

Ascitespunctie in de thuissituatie

Kees in 't Veld, Lex Goudswaard

Huisartsen hebben soms in een thuissituatie de zorg voor een patiënt met ascites. Dit kunnen patiënten zijn met kanker, waarbij er uitzaaïngen zijn in het peritoneum van een maligniteit. De oorzaak kan ook niet-maligne zijn, zoals levercirrose of hartfalen. De patiënt heeft een gespannen, glanzende buik met een verstreken navel. Soms kan dit worden behandeld met chemotherapie, of met een combinatie van diuretica met een inwendige drainage met shunt (al dan niet continu), of met ontlastende puncties.

CASUS

U bent op weg naar mevrouw Van der Veen, 42 jaar. Zij heeft een ovariumcarcinoom. In eerste instantie reageerde zij goed op een operatie om tumorweefsel te verwijderen, gevolgd door chemotherapie. Maar de verbetering blijkt tijdelijk. Er is nu sprake van ascites op basis van een peritonitis carcinomatosa. De klachten nemen toe en u gaat proberen om met een punctie ascitesvocht te verwijderen. U heeft alle spullen bij zich, maar u voelt zich gespannen, omdat u de ingreep voor het eerst doet in de thuissituatie. U heeft collega De Vries bereid gevonden om over de schouder mee te kijken. Dat blijkt maar goed ook, want bij palpatie blijkt er een vaste massa te zitten daar waar normaal gesproken wordt gepuncteerd. De Vries raadt aan om ditmaal de naald te introduceren op het punt van McBurney. De ingreep verloopt voorspoedig, er loopt 4-5 liter ascitesvocht af. Mevrouw Van der Veen voelt zich moe, maar is ook opgelucht: u spreekt af om volgende week de situatie opnieuw te beoordelen.

Met enige regelmaat heeft de huisarts in de thuissituatie de zorg voor een patiënt met ascites, meestal als gevolg van metastasering in het peritoneum van een maligniteit (peritonitis carcinomatosa).¹ Niet-maligne oorzaken zijn bijvoorbeeld levercirrose, hartfalen of pericarditis constrictiva. Ascites als gevolg van een maligniteit kan soms worden behandeld met chemotherapie; symptomatische behandeling bestaat uit diuretica en kan worden aangevuld met inwendige drainage met een peritoneoveneuze shunt of ontlastende puncties en/of continue drainage.²

Het is voor een huisarts goed mogelijk om ontlastende ascitespuncties (paracentese) op verantwoorde wijze uit te voeren met als doel klachten van patiënten te verlichten.^{3,4} Huisartsen zonder ervaring met deze handeling kunnen een ervaren collega, bijvoorbeeld een kaderhuisarts palliatieve zorg, vragen de eerste keer over de schouder mee te kijken.

Bij ascites is sprake van een gespannen, glanzende buik met verstreken navel. De flanken bollen op en de percussie van de flanken is gedempt of mat. Bij draaien van de patiënt op de zij is er een verplaatsing van de scheidslijn tussen mat en tympanie (shifting dullness).

De kleur van ascitesvocht is meestal strogeel. Bij maligne

oorzaken kan het vocht ook troebel (wijzend op een hoog eiwitgehalte) en/of bloederig zijn, en – in zeldzame gevallen – chyleus (wit tot groen).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen een exsudaat (ascites met een hoog eiwitgehalte) en een transsudaat (ascites met een laag eiwitgehalte). Dit onderscheid is van belang voor de oorzaak, zoals maligne tumoren, een nefrotisch syndroom of levercirrose, en de behandeling van ascites: wat is de verwachting, hoe vaak moet een ascitespunctie worden verricht? Chyleuze ascites wijst op een verhoogd gehalte van triglyceriden en/of cholesterol en is het gevolg van beschadiging of obstructie van de ductus thoracicus en/of retroperitoneale lymfevaten.

De gemiddelde overleving van patiënten met maligne ascites is twintig weken vanaf het moment waarop ascites wordt vastgesteld. Na een jaar is nog 10% in leven. De prognose is echter sterk afhankelijk van de aard van de onderliggende maligniteit en de mogelijkheden tot behandeling daarvan. Indien sprake is van ascites bedraagt de mediane overleving negen weken bij patiënten met een pancreascarcinoom en 58-78 weken bij patiënten met maligne lymfomen.

Indicaties en contra-indicaties

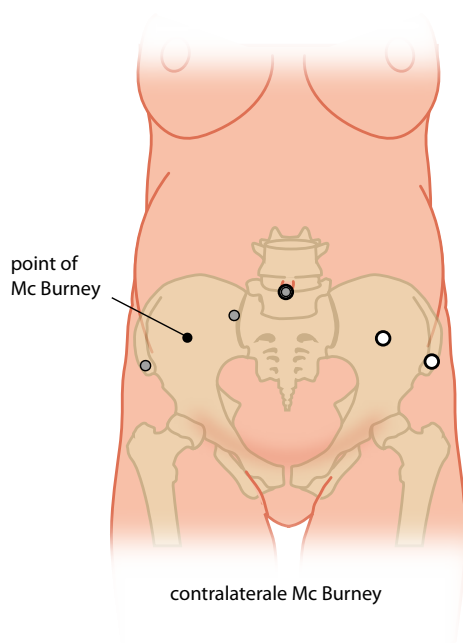
Klachten bij aanwezigheid van ascites kunnen zijn:

- pijn;
- opgezette, strakke buik;
- verminderde mobiliteit;
- eet- of slikproblemen, vol gevoel;
- zuurbranden, misselijkheid en/of braken;
- kortademigheid/benauwdheid als reactie op hoogstand van het diafragma.

Bij een maligniteit kan ascites meestal zonder problemen worden gedraineerd, ook in de thuissituatie en in grotere hoeveelheden. Dit in tegenstelling tot ascites als reactie op leveraandoeningen, waarbij het laten aflopen van hoeveelheden van > 5 liter (ineens) ernstige hypotensie kan veroorzaken. De onderliggende oorzaak kan een rol spelen bij de beslissing om wel of niet te starten met ascitespuncties in de thuissituatie. Bij maligne ascites is het aantal malen dat een punctie moet worden verricht veelal beperkt en wordt de patiënt een belastende rit naar het ziekenhuis bespaard.

Langer dan vier uur draineren uur is niet zinvol; na het eerste uur is de opbrengst meestal minimaal. Bovendien kan helemaal leegpuncteren pijnklachten veroorzaken, terwijl het interval tussen puncties niet wordt verlengd. Na draineren van ascites

Figuur 1



kan tijdelijk sprake zijn van orthostatische hypotensie. Ook kan vermoeidheid optreden. Er is relatief vaak sprake van pijn en/of darmkrampen. Eiwitverlies is klinisch minder relevant. Indien er twijfel bestaat of er tumormassa aanwezig is op de te puncteren plaats, moet de punctie onder echogeleide plaatsvinden. Bij een patiënt die een of meerdere keren is geopereerd, kunnen door verklevingen pockets ontstaan. Er moet worden afgewogen of een punctie thuis, zonder echo-onderzoek vooraf, voldoende effect zal sorteren.

Risico's

Risico's van de ingreep vormen lekkage uit de insteekopening en (zeldzaam) bacteriële peritonitis als gevolg van een darmperforatie. Nalekken is niet altijd eenvoudig te bestrijden, peritonitis is bij de al ernstig zieke patiënt levensbedreigend. Optreden van longembolieën is beschreven.

Vorbereidingen

Geef uitleg aan de patiënt over de ingreep. Zorg voor schone handen en een schoon werkvlak, bijvoorbeeld de binnenzijde van de verpakking van de gazen of steriele handschoenen, of een paar uitgevouwen steriele gazen. Leg op dit werkveld – in geopende verpakking – een aantal steriele gaasjes en de injectiespuit met lidocaïne, voorzien van injectienaald, infuusnaald en infuussysteem. Hang twee stroken pleisters klaar (20 cm) om de canule te fixeren.

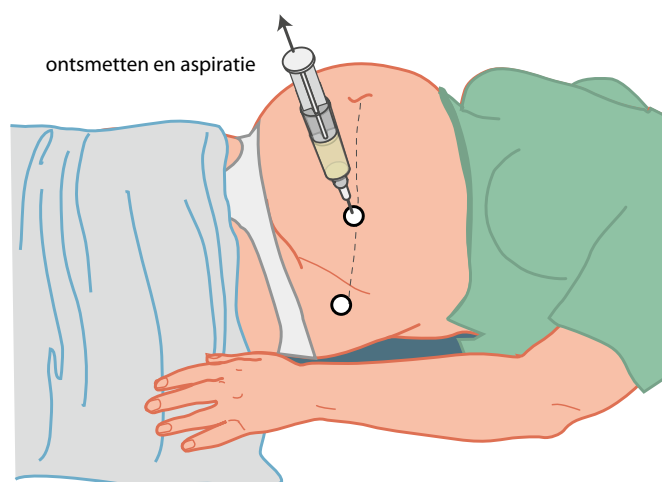
Zorg ervoor dat de patiënt een lege blaas heeft; bij verdenking op een blaasretentie is katheteriseren geïndiceerd. Vraag de patiënt op de rug te gaan liggen en breng het bed zo mogelijk op een hoogte afgestemd op een zittende werkhouding. Vraag de patiënt de onderbuik te ontbloten en leg het celstofmatje half onder de billen aan de zijde van de punctieplaats (links). Doorgaans wordt als punctieplaats het gebied rond

het contralaterale punt van McBurney aangehouden: dit punt ligt op tweederde vanaf de navel op de lijn navel – spina iliaca anterior superior. Markeer de punctieplaats met een geschikte viltstift [figuur 1]. Percuteer om te bepalen of er zich op dat punt ascites bevindt. Palpeer om vast te stellen dat lokaal geen tumorgroei aanwezig is. Let goed op de lever als er door lokale tumorgroei, een stoma of andere belemmerende factoren wordt gekozen voor een punctieplaats rechts. Gebruik bij herhaalde puncties niet exact hetzelfde punt.

Stapsgewijze beschrijving van de verrichting

- Desinfecteer ruim rondom de punctieplaats met een desinfectans. Breng het desinfectans 'van binnen naar buiten' met behulp van een gaas aan.
- Verdoof huid en subcutis rondom de punctieplaats en voer de naald dan, gedoseerd per 2-3 mm, al infiltrerend, loodrecht door buikwand en peritoneum tot in de buikholte [figuur 2].
Als geen weerstand meer wordt gevoeld en ascitesvocht kan worden opgezogen, dan zit u goed; ascites is meestal strogeel, soms bloederig. Als bij deze proefpunctie lucht wordt opgezogen, is de darm aangeprikt. Dit is geen probleem; peritonitis treedt maar zelden op. Verwijder de naald en neem een schone naaldspuitcombinatie. Laat de patiënt iets meer op de rechterzij draaien en puncteer opnieuw.
- Trek de naald terug, leg spuit met naald veilig en zichtbaar weg en desinfecteer nogmaals.
- Dek af met (zelfklevend) disposable gatdoek.
- Neem het infuussysteem, knip de spike en druppelkamer eraf en laat het uiteinde in een schone emmer hangen.
- Fixeer de slang aan de rand van de emmer. Leg het andere eind van het systeem klaar, met de Luer-Lockaansluiting bij de hand.
- Trek handschoenen aan.
- Bij het gebruik van onsteriele handschoenen moet worden gewerkt volgens de no touch-techniek; raak de steriele canule en naalden niet aan.

Figuur 2



Figuur 3

Ascitespunctienaald



- Neem de ascitespunctienaald (bijvoorbeeld Intraflon® of Pleuracath® [figuur 3]) en houd hierbij de duim stevig op de witte dop aan de achterzijde. Doel hiervan is dat de naald niet door de stugge huid of weerstand van de buikwand wordt teruggedrukt in de canule en de canule opstroopt, omdat deze geen voernaald meer in zich heeft. Eventueel kan voorafgaand aan de punctie de huid met de lancet worden geperforeerd.
- Breng de naald parallel aan het insteekkanaal van de anesthesie in.
- Als de naald bijna helemaal is ingebracht, vult de ruimte voor de witte dop zich met ascitesvocht. Gebeurt dat niet, trek dan de naald iets terug en vraag de patiënt iets meer op de zij te draaien; houd de duim weer goed tegen de achterzijde van de voernaald en voer nu de naald weer op naar de buikholte tot er vocht herkenbaar is. Duw de naald nog iets verder door, zodat ook de tip van de kunststof canule door het buikvlies heen zit. Vervolgens kan de kunststof canule over de mandrijn (naald) heen helemaal worden opgevoerd. Als de canule niet gaat produceren, kan het zijn dat deze te kort is (bij adipeuze patiënten) of dat er geen ascites, maar tumormassa aanwezig is. De procedure moet dan met een langere naald of op een andere plaats worden uitgevoerd.
- Fixeer de canule met een pleister en draai de Luer-Lock-aansluiting van het infuussysteem op de canule.
- Gebruik een rolletje verband (afrollen tot juiste dikte) of enkele opgerolde/opgevouwen steriele gaasjes om de canule aan de zijkant te ondersteunen, zodat deze rechtop blijft staan en niet afknikt; plak vervolgens nog een of twee stroken pleister om het geheel goed te fixeren.
- Leg de slang van de infusie horizontaal onder de deken in het bed en fixeer deze aan de bedrand; ruim de materialen op.
- Verwijder de canule na maximaal vier uur, masseer de huid rondom de insteekopening en dek de insteekopening af met steriele gazen.

INSTRUMENTARIUM EN MATERIELEN

Instrumentarium

- Spuiten en naalden
- 1 punctienaald (bijv. Intraflon® 2 of Pleuracath®)
- 1 infusie- of transfusiesysteem (bijv. Codan®)
- Minilancet
- Schaar

Materialen

- Desinfectans (alcohol 70%, chloorhexidine 1%, jodiumtinctuur [1% in 70% alcohol] of povidonjodium)
- Lokaal anestheticum (lidocaïne 1%, eventueel in combinatie met adrenaline of epinefrine 1:100.000)
- Handschoenen
- Afdek materiaal
- Celstof onderlegger
- Opvangemmer
- Verbandmateriaal (steriel gaas, pleister of tape)

Complicaties

Als de patiënt zich naar en duizelig gaat voelen, kan met de rollerklem van het infuussysteem de afvoerslang tijdelijk worden dichtgezet. Ook als de patiënt pijn krijgt tijdens de drainage, er al veel vocht is afgelopen en de drain weinig meer loopt, kan de drain worden afgesloten. De pijn wordt dan waarschijnlijk veroorzaakt doordat de smerende werking van het vocht tussen de vliezen wegvalt. Als er bloed zichtbaar is in het vocht, dan is dit meestal niet erg; ascites kan bloederig zijn. Als de drain stopt met lopen en er zit toch nog vocht in de buik, dan kan het zijn dat de canule of lijn is afgeknikt. Ook kan er een vlokje of stolseltje voor de kathetertip zitten: klem de slang even dicht en knijp een paar keer in het bovenste deel om de verstopping op te heffen of spuit de katheter door met fysiologisch zout. Het kan behulpzaam zijn om de patiënt iets naar de zij te laten draaien daar waar de canule zich bevindt; leg ter ondersteuning een kussentje onder de rug en/of zij. Als de insteekopening blijft nalekken, dan kan deze met een zwaluwstaartje worden dichtgetrokken. Leg de patiënt tijdelijk op de andere zijde, zodat de punctieplaats nu het hoogste punt vormt. De kans op lekkage is dan het kleinst. Ook kan een drukverband worden aangelegd. Bij een eventuele volgende punctie kan met verschillende technieken het risico op nalekken worden verminderd. U kunt een dunnere naald gebruiken, de buikwand schuin aanprikken, een 'geblokt' punctiekanaal maken door voor het punteren de huid iets ten opzichte van de buikwand te verschuiven, de canule er een kortere tijd inlaten of na afloop een hechting over of rondom (tabakszakknop) de insteekopening leggen.

Nazorg

Bespreek hoe de patiënt de punctie heeft ervaren. Adviseer om in eerste instantie rustig te gaan zitten en staan in verband met het risico op orthostatische hypotensie. Maak vervolfgafspraken. ■

LITERATUUR

1. Van As W. Ascites. In: Wanrooij BS, In 't Veld CJ, Van Venrooij MH, Van Heest FB, red. Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2017;p.239-44.
2. Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk: Ascites, laatste aanpassing 2018. www.oncoline.nl.
3. Moorsom D. Paracentesis in a home care setting. *Palliat Med* 2001;15:169-70.
4. Stephenson J, Gilbert J. The development of clinical guidelines on paracentesis for ascites related to malignancy. *Palliat Med* 2002;16:213-8.

In 't Veld CJ, Goudswaard AN. Ascitespunctie in de thuissituatie. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0135-6. Deze bijdrage is eerder in vrijwel dezelfde vorm gepubliceerd als: Kees in 't Veld, Lex Goudswaard. Ascitespunctie. In: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM [redactie]. *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Houten: Prelum, 2018: p.105-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.