

TD 01

Patient ?

Homme, 28 ans, célibataire, origine et demeure à SBA, service civil à Saida, menuisier de profession.

Présente à la consultation :

*Distension abdominale

*ANTCDS : Pleurésie bilatérale, d'étiologie indéterminée en 2019, pour laquelle il n'a reçu aucun traitement, suite à l'assèchement de cette dernière.

* Aucun antécédent chirurgical ou familial.

L'examen clinique :

*Asthénie profonde

*Sueurs nocturnes

*Léger fébricule chronique à 37.9°C

Sur le plan digestif, l'examen digestif :

Inspection : Abdomen très distendu

Percussion : Matité

Palpation : Légèrement sensible

L'interrogatoire minutieux :

*Amaigrissement de 10Kg en 3 mois.

*Anorexie depuis 1 mois sans aucun trouble de transit

Bilans biologiques :

A/FNS

	Patient	Interprétation	Valeurs normaux
Hb	15.5 g/dl	Normal (N)	
GB	12 940 é/mm ³	Hyperleucocytose (probablement en rapport avec un SD infectieux, inflammatoire)	
Plq	484 000 é/mm ³	Thrombocytose (SD inflammatoire)	
TP	83%	(N)	
Urée	0.2 g/l	(N)	0.15 – 0.45 g/l
Créât	11 mg/l	(N)	7-13 mg/l

B/Ionogramme sanguin :

	Patient	Interprétation	Valeurs normaux
Natrémie	135	(N)	
Kaliémie	3.2	Hypokaliémie	3.5 – 4.5
CRP	158	Elevé à 3 chiffres (Probablement en rapport avec un SD infectieux ou inflammatoire)	
ASAT/TGO	20	(N)	
ALAT/TPO	18	(N)	
GGT	30	(N)	<45
Phosphatase alcaline	100	(N)	<120
Albuminémie	32	Hypo albuminémie légère	35 – 45 voir 50

C/Sérologie : Hépatite C, B, VIH -> Négative

D/échographie :

Objectivant :

***Ascite de grande abondance**

***Absence d'adénopathies abdominales**

***Calibre normale du tronc porte (Donc : absence d'HTP)**

Correction :

Ascite : épanchement liquidien péritonéal, qui peut être libre ou cloisonné

***Libre** : ponction facile

***Cloisonné** : ponction écho guidée

Diagnostic : très facile quand elle est de moyenne ou de grande abondance (cliniquement), quand elle est de faible abondance on ne peut pas poser le diagnostic cliniquement

3 TEMPS D'EXAMEN :

1-inspection

2-palpation

3-percussion

1/Inspection :

***Abdomen distendu, peau distendu**

2/Palpation :

Signe de glaçon

—**

3/Percussion :

Signe de flot

*

INTERPRETATION DES BILANS

(Tableaux)

*absence cytolyse hépatique

*absence de cholestase

(Cholestase ->GGT élevé, phosphatase élevé)

*Hypo albuminémie :

Légère à 32

Modère entre 22-28

Sévère <20

*On va confirmer l'ascite par un examen radiologique :

*Echographie, scanner voir une IRM

L'exploration :

Par une ponction exploratrice (pas évacuatrice, la ponction évacuatrice est un geste thérapeutique)

La technique de la ponction :

*Patient en décubitus dorsal (parfois si elle est de moyenne abondance on laisse la patient en décubitus latéral gauche DLG)

*Une désinfection cutanée

*Chercher la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche

*La ponction se fait dans le tiers externe de cette ligne.

Le prélèvement :

***C'est un liquide fluide, de couleur changeant selon l'étiologie**

-->Jaune citrin (Cirrhose)

-->Hématique (Carcinose péritonéale)

-->Chyleux

3 études (3-4 tubes)

1- études cytologiques (Dosage des PNN surtout)

2- études biochimiques (Dosage des protides qui permet de classer l'ascite)

3- études bactériologiques (qlq cas : ISLA)

4- études histologiques (carcinose)

***parfois juste 3 tubes (cyto + biochimie dans le même tube ; étude cyto-biochimique)**

Ascite :

Transsudat : <25 voire 30

Exsudat : >25 voire 30

Entre 25-30 -> autres examens

TRANSSUDAT :

2 étiologies

A/Cirrhose :

***Bloc intra hépatique (Syndrome d'HTP)**

***Diagnostic :**

-Doppler hépatique

-Fibroscopie à la recherche de VO (varices œsophagiennes)

***Complications :**

a/Mécaniques : dyspnée

b/ISLA :

*Infection spontanée de liquide d'ascite (chez un cirrhotique connu seulement)

***Diagnostic** : biologique (taux PNN > ou égale 250)

***Suspicion clinique** : d'lr's abdominale, défense, vomissements, troubles de transits type diarrhée

***Traitement ISLA** : Antibiotiques

***Traitement d'ascite chez un cirrhotique** :

Les diurétiques + restriction hydro sodée

B/Maladies extra digestives (cardiovasculaires) :

*IC droite, péritonite constrictive -> l'écho cœur pose le diagnostic

EXSUDAT :

2 étiologies

A/Carcinose péritonéale (tumorale) :

*généralement secondaire au d'autres types de cancers (Hépatique, gastrique, ovarien)

B/La tuberculose :

*Localisation des BK dans la cavité péritonéale donne cette ascite exsudative

***IDRT** : -Lecture après 72h

inf : <10 mm -> Négative

Sup ou égal : >10 mm -> positive

***on fait une 5ème étude (4ème si 3) :**

-> Le dosage enzymatique : dosage ADA (entre dans le métabolisme de BK)

ADA (+) si sup >30

ADA (-) si inf <30

Notre patient :

- distension abdominale -> écho -> ascite
- Une ponction exploratrice + études exploratrices
- Protides à 45 -> exsudat
- Suspicion TBC ; devant :
 - *3A (amaigrissement, asthénie, anorexie)
 - *Sueurs nocturnes
 - *sujet jeune (28 ans)
 - *Saida (zone d'endémie)
- IDRT : 12 mm (donc +)
- ADA : 50 (donc +)
- Le diagnostic le plus probable : ASCITE TUBERCULEUSE**
- Traitement : 6 mois (2 mois RHZE +4 mois RH) -> Toxicité ->
 - Hépatique** : surveillé par ASAT ALAT GGT phosphatase alcaline
 - Rénale** : Bilan rénale, urée créatinine acide urique
 - Hématologique** : FNS
- Surveillance après 1 semaine du traitement puis 1 fois/mois
- Donc 7 fois (1 après une semaine + 1 fois/mois pendant 6 mois)**