



Aszites	DPW/16 Version 01
----------------	-----------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung: Ergänzung in 4.4 um neurogene Blase bei MS

1 Definition:

Flüssigkeitsansammlung intraperitoneal aufgrund einer Störung des Verhältnisses von Sekretion und Absorption. Nicht fällt darunter eine intraperitoneale Blutung, die meist anamnestisch abgegrenzt werden kann.

2 Symptomatik:

Bei erheblicher Flüssigkeitsansammlung kann der Ascites klinisch festgestellt werden. Man legt den Patienten mit Oberkörper und Kopf flach ins Bett, die Bauchdecken sollen entspannt sein. Klopft man mit den Fingern sacht auf die eine Flanke, spürt man auf der anderen Seite eine Welle anstoßen. Wenn keine Flüssigkeit im Bauchraum ist, fehlt die anstoßende Welle. Das Symptom lässt sich aber nur bei schlanken Menschen und erheblichen Flüssigkeitsmengen auslösen.

Seit Einführung der Ultraschalldiagnostik können Flüssigkeitsmengen bis zu (?) im Bauchraum zuverlässig festgestellt werden.

3 Weitere Datensammlung

Besonders geforscht werden soll nach Pleuraergüssen, Atelektase, Dyspnoe, Beinödeme, Fieber, Nabel/Inguinalhernie, Anorexie, Malnutrition, Gynäkologischen Erkrankungen, Auslandsreisen

Juckendes Exanthem, Fieber, Schüttelfrost, Husten, Übelkeit, Bauchschmerzen, Krankheitsgefühl, Myalgien, Urtikaria, ausgeprägte Eosinophilie

4 Differentialdiagnostische Überlegungen

Pathophysiologisch betrachtet kann sich Flüssigkeit intraperitoneal ansammeln bei folgenden Erkrankungen:

4.1 Sympathetisch

Überwässerung

chronisches Nierenversagen

Rechtsherzversagen

Pericarditis constrictiva, Herzbeutel tamponade

Tricuspidalinsuffizienz

fluid overload (?)

4.2 Vasculär:

Pfortaderhochdruck

- prähepatisch (untypisch)

Pfortaderthrombose

Mißbildungen

Tumor '

Lymphknoten (M. Hodgkin)

[Schistosomiasis \(Bilharziose\)](#)

- intrahepatisch (typisch)

Zirrhose

Hepatitis

[M. Wilson](#)

akute Lebernekrose

- posthepatisch (typisch)

[Budd-Chiari-Syndrom](#)

Lymphabflußstörung

4.3 toxisch und physikalisch:

pancreatogener Ascites

4.4 allergisch (entzündlich, ohne bekannten Erreger)

[Lupus erythematoses](#)

4.5 Entzündlich:

- Bakteriell:

Peritonitis

Tuberkulose

- viral

- fungal:

- Parasiten:

[Schistosomiasis \(Bilharziose\)](#)

Schwierig kann die Identifikation der Quelle der Infektion sein. Alle Organe im Bauchraum kommen infrage: Magen-, Darm-, Pankreaszysten, Nierenbeckenperforation.

Bei Multipler Sklerose kann eine neurogene Blasenentleerungsstörung zur Perforation der Harnblase führen und die Peritonitis auslösen.

4.6 Tumoren:

Peritonealcarcinose

Ovar

Colon

Magen

Metastasen eines Mamma-Carcinoms

4.7 Differentialdiagnose:

Die Differentialdiagnostik des Ascites macht meistens keine Schwierigkeiten, da das Symptom fast nur im fortgeschrittenen Stadium der auslösenden Grunderkrankungen auftritt.

Eine intraperitoneale Blutung sollte anamnestisch auszuschließen sein. Sie ist definitionsgemäß kein Aszites.

Bei einer Peritonitis dürfte der Aszites kaum Leitsymptom sein. Hier stehen septisches Fieber und Abdominalsymptomatik im Vordergrund

Abzuklären bleibt, welches Organ für die Flüssigkeitsansammlung verantwortlich ist wie z.B. Ovarialzyste, Pancreaszyste, Gallertbauch bei Pseudomyxom Meigs-Syndrom

Gravidität und volle Harnblase können nur den Anfänger zu einer Verwechslung mit einem Ascites führen.

4.8 Weiterführende Untersuchungsmethoden:

- Ultraschall des Abdomens,

klinische Chemie insbesondere Elektrolyte, Albumin, Kreatinin evtl.

- Parazentese

Gewinnung von bakteriologischem Material insbesondere bei Parasitenbefall

Oder zum Ausschluss einer der Ursachen, die ja immerhin auch gleichzeitig bestehen können (warum sollte nicht eine Patientin mit Leberzirrhose auch eine Ovarialzyste haben?).

Überlegungen zur Parazentese: Die medikamentöse Behandlung ist teuer, eine Drainage leicht gemacht und billig. Die früher befürchteten Nachteile oder Gefahren sind sicher übertrieben worden.

Hypalbuminämie mit chronisch niedrigem zirkulierenden Blutvolumen führt über Wasser- und Natriumretention zur Steigerung der Renin-Angiotensin-Aldosteron Sekretion mit Oligurie mit Harnstoff und Kreatinin-Anstieg.

Führt die Parazentese nicht weiter, kann eine Laparoskopie oder eine explorative Laparotomie weiterhelfen.

5 Literatur

Murray SG, et al. A Breakthrough Diagnosis NEJM 2015;373, 1865-70

Pfad: G:\Aktiv\GHP\6 Konfigurationen\03_DIA_Pfade\6.03.16_00_qm_ascites.doc

Erstfassung 2015

Formale Anpassung 2018-04-17