

LA PONCTION D'ASCITE

I/ Rappel sur le péritoine

Le péritoine : - est une membrane séreuse semi-perméable
- est vascularisé par des vaisseaux qui sont drainés par la veine porte
- est composé de 2 feuillets = un feuillet **pariétal** (qui tapisse la cavité abdominale) et un feuillet **viscéral** (qui entoure les viscères) ; l'espace compris entre ces 2 feuillets se nomme : la **cavité péritonéale** (espace virtuel) c'est là où l'on retrouve l'ascite ; les 2 feuillets se superposent et permettent un contact étroit entre les viscères

Dans des conditions pathologiques particulières, l'eau et certains éléments contenu dans le sang péritonéal peuvent traverser le péritoine et remplir de plusieurs litres cette cavité virtuelle.

II/ Définition de la ponction

La ponction d'ascite consiste à introduire un trocard dans la cavité péritonéale pour prélever ou évacuer un liquide pathologique appelé ASCITE.

III/ Mécanisme d'apparition de l'ascite

1. Définition de l'ascite

C'est un épanchement liquidien, essentiellement de l'eau et du sodium, qui se situe entre le feuillet viscéral et le feuillet pariétal du péritoine.

La cirrhose est la cause la plus fréquente de l'ascite ; dans 80% des cas l'origine de l'ascite est éthylique.

Les autres causes de l'ascite sont des métastases au niveau du péritoine qui viennent de cancer digestif, ovarien ou cancer des seins (10% des cas) ; il existe aussi un cancer primitif du péritoine.

2. Les facteurs locaux et généraux

~ Physiopathologie :

- à L'ÉTAT NORMAL, il existe un équilibre entre la pression qui maintient le liquide plasmatique à l'intérieur des

- vaisseaux (= pression oncotique) et la pression osmotique qui tend à faire sortir l'eau des capillaires
- **DANS LE CAS D'UNE CIRRHOSE**, il y a une nécrose cellulaire et une fibrose mutilante ; donc une insuffisance hépatocellulaire ; donc une hypo- albuminémie, ce qui entraîne donc une diminution de la pression oncotique et une augmentation de la pression osmotique : fuite d'eau et de sodium hors des vaisseaux ; cette eau se retrouve dans la cavité virtuelle du péritoine

~ Par réaction :

- augmentation du débit cardiaque
- diminution de la vascularisation rénale
- augmentation de la sécrétion d'Aldostérone

IV/ Indications de cette ponction

a. Indication diagnostique

Ponction exploratrice qui va permettre de confirmer l'existence de liquide dans la cavité péritonéale ; elle peut permettre de rechercher la cause de l'ascite ou de mettre en évidence une surinfection du liquide ; pendant cette ponction, du liquide est prélevé pour une analyse cytologique- biochimique- bactériologique.

- *Transudation* (épanchement d'origine **mécanique**) = liquide pauvre en protides et pauvre en cellules ; donc la cause de l'ascite est une cirrhose ou une insuffisance rénale
- *Exsudation* (épanchement d'origine **inflammatoire**) = liquide riche en protides et riches en cellules ; donc la cause de l'ascite est une tuberculose, un cancer du péritoine ou une insuffisance cardiaque

b. Indication thérapeutique

Ponction = traitement symptomatique ; palliatif.

Il y a possibilité d'injecter des médicaments in- situ, ex : si infection ou risque d'infection du liquide on injecte des antibiotiques ; **but** = améliorer le confort du patient ; car il y a une gêne abdominale et une gêne respiratoire à cause du volume de l'ascite (qui peut aller jusqu'à 10 litres).

Cette ponction vise à évacuer une quantité de liquide comprise entre 2 et 6L.

Cela peut être une urgence s'il y a décompensation respiratoire (hypoxie, cyanose, ...) ou menace de rupture de l'ombilic.

On ponctionne abondamment : environ 4L / jour ; en même temps que la ponction à lieu = soluté macro- moléculaire (par perfusion) jusqu'à l'assèchement (plus d'ascite) : technique très utilisée. En général ces ponctions sont bien tolérées et raccourcissent la durée de l'hospitalisation.

En plus des ponctions : régime sans sel (pour éviter la rétention sodée) et diurétiques à faible dose.

V/ Rôle infirmier et ponction d'ascite

La ponction d'ascite est un **ACTE MÉDICAL**.

L'IDE prépare le matériel ; prépare le patient et l'informe : ponction exploratrice = 5mn, ponction évacuatrice = de 30mn à 4h ; débiter une diurèse, peser le patient et mesurer son périmètre abdominal, prendre TA et pulsations, installation en décubitus dorsal légèrement incliné vers la gauche (pour éviter de piquer le foie ou le colon droit), asepsie large du point de ponction (au niveau de la fosse iliaque gauche).

VI/ Incidents, complications potentielles

1. Incidents qui peuvent arriver pendant la ponction

- le médecin pique dans un vaisseau de la paroi
- arrêt de l'écoulement (soit il n'y a plus d'ascite, soit le cathéter est obstrué par un caillot d'albumine) : mobiliser le cathéter pour faire repartir l'écoulement (si échec = appeler le médecin)

2. Complications majeures

- risque de complication hydro- électrolytique : déshydratation / collapsus / choc (souvent du à un écoulement beaucoup trop rapide par décompression)
- risque d'infection péritonéale : lié aux ponctions répétées (patient cirrhotique, diminution de l'état général, immunodéprimé)
- risque de complication locale : fréquent ; risque d'infection locale (car effraction de la peau, suintement d'ascite sur la peau)

VII/ Actions infirmières

- surveiller : pouls, TA, comportement = toutes les 30 mns
- pesée quotidienne (quand le patient peut se lever)
- diurèse des 24h
- température 2 fois / jour
- surveiller l'état d'hydratation du patient (muqueuse sèche? Sécheresse cutanée?)
- vérifier l'état de la paroi abdominale
- demander au patient s'il ressent une douleur abdominale

VIII/ Conclusion

L'évolution de l'ascite va aussi dépendre d'autres facteurs :

- de la cause
- de la tolérance au traitement médicamenteux (diurétique)
- du respect du régime sans sel
- de l'abstinence en cas de cirrhose éthylique