

LIQUIDE ANORMAL DE L'ABDOMEN

1- Données générales :

La présence de liquide est physiologique dans le tube digestif et dans les canaux excréteurs (biliaires, pancréatiques, urinaires).

Un liquide anormal peut correspondre à un épanchement péritonéal, rétro péritonéal plus ou moins cloisonné ou encapsulé ("collection").

Le contenu peut être :

- un exsudat,
- un transsudat,
- du sang,
- de la bile,
- du suc pancréatique,
- de l'urine,
- de la lymphe ou du pus ...

De nombreuses combinaisons sont donc possibles et surviennent dans différents contextes, par exemple :

- dans le péritoine : ascite exsudative ou transudative, hémopéritoine, chylopéritoine, uropéritoine
- dans le rétro péritoine : coulées de pancréatites aiguës, urinome, hématome rétro péritonéal
- dans les deux : collection purulente.

a- Epanchement péritonéal :

Le plus souvent c'est une ascite. Seule la biologie peut dissocier une ascite transudative d'une ascite exsudative.

L'échographie ou le scanner permettent de dépister une ascite infra clinique alors que l'ASP n'est guère plus sensible que la clinique.

Chez un patient couché (position d'exploration) :

- un épanchement débutant est retrouvé dans l'espace inter hépatorénal et au niveau du cul de sac de Douglas,
- un épanchement plus abondant se répartit dans les flancs puis en dehors du foie et de la rate. Le foie reste plaqué au rétro péritoine par le ligament triangulaire.
- Un épanchement de bile survient plutôt après une chirurgie hépatique ou biliaire et habituellement dans un contexte de cholestase.

La densité n'est en fait légèrement différente de 0 UH que dans le cadre d'un hémopéritoine. Celui-ci a une densité de l'ordre de 35 UH, identique à celle du sang circulant et ne comporte habituellement que peu de caillots sédimentés dans les flancs avec une densité qui devient alors plus évocatrice. Le tableau clinique n'est de toute façon pas le même !

b- Coulées rétro péritonéales :

Elles surviennent essentiellement au cours d'une pancréatite aiguë sévère (grade D ou E de Balthazar) par fuite du suc pancréatique hors des canaux excréteurs. Le scanner est la technique de base pour apprécier ces épanchements rétro péritonéaux (en effet le pancréas est accolé au rétro péritoine et les fuites ne se font pas dans la grande cavité péritonéale). La densité est hydrique. La séméiologie tomodensitométrique repose sur :

- l'aspect facilement infiltratif et extensif des épanchements lié aux propriétés enzymatiques du suc pancréatique,
- la répartition des collections : espaces rétro péritonéaux, bourse omentale (ex arrière cavité des épiploons), racine du mésentère ou du méso colon ...

Mais le contexte clinique (douleurs brutales) et biologique (hyper-lipasémie et hyper-amylasémie) a souvent porté le diagnostic.

c- Collection purulente :

En échographie le contenu comporte souvent de fins échos. Une paroi épaisse est parfois visible mais il n'y a pas de signe très spécifique de surinfection, sauf la présence de fines bulles d'air échogènes avec cône d'ombre, mais ce signe est peu fréquent.

Le scanner, par la visualisation de la "coque" de l'abcès après injection intraveineuse d'iode est la technique la plus utilisée pour ce diagnostic. Il a en outre l'avantage de ne pas avoir de zone aveugle. La présence d'air est facilement détectable, mais peu fréquente imposant une ponction guidée au moindre doute.