

Ascitestappning (laparocentes), SÄS

Sammanfattning

Rutinen beskriver förberedelser inför ascitestappning, utrustning som behövs vid dukning samt utförande av tappningen. Dessutom berörs provtagning vid ascitestappning och tolkning av de vanligaste analyserna.

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella ändringar, giltighetstiden förlängd.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version	1
Förutsättningar	1
Genomförande	2
Diagnostik	2
Dukning inför ascitestappning	2
Utförande	2
Provtagning och tolkning av analysresultat	3
Tillförsel av volymexpander	4
Ascitestappning palliativ vård	4
Dokumentinformation	5
Referensförteckning	5

Förutsättningar

Ascites kan vara ett symptom på ett flertal olika sjukdomstillstånd. Den vanligaste orsaken är leversjukdom med portal hypertension, vanligtvis levercirrhos. Malignitet, oftast med spridning till peritoneum, är förklaring till ascites i drygt 10% av fallen. Den tredje vanligaste orsaken är hjärtsvikt. Utöver detta finns ett flertal ovanliga orsaker till ascites,

t.ex. portavenstrombos, levervenstrombos, nefrotiskt syndrom, infektion etc.

Ascitestappning ska utföras då det finns indikation för diagnostik, t.ex. vid förstagångsascites eller misstanke om spontan bakteriell peritonit, samt för symtomlindring.

Genomförande

Diagnostik

Klinisk misstanke på ascites verifieras enklast med ultraljud. Inför laparocentes kan lämpligt punktionsställe markeras av radiolog. Hos patient med känd ascites kan laparocentes utföras utan föregående ultraljudsundersökning om tydlig dämpning kan perkuterats fram. Lämpligaste punktionsställe är vänster flank.

Dukning inför ascitestappning

Vårdpersonal (sjuksköterska eller undersköterska) på vårdenheten förbereder inför ascitestappning. Dukning ska ske så att ascitestappningen sedan kan göras under sterila förhållanden. Följande materiel ska dukas fram på steril duk:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| - Tvättset inkl pincett | - Tvättsuddar |
| - Sterila kompresser | - Spruta 10 ml |
| - Uppdragskanyl (rosa) | - Injektionskanyl (grå 50 mm) |
| - Engångsskalpell | - Cystofixset |

Utöver detta ska följande finnas med, men inte på sterilt bord:

- | | |
|--|--------------------|
| - Mepivakain (Carbocain) 5 mg/ml (eller motsvarande) | |
| - Klorhexidinsprit | |
| - Sterila handskar | - Förbandsmateriel |
| - Tejp (av vävtyp) | - Extra uribag |

Vid eventuell provtagning:

EDTA-rör (lila propp), 300 ml plastflaska, blododlingsflaskor.

Förbered med absorberande duk under patienten.

Utförande

Ascitestappning utförs av läkare. Använd skyddsförkläde i plast. Ascitestappning ska utföras under sterila förhållanden. Tänkt punktionsställe steriltvättas med klorhexidinsprit. Lokalbedövning appliceras i huden,

varpå nålen under injektion successivt förs in mot bukhålan. Aspirera regelbundet för att säkert lokalisera ascites. Bedöva stick-kanalen. Använd skalpellens för att göra en cirka 3 mm lång incision i huden. Det räcker oftast att sticka med skalpellens spets.

Backa avtappningsslangen i Cystofixnålen så att slangen inte syns vid nålens spets. Stäng slangen med tillhörande plastklämma. Cystofixnålen förs sedan in under samtidigt lätt tryck och rotation. När fri bukhåla med ascites nås, kommer det att rinna ascites ur nålen. Mata då in cirka 2/3 av totala slanglängden (det ska gå lätt) och backa ut nålen. Dela nålen i sina två preformerade hälften och tag bort den från slangen. Fixera slangen med lämpligt förbandsmaterial.

Koppla på en uribag och öppna slangklämman. När en uribag är full byts den ut mot en ny. Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att den totala ascitesmängden mäts.

Cystofixslangen ska sitta kvar så länge ascites rinner spontant, vilket sällan tar mer än 4 timmar. Låt aldrig slangen ligga kvar över natten p.g.a. infektionsrisk. När slangen dragits ut bandageras stickhålet med kompresser. För att minska risken för läckage kan en rulle gasbinda appliceras över stickhålet för att ge ett visst tryck.

Provtagning och tolkning av analysresultat

För analys av leukocyter och protein används EDTA-rör 4 ml (lila propp); ett och samma rör till båda analyserna.

Leukocyter: Akutprov. Fråga efter antalet polymorfkärniga leukocyter. $>250 \times 10^6/L$ talar för spontan bakteriell peritonit och är ett säkrare diagnostikum än odling. Observera att blodtillblandad ascites kan ge höga LPK utan peritonit.

Protein: Proteinhalten i ascites kan ge information om orsaken till ascites. Vid låga värden ($<10 \text{ g/l}$) är sannolikt portal hypertension orsaken medan höga värden indikerar annan orsak (malignitet? hjärtsvikt?).

Cytologi: Cirka 300 ml i plastflaska. Tillsätt 2-3 droppar heparin 5000E/ml. Cytologi är viktigast att analysera vid förstagångsascites.

Odling: Blododlingsflaskor. Endast positiv i cirka 40% av fall med spontan bakteriell peritonit.

Tillförsel av volymexpander

Tillförsel av albumin baseras på hur stor mängd ascites som avtappats.

<3 liter:	ingen volymexpander
3-5 liter:	100 ml albumin 200 mg/ml i.v.
5-9 liter:	200 ml albumin 200 mg/ml i.v.
>9 liter:	400 ml albumin 200 mg/ml i.v.

Ascitestappning palliativ vård

Inom palliativ vård är ascites, sekundär till malign sjukdom, relativt vanligt förekommande och kan ge besvärande symtom som t.ex. dyspné, buksmärter, illamående och tryckkänsla. Indikation för ascitestappning är enbart symtomlindring.

Vid ascitestappning inom palliativ vård gäller följande förtydliganden av den generella rutinen.

- Ascitestappning ordinerar och utförs av palliativa teamets läkare med assistans av sjuksköterska eller undersköterska.
- Tappning kan utföras på vårdavdelning eller i patientens hem/särskilt boende.
- Vid tappning kan cystofixkatetern bytas mot perifer venkateter 2 mm (orange), som kopplas till infusionsslang med avklippt droppkammare; denna metod minskar risken för postoperativt ascitesläckage. Ascites samlas upp i hink.
- Preoperativ ultraljudsundersökning kan utföras bedside av operatören. Om tidigare tappningar kunnat utföras komplikationsfritt kan tappning ske utan föregående ultraljudskontroll.
- Vid tappning av malign ascites finns ej indikation för volymsubstitution.
- Vid upprepade tappningsbehov bör man överväga anläggande av tunnelerat permanent ascitesdränage (PleurX), som möjliggör tappning i hemmet med hjälp av hemsjukvård.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Anders Lasson, överläkare, medicinkliniken, SÄS

Claes-Håkan Björklund, överläkare, klinik för nära vård/PRIS, SÄS

Översyn i augusti 2023 utförd av Anders Lasson, överläkare

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

vätska i buken, ascites, bukvätska, tappning, paracentes, laparocentes, provtagning

Referensförteckning

1. Ascites och njursvikt vid levercirros – utredning och behandling.
Nationella riktlinjer upprättade av Svensk Gastroenterologisk
Förening.
<https://svenskgastroenterologi.se/kunskap-dokument/kunskap/riktlinjer-och-rekommendationer> (välj ämne
Lever-, gallvägs- och pankreassjukdomar)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Anders Lasson, (andla1), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-225

Version: 4.0

Giltig från: 2023-08-29

Giltig till: 2025-08-28