

Aszitespunktion (Parazentese)

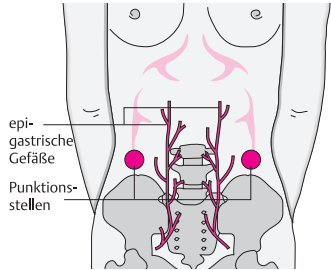
■ Allgemeines

Unter Aszites versteht man eine pathologische Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle. Aszites entsteht im Rahmen von Lebererkrankungen mit erhöhtem Portalvenendruck (z. B. Leberzirrhose, Budd-Chiari-Syndrom, akute Hepatitis), im Rahmen von kardialen Erkrankungen (z. B. Rechtsherzinsuffizienz, Pericarditis constrictiva), von malignen Erkrankungen (z. B. Peritonealkarzinose, Metastasenleber, Lymphome, intraabdominale Tumoren) oder von entzündlichen Erkrankungen (z. B. Pankreatitis, Tuberkulose, bakterielle Peritonitis). Eine Aszitespunktion (Parazentese) kann aus diagnostischer oder therapeutischer Indikation (schnelle Erleichterung bei Dyspnoe oder abdominalen Schmerzen infolge großer Aszitesmengen) erfolgen. (Relative) Kontraindikationen sind Gerinnungsstörungen, Niereninsuffizienz, höhergradiger Ikterus oder eine fortgeschrittene Enzephalopathie. Mögliche Komplikationen der Aszitespunktion sind hypovolämischer Schock, Blutung, bakterielle Peritonitis und Verschlechterung der Leber- und Nierenfunktion.

■ Durchführung

- Vorbereitungen:
 - Einverständnis des Patienten einholen und dokumentieren.
 - Sonographische Untersuchung des Aszitesausmaßes und Identifikation/Markierung einer günstigen Punktionsregion ohne Nähe zu verletzbaaren Organen oder Gefäßen (A. epigastrica inferior am lateralen Rand des M. rectus abdominis, portale Umgehungs-kreisläufe und wiedereröffnete

fetale Gefäße). Klassischer Punktionsort ist der Monroepunkt (im dritten äußeren Viertel einer Linie zwischen Nabel und Spina iliaca anterior superior, bevorzugt links, aber auch rechts).



Aszitespunktionsstellen



Aszitespunktionsregion

- Materialien:
 - Desinfektionsmittel, sterile Kompressen und Handschuhe.
 - Steriles Lochtuch, großes Stechpflaster (z. B. Fixomull).

- Für diagnostische Punktion: 10- oder 20 ml-Spritze, dünne Kanüle ausreichender Länge, Probengefäße, evtl. Blutkulturflaschen.
- Für therapeutische Punktion: Spritzen, dünne Kanülen, Lokalanästhesie, großlumige periphere Venenverweilkanüle, sterile Schere, Infusionssysteme mit abgeschnittener Tropfkammer, Dreiwegehahn, Auffanggefäß oder Sekretbeutel mit Volumenskalierung, steriles Pflaster.
- Lagern Sie den Patienten in Rückenlage, desinfizieren Sie die Haut und decken sie mit dem Lochtuch steril ab.
- Anästhesieren Sie die betreffende Region mit Einstich senkrecht zur Haut und punktieren Sie mit abwechselnder Injektion und Aspiration vor, bis sich Aszites aspirieren lässt.
- Mit der großlumigen Verweilkanüle und aufgesetzter Spritze punktieren Sie senkrecht zur Haut bis zur sicheren Aspiration von Aszites. Schieben Sie das Kunststoffröhrchen bei gleichzeitigem Rückzug des Stahlmandrins vor und fixieren es mit sterilem Pflaster.
- Über einen zwischengeschalteten Dreiwegehahn können Sie nun die abgeschnittenen Infusionssysteme an die Verweilkanüle anschließen und das gewünschte Aszitesvolumen unter engmaschiger Kontrolle der Vitalparameter in das Auffanggefäß bzw. den Sekretbeutel ablassen.
- Anschließend entfernen Sie die Verweilkanüle und verbinden die Punktionsstelle mit sterilen Kompressen und Stechpflaster.

■ Tipps und Tricks

- Bezüglich der Nebenwirkungshäufigkeit ist kein Vorteil für die totale Parazentese (vollständiges Ablassen des Aszites) im Vergleich mit der

wiederholten Punktion von jeweils 4–6 l Aszites beschrieben.

- Zur Verhinderung eines intravasalen Volumenmangels infolge der Parazentese (ausgelöst durch Wiedereinstrom von Flüssigkeit in den Bauchraum aus den übrigen Körperräumen) kann pro 4–6 l Aszites 40–60 g Albumin i. v. infundiert werden. Die Albumininfusion sollte erst am Ende der Punktion beginnen, weil das Albumin schnell intraabdominal erscheint und dann evtl. bereits wieder abgelassen wird. Alternativen zu Albumin: Dextran 70 (6–8 g pro Liter Aszitespunktat) oder Haemaccel (150 ml 3,5%ige Lösung pro Liter Aszitespunktat). Bei großlumiger Parazentese sollte auch bei nicht eindeutiger Evidenzlage einer o. g. Plasmaexpander gegeben werden.
- Überlegen Sie sich schon vor der Punktion, welche Parameter im Punktat bestimmt werden sollen. Halten Sie die entsprechenden Probengefäße bereit und füllen Sie diese zu Beginn der Parazentese.
- Zur Mobilisation von evtl. „gefangenem“ Aszites hilft Umlagern des Patienten. Bei prall-gespanntem Abdomen sollte zur Vermeidung einer Fistelbildung mit der Punktionskanüle kulissenartig durch die Bauchwandschichten gestochen werden.
- Um mehr Gefälle in das Ablaufsystem zu bringen können Sie das Patientenbett horizontal hochfahren.
- Nach der Parazentese sollten Sie Vitalparametern, klinischen Zustand sowie Leber- und Nierenfunktion kontrollieren.

■ Probleme und Sonderfälle

- **Leckage nach der Punktion:** Bei noch prallem Abdomen weiteres Ablassen von Aszites nach erneuter Punktion durch die Fistel.
- **Gewünschte Aszitesmenge nicht mobilisierbar:** Umlagerung des Patienten. Sonographische Kontrolle verbleibender Aszitesmengen.