

ACİL TIPTA PARASENTEZ İLKELERİ VE UYGULAMASI

Tuğçe TAŞAR YILDIRIM ¹

1. GİRİŞ

Parasentez, karın boşluğundaki sıvının tanı veya tedavi amacıyla boşaltılması işlemidir. Özellikle asit varlığı ile karakterize edilen karın içi patolojilerde hem tanısal hem de terapötik amaçlarla uygulanabilir. Acil servislerde, spontan bakteriyel peritonit (SBP), malign asit, karaciğer sirozu ve travma sonrası oluşan hemoperitoneum (karın içine herhangi bir nedenle olan kanama) gibi durumlarda hayati rol oynar. Uygun hasta seçimi, steril teknik ve komplikasyonların öngörülmesi, başarılı bir parasentez için temel ilkeler arasında yer alır. Bu bölümde, acil tıpta parasentez uygulamasının endikasyonları, ilkeleri, teknik detayları ve komplikasyon yönetimi ele alınmaktadır.

2. PARASENTEZ ENDİKASYONLARI

Parasentez işlemi tanısal (diagnostik), tedavi amaçlı (terapötik) veya her iki amaçla birlikte uygulanabilir.

2.1. Tanısal Parasentez

Periton boşluğundaki sıvının nedenini belirlemeye yönelik olarak; enfeksiyon, kanama veya malignite gibi durumları tespit etmek amacıyla az miktarda sıvı örneği alınarak tanıya yönelik olarak laboratuvarında analiz edilmesi amacıyla yapılan parasentez işlemi tanısal parasentez olarak adlandırılır. Yeni gelişen asit, sirotik hastalarsa spontan bakteriyel peritonit şüphesi, malignite şüphesi gibi durumlarda başvurulur.

2.2. Terapötik Parasentez

Terapötik parasentez, hastanın asitten kaynaklanan semptomlarını tedavi etmek için büyük miktarlarda asit sıvısının çıkarılması anlamına gelir. Masif asit varlığına bağlı solu-

¹ Uzm. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ttasar_09@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-0769-6357

8. ÖNERİLER

Parasentez işleminin güvenli ve etkili şekilde uygulanabilmesi için bazı önemli noktalara dikkat edilmelidir. Öncelikle işlem öncesi hasta öyküsü detaylı alınmalı, kanama diyatezi veya koagülopati varlığı mutlaka değerlendirilmelidir. Özellikle sirozlu hastalarda International Normalized Ratio (INR) ve trombosit düzeyleri göz önünde bulundurulmalı, gerekirse taze donmuş plazma veya trombosit desteği sağlanmalıdır. INR <2.5 güvenli kabul edilir. INR >2.5'te dikkatli olunmalıdır. İşlem sırasında aseptik teknik uygulanmalı ve mümkünse ultrason eşliğinde giriş yapılmalıdır. Bu yaklaşım hem başarı oranını artırmakta hem de komplikasyon riskini azaltmaktadır. Parasentez sonrası sıvı kaybına bağlı dolaşım bozukluğunu önlemek için, özellikle 5 litreden fazla sıvı boşaltıldığında her 5 L için 6-8 g albümin verilmesi önerilmektedir. Ayrıca hastalar işlem sonrası kanama, hipotansiyon veya enfeksiyon açısından yakından izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Runyon BA. AASLD Practice Guidelines Committee. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. *Hepatology*. 2009; Jun ; 49 (6) : 2087-107. doi: 10.1002/hep.22853. PMID: 19475696
2. Aithal GP, Palaniyappan N, China L, et al. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut*. 2021;70(1):9-29. doi:10.1136/gutjnl-2020-321790
3. Fleming KM, Aithal GP, Card TR, et al. The rate of decompensation and clinical progression of disease in people with cirrhosis: a cohort study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2010; 32(11-12), 1343–1350. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2010.04473.x>
4. Lichoska-Josifovikj F, Grivceva-Stardelova K, Todorovska B, et al. The value of serum-ascites albumin gradient as a predictor of spontaneous bacterial peritonitis in patients with liver cirrhosis and ascites. *Georgian medical news*. 2022; (330), 23–25. PMID: 36427835
5. Angeleri A, Rocher A, Caracciolo B, et al. New Biochemical Parameters in the Differential Diagnosis of Ascitic Fluids. *Gastroenterology research*. 2016 ; 9 (1), 17–21. <https://doi.org/10.14740/gr700w>
6. McGibbon A, Chen GI, Peltekian K, et al. An evidence-based manual for abdominal paracentesis. *Digestive diseases and sciences*. 2007; 52 (12), 3307–3315. <https://doi.org/10.1007/s10620-007-9805-5>
7. McVay PA, Toy PT. Lack of increased bleeding after paracentesis and thoracentesis in patients with mild coagulation abnormalities. *Transfusion*. 1991; 31 (2), 164–171. <https://doi.org/10.1046/j.1537-2995.1991.31291142949.x>
8. Sakai H, Sheer TA, Mendler MH, et al. Choosing the location for non-image guided abdominal paracentesis. *Liver international : official journal of the International Association for the Study of the Liver*. 2005; 25 (5), 984–986. <https://doi.org/10.1111/j.1478-3231.2005.01149.x>
9. Thomsen TW, Shaffer RW, White B, et al. Videos in clinical medicine. Paracentesis. *The New England journal of medicine*. 2006; 355(19), e21. <https://doi.org/10.1056/NEJMvcm062234>
10. Grabau CM, et al. Prospective study of 1100 paracenteses: ultrasound guidance decreases complications. *Hepatology*. 2004.

11. Pache I, Bilodeau M. Severe hemorrhage after paracentesis: incidence and risk factors. *Hepatology*. 2005.
12. Nazeer SR, et al. Ultrasound-assisted paracentesis by emergency physicians. *Acad Emerg Med*. 2005.
13. Mercaldi CJ, Lanes SF. Ultrasound guidance and paracentesis outcomes. *J Hosp Med*. 2013.
14. De Gottardi A, et al. Risk of complications after abdominal paracentesis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009.
15. Patel PA, Ernst FR. Ultrasonography-guided paracentesis improves safety. *J Ultrasound Med*. 2012.
16. Pache I, Bilodeau M. Cost-effectiveness of ultrasound paracentesis. *Hepatology*. 2010.
17. De Gottardi A, Thévenot T, Spahr L, et al. Risk of complications after abdominal paracentesis in cirrhotic patients: a prospective study. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2009;7(8),906–909. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2009.05.004>
18. Duggal P, Farah KF, Anghel G, et al. Safety of paracentesis in inpatients. *Clinical nephrology*. 2006; 66(3), 171–176. <https://doi.org/10.5414/cnp66171>
19. Otsuka Y, Nagaoka H, Nakano Y, et al. Subcutaneous edema as rare complication of abdominal paracentesis. *Clinical case reports*. 2021; 9 (11), e05116. <https://doi.org/10.1002/ccr3.5116>