

# Les ascites

Cours de sémiologie

Troisième année de médecine

Pr D. Mallem

## I- Définition et généralités

- L'ascite se définit comme étant une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale.
- Syndrome souvent rencontré en pratique médicale, notamment en pathologie digestive.
- Son DG positif est habituellement facile, reposant avant tout sur la ponction d'ascite.
- En revanche, son DG étiologique est parfois difficile en raison des très nombreuses causes.
- Le dosage des protides dans le liquide d'ascite permet d'orienter l'enquête étiologique vers l'un des 2 grands groupes étiologiques: les ascites mécaniques et les ascites inflammatoires.

## II- Rappel anatomique et physiologique

- Le péritoine est une membrane séreuse d'environ  $1\text{m}^2$ , très mince mais solide, constitué de 2 feuillets en continuité l'un avec l'autre :
  - Feuillelet pariétal tapisse la face interne la paroi abdominale et le pelvis.
  - Feuillelet viscéral tapisse totalement ou partiellement la face externe des viscères abdominaux (foie estomac, intestin gèle, rate côlon, mésentère)
- Ces 2 feuillets sont constitués d'une couche unique de cellules épithéliales appelées cellules mésothéliales.
- Ces 2 feuillets délimitent une cavité virtuelle, stérile, appelée cavité péritonéale qui contient une faible quantité d'un liquide qui facilite le glissement des 2 feuillets l'un sur l'autre.

- **Le péritoine maintient les organes au sein de la cavité abdominale et permet les mouvements et le glissement des viscères abdominaux afin d'éviter les lésions dues aux frottements surtout lors de la digestion.**
- **Le rôle principal du péritoine est la protection des organes abdominaux contre les infections.**



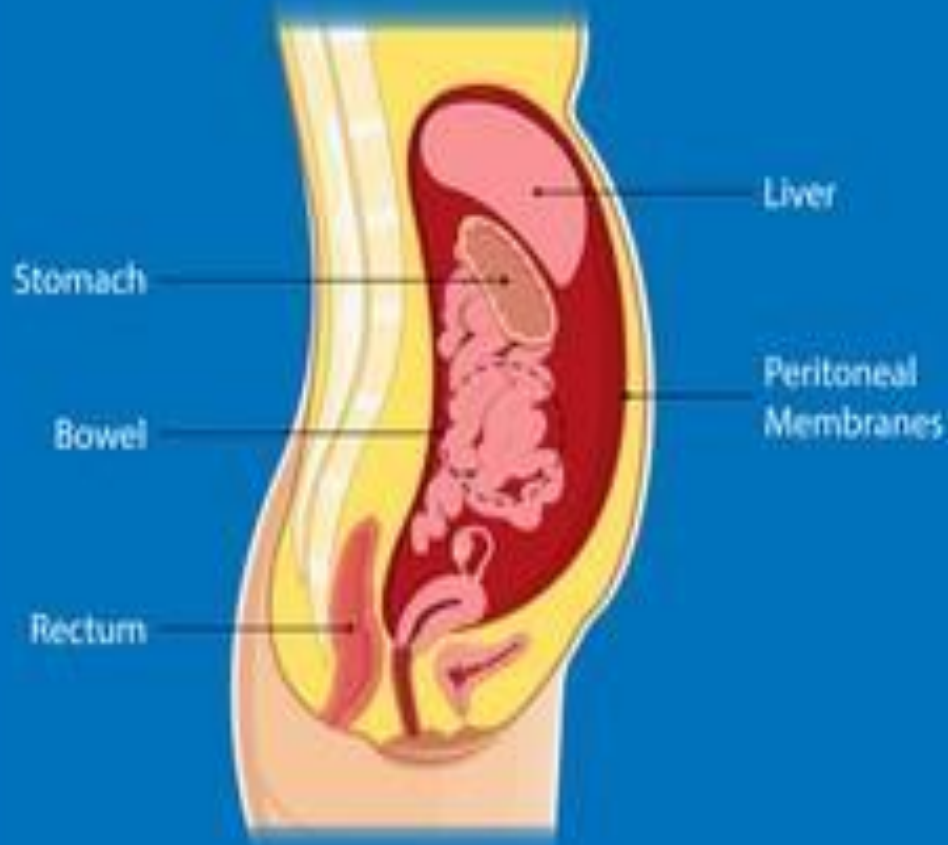
## II- Etude physiopathologique

- Les ascites relèvent de 2 mécanismes physiopathologiques :
  - Les ascites d'origine inflammatoire:
    - L'épanchement liquidien péritonéal est du une inflammation des feuillets du péritoine (feuillet pariétal et viscéral) secondaire à de nombreuses pathologies infectieuses, néoplasiques et autres.
    - L'épanchement péritonéal se constitue du fait du passage à travers la paroi des petits Vx péritonéaux dont la perméabilité est augmentée en raison de l'inflammation, dans la cavité péritonéale d'un liquide séreux surtout riche en protéines plasmatiques dit exsudat.
  - Les ascites d'origine mécanique:
    - Dans les ascites d'origine mécanique, les 2 feuillets du péritoine sont sains, l'accumulation du liquide dans la cavité péritonéale

est due à un déséquilibre entre la pression oncotique et la pression hydrostatique dans la lumière des vaisseaux du péritoine :

- Soit une  $\searrow$  de la pression oncotique ex: insuffisance hépatocellulaire (IHC)
  - Soit une  $\nearrow$  de la pression hydrostatique ex: HTP, insuffisance cardiaque droite (ICD) ou globale (ICG)
- L'épanchement péritonéal d'origine mécanique pauvre en protéines plasmatiques est dit transudat.

## Normal Abdomen



## Ascites Abdomen



### III- Etude sémiologique

- En fonction de l'abondance de l'ascite, on distingue :

- ▣ L'ascite de grande abondance:

- ▣ Les signes fonctionnels (Fx):

Les signes (fx) sont souvent importants, essentiellement en rapport avec les effets compressifs de l'abondance de l'ascite sur les organes de voisinage :

- La dyspnée par gêne de la mécanique respiratoire.
- Les douleurs abdominales surtout au moment des repas.

- ▣ L'examen physique:

- ◆ L'inspection:

- L'abdomen est énorme et saillant en avant.
- la peau de l'abdomen est très tendue et amincie et luisante.



-- L'ombilic est déplié, retourné en doigt de gant.

## ❖ La percussion

- Met en évidence une matité franche, hydrique et diffuse à tout l'abdomen .
- Cette matité diffuse est retrouvée quelle que soit la position du patient ( décubitus dorsal, décubitus latéral gauche ou droit et en position debout)

## ○ La palpation

- A la palpation, la paroi abdominale oppose une résistance élastique extrême.
- La rate et le foie ne sont pas accessibles à la palpation
- le signe du flot est négatif.

## ❖ Les touchers pelviens (TR et TV)

- Le TV : les culs- de-sac vaginaux sont bombés et rénitents
- Le TR-: le cul-de-sac de Douglas est bombé et rénitent.

## ❖ Autres signes physiques

L'abondance de l'ascite va être responsable d'une compression des organes intra-thoraciques qui se traduit par les signes physique d'intolérance suivants :

- Une cyanose.
- Une hypotension artérielle.
- Un pouls petit et rapide.
- Bruits cardiaques assourdis et accélérés.

## Ascite de grande abondance



## ❑ L'ascite de moyenne abondance

### ❑ Les signes fonctionnels

Ils sont inconstants et discrets. Ils se limitent le plus souvent à une sensation de pression intra-abdominale ou de douleurs lombaires.

### ❑ L'examen physique

#### ◆ L'inspection

L'abdomen est ↗ de volume obligeant le patient à déssérer sa ceinture ou  
à porter des vêtements plus larges.

#### ◆ La percussion

- En position debout, la matité est déclive à limite concave vers le haut.
- En décubitus dorsal, la matité est perçue aux flancs et à l'hypogastre
- en cadrant un tympanisme péri-ombilical.
- Au cours de l'ascite de moyenne abondance, la matité est mobile avec le changement de position :

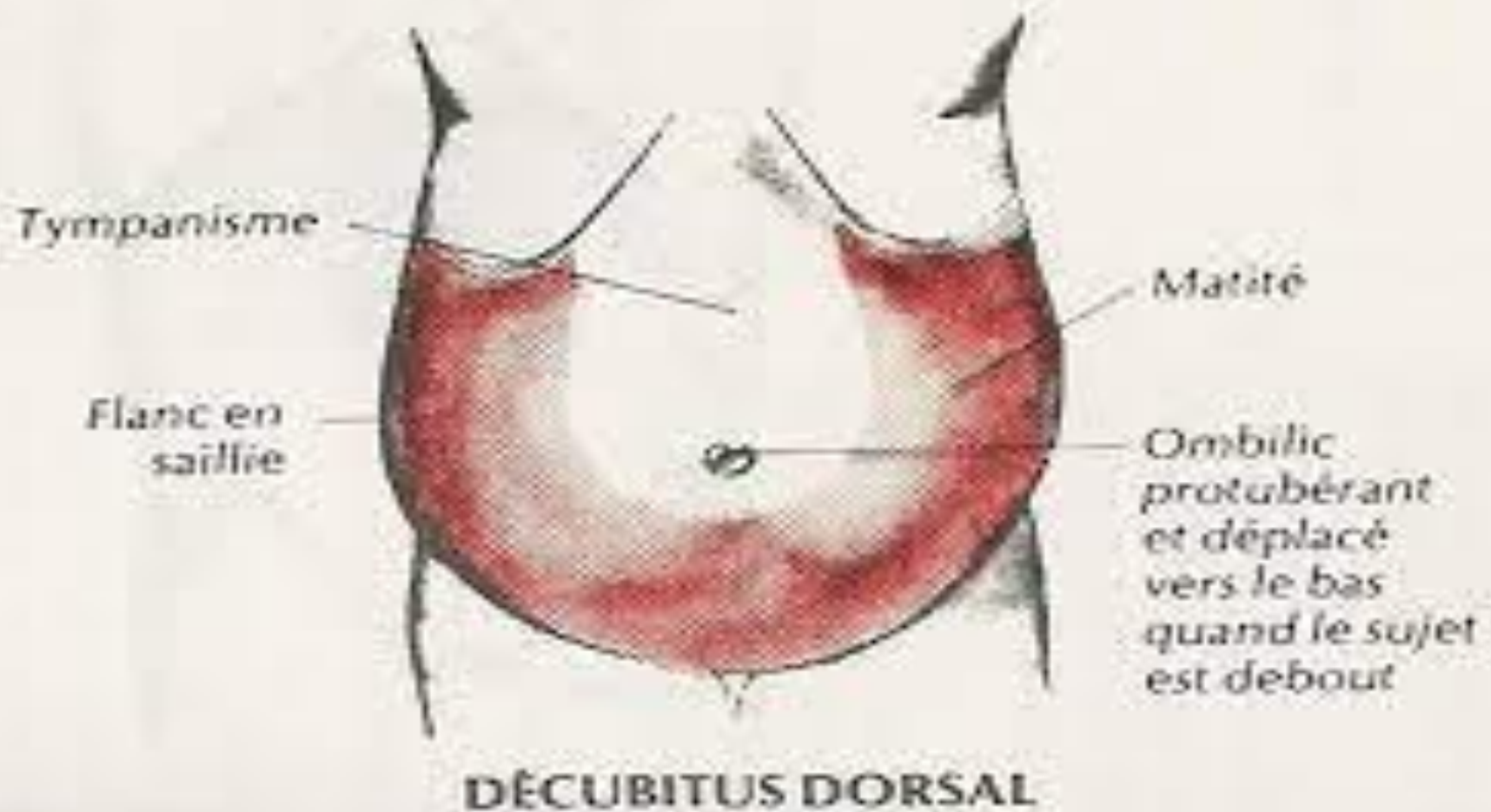


- ✓ En décubitus latéral gauche, la matité est perçue au flanc inférieur (gauche) et un tympanisme au flanc supérieur (droit).
- ✓ En décubitus latéral droit, la matité est perçue au flanc inférieur (droit) et un tympanisme au flanc supérieur (gauche).

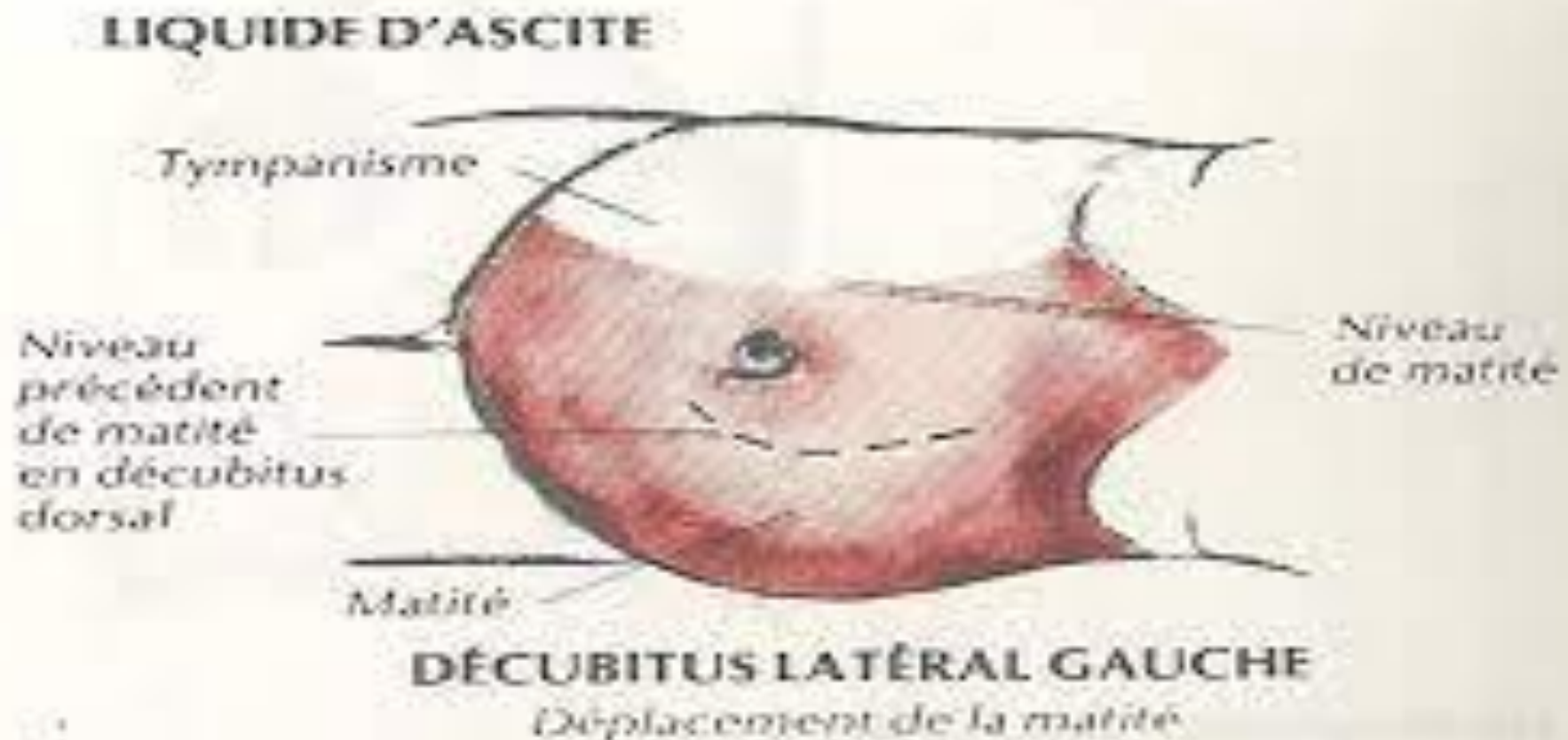
### ❖ La palpation

- A la palpation, l'abdomen oppose une résistance élastique plus marquée aux régions déclives.
- On peut noter en cas d'HPM ou de SPM le signe du glaçon qui consiste à exercer une dépression brusque la paroi abdominale au niveau de HCD (en cas d'HPM) ou HCG (en cas de SPM). Le foie ou la rate hypertrophiée refoulée, donne un choc au niveau de la pulpe des doigts au retour.

## Ascite de moyenne abondance décubitus dorsal



# Ascite de moyenne abondance décubitus latéral gauche



## □ L'ascite de faible abondance

- Elle est de diagnostic difficile à l'examen clinique:
  - L'inspection et la palpation de l'abdomen sont sans anomalies.
  - La percussion soigneuse et attentive peut mettre en évidence une légère matité mobile et déclive des flancs, plus accentuée en décubitus latéral gauche ou droit.



## IV – Diagnostic positif

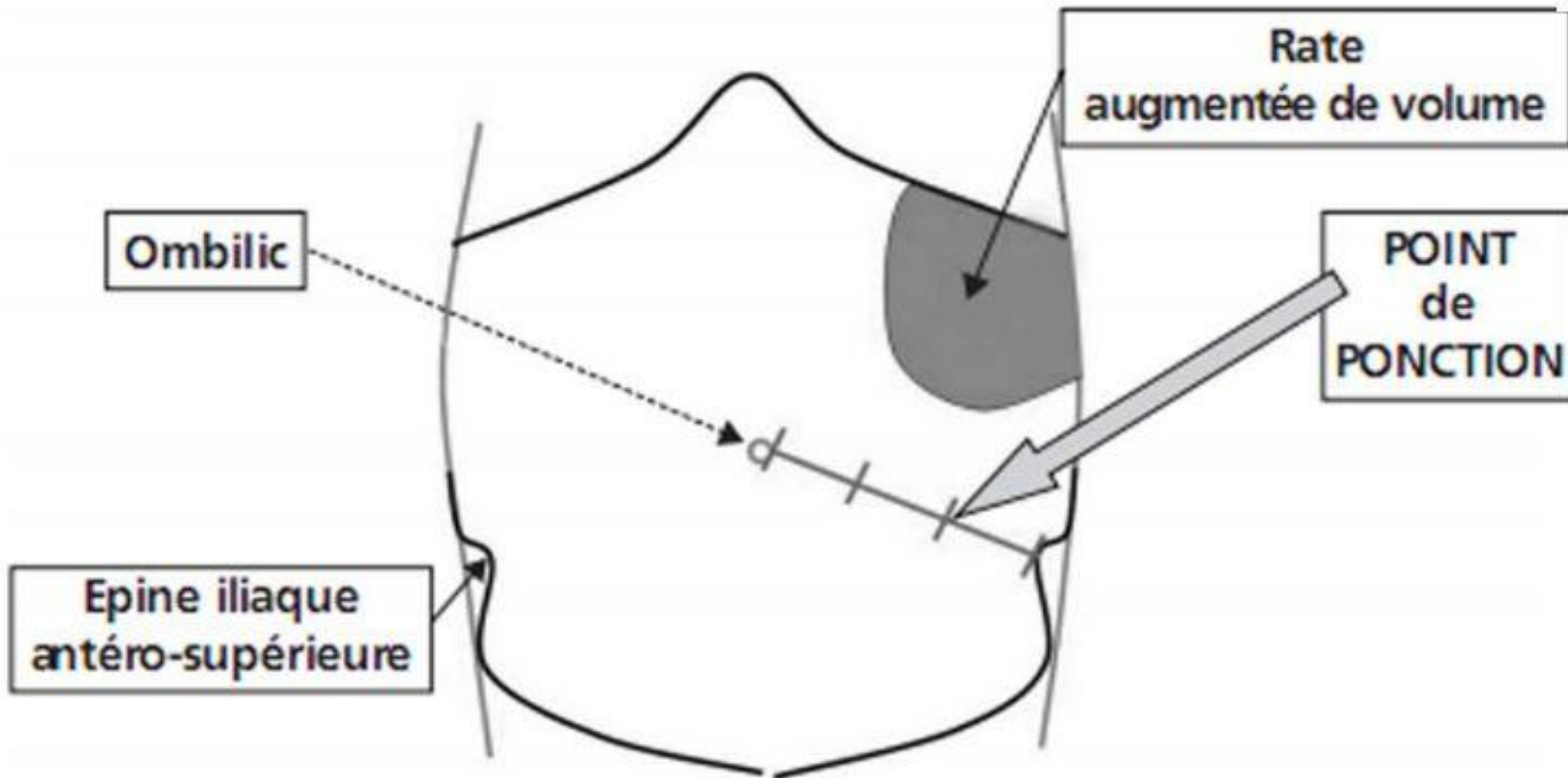
La confirmation du DG de l'ascite fait appel à 2 explorations :

- La ponction exploratrice de l'ascite.
- L'échographie abdomino-pelvienne.

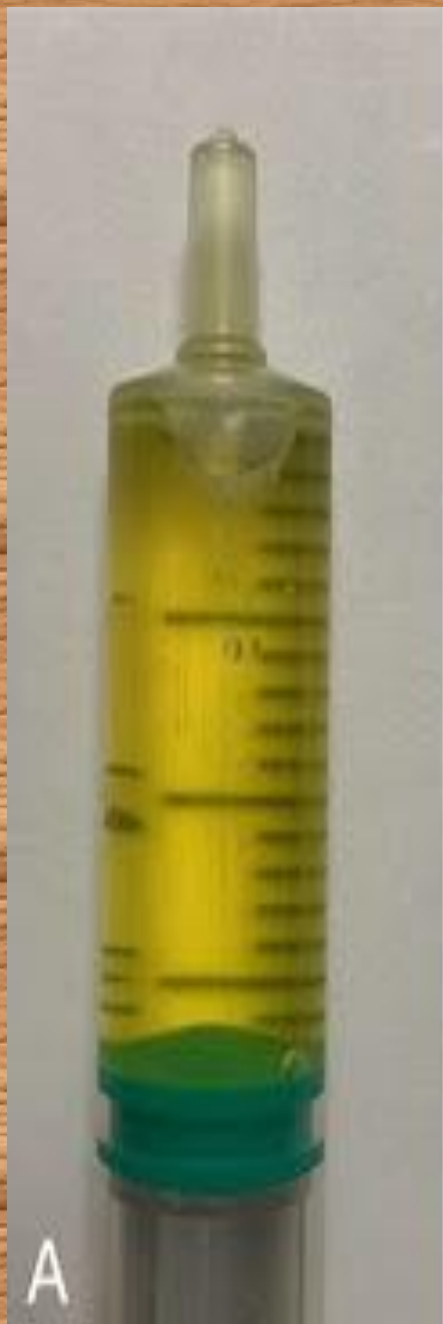
### A- La ponction exploratrice de l'ascite(PA) :

- La PA a un triple intérêt:
  - Confirme le DG de l'ascite.
  - Oriente l'enquête étiologique grâce à l'étude biochimique du liquide d'ascite (exsudat ou transudat) .
  - Soulage le patient en cas d'ascite de grande abondance ( ponction évacuatrice).
- La PA se pratique au lit du malade dans des conditions d'asepsie rigoureuse.

- La PA est réalisée chez un patient en decubitus dorsal au niveau de la FIG en plein matité, à l'union du 1/3 externe et les 2/3 internes d'une ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.



- Une aiguille 22 gauges montée sur une seringue de 50 ml est enfoncée perpendiculairement à la paroi abdominale dans la cavité péritonéale.
- L'aspect du liquide d'ascite retiré est le plus souvent jaune citrin, parfois séro-hématique, rarement trouble ou chyleux.
- Le liquide d'ascite sera réparti en trois tubes secs de 10 ml :
  - Un tube destiné à l'étude biochimique pour :
- ✓ Le dosage des protéines dans le liquide d'ascite qui permet de distinguer :
  - liquide d'ascite riche en protides ou exsudat (taux de protides > 25 gr/l);
  - Le liquide d'ascite pauvre en protides ou transudat (taux de protides < 25 gr/l).





- Un tube destiné à l'étude cytologique : numération des différents éléments cellulaires contenus dans l'ascite: polynucléaires neutrophiles, lymphocytes, hématies, cellules mésothéliales, cellules néoplasiques.

- Un tube destiné à l'étude bactériologique : À la recherche d'une infection du liquide d'ascite (germes banals, BK)

- ✓ examen direct entre lame et lamelle par coloration de Gram.
- ✓ Culture du liquide d'ascite par ensemencement du liquide sur flacons d'hémoculture aérobie et anaérobie au lit du patient.

## ■ A- L'échographie abdominale

- Elle permet de confirmer le DG d'ascite en objectivant l'épanche-ment liquidien intra-péritonéal. Notamment l'ascite de faible abondance dont le DG clinique et à la PA est difficile.

- Elle peut orienter le diagnostic étiologique vers la cause de l'ascite en montrant :
  - Les signes échographique d'une hypertension portale (HTP) : SPM, dilatation du tronc porte (TP), etc.
  - Une tumeur hépatique, ovarienne, pancréatique, etc.

## V- Le diagnostic différentiel

- L'ascite doit être distinguée des autres épanchements intra-péritonéaux:
  - Epanchement intra-péritonéal de sang pur → hémopéritoine.
  - Epanchement intra-péritonéal de pus → péritonite.
  - Epanchement intra-péritonéal de bile → cholépéritoine.
  
- L'ascite doit être différenciée d'autres causes de distension abdominale:
  - Une obésité (abdominale): adiposité importante de la paroi abdominale .
  - un météorisme abdominal : percussion → tympanisme diffus au lieu d'une matité et aérocolie à l'échographie abdominale.

- Un globe vésical → matité sous-ombilicale sensible à limite supérieure convexe vers le haut.
- Une grossesse avec hydramnios.
- Un kyste hydatique à développement abdominal → Pathologie fréquente en Algérie.
- Fibrome utérin volumineux.

Dans tous les cas l'échographie abdominale permet de distinguer une ascite des autres causes de distension abdominale.



## VI- Diagnostique étiologique

### A- Les ascites d'origine inflammatoires

- Les ascites d'origine inflammatoires se caractérisent par leur richesse en protides ( $>25$  gr/l) → ascites exsudatives
- Les ascites exsudatives sont dominées par les étiologies suivante:
  - Ascite cancéreuse (carcinose péritonéale) → métastases péritonéales .
  - Ascite d'origine tuberculeuse : localisation de l'infection par le BK dans le péritoine.

### B- Les ascites d'origine mécanique:

- Les ascites d'origine mécaniques se caractérisent par leur pauvreté en protéines ( $< 25$  gr/l) → ascites transudatives.

- Les principales causes des ascites transudatives sont:
  - L'ascite d'origine cirrhotique compliquée d'une HTP.
  - L'ascite d'origine cardiaque : Insuffisance cardiaque droite et globale.
  - L'ascite d'origine rénale: syndrome néphrotique.