

Ascites och Spontan bakteriell peritonit (SBP)

Sammanfattning

Dokumentet beskriver basal utredning, behandling och omhändertagande av patient med ascites. Innehållet är en sammanfattning av det uppdaterade nationella vårdprogram (2016) som finns publicerat på SGF's hemsida.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund	1
Förutsättningar	1
Genomförande	2
Orsaker till ascites.....	2
Utredning ascites	2
Behandling av ascites vid levercirrhos	3
Spontan bakteriell peritonit (SBP)	4
Diagnos	4
Behandling	4
Utvärdering.....	4
Profylax	4
Dokumentinformation	4
Referensförteckning/ Länkförteckning.....	4

Bakgrund

Ascites är ett allvarligt symptom vid levercirrhos. Två-års mortaliteten är cirka 50 % vid tillkomst av ascites.

Förutsättningar

Riktlinjen berör läkare och sjuksköterskor som behandlar patienter med ascites orsakad av levercirrhos vid medicinkliniken, SÄS, Borås. Utredning, behandling och uppföljning av patienter med ascites ska ske i samråd med gastroenterolog, konsult-tfn. 4482.

Genomförande

Orsaker till ascites

- Levercirrhos (cirka 80%)
- Malignitet (gynmalignitet och peritoneal carcinomatos vanligast)
- Hjärtsvikt
- Ovanliga tillstånd (ex. tbc, nefrotiskt sdm, myxödem, levervenstrombos, rupturerad pancreascysta).

Vid utredning av orsaken till ascites kan skillnaden mellan koncentrationerna av albumin i serum och ascites med fördel bestämmas. Om skillnaden är ≥ 11 g/L (SAAG= serum-ascites albumin gradient) är orsaken med mycket stor sannolikhet levercirros. Oftast är SAAG < 11 g/L vid malignitet.

Utredning ascites

- Diagnostisk laparocentes.
- Prover på ascites:

Prov	Resultat	Diagnos
Albumin/protein*	SAAG > 11 g/L	Levercirrhos
LPK*	Poly $> 250 \times 10^6$ /L	Spontan bakteriell peritonit
Odling*	Positiv	Spontan bakteriell peritonit
Cytologi*	Maligna celler	Malignitet
Amylas**	Kraftigt förhöjt	Pancreassjukdom
Tbc-odling**	Positiv	Tuberkulos

*Obligat vid förstags ascites

** Endast vid riktad misstanke

RIKTLINJE

Fastställdedatum

2021-08-20

Gäller fr.o.m.

2021-07-22

Gäller inom

Medicinklinik

Barium-id

32363

Gäller t.o.m.

2023-07-22

Sida

3 (4)

Utgåva

3

Behandling av ascites vid levercirrhos

- Saltrestriktion: undvik saltrik mat. Salta inte extra på maten
- Vätskerestriktion: Max 1500 ml/dygn. Vid utspädningshyponatremi (<125 mmol/l) max 1000 ml/dygn.
- Diuretika:
 - Förstahandsval är en aldosteronantagonist, spironolakton 100mg x1 (max 400 mgx1). Eplerenon är ett alternativ vid gynekomasti.
 - Tillägg av loop-diuretikum, furosemid, behövs vanligen. Vid förekomst av perifera ödem kan behandling med 40 mg påbörjas samtidigt som spironolakton. Maxdos för furosemid är 160 mg.
 - Behandlingsmål: Viktnedgång 0,5 kg/dygn Vid perifera ödem 1 kg/dygn.
- Monitorera
 - S-kreatinin samt S-Na och K regelbundet, dagligen i slutenvård.
 - Hyponatremi ska inte substitueras då det vanligen beror på utspädning.
 - Daglig vikt i slutenvård
- Kvoten av U-Na och U-K kan användas som stöd för justering av terapin. Vid kvot < 1 ska dosökning av spironolakton övervägas (med hänsyn till S-elektrolyter samt kreatinin).
- Vid spänd/symptomatisk ascites:
 - Kompletta laparocentes.
 - Vid ascitesmängder > 5L ges volymsubstitution med albumin i.v. motsvarande 6-8g/L avtappad ascites
 - Ge 200 ml albumin 200mg/ml vid >5L ascites
 - Ge 400 ml albumin 200mg/ml om >9L ascites
- Behandling med NSAID-preparat är kontraindicerat
- På grund av ökad mortalitet bör behandling med propranolol avslutas vid refraktär ascites.
- Utsättning av andra blodtryckssänkande farmaka bör övervägas.
- TIPS (transjugulär intrahepatisk portosystemisk shunt) ska övervägas i terapiresistenta fall.
- Överväg att starta transplantationsutredning.

RIKTLINJE

Fastställdedatum
2021-08-20
Gäller fr.o.m.
2021-07-22
Gäller inom
Medicinklinik

Barium-id
32363
Gäller t.o.m.
2023-07-22

Sida
4 (4)
Utgåva
3

Spontan bakteriell peritonit (SBP)

En vanlig och allvarlig komplikation vid cirrhos. Ofta diffusa, ospecifika symptom som ska misstänkas vid all form av försämring hos cirrhospatient med ascites.

Diagnos

- Polynukleära leukocyter (LPK-PMN) i ascites $>0,25 \times 10^9 / L$ är diagnostiskt
- Odling är ofta negativ. Svar på odlingen ska ej inväntas innan behandling påbörjas.

Behandling

- Cefotaxim 1g x 3 i 5 dagar
- Inf Albumin 200 mg/ml, dag 1, 100+0+100 ml, sedan 100 ml 1+0+0 i 3-5 dagar.

Utvärdering

- Förnyad analys av LPK-PMN i ascitesvätska bör göras efter två dagars behandling. Vid mindre än 25% reduktion eller vid klinisk försämring bör SBP orsakad av resistenta bakterier alternativt sekundär bakteriell peritonit med fokus i bukorgan eller bukvägg misstänkas.

Profylax

- Efter genomgången SBP ska patienten fortsätta med per oral antibiotika som profylax pga hög recidivrisk
- T Ciprofloxacin 500 mg x1 rekommenderas i första hand.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Anders Lasson, överläkare, mag-tarmsektionen, Medicinkliniken, SÄS

Fastställt av

Karin Hederstierna, verksamhetschef, Medicinkliniken, SÄS

Nyckelord

Levercirrhos, ascites, spontan bakteriell peritonit, behandling

Referensförteckning/ Länkförteckning

1. http://www.svenskgastroenterologi.se/sites/default/files/Final_Ascites_N_R_160905.pdf