



par le Dr Camille DUBUS
médecin généraliste
contact RMG@ssmg.be

Réussir une ponction évacuatrice d'ascite en médecine générale

L'ascite survient chez environ 10% des patients cirrhotiques. La présence anormale de ce liquide entre les deux feuillets du péritoine peut également être liée à une insuffisance cardiaque, à certains cancers ou à la tuberculose. Une ponction est justifiée lorsque celle-ci est abondante, car le patient peut alors présenter des troubles digestifs, des douleurs abdominales ou une difficulté respiratoire.

Contraindications

En présence de troubles de la coagulation, d'une suspicion d'adhérences intra-abdominales, d'une distension intestinale (ou la prise de laxatifs pouvant distendre le colon) ou vésicale, d'une rate ou d'un foie très volumineux, d'une insuffisance rénale ou cardiaque à un stade avancé, d'une infection cutanée au lieu d'insertion du cathéter, d'une neutropénie, de la prise d'anticoagulants ou d'une grossesse, mieux vaut écarter la ponction ou passer la main à une équipe hospitalière pour réaliser la ponction sous guidance échographique. Si l'ascite est liée à la présence d'un cancer, il faut mettre en balance le bénéfice et le risque liés à la ponction.

AVERTISSEMENT

La «Revue des revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au siège de la SSMG.

Préparation

Avant de réaliser la ponction, il faut s'assurer que la vessie est vide pour minimiser le risque de perforation vésicale. Le patient ne doit pas être à jeun. Il est important de vérifier ses paramètres (pouls, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, pression artérielle) afin de pouvoir les comparer avec les paramètres obtenus après la ponction.

Veillez à avoir une bonne hygiène des mains et à réaliser la ponction dans un environnement propre, avec un champ stérile pour y déposer le matériel stérile et un champ opératoire percé et stérile. Le patient doit être installé en position allongée avec le tronc surélevé à 30-45° pour que l'ascite s'accumule vers la partie inférieure de l'abdomen, les membres inférieurs légèrement fléchis pour mettre les muscles abdominaux en tension et ainsi faciliter la traversée de l'aiguille dans le péritoine.

Geste

La ponction se réalise préférentiellement en fosse iliaque gauche, entre le tiers externe et le tiers moyen d'un trait imaginaire allant de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et l'ombilic. Décalez cependant l'endroit de ponction de quelques centimètres en cas de présence de cicatrices chirurgicales ou circulation veineuse collatérale.

On peut proposer une anesthésie par injection sous-cutanée de lidocaïne ou par crème ou pansement anesthésiant.

Après avoir installé le patient, enfiler des gants stériles pour désinfecter la peau avec de la chlorhexidine par un mouvement en spirale, débutant au point d'injection. Montez ensuite un cathéter intra-veineux 14 g avec aiguille métallique sur une seringue de 20 ml, en s'assurant que l'aiguille se désolidarise facilement du cathéter par des mouvements délicats de rotation. Insérez ensuite l'ensemble dans la paroi abdominale sans à-coup selon un angle de 45° par rapport à la peau de l'abdomen ou selon un trajet en Z. (Cette technique ne sera pas développée ici.) La progression du cathéter + aiguille se fait en tirant sur le piston de la seringue pour observer le reflux d'ascite dans la seringue. Lorsque celui-ci est obtenu, poussez le cathéter vers l'abdomen tout en retirant l'aiguille liée à la seringue. Connectez alors le cathéter à une tubulure de perfusion directement ou via un robinet à 3 voies qui permet de stopper l'écoulement si besoin. Fixez ensuite le cathéter sur la peau à l'aide de compresses stériles et d'un pansement adhésif et l'autre extrémité de la tubulure sur un bocal de recueil de liquide biologique posé au sol.

Surveillez les paramètres du patient, au moins une fois par heure. Pour cela, faites-vous aider par une infirmière ! Si ce n'est pas possible, il faut veiller à



rester disponible pendant toute la durée de l'évacuation de l'ascite en cas d'appel de l'entourage du patient. Visez l'évacuation de 5 litres d'ascite maximum. Au-delà, on expose le patient à des troubles du débit cardiaque et des hypotensions artérielles. Quand ce volume est obtenu ou lorsque l'écoulement s'arrête spontanément, enflez des gants non stériles et retirez le cathéter d'un mouvement rapide. Désinfectez la peau et faites un pansement à l'aide de compresses stériles. Le patient doit ensuite rester allongé pendant quelques heures, sur le côté opposé au site de ponction si possible.

Complications

La ponction peut se compliquer par une fuite d'ascite au niveau de l'orifice d'insertion du cathéter mais celle-ci se résorbe en quelques jours. Les hémorragies post-ponction sont rares mais parfois mortelles (2/10 000) : les signes à surveiller sont des douleurs abdominales inhabituelles et une hypotension artérielle, survenant habituellement dans les 48 heures. Il faut alors hospitaliser le patient sans délai pour une surveillance.

Si les conditions d'asepsie ont bien été respectées, le risque d'infection est surtout dû à une perforation intestinale lors de l'insertion de l'aiguille. La survenue d'une infection est rare (0,1 à 0,6 % des cas) et se manifeste par une fièvre avec défense abdominale ou non et justifie une hospitalisation.

Rédaction Prescrire. Réussir une ponction évacuatrice d'ascite à domicile : avec méthode et au moyen d'un cathéter veineux. Revue Prescrire. Mai 2021 ; 41 (451) : 356-362.

Mots-clés : cirrhose, ponction d'ascite, acte technique.

Troubles du déficit de l'attention et risque de maladies à l'âge adulte

Les symptômes d'un trouble du déficit de l'attention tels que l'hyperactivité, l'impulsivité et les problèmes de concentration, sont surtout présents dans l'enfance et ont tendance à s'atténuer à l'âge adulte comme si cette affection s'éteignait avec l'âge. Mais c'est un faux-semblant car il semblerait que le terrain (génétique) du TDAH soit le moteur pour l'apparition d'autres maladies à l'âge adulte.

On connaît depuis longtemps les comorbidités psychiatriques du TDAH et il est facile de comprendre que les troubles du comportement des personnes atteintes de TDAH engendrent également plus d'accidents et de dépendances. Mais la démonstration d'une base commune pour les TDAH et d'autres maladies est plus inquiétante.

Une étude publiée dans The Lancet compare l'apparition de maladies dans un groupe composé de 3819207 frères et de sœurs « complets » à l'apparition de maladies chez 469 244 « demi - » frères et « demi- » sœurs, l'idée étant que les frères et sœurs « complets » partagent non seulement 50 % de leur patrimoine génétique mais aussi le même environnement, alors que chez les demi-frères et demi-sœurs les facteurs environnementaux sont souvent semblables mais le patrimoine génétique partagé est moins important (25%).

Les patients ont été suivis en moyenne pendant 47 ans. En comparant donc l'apparition de maladies chez les patients avec ou sans troubles de l'attention dans ces 2 groupes, il est possible de voir si une atteinte est plutôt due au patrimoine génétique ou à l'environnement du patient.

On constate qu'effectivement, les personnes avec des troubles de l'attention ont plus de risque d'être atteintes de troubles du sommeil, d'épilepsie ou de démence. Les atteintes respiratoires comme la BPCO ou l'asthme sont également plus fréquentes chez ces patients.

En comparaison au groupe des demi-frères et demi-sœurs, le groupe avec les frères et sœurs « complets » présente des associations plus fortes avec l'incidence de maladies du système nerveux, du système respiratoire, musculosquelettique ou métabolique : ceci est largement expliqué par des facteurs génétiques partagés (60 à 69 % des cas) sauf pour les affections du système nerveux, qui sont surtout expliquées par l'influence des facteurs environnementaux sur les troubles de l'attention et les atteintes neuropsychiatriques.

Cette étude à grande échelle souligne la nécessité d'un suivi médical attentif de l'adulte qui a eu le diagnostic de troubles de l'attention pendant l'enfance.

Rédaction Huisarts Nu. ADHD en risico op aandoeningen op volwassen leeftijd. Huisarts Nu. Septembre 2021 ; 5. 215-216.

Mots-clés : TDAH, troubles de l'attention, génétique, maladies respiratoires, affections du système nerveux.