



Item277-Ascite.

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Sur cirrhose: Synthèse des recommandations professionnelles - Prise en charge des principales complications chez les malades atteints de cirrhose / Haute Autorité de Santé / 2007 - Polycopié national: Ascite / 2009	- Cirrhose / carcinose péritonéale - Gradient d'albumine / protides 25g/L - C°: ILA +++ / hypoNa / IRA	- Poids +++ - Ponction du liquide d'ascite - Compensation volumique

Généralités

Définition

- Ascite = épanchement péritonéal non hématique

Physiopathologie

- HTP = production de NO = vasodilatation splanchnique et systémique
- → stimulation SRAA / ADH / sympathique = rétention hydrosodée +++

Orientation étiologique

- 2 caractéristiques à rechercher à la ponction d'ascite
 - Gradient d'albumine = [Alb] sérique - [Alb] ascite
 - reflète la pression portale: HTP si gradient > 11g/L
 - HTP = bloc: reste à déterminer s'il est intra ou sus-hépatique
 - Concentration de l'ascite en protides
 - Ascite riche en protides si [protéines]ascite > 25g/L
 - Ascite pauvre en protides si [protéines]ascite < 25g/L

Etiologies

	HTP présente	HTP absente
Ascite pauvre en protides: (< 25g/L)	<ul style="list-style-type: none"> • Bloc intra-hépatique <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cirrhose ◦ Thrombose portale ◦ Autres: bilharziose.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome néphrotique • Dénutrition protéique • Entéropathie exsudative • ICG majeure (anasarque)
Ascite riche en protide: (> 25g/L)	<ul style="list-style-type: none"> • Bloc sus-hépatique <ul style="list-style-type: none"> ◦ Syndrome Budd-Chiari ◦ ICC (IC droite) ◦ Péricardite constrictive 	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinose péritonéale • Ascite tuberculeuse • Ascite pancréatique (PK) • Mésothéliome péritonéal

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** cirrhose connue +++ / cancer / ICC
 - **Prises:** **alcool** / médicamenteuses / toxique
 - **Anamnèse:** facteur de **décompensation** (épisode infectieux..) (**A savoir !**)
 - **Signes fonctionnels:** **fièvre** / dyspnée (TVR) / AEG (carcinose), etc.
- **Examen physique**
 - **Pour diagnostic positif**
 - Prise de poids: **pesée** (pour suivi ++) (**A savoir !**)

- Matité / ↑ volume abdominal (périmètre abdominal)
- Signe du « glaçon » = choc par foie à la dépression abdominale
- Signe du « flot » = propagation abdominale de l'onde si percussion
- Rechercher des signes de complications +++
 - de l'ascite: infection du liquide d'ascite: fièvre / douleur abdominale
 - de la cirrhose (!!): TR (VO) / ex. neuro (EH) / AEG-Troisier (CHC)

Examens complémentaires

- Ponction du liquide d'ascite (A savoir !)
 - Indications: **systématique** devant toute ascite +++
 - Modalités
 - Après TP-TCA (mais pas de CI si anomalie) / vérifier l'absence de rate en FIG
 - Après information du patient / en condition d'asepsie stricte / aiguille-seringue
 - En pleine matité / au 1/3 externe entre ombilic et EIASG / +/- échoguidée
 - Envoi de l'échantillon en cytologie / biochimie / bactériologie +/- mycoB-anapath
 - !! si ponction évacuatrice > 2L: compensation volumique par albumine (A savoir !)
 - Résultats / orientation étiologique
 - aspect macroscopique: citrin si cirrhose (peut être purulent, lactescent..)
 - ex. biochimique: gradient d'albumine / concentration en protides +++
 - ex. cytologique: **ILA si PNN > 250/mm³** / carcinose si c. malignes
 - ex. bactériologique: recherche de BK ++ (Lowenstein / Ziehl-Nielsen)
- Echo-doppler abdominal
 - Signes positif d'ascite
 - Ascite = collection liquidienne anéchogène mobile
 - Epanchement du cul-de-sac de Douglas + région rétro-hépatique
 - Orientation étiologique
 - Cirrhose: foie dysmorphique / macro-nodules de régénération
 - HTP: dilatation v. porte / reperméabilisation v. ombilicales / SMG
 - Budd-Chiari: obstruction de ≥ 2 veines sus-hépatiques sur 3
 - Autres: thrombose portale, dilatation VCI (ICD), nodules de carcinose, etc.
- Evaluation du retentissement
 - Retentissement rénal: [iono-urée-créatinine] sanguins et urinaires / protéinurie 24h
 - Fonction hépatique: TP / facteur V / albumine
- Bilan selon orientation étiologique
 - Cirrhose: PBH si découverte / bilan de décompensation +++ (cf [Cirrhose et complications.](#))
 - Carcinose péritonéale: marqueur (CA 125 pour ovaire) / TDM TAP +++
 - Budd-Chiari ou thrombose porte: confirmer par angio-TDM ou angio-IRM
 - Syndrome néphrotique: BU + ECBU +/- PBR selon type (cf [Néphropathie glomérulaire.](#))
 - Insuffisance cardiaque: ETT + bilan de décompensation +++ (cf [Insuffisance cardiaque de l'adulte](#))

Diagnostiques différentiels

- Obésité / météorisme si Sd occlusif / hémopéritoine...

Complications

Infection du liquide d'ascite +++

- Mécanisme: par passage transcolique ou perforation organe creux
- Etiologies: celles d'ascite pauvre en protides (car « protides » = Ig à 50% !)
- Germe: E. coli le plus souvent / non retrouvé dans 50% des cas
- Clinique: douleur abdominale / fièvre / ascite / diarrhée / AEG
- Paraclinique: PLA: définition de l'ILA: **PNN > 250/mm³** (A savoir !)
- Complications: risque de syndrome hépato-rénal: IRA / sepsis

Ascite réfractaire ++

- Définition: persistance ou récurrence de l'ascite malgré:
 - Traitement diurétique à la dose maximale tolérée
 - Bonne observance du régime sans sel

Complications métaboliques

- Troubles hydro-électrolytiques: **hyponatrémie**
- IRA fonctionnelle: cf hypovolémie efficace

Complications mécaniques

- Hernie ou rupture ombilicale (!! risque d'étranglement herniaire: cf [Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte.](#))
- Dyspnée (par TVR): car compression diaphragmatique par ascite

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 3 principales causes d'ascite ?

- Cirrhose
- Insuffisance cardiaque droite
- Carcinose péritonéale

(Collège HGE)

Mis à part les cancers digestifs, quel est le cancer le plus fréquemment responsable de carcinose péritonéale ?

- Cancer de l'ovaire