#### Gros ventre et masses abdominales

## En cas de gros ventre, penser à

- Obésité abdominale
- Grossesse
- Éventration, hernie
- Ballonnement:
  - Iléus
  - Occlusion
  - Météorisme
- Masse abdominale
- Organomégalie :
  - Hépatomégalie
  - Splénomégalie
  - Globe vésical
- Ascite

#### Masse abdominale

- Siège?
- Pariétale ? Intra-abdominale ?
- Mobilité ?
- Consistance?
- Caractère régulier ?
- Sensible ?
- Signes d'accompagnement (digestifs, urinaires, gynécologiques) ?

#### Hypochondre droit

- Hépatomégalie
- Grosse vésicule
  - Hydrocholécyste
  - Cholécystite aiguë (signe de Murphy)
  - Obstacle tumorale en dessous du confluent hépatico-cystique (signe de Courvoisier-Terrier)
- Tumeur rénale
- Tumeur surrénale

## Région épigastrique

- Tumeur gastrique
- Tumeur pancréatique
- (faux) kyste pancréatique
- Gros foie

#### Hypochondre gauche

- Splénomégalie
- Tumeur rénale
- Tumeur surrénale

#### Fosse iliaque droite

- Cancer du caecum
- Plastron appendiculaire
- Appendicite pseudotumorale
- Maladie de Crohn

#### Fosse iliaque gauche

- Sigmoïdite diverticulaire, abcès sigmoïdien
- Cancer du colon gauche

## Région périombilicale

- Anévrysme de l'aorte abdominale
- Tumeurs mésentériques : lymphangiome kystique, fibrome, sarcome

## Région hypogastrique

- Fibrome utérin
- Tumeurs ovariennes
- Globe vésical
- Grossesse

#### Masses non systématisées

- Carcinomatose péritonéale
- Métastases
- Adénopathies
- Matières fécales

#### Masses pariétales

- Lipomes
- Hématomes
- Tumeurs
- Hernies

## Hépatomégalie

## Rappel sémiologique

- ➤ <u>Palper</u> avec (la paume et) le bout des doigts posés à plat sur le ventre, en demandant au patient de respirer, la bouche ouverte
- > Le bord du foie vient buter contre les doigts
- Noter (en cm) la mesure du foie à partir de l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane et à partir du gril costal sur la ligne médioclaviculaire
- Chercher le reflux hépato-jugulaire et le signe de Murphy
- La percussion sera réalisée sur la ligne médio-claviculaire
- > Particulièrement importante pour déterminer le bord supérieur du foie
- On percutera au niveau thoracique de haut en bas en évitant de percuter trop fort
- ➤ Le bord supérieur du foie coïncidera avec l'apparition d'une matité d'habitude située à hauteur du mamelon
- Le bord inférieur du foie en percutant l'abdomen à partir du niveau de l'ombilic le long de la ligne médio-claviculaire. On comparera le niveau de l'apparition de la matité avec celui obtenu par la palpation



## Signes d'hépatomégalie chez les adultes

Ne pas trop compter sur l'examen physique

- Quand on recherche une hépatomégalie chez un adulte, la perception du bord inférieur du foie par palpation abdominale contribue faiblement à retenir une hépatomégalie (RV+ d'environ 2).
- L'absence de perception du bord inférieur du foie contribue faiblement à écarter une hépatomégalie (RV-d'environ 0,4).
- La percussion semble peu fiable pour estimer les dimensions du foie. Les résultats de cette estimation sont peu concordants entre praticiens.

#### Rechercher

- Souple? Ferme? Dure?
- Sensible ? Douloureuse ?
- Homogène ? Hétérogène ? Nodulaire?
- Rechercher signes d'hépatopathies

## Signes d'hépatopathie sous-jacente

- Ascite
- Encéphalopathie hépatique
- Ictère
- Angiomes stellaires
- Érythème palmaire
- Gynécomastie
- Splénomégalie, circulation veineuse collatérale (HT portale)

## En cas d'hépatopathie préexistante

- Cirrhose
- Carcinome hépatocellulaire









#### En l'absence d'hépatopathie préexistante

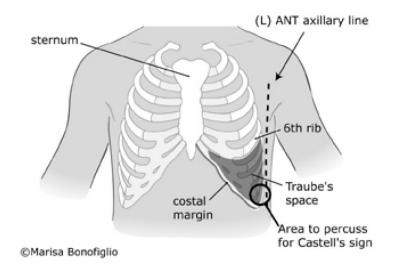
- Stase (HM homogène et douloureuse):
  - Insuffisance cardiaque droite
  - Syndrome de Budd-Chiari
  - Maladie veino-occlusive
  - Hépatite
- HM homogène et non douloureuse:
  - Cholestase extrahépatique prolongée
  - Surcharge : stéatose, amylose, maladie de Gaucher, hémochromatose, maladie de Wilson
  - Hémopathies
- HM hétérogène
  - Tumeurs malignes : métastases, hépatocacinomes, cholangiocarcinomes
  - Tumeurs bénignes : kystes, abcès, hémangiomes géants, kystes hydatiques

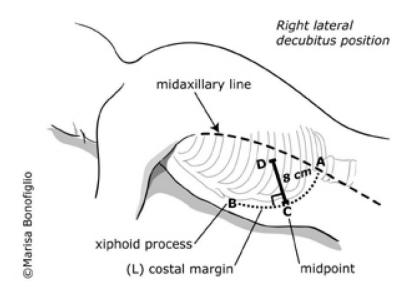
## Splénomégalie

## Rappel sémiologique

- palpation légère (danger de rupture en cas de mononucléose) en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit (plus précis).
- masse superficielle, mobile à la respiration, dont l'extension se fait vers le bas et vers la ligne médiane.
- Noter le volume, la consistance, la sensibilité

## Repères





# Technique 1 : patient en décubitus dorsal

- examinateur à droite du malade couché à plat sur le dos
- palpation de la main droite mise à plat au niveau de l'hypocondre gauche de façon à percevoir le bord inférieur de la rate
- Commencer suffisamment bas pour ne pas manquer le bord en cas d'élargissement important de l'organe

# Technique 2 : patient en décubitus latéral droit

- ➤ les cuisses repliées sur l'abdomen, le bras gauche étendu au-dessus de lui
- > examinateur placé à gauche du patient
- ➤ les 2 mains de l'examinateur sont placées sous le rebord costal gauche et remontent pour accrocher le bord de la rate
- patient respire profondément pour rendre la rate palpable

#### Rechercher

- Fièvre?
- Ascite?
- Adénopathies périphériques ou profondes?
- Ictère?
- Anomalies cutanéo-muqueuses?
- Anomalies de la formule sanguine?

#### Splénomégalie fébrile

- Infections:
  - Bactériémie, endocardite
  - Paludisme
  - Fièvre typhoïde, brucellose
  - Infection virale : mononucléose, CMV
  - Tuberculose (rare)
  - Kala-Azar (rare)
- Hémopathies malignes : leucémies, lymphomes
- Syndrome d'activation macrophagique

#### Syndrome d'activation macrophagique

#### Cinq au moins parmi les huit critères suivants

- 1. fièvre (> 7 jours)
- 2. splénomégalie
- 3. bicytopénie: Hb <9 g/dl; plaq < 100.000/mm³; PN <
- 1100/mm<sup>3</sup>
- 4. hypertriglycérédémie et/ou hypofibrinogénémie (< 150 mg/dl)
- 5. hémophagocytose
- 6. taux bas ou nul de cellules NK
- 7. hyperferritinémie (> 500 µg/l)
- 8. taux élevé de CD-25 solubles (> 2400 UI/mI)

#### Splénomégalie avec ascite

• Pathologie hépatique avec hypertension portale

#### Splénomégalie avec polyadénopathies

- Hémopathies malignes
- Infection virale
- Sarcoïdose
- Syphilis secondaire

#### Splénomégalie avec ictère

- Hépatopathie
- Hémolyse

#### Causes des splénomégalies

#### Maladies infectieuses

- bactériennes : septicémies bactériennes à pyogènes, endocardites infectieuses, fièvre typhoïde, brucellose, tuberculose des organes hématopoïétiques, rickettsioses, syphilis secondaire, abcès à pyogènes
- virales: mononucléose infectieuse, hépatites virales, infection à VIH, infection à CMV, rubéole
- parasitaires: paludisme, leishmaniose viscérale (kala-azar), bilharziose invasive, kyste hydatique, toxoplasmose, larva migrans, distomatose
- mycoses systémiques : candidoses hépatospléniques

#### Hémopathies

malignes

- → leucémies aiguës myéloblastiques et lymphoblastiques
- → maladie de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens
- → syndromes myéloprolifératifs (Vaquez, leucémie myéloïde chronique, myélofibrose primitive, thrombocytémie essentielle)
- → leucémie myélo-monocytaire chronique
- → hémopathies lymphoïdes chroniques : leucémie lymphoïde chronique, leucémie à tricholeucocytes, maladie de Waldenström
- bénignes
- → toutes les hémolyses chroniques

#### **Hypertensions portales**

- blocs intra-hépatiques
- → cirrhose (éthyliques, post-hépatites, cirrhose biliaire primitive)

- → granulomatoses (sarcoïdose, etc.)
- → bilharziose hépatosplénique
- → maladie de Wilson.
- → maladie veino-occlusive
- → fibrose hépatique congénitale
- blocs sus-hépatiques
- → thrombose des veines sushépatiques
- (syndrome de Budd-Chiari)

  → insuffisance cardiaque droite
- blocs infra-hépatiques
- → thrombose portale
- → compression tumorale

#### Maladies inflammatoires systémiques

- lupus érythémateux disséminé
- polyarthrite rhumatoïde (avec neutropénie, réalisant le syndrome de Felty)

- sarcoïdose
- maladie de Still
- maladie périodique

#### Maladies de surcharge

- dyslipoïdoses : maladie de Gaucher, maladie de Niemann-Pick, syndrome des histiocytes bleu de mer
- histyocytoses X, amylose, hémochromatose

#### **Tumeurs solides**

- bénines
- → kyste épidermoïde
- → lymphangiome kystique ou non
- → hémangiome kystique ou non
- malignes
- → secondaires (métastases spléniques qui sont rares)
- → primitives (angiosarcome, fibrosarcome)

# Splénomégalie avec anomalies de la formule sanguine

- Hyperleucocytose avec myélémie, érythromyélémie, polyglobulie, thrombocytose : syndrome myéloprolifératif ?
- Blastes circulants : leucémie aiguë ?
- Hyperlymphocytose : leucémie lymphoïde chronique ?
- Lymphocytes anormaux circulants : hémopathie lymphoïde ?
- Tricholeucocytes : leucémie à tricholeucocytes ?
- Grands lymphocytes activés : syndrome mononucléosique des infections virales ?
- Anémie régénérative : hémolyse ?
- Hyperéosinophilie : infection parasitaire ?
- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles : infection bactérienne.

Toute augmentation du volume de la rate entraîne un hypersplénisme responsable d'une pancytopénie modérée.

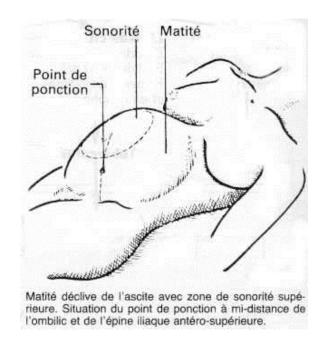
#### Splénomégalie avec anomalies cutanéomuqueuses

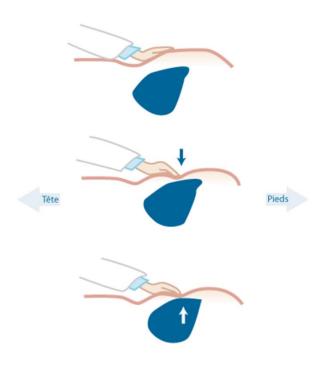
- vespertilio, vascularite cutanée : lupus érythémateux disséminé ?
- papules urticariennes et pigmentées : mastocytose ?
- éruption des paumes et des plantes : syphilis secondaire ?
- angines à fausse membrane : mononucléose infectieuse ?
- purpura ou lésions infiltrées : hémopathie ?

#### Ascite

## Rappel sémiologique

- Matité déclive mobile des flancs
- Signe du flot
- Signe du glaçon





## Rapports de vraisemblance des informations recueillies par l'entretien et l'examen physique, à la recherche d'une ascite (1)

Symptômes ou caractéristiques des patients	Nbre d'études	Nbre de patients	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Augmentation récente du périmètre abdominal (rapportée par les patients)	1	64	4,1 (2,3 à 7,4)	0,17 (0,05 à 0,62)
Prise de poids récente	1	64	3,2 (1,7 à 6,2)	0,42 (0,20 à 0,87)
Apparition d'œdème malléolaire (rapportée par les patients)	1	64	2,8 (1,8 à 4,3)	0,1 (0,01 à 0,67)
Antécédent d'hépatite	1	64	3,2 (NR)	0,80 (NR)
Antécédent de cancer	1	64	0,91 (NR)	1,00 (NR)
Alcoolisation chronique importante	1	64	1,4 (NR)	0,69 (NR)
Antécédent d'insuffisance cardiaque	1	64	2,0 (NR)	0,73 (NR)

Rev Prescrire 2014; 34 (366): 290-293.

Signes d'examen physique	Nbre d'études	Nbre de patients	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Bombement des flancs	4	372	1,8 (1,4 à 2,5)	0,48 (0,28 à 0,83)
Matité des flancs (percussion)	3	192	1,7 (1,0 à 2,7)	0,44 (0,20 à 1,00)
Variation de la matité abdominale par pesanteur (matité déclive)	4	372	2,1 (1,6 à 2,9)	0,4 (0,21 à 0,78)
Sensation de flot abdominal	4	372	5,3 (2,9 à 9,5)	0,57 (0,38 à 0,85)
Œdème des membres inférieurs	1	63	3,8 (2,2 à 6,8)	0,17 (0,05 à 0,50)
Percussion auscultatoire (patient à quatre pattes)	3	172	1,3 (0,93 à 2,0)	0,79 (0,59 à 1,1)
Percussion auscultatoire (patient assis ou debout)	1	66	1,3 (0,85 à 2,0)	0,71 (0,39 à 1,3)

#### Rechercher

- signes de cirrhose?
- signes d'anasarque?
- signes d'insuffisance cardiaque droite?
- signes de maladie péritonéale?
- signes généraux ? Tuberculose!
- signes pancréatiques?
- S'aider de la ponction d'ascite : aspect, transsudat vs exsudat

## Analyse du liquide d'ascite

#### Cytologie : seuils de numération :

- leucocytes < 500/mm3 dont < 250 neutrophiles par mm<sup>3</sup>
- leucocytes > 1 000 /mm³ avec au moins 70 % de lymphocytes : ascite lymphocytaire
- globules rouges < 1 000 hématies par mm<sup>3</sup>

#### Bactériologie:

- examen direct avec coloration de Gram et culture sur milieux standard
- coloration de Ziehl-Neelsen et les cultures sur milieu de Löwenstein-Jensen (ascite lymphocytaire ou suspicion tuberculose)

#### **Biochimie:**

-dosage des protéines, donnée fondamentale pour l'orientation diagnostique

```
> 30 g/L : exsudat ;
< 30 g/L : transsudat.
```

NB. le seuil peut varier selon les auteurs entre 20 et 30 g/L

- dosage de lipase ou d'amylase (des taux 5 fois supérieurs aux taux sériques sont en faveur d'une origine pancréatique) ;
- lipides : ascite chyleuse définie par un taux de lipides > 1 g/L dont plus de 75 % de triglycérides

#### Sur hypertension portale

- Cirrhose (rechercher facteurs déclenchants)
- Hépatite grave
- Budd-Chiari
- Maladie veino-occlusive.

## Ascite péritonéale

- Carcinomatose péritonéale
- Tuberculose
- Mésothéliome péritonéal

#### Ascite ovarienne

- Cancer de l'ovaire
- Syndrome de Demons-Meigs
- Hyperstimulation ovarienne grave

## Ascite pancréatique

- Au cours des pancréatites aiguës ou chroniques
- Par rupture de faux kystes, nécrose pancréatique ou rupture du canal de Wirsung

#### Ascite chyleuse

- Altération du drainage du canal thoracique par adénopathies néoplasiques, atteinte tumorale du mésentère, thrombose de la veine sous-clavière.
- Traumatiques
- Par augmentation de production lymphatique sur cirrhose, insuffisance cardiaque droite avec augmentation de la pression cave, fibrose pulmonaire avec obstruction du canal thoracique, syndrome de Budd-Chiari.

#### Ascite de l'insuffisance cardiaque droite

Au cours d'une poussée de décompensation cardiaque

#### Causes rares

- maladie gélatineuse du péritoine (pseudomyxome péritonéal)
- hypoprotidémie majeure
- myxoedème thyroïdien
- maladie périodique
- vascularites
- gastroentérite à éosinophiles
- maladie de Whipple
- sarcoïdose