

39. BÖLÜM PARASENTEZ

Emre ŞANCI¹

GİRİŞ

Batın içi serbest sıvının (asit) klinik ve tanısal gereklilik nedeniyle boşaltılmasına "parasentez" denir. Fizik muayenede abdominal distansiyon, batın içi serbest sıvı hareketinin palpasyonla tespiti, perküsyonda sıvı matitesinin alınması asit saptanması açısından tanısaldır. Fizik bakıda asit varlığı saptanabilse de özellikle lokule sıvı varlığında sıvı miktarının tespitinde yalnızca fizik muayene kısıtlıdır. Aynı zamanda fizik muayene sıvının barsak duvarı ile ilişkisi ve uzaklığını saptamada ve inferior epigastrik damarların omentum ile ilişkisi ve lokalizasyonunu göstermede yetersizdir. Geleneksel, ultrasonografi kılavuzluğunda yapılmayan parasentez işlemi barsak penetrasyon riski, vasküler yaralanma ve kanama riskinde artış ile sonuçlanabilmektedir. Bu doğrultuda ultrason kılavuzluğunda parasentez işlemi asit tespitinde özellikle az miktardaki sıvı kolleksiyonlarında ve girişim bölgesinin tespitinde daha duyarlıdır (1). Ultrasonografi en az 100 ml asit varlığında tanısaldır (2-3). Yapılan çalışmalarda geleneksel yöntemlerde 300 ml asit varlığında başarılı girişim oranı %44, 500 ml varlığında %78 olarak bildirilmekle birlikte 50 ml altında tanısal

değeri yoktur (4). Ultrasonografi kılavuzluğunda parasentez ile geleneksel parasentez karşılaştırıldığında ultrasonografinin başarı oranı geleneksel yöntemlere kıyasla daha yüksektir (sırasıyla %95 ve %61, $p=0,0003$) (5). Bu doğrultuda asit tanısında ve girişimsel olarak USG altın standarttır. Fizik muayenenin tanısal sensitivitesi %54, spesivitesi %29-82 olarak belirtilmiştir. 600 hastanenin verilerinin incelendiği retrospektif analizlerde USG kılavuzluğunda parasentez işleminin parasentez sonrası enfeksiyon, hematoma ve seroma gibi advers olaylarda geleneksel yöntemlerle kıyaslandığında daha düşük advers etkiye sahip olduğu görülmüştür (%1,4 ve %4,7, $p=0,001$) (6).

Genel anlamda batın içi serbest sıvı varlığında sonografik parasentez işleminin temelde iki endikasyonu bulunmaktadır:

- 1- Tanısal girişim
- 2- Tedavi amaçlı boşaltıcı girişim

KLİNİK ENDİKASYONLAR

- Asit tespiti
- En geniş sıvı alanının belirlenmesi
- Barsak duvarı ve omentumun lokalizasyonun belirlenmesi

¹ Uzm. Dr. Emre ŞANCI, Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Bölümü, emresanci@gmail.com

c. Konveks probunuzu sağ ve sol alt kadrana yerleştirin ve sıvının yerini tespit edin. Takibinde probu sıvının en yoğun olduğu alanın tespiti için sağ üst ve sol üst kadrana doğru kaydırın.

d. Zayıf ya da genç hastalarda lineer ya da curved prob ile barsak anslarının ve damarsal yapıların tespiti ve cilde uzaklığını tespit edin.

e. Aseptik koşulların sağlanması için povidon iyot ya da batikon ile cilt temizliği yapın.

f. Girişim öncesi prosedural sedasyon kullanın.

g. Statik pozisyon için sıvının en yoğun olduğu alanı tespit ettikten sonra cildi bir marker ile işaretleyin.

h. Dinamik yaklaşım için iğnenin lokalizasyonu ve hareketi lineer prob ile görüntülenebilir. İğne ciltten geçtikten sonra hiperekoik olarak gözlenir ve reverberasyon artefaktı oluşturur.

i. Girişim sonrası iğne ile aspirasyon yapıldıktan ve sıvının iğnenin haznesine dolduğunu gördükten sonra parasentez seti ile kateter yerleştirmek suretiyle ya da drenaj seti ile serbest drenaja alın.

j. Yeterli sıvı alınıp alınmadığının tespitinde ultrasonografi ile sıvının kalan miktarı tespit edin.

k. Yeterli drenaj sağlandıktan sonra kateteri çıkarıp girişim yeri sterilize edilerek cildi kapatın.

Ekipmanlar

- Eldiven
- Maske
- Ultrason probu
- Ultrason cihazı
- Antiseptik solüsyon
- Gazlı bez
- Lidokain
- 10 ve 60 ml enjektör
- Girişim iğnesi (22-25 gauge)
- Bisturi (11 numara)
- 8F, 7,5 iğne kateter drenaj seti
- 3 yollu musluk
- Drenaj seti

KONTRENDİKASYON

Ultrason kılavuzluğunda parasentez işleminin mutlak kontrendikasyonları bulunmamakta birlikte hasta odaklı görece kontraendikasyonlar tanımlanmıştır. Bu görece kontraendikasyon-

lar acil durumlarda işlemin uygulanabilirliğini engellemektedir.

Görece kontraendikasyonlar;

- 1- Trombositopeni (platelet <20.000)
- 2- Koagulapati (INR>2.0)
- 3- Dissemine intravasküler koagulopati
- 4- Primer fibrinolitik
- 5- Gebelik
- 6- Distantü mesane
- 7- Abdominal duvar selülit
- 8- Distantü bağırsak ya da ileus
- 9- İntraabdominal adezyon

PÜF NOKTALAR

US yokluğunda çoğu zaman parasentez sol alt kadrandan yapılır. US eşliğinde ise barsak, mesane, damarsal yapıların olmadığı herhangi bir yerden girişim yapılabilir.

Dikkat edilmesi gereken noktalar

- US ile girişim yeri tespit edildikten sonra girişim yapılıncaya kadar geçen sürede hasta pozisyonu değiştirilmemelidir.
- Uygun ponksiyon yeri tespit edildikten sonra barsaklar hareketli olduğu için en az 1 dakika bekleyip ponksiyon yerine barsağın girmedini tekrar kontrol etmek gerekir.
- Büyük sıvı dolu yapılar (mesane, kistler, kalın barsak parçaları) yanlış olarak intraperitoneal sıvı olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Sachita S. Manuel of Ultrasound. In: Hwang J. Procedures; 2011. p. 307-323
- 2- Williams JW, Simel DL. The rational clinical examination. Does this patient have ascites? How to divine fluid in the abdomen. JAMA. 1992;267(19):2645-2648.
- 3- Goldberg BB, Clearfield HR, Goodman GA, et al. Ultrasonic determination of ascites. Arch Intern Med. 1973;131(2):217-220.
- 4- Giacobene JW, Siler VE: Evaluation of diagnostic abdominal paracentesis with experimental and clinical studies. Surg Gynecol Obstet 1960; 110:676-686
- 5- Nazeer SR, Dewbre H, Miller AH. Ultrasound-assisted paracentesis performed by emergency physicians vs the traditional technique: a prospective, randomized study. Am J Emerg Med. 2005;23(3):363-367.
- 6- Patel PA, Ernst FR, Gunnarsson CL. Evaluation of hospital complications and costs associated with using ultrasound guidance during abdominal paracentesis procedures. J Med Econ. 2012;15(1):1-7.