

SEMIOLOGIE MEDICALE

Pr BOUHAFS BENNADJI

Les ascites

Pr BOUHAFS BENNADJI

Cours destiné aux étudiants de la 3^{ème} Année de Médecine

Objectifs pédagogiques

*savoir diagnostiquer une ascite

* argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Plan

A) Définition

B) Etude sémiologique

C) Diagnostic différentielle

E) Examens complémentaires

F) Etiologies

* Ascite Mécanique « transudat »

* Ascite Inflammatoire « exsudat »

A) Définition : la présence d'un épanchement liquidien dans la cavité péritonéale habituellement de couleur jaune citrin.

*il peut être coloré en vert par la bile (d'ictère), en rouge par le sang (ictère sero-hémorragique) ou d'aspect laiteux ou crémeux (ascite chyleuse) .

A ne pas confondre ascite et Hémopéritoine (présence du sang pur dans la cavité péritoine) ou péritonite (présence du pus dans la cavité péritonéale) .

Ascite peut être libre ou cloisonnées (dus a des adhérences) de cause inflammatoire ou mécanique

B) Etude sémiologique

1) phases d'installation lente et insidieuse se traduisant par:

- * prise de poids progressif
- * augmentation du volume abdominal
- * parfois, la présence d'œdème des membres inférieurs

2) phase d'état le diagnostic est facile par la présence d'un abdomen distendu, selon l'abondance de l'ascite on distingue : ascite de faible abondance, de moyenne abondance, et de grande abondance

a) Inspection : ventre volumineux distendu avec un ombilic déplissé,

Les parois abdominales sont affaissées quand le patient est allongé (ventre BATRACIEN)

Quand le patient est debout le ventre se projette en avant (ventre d'OBUSIER)

Quand l'épanchement est très important la distension ombilicale peut se compliquer d'une hernie ombilicale qui peut se rompre, la peau tendue amaigrie et luisante avec des vergetures

Intérêt de rechercher la présence de circulation collatérale

b) Percussion : matité sous ombilical, de siège dans les flancs et l'hypogastre a limite supérieur concave vers le haut, mobile avec le changement de position du malade

c) Palpation : **signe de FLOT** (absent en cas d'ascite de grande ou de faible abondance)

La positivité du signe de FLOT témoigne du caractère libre de l'ascite. Malade 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 posée 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.

Signe de GLACON : épanchement de moyenne abondance

Quand on donne une impulsion dans la région abdominale sous costale droite (hypochondre droit) le foie hypertrophique plonge dans le liquide et lorsqu'il remonte à la surface il percute les pulpes des doigts.

d) signes accompagnateurs : se voit en cas d'ascite de grande abondance

- * dyspnée, dyspepsie
- * circulation collatérale témoigne d'une hypertension portale
- * OMI moue, blanc, indolore gardant le godet

C) diagnostique différentielle : l'ascite ne doit pas être confondue avec :

- ** **Adiposité pariétale** (ascite de petite abondance)
- ** **Météorisme abdominale** : tympanisme à la percussion
- ** **Globe vésicale** : matité sous ombilicale à limite supérieur convexe vers le haut
- ** **Kyste de l'ovaire à développement abdominale** : matité médiane ou latérale à limite supérieur convexe vers le haut et une ascension de l'utérus au TV.

D) examen complémentaire

Ponction d'ascite : faite sous surveillance stricte de la TA, l'évacuation trop rapide et d'une grande quantité d'ascite provoque un état de choc qui peut être fatale pour le malade (**CHOC A EVACUO**)

La ponction d'ascite à un but diagnostique (**diagnostique étiologique**) et thérapeutique

Soulage le malade surtout en cas d'ascite de grande importance

La ponction se fait toujours à gauche au tiers externe de la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, jamais à droite car on risque de blesser le caecum qui est superficiel " *peut le faire - blesse sous*

Ecchymose EN CAS: SPTENEGATIVE SPTV, Ascite cloisonnée
Aspect macroscopique : couleur jaune citrin, sero hémorragique, laiteux

*** **Dosage des protéines** $\geq 25 \text{ gr/l}$ **RIVALTA POSITIF** d'origine INFLAMMATOIRE

$< 25 \text{ gr/l}$ **RIVALTA NEGATIF** d'origine MECANIQUE

*** **Numération des éléments cellulaires**

$> 1000/\text{mm}^3$ ASCITE INFLAMMATOIRE

$< 100/\text{mm}^3$ ASCITE MECANIQUE

*** **Cytologie / Bactériologie**

Prédominance lymphocyte TUBERCULOSE PERITONEALE

Prédominance PN INFECTION NON SPECIFIQUE / isolement du germe en cause + antibiogramme

*****ANA-PATH :** recherche de cellule cancéreuse (carcinose péritonéale primitif ou secondaire)

E)Les étiologies des ascites

ASCITE MECANIQUE : ascite pauvre en protéine ($<25\text{gr/l}$) et en cellules ($<100/\text{mm}^3$), en parle de TRANSUDAT

LES CAUSES :

***cirrhose du foie, thrombose des veines sus hépatique

***insuffisance cardiaque grave (ANASARQUE)

***syndrome néphrotique

*** Hypothyroïdie

Généralement ils sont toujours associés à des œdèmes des membres inférieurs réalisant le syndrome oedemato-asctique, sauf en cas d'ascite de l'hypertension artérielle pure

ASCITE INFLAMMATOIRE : ascite riche en protéine ($\geq 25\text{gr/l}$) et en cellules ($> 1000/\text{mm}^3$), en parle d'EXSUDAT

LES CAUSES :

*** péritonite tuberculeuse (liquide riche en lymphocyte)

*** carcinose péritonéale

LAPAROSCOPIE : inflammation parsemées de fines granulations blanchâtres dont la biopsie confirme le diagnostique de TBC

Grosses granulations dont la biopsie confirme le diagnostique de cancer

	cirrhose	Insuffisance cardiaque congestif	cancer	TBC	INFECTIO N	PANCREATIQ
ASPECT	JAUNE PAILLE	JAUNE CLAIR	LAITEUX OU SANGLANT	LAITEUX OU NORMAL	TROUBLE	LAITEUX OU TROUBLE
PROTEINE	<25G/L	< 25G/L	≥ 25G/L	≥ 25G/L	≥ 25G/L	≥ 25G/L
LDH	↓	↓ OU Nle	↓	↑ ou Nle	↑ ou Nle	↑ ou Nle
Glucose	Nle	Nle	↓	↓	↓	↓
Amylase	Nle	Nle	↑ ou Nle	Nle	Nle	↑
Cytologie	< 250	< 250	Cellule néoplasique	≥ 250 Lymphocyte	≥ 250 PNN	< 250
Cellule Bactérienne	-	-	-	+ou-	+	-