

# Ascite non cirrhotique

Laurent Alric  
Service de Médecine Interne-Pole Digestif  
CHU Purpan Toulouse



## Conflits d'intérêts:

Aucun avec cette présentation

## Objectifs pédagogiques:

- Connaître les étiologies de l'ascite non cirrhotique
- Stratégie diagnostique
- Connaître les stratégies thérapeutiques

## Une ascite sans cirrhose ? C'est mon jour de chance



## Epanchement dans la cavité péritonéale en l'absence de cirrhose

### Hépatique:

Cirrhose  
S. de Budd-Chiari  
Thrombose Porte  
Envahissement tumoral massif

### Maligne:

Carcinose  
Mésothéliome  
Lymphome

### Cardiaque:

Insuffisance cardiaque  
Péricardite constrictive

### Infectieuse:

Tuberculose  
Pyogène  
Chlamydia  
Whipple  
Fongique/ parasitaire

### Connectivites/ maladies systémiques:

Syndrome néphrotique  
Lupus systémique  
Gougerot  
SAPL  
Amylose  
Sarcoïdose

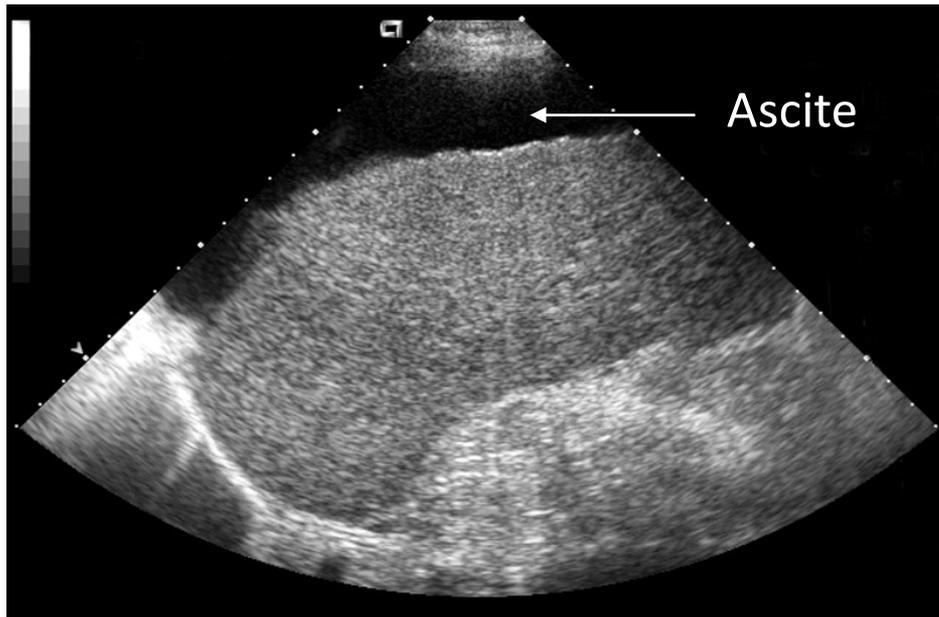
### Divers:

Chyleuse  
Pancréatite  
Biliaire  
Démons Meig  
Hypothyroïdie



## Diagnostic

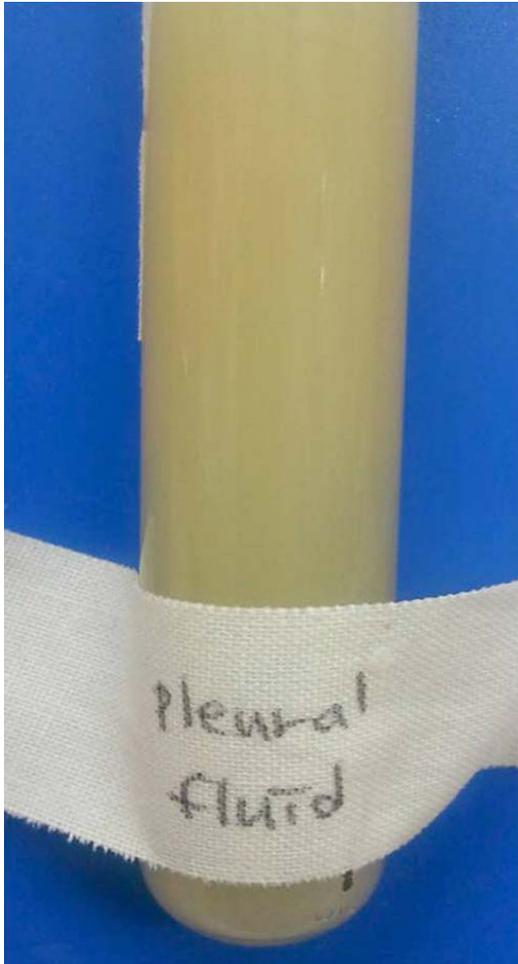
Echographie:  
confirme ascite si  $> 100$  cc



TDM:  
orientation étiologique:  
mésothéliome



## Ponction: aspect du liquide d'ascite





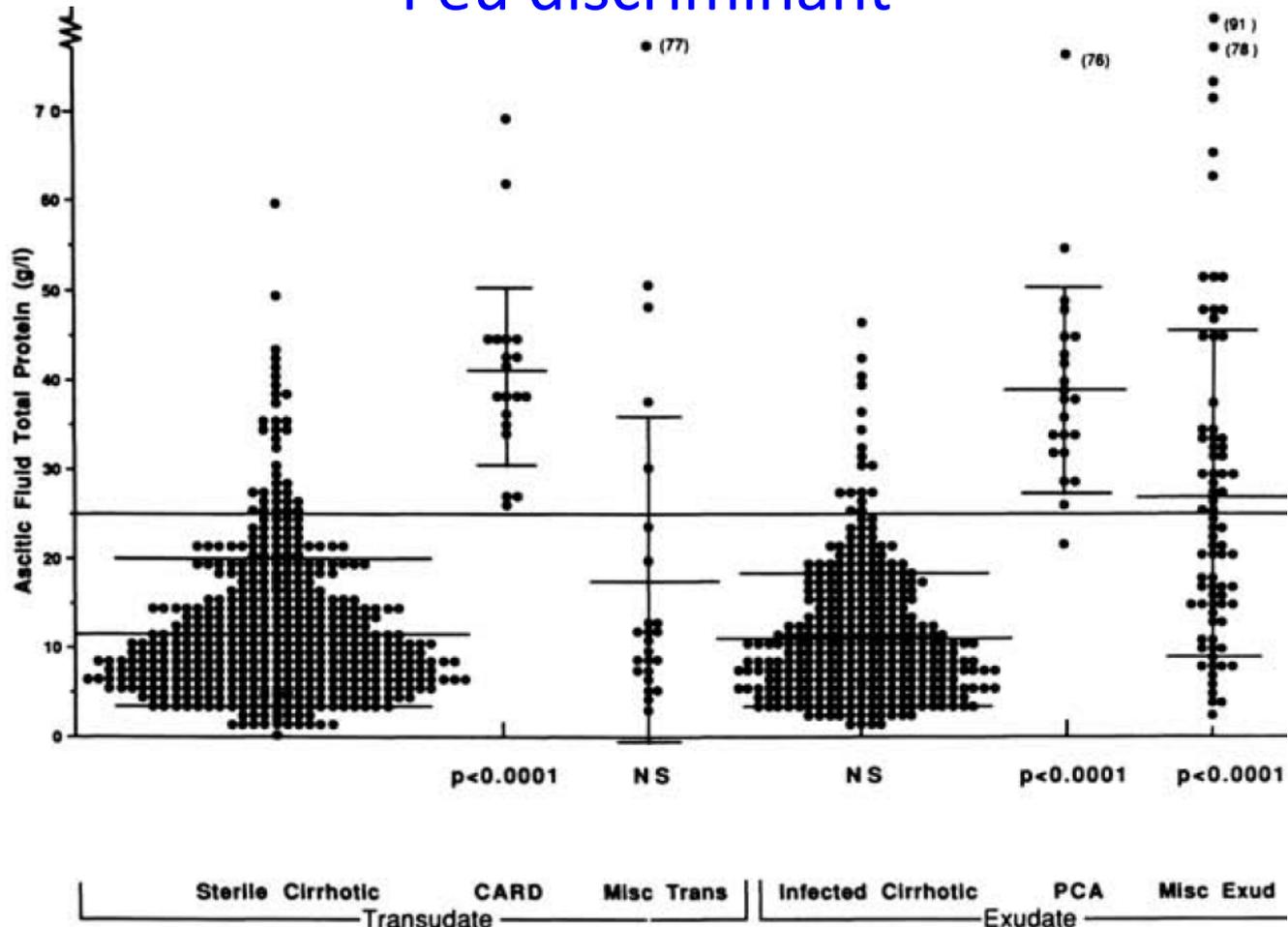
## Analyse du liquide d'ascite

Routine	Optionnel	Rarement
Protéines totales Albumine	Triglycérides Adénosine désaminase	Amylase, bilirubine Cholestérol LDH
Cytologie	Immunohistochimie K	Coelioscopie
Culture bactérienne Si fièvre ou CRP	PCR BK Culture BK	Culture Parasite/ fongique

Doser l'albumine dans le sérum et dans l'ascite  
 Déterminer le gradient albumine sérum- ascite

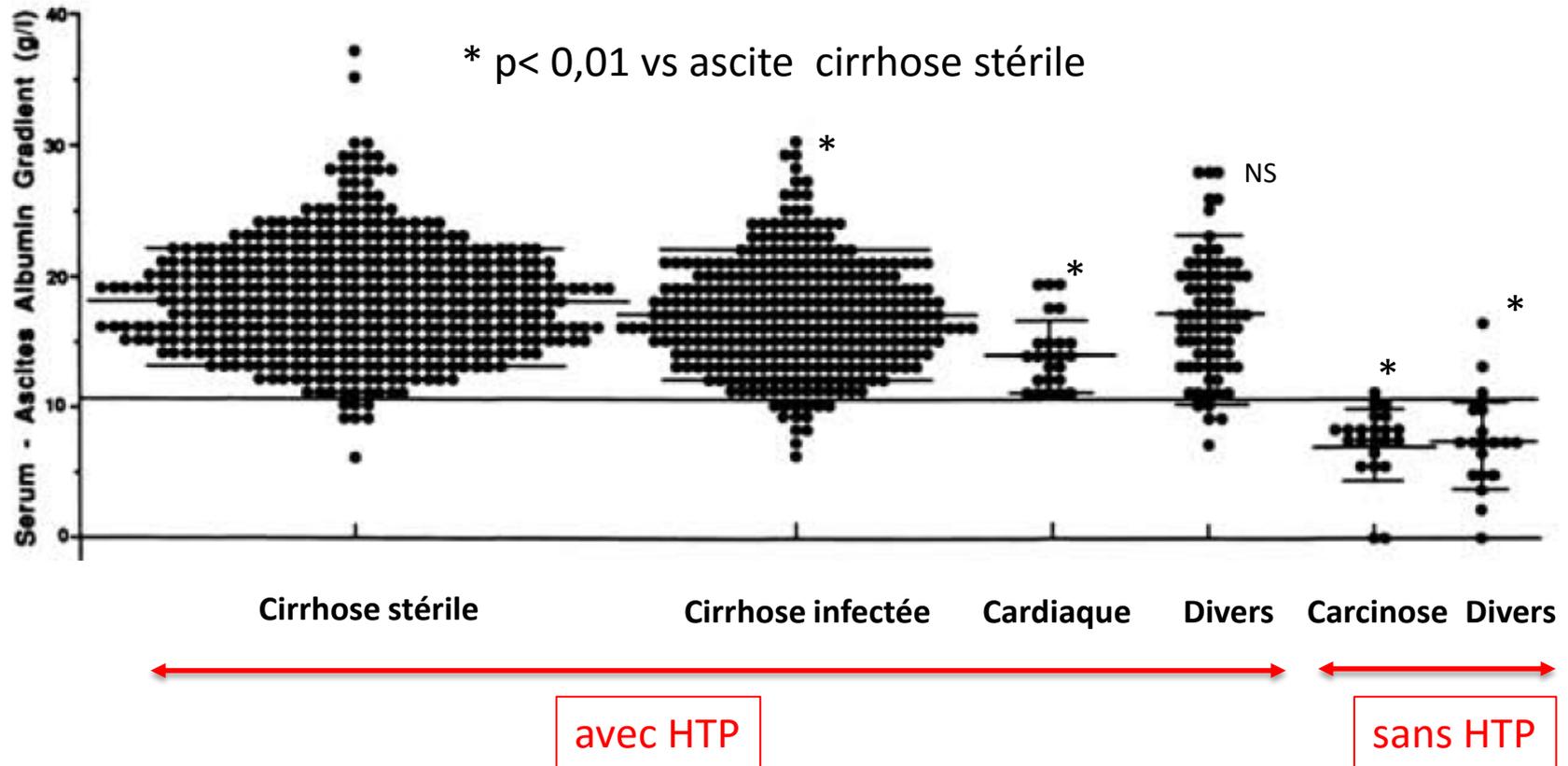


## Protéines dans ascite exsudat/ transsudat (25g/ L) Peu discriminant

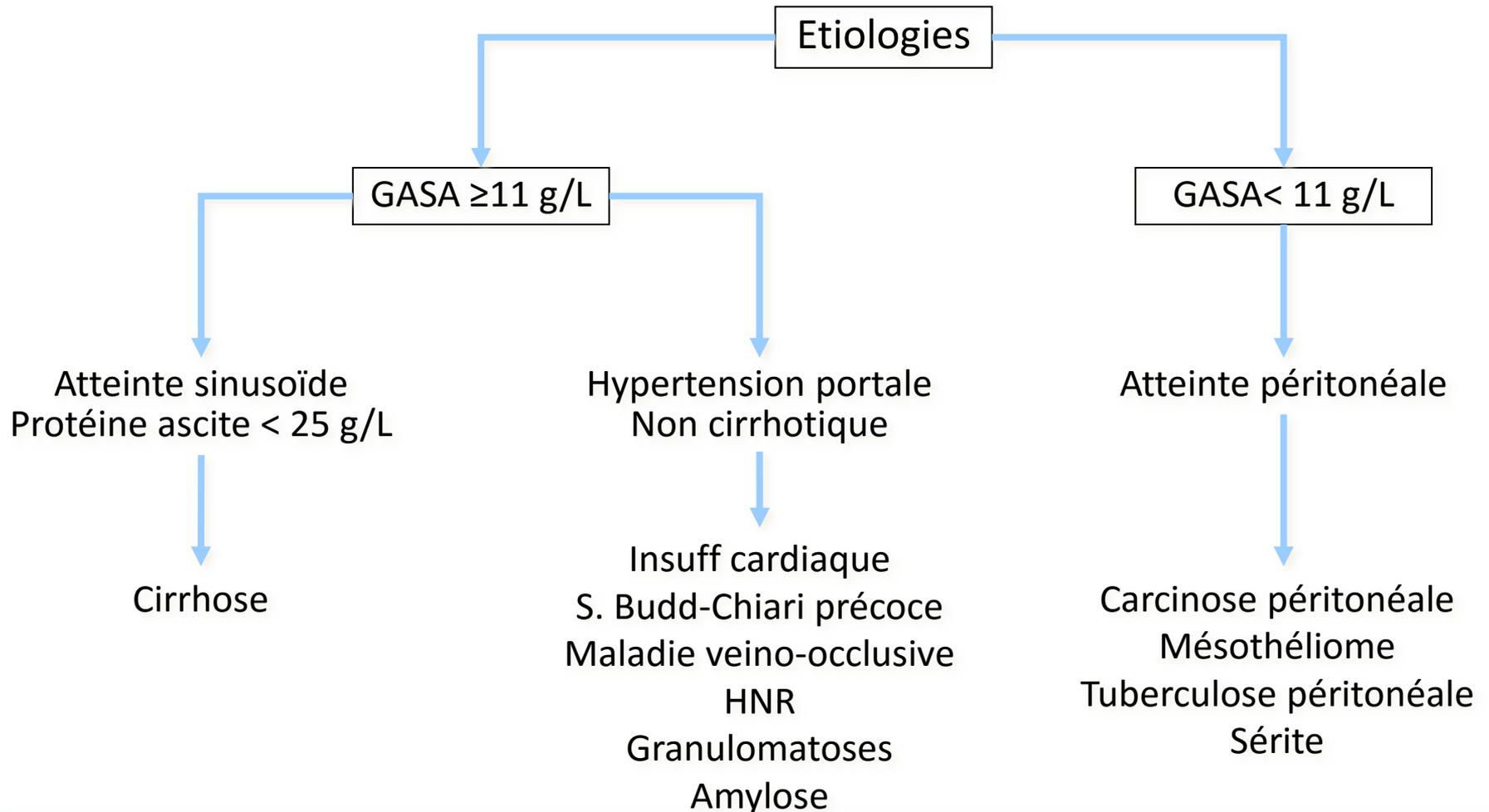




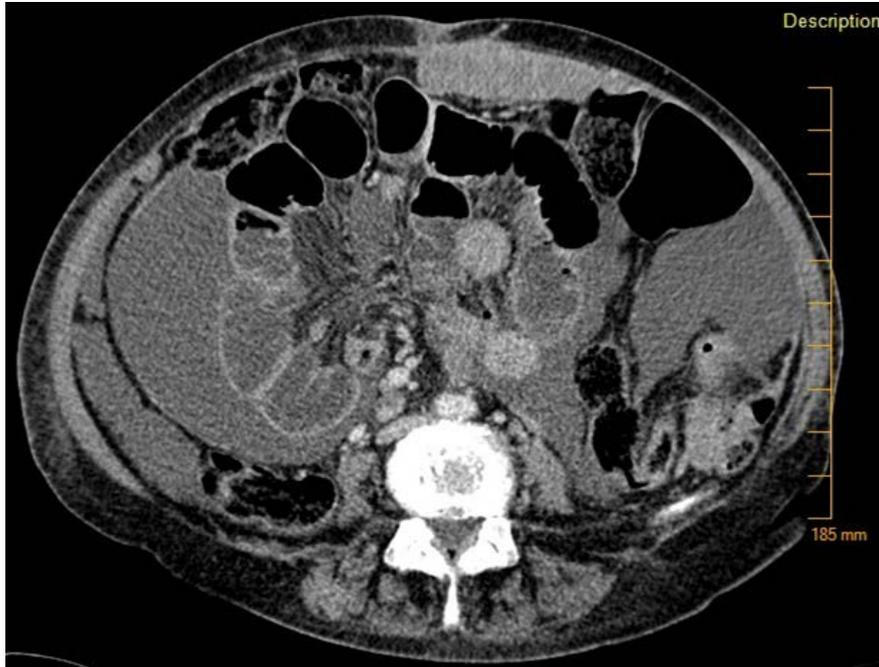
## Gradient albumine sérum- ascite: GASA Plus discriminant: seuil 11g



## Gradient albumine sérum- ascite: GASA



## Carcinose péritonéale



Contexte cancer

GASA < 11 g/L

Cholestérol > 1,8 mmol/L

Augmentation LDH ascite

Répéter cytologie sensibilité 50 à 97%



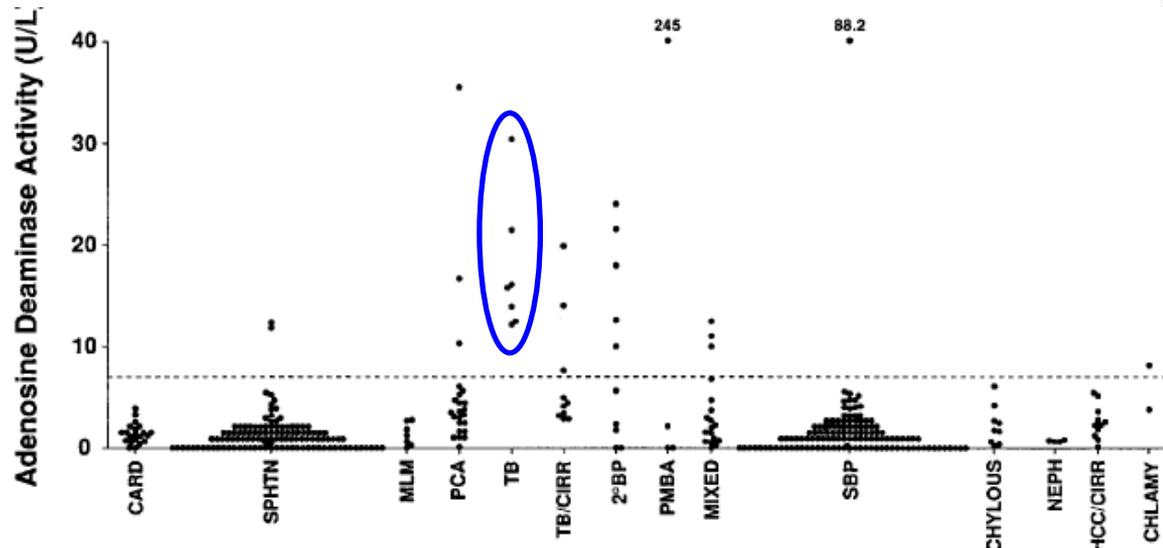
Cancer:

Ovariens

Estomac, pancréas colorectal

Si diagnostic difficile: biopsies péritonéales

## Tuberculose péritonéale



Adénosine désaminase ascite  
 Sensibilité > 90% (BHN 50)

Contact tuberculeux  
 GASA < 11 g/L  
 BK thorax < 38%  
 Quantiféron + 50 à 80%  
 Culture + 20 à 35%  
 PCR+ 60 à 80%

Cas difficile  
 Biopsie péritoine sensibilité > 90%

# Hypertension Portale non cirrhotique

## Critères de Schouten:

Hypersplénisme, splénomégalie, ascite

Varices oesophagiennes

Augmentation du gradient,

Exclusion de la cirrhose sur la PBH

Exclusion des autres causes d'hépatopathies  
(virus, alcool, auto-im, Wilson)

Exclusion des autres causes d'HTP  
(congénitale, la sarcoïdose ou la bilharziose)

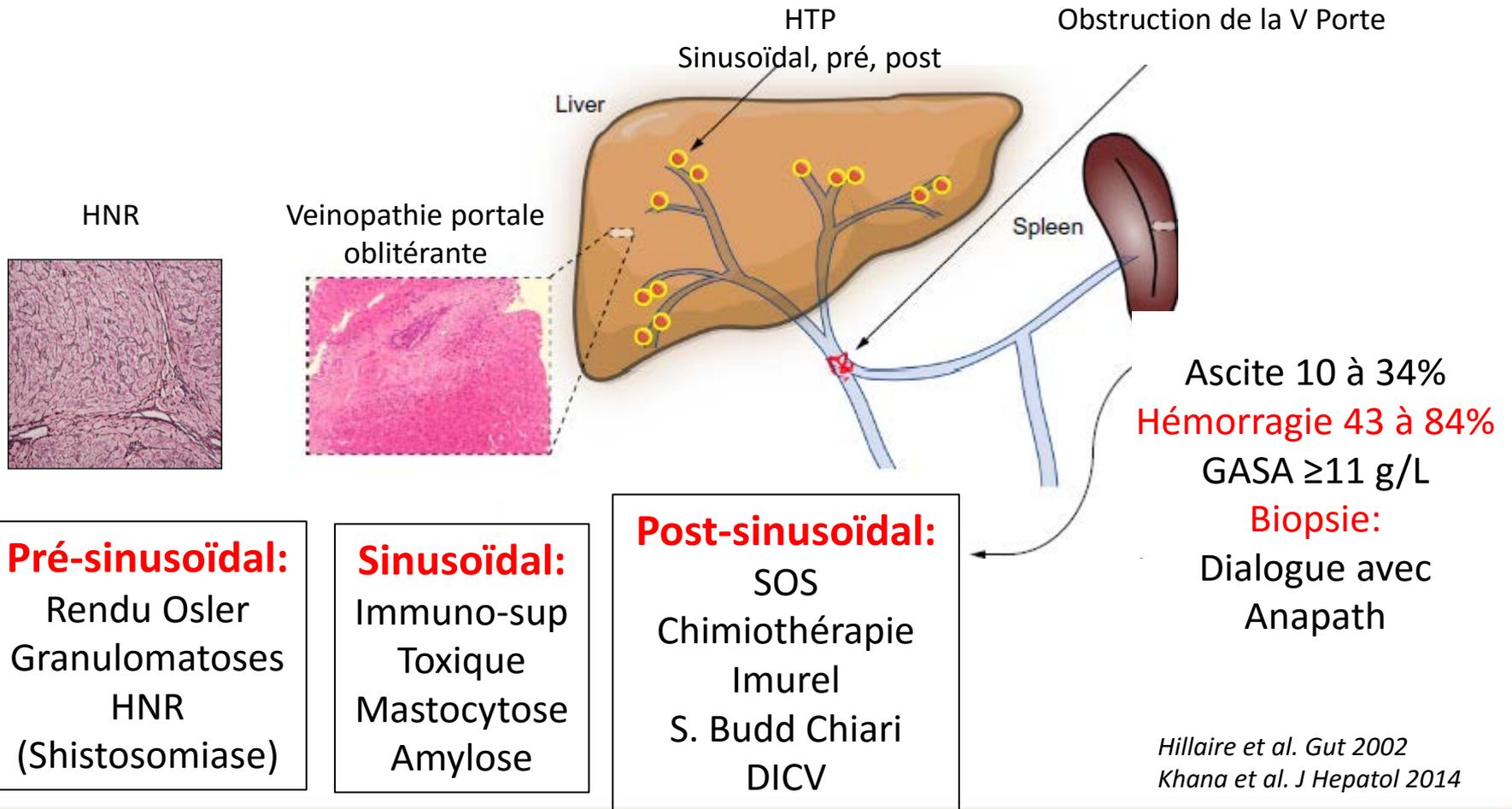
perméabilité des v. sus hépatiques et porte  
(écho-doppler ou scanner)

**Abord trans-jugulaire:**

Etude du gradient

Biopsie hépatique

# Hypertension Portale non cirrhotique



## Traitement ascite non cirrhotique

Diurétiques et régime hyposodé peu efficaces  
Traiter la cause ou la maladie associée

### **Carcinose:**

Chimio systémique  
CHIP  
Catumaxobab

### **Tuberculose:**

Traitement de 6 mois  
Quadrithérapie 2 mois  
Vérifier sensibilité à l'INH  
Corticothérapie brève ?

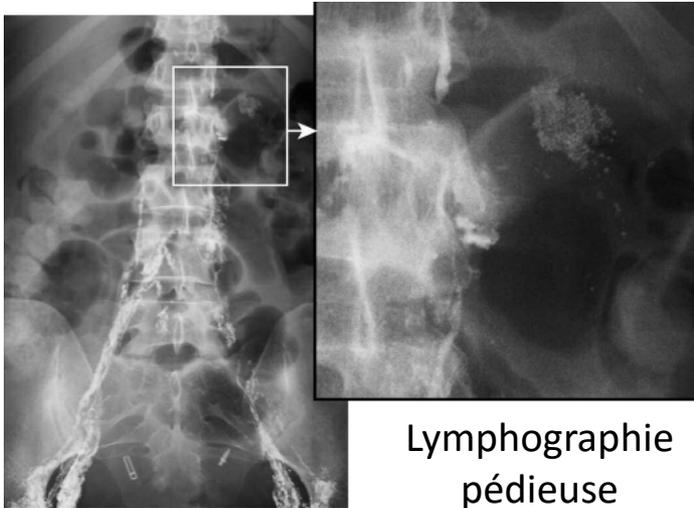
### **Ascite chyleuse:**

Nutrition  
Reprise chirurgicale  
Somatostatine

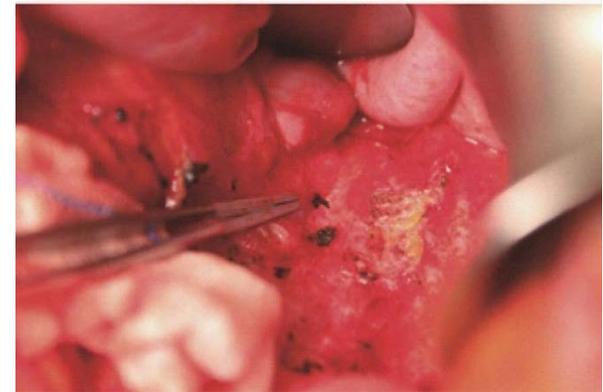
### **Hypertension Portale non cirrhotique:**

Arrêt médicament  
Traitement connectivite  
S. Budd Chiari: anticoagulants  $\pm$  TIPS  
SOS: défibrotide

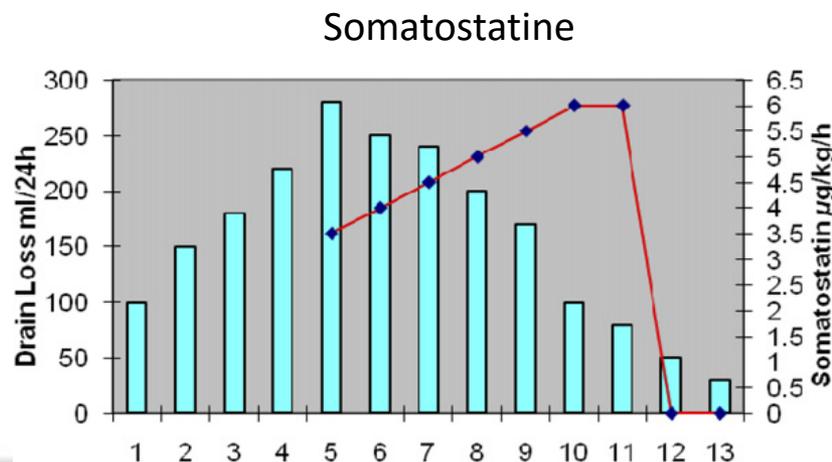
## Traitement ascite chyleuse



Lymphographie  
pédieuse



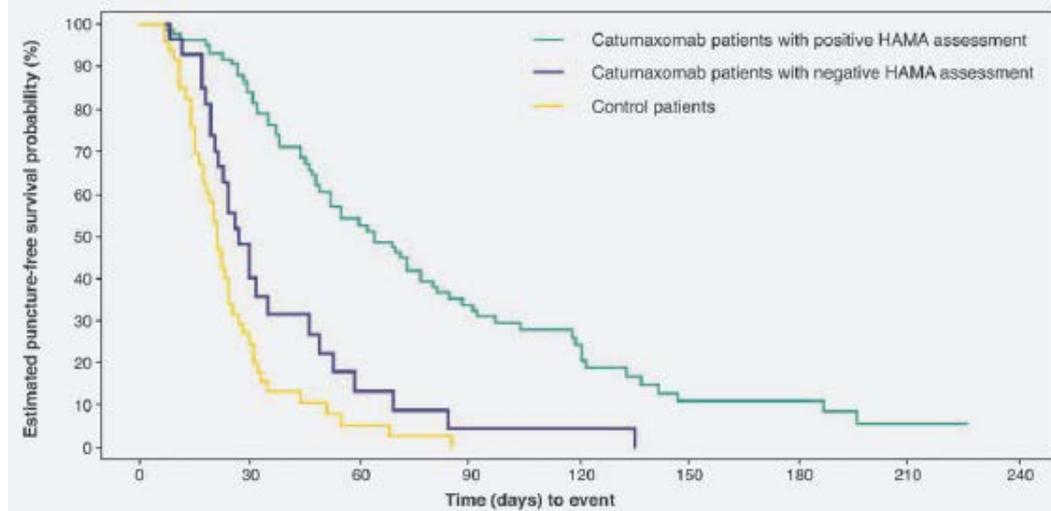
Réparation chirurgicale



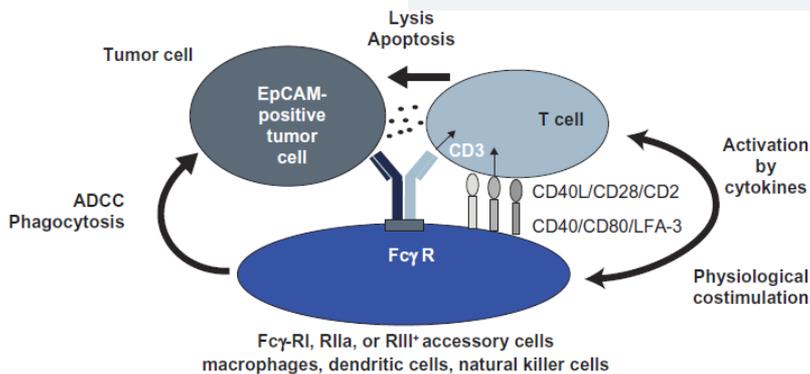
Karaca et al. J Vasc Surg 2012  
Dujardin et al. Prog en Urol 2005

## Traitement carcinose péritonéale: catumaxobab

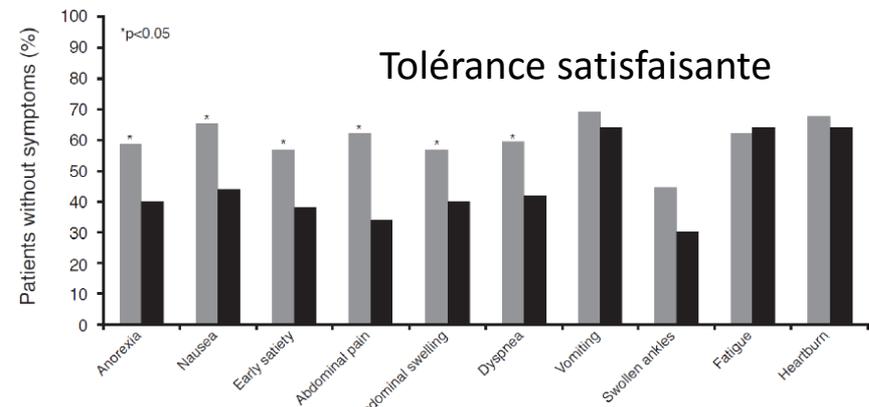
Traitement intrapéritonéal ascite carcinomes EpCAM + en échec du traitement standard



Réduction Nbre de ponctions



Ac monoclonal hybride de rat/souris contre la molécule d'adhésion cellulaire épithéliale (EpCAM) et l'antigène CD3



Tolérance satisfaisante

Seimetz et al. J of cancer 2011  
Ott et al. Int J of Cancer 2011

## Conclusions

Nombreuses pathologies impliquées: enquête étiologique complète

Tenir compte du contexte et des maladies associées

Analyser le liquide: gradient albumine sérum – ascite: 11 g/L

Savoir recourir à la biopsie chirurgicale du péritoine

Si HTP non cirrhotique: biopsie hépatique et étude hémodynamique

Toujours traiter la cause

## Points forts:

- Rechercher une maladie générale associée en particulier une tuberculose ou une néoplasie
- Faire une ponction et demander une analyse complète du liquide d'ascite (cytologie et biochimie puis bactériologie voire parasitologie)
- Evaluer le gradient d'albumine sérum- ascite qui oriente vers l'étiologie
- Documenter une éventuelle atteinte péritonéale par un examen tomодensitométrique
- Rechercher une hypertension portale non cirrhotique sur les critères de Schouten