

ASCITESPUNCTIE

● OMSCHRIJVING:

Ascites, het opstapelen van vocht in het abdomen, komt veel voor bij terminale patiënten. Bij peritoneale carcinomatosis ontstaat deze ascites door obstructie van de normale veneuze circulatie en de lymfedrainage. Ook kunnen bepaalde tumorfactoren bijdragen tot ontwikkelen van ascites. Met een ascitespunctie kan dit vocht verwijderd worden wat bijdraagt tot het comfort van de patiënt.

● KLACHTEN:

toename van abdominale omtrek. Patiënt ervaart vage algemene abdominale hinder omschreven als gevoel van opzwellen of een zwaarte in de buik vooral bij het stappen. Andere klachten kunnen zijn: anorexie, buikpijn, refluxklachten, oedemen en dyspnoe. Gewichtstoename en enkelzwellings zijn meestal aanwezig.

● KLINISCH ONDERZOEK:

inspectie van abdomen, percussie (zowel in gewone decubitus als in links laterale decubitus) van abdomen en bepalen van de hepatojugulaire reflux (uitzonderlijk kan ascites ontstaan t.g.v. hartfalen). Om aantoonbaar te zijn, moet minstens 1.000 tot 1.500 ml ascitesvocht aanwezig zijn.

● INDICATIES voor ascitespunctie:

- ascites met belangrijke (ademhalings)hinder tgv hoogstand van het diafragma
- een vol gevoel in de buik of diffuse buikpijn
- ascites met misselijkheid en/of braken (eerder dan anti-emetica!)
- de ascites kan volledig, of meestal gedeeltelijk, verwijderd worden. De punctie kan, indien nodig, herhaald worden. Let wel: iedere evacuerende punctie gaat gepaard met belangrijk proteïneverlies.

● CONTRA-INDICATIES:

er zijn geen absolute contra-indicaties; ook bloedstollingstoornissen bij leverinsufficiëntie zijn geen contra-indicaties.

● NOMENCLATUUR:

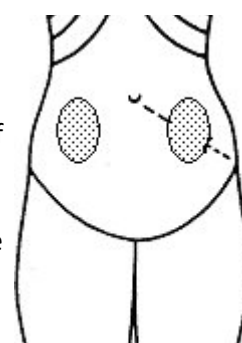
	Code	coëfficiënt	honorarium
Punctie voor evacuatie ascites ...	355456	K19	zie RIZIV

● **MATERIALEN:**

	CNK nummer	in palliatieve wachtkoffer?
steriele kompressen 5/5	0825-240	
Iso-betadine unidose 5 ml	2247-849	
Xylocaine 2% zonder adrenaline	0137-562	
SC naald 25G x 1½"	1730-787	
sprit 5 ml	811-810	
insyte W cath 14G 2,1x45mm	1500-263	JA
sprit 10 ml	894-097	JA
leiding perfusietrouse	3631-611	JA
Opsite postop	2077-188	

● **DE TECHNIEK:**

- vooraf: de patiënt de nodige uitleg geven en blaas laten ledigen
- houding van de patiënt: op de rug, het lichaam lichtjes naar links (of rechts) gekeerd, hoofdeinde van bed mag lichtjes verhoogd zijn
- plaats van punctie: tussen middelste en buitenste derde van de denkbeeldige lijn tussen navel en crista iliaca superior (heupkam)
- huid ontsmetten met alcoholbevattend ontsmettingsmiddel



- lokale anesthesie van huid en spier; op het einde kan men wat ascites aspireren: zo wordt diagnose bevestigd en krijgt men een idee van dikte van spierwand

*steriele kompressen 5/5
Iso-betadine oploss. Dermicum*

- na 5 minuten: opnieuw ontsmetten en buik loodrecht aanprikken met intraveneuze katheter op spuit van 10 ml totdat ascitesvocht kan opgezogen worden

*Xylocaine 2%
naald 25G x 1½"
spuit 5 ml*

- koppel katheter aan de leiding van een perfusietrouse (zonder druppelkamer) en leid deze af naar opvangrecipiënt

*intraveneuze katheter 14 Gx45 mm
spuit 10 ml*

- einde: na volledige of gedeeltelijke evacuatie wordt de naald weggenomen en de punctieplaats met drukverband bedekt

*leiding perfusietrouse
opvangrecipiënt*

absorberend drukverband

COMPLICATIES (zeldzaam):

- ascites niet aanprikbaar: controleer of er ascites is door de patiënt op de zijde te laten liggen en te controleren of er een verplaatsing van de demping optreedt
- voortijdig stilvallen van de evacuatie: plaats patiënt op zijn linkerzijde en druk het abdomen met twee handen samen. Er kan ook een compartimentering optreden met afgesloten compartimenten. Bij belangrijke klachten, kunnen de verschillende compartimenten d.m.v. verschillende puncties geëvacueerd worden.
- punctie blaas: deze kan vermeden worden door patiënt voor het starten van de procedure te laten urineren
- punctie darmen: dit merkt men door aspiratie lucht: verwijder de naald of katheter en probeer op een andere plaats. Punctie van een darm geeft geen aanleiding tot ernstige problemen. Doet zich meer voor bij bestaan van adhesies: prik daarom niet in onmiddellijke omgeving van littekens.
- aanprikken van organen bij hepato- of splenomegalie: steeds eerst aan de hand van percussie en palpatie de organen trachten af te lijnen. Bij het aanprikken van organen wordt de naald of katheter verwijderd.
- bloederig ascitesvocht: bij peritoneale metastasen kan het ascitesvocht bloederig zijn. Dit kan ook voorkomen bij aanprikken of beschadiging van een bloedvat. Dit geeft zelden problemen.
- cardiovasculaire collaps: treedt op bij snelle en volumineuze evacuatie
- hypotensie: daarom de patiënt aanraden na een ascitespunctie een tijd te blijven liggen
- vochtverlies t.h.v. de punctieplaats: na een ascitespunctie kan het insteekpunt blijven lekken. Indien een absorberend verband niet voldoende blijkt, kan er een stomazakje over het insteekpunt geplaatst worden, waarin het vocht wordt opgevangen.

● FOLLOW-UP:

- laat patiënt voldoende lang liggen
- controleer op tekens van bloedingen (tachycardie, hypotensie, pijn t.g.v. peritoneale prikkeling door bloed)
- evalueer de beleving van de patiënt en zijn/haar naaste

● REFERENTIES:

Schrijvers D. Hoe voer ik een ascitespunctie uit? Info-PHA. 1998; 3:3-4

Berger A et al. Principles and practice of palliative care and supportive oncology. Philadelphia: Lippincott, 2002:265-269

Marbas L L, Case E. Clinical Procedures. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2004:103-104

McNamara P. Paracentesis – an effective method of symptom control in the palliative care setting? Pall Med. 2000; 14:62-64

Preston N, Seers K, MacArthur V Interventions for the palliation of malignant ascites. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

● MEER WETEN:

www.pallialine.nl

http://www.pallialine.nl/richtlijn/bijlage.php?bijlage_id=1