

## L'ASCITE

### I) DEFINITION

L'ascite est définie comme la présence d'un liquide dans la cavité abdominale ou une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale. Cet épanchement liquidien peut être de plusieurs types :

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

### II) DIAGNOSTIC POSITIF : (ascite de moyenne abondance)

#### A) Mode d'installation

L'ascite peut s'installer insidieusement, en plusieurs jours ou semaines, souvent précédée d'un météorisme abdominal. Parfois, l'ascite se développe rapidement à cause d'un facteur déclanchant

L'ascite est le plus souvent indolore bien tolérée. Elle peut cependant provoquer des douleurs abdominales lors de son apparition et entraîner un inconfort abdominal à type de pesanteur. Elle est détectable cliniquement lorsque son volume atteint 2,5 litres environ

A cette augmentation de volume de l'abdomen peut s'associer d'autres signes :

- Anorexie contrastant avec la prise pondérale
- Dyspnée (si ascite abondante ou épanchement pleural associé)
- Oedèmes des membres inférieurs
- D'autres signes peuvent être retrouvés en fonction de l'étiologie.

#### B) Examen clinique

##### 1 - Inspection

- Abdomen distendu, augmenté de volume, peau lisse, tendue, avec un ombilic déplié (mesure du périmètre abdominal).
- L'extériorisation ou Saillie d'une hernie inguinale, crurale ou ombilicale.

##### 2- Percussion

Sur un malade en décubitus dorsale elle révèle une matité ayant les caractéristiques suivantes :

- Matité déclive et mobile des flancs et de l'hypogastre
- à limite supérieure concave vers le haut
- Associée à une sonorité centrale ou peri-ombilicale

##### 3- Palpation : permet de trouver deux signes

- Le signe du glaçon : la dépression brusque de la paroi abdominale au niveau de l'hypochondre droit refoule le foie qui donne un choc en retour.
- Le signe du flot : transmission abdominale liquidienne d'une onde de propagation créée par chiquenaude sur le flanc opposé.

#### 4- Les touchers pelviens

- Toucher rectal : le cul de sac de Douglas est rénitent et bombé sous l'effet de la Pression liquidienne abdominale.
- Toucher vaginal : l'utérus est anormalement mobile et les culs de sac sont rénitents.

#### C) Formes cliniques

Dans les cas où l'ascite est de grande abondance, l'abdomen est distendu, peau tendue, amincie et l'ombilic est éversé. Elle est mal tolérée, responsable de dyspnée. A la palpation, le foie et la rate ne sont pas palpables et à la percussion l'abdomen est mate dans sa totalité

Si l'ascite est de faible abondance, seule la percussion permet de suspecter son existence en trouvant une matité mobile et déclive au niveau des flancs sur un malade en décubitus latéral, souvent découverte à l'échographie

#### D) Examens complémentaires :

- Radiographie de l'abdomen sans préparation : peut montrer un élargissement de l'espace Inter anse et une teinte grise claire de l'abdomen.
- Radiographie du poumon : peut trouver un épanchement pleural associé.
- Echographie abdominale : permet de trouver les ascites de faible abondance et de guider la ponction et de rechercher d'autres signes pour orienter l'étiologie.

#### La ponction d'ascite exploratrice

##### > Technique

L'asepsie doit être rigoureuse. Après désinfection large de la paroi abdominale, l'aiguille est introduite à l'union du 1/3 externe de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. (EIASG)

##### > Aspect macroscopique

Souvent le liquide est jaune citrin, fluide, ne coagule pas, il peut être trouble (infection), hémorragique (néoplasie) ou chyleux en cas de compression du système lymphatique.

##### > Etude biochimique

Le taux de protéides dans le liquide d'ascite permet la distinction entre **transsudat** (Protéides < 25g/l) et **exsudat** (> 25g/l).

Exsudat = Rivalta positif

Transsudat = Rivalta négatif

La teneur en lipides surtout en triglycérides permet de distinguer les ascites chyliformes (triglycérides < 1g/l) des ascites chyleuses (triglycérides > 1g/l.)

##### > Etude cytologique

Le liquide d'ascite comporte moins de 200 éléments par mm<sup>3</sup> dont moins de 10% de Polynucléaires neutrophiles si ascite non infectée.

##### > Bactériologie :

Ensemencement systématique sur milieu aéro-anaérobie et surtout milieu de Lowenstein avec examen direct et culture

Les autres recherches : dépendent du contexte clinique et de l'orientation étiologique (amylasémies)

### III) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

L'ascite ne doit pas être confondue avec

- Un kyste de l'ovaire volumineux, dont la matité est fixe à concavité inférieure. mis en évidence par le toucher pelvien ou échographie abdominale
- Un globe vésical : matité fixe centrale à limite supérieure concave vers le bas.
- Une grossesse.
- Obésité.

### VI) ETIOLOGIES :

Les mécanismes de formation de l'ascite varient en fonction de la cause. Les principales causes sont

#### a) La cirrhose hépatique :

C'est la 1ère cause d'ascite

Le liquide d'ascite est souvent jaune citrin, pauvre en protéides (transsudat), pauvre en cellules. L'ascite est souvent associée à : des signes d'hypertension portale (splénomégalie, circulation collatérale porto cave), des signes d'insuffisance hépato cellulaire (angiomes stellaires, érythrose palmaire, baisse du TP...), des oedemes des membres inférieurs ;

#### b) La tuberculose péritonéale :

Le liquide d'ascite est citrin, riche en protéides (exsudat) et riche en cellules lymphocytaires.

Le contexte clinique peut aider au diagnostic : existence d'autres foyers tuberculeux, notion de Contage tuberculeux et signes de présomption tuberculeux. Mais, l'examen clé au diagnostic est la laparoscopie (présence de granulations péritonéales)

#### c) Les ascites néoplasiques :

Le liquide peut être citrin ou hémorragique, riche en protéines (exsudat), et riche en cellules avec Parfois présence de cellules néoplasiques.

Si le cancer primitif est inconnu il faut rechercher au niveau du tractus génital chez la femme (ovaires) ou du tube digestif

#### d) Ascite des maladies cardiaques :(transsudat)

C'est la conséquence d'une élévation de la pression veineuse centrale entraînant une stase veineuse à partir des cavités droites Se rencontre essentiellement dans l'insuffisance ventriculaire droite (coeur pulmonaire chronique, péricardite chronique constructive).

Dans ce cas, l'ascite est associée à des signes d'insuffisance cardiaque droite. (Oedemes des membres inférieurs, une hépatomégalie douloureuse, une turgescence des jugulaires et reflux hépato jugulaire)

Le diagnostic est confirme par l'échographie abdominale qui montre une dilatation des veines sus hépatiques et surtout par l'échocardiographie

#### e) Les autres causes sont rares :

- Affections pancréatiques (pancréatite chronique), avec liquide riche en amylases
- Syndrome de Budd-chiari
- Hypo-albuminémie des syndromes néphrotiques, des entéropathies exsudatives, ou de la dénutrition
- Ascite chyleuse par obstacle lymphatique
- Syndrome de Démons Meigs avec pleurésie droite et tumeur bénigne de l'ovaire

## V) COMPLICATIONS

Les principales complications de l'ascite sont les infections spontanées du liquide d'ascite et les hernies ombilicales. Une teneur en polynucléaires élevée indique une surinfection bactérienne du liquide ascite

## VI) TRAITEMENT

### 1 - Ponctions d'ascite évacuatrices

Lorsque l'abdomen est tendu, le traitement peut être précédé d'une ponction évacuatrice associée à une perfusion d'albumine, en mesurant la diurèse quotidienne, le poids et le périmètre abdominal

### 2- Règles hygiéno-diététiques

Repos au lit, régime désodé (500mg/24h)

### 3- Diurétiques

Favorisant l'élimination du sel par le rein.

La surveillance du traitement diurétique doit être clinique (diurèse, TA, pouls, périmètre abdominale et le poids) et biologique (ionogramme 2 fois par semaine avec en particulier dosage du sodium, du potassium et de la créatinine) et dépistage des complications des diurétiques

### 4- traitement de la cause