

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