



Conduite à tenir devant une ascite

Management of patients with ascites

J.-D. Grangé *

Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

MOTS CLÉS

Cirrhose ;
Ascite ;
Ascite réfractaire ;
Hypertension portale ;
Infection du liquide
d'ascite ;
Diurétiques ;
Transplantation
hépatique

KEYWORDS

Cirrhosis;
Ascites;
Resistant ascites;
Portal hypertension;
Ascitic fluid infection;
Diuretic drugs;
Liver transplantation

Résumé L'ascite est la complication la plus fréquente au cours de la cirrhose. Environ 50 % des patients atteints de cirrhose développent une ascite sur une période de 10 ans. L'ascite est associée à un risque accru d'infection, d'insuffisance rénale et à un pronostic réservé à long terme. L'arrêt de l'intoxication alcoolique, le régime hyposodé et les traitements diurétiques sont efficaces chez environ 90 % des malades. Des paracentèses répétées et parfois la réalisation d'anastomoses portosystémiques intrahépatiques par voie transjugulaire sont proposées en cas d'ascite résistante aux diurétiques. Les patients par ailleurs éligibles pour une transplantation hépatique doivent être évalués pour inscription en liste d'attente de transplantation. Une ponction d'ascite diagnostique doit être réalisée dès l'admission chez tout malade atteint de cirrhose avec ascite. Lorsque les polynucléaires neutrophiles sont supérieurs à $250/\text{mm}^3$, une antibiothérapie (céfotaxime ou amoxicilline/acide clavulanique) associée à des perfusions d'albumine doit être débutée sans attendre le résultat chez les malades atteints de cirrhose hospitalisés pour hémorragie digestive haute ou avec une ascite pauvre en protéines ($< 10 \text{ g/l}$) ainsi qu'après guérison d'un premier épisode d'infection d'ascite.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract Ascites is the most common complication of cirrhosis. Approximately 50% of patients with compensated cirrhosis will develop ascites over a 10-year period. Ascites is associated with increased risks of infections, renal failure and poor long-term outcome. Abstinence from alcohol, salt restriction and diuretics are the mainstays of the therapy, and these measures are effective in approximately 90% of the patients. Treatment options for diuretic-resistant patients include serial therapeutic paracentesis and transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunts. Patients eligible for liver transplantation should undergo evaluation for this procedure after development of ascites. A diagnostic paracentesis should be performed on hospital admission in any cirrhotic patient with ascites to investigate the presence of spontaneous bacterial peritonitis. In patients with an ascitic fluid PMN cell count $> 250/\text{mm}^3$, antibiotic therapy (cefotaxime or amoxicillin-clavulanic acid) and albumin infusion need to be started before obtaining the results of ascites or blood cultures. Prophylactic antibiotic administration is recommended in cirrhotic patients hospitalized with upper gastrointestinal haemorrhage or low ascites protein (i.e. $< 10 \text{ g/l}$) and in patients recovering from an episode of spontaneous bacterial peritonitis.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-didier.grange@tnn.ap-hop-paris.fr (J.-D. Grangé).

Introduction

L'ascite est une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale. La prise en charge de l'ascite dépend dans un premier temps de l'appréciation de la tolérance, de la recherche de complications associées et de l'identification d'une cause. Dans les pays industrialisés, la cirrhose est la cause la plus fréquente. Environ 85 % des malades ayant une ascite ont une cirrhose.¹ Environ 50 % des malades atteints de cirrhose « compensée » développent une ascite dans les 10 ans qui suivent le diagnostic.² L'apparition d'une ascite marque un tournant évolutif dans l'évolution de la maladie hépatique avec une mortalité de 30 à 50 % au cours de l'année qui suit la première poussée d'ascite.

Physiopathologie et diagnostic chez le patient atteint de cirrhose

Rappel physiopathologique

L'évolution de la cirrhose entraîne une augmentation des résistances intrahépatiques et le développement progressif d'une hypertension portale et d'une circulation veineuse collatérale. Lorsque l'hypertension portale s'aggrave, on observe une vasodilatation artérielle splanchnique, en rapport notamment avec une hyperproduction de monoxyde d'azote.³ L'aggravation de la vasodilatation entraîne une hypovolémie efficace et une chute de la pression artérielle avec pour conséquence une activation des systèmes vasoconstricteurs et des facteurs antinatriurétiques conduisant à une rétention hydrosodée. Les différents traitements de l'ascite vont agir à des niveaux physiopathologiques différents : le régime hyposodé et les diurétiques sur la rétention hydrosodée, les anastomoses portocaves intrahépatiques sur la pression portale et les ponctions évacuatrices sur le volume de l'ascite. Seule la transplantation hépatique est capable de corriger de façon drastique à la fois l'insuffisance hépatocellulaire et l'hypertension portale.

Diagnostic clinique

Le diagnostic est le plus souvent clinique, à savoir découverte d'une distension abdominale par le malade ou par le médecin. L'ascite est une complication fréquemment révélatrice de la cirrhose. Parfois, l'ascite est découverte de façon fortuite, lors d'un examen morphologique : échographie ou examen tomodensitométrique de l'abdomen. Lorsque l'ascite est peu importante, elle peut être mise en

évidence par la percussion des flancs abdominaux qui montre une matité mobile et déclive. Si le diagnostic est suspecté cliniquement, il doit être confirmé par l'échographie abdominale ou par la réalisation d'une ponction d'ascite. L'examen clinique doit également apprécier le retentissement de l'ascite sur la fonction ventilatoire, évaluer l'état hémodynamique, rechercher un foyer infectieux et des arguments en faveur d'une étiologie.

Lors d'une première poussée d'ascite, une hernie ombilicale est présente dans près de 20 % des cas. Sa fréquence augmente avec le nombre des poussées. Le risque de rupture est élevé en cas de signes cutanés associés et notamment d'ulcération du sommet de la hernie. Un soin attentif de ces lésions est nécessaire. Le traitement de la hernie ombilicale est chirurgical mais il sera au mieux effectué après assèchement total de l'ascite. La mortalité d'une intervention en urgence pour rupture ombilicale est d'environ 15 %.

Ponction d'ascite (Tableau 1)

Elle doit être effectuée chez tous les malades présentant un premier épisode d'ascite.⁴ Elle est également indiquée en cas de gêne respiratoire, d'ascite postopératoire importante après chirurgie abdominale et en cas de risque de rupture de hernie ombilicale. Le malade doit être informé de l'indication et des risques de la paracentèse. La peau est désinfectée avec de la povidone iodée (Bétadine®). Certaines équipes utilisent une anesthésie locale avec de la lidocaïne à 1 %.⁵ La ponction est généralement réalisée, en pleine matité, dans la partie externe du quadrant inférieur et gauche de l'abdomen. Il s'agit d'un geste simple qui n'est pas contre-indiqué par la présence de troubles impor-

Tableau 1 Ponction d'ascite : principaux examens à visée diagnostique et thérapeutique.

Routine
Numération des éléments figurés
Protides totaux
Suspicion d'ILA
Numération des polynucléaires neutrophiles
Bandelette urinaire
Culture sur flacons à hémoculture ensemencés au lit du malade
Coloration de Gram (examen direct)
Diagnostic étiologique
Cytologie
Bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR), culture et <i>polymerase chain reaction</i> (PCR) <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
Triglycérides
Amylase
Glucose

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9242333>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9242333>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)