

Les grands syndromes

Ponction d'ascite



Ponction d'ascite

Introduction

Il s'agit d'un patient de 58 ans diagnostiqué en 2004 pour un cancer du colon. Au moment du diagnostic, on nota une carcinomatose péritonéale avec un tableau sub-occlusif et ascite. À cause de l'ampleur de l'atteinte péritonéale, la seule option chirurgicale possible fut une iléostomie.

Par la suite, il reçut de la chimiothérapie palliative jusqu'en décembre 2005. La maladie progressa néanmoins avec augmentation de la carcinomatose et de l'ascite. Une ponction d'ascite réduisit les malaises du patient.

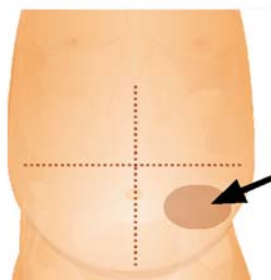
Évolution de la maladie



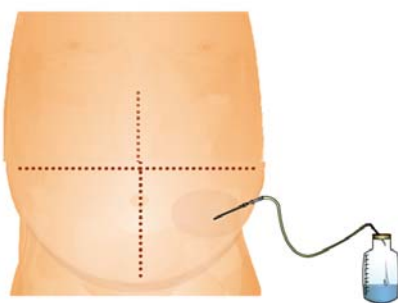
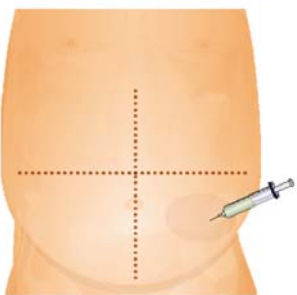
Implants cancéreux au niveau du colon



Accumulation d'ascite



La ponction d'ascite se fait habituellement au niveau de la fosse iliaque gauche.



Différentes étapes de la ponction d'ascite.

Ponction d'ascite

Clinique

L'ascite se manifeste par une augmentation du volume abdominal. Un inconfort, voire même une douleur peut également être présente. Les patients peuvent rapporter une diminution de l'appétit, des nausées, un reflux gastro-oesophagien. Lorsque l'ascite devient importante, elle peut causer de la dyspnée et de l'orthopnée.

Lorsqu'une quantité suffisante d'ascite est présente, l'abdomen devient distendu. En présence d'un volume important d'ascite, on peut retrouver un œdème scrotal, des hernies abdominales ou inguinales, une distension des veines abdominales et de l'œdème des membres inférieurs par obstruction du retour veineux et par la présence d'hypoprotéinémie.

À la percussion, on note une matité au niveau des flancs et de l'hypogastre associé à un tympanisme périombilical. La matité et le tympanisme varieront en fonction de la position du patient. En présence d'une ascite significative, on retrouve à la palpation, le signe du flot : en percutant d'un coup bref et sec l'un des flancs de l'abdomen, l'on ressent un mouvement de vague sur la main posée sur l'autre flanc. Le signe du glaçon représente le choc ressenti par la remontée du foie dans le liquide d'ascite, suite à la palpation au niveau de l'hypocondre droit.

Chez 5% des individus, on retrouve un épanchement pleural, principalement du côté droit. En soins palliatifs, l'utilisation des diurétiques et/ou la ponction d'ascite évacuatrice peuvent être envisagées si le confort du patient est compromis par la présence d'ascite. Les diurétiques habituellement utilisés sont la spironolactone \pm furosemide. Les doses doivent ajuster en fonction de la réponse clinique. La mesure des électrolytes et de la fonction rénale doit être faite sur une base régulière, en tenant compte de la situation clinique.

Idéalement, toutes les ponctions d'ascite devraient se faire sous guidance échographique, en raison des loculations fréquemment retrouvées dans l'ascite néoplasique et du moindre risque de perforation intestinale. Occasionnellement, la ponction d'ascite peut se faire à domicile ou au chevet du patient, lorsque les déplacements sont devenus difficiles. Les complications, liées à cette procédure sont rares, mais possibles : surinfection du liquide péritonéal, hypotension créée par l'évacuation trop rapide ou trop importante de liquide, déperdition de protéines et d'électrolytes, ponction d'un vaisseau sanguin, perforation de l'intestin ou de la rate, fistulisation au niveau de l'orifice de la ponction.

Ponction d'ascite

Investigation

Rayons-X

Abdomen PA – debout – 19 juin 2005



Hypotransparence et déshabitation causées par une quantité de liquide présent dans l'abdomen. Il y a également présence d'un tableau sub-occlusif.

CT-Scan

Tomodensitométrie abdomino-pelvienne, sans infusion - décembre 2005



Sur cette image, on remarque une quantité abondante d'ascite.

Ponction d'ascite

Conclusion

L'ascite d'origine néoplasique peut être source d'inconfort et de malaises chez les patients. Dans la majorité des cas, l'approche sera purement palliative et visera, non pas la disparition de l'ascite, mais sa réduction. L'utilisation de diurétiques auprès de ces patients peut aider à contrôler le volume de l'ascite. Dans certains cas, le recours à une ponction d'ascite évacuatrice pourra être bénéfique, tout au moins pour quelques semaines.

Voir fiche technique
– ponction d'ascite

Référence

Kichian K., Bain V.G., Jaundice, ascites, and hepatic encephalopathy.
Dans : Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3ème édition, 2004.

Ponction d'ascite - Fiche technique



Matériel

Xylocaïne 1% ou 2% avec épinéphrine
Proviodyne et alcool
Gants stériles
Champs stériles
Seringue 5cc, Aiguilles no. 26 et 21
Jelco 14 ou 16
Tubulure de paracentèse ou de thoracocentèse
Bouteilles sous vide (1/2 à 1 L chacune)
Pansements ou Élastoplast

Technique

1. Faire uriner le patient avant le début de la procédure pour s'assurer que la vessie est vide. À l'examen, éliminer la présence d'une splénomégalie importante.
2. Placer le patient en décubitus dorsal.
3. Repérer le point de ponction à la fosse iliaque gauche, situé habituellement à la jonction du tiers externe et tiers moyen de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. S'assurer qu'il se situe dans la zone de matité.
4. En respectant une technique stérile, désinfecter et préparer le site de la ponction.
5. Faire une anesthésie locale superficielle à la xylocaïne, à l'aide de l'aiguille no. 26.
6. Faire une anesthésie plus profonde, à l'aide de l'aiguille no.21.
7. Fixer la tubulure (en s'assurant que le clapet est initialement en place) au jelco no. 14 ou 16
8. Insérer le jelco au niveau du site de ponction.
9. Insérer l'extrémité distale du tube de thoracocentèse dans la bouteille sous vide.
10. Ouvrir le clapet et laisser drainer. Régler et surveiller le débit d'évacuation (En général, le rythme d'évacuation est d'environ 2 litres à l'heure).
11. Retirer quelques litres (1,5 à 5 l.) est habituellement suffisant pour améliorer le confort du patient. On ne devrait pas retirer plus de 5 litres à la fois, afin d'éviter une hypotension et d'exagérer l'hypoalbuminémie déjà présente chez plusieurs des patients.

Contre-indications

- Infection
- Abdomen aigu
- Occlusion intestinale
- Coagulopathie sévère
- Circulation collatérale abondante