

# Ascites infectieuses

L'ascite est la présence de liquide dans la cavité péritonéale. Le diagnostic d'une ascite volumineuse est aisé : augmentation du périmètre abdominal (photo 1), matité déclive des flancs, signe du flot, prise de poids. Les petites ascites sont reconnues par l'échographie. L'examen de certitude est la ponction exploratrice (voir le chapitre « [Technique, résultats et interprétation des prélèvements](#) »).

Dans un contexte fébrile, l'ascite évoque avant tout une tuberculose péritonéale, une infection à pyogènes du liquide au cours d'un syndrome d'hypertension portale (HTP) ou une carcinose péritonéale.

Le diagnostic étiologique repose sur l'aspect du liquide ainsi que sur son analyse chimique et cyto-bactériologique (tableau 1).



## 1. Tuberculose péritonéale

### 1.1. Arguments en faveur de la tuberculose péritonéale

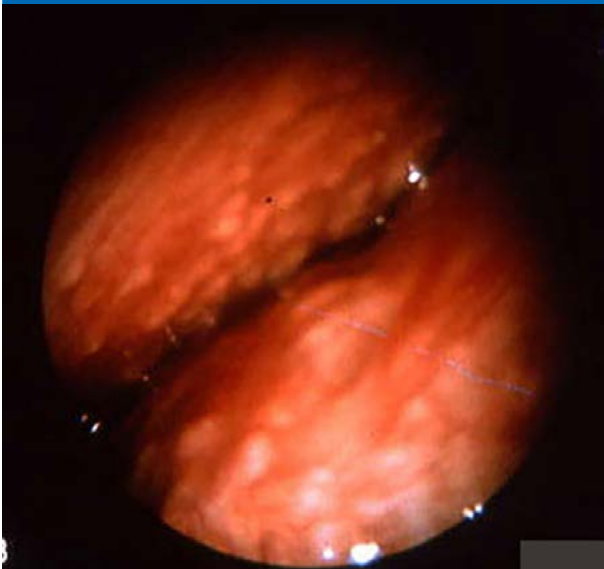
- Notion de contagé, autre localisation tuberculeuse en particulier pulmonaire ;
- fébricule, amaigrissement, peu ou pas de douleurs abdominales ;
- intradermoréaction à la tuberculine positive ou phlycténulaire, absence d'hyperleucocytose à l'héogramme ;
- ascite claire, exsudative et riche en lymphocytes (tableau 1) ;
- adénopathies abdominales visualisées par l'échographie ;
- bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) à l'examen direct ou surtout à la culture du culot de centrifugation de la plus grande quantité possible de liquide d'ascite ;
- granulations (photo 2), nodules, plaques ou adhérences blanchâtres (photo 3) sur le péritoine pariétal et viscéral en laparoscopie ;
- granulomes à la biopsie du foie ou du péritoine.

**Tableau 1. Orientation diagnostique selon l'aspect et l'examen biologique du liquide d'ascite**

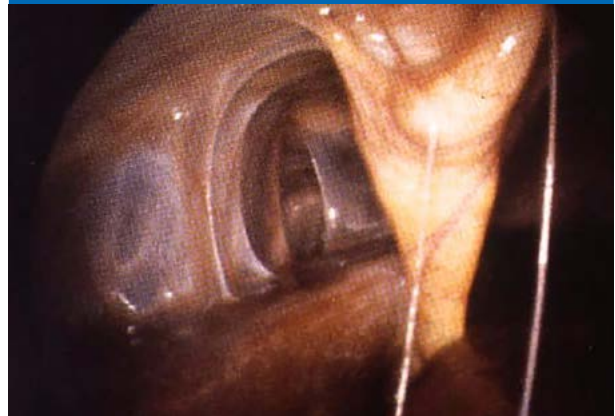
	Liquide clair		Liquide trouble/purulent	Liquide hémorragique	Liquide chyleux (blanc)
	Exsudat	Transsudat			
Chimie	Prot* > 25 g/l	Prot < 25 g/l	Prot > 25 g/l	Prot > 25 g/l	Lipides > 5 g/l
Cellules	> 1 000/mm <sup>3</sup> lymphocytes > 70 %	< 250 PN neutrophiles/mm <sup>3</sup>	> 250 PN neutrophiles/mm <sup>3</sup>	Globules rouges	Nombreux lymphocytes
Autres examens	BAAR direct ± Culture +	Culture stérile	Culture d'ascite + Hémocultures	Cytologie	Recherche de microfilaires
Étiologies	<b>Tuberculose péritonéale</b>	HTP, cirrhose	<b>Infection par des pyogènes</b>	Cancer	Cancer, <b>filariose lymphatique</b>

\* Taux de protéines (albumine) dans le liquide d'ascite

**Photo 2. Granulations blanchâtres  
péritonéales en laparoscopie**



**Photo 3. Adhérences péritonéales  
en « cordes de violon »**



## 1.2. Diagnostic différentiel

Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis chez les jeunes femmes (voir le chapitre « [Infections pelviennes chez la femme](#) »), infection à pyogène du liquide d'ascite, ascites chyleuses (tableau 1).

## 1.3. Traitement

Voir le chapitre « [Tuberculose](#) ». Se discute parfois une courte corticothérapie dans les formes florides.

## 1.4. Pronostic

Guérison sans séquelle. Il est habituellement bon sous traitement adapté.

## 2. Infection à pyogènes du liquide d'ascite

### 2.1. Arguments en faveur d'une infection à pyogène du liquide d'ascite :

- signes cliniques et biologiques d'HTP (cirrhose hépatique, bilharziose) ;
- douleurs abdominales, syndrome infectieux net avec parfois choc infectieux ;
- hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à l'hémogramme ;
- liquide d'ascite trouble ou purulent non systématique, riche en polynucléaires neutrophiles (tableau 1), bactéries à l'examen direct et à la culture du liquide d'ascite et hémocultures positives dans 70 % des cas. Dans plus de 50 % des cas, les bactéries en cause sont des *E. coli* ou des klebsielles, parmi les cocci Gram positif, les streptocoques sont le plus souvent en cause ;
- en cas de cirrhose, le liquide d'ascite est le plus souvent clair et le diagnostic est défini par des polynucléaires neutrophiles  $> 250/\text{mm}^3$ .

### 2.2. Diagnostic différentiel

Cancer du foie sur cirrhose, ascite néoplasique souvent hémorragique, tuberculose (tableau 1).

### 2.3. Traitement

En urgence, initialement par voie parentérale : cefotaxime IV (1 g x 4/j) x 5 j ou amoxicilline + acide clavulanique IV puis PO (1 g x 3/j) x 7 j. Alternative : fluoroquinolone x 7 j adapté secondairement aux antibiogrammes.

En cas de cirrhose, une perfusion systématique d'albumine à J1 et J3 du traitement doit être prescrit.

### 2.4. Pronostic

Risque de choc septique, d'encéphalopathie hépatique sur cirrhose, de récurrence. La mortalité est supérieure à 50 %.

## 3. Ascite chyleuse

Une ascite chyleuse évoque un cancer abdominal, une filariose lymphatique (due à la rupture intra-abdominale de dilatations lymphatiques provoquée par *Wuchereria bancrofti*) ou plus rarement une tuberculose péritonéale.

**Site web recommandé (accès libre) concernant ce chapitre :**

[http://hepatoweb.com/DES/exposes/DES5\\_2011\\_NAVEAU/HORAIST.pdf](http://hepatoweb.com/DES/exposes/DES5_2011_NAVEAU/HORAIST.pdf)