

# Sémiologie des ascites

*Pr Adama Berthé*

*Médecine Interne*

*Hôpital Régional de Thiès*

# Objectifs

1. Définir l'ascite
2. Donner les résultats de la percussion chez le sujet ascitique
3. Décrire le signe du flot et du glaçon
4. Décrire la technique et les résultats de la ponction exploratrice d'ascite
5. Identifier les 2 types d'ascite selon le caractère chimique du liquide
6. Citer deux causes d'ascite transsudative
7. Citer deux causes d'ascite exsudative

# Plan

I. Introduction

II. Physiopathologie

III. Signes

IV. Diagnostic différentiel

V. Diagnostic étiologique

VI. Conclusion

# Introduction

- **Définition**

- Elles se définissent comme un épanchement, une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale à l'exclusion des hémopéritoïnes
- On la différencie
  - Hémopéritoïnes : présence de sang
  - Péritonites purulentes : présence de pus

# Introduction

- **Intérêt**

- Motif fréquent de consultation en Médecine
- Etiologies multiples et variées
- Complications possibles

# Physiopathologie

- Les ascites répondent à deux grands mécanismes
  - **origine inflammatoire** : dues à une irritation du péritoine
    - Localisation au niveau du péritoine d'une infection tuberculeuse
    - Métastase au niveau du péritoine d'un cancer développé à distance
  - **origine mécanique**
    - En rapport avec une rétention hydrique : syndrome œdémateux généralisé (anasarque)
    - Secondaires à une augmentation de la pression dans le système porte : hypertension portale

# Signes

- **Forme typique** : *Ascite libre de moyenne abondance*
  - **Mode d'installation**
    - Progressive ou brutale, souvent précédée d'un météorisme abdominal d'où l'adage classique « le vent précède la pluie »
    - Associée souvent d'une prise de poids, d'une augmentation du périmètre abdominal

# Signes

- **Forme typique** : *Ascite libre de moyenne abondance*
  - **Signes fonctionnels**
    - Sensation de distension abdominale gênante
    - Troubles dyspeptiques : satiété précoce, digestion lente
    - Gêne respiratoire
  - **Signes généraux** : dépendent de l'étiologie
    - Altération de l'état général
    - Fièvre

# Signes

- **Forme typique** : *Ascite libre de moyenne abondance*
  - **Signes physiques : Inspection (2 signes essentiels)**
    - augmentation symétrique du volume de l'abdomen
      - si la paroi est tonique, le ventre pointé en avant " en obusier" chez le malade debout
      - si la paroi est flasque
        - chez le malade debout, le ventre retombe en besace sur le pubis
        - chez le malade couché il s'étale latéralement dans les flancs en "ventre de batracien"
    - déplissement modéré de l'ombilic



Image montrant une ascite

# Signes

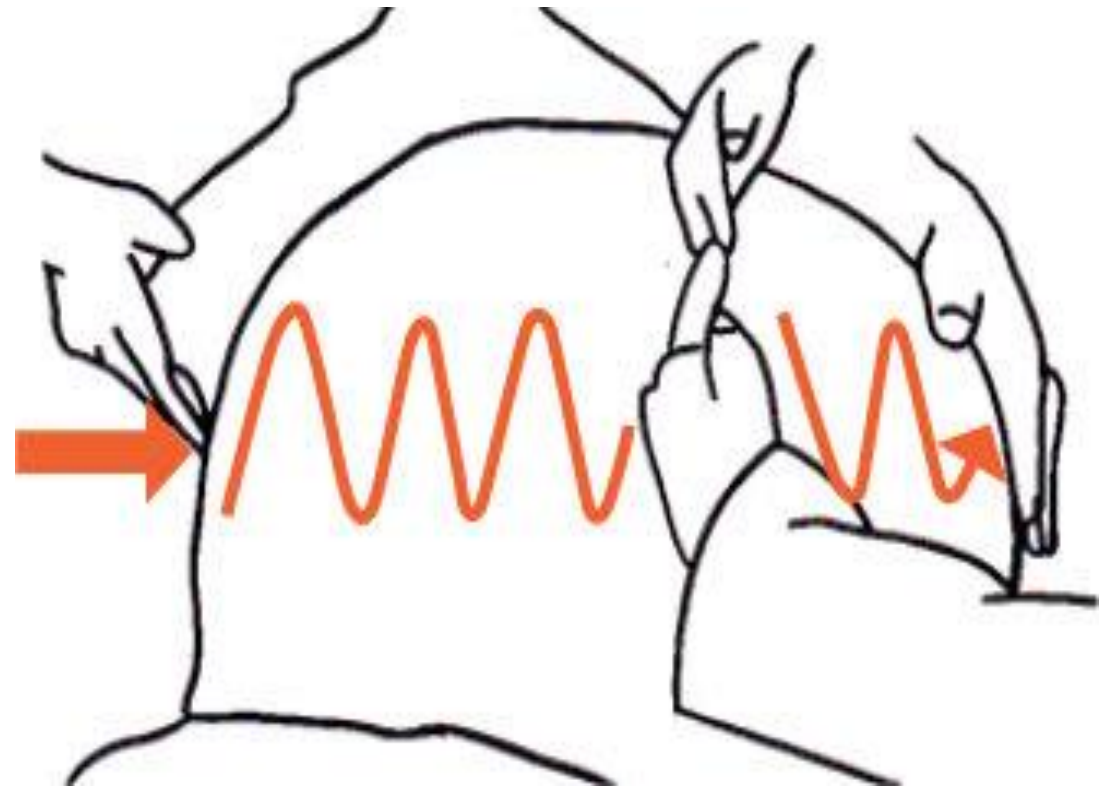
- **Forme typique** : *Ascite libre de moyenne abondance*
  - **Signes physiques : Palpation**
    - La paroi est tendue donnant une sensation de rénitence très particulière (résistance souple ou élastique). Elle permet de rechercher une organomégalie avant et surtout après évacuation de l'ascite.
    - Elle met en évidence
      - Un signe du Flot
      - Un signe du Glaçon

# Signe du flot

Chez le malade en décubitus dorsal, une main posée à plat sur un flanc perçoit une vibration liquidienne déterminée par une chiquenaude sur le flanc opposé.

Il faut demander à un aide de comprimer légèrement l'abdomen avec le bord cubital de la main appliquée sur la ligne médiane afin d'éliminer la transmission pariétale des vibrations.

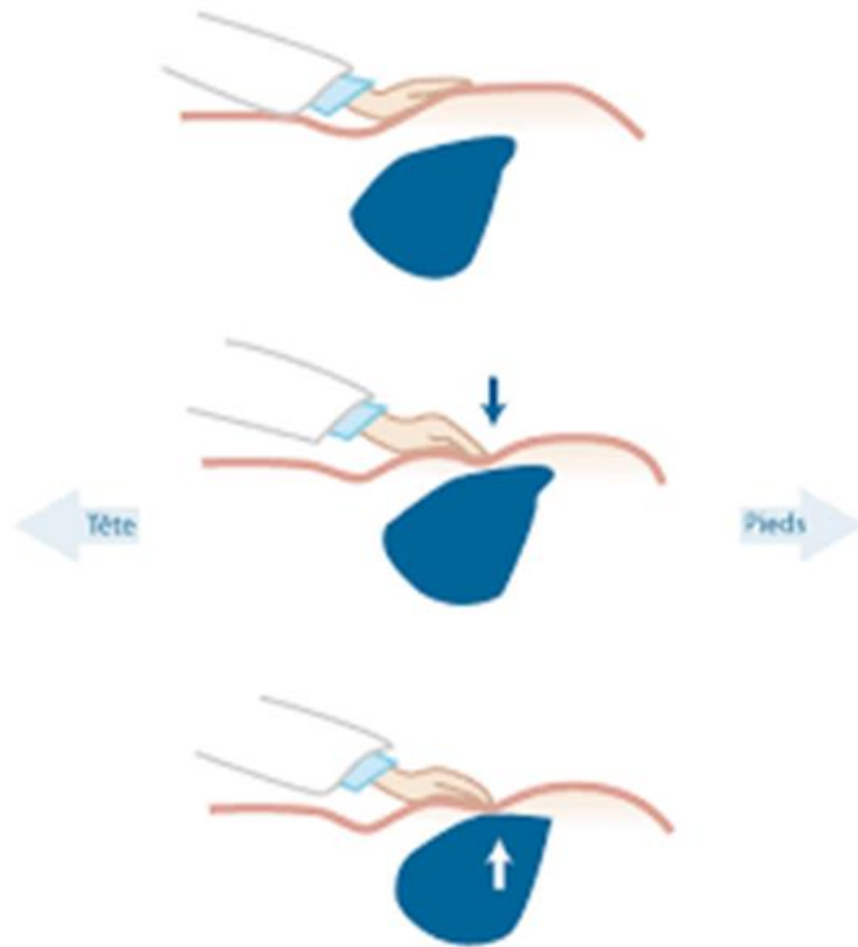
Ce signe montre le **caractère libre de l'ascite** et ne se voit pas dans les **ascites cloisonnées**



Images montrant la technique du signe du flot

# Signe du glaçon

En cas de gros foie ou de grosse rate, lorsqu'on déprime brusquement la région hépatique ou splénique, la main ressent une sorte de choc en retour caractéristique (à la manière d'un glaçon que l'on enfonce dans l'eau et qui remonte à la surface)



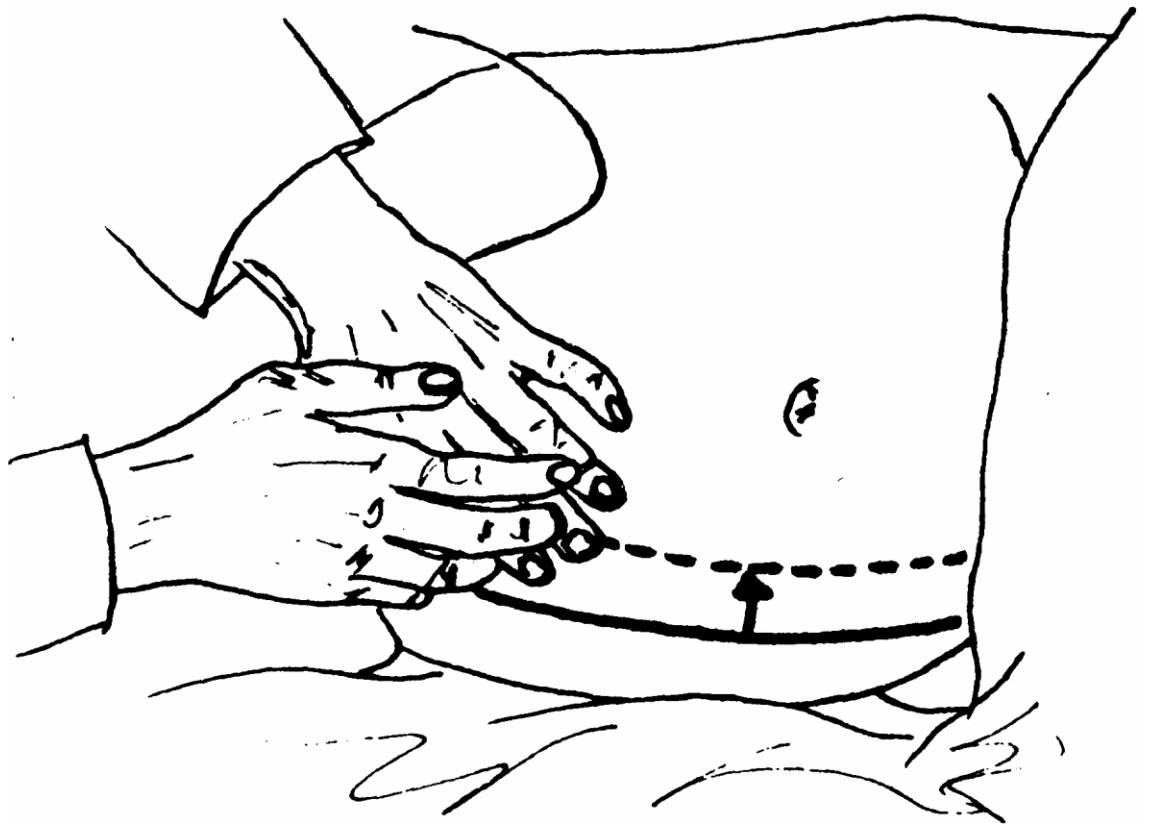
Signe du glaçon

# Signes

- **Forme typique** : *Ascite libre de moyenne abondance*
  - **Signes physiques : Percussion**
    - Matité franche hydrique, déclive, mobile avec les positions du malade
    - Décubitus dorsal, la matité siège aux flancs et à l'hypogastre à limite supérieure concave, surmontée par un tympanisme sus et péri-ombilicale
    - Décubitus latéral, la matité se déplace dans le flanc inférieur, le flanc supérieur est sonore
    - En position assise elle se déplace vers l'hypogastre



Percussion de la matité dans les flancs (DD)



Percussion de la matité dans les flancs (DL)



# Signes

- **Forme typique** : *Ascite libre de moyenne abondance*
  - **Signes physiques : Touchers pelviens**
    - **chez la femme** : le toucher vaginal permet de retrouver :
      - le refoulement des culs-de-sac vaginaux qui sont bombés et rénitents
      - l'abaissement de l'utérus qui est anormalement mobile
    - **chez l'homme** : le toucher rectal permet de percevoir :
      - le cul-de-sac de Douglas qui est refoulé, bombé et rénitent

# Signes

- **Forme typique** : *Ascite libre de moyenne abondance*
  - **Signes paracliniques**
    - **Echographie abdominale**
      - elle montrerait l'ascite sous forme de zones anéchogènes uniformément réparties autour des anses intestinales et entre ces anses et les autres viscères.

# Formes cliniques : *ascite de grande abondance*

- **Signes fonctionnels**

- Dyspnée, palpitation
- lipothymie

- **Signes généraux**

- Cyanose, tachycardie, pouls petit, rapide parfois irréguliers
- hypotension artérielle, oligurie

# Formes cliniques : *ascite de grande abondance*

- **Signes physiques**

- **Inspection**

- l'abdomen est énorme, peau lisse, amincie, tendue et luisante
    - l'ombilic est déplié, retourné « en doigt de gant »
    - œdèmes membres inférieurs, organes génitaux externes et de la paroi abdominale
    - CVC sous-ombilicale et dans les flancs



Ascite de grande abondance

# Formes cliniques : *ascite de grande abondance*

- **Signes physiques**

- **Percussion** : met en évidence une matité de tout l'abdomen

- franche, hydrique
- les caractères de déclivité et de mobilité ne sont plus retrouvés

- **Palpation**

- l'abdomen donne une sensation de résistance extrême
- Le foie et la rate ne sont perçus que par le signe du glaçon
- le signe du flot est négatif.

# Formes cliniques : *ascite de petite abondance*

- **Elle est de diagnostic difficile**

- **Inspection** est en règle normale.
- **Palpation** : n'apporte pas de renseignements.
- **Percussion** : doit être fine, elle met en évidence une matité légère, déclive, mobile
  - matité des flancs : apparaissant ou s'accentuant en décubitus latéral droit et gauche
  - matité péri-ombilicale : retrouvée en position genu-pectorale
- **Les touchers pelviens** : légère rénitence des culs-de-sac; utérus anormalement mobile

# Formes cliniques : *ascites cloisonnées*

- des adhérences peuvent cloisonner la cavité péritonéale et s'opposer à la mobilité de l'ascite
  - La déformation abdominale peut être asymétrique
  - zones alternées de matité et de sonorité fixes réalisant l' **ascite en damier**"
  - Cette ascite sera confirmée par l'échographie

# Diagnostic différentiel

- **Adiposité pariétale** : *chez un obèse, une ascite de petite abondance peut être difficile à reconnaître*
- **Météorisme abdominal** : *qui entraîne une augmentation de volume de l'abdomen, mais la percussion met en évidence un tympanisme diffus*
- **Globe vésical** : *s'accompagne d'une matité sous-ombilicale sensible à limite supérieure convexe vers le haut*
- **Kystes géants de l'ovaire** : *matité médiane ou latéralisée à limite > convexe haut*
- **Grossesse avec hydramnios**

# Diagnostic étiologique

- L'enquête étiologique est principalement orientée par :
  - le contexte clinique (1)
  - la ponction exploratrice du liquide d'ascite (2)

# Contexte clinique

- Fournit souvent à elle seule des éléments suffisants pour l'étiologie
  - Age
  - Antécédents (alcoolisme, hépatite virale, ictère, notion de contagé tuberculeux)
  - Etat du foie
  - Signes d'hypertension portale (circulation veineuse collatérale, splénomégalie)
  - Examen des organes génitaux féminins
  - Palpation de masses abdominales dans le liquide d'ascite, etc.

# Ponction d'ascite exploratrice

- **Matériel**

- Antisepsie locale
- Aiguille de ponction (21G) + robinet à 3 voies + tubulure évacuatrice
- Seringue de 20 ou 50ml
- Réceptacle
- Tubes biochimie, cytologie, anatomopathologie, bactériologie, flacons pour hémocultures

# Ponction d'ascite exploratrice

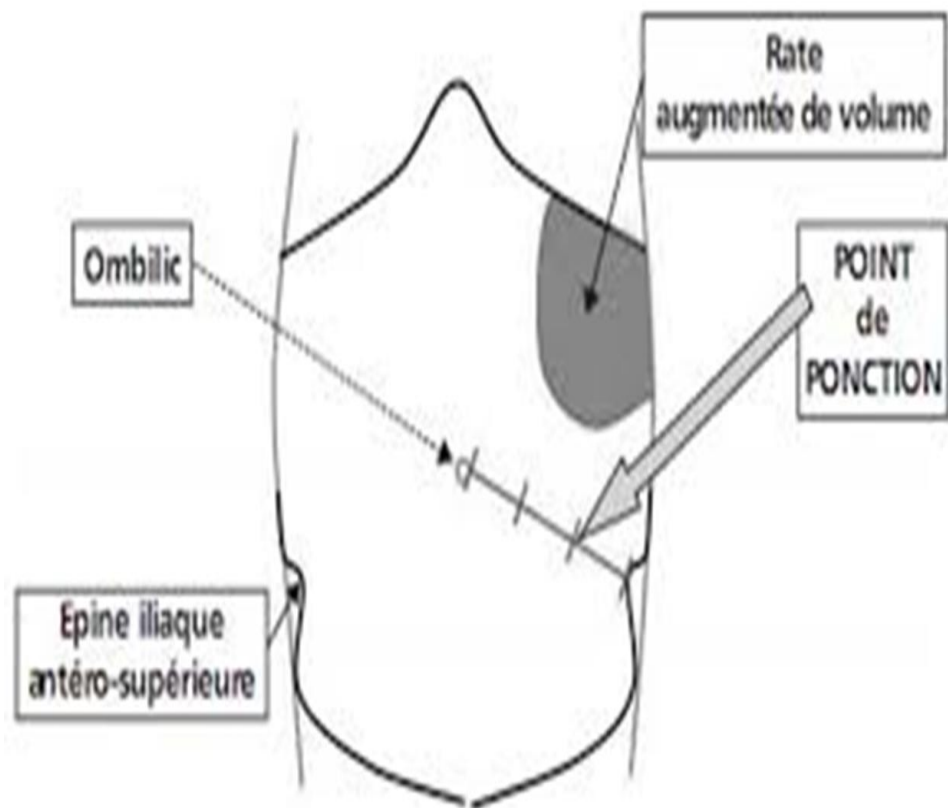
- **Contre-indications (CI)**

- Doute diagnostique (repérage échographique alors possible)
- Plaquettes  $< 20\ 000/\text{mm}^3$
- TP  $< 35\%$  (moduler en fonction de l'urgence et facilité de réalisation)
- Attention : l'évacuation du liquide est CI en cas de SIRS ou de sepsis

# Ponction d'ascite exploratrice

- **Technique**

- Patient doit être en décubitus dorsal ou latéral gauche
- Elle se fait avec une aiguille à biseau court s'adaptant parfaitement sur la seringue
- On ponctionne en pleine matité à l'union du tiers externe et des deux tiers interne d'une ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.
- On enfonce l'aiguille perpendiculairement à la peau.
- L'asepsie doit être rigoureuse pour ne pas infecter le liquide d'ascite.



# Ponction d'ascite exploratrice

- **Résultats**

- *Macroscopie* : clair, jaune citrin, sérohématique, chyleux, trouble
- *Chimie* : elle permet de distinguer les transsudats des exsudats :
  - le transsudat : pauvre en protides (taux inférieur à 30 g/l) et Rivalta négatif
  - l'exsudat : riche en protides (taux supérieur à 30 g/l) et Rivalta positif
- *Cytologie* : numération des éléments blancs et recherche de cellules malignes
- *Bactériologie* : identifie le germe (germe banal, BAAR.....)

# Ponction d'ascite exploratrice

- **Incidents et accidents**

- **Incidents**

- piqûre d'une veine superficielle, blessure de l'intestin, fistulisation du trajet

- **Accidents**

- locaux : infection du liquide d'ascite
    - en cas d'évacuation importante et rapide : choc, syncope, œdème à vacuo

# Ponction évacuatrice d'ascite/Paracentèse

- **La technique de la ponction** est la même
- L'aiguille est branchée sur une tubulure munie d'un système de réglage de débit aboutissant à un bocal gradué en litres
- Le débit doit être faible, l'évacuation lente, jamais complète
- Elle nécessite la mise en place d'une voie veineuse de bon calibre
- Une surveillance du pouls, de la tension artérielle, de la respiration, sera établie durant toute la durée de la ponction et les heures suivantes

# Principales étiologies des ascites

- **Ascites transsudatives**

- cirrhose du foie
- syndrome néphrotique
- insuffisance cardiaque
- dénutrition
- syndrome de Demons-Meigs : il associe ascite, épanchement pleural pauvre en protides et tumeur ovarienne bénigne.

# Principales étiologies des ascites

- **Ascites exsudatives**

- Tuberculose péritonéale
- Carcinose péritonéale primitive ou secondaire

- **Ascites chyleuses**

- Oblitération ou compression des voies lymphatiques par des adénopathies ou des atteintes tumorales du mésentère.
- Traumatisme ou plaie chirurgicale du canal thoracique
- Malformations congénitales du système lymphatique

# Conclusion

- Motif très fréquent de consultation de consultation
- Etiologies multiples
- Nécessité d'un interrogatoire soigné et examen clinique minutieux