

Ascite ou l'hydropéritoine



Définition

Une **ascite** est un **épanchement liquidien intra-abdominal** ou une **accumulation de liquide dans la cavité péritonéale**.

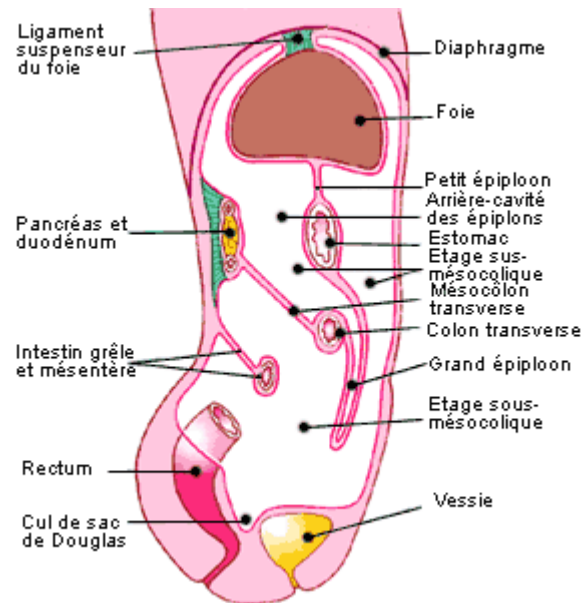
Il peut être **de plusieurs types** :

- **Séreux**
- Exsudatif c'est-à-dire **riche en protéines**
- **Hémorragique**
- **Infecté**
- **Chyleux** c'est-à-dire riche en triglycérides

Physiologie

Le péritoine est constitué d'une membrane, appelée séreuse, qui tapisse la cavité abdominale et l'extérieur des viscères contenus par cette cavité. Elle est formée de deux feuillets : le feuillet viscéral (qui adhère aux organes) et le feuillet pariétal (qui est contre la paroi de la cavité abdominale). Entre ces deux feuillets, il existe un espace qualifié de virtuel, permettant la mobilité de l'un sur l'autre. **C'est l'excès de liquide entre ces deux membranes constituant le péritoine qui est à l'origine de l'ascite.**

Le **péritoine** est une membrane séreuse continue (formée par une couche simple de cellules épithéliales), qui tapisse l'abdomen et ses viscères.



Symptômes et signes généraux

Des signes prémonitoires peuvent exister: **vives douleurs abdominales dues à une distension de la paroi abdominale** chez le sujet jeune et si l'ascite se constitue rapidement, **ballonnement et flatulence** quand elle se constitue progressivement.

- Une ascite volumineuse provoque une distension de la cavité abdominale visible par un **gonflement de l'abdomen et qui va en augmentant.**
- Fréquemment associée à un **oedème des membres inférieurs.**

Plus souvent, une ascite majeure entraîne :

- Une **anorexie** (perte d'appétit)
- Des nausées.
- Une **gêne respiratoire, surtout si à l'épanchement péritonéal s'associe un épanchement pleural.**
- On constate d'autre part une augmentation de poids, une gêne respiratoire, et plus rarement des palpitations.
- **L'état général est le plus souvent altéré avec anévrysme de l'aorte abdominale**

Causes

Les causes les plus habituelles de l'ascite (soit environ 90 %), **sont la cirrhose du foie, l'insuffisance cardiaque, l'invasion tumorale des feuilletés péritonéaux et une fuite du chyle (lympe chargée de graisses émulsifiées) dans la cavité péritonéale ou une tuberculose.**

D'une façon générale, on distingue deux grandes catégories d'ascite

1) L'ascite due à des pathologies concernant le péritoine lui-même.

Origine soit infectieuse soit cancéreuse.

Infectieuse : Tuberculose (principalement). Plus rarement, certains champignons ou parasites.

Cancers : Origine digestive dont les **métastases** sont situés **sur le péritoine (côlon, estomac, pancréas)**. Moins souvent, il s'agit d'un mésothéliome péritonéal (correspondant à une tumeur péritonéale due à l'exposition à l'amiante).

2) L'ascite due à des maladies sans relation avec une atteinte du péritoine (causes extra-péritonéales).

Plus fréquentes et sont principalement représentées par les pathologies hépatiques, certains cancers et certaines atteintes cardiaques.

Hépatiques : La **cirrhose (la plus fréquente)**. Il s'agit avant tout de la maladie alcoolique, de l'hépatite virale B ou C et de l'hépatite médicamenteuse.

Atteintes cardiaques : **Insuffisance cardiaque, secondairement à l'existence d'un blocage de la circulation sanguine au niveau du foie.**

Cancers : Le cancer **de l'ovaire** et le cancer **du foie** (le plus souvent après une évolution cirrhotique). **La baisse du taux sanguin de protides (protéines) entraîne une rétention d'eau et la formation d'ascite.**

Autres

- L'hypothyroïdie, la pancréatite aiguë (de survenue rapide) et/ou chronique (s'étendant sur une longue période), et certaines maladies rénales sont pourvoyeuses d'ascite mais plus rarement.
- La péricardite constrictive
- Le syndrome de Meigs (dû à l'ablation d'un fibrome de l'ovaire)
- L'endocardite de Löffler
- Le syndrome de Budd-Chiari
- La maladie de Banti
- L'anasarque fœto-placentaire de Schridde
- Le syndrome de Escamilla-Lisser-Shepardson

- La maladie de Whipple
- La schistosomiase est une maladie parasitaire due à la pénétration à travers la peau d'un ver.

Les causes d'ascite figurent sur le tableau suivant :

Hypertension portale	Irritation péritonéale
<p>Maladies du foie : Cirrhoses Schistosomiase Hépatites graves Cancer multifocal Syndrome de Budd-Chiari Insuffisance cardiaque Péricardite constrictive</p>	<p>Carcinose péritonéale : Ovaire Cancer de l'estomac Autres cancers digestif Maladie gélatineuse Mésothéliome Pancréatite chronique Tuberculose péritonéale</p>
<p>Causes exceptionnelles : Maladie périodique, insuffisance thyroïdienne, syndrome néphrotique, vascularites, lupus, sarcoidose, gastro-entérite à éosinophiles, endométriose.</p>	

Examens médicaux et diagnostic

Le diagnostic d'une ascite se fait en respectant plusieurs étapes: d'abord la clinique essentielle, puis **la ponction d'ascite** qui permet le diagnostic étiologique dans la moitié des cas, puis d'autres examens plus spécifique tel que **la laparoscopie avec biopsie péritonéale**. Le mécanisme de l'ascite est différent selon la cause et sera envisagé lors de chaque étiologie.

L'étiologie alcoolique est la plus fréquente.

• **Inspection:** l'abdomen est **distendu**, augmenté de volume de façon symétrique mais variable selon la position du sujet en fonction de la pesanteur. **La peau est lisse, tendue et luisante.** **L'ombilic peut être déplié.** Un **oedème hypogastrique** ou du scrotum ainsi que la saillie d'une hernie sont fréquemment associés. Au niveau des flancs et du grill costal, **une circulation veineuse collatérale cave sup ou inf, ou cave/cave doit être recherchée.**

• **Percussion:** on met en évidence une **matité** (son obtenu par la percussion) **de l'hypogastre et des flancs, déclive, concave** vers le haut avec **tympanisme périombilical**. Matité et sonorité sont variables avec la position du malade. Il est parfois nécessaire de mobiliser le patient pour mettre en évidence une ascite de faible abondance. Ailleurs, la matité est dite '*en damier*' hétérogène: c'est la signification d'une ascite infectée ou néoplasique.

• **Palpation**: la palpation des organes intra-abdominaux est difficile. Le **signe du glaçon** est le choc en retour dû à la remontée du foie au sein du liquide d'ascite. Le **signe du flot** est la transmission transabdominale liquidienne d'une pression controlatérale. Les **vibrations de Brun** qui sont les vibrations perçues par la main qui est posée à plat sur la paroi de l'abdomen au moment où le sujet parle. Il s'agit là d'un signe d'ascite à son début. Il disparaît dès que la sensation de flot (voir ci-dessus) est perceptible. Le **signe de forgue** qui permet de faire la distinction entre une ascite enkystée dans la partie avant de l'abdomen et un kyste de l'ovaire. Le sujet doit être assis, laissant apparaître alors une saillie oblongue entre les deux muscles droits de l'abdomen en présence d'une ascite. Le kyste quant à lui n'entraîne pas de déformation.

De principe, il faut rechercher un épanchement pleural qui sera le plus souvent droit, un oedème des membres inférieurs, une turgescence jugulaire ou un reflux hépato-jugulaire. L'examen est complété par les touchers pelviens.

Une quantité peu importante d'ascite n'est pas décelable spontanément. Pour la mettre en évidence, il est nécessaire de pratiquer une **ponction** (prélèvement) ou une **échographie abdominale**.

Ponction d'ascite

C'est l'examen **obligatoire** qui apporte la certitude dans les ascites peu volumineuses. Dans ce cas, elle est guidée par l'échographie. Elle peut se faire aussi lors de la ponction évacuatrice des épanchements volumineux. Rappelons simplement le point de ponction au niveau du 1/3 externe de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, en pleine matité.

Les **caractères macroscopiques** du liquide d'ascite sont les suivants: *citrin, trouble, hémorragique, chyleux*.

Les **paramètres biochimiques** à doser sont les *protéines, l'amylase, le glucose et le chlore* en situation courante. Le transsudat a un taux de protéines <20g/l, l'exsudat >40g/l.

Les **caractéristiques cytologiques** doivent être précisés: *numération et typage des polynucléaires neutrophiles, lymphocytes, globules rouges, cellules mésothéliales et cellules néoplasiques*. Le nombre de cellules n'est à retenir que s'il est >300/mm³. L'ascite est dite hémorragique dès que les *globules rouges* sont >1 000/mm³. Il n'y a habituellement pas de germe dans le liquide d'ascite.

Les **examens bactériologiques** sont la *coloration au MGG et la mise en culture sur milieu aérobie et anaérobie, et sur milieu de Lowenstein si on suspecte une tuberculose*.

- La ponction d'ascite permet le diagnostic étiologique dans la moitié des cas.
- Quelquefois, la ponction est indiquée comme traitement.

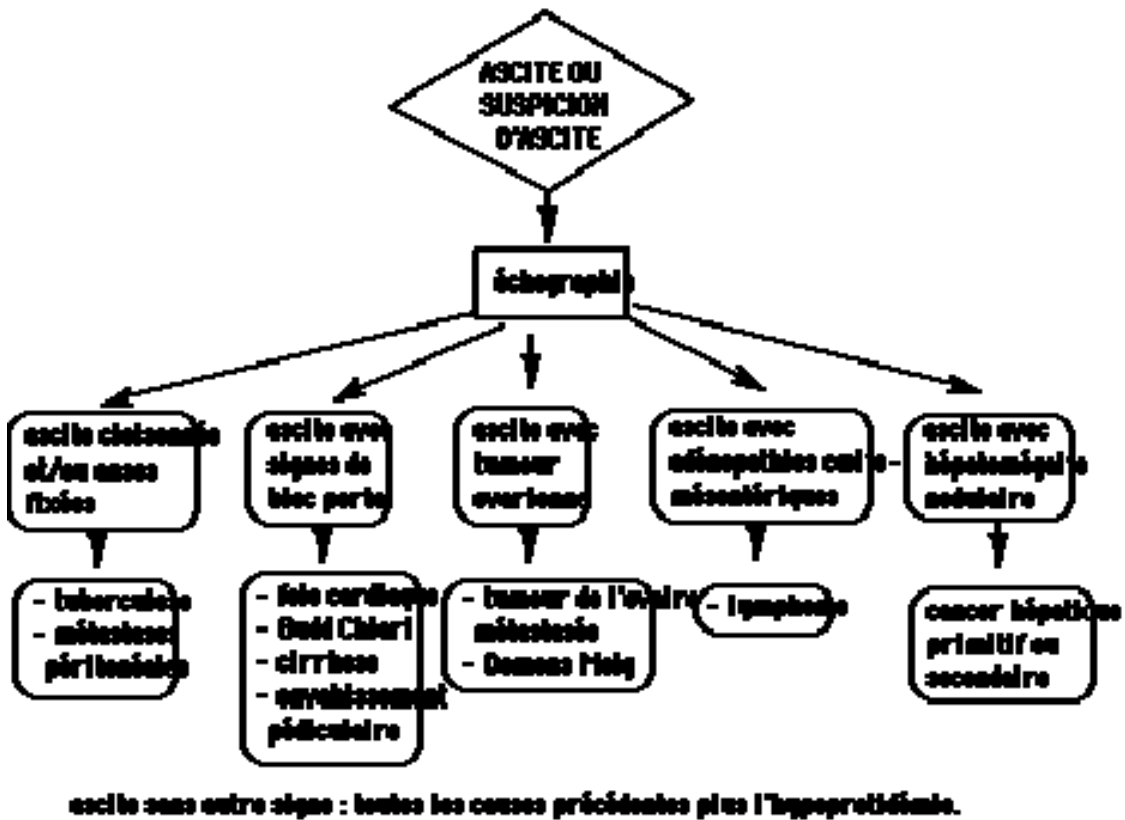
Imagerie

Abdomen sans préparation

S'il est pratiqué, les signes en faveur d'une ascite sont: une *tonalité opaque de l'abdomen*, un *bord droit du foie distant de la paroi droite*, un *espacement de plus de 5mm des anses intestinales qui nagent dans le liquide*.

Échographie

Le liquide d'ascite est comme tous les liquides hypoéchogène. En cas de faible abondance, les localisations préférentielles de l'ascite sont la *bande interhépatodiaphragmatique*, la *bande interhépatorénale ou pelvienne*, et le *cul-de-sac de Douglas*. C'est l'examen le plus utile pour dépister une ascite infraclinique.



ALGORITHME 104

Laparoscopie

Inspection complète de la cavité péritonéale pour chercher la cause de l'ascite à l'aide d'un instrument optique. La laparoscopie porte aussi le nom de cœlioscopie. La laparoscopie peut montrer des métastases péritonéales, des granulations tuberculeuses ou des taches de nécrose graisseuse et en permettre la biopsie.

Évolution

Complications de la maladie

L'infection du liquide d'ascite est définie par la présence de plus de 250 polynucléaires neutrophiles par mm³, qu'il y ait ou non un taux significatif de bactéries identifiées à l'examen bactériologique direct ou après culture. L'ILA se traite par une antibiothérapie.

La détresse respiratoire : parfois révélatrice de l'ascite, cette difficulté à respirer est **due à la compression du diaphragme par une volumineuse ascite**. Elle nécessite une évacuation du LA.

Une hernie ou éventration : une extériorisation d'anse digestives le plus souvent par une zone de faiblesse de la paroi musculaire abdominale (ombilicale, inguinale).

Traitement

Le traitement de l'ascite est représenté par le décubitus, le régime désodé et les diurétiques.

Apport sodé

Il sera réduit à quelques 40-50 mEq par jour ; toutefois, chez certains malades, où la rétention sodée est très intense, on réduira encore l'apport de sodium ; le régime désodé permet parfois d'obtenir à lui seul la guérison de l'ascite mais son action est généralement assez lente ; c'est pourquoi, il est raisonnable de lui associer presque systématiquement des diurétiques.

Traitement diurétique

Les principaux diurétiques utilisés sont le furosémide et les inhibiteurs de l'Aldostérone.

Le furosémide agit en bloquant la réabsorption du sodium au niveau de l'anse ascendante de Henlé. De ce fait, il entraîne en même temps que la natriurèse une perte importante de potassium. La posologie est de 40 mg par 24 h. S'il est inefficace, on augmente à 80 ou 120 mg par 24 h, en milieu hospitalier, sous stricte surveillance du bilan hydrosodé journalier. Le

diurétique a une action rapide, il doit donc être administré au début de la journée pour que l'augmentation de la diurèse ne gêne pas le sommeil du malade.

Les inhibiteurs de l'Aldostérone, (Aldactone[®]), agissent en bloquant la réabsorption du sodium au niveau du tube contourné distal. De ce fait, ils entraînent une natriurèse sans perte de potassium. La posologie est de 100 à 300 mg par 24 h. L'action des diurétiques distaux ne se fait sentir qu'au bout de 48 h.

Le traitement peut être conduit de la façon suivante : commencer en administrant un diurétique distal ; si au bout d'une semaine l'effet est insuffisant, associer un diurétique proximal. Du potassium sera associé si on utilise du furosémide (généralement le chlorure de K, 2 à 6 g par 24 h) ; ce chlorure de potassium entraîne souvent divers troubles digestifs non spécifiques.

La surveillance du traitement diurétique comporte essentiellement l'étude quotidienne du poids du malade, du volume de la diurèse et de la tension artérielle. Avant le traitement, puis tous les 3 ou 4 jours pendant la période initiale, puis tous les 3 mois pendant la période d'entretien, il est utile de mesurer la concentration plasmatique du potassium, du sodium et de l'urée. Un traitement efficace doit entraîner une perte de poids d'environ 500 g par jour ; il est dangereux de dépasser une perte de poids d'un kilogramme par jour. Quand l'ascite sera contrôlée, le traitement diurétique sera progressivement réduit ou même supprimé ; le régime désodé sera poursuivi après l'arrêt des diurétiques, puis progressivement élargi ; en cas de rechute, le traitement sera repris.

Les principaux accidents sont les suivants :

Une hypokaliémie sévère peut être provoquée par le furosémide, même si l'apport potassique paraît satisfaisant : en effet, chez les cirrhotiques avant tout traitement, le capital potassique peut être sérieusement diminué. Une hyponatrémie modérée, par exemple entre 130 et 135 mEq/l, est habituelle avant traitement ou en cours de traitement ; cette hyponatrémie modérée est bien tolérée et ne doit pas faire modifier le traitement. Une hyponatrémie sévère, inférieure à 125 mEq, peut être provoquée par tous les diurétiques ; le traitement doit être interrompu ; la restriction hydrique est souvent utile ; parfois on sera amené à discuter la prescription de perfusion d'albumine. L'urée sanguine et la créatininémie peuvent s'élever modérément sans qu'il soit nécessaire de modifier le traitement. Mais quelquefois, surtout si la réponse aux diurétiques est médiocre, apparaît une insuffisance rénale avec hyperkaliémie, dont le pronostic est sérieux. Le traitement diurétique peut déclencher une encéphalopathie.

Chez un certain nombre de malades, le traitement diurétique est inefficace. En général, il s'agit de malades atteints de cirrhose par ailleurs très sévère. La bonne réponse au traitement diurétique est un argument en faveur d'un pronostic favorable ; l'absence de réponse est un signe de mauvais pronostic en cas de cirrhose.

Ponction d'ascite

La ponction d'ascite peut être utilisée quand l'épanchement est très volumineux et qu'il entraîne une gêne respiratoire. Si le traitement diurétique est inefficace, on peut être contraint à faire des ponctions répétées et même de très grande abondance. Depuis peu, il a été montré que

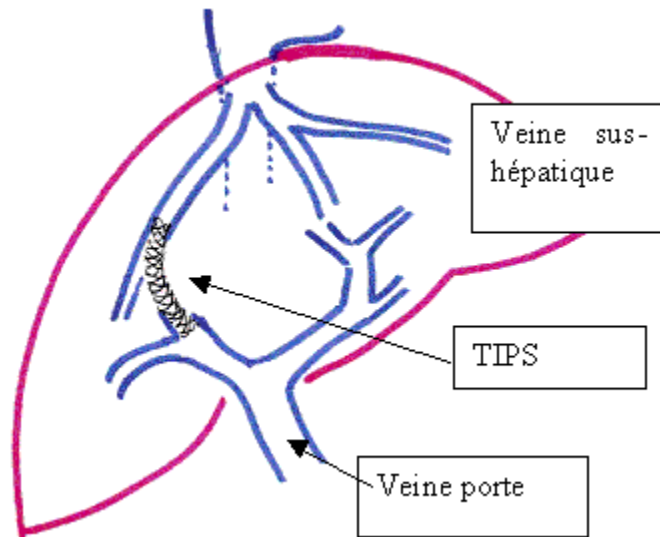
de telles ponctions sont efficaces et bien tolérées, de sorte qu'elles sont de plus en plus souvent proposées en première intention, parfois associées à des perfusions i.v. d'albumine ou de macromolécules (Hémacel[®]).

Traitements chirurgicaux

Chez certains malades atteints de cirrhose et d'ascite irréductible, deux traitements chirurgicaux sont envisageables : la pose d'une valve péritonéo-jugulaire de Le Veen ou une anastomose porto-cave. Ces deux gestes ne doivent être envisagés qu'en cas d'insuffisance hépatocellulaire modérée. L'efficacité du shunt porto-systémique intra hépatiques par voie transveineuse dans le traitement des ascites devra être évaluée.

Anastomose porto-cave

Le traitement chirurgical de l'hypertension portale (hormis les blocs sous-hépatiques) était représenté par les dérivations porto-caves tronculaires ou radiculaires. Le TIPS consiste à anastomoser sous contrôle radiologique une grosse branche portale à une veine sus-hépatique, par une prothèse intra-hépatique posée par voie trans-jugulaire. Ces méthodes ne sont cependant possibles que si les fonctions hépatocytaires ne sont pas trop altérées. Elles sont compliquées, dans environ 20 % des cas par une encéphalopathie hépatique, parfois invalidante.



Ostéopathie

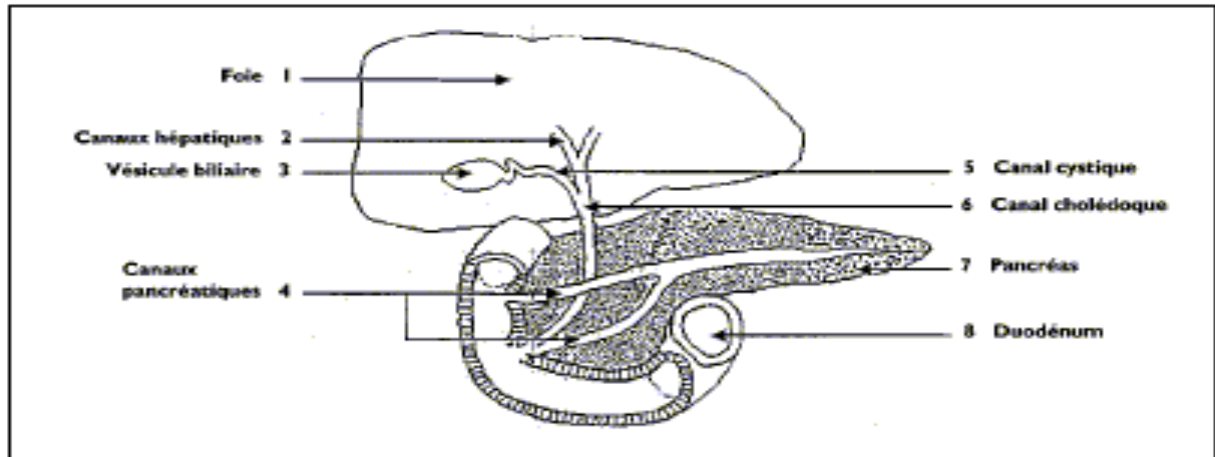
Il est contre-indiqué de traiter une personne atteinte d'ascite. CI si varices au niveau de l'œsophage...la rupture des varices peut causer mortalité chez un alcoolique ou cirrhotique. Cependant une fois cette maladie guérie il serait efficace de traiter les adhérences au niveau viscérales et particulièrement au niveau de la ponction. **Diaphragme- Foie- Viscères en générales**

Le foie est un organe qui passe son temps à trier ce que l'organisme reçoit de l'extérieur (*alimentation, médicaments, cigarettes, alcool, pollution atmosphérique...*). **Le meilleur moyen pour l'aider à fonctionner c'est de l'aider à se décongestionner :**

- Surveillance des « entrées »,
- Décongestion par de l'ostéopathie,
- Complément nutritionnel.

Écrit par Marie-Josée Leclerc D.O., 2007

Document 1 – Voies biliaires et pancréatiques



1. 2

Document 2 – Voies du transport des nutriments

