

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

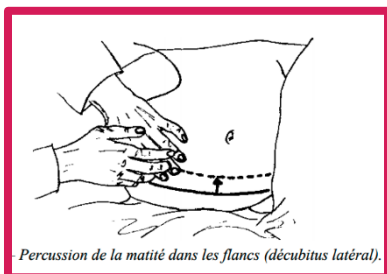
Diagnostic positif

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

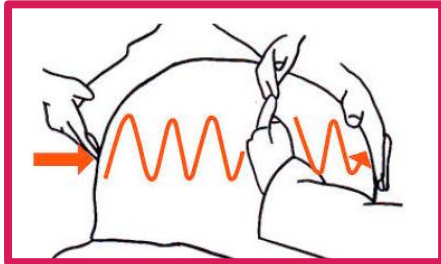
Résistance de la paroi à la palpation

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 :

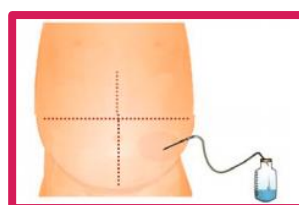
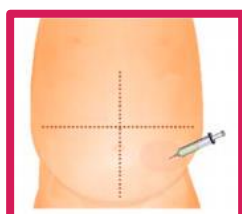
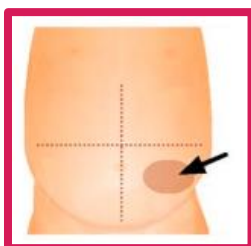
L'interrogatoire : habitudes alimentaires, notion d'éthylisme chronique, notion de contagé tuberculeux...

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