

# Ascitesutredning och behandling

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Henrik Simán, överläkare, medicinkliniken Växjö

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
2	Utredning.....	2
2.1	Teknik.....	2
2.2	Provpunktion .....	2
2.3	Lab .....	3
2.3.1	Albumindifferens .....	3
2.3.2	Bestämning av vita blodkroppar i ascitesvätska .....	3
2.3.3	Amylas i ascitesvätska.....	3
2.3.4	Chylös ascites .....	4
3	Behandling.....	4
3.1	Ascitesbehandling vid cirrhos.....	4
3.2	Terapeutisk laparocentes .....	4

## 1 Inledning

Vid utredning av nydebuterad ascites skall provpunktion göras. Cytologi bör alltid göras vid första tappningen. Vid försämring av känd leversjukdom med ökande ascites skall provpunktion göras speciellt om det finns misstanke på infektion.

Terapeutisk laparocentes skall göras vid spänd ascites och även som komplement till diuretika-behandling vid levercirrhos med ascites.

## 2 Utredning

### 2.1 Teknik

Endast grav koagulopati utgör en absolut kontraindikation.

Om man måste tappa en riskpatient med INR över 2 eller trombocyter under 50 bör tappningen ske i medellinjen mellan naveln och symfysen.

Detta område saknar blodkärl av betydelse. **OBS!** Undvik bukärr.

I övriga fall sker tappningen bäst i vä fossa efter kartläggning av flankdämpning. Bedöva först.

Använd vid tappningen antingen grov venflonnål eller metallnål som vid pleuratappning.

**OBS!** Om infartskanyl i plast användes får aldrig metalledaren föras in igen i katetern när den en gång dragits ut.

### 2.2 Provpunktion

Bestäm albumindifferensen mellan ascites och serum.

Är skillnaden över 11 g/l är det mer än 95 % sannolikhet att genesen är portal hypertension.

Regeln gäller ej om plasmaalbumin är lägre än 15 g/l.

## 2.3 Lab

### 2.3.1 Albumindifferens

Hög = mer än 11 g/l	Låg = mindre än 11 g/l
cirrhos	peritonealcarcinom
alkoholhepatit	tbc peritonit
massiv levermetastasering	pankreatisk ascites
Budd-Chiari syndrom	nefrotisk syndrom
portavenstrombos	serosit vid kollagenos
myxödem	
hjärtsvikt	

Nästan 80 % av all ascites beror av cirrhos med komplikationer. Tänk på att blandformer finns.

Vid cirrhos kan spontan bakteriell peritonit förekomma. Trots hög albumindifferens i ett sådant fall kan ändå infektion föreligga.

Cytologi på ascitesvätska tas alltid vid första ascitestappningen.

### 2.3.2 Bestämning av vita blodkroppar i ascitesvätska

Bestäm poly och mono och totalantalet vita.

Om polymorfnukleära vita är över  $250 \times 10$  (upphöjt i 6) per liter talar det för en infektion, i första hand för en spontan bakteriell peritonit som i 10 % drabbar cirrhospatienterna. Patienten har feber, ont i buken och kan snabbt försämrats i sin leversjukdom.

Behandling, (efter odling av ascitesvätska), är Cefotaxim 2 g x 2 i 5 dagar,

Är patienten mindre påverkad kan behandling ges med T Ciproxin 0,5 g x 2.

### 2.3.3 Amylas i ascitesvätska

Förhöjt värde förekommer vid ruptur av pankreasgång hos patient med kronisk pankreatit eller pankreascysta. Så kallad pankreatisk ascites uppstår och förekommer nästan uteslutande vid grav alkoholism.

### 2.3.4 Chylös ascites

Chylös ascites är mjölkfärgad ascites och det förekommer sällan vid cirrhos. Det är vanligare vid lymfom med lymfavflödes hinder och ses ibland som postoperativ eller posttraumatisk komplikation.

Bestäm triglycerider i ascitesvätska vid misstanke om chylös ascites.

## 3 Behandling

### 3.1 Ascitesbehandling vid cirrhos

Vid malignitet eller inflammation har diuretika dålig effekt. Vid cirrhos föreligger en sekundär hyperaldosteronism och total hypernatremi trots ibland lågt serumnatrium.

1. Begränsning av natriumintaget är viktigt, men får ej äventyra kaloriintaget.
2. Begränsning av vätskeintaget till 1500 ml per dygn.
3. Diuretikabehandling

Börja med Spironolakton 100 mg 1 x 1. Det kan ibland ta 1-2 veckor innan effekten kommer.

Kombinera vid behov med Furix 40 mg 1 x 1. Om patienten inte har ödem eftersträvas en vikt nedgång på 0,5 kg dagligen. Kontrollera effekten av behandlingen med stickprov Na/K i urin. Kvoten skall vara över 1.

Natriumutsöndringen måste komma igång, öka annars Spironolaktondosen.

**Var försiktig med diuretikabehandling om patienten har stigande kreatinin, sjunkande natrium och om patienten är perifert torr.**

### 3.2 Terapeutisk laparocentes

Klar indikation föreligger vid spänd ascites och vid behandlingsrefraktär ascites. Indikationen är relativ hos patienter som svarar på diuretika. Terapeutisk laparocentes med efterföljande albumintillförsel ger kortare vårdtid och något mindre risk för elektrolytrubbningar och njurpåverkan jämfört med diuretikabehandling.

**En enstaka** stor laparocentes på maximalt 4 liter utan albumintillförsel är säker hos patient som har perifera ödem och som har normalt blodtryck och njurfunktion. Likaså kan enstaka mindre laparocenteser på cirka 2 liter göras på dessa patienter utan albumintillförsel.

Saknar patienten ödem och om man gör flera tappningar under kort tid bör albuminersättning ges för den mängd ascitesvätska som tappas ut (cirka 6-8 gram

albumin per liter ascitesvätska. Innebär Albumin 200 g/100 ml per 3000 ml uttappad ascitesvätska).

Om patienten har lågt blodtryck, stigande kreatinin och ökande hyponatremi bör tappning ske med försiktighet och albuminersättning måste ges.

Kom ihåg att provtappa.

Kom ihåg att 90 % av ascitespatienterna svarar på diuretika.

Det är viktigt att efter utskrivningen reducera diuretikadosen beroende på viktneidgång och att följa elstatus.

Se även vårdrutin/PM

Buktappning Med CLV

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.**