

## Ascites

Diagnostik av större mängder ascites är ofta lätt med endast klinisk undersökning. Hos patienter med en ascitesmängd understigande 1,5 liter måste i allmänhet annan metod användas, förslagsvis ultraljud. Man får då även annan viktig information ex flödesförhållanden i v porta, förekomst av malign sjukdom i lever etc.

Alla patienter med nydebuterad ascites skall utredas med tanke på bakomliggande sjukdom. Provtagning på ascitesvätskan är en viktig del i utredningen.

### *Prover som skall tas på nydiagnosticerad ascites:*

1. LPK poly/mono
2. Odling – i blododlingsflaskor.
3. Albumin (ev. totalprotein)
4. Cytologi
5. Lipas

Vid behov av buktappning hos patient med redan känd ascitesproblematik (=som tidigare är tappad) skall prover enligt punkt 1-2 tas.

### **Ascites vid levercirros**

Ascites är det vanligaste tecknet på dekomensationen vid levercirros, och cirros förklarar cirka 80% av all ascites. Ascitesvätskan är i regel klar och halmgul till färgen hos denna patientgrupp. En låg albuminkoncentration (<10 g/l) ses vanligtvis. Skillnaden mellan serumalbumin och ascitesalbumin kan med fördel bestämmas. Om skillnaden är > 11g/l (SAAG= serum-ascites albumin differens) orsakas ascitesen med 97 % sannolikhet av levercirros.

Ett alternativ är att bestämma totalprotein i ascites. Man delar då in ascites i transudat (<25 g/l) och exsudat (> 25g/l). Transudat talar för levercirros som genes till patientens ascites medan ett exsudat talar för peritonealcarcinom. Specificiteten är dock betydligt lägre än att använda SAAG (se ovan).

### **Ascites av annan genes än levercirros**

1. Malignitet. Skall misstänkas då ascitesen är blodtillblandad. Den är dock blodtillblandad i endast en minoritet av fallen (även ascites orsakad av cirros kan vara blodtillblandad). Har högt albumin-innehåll. Cytologi är positivt endast vid peritonealcarcinom.
2. Hjärtsvikt – inte helt ovanligt. Halmgul till färgen och ofta hög albuminhalt.
3. Tuberkulos – hög cellhalt av ffa mono. Hög albuminhalt. Odling och PCR endast vid misstanke på TBC. Säkraste sättet att få diagnos är peritonealbiopsi med odling, PCR och histologi.
4. Pankreasutlöst – vid svår pankreatit eller rupturerad pankreascysta. Hög albumin halt och högt amylas/lipas i ascites (5-20 ggr halten i serum).

Ibland ser man att ascitesvätskan är vit och grumlig (kylös). Detta beror på ett högt innehåll av triglycerider. Detta orsakas av lymftillblandning, oftast beroende på rupturerade lymfkärl i buken. Detta kan orsakas av flera tillstånd:

1. Malignitet – bla lymfom
2. Levercirros med portal hypertension.
3. Postoperativt – efter bla aortakirurgi
4. Tuberkulos – ffa i andra delar i världen.

## Behandling

Patienter med lätt/måttlig mängd ascites skall behandlas med i första hand diuretika (Spironolakton 50-400 mg/dygn+Furosemid 40-200 mg/dygn), och begränsning av saltintaget (normalsaltat men inget extra=5 g/dag). Vid uttalad eller spänd ascites bör buktappning göras. Vätskerestriktion (max 1,5 l/dygn) är endast aktuellt vid uttalad hyponatremi.

### *Tappning av ascitesvätska:*

1. Via venflon – 1,7 eller 2,0 mm. Görs i vänster fossa (vänster McBurney) efter desinfektion och lokalbedövning. Venflonen fästes med tejp, ett droppaggregat kopplas på och en uribag anslutes.
2. Via speciellt avsedd Skater-nål eller Cystofix. Utförande som med venflon förutom att ett 2-3 mm skalpellsnitt i bukväggen bör göras efter bedövningen för att underlätta nålinförande.
3. Ultraljudledd insättning av ”pigtail” på röntgen.

Hos en leversjuk patient kan en buktappning göras oberoende av koagulationsstatus då högt PK eller lågt TPK då inte korrelerar till en ökad blödningsrisk. Substitution med plasma eller trombocyter behövs i allmänhet inte.

Oberoende av tappningsteknik skall det normalt ”tappas torrt”. Hos patienter med kreatininstegring eller cirkulatorisk påverkan bör man dock överväga att avbryta efter cirka 5 liter. Dränet skall dras bort inom 8-12 timmar och inte sitta kvar även om det fortsätter att rinna litet. Det är bättre att tappa ytterligare en gång.

Provtagning från ascitesvätskan med analys av LPK poly/mono samt bakterieodling ska alltid tas i samband med tappning. Neutrofila granulocyter (poly)  $>250 \times 10^6$  är diagnostiskt för spontan bakteriell peritonit och skall behandlas med antibiotika.

För diagnostisk tappning av mindre mängd ascites, t ex vid misstanke om spontan bakteriell peritonit, kan man efter desinfektion använda en intramuskulär nål och en vanlig plastspruta för att ta ascitesprov. Man behöver då inte bedöva innan.

### *Substitution efter tappning:*

Substitution skall ske efter tappning vid de tillstånd som aktiverar renin-angiotensinsystemet (cirros, hjärtsvikt, njurutlöst). Övriga tillstånd behöver ej substitueras.

1. Vid tappning  $< 5$  liter – ingen substitution.
2. Vid tappning  $> 5$  liter – ge inf albumin 6 – 8 g/liter tappad ascites dvs 20g (=en flaska á 100 ml, 200 mg/ml) per tre liter ascites (räknat från första literen).

Övrig behandling av ascites, se vårdprogram om levercirros.