

## LES ASCITES

**Bachir Cherif Abdelghani**

**Année universitaire 2014/2015**

### 1/Définition

Une ascite est un épanchement liquidien intra-abdominal ou une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale.

Il peut être de plusieurs types :

- Séreux
- Exsudatif c'est-à-dire riche en protéines
- Hémorragique
- Infecté
- Chyleux c'est-à-dire riche en triglycérides

Il existe 2 types d'ascite :

**Une ascite par transsudation plasmatique** => un liquide pauvre en protéine du à l'hypertension portale. Exemple : la cirrhose hépatique

**Une ascite par exsudation plasmatique** => un liquide riche en protéines (Exemple : Cancer).

### 2/DIAGNOSTIC POSITIF

#### 1. Inspection :

- sujet debout : abdomen en obusier
- sujet couché : abdomen de batracien, en besace
- si l'épanchement est de faible abondance, apprécier l'augmentation de consistance de la peau de l'abdomen, qui est infiltrée
- parfois, circulation collatérale

#### 2. Palpation :

- signe du flot (+) si ascite modérée
- signe du glaçon (+) si le foie est petit et ptosé
- idem pour la rate si elle est grosse
- idem pour une tumeur abdominale éventuelle
- palpation des organes intra-abdominaux après ponction

#### 3. Percussion :

- matité déclive des flancs à concavité supérieure
- manœuvres de sensibilisation si ascite faible
- . faire une percussion radiaire à partir de l'ombilic
- . Mettre le sujet en décubitus dorsal quelques instants, puis le faire mettre en décubitus latéral : une zone mate des flancs en décubitus dorsal, devient sonore en décubitus latéral, donc matité mobile
- . Sujet en position genu pectorale : matité dans le creux épigastrique (chez sujet maigre)

#### 4. Radiologie :

- grisaille diffuse
- aérocolie, aéro-jéjunie, discrète, localisée → image en damier
- écho : zones liquidiennes anéchogènes

## 5. Ponction +++

- au point inverse du Mac Burney, donc à gauche entre E.I.A.S. et ombilic
- utiliser aiguille intraveineuse - respecter les règles d'aseptie

### # Aspect du liquide

- clair, citrin, séro-fibrineux
- hémorragique
- chyleux

Importance de l'aspect pour l'orientation étiologique

### # Richesse en protéines :

- jusque 20 g/l → transsudat = sérosité mécanique
- > 20 g/l → exsudat = sérosité inflammatoire

### # Teneur en prothrombine :

- normale = < 15 %
- si > 35 % = très suspect d'ascite néoplasique

### # Dosage de l'amylase :

(Peut orienter vers une étiologie pancréatique)

### # Cytologie classique :

- numération des leucocytes, altérés ou non
- numération des lymphocytes (présomption BK)
- numération des hématies

### # Bactériologie standard

### # Bactériologie BK

# Tube de réserve : servira à un ou des examens complémentaires en fonction de l'orientation étiologique

- si ascite chyleuse, lactescente % dosage des chylomicrons et des lipides
- si suspicion de mésothéliome péritonéal % dosage de l'acide hyaluronique

## 3/DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

Peuvent évoquer une ascite parce qu'ils donnent une matité déclive :

- un globe vésical ;
- un volumineux kyste (ovarien, rénal ou hépatique) ;
- une accumulation stercorale dans le côlon.

## 4/ DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

### 1 MOYENS DU DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

#### 1. Examen clinique

Les données de l'examen clinique peuvent, à elles seules, faire le diagnostic de l'ascite et de sa cause.

Les points précisés par l'anamnèse et l'examen physique sont :

- les signes de cirrhose
- les signes de maladie cardiaque et de maladie broncho-pulmonaire (particulièrement les signes d'insuffisance cardiaque droite)
- les antécédents et les signes de cancer de l'appareil digestif ou génital, ou de lymphome ;
- les signes de tuberculose
- les signes de syndrome néphrotique
- les antécédents de chirurgie ou de traumatisme abdominaux ;
- une exposition à l'amianté et la notion d'asbestose.

## 2. Examens de laboratoire

### a. Liquide d'ascite

Les analyses du liquide d'ascite constituent l'étape essentielle du diagnostic étiologique.

La ponction est sans danger lorsque les règles précisées plus haut sont respectées. Les analyses sont peu coûteuses, largement disponibles en routine, et donnent souvent des résultats spécifiques.

Les analyses du premier prélèvement d'ascite chez un malade donné doivent être complètes. Sauf situation particulière, les analyses ultérieures devraient être limitées à un examen cyto bactériologique de routine.

#### Examens biochimiques

Ils incluent les déterminations :

- des protéines totales ;
- de la lipase ;
- des triglycérides.

La lipasémie et la triglycéridémie doivent être déterminées simultanément pour comparaison des concentrations dans l'ascite et dans le plasma.

#### Examens cyto bactériologiques

Ils incluent :

- le compte des hématies, des polynucléaires et des lymphocytes ;
- l'ensemencement, au lit du patient, de milieux de culture aérobie et anaérobie par 20 à 50 mL de liquide, pour isolement bactérien, repiquage, et antibiogramme éventuels ;
- l'examen direct pour recherche de bactéries et de mycobactéries après colorations appropriées ;
- l'ensemencement au laboratoire sur milieu pour mycobactéries.

La sévérité d'une infection du liquide d'ascite impose de récupérer en urgence les résultats de l'examen cyto bactériologique pour mettre en route sans attendre, le cas échéant, une antibiothérapie probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme (si un germe est isolé).

#### Examens cytologiques

Ils permettent, après étalement et coloration de préciser les caractéristiques des cellules en cherchant notamment des cellules anormales et tumorales.

#### Ponction d'ascite

L'ascite cancéreuse est évoquée par une concentration protéique élevée dans le liquide de ponction habituellement supérieure à 20 g/l et affirmée par la mise en évidence de cellules néoplasiques.

L'ascite tuberculeuse est évoquée par une concentration protéique élevée habituellement supérieure à 20 g/l et une concentration élevée de lymphocytes et affirmée par la présence de BK à la culture, le contexte clinique ou la laparoscopie.

L'ascite d'origine pancréatique est évoquée par une concentration protéique élevée, habituellement supérieure à 20 g/l et une concentration cellulaire élevée et affirmée par une concentration élevée d'amylase dans le liquide d'ascite.

### b. Examens sanguins et urinaires

Ils incluent :

- protéinurie des 24 heures et électrophorèse des protéines (syndrome néphrotique) ;
- hémogramme, électrophorèse des protéines, taux de Quick, bilirubinémie (cirrhose)

- Brain Natriuretic Peptide ou Peptide natriurétique cérébrale de type B ou Peptide natriurétique cérébrale, uniquement lorsque les signes cliniques et échographiques d'insuffisance cardiaque sont discutables.
- sodium et potassium, sanguins et urinaires ;
- créatinine plasmatique et urinaire.

### 3. Imagerie et examens fonctionnels

#### a. Échographie abdominale

Examen performant dans ce contexte, peu coûteux et anodin.

Outre la détection d'une ascite peu abondante, et le diagnostic différentiel avec les autres collections abdominales, il permet d'apporter des arguments décisifs pour la cause :

- dysmorphie hépatique, circulation collatérale porto-systémique d'une cirrhose ;
- dilatation des veines hépatiques et de la veine cave inférieure d'une insuffisance cardiaque droite ou d'une péricardite constrictive ;
- épaissement pariétal d'une tumeur péritonéale (carcinose ou mésothéliome) ;
- tumeur de l'ovaire ou de l'appareil digestif ;
- obstruction des veines hépatiques d'un syndrome de Budd-Chiari.

#### b. Autres examens d'imagerie

**Tomodensitométrie et IRM** n'ont d'intérêt que dans les cas où l'échographie est peu contributive. Elles sont particulièrement utiles pour la mise en évidence :

- des tumeurs de l'appareil digestif ou de l'ovaire ;
- des tumeurs du péritoine ;
- des affections pancréatiques.

**L'échographie cardiaque** est nécessaire en cas de cardiopathie. En cas d'ascite liée à une cardiopathie, les veines hépatiques sont toujours dilatées.

#### c. Endoscopie et histopathologie

##### Coelioscopie (ou laparoscopie)

Elle permet d'examiner le péritoine et la surface du foie, et de prélever des lésions péritonéales éventuelles ou de faire une ponction biopsie hépatique.

##### Biopsies du péritoine ou de lésions abdominales

Elles ne doivent être effectuées que lorsque l'examen cytologique du liquide d'ascite est non concluant, et que les examens d'imagerie ou les examens hémodynamiques ont permis d'exclure les causes communes (cirrhose et insuffisance cardiaque).

Elles peuvent être effectuées sous coelioscopie, ou par voie percutanée, guidée par l'échographie :

- sur une zone anormale du péritoine, une adénopathie, ou une autre lésion ;
- sur une zone de péritoine apparaissant normale en l'absence de lésion focale.

Le rendement des biopsies péritonéales dirigées est excellent pour la **carcinose péritonéale**, le mésothéliome, la tuberculose. Elles n'ont aucune place dans le diagnostic des ascites les plus communes (cirrhose et insuffisance cardiaque).

## ETIOLOGIE DES ASCITES :

### \*Hypertension Portale:

\_ Insuffisance hépatique Cirrhose: 80p.100 : **(la plus fréquente)**. Il s'agit avant tout de la maladie alcoolique, de l'hépatite virale B ou C et de l'hépatite médicamenteuse.

### \_ Insuffisance cardiaque congestive :

L'ascite est une manifestation d'une insuffisance cardiaque congestive droite ou globale avancée (voir item 250). Elle est généralement associée à un œdème déclive. L'ascite est riche en protéines > 25 g/L et pauvre en leucocytes.

Cela s'explique par le fait que le liquide d'ascite est filtré à travers les capillaires sinusoides, dilatés par l'hypertension veineuse mais par ailleurs normaux, donc largement perméables aux protéines.

### \_ Cardiomégalie constrictive/restrictive

#### \_ Syndrome de Budd-Chiari (occlusion veine hépatique et/ou cave :

L'ascite est une manifestation majeure du syndrome de Budd-Chiari (obstruction des veines hépatiques), qui est généralement dû à une thrombose. L'œdème des membres inférieurs est en partie dû à la compression de la veine cave inférieure par le gros foie et par l'ascite.

L'ascite est riche en protéines (> 25 g/L) et pauvre en leucocytes pour des raisons analogues à celles indiquées pour l'insuffisance cardiaque.

#### - Ascite du syndrome néphrotique

L'ascite est une manifestation majeure mais inconstante du syndrome néphrotique. Elle est associée à une anasarque. L'ascite est pauvre en leucocytes et pauvre en protéines (< 25 g/L) en raison de l'hypoalbuminémie.

### \*Tumeur maligne :

#### . Carcinose péritonéale

Les cancers de l'appareil digestif (à l'exception du carcinome hépatocellulaire) et le cancer de l'ovaire sont les principales causes de carcinose péritonéale.

Un syndrome d'obstruction intestinale incomplète est fréquent et doit être cherché.

Le liquide d'ascite est souvent riche en protéines (> 25 g/L) et en cellules. Le taux de leucocytes peut être élevé (> 250/mm<sup>3</sup>). L'examen cytologique montre inconstamment des cellules tumorales.

Un épaissement localisé ou étendu du péritoine pariétal ou viscéral doit être cherché par les examens d'imagerie.

#### . Mésothéliome péritonéal

C'est une cause très rare d'ascite. Le principal facteur favorisant est l'exposition aux fibres d'amiante. Le diagnostic doit être envisagé même en l'absence d'asbestose évidente.

Le liquide d'ascite est souvent riche en protéines (> 25 g/L) et en cellules. Le taux de leucocytes peut être élevé (> 250/mm<sup>3</sup>). L'examen cytologique montre inconstamment des cellules tumorales.

Un épaissement localisé ou étendu du péritoine pariétal doit être cherché par les examens d'imagerie de façon à en effectuer un prélèvement pour examen histologique.

**\*Infection :**

**. Tuberculose péritonéale**

L'ascite est une manifestation cardinale de la tuberculose péritonéale qui peut être associée à une tuberculose digestive ou d'un autre organe. En revanche, elle n'est que rarement associée à une tuberculose hépatique.

Le liquide est fréquemment riche en protéines ( $> 25$  g/L) et en leucocytes ( $> 1\ 000/\text{mm}^3$ ). Les lymphocytes y prédominent ( $> 70\%$ ). Toutefois, toutes ces caractéristiques peuvent manquer. La recherche de BK par l'examen direct est habituellement négative.

La culture est rarement positive.

Le diagnostic est fait par la **biopsie du péritoine** sous cœlioscopie sur d'éventuelles granulations péritonéales avec mise en évidence de granulomes tuberculeux et mise en culture révélant du BK.

**\*Maladie rénale:** syndrome néphrotique, ascite néphrogène chez les hémodialysés.

**\*Endocrinopathie:** Myxœdème, syndrome de Meigs, Tumeur du stroma ovarien, syndrome d'hyperstimulation ovarienne.

**\*Ascite pancréatique:** Pancréatite Fuite biliaire: Chirurgie, Traumatisme, Biopsie.

**\*Lupus érythémateux disséminé**