

PROTOCOLE PONCTION D'ASCITE



INDICATIONS

Diagnostic d'un épanchement péritonéal (analyses biochimiques, cytologiques et bactériologiques) et/ou évacuatrice.

CONTRE-INDICATIONS

- Refus du patient ou incapacité à comprendre et coopérer durant le geste
- Quantité de liquide insuffisante
- Infection au niveau du point de ponction
- Troubles sévères de la crase (contre-indication relative, **un INR < 2.5 OU des plaquettes supérieures à 50.000 G/L sont suffisantes pour un geste en tout sécurité.** En cas de troubles plus sévères le geste doit être effectué par un opérateur entraîné mais reste faisable). **Il n'est jamais nécessaire de transfuser des plaquettes ou des PFC** avant une ponction d'ascite.

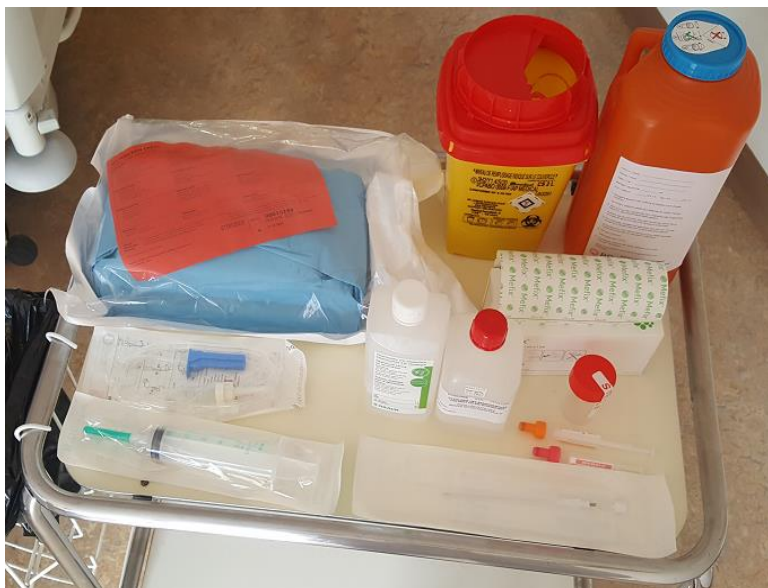
REPÉRAGE ÉCHOGRAPHIQUE

Cette étape est indispensable avant de poursuivre la procédure. La faisabilité du geste doit être confirmée par US, ainsi que le repérage de la zone à ponctionner, celle qui allie le moins de risque et qui est susceptible de ramener le plus de liquide en cas de ponction évacuatrice (généralement la fosse iliaque gauche).

L'approche échographique est résumée sur [cette page Web](#).

PRÉPARATION DU MATÉRIEL

- Kit de ponction CHVS
- Cathéter 14G (**Thoracocentesis 14G – 11 cm idéalement, blanc**)
- Solution hydro-alcoolique
- Un conteneur à aiguilles
- Un seringue 50cc pour les prélèvements
- Une tubulure
- Des stéri-strips
- Un conteneur pour ascite (marron)
- Des gants stériles à la taille de l'opérateur
- Un masque chirurgical
- Une protection pour le lit (Moltex)
- Le nécessaire pour analyse
 - o Un tube rose (numération)
 - o Un tube orange (chimie)
 - o Un pot de bactériologie
 - o Un pot « Cytologie des épanchements » 250 mL, conservé au frigo, pour analyse cytologique



MONITORING

Aucune surveillance spécifique n'est nécessaire durant le geste hormis noter la quantité de liquide d'ascite retirée en fin de procédure.

PROCÉDURE

Le patient doit être installé confortablement en décubitus dorsal.

Déroulement du geste:

1. Désinfection circulaire à trois reprises de la zone de ponction
2. Mise en place du champ stérile
3. Anesthésie par lidocaïne après repérage de la zone à ponctionner sous US. L'aiguille est introduite en aspiration jusqu'à la cavité péritonéale afin de s'assurer de la bonne localisation de la ponction et de l'absence de vaisseau sur le trajet.
Une fois du liquide obtenu, on effectue un lent retrait de l'aiguille tout en injectant l'anesthésiant.
4. Préparer l'aiguille de ponction (14G), la tubulure et la seringue de 50cc (enlever l'aiguille) et déposer les trois éléments sur le champ stérile afin de les avoir à portée de main.
5. Insérer l'aiguille perpendiculairement à la peau jusqu'à obtention du liquide d'ascite.
6. Pousser le cathéter jusqu'à la garde sans mobiliser le mandrin. Retirer complètement le mandrin une fois le cathéter en place.
7. Raccorder la seringue de 50cc et faire les prélèvements nécessaires (une seringue permet de remplir les tubes rouge, orange et de bactériologie, quatre sont requises pour le pot de cytologie).
8. Une fois tous les prélèvements effectués, raccorder au cathéter la tubulure dont l'autre extrémité sera placée dans le pot marron de recueil de l'ascite. Le fixer par un scotch, et noter heure de début du drainage sur le scotch.
9. Poursuivre l'évacuation de l'épanchement de manière passive après avoir fixé le cathéter à la peau via une « cravate » faite avec les stéri-strips.
10. L'évacuation totale du liquide peut prendre plusieurs heures. Dans l'attente, débarrasser ce qu'il est possible de faire en laissant le champ en place, jeter dans le conteneur les aiguilles et ampoules en verre. Réexpliquer au patient la nécessité de ne pas toucher le champ stérile.
11. En fin de procédure, quand le liquide d'ascite arrête de couler, remettre des gants stériles, retirer le cathéter, appliquer deux compresses au niveau du point de ponction et les fixer avec du Mefix.
12. Retirer le champ et s'assurer de n'avoir laissé aucun déchet médical.

ARRÊT DE LA PROCÉDURE

Le geste est stoppé dans les situations suivantes :

- Absence de liquide à ponctionner
- Douleurs importantes du patient ou agitation
- Il n'existe pas de quantité maximale en pratique, ni de vitesse idéale. La couleur du liquide n'est pas non plus un critère d'arrêt de la procédure (1% des ascites sont chyleuses -blanc opalescent- et une quantité infime de sang colore rapidement en rosé le liquide d'ascite).

PRESCRIPTIONS DES ANALYSES (Phoenix ou papier)

- Numération cellulaire et bactériologie générale
- Albumine et protéines totales (le reste des analyses disponibles est rarement indiqué : triglycérides si ascite chyleuse, amylase si suspicion de cancer pancréatique, Na⁺ et K⁺ inutiles en pratique)
- Cytologie, demande uniquement disponible sur papier (feuille blanche A5)

INTERPRÉTATION

Une Péritonite Bactérienne Spontanée (PBS) est présente si les polynucléaires neutrophiles (PNN) sont supérieurs à 250/mm³ ou si la culture revient positive avec présence de symptômes

SUIVI

Par l'infirmière :

Noter la quantité de liquide retirée et suivre si un écoulement de liquide est toujours présent.

A l'arrêt de l'écoulement prévenir le médecin en charge et retirer le cathéter stérilement (geste médico-délégué).

Par le médecin :

Substitution en albumine **au-delà** de 4L d'ascite retirés, à raison de 8 grammes d'albumine par litre retiré.

Un flacon d'albumine contient 20g sur 100mL. Pour 5L d'ascite retiré lors de la ponction, la quantité d'albumine à perfuser est $5 \times 8 = 40g$ soit deux flacons.

COMPLICATIONS

Elles sont rarissimes avec le repérage échographique mais potentiellement graves.

- Hémorragie : un petit saignement peut se produire au point de ponction, les atteintes plus importantes sont exceptionnelles même en cas d'anticoagulation. **En cas de saignement pulsatif massif il faut suspecter une lésion de l'artère épigastrique inférieure, comprimer au niveau de la ponction et contacter les chirurgiens vasculaires pour suture de l'artère.**
- Fuite de liquide : complication la plus fréquente, placer une poche de stomie est la meilleure solution qui permet de quantifier la fuite et ne se décolle pas en cas de fuite abondante.
- Ponction d'un organe creux : exceptionnel avec le repérage échographique, elle ne nécessite pas de prise en charge particulière mais un simple suivi de l'apparition d'une péritonite.
- Ponction d'un organe plein : en cas de suspicion, une Hb de contrôle et un CT doivent être effectués dans les plus brefs délais
- Infection : ne doit pas se produire avec une asepsie rigoureuse.

RÉFÉRENCES

- McVay PA, Toy PT. Lack of increased bleeding after paracentesis and thoracentesis in patients with mild coagulation abnormalities. *Transfusion* 1991; 31:164.
- De Gottardi A, Thévenot T, Spahr L, et al. Risk of complications after abdominal paracentesis in cirrhotic patients: a prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7:906.
- Runyon BA, Canawati HN, Akriviadis EA. Optimization of ascitic fluid culture technique. *Gastroenterology* 1988; 95:1351.