

Gäller för: Transplantationscentrum

Giltig från: 2024-11-08

Innehållsansvar: Andreas Schult, (andsc3), Överläkare

Giltig till: 2026-10-28

Godkänd av: Niclas Kvarnström, (nickv1), Verksamhetschef

Cirrosascites - behandling

Bakgrund

Cirrosascites uppstår genom att portal hypertension leder till vasodilatation inom splanknikusområdet och aktivering av renin-angiotensin-, sympatiska nerv- och antidiuretiska hormonsystemet. För att mobilisera ascites måste en negativ natriumbalans uppnås då vatten följer passivt. Detta kan uppnås genom minskat intag av koksalt och en ökad utsöndring med hjälp av diuretika, i första hand mineralkortikoid receptor antagonist (MRA).

Basala åtgärder

Natriumreducerad kost ~ 90mmol NaCl (5g) per dag motsvarande 2g natrium rekommenderas. Detta innebär i praktiken att inte tillsätter någon extra salt i maten efter tillagningen, cave lakrits! Vätskerestriktion på 1-1,5 liter/dag kan övervägas ffa hos patienter med hypervolem hyponatremi.

Lätt/måttlig ascites

Behandlingen kan oftast inledas polikliniskt. Före behandlingsstart tas kroppsvikt, elektrolytstatus inkl. kreatinin, U-Na, U-K. Mål är viktnedgång på max 0,5 kg/dag, vid perifera ödem 1 kg/dag. Diuretika justeras var 5-7:e dag utifrån förväntad tid till effekt för spironolakton. U-Na/K kvot >1 eftersträvas och vid felvänd kvot ökas i första hand MRA. Elektrolytstatus ska kontrolleras regelbundet, ffa under justering av diuretikadoser.

- Spironolakton 50-200 mg (- 400 mg)
- Ett alternativ till spironolakton är eplerenon (Inspra), startdos 25-50mg. Eplerenon är dåligt undersökt i doser >100mg/dygn. Den kan trappas upp i analogi till spironolakton under noggrann kontroll av kalium och kreatinin.
- Furosemid 40-80 mg (- 160 mg) vid rättvänd Na/K kvot.

- Vid intolerans för mineralkortikoidantagonister pröva Amilorid 5-10mg.

Uttalad/spänd ascites

Samma principer för basala åtgärder och provtagning som vid lätt/måttlig ascites gäller. Behandling inleds vanligtvis med laparocentes, tappa ”torrt” om möjligt. För att motverka cirkulatorisk dysfunktion ska albuminsubstitution ges vid tappning > 5 liter ascites. Om troligt att över 5 liter ascites kommer att tappas så startas albumininfusionen samtidigt med ascitestappningen. Ascitesdrän avlägsnas inom 2-4 timmar för att minska infektionsrisken.

- <5 liter tappad ascites – iv infusion av Albumin (100 ml, 20%) kan övervägas endast om nedsatt njurfunktion
- ≥5 liter tappad ascites – ge iv infusion av Albumin (20%) 8g/l tappad ascites (dvs. 100ml Alb 20% per 2,5 liter ascites)

Hos ineliggande patienter kontrolleras elektrolyter inkl kreatinin varje/varannan dag för att senare glesas ut om bra behandlingssvar, inga elektrolytrubbningar. Kroppsvikt kontrolleras dagligen med sikte på viktnedgång med max 0,5 kg/dag, vid perifera ödem 1 kg/dag.

Refraktär ascites

Refraktär ascites är ascites som inte kan kontrolleras med basala åtgärder och diuretika, antingen pga bristande effekt eller pga biverkningar såsom elektrolytrubbningar, njurfunktionspåverkan, encefalopati, muskelkramper, etc.

Basala åtgärder används även vid refraktär ascites, däremot rekommenderar riktlinjer att avsluta diuretika hos patienter med refraktär ascites om inte en adekvat natriures kan upprätthållas.

Behandlingsalternativ är följande:

- Regelbunden ascitestappning är 1:a hands behandling
- TIPS (Transjugulär intrahepatisk portosystemisk shunt) vid frekventa buktappningar och/eller samtidigt svårbehandlade varicer. (Relativa) Kontraindikationer till TIPS:
 - Hög ålder
 - Hjärtsvikt (utför UCG före beslut)
 - Avancerad pulmonell hypertension
 - Större/multipla fokala förändringar i hilusområdet i levern
 - Gallvägsobstruktion med dilatation och hyperbilirubinemi

- Hyperbilirubinemi $> 100 \mu\text{mol/l}$ (ej relaterad till GI-blödning)
- Encefalopati \geq måttlig
- Child-Pugh score >12

Behandlingsresultat:

- Ökad natriumutsöndring ses inom 1-2 veckor.
 - Ökad GFR ses efter 1-3 mån.
 - Ascites minskar långsamt, 1-3 mån. Ha tålamod!
 - En stor del av patienterna kräver fortsatt diuretikabehandling fast i lägre dos.
-
- **Levertransplantation**
 - **Tunnelerad drän:** Hos palliativa patienter som inte är aktuella för levertransplantation kan tunnelerad drän (PeritX™) övervägas. Denna tillåter tappning via hemsjukvård/ASIH. Ökad infektionsrisk föreligger.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Transplantationscentrum

Innehållsansvar: Andreas Schult, (andsc3), Överläkare

Godkänd av: Niclas Kvarnström, (nickv1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-108

Version: 7.0

Giltig från: 2024-11-08

Giltig till: 2026-10-28