

samenvatting richtlijn

Ascites in de palliatieve fase

Het is gewenst dat u als zorgverlener deze richtlijn kent.
Raadpleeg de meest recente versie van de richtlijn op
[Pallialine](#) of bekijk de samenvatting in de app PalliArts.

 pallialine

Datum goedkeuring richtlijn: mei 2024 | versie 2.0
Verantwoording: richtlijnwerkgroep Ascites in de palliatieve fase

stichting


Ascites in de palliatieve fase

De multidisciplinaire richtlijn 'Ascites in de palliatieve fase' is een symptoomgebonden richtlijn.

De richtlijn geeft adviezen over diagnostiek, voorlichting en behandeling van ascites bij patiënten in de palliatieve fase en de klachten die daar het gevolg van zijn.

De focus van de zorg dient echter de mens met ascites te zijn en niet de ascites op zichzelf [[Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland 2017](#)].

Onder ascites wordt een pathologische vochtophoping in de buikholte verstaan. Levercirrose is een veel voorkomende oorzaak van ascites. Indien ascites bij levercirrose optreedt in combinatie met hepatische encefalopathie en/of gastro-intestinale bloedingen t.g.v. portale hypertensie (verhoogde druk in de v. portae), spreekt men van **gedecompenseerde levercirrose**.

Als er sprake is van ascites als gevolg van een maligniteit wordt wel van **maligne ascites** gesproken. Maligne ascites ontstaat vaak door uitzaaiingen in het buikvlies (**peritonitis carcinomatosa**).

Afhankelijk van de oorzaak van de ascites kan het eiwit- en albuminegehalte van de ascites laag (**transudaat**) of hoog (**exsudaat**) zijn. Zelden heeft ascites een **chyleus** (wit tot groen) aspect. Dit laatste wijst op een verhoogd gehalte van triglyceriden door lekkage van lymfevocht in de peritoneaalholte. Het kan het gevolg zijn van obstructie of beschadiging van de retroperitoneale lymfevaten en/of de ductus thoracicus.

Zie ook het [Stappenplan](#) bij ascites bij patiënten in de palliatieve fase. Kijk op [Palliaguide](#) voor de beslisboom 'Ascites' (volgt zomer 2024). Kijk voor patiënteninformatie op [Overpalliatievezorg](#).

Diagnostiek

Voor het aantonen van (recidief) ascites

- Ga na in de medische voorgeschiedenis en bij eerdere beeldvorming of er eerder sprake is geweest van ascites.
- Neem een anamnese af. Vraag daarbij naar toegenomen buikomvang, gewichtstoename, anorexie, snelle verzadiging, zuurbranden, misselijkheid, braken, obstipatie, buikpijn, dyspneu en enkeloedeem.
- Verricht een lichamenlijk onderzoek. Let daarbij op aspect van de buik (opgezet, verstreken navel, uitgezette flanken, evt. caput Medusae), verschuivende demping van de buik ('shifting dullness'), hoogstand van het diafragma, vloeistofgolf (undulatie) en enkeloedeem.
- Overweeg om tenminste 1x beeldvorming (meestal een echo abdomen; evt. een CT-scan abdomen als daar een andere indicatie voor is) te verrichten om de aanwezigheid van ascites en de mogelijke oorzaak daarvan vast te leggen, mits dit gewenst en mogelijk is in het licht van de toestand van de patiënt.
- Overweeg een proefpunctie om aanwezigheid van ascites aan te tonen als er twijfel is over het bestaan van ascites en er geen echo voorhanden is.

Voor het vaststellen van de oorzaak van de ascites

- Ga na in de medische voorgeschiedenis en bij eerdere beeldvorming of er aanwijsbare oorzaken zijn voor de ascites (bijv. levercirrose, levermetastasen, peritonitis carcinomatosa, hartfalen).
- Verricht een lichamelijk onderzoek met specifieke aandacht voor tekenen van mogelijke oorzaken van ascites, zoals vergrote lever, palpabele peritoneale implants, tekenen van chronische leverziektes, tekenen van hartfalen.
- Overweeg aanvullend onderzoek naar de oorzaak van de ascites als dat therapeutische consequenties heeft en door de patiënt gewenst is:
 - diagnostische ascitespunctie
 - Beoordeel het aspect van de ascites:
 - Heldere ascites geeft geen uitsluitsel over de oorzaak;
 - Troebele en/of bloederige ascites wijst op een exsudaat;
 - Bij melkachtige ascites is er sprake van chyleuze ascites, meestal veroorzaakt door obstructie/fibrose van de retroperitoneale lymfevaten of ductus thoracicus door tumor, zelden door operatie, radiotherapie, levercirrose of hartfalen.
 - Voor het onderscheid tussen transsudaat en exsudaat: eiwit, albumine, evt. ook serumalbumine.
 - Een hoog eiwit (≥ 25 g/l), een hoog albumine (≥ 11 g/l) in de ascitesvloeistof en een lage SAAG (serum albumineconcentratie (g/l) - ascites albumineconcentratie < 11 g/l) wijzen op een exsudaat (passend bij peritonitis carcinomatosa, infectie, chyleuze ascites).
 - Een laag eiwit (< 25 g/l), een laag albumine (< 11 g/l) en een hoge SAAG (≥ 11 g/l) wijzen op een transsudaat (passend bij levercirrose, uitgebreide levermetastasen, hartfalen, pericarditis, hypoalbuminemie).
 - Bij verdenking op chyleuze ascites: triglyceriden. De diagnose chyleuze ascites kan echter meestal al op het aspect van de ascites gesteld worden.
 - Bij verdenking op peritonitis carcinomatosa: cytologie.
 - Bij nieuw ontstane ascites of bij verdenking op spontane of secundaire bacteriële peritonitis: leukocyten met differentiatie en een kweek.
 - Bij verdenking op tuberculose: Ziehl-Neelsen kleuring, PCR.
- aanvullend laboratoriumonderzoek (serumalbumine, leverfuncties, urineonderzoek op eiwit);
- echografie van het hart (bij verdenking op hartfalen);
- echografie of een CT-scan van de buik (voor de diagnostiek van levermetastasen en peritonitis carcinomatosa);
- laparoscopie met bipten (voor de diagnostiek van peritonitis carcinomatosa);
- lymfangiografie (bij chyleuze ascites);
- diagnostiek naar levercirrose en de oorzaken ervan.

Voorlichting

- Heb tijd en aandacht voor de patiënt en diens naasten.
- Stem de voorlichting af op de behoefte van de patiënt en diens naasten.
- Geef voorlichting aan de patiënt en naasten over:
 - wat ascites is en hoe het ontstaat;
 - wat de klachten ten gevolge van ascites (kunnen) zijn;
 - wanneer, hoe en met wie contact op te nemen bij klachten;
 - wat de patiënt zelf kan doen: geen knellende kleding, geen overmatig zoutgebruik, het belang van voldoende inname van calorieën en eiwit (indien van toepassing);
 - welke diagnostiek zinvol kan zijn en wat de voor- en nadelen ervan zijn;
 - welke interventies mogelijk zijn (diuretica, ontlastende ascitespunctie, verblijfsdrain) en wat de voor- en nadelen ervan zijn. Daarbij worden van iedere interventie besproken: het doel ervan, wanneer deze verricht wordt, voorbereiding en procedure, eventuele complicaties, wanneer en hoe contact op te nemen bij klachten of complicaties.
- Maak zo nodig gebruik van de [terugvraagmethode](#).
- Wijs de patiënt op de informatie van [Overpalliatievezorg](#).
- Houd bij de voorlichting rekening met de gezondheidsvaardigheden van de patiënt (onder andere het gemak waarmee geschreven tekst begrepen wordt) en de sociaaleconomische en culturele achtergrond. Zie voor handvatten hiervoor de links, die genoemd worden bij de Overwegingen in de module [Voorlichting](#).

Beleid - Behandeling van de oorzaak

- Behandel de oorzaak van de ascites alleen als de patiënt dit wil, de toestand van de patiënt het toelaat, er een redelijke kans op effect is en de behandeling met niet te veel bijwerkingen gepaard gaat.
- Behandel een spontane bacteriële peritonitis met antibiotica en albumine.
- Overweeg bij ascites t.g.v. levercirrose de volgende interventies, afhankelijk van de oorzaak:
 - bij levercirrose t.g.v. hepatitis B of C: antivirale therapie met nucleoside/nucleotide inhibitoren;
 - bij levercirrose t.g.v. auto-immuunhepatitis: corticosteroïden;
 - bij levercirrose t.g.v. alcohol: staken van alcohol.

Neem hierbij de volgende factoren mee: de wens en toestand van de patiënt en de kans op effect in het licht voor de voorgaande behandeling.

- Overweeg systemische therapie bij maligne ascites.
- Verricht geen HIPEC als behandeling van maligne ascites in de palliatieve fase.
- Overweeg (aanpassing van) hartfalenmedicatie (m.n. diuretica) bij patiënten met ascites t.g.v. hartfalen.

Beleid - Symptomatische behandeling van ascites

- Behandel ascites als de patiënt er last van heeft of als er op korte termijn klachten worden verwacht.

Symptomatische behandeling van ascites bij niet-oncologische leveraandoeningen

T.a.v. het dieet:

- Geef geen zoutbeperkt dieet.
- Overweeg om extra toevoegen van zout en kant-en-klare maaltijden te vermijden.
- Overweeg een calorie- en eiwitrijkdieet bij een levensverwachting >3 maanden. Consulteer hiervoor een diëtiste.

T.a.v. diuretica:

- Start bij de eerste presentatie van ascites met 1dd 100 mg spironolacton.
 - Streef naar een maximale gewichtsvermindering van 0,5 kg/dag (zonder oedemen) of 1 kg/dag (in aanwezigheid van perifere oedeem). Verlaag de dosering van de diuretica bij sterkere gewichtsdalingen.
 - Hoog zo nodig op in stappen van 100 mg per drie dagen tot een maximale dosis van 1dd 400 mg op. Geef de dagdosering dan in twee giften per dag.
- Combineer spironolacton bij onvoldoende effect (minder dan 2 kg/week) met furosemide (startdosis 1dd 40 mg, maximale dosis 1dd 160 mg) of bumetanide (startdosis 1dd 1 mg, maximale dosis 1dd 4 mg).
- Overweeg bij diureticagebruik om elektrolyten en nierfunctie te controleren.
 - Stop/onderbreek diuretica bij een serum Na <125 mmol/L, verslechtering nierfunctie, verslechtering hepatische encefalopathie of spierkrampen.
 - Stop/onderbreek furosemide bij een serum K <3 mmol/L.

- Stop spironolacton of voeg furosemide toe bij een serum K >6 mmol/l.

T.a.v. albumine:

- Onderhoudsbehandeling met albumine i.v. wordt niet aanbevolen.

T.a.v. plasma-expanders en vasoconstrictoren:

- Het gebruik van plasma-expanders en vasoconstrictoren wordt niet aanbevolen.

T.a.v. ontlastende ascitespunctie (paracentese):

- Overweeg een ontlastende ascitespunctie in het ziekenhuis of thuis als er sprake is van veel klachten en het effect van diuretica niet afgewacht kan worden.
 - Overweeg bij ≥ 5 l gedraineerde ascites toediening van albumine 8 g/l ascites i.v. om complicaties van de punctie te voorkomen, als de ascitespunctie plaatsvindt in het ziekenhuis.
 - Overweeg bij <5 l gedraineerde ascites toediening van albumine 8 g/l ascites als de ascitespunctie plaatsvindt in het ziekenhuis om complicaties te voorkomen bij patiënten met hyponatriëmie, acuut nierfalen of hemodynamische instabiliteit, als de ascitespunctie plaatsvindt in het ziekenhuis.

Wanneer diuretica geen effect hebben:

- Stop diuretica.
- Overweeg een transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt (TIPS) als de patiënt dat wil en de levensverwachting >3 maanden is. Houd bij de afweging rekening met algehele conditie, comorbiditeit (met name hartfalen), aan- of afwezigheid van hepatische encefalopathie en hepatorenaal syndroom, lever- en nierfunctie en stollingsafwijkingen.

- Indien TIPS geen optie is: overweeg om in het ziekenhuis of thuis regelmatig een ontlastende ascitespunctie (paracentese) op geleide van de klachten te verrichten als dat praktisch uitvoerbaar is en niet te belastend is voor de patiënt.
 - Overweeg bij ≥ 5 l gedraineerde ascites toediening van albumine 8 g/l ascites i.v. als de ascitespunctie plaatsvindt in het ziekenhuis.
 - Overweeg bij < 5 l gedraineerde ascites toediening van albumine 8 g/l ascites als de ascitespunctie plaatsvindt in het ziekenhuis bij patiënten met hyponatriëmie, acuut nierfalen of hemodynamische instabiliteit.
- Overweeg een verblijfsdrain, als TIPS geen optie is en ontlastende ascitespuncties vaak (1x per 2 weken of vaker) nodig zijn en/of de ascitespuncties als belastend worden ervaren en als de levensverwachting langer is dan één maand.
- Een peritoneoveneuze shunt wordt niet aanbevolen.

Symptomatische behandeling van maligne ascites

- Behandel patiënten met maligne ascites in de palliatieve fase **niet** met dieetmaatregelen (zoals zoutbeperking, extra calorieën en eiwit).
- Overweeg een proefbehandeling met diuretica (spironolacton, evt. in combinatie met furosemide) in geval van een transsudaat om ontlastende ascitespuncties te voorkomen of uit te stellen. Zie voor de doseringen en laboratoriumcontrole bij de symptomatisch behandeling van ascites als gevolg van leveraandoeningen.
- Verricht (herhaalde) ontlastende ascitespunctie(s) in het ziekenhuis of thuis als:

- de patiënt klachten heeft ten gevolge van de ascites;
- een snel effect gewenst is op de klachten ten gevolge van ascites;
- tumorgerichte behandeling niet mogelijk of niet effectief is;
- (bij een transsudaat bij levermetastasen) diuretica niet effectief zijn.
- Overweeg een verblijfsdrain om de ascites te draineren, als ontlastende ascitespuncties vaak (1x per 2 weken of vaker) nodig zijn en/of als de ascitespuncties als belastend worden ervaren en als de levensverwachting langer dan één maand is.
- Een peritoneoveneuze shunt wordt niet aanbevolen.

Symptomatische behandeling van ascites bij hartfalen

- Intensiveer diuretische therapie bij patiënten met een gevorderd stadium van hartfalen en symptomatische ascites.
- Overweeg ontlastende puncties of een verblijfsdrain bij onvoldoende effect van diuretica.

Beleid - Ascitespunctie thuis of in hospice of verpleeghuis

- Overweeg een ascitespunctie thuis of in een hospice of verpleeghuis als:
 - de patiënt een voorkeur heeft voor een ascitespunctie thuis of in hospice of verpleeghuis, **en**
 - er geen diagnostiek noodzakelijk is, die uitsluitend in het ziekenhuis verricht kan worden, **en**
 - er geen problemen (met name geloketteerd ascitesvocht) worden verwacht bij de punctie en echografie thuis of in hospice of verpleeghuis niet beschikbaar is, **en**
 - er een zorgverlener (arts, verpleegkundig specialist of physician assistant) beschikbaar is die de benodigde expertise heeft en er een (al dan niet dezelfde) zorgverlener (of een goed geïnstrueerde naaste) beschikbaar is om de patiënt te monitoren tijdens de punctie, vooral met betrekking tot bijwerkingen. Hiervoor kan eventueel overlegd worden met een intramuraal of regionaal palliatief team, **en**
- de benodigde materialen beschikbaar zijn en de financiering ervan geen probleem is.
- Overleg hierover zo nodig met het intramurale of regionale palliatieve team; kijk voor regionale afspraken op PalliArts (app), bel met de [Netwerkcoördinator Palliatieve Zorg van de regio](#) of met het transmurale of regionale Consultatieteam palliatieve zorg.
- Neem tijdig contact op voor de benodigde materialen (zie bijlage 'Protocol ascitespunctie thuis of in hospice of verpleeghuis') met de eigen apotheek, de poli-apotheek en/of de afdeling van het ziekenhuis waar de patiënt onder behandeling is.
- Ga na in hoeverre materialen en inzet van personen vergoed worden door de zorgverzekering en wie er zorgt voor vergoeding als dat niet het geval is.
- Zie bijlage '[Protocol ascitespunctie thuis of in hospice of verpleeghuis](#)' voor de praktische uitvoering.

Links voor meer informatie

- Raadpleeg de volledige en meest recente versie van de richtlijn op [Pallialine](#).
- Raadpleeg de patiënteninformatie op [Overpalliatievezorg](#).
- Raadpleeg de themapagina op Palliaweb (volgt zomer 2024).
- Raadpleeg de beslisboom op Palliaguide (volgt zomer 2024).