

L'AUTOPERFUSION DU LIQUIDE D'ASCITE A PROPOS DE 38 CAS

SANLORENZO M.⁽¹⁾, CALDERA D.⁽¹⁾, RAKOTONDRAJAO J.,
RANDREMANANA J., RAZANADRANAIVO F.

RESUME

Les auteurs rapportent leur expérience sur l'autoperfusion de liquide d'ascite dans le traitement des ascites consécutives à l'hypertension portale, déterminée le plus souvent dans leur étude, par la bilharziose intestinale.

Mots-clés : Liquide ascite - Ponction - Reperfusion - Schistosomiase intestinale - MADAGASCAR.

SUMMARY

"38 observations of reperfusion of ascitic fluid". In this study, the authors report their experiences of paracentesis associated with the perfusion or the reperfusion of the sick's own ascitic fluid in the treatment of tense ascite determined mostly by *Schistosomiasis mansoni*.

Key-words : Ascitic fluid - Punctures - Reperfusion - *Schistosomiasis mansoni* - MADAGASCAR.

INTRODUCTION

L'autoperfusion du liquide d'ascite est une méthode connue depuis longtemps mais pas tellement utilisée dans les pays en voie de développement en raison de l'absence de matériels nécessaires et d'une insuffisance de la connaissance de la méthode.

Nous présentons notre expérience à partir de l'année 1989 à l'Hôpital Médico-Chirurgical de Sakalalina, Circonscription Médicale d'Ihoso, Service Provincial de la Santé de Fianarantsoa, avec une attention particulière sur le cas d'ascite déterminée par une hypertension portale secondaire le plus souvent dans notre région à la bilharziose intestinale.

MATERIEL ET METHODE

Du mois d'Août 1989 au mois d'Octobre 1992, nous avons traité avec la méthode de l'autoperfusion 38 malades (TABLEAU I) présentant une ascite de degré très sévère (Photo 1).

TABLEAU I : Répartition des sujets traités selon le sexe et l'âge

HOMMES	24 cas
FEMMES	14 cas
AGE MOYEN	47,5 ans (extrêmes 28 et 75 ans)
Positifs pour <i>S. mansoni</i> (Ex. selles ou biopsie rectale)	35 cas

Adresse : Equipe sanitaire, H. M. C. Sakalalina, 113 Ihoso, Madagascar dont (1) : Coopération Italo-Malgache

Photo 1 : Malade avec ascite avant l'autoperfusion



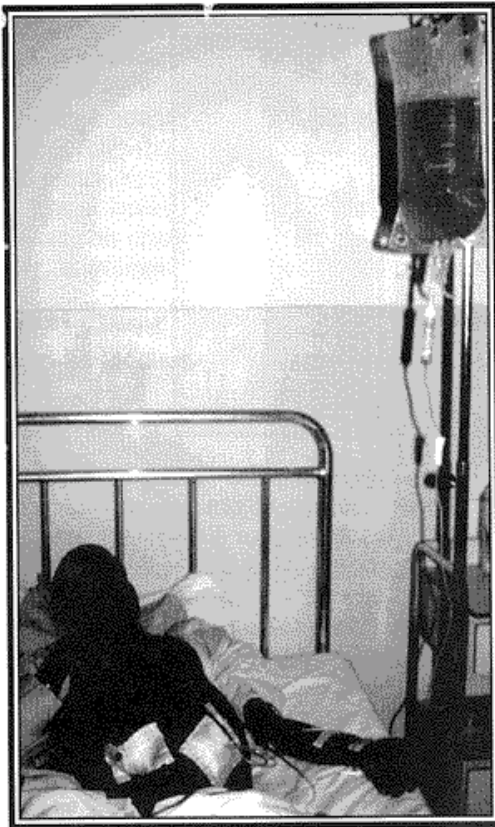
Avant l'autoperfusion, les malades ont subi un examen clinique et ont été soumis à des examens de biochimie pour évaluer leur état général et leur fonction hépatique et rénale (TABLEAU II). A l'entrée, le poids et le diamètre abdominal ont été mesurés. Afin d'éviter de perfuser du liquide contaminé par des bactéries d'une éventuelle pathologie associée, nous avons toujours pratiqué des examens microscopiques des frottis du liquide de ponction colorés par les méthodes de Gram et de Ziehl-Nielsen. Les taux de protéines totales et d'albumine ont été dosés, le nombre de leucocytes calculé.

TABLEAU II : Examens de biochimie

EXAMEN	Examens normaux	Examens avec anomalies
UREE	38	—
CREATININE	38	—
ASAT	35	3
ALAT	35	3
BILIRUBINE	37	1
ALBUMINE	6	32

Nous avons repris la méthode que nous avons utilisée dans notre premier travail pour la réalisation de l'autoperfusion. La peau est désinfectée avec du polyvinylpyrrolidone iodé avant la mise en place au niveau de la fosse iliaque gauche d'une aiguille en Teflon n°14 dans 18 cas ou n°16 dans 20 cas. Par l'intermédiaire d'une simple tubulure pour perfusion intraveineuse, le liquide d'ascite est recueilli dans une pochette stérile. Cette pochette d'une capacité de 3.000ml est utilisée normalement dans les hôpitaux pour la nutrition parentérale totale. Elle est fabriquée avec un matériau inorganique qui évite la précipitation et la floculation des substances du liquide collecté. La pochette une fois remplie, son contenu est transfusé dans une veine périphérique du bras du malade à l'aide d'une canule de Teflon n°18. La perfusion est effectuée à une vitesse de 20 à 30 gouttes par minute (Photo 2).

Photo 2 : Le même malade pendant l'autoperfusion du liquide d'ascite



Pendant l'autoperfusion, la paracentèse est poursuivie et pour augmenter l'élimination du liquide d'ascite, une association de diurétiques composée de 80mg de furosémide et de 200mg de spironolactone est administrée.

RESULTATS

L'autoperfusion n'a pas provoqué d'effets indésirables majeurs : 9 sujets ont présenté une

hyperthermie pendant les 8 premières heures de la perfusion. Cette fièvre a cédé avec un traitement à l'hydrocortisone intraveineuse (dose moyenne : 300mg).

La quantité de liquide d'ascite réinjectée a été en moyenne de 3000ml avec un minimum de 2.500ml (2 cas) et un maximum de 6.000ml (3 cas).

L'autoperfusion a permis d'effectuer une paracentèse de plusieurs litres sans répercussion sur la santé du malade. Dans tous les cas, la paracentèse a été arrêtée après un délai maximum de 48 heures. La quantité de liquide d'ascite évacuée n'a jamais dépassé 16 litres (moyenne : 11,5 litres).

Une fois la paracentèse et l'autoperfusion terminées, les malades continuent de suivre un traitement diurétique avec les mêmes produits cités précédemment mais avec une dose plus faible de furosémide (40mg). Dans 19 cas, du chlorure de potassium est prescrit *per os* à la dose journalière moyenne de 200mg pendant 8 jours consécutifs.

Dans tous les cas, l'état général s'est amélioré. Aucune pathologie associée à des troubles hydroélectrolytiques n'a été observée. A la fin de la paracentèse, les troubles respiratoires à type de dyspnée résultant de l'ascite présentés par 24 malades lors de leur première consultation ont disparu.

Actuellement, tous les sujets traités sont vivants. Leur temps d'observation varie de 1 à 39 mois (Photo 3). Si la majorité des autoperfusés ne suivent qu'un régime diététique désodé et riche en potassium, 4 malades sont soumis à un traitement médical avec des diurétiques (furosémide 25mg + spironolactone 40mg) ayant pour but de contrôler l'ascite qui a tendance à récidiver.

Photo 3 : Le même malade après 36 mois



CONCLUSION

L'ascite, manifestation secondaire fréquente déterminée surtout dans notre région par *Schistosoma mansoni*, pose beaucoup de problèmes pour les malades car elle entrave leurs activités quotidiennes et a une répercussion sociale.

Pendant ces dernières années, pour éviter les troubles hydroélectrolytiques liés à l'évacuation de plusieurs litres de liquide d'ascite, la paracentèse continue a été compensée par la perfusion soit de solution d'albumine, soit du même liquide de ponction. Les études ont montré qu'il n'est pas obligatoire d'avoir à disposition des appareils coûteux pour filtrer le liquide d'ascite. La limite à la méthode est l'infection du liquide par des germes de provenance intestinale ou consécutive à de mauvaises conditions de pratique de la paracentèse. Cette probabilité d'infection est quasi nulle si l'on porte une attention particulière à l'hygiène tant du malade que des personnels médicaux et paramédicaux chargés de réaliser la paracentèse et l'autoperfusion.

L'amélioration de la symptomatologie peut être obtenue en un temps vraiment limité sans risques significatifs pour les malades et à un coût très bas (moins de 300FF) par rapport à celui nécessaire pour la méthode classique de perfusion de plusieurs flacons d'albumine humaine (\pm 350FF par flacon).

Une fois connue, la méthode d'autoperfusion ne nécessite pour être effectuée ni personnels qualifiés, ni bâtiments spécialisés pour l'hospitalisation et le traitement des ascitiques. La technique peut être ainsi adaptée aux petits hôpitaux de brousse africaine.

L'association de l'autoperfusion avec la paracentèse continue et un traitement diurétique permet d'obtenir en quelques jours une réduction significative de l'ascite. Pendant les jours qui suivent l'arrêt de l'autoperfusion, la diminution de l'ascite est encore renforcée par l'utilisation de diurétiques.

En conclusion, nous retenons que cette méthode est simple, d'un prix abordable, et selon notre expérience bien acceptée par les malades. D'après la littérature, elle présente des avantages comparables à ceux d'un shunt péritonéo-veineux classique.

Enfin, il faut signaler la récupération sociale des malades qui peuvent retourner à une vie active plus ou moins normale et qui, seulement dans quelques cas, nécessitent un traitement médical continu par des diurétiques.

BIBLIOGRAPHIE

SANLORENZO M., RANDRIAMITANTSOA S., CALDERA D. et coll. . – Traitement de l'ascite par l'autoperfusion : notre expérience.

Méd. Afrique Noire, 1992, **39**, 4 : 275-277.

PEREZ - AYUSO R. M., ARROYO V., PLANAS R. et coll. . – Randomized comparative study of efficacy of furosemide versus spironolactone in non azotemic cirrhosis with ascites. *Gastroenterology*, 1983, **84** : 961.

QUINTERO E., ARROYO V. et coll. . – Paracentesis versus diuretics in the treatment of cirrhotics with tense ascite. *The Lancet*, 1985, March 16.