

Titel: Ascitesdrainage: ontlastende ascitesdrainage, transmuraal (Rijnstate)
Versie: 13

Algemeen

Controledatum: 11-02-2028

Wijzigingen ten opzichte van vorige versie:

Meerdere inhoudelijke wijzigingen, zie bovenin de balk bij "Meer" versie vergelijken voor alle wijzigingen

Attentie

**Dit is conform de wet BIG een voorbehouden en/of risicovolle handeling.
 Mag alleen uitgevoerd worden indien u bevoegd en bekwaam bent!**

NB: markering in het rood is bedoeld voor ontlastende ascitesdrainage in de thuissituatie.

Inhoud

Procesfase + Activiteit	Norm	Verantw.
Voorbereiding		
<u>De indicatie</u> bepalen voor de ascites drainage, zo nodig lichamelijk onderzoek		A/PA/VS
Patiënt beoordelen op eventuele <u>contra-indicaties</u> , beoordeel evt staken anti stolling (protocol <u>Drainage, punctie, injectie op de radiologie: voorbereiding en nazorg</u> : risico categorie 1)		A/PA/VS
Ontlastende ascites drainage valt onder risico categorie 1		
Patiënt informeren over: • doel drainage • Plaats/ tijd drainage • duur en werkwijze drainage • <u>complicatierisico's / post procedure klachten</u>, Informed consent noteren	Vóór start punctie	A/PA/V/VS
Voor en na elke medische en verpleegkundige handeling handhygiëne toepassen, zie protocol <u>Handhygiëne</u>		A/PA/V/VS

Benodigdheden klaarleggen • Gazen 10 stuks • 0,5% chloorhexidine in 70% alcohol • 1 injectiespuit 10 ml luer lock • opzuignaald 1,2 x 40 mm • i.m. injectie naald 0,8 x 50 mm • infuuscanule 12G lichtblauw, Intraflon®-2 2,7 x 80 mm • Fluid Kit: Connecting tube met 3 wegkraan (Merit) • 2 liter katheterzak • Short stitch cutter blade (nr. 15) met handvat • lidocaine HCL 1% ampul 10 mg/ml of 2% ampul 5 ml=20 mg/ml • rol papieren fixatiepleister 2.5 cm breed • onsteriele en steriele handschoenen • zo nodig albumine (zie oploswijzer), alleen bij niet maligne ascites. Maximaal 6 flesjes • op afdeling MDL; echo-apparaat		A/PA/V/VS
Optioneel: • celstof matjes/onderleggers • grote kan om katheterzak in te legen		
Indien drainage onder echogeleide door radioloog; zie toelichting	Thuis n.v.t.	A/PA/V/VS
Indien diagnostische punctie; zie protocol Ascitespunctie diagnostisch	Thuis n.v.t.	A/PA/V/VS
Patiënt laten uitplassen		A/PA/V/VS
Indien symptomatische refractaire ascites bij portale hypertensie: patiënt wegen, bloeddruk en pols meten en noteren in HIX		A/PA/V/VS
Indien albumine is afgesproken; i.v. canule inbrengen en infuus systeem klaar hangen	Vóór start punctie	A/PA/V/VS
Werkwijze		
Patiëntgegevens controleren	Voor aanvang	A/PA/V/VS
Patiënt in rugligging op bed leggen, celstof onderlegger onder patiënt leggen, onder zijde van prikken, dit is meestal linkerzijde patiënt	Bij start punctie	A/PA/V/VS
Lichamelijk onderzoek • Percuteren om te bepalen waar ascitesniveau zich bevindt (gedempt) • MDL: beoordelen middels echografisch onderzoek wat juiste punctieplaats is • Door middel van palpatie of recente beeldvorming beoordelen of lokaal geen tumorgroei of vergrote milt aanwezig is • Wanneer vanwege lokale tumorgroei, een stoma of andere belemmerende factoren wordt gekozen voor een rechtszijdige punctieplaats: let goed op de lever • Littekens vermijden • Bij herhaalde drainages niet dezelfde plek gebruiken		A/PA/VS
Punctieplaats aftekenen • In principe het contralaterale punt van McBurney (punt links op twee derde vanaf de navel op de lijn navel-spina iliaca anterior superior) aanhouden 		A/PA/VS

Lidocaïne in 10 ml spuit opzuigen. I.m. naald op spuit plaatsen. Spuit naast lege flacon lidocaïne leggen i.v.m. dubbelcheck medicatie, dubbelcheck uitvoeren, zie protocol Parenterale medicatie: bereiden en toedienen		A/PA/VS
Punctieplaats desinfecteren met 0,5% chloorhexidine in 70% alcohol of Preparation Pad Swabs	Minimaal 30 seconden laten drogen	A/PA/VS
- Huid en subcutis verdoven rondom punctieplaats en naald, gedoseerd per 2 à 3 mm, al infiltrerend, loodrecht door buikwand doorvoeren. - Het peritoneum infiltreren (dit geeft enige weerstand) en naald verder opvoeren tot in buikholte. - Als geen weerstand meer wordt gevoeld en ascitesvocht kan worden opgezogen zit je goed. Schat in op welke diepte je ascites terug hebt gekregen t.b.v. de punctie zelf. - Ascites is meestal lichtgeel, soms bloederig. Als bij punctie lucht wordt opgezogen, is darm aangeprikt; dit is geen probleem; naald verwijderen en schone naald/spuit nemen, patiënt iets meer op de contralaterale (meestal links) zij laten draaien en opnieuw punteren		A/P//VS
Wacht een paar minuten totdat huid en subcutis verdoofd is		A/P/VS
Verpakking short stitch cutter blade openen en verpakking intraflon of i.v. canule openen, maar in verpakking laten liggen, zodat ze steriel blijven		A/PA/V/VS
Verlengslang (in emmer fixeren of m.b.v. luer lock connector dop) met 3-weg kraan aan opvangzak aansluiten. Andere zijde steriel wegleggen (in buurt van punctieplaats). Eventueel fixeren met pleister aan bed		A/PA/V/VS
Insteekplaats opnieuw desinfecteren met 0,5% chloorhexidine in 70% alcohol. Doe indien gewenst, steriele handschoenen aan. Bij het gebruik van onsteriele handschoenen werken volgens de 'no touch' techniek		A/PA/VS
Middels short stitch cutter blade controleren of huid voldoende verdoofd is		A/PA/VS
Indien gebruik intraflon: klein sneetje in huid maken met stitch cutter blade		A/PA/VS
Ascitespunctienaald nemen en hierbij duim stevig op witte dop aan achterzijde houden. Doel hiervan is dat naald niet door de stugge huid of de weerstand van de buikwand teruggedrukt wordt in de canule en de canule opstroopt, omdat die geen voernaald meer in zich heeft. Ascitespunctie naald inbrengen via insteekkanaal verdoving. Naald iets verder door duwen, zodat tip van kunststof canule door het buikvlies zit		A/PA/VS
Kunststof canule geheel over de mandrijn (naald) voeren		A/PA/VS
Naald verwijderen. Vocht komt uit canule		A/PA/VS
De LuerLock- aansluiting van de verlengslang op de canule draaien (of luerlock connector dop)		A/PA/VS
Canule rechtop fixeren met Tegaderm. Gebruik enkele opgerolde steriele gaasjes om canule aan onderkant te ondersteunen.		A/PA/VS
Op afdeling MDL: canule tussen twee rollen Elastomull klemmen onder en boven en deze goed aan huid bevestigen. Dit om drain te ondersteunen en deze niet gaat knikken. Rollen middels Tegaderm of Fixomull stretch aan huid fixeren. Verlengslang nog in een krul aan de huid middels Fixomull fixeren, zodat er geen tractie op de zelf komt	Op afdeling MDL	A/P/VS
Zo nodig via driewegkraantje ascites afnemen voor diagnostiek		A/P/VS
Verlengslang horizontaal op bed leggen en opvangzak aan bedrand fixeren (of verlengslang in een emmer leggen).		A/PA/VS
Ascitesvocht loopt in opvangzak, deze zo nodig tussendoor legen	Zie opmerking over pijn	A/PA/V/VS

Bij niet maligne ascites; - Indien meer dan 4 liter per uur afloopt, dan driewegkraan dicht zetten en controles uitvoeren. Indien goede controles en patiënt klachtenvrij, drain weer open zetten. Bij maligne ascites: - Geen beperkingen in snelheid van aflopen of maximale hoeveelheid, tenzij patiënt klachten krijgt (met name duizeligheid, buikpijn)		A/PA/V/VS
Met arts, PA of VS afspreken hoeveel ascites er max. mag aflopen		V/PA/VS
1 uur na ingreep bedrust (hoofdeinde max 30 graden omhoog) Patiënt tijdens aflopen van ascitesvocht observeren op shockverschijnselen zoals duizeligheid, licht gevoel in het hoofd (i.v.m. drukvermindering in de buik). Zo nodig kraantje dichtzetten en bloeddruk meten		V/PA/VS
In geval van ascites bij levercirrose na aflopen van eerste 4 liter ascitesvocht: albumine 1 flesje van 100 ml (200 mg/ml) Daarna per 2L afgelopen ascites 1 flesje albumine geven (thuis n.v.t.)	Thuis n.v.t.	V/PA/VS
Wanneer er geen ascitesvocht meer uit buik komt; patiënt verschillende houdingen laten aannemen om resterende ascitesvocht uit de buik te laten lopen		V/PA/VS
Overleg met arts/PA/VS wanneer er minder ascitesvocht afloopt dan verwacht		V/PA/VS
Wanneer maximale hoeveelheid ascitesvocht is afgelopen, dan canule verwijderen		V/PA/VS
Insteekopening gedurende enkele minuten masseren en afdrukken	2 minuten	V/PA/VS
Insteekopening afplakken met gaas en pleister		V/PA/VS
Om lekkage uit punctieplaats te voorkomen; patiënt 5 minuten op andere zijde laten liggen. - Indien links geprikt op rechter zijde laten liggen - Op afdeling MDL; evt. op aangeprikte zijde laten liggen, zodat het buikvet/huid de drainplaats dichtdrukt	5 minuten	V/PA/VS
Hoeveelheid vocht meten en noteren. Het verloop van de procedure, het aspect (helder, troebel, bloederig, melkachtig) van ascites rapporteren		V/PA/VS
Nazorg		
- Punctieplaats controleren op lekkage. Zo nodig sluiten met een zwaluwstaartje, of dichtplakken met dermaflex - Indien langdurige wondlekkage; regelmatig verband wisselen. Gebruik eventueel urine stoma of fistelzakje	15 minuten na punctie	V/PA/VS
Wees alert en patiënt (indien relevant) informeren over: - mogelijke duizeligheid vooral bij opstaan uit liggende houding (t.g.v. voorbijgaande bloeddrukdaling) - voorbijgaande pijn en/of darmkrampen met name na volledig (leeg) draineren		V/PA/VS
Wanneer ascites exsudaat (SAAG<11) betreft kan soms volstaan worden met kortere observatie (aan te geven door degene die punctie doet)		V/PA/VS
Blijf bij transsudaat(= SAAG > 11) patiënt observeren op shock verschijnselen	Elke 15 minuten gedurende 1 uur	V/PA/VS
Verrichting + bevindingen rapporteren in medisch dossier		A/PA/V/VS

Bijbehorende protocollen

- [Receptenformulier ascitespunctie/drainage Netwerk Palliatieve Zorg](#)

Toelichting

Ziektebeeld

Pathologische vochtophoping in de peritoneaal holte.

Oorzaken

1. blokkade van de lymfevaten (bijv. chylus)
2. peritoneale tumor of infectie
3. portale hypertensie
4. laag albumine

Indicaties

- symptoomverlichting bij maligne ascites (dyspnoe, vol gevoel / misselijkheid)
- symptomatische refractaire ascites bij portale hypertensie. Medicamenteuze behandeling heeft de voorkeur.

Als er goede palliatie van hinderlijke klachten wordt bereikt en de puncties niet te belastend zijn, is er geen reden om terughoudend te zijn met regelmatige puncties.

Zie indicaties voor permanente drain; [Protocol subcutane permanente getunnelde ascitesdrainage](#).

Relatieve contra-indicatie

Patiënt beoordelen op (relatieve) contra-indicaties.

- onvoldoende ascitesvocht
- coagulopathie (INR >2), streven naar INR < 1,5 voor een ontlastende ascitesdrainage, indien mogelijk *(bij patiënten in de palliatieve fase hoeft niet standaard vooraf lab bepaald te worden)*
- ernstige trombocytopenie (trombocyten <50) voor een ontlastende *(bij patiënten in de palliatieve fase hoeft niet standaard vooraf lab bepaald te worden)* ascitesdrainage
- spontane bacteriële peritonitis voor een ontlastende drainage
- infectie van omliggende huid
- zwangerschap
- uitgezette urineblaas urine retentie
- splenomegalie / organomegalie / hepatomegalie (met levercysten)
- lokale tumorgroei
- obstructie / ileus
- (dreigende) hepatorenaal syndroom

Pijn:

Als de patiënt pijn krijgt tijdens de drainage, moet er allereerst gekeken worden of er nog ascitesvocht afloopt. Al er veel vocht is afgelopen, er duidelijk minder spanning op de buik staat en de drain weinig meer afloopt, dan kan deze dicht worden gezet. De pijn wordt dan waarschijnlijk veroorzaakt doordat de smerende werking van het vocht tussen de vliezen wegvalt. Dit trekt vanzelf weer weg, omdat er nieuw vocht wordt geproduceerd. Eventueel kan paracetamol 1000 mg gegeven worden.

Complicaties en post-procedure klachten

Regelmatig

- Pijn en/of darmkrampen tijdens/na drainage.

Zelden

- Circulaire dysfunctie bij (snel) aflopen van veel ascites
- Nalekkage ascites uit insteekopening na verwijderen drain
- Infectie/ peritonitis
- Bloeding; lokaal of intra peritoneaal.

Zeer zelden treden op:

- Darmperforatie
- Bacteriële peritonitis

Overig

- Niet lukken van ascitespunctie/ drainage

Doel

Dit is een transmuraal protocol, bedoeld voor artsen, physician assistants en verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen in ziekenhuis Rijnstate en in de thuissituatie. Het beschrijft de wijze waarop men handelt bij het laten aflopen van een hoeveelheid ascitesvocht uit de buik ter ontlasting, d.m.v. een ascitespunctie.

Doelgroep

Dit protocol is bestemd voor artsen, physician assistants, verpleegkundig specialisten palliatieve zorg en verpleegkundigen van alle afdelingen binnen Rijnstate en in de thuissituatie.

Deze handeling mag verricht worden mits theoretisch en praktisch bekwaam voor deze handeling en de handeling past bij het opleidingsniveau. De handeling mag ook onder begeleiding van een theoretisch en praktisch bekwaam iemand uitgevoerd worden om de praktische bekwaamheid op te bouwen.

Definities

A	=	Arts
PA	=	Physician assistant
V	=	Verpleegkundige
VS	=	Verpleegkundig Specialist

Referenties

<https://www.pallialine.nl/ascites>.

Beheer en Borging

Beoordelaar(s) Functie Internist/oncoloog MDL arts	Naam M. v.d Vorst J.M. Vrolijk
Autorisator Functie Teammanager	Naam C. Wammes
Actualisatie procedure Werkoverleg	

Bijlagen

Bijlage 1 Receptformulier Ascitespunctie

[Receptenformulier acitiespunctie/drainage Netwerk Palliatieve Zorg](#)