CAT DEVANT UNE ASCITE

DEFINITION

- **<u>Épanchement</u> <u>liquidien</u> dans la cavité péritonéale provenant d'une <u>transsudation</u> ou d'une <u>exsudation</u> à travers la séreuse péritonéale**

- **Diagnostic positif facile**
- **Problème de diagnostic étiologique**

- Intérêt: frq+++; polymorphisme clinique; étiologies variées

DÉMARCHE DGC

1. Reconnaître l'ascite:

*** CAS FACILES: Ascite de grande ou de moyenne abondance .**

- ↑ **du périmètre abdominal ,** prise de poids
- **Matité déclive,hydrique,à limite supérieure concave vers le haut**
- **Signe du flot**
- **Signe du glaçon**
- **CDS rennittents 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**
- **Météorisme**
- **Obésité**

2/Éliminer ce qui n'est pas épanchement ascitique

- **Hemoperitoine**
- **Choleperitoine**
- **hydatidoperitoine**

. Enquête étiologique:

interrogatoire et examen physique+++++

Orientation diagnostique

INTERROGATOIRE:

Rechercher arguments en faveur de:
-contage tuberculeux
-contage viral
-toxiques(médicaments,alcool,amiante)

EXAMEN PHYSIQUE

- Signes d'hepatopathie 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 nephrotique,de pancreathopathie

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 protides: <25g/l = transsudat**

  >25g/l = exsudat

  Selon le contexte: amylase, LDH, triglycérides, autres marqueurs

- **Étude cytologique: leucocytes+polynucléaires neutrophiles,Hématies,cellules mesotheliales**

  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

ETIOLOGIES

3 situations:

- **Cause évidente:cardiaque,rénal,hépatique**
- **Ascite isolée** → **laparoscopie**
- **Ascite dont la cause est à rechercher**

ETIOLOGIES

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 transudatives .**
- **Ascites exsudatives.**

ASCITES TRANSUDATIVES

- **HTP:CIRRHOSE**
- **INSUFFISANCE CARDIAQUE**
- **Ascite renale**
- **CAUSES OVARIENNES**

ASCITES EXUDATIVES

- **TUBERCULOSE PERITONEALE**
- **CAUSES TUMORALES**
- **CAUSES PANCREATIQUES**
- **MYXOEDEME**
- **ASCITE CHYLEUSE**

1/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 protides < 10g/l dans liquide

Évoquée devant : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée, Vomissements,encéphalopathie hépatique

Liquide:

- **Louche, purulent**
- **Taux de protides variable;pn > 250/mm**
- **Bactériologie:examen direct et ascicultures:germesBGN**

Traitement précoce : fluoroquinolones

acide clavulinique,amoxicilline

Puis adapter en fonction de l'antibiogramme

Prevention si taux de protides < 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 hyposodé

Diurétiques: distaux : spirinolactone cp 75-100mg

proximaux : furosémide cp 40mg

CI: Na+ < 130meq/l; I. rénale; EH; Hgie; HTA; ascite infecté

Paracentèses massives jusqua 5litres(sous perfusion d'albumine)

Shunts peritoneojugulaire

TIPS

Transplantation hépatique

RHD **1ere semaine**

↓

Aldactone 1cp 100mg **2eme semaine**

↓

Si échec augmenter jusqu'à 400mg/j+furosemide 40à160mg

↓

Ponctions évacuatrices

↓

TIPS

↓

Transplantation hépatique

2/Sd 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 protides : 20 à 40g/l**

3/Maladies cardiaques

- **Insuffisance cardiaque droite**
- **Péricardite constrictive**

Hépatalgies d'effort,turgescence des jugulaires,reflux hepato jugulaire, HPM douloureuse

Liquide pauci cellulaire,

Tx de protides entre 20 et 40mg

Telethorax, ECG, Echocardio

4/ Ascite rénale

1-Syndrome néphrotique :

Protéinurie de 24h > 3g

Hypo protidémie < 60 g/l → syndrome oedèmato ascitique

Hypoalbuminemie < 30 g/l

2-Syndrome néphrétique

Néphropathie glomérulaire

HTA, oligurie, protéinurie, hématurie, IR, polyserite+OMI

3-Ascite chez l'hémodialysé

4/Causes ovariennes

- **Sd de démons meigs:**

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

Ablation de la tumeur fait disparaître l'ascite

.Sd d'hyperstimulation ovarienne

Tumeur ovarienne laire

ASCITE EXSUDATIVES :

B.1 Atteinte Péritonéale

1) Tuberculose péritonéale:

- **Terrain: - jeune fille ou jeune femme**

  - Notion de contage

- **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.**

  - Bacterio: BK n'est pas retrouvé à l'examen direct car pauci bacillaire

  ✓ **Culture sur milieu de lowenstein**

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.

Histologie : granulome tuberculeux gigantocellulaire +/- nécrose caséeuse

TRAITEMENT: schéma national anti tuberculeux 2RHZ / 4RH

Pendant 6 mois

2/TUMEURS DU PERITOINE

***PRIMITIVES:mesothelium primitif du péritoine**

***SECONDAIRES:carcinose péritonéale**

A-Carcinose péritonéale secondaire:

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**

B-MESOTHELIUM PRIMITIF DU PÉRITOINE:

Tumeur développée au dépend des éléments épithéliaux et mésenchymateux du Mesothelium

Associé à un mesothelium pleural 50% des cas.

Clinique:Ascite récidivante

Masses abdominales ou pelviennes

Ponction d'ascite:

- ✓**liquide citrin**
- ✓**Exsudatif**
- ✓**Présence de cellule mesotheliales malignes**
- ✓ **LDH ascite / LDH sang >1**
- ✓**Acide hyaluronique.**

Laparoscopie: nodules et plaques disséminées sur les surfaces péritonéales

TRT: chimiothérapie

B-2Ascite extra péritonéale

* Ascite myxœdémateuse :

Augmentation du perméabilité capillaire + fuite du liquide riche en protéine.

Clinique : frilosité, hypothermie, myxœdème, prise du poids, peau sèche et bradycardie(signesd'hypothyroïdie)

Dgc : dosage du T 3↓, T4↓, TSH↑↑

*Ascite pancréatique

- Pancréatite chronique
- Pancréatite aigue
- Rupture d'un faux kyste du pancréas
- Éthylisme ++++

Dgc cytologie du liquide + riche en amylas

* Ascite chyleuse:

Épanchement péritonéal fait de liquide lymphatique

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

Clinique:

- ✓**OMI**
- ✓**Lymphoedeme**
- ✓**Chylothorax**

Liquide:

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

TRT: diminuer la production de lymphe en ↓ l'apport de TG à chaîne longue.

- ❖**Suppression de toutes les graisses animales et végétales**
- ❖**TG à chaîne moyenne: liprocil 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	< 250m3	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 – echocardio

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