
- e) Syndrome d'obstruction sinusoidale : « autrefois appelé maladie veino-occlusive » :  
Obstruction concentrique non thrombotique des sinusoides et de la lumière des veinules hépatiques en l'absence de lésion primitive ou de thrombose des veines hépatiques.
- f) Maladie vasculaire porto-sinusoidale :
  - Regroupe les diverses maladies caractérisées par des anomalies des petits vaisseaux du foie anciennement nommées d'un point de vue histologique « hyperplasie nodulaire régénérative », « veinopathie portale oblitérante », « sclérose hépatoportale », « fibrose portale incomplète », « fibrose portale non cirrhotique » ou d'un point de vue clinique « hypertension portale idiopathique », hypertension portale intrahépatique non cirrhotique ».

### 3. Atteinte rénale :

- a) Syndrome néphrotique :
  - Protéinurie des 24h supérieures à 03 g, une hypo protéinémie inférieure à 60 g/l, une hypo albuminémie inférieure à 30 g/l et une hypolipidémie.
- b) Syndrome néphritique aigu :
  - Œdème, HTA, oligurie, protéinurie, hématurie, parfois insuffisance rénale et une protéinurie des 24 h inférieure à 03 g.
- c) Les hémodialysés : parfois l'ascite est exsudative.

### 4. Hypo protéinémie sévère avec hypo albuminémie :

- a) Carence d'apport :
- b) Défaut de synthèse :
- c) Fuite digestive : gastro-entéropathie exsudatives :

### 5. Causes ovariennes :

- Syndrome de Démons-Meigs :
  - Femme entre 40 et 60 ans : pleurésie droite, ascite transudative abondante et une tumeur bénigne de l'ovaire.

➤ Syndrome d'hyperstimulation ovarienne :

- Tumeurs malignes :
- Adénocarcinome dans 80% des cas.
- Secondaire : tumeur de KRUKEMBERG.

## B. Ascites exsudatives :

### 1. liées à une atteinte péritonéale :

a) Tuberculose péritonéale : 4 formes :

- **Forme sub aigue ou chronique (la plus fréquente) :** ascite essentielle chez la jeune fille, notion de contagé, niveau socio-économique bas.
  - **Clinique :** début progressif ; signes fonctionnels généraux ; aménorrhée ; ascite de grande abondance, libre, bien tolérée, isolée, sans signes d'HTP.
  - **Para clinique :**
    - Syndrome inflammatoire
    - Liquide jaune citrin, exsudat riche en fibrine, cellularité sup à 1000/mm<sup>3</sup> dont plus de 70% sont des lymphocytes.
    - IDR à la tuberculine : positive.
    - Dosage de l'ADA dans le liquide d'ascite : positif (au-delà de 30 UI/L).
    - BK à l'examen direct ou culture.
    - Laparoscopie : permet de faire des biopsies péritonéales.
    - Histologie : étude anatomo-pathologique ( granulome tuberculoïde : épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse), la culture des BK et la PCR .
    - Recherche d'un autre foyer pulmonaire ; génitale
- **Forme ulcéro-caséuse :**
- **Forme fibro-adhésive :**
- **Forme pseudo-tumorale :** sujet âgé.
  - **Traitement :** chimiothérapie anti bacillaire (RHZ) 02 mois et (RH) pendant 04 mois.

b) Carcinose péritonéale secondaire :

- **Pole primitif :** ovaire, foie, estomac, colon, pancréas, voies biliaires, rein...
- **Terrain :** sujets âgés.
- **Clinique :** altération de l'état général, douleur abdominale, syndrome occlusif, gâteaux péritonéaux, ascite récidivante.
- **Ponction d'ascite :** liquide plus ou moins hématique, exsudatif, cellule néoplasique.
- **Laparoscopie :** permet de faire des biopsies péritonéales.
- **Traitement :** chimiothérapie intra péritonéale hyperthermique, chirurgie de cytoréduction , diurétiques, corticoïdes, ponction d'ascite itératives et traitement du pole primitif.

c) Mésothéliome péritonéale : rare

- Cancer primitif du péritoine
- Terrain : homme exerçant une profession à l'amiante.
- Début insidieux par des douleurs abdominales, l'ascite est abondante récidivante et tenace avec plus ou moins gâteaux péritonéaux, état générale conservé au début, parfois atteinte pleuro-pulmonaire associée.
- Ponction d'ascite : liquide jaune citrin, voire hémorragique, exsudatif, LDH (ascite)/LDH (sanguin) supérieur à 1, acide hyaluronique élevé, cellule mésothéliales malignes.
- Echographie abdomino-pelvienne : masses échogènes, solides mésentériques.
- Radio du thorax : asbestose, mésothéliome pleural.
- Laparotomie : permet de réaliser des biopsies péritonéales.
- Traitement : polychimiothérapie.

d) Causes rares :

« Ascite à éosinophiles :

- Terrain allergique.
- Clinique : Gastroentérite avec malabsorption, ascite modérée à éosinophiles, altération de l'état général.
- Paraclinique : hyper éosinophilie dans le sang et dans le liquide d'ascite.

« Ascite granulomateuse autre que la TBC : sarcoïdose, maladie de Crohn, maladie de Whipple, les infestations parasitaires et fongiques et la maladies périodique.

## 2. Ascite d'origine extra péritonéale :

a) Ascite pancréatique :

- Pancréatite chronique parfois aigue, correspond à une rupture d'un faux kyste et/ou nécrose dans la cavité péritonéale
- Clinique : Ascite avec signes de pancréatite
- Ponction d'ascite : liquide exsudatif, riche en amylase, dont amylase ascitique/amylase sanguin supérieur à 01.
- Lipasémie supérieur à 03 fois la normale.

b) Ascite myxoedemateuse :

- Clinique : femme, signes d'hypothyroïdie.
- Ponction d'ascite : liquide jaune citrin, visqueux, riche en protéine et en cholestérol.
- Biologie : T3 et T4 diminuée, TSH élevée.
- Traitement : hormonothérapie.

c) Vascularites : rare :

Lupus érythémato-disséminé (LED), polyarthrite rhumatoïde (PR).

### C. Cas particulier : ascite chyleuse :

- **Ponction d'ascite** : liquide lactescent, riche en graisse, triglycérides ascite/triglycérides sanguins supérieur à 01, triglycérides supérieurs à 02g , cholestérol supérieurs à 3g/l.
- **Cause** :
  - Adénopathies : inflammatoire, tumorales.
  - Lésions lymphatiques bénignes ou malignes.
  - Hyper pression veineuse : hypertension portale, insuffisance cardiaque.
  - Compression du système lymphatique : tumeur du pancréas, de l'estomac...
  - Traumatisme iatrogène : shunt porto-cave.
  - Malformation congénitale du système lymphatique.
- **Traitement** : étiologique, triglycérides à chaîne moyenne, régime hypolipidique.

## VI. Conclusion :

- L'ascite est un motif fréquent d'hospitalisation en hépato-gastro-entérologie.
- Elle impose une enquête étiologique rigoureuse, qui repose d'abord sur l'anamnèse et l'examen physique et sur l'étude du liquide d'ascite.
- La ponction exploratrice est toujours indiquée pour distinguer l'ascite exsudative de l'ascite transudative.
- Les causes les plus fréquentes sont la cirrhose, la tuberculose et la carcinose péritonéale.
- Le traitement est symptomatique et étiologique.