

Questa rubrica si propone di trattare la tecnica degli interventi manuali di più comune utilità nella pratica clinica del medico di famiglia.

L'acquisizione di ulteriori abilità manuali consente al medico del territorio di risolvere in autonomia e direttamente a domicilio del paziente problemi clinici che altrimenti richiederebbero una gestione nelle strutture ospedaliere.

Paracentesi evacuativa per l'ascite

La tecnica della paracentesi evacuativa è una manualità utile per continuare ad assistere al domicilio i pazienti con ascite, una complicanza spesso dovuta a carcinosi peritoneale o cirrosi epatica (*Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1954-5; *Br J Nurs* 2006; 15: 212-9).

Per questa sua importanza pratica il *N Engl J Med* ha pubblicato un video didattico che illustra la tecnica (<http://content.nejm.org/cgi/content/short/355/19/e21>).

Un voluminoso versamento peritoneale determina un addome globoso e teso che ostacola la respirazione diaframmatica (*figura 1*), favorisce la comparsa di ernia ombelicale e può essere complicato da una peritonite batterica, da una sindrome epato-renale e da un'encefalopatia epatica.

La terapia dell'ascite si fonda sulle seguenti misure:

- dieta iposodica (<0.5 g di sodio/die);
- restrizione idrica (1 litro/die se la natriemia è <125 mEq/l);
- uso di diuretici;
- paracentesi evacuative ripetute in caso di mancata risposta agli interventi precedenti;
- ripristino temporaneo della pressione colloid-osmotica mediante infusione di albumina o plasma expander in caso di grave ipoalbuminemia e ipovolemia (*NEJM* 2004; 350: 1646).

Sono diuretici di prima scelta gli antialdosteronici come lo spironolattone alla dose crescente di 100-300 mg/die (*Med Letter* 2003; 1156).

I pazienti vanno monitorati quotidianamente annotando i valori di peso corporeo, circonferenza addominale e diuresi che può essere favorita dal riposo a letto.

In caso di ascite voluminosa, la perdita di peso ottimale con la terapia diuretica non deve superare 500 g/die se il paziente non ha edemi e 1000 g/die in presenza di edemi, per ridurre il rischio di ipovolemia.

Se dopo i primi 4 giorni di terapia con 100-300 mg di spironolattone il paziente ha perso meno di 2 kg, si aggiunge furosemide 25-50 mg/die e dopo altri 4 giorni se la diminuzione di peso è inferiore a 2 kg si aumenta la posologia a 400 mg/die di spironolattone e 75-100 mg di furosemide.

Il rapporto da mantenere nell'associazione è di 100 mg di spironolattone per ogni 40 mg di furosemide. I pazienti che non rispondono alla furosemide o alla torasemide possono invece rispondere all'acido etacrinico.

I diuretici vanno ridotti o sospesi se la perdita di peso supera 500 g/die o se compare insufficienza renale acuta con ipercreatininemia o in caso di ipopotassiemia o alterazione del sensorio.

Nelle forme di ascite che non rispondono alla restrizione idrosodica e alla terapia diuretica, si possono effettuare paracentesi evacuative a scopo decompressivo, rimuovendo fino a un massimo di 5 litri per volta, con eventuale successiva reinfusione di albumina alla dose di 6-8 grammi per litro di ascite rimossa, o con reinfusione di plasma expander in caso di ipovolemia. L'ascite tende comunque a riformarsi rapidamente.

In caso di peritonite batterica, documentata dall'esame colturale del liquido ascitico, la terapia d'elezione è rappresentata da cefotaxime alla

Figura 1

Ascite in cirrosi epatica



Addome globoso con versamento ascitico e reticoli venosi superficiali laterali in portatore di cirrosi epatica con ipertensione portale.

dose di 2 grammi per via endovenosa oppure, nei pazienti senza segni di insufficienza renale e di encefalopatia, dai fluorochinoloni.

Tutti i pazienti con cirrosi epatica vanno sottoposti a stadiazione secondo la classificazione di Child-Pugh, a controllo semestrale ecografico per la diagnosi precoce dell'epatocarcinoma, a ricerca di varici esofagee mediante gastroscopia per prevenire l'emorragia digestiva con legatura endoscopica delle varici e/o uso di betablocanti e nitrati (*Lancet* 2003; 361: 952-4).

■ Indicazioni e controindicazioni

Secondo le linee guida del 2005 dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF), in caso di cirrosi epatica sono indicazioni alla paracentesi:

- ascite tesa;
- ascite refrattaria alla terapia diuretica.

Sono invece controindicazioni alla paracentesi del volume totale del versamento ascitico:

- shock;
- grave insufficienza renale;
- grave encefalopatia porto-sistemica;
- grave alterazione dell'emostasi (conta piastrinica inferiore a 40.000/mm³ o attività protrombinica inferiore al 40%).

■ Tecnica

La tecnica della paracentesi evacuativa dell'ascite prevede la seguente sequenza d'azione:

- *il paziente:*

viene posizionato supino in decubito semi-laterale sinistro vicino al bordo del letto su cui è stato posto un telo impermeabile, posizionandogli un cuscino d'appoggio a livello lombare);

- *il medico:*

1. lavate le mani e indossati i guanti monouso, si pone alla sinistra del paziente e individua nel quadrante inferiore sinistro dell'addome del paziente il punto tra il terzo medio e il terzo esterno della linea posta tra ombelico e spina iliaca antero-superiore di sinistra (*figura 2*);
2. disinfetta la cute e pratica un'anestesia locale (per esempio cloruro di etile spray o lidocaina/prilocaina crema);
3. introduce l'ago cannula G17 nella cavità peritoneale attraverso il punto contrassegnato e quindi connette l'ago al tubo di deflusso collegato con la sacca di raccolta, che viene fissata più in basso al telaio del letto allo scopo di favorire il deflusso per caduta del liquido ascitico;
4. fissa l'ago cannula con un cerotto alla cute addominale;
5. eventualmente può connettere una siringa al

rubinetto a 3 vie dell'ago cannula per aspirare il liquido che defluisce allo scopo di effettuare un esame biochimico, citologico e culturale del liquido ascitico.

Il paziente viene monitorato durante la procedura di svuotamento del versamento ascitico, viene regolata la velocità del deflusso e osservato il riempimento della sacca fino a raggiungere la quantità massima prefissata di 5 litri, quindi il tubo di deflusso viene clampato con una pinza.

Il medico toglie l'ago cannula ed effettua una medicazione sterile compressiva.

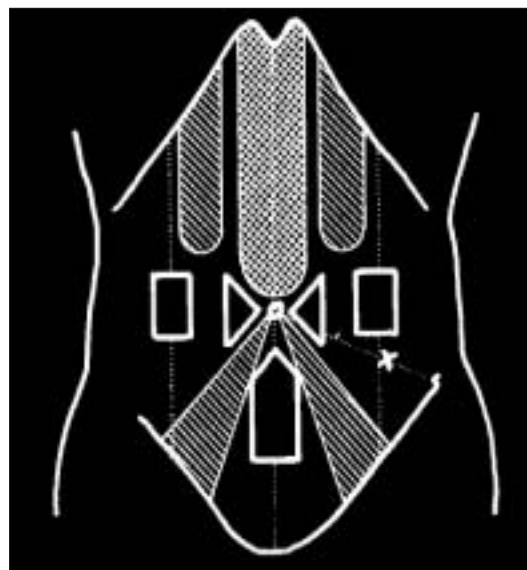
Il paziente rimane a riposo a letto, monitorando per almeno un'ora le sue condizioni generali, i parametri vitali, in particolare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca per il rischio di shock ipovolemico, molto improbabile per paracentesi di volume inferiore a 5 litri.

In caso di ipovolemia o paracentesi di volume superiore a 5 litri è utile infondere per via venosa colloidi plasma expander o albumina (6-8 g per litro di ascite rimossa). La velocità di infusione non deve superare i 16 g/h d'albumina e i 250 ml/h per il plasma expander.

I pazienti con ascite vanno sottoposti a periodici controlli di albuminemia, creatininemia, potassiemia e sodiemia.

Figura 2

Schema della parete addominale



La crocetta indica nel quadrante inferiore sinistro dell'addome il punto dove praticare la paracentesi sulla linea traversa tra ombelico e spina iliaca antero-superiore di sinistra. Le aree barrate indicano le regioni della parete addominale più vascolarizzate dove non si deve inserire l'ago diretto nella cavità peritoneale.