



ÖGGH

Österreichische  
Gesellschaft für  
Gastroenterologie  
und Hepatologie

## Aszites und Spontan-Bakterielle Peritonitis (SBP)

Autoren : Thomas Reiberger, Wien

Gernot Zollner, Graz

Michael Strasser, Salzburg

Für die AG Leber der ÖGGH

Aktualisiert: 2018

	Unkomplizierter Aszites			Refrakterer Aszites
<b>Definition</b>	<p>Grad 1:</p> <p>Milder Aszites nur im US erkennbar</p>	<p>Grad 2:</p> <p>Moderater Aszites erkennbar durch Distension des Abdomens</p>	<p>Grade 3:</p> <p>Ausgeprägter Aszites durch deutliche Distension des Abdomens</p>	<p>Aszites der nicht medikamentös mobilisiert werden kann oder früh nach Parazentese wiederauftritt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diuretika-resistenter Aszites: trotz hochdosierter Diuretikatherapie (max. 400mg Spironolacton/160mg Furosemid) nicht mobilisierbar</li> <li>- Diuretika-intoleranter Aszites: Nebenwirkungen limitieren die effektive Dosierung von Diuretika</li> </ul> <p>Typische Befundkonstellation: Urin-Natrium-Ausscheidung &lt;80mmol/24h, Spontan-Harn: Na/K Ratio &lt;2.5</p>
<b>Therapie</b>	<p>Kochsalzrestriktion und Diuretika (Start: Spironolacton 100mg und Furosemid 40mg/Tag)</p>		<p>Parazentese, Kochsalzrestriktion, Diuretika</p>	<p>Parazentese, Evaluierung für eine TIPS Implantation, Evaluierung für eine Lebertransplantation</p>
<b>Vermeidung von</b>	<p>NSAR, ACE-Hemmer, ATII-Blocker, Aminoglykoside</p>		<p>NSAR, ACE-Hemmer, ATII-Blocker, Aminoglykoside, Vasodilatoren: ISMN, Carvedilol</p>	

- Jeder neu-aufgetretene Aszites muß punktiert werden inklusive Diagnostik:
- Zellzahl (PMN: polymorphkernige Neutrophile):  $>250/\mu\text{L}$  definiert eine SBP
- SAAG: (Serum-Albumin) – (Aszites-Albumin)- Gradient
- Eiweißgehalt im Aszites
- Zytologie zur Differentialdiagnose (DD): Peritonealkarzinose
- Aszites-Kultur - am besten direkt “bed-side” in Blutkulturflaschen
- Zur weiteren DD: Glucose, Triglyceride (chylöser Aszites), Amylase/Lipase
- Zur DD beim refraktären Aszites: Harnelektrolyte unter Diuretika:
  - Urin-Na  $>88\text{mmol/L}$ : Kochsalzrestriktion einfordern
  - Urin-Na  $<20$ : falls K $>30$ : Steigerung Spironolacton - falls K $<30$ : Steigerung Furosemid

Jeder neu-aufgetretene Aszites muß diagnostisch punktiert werden

**SAAG: (Serum-Albumin) - (Aszites-Albumin) Gradient**

**SAAG  $\geq 1.1$**

**SAAG  $< 1.1$**

**Aszites-Eiweiß**

**$< 2.5$  g/dL:**

- Zirrrose
- PHT

**Aszites-Eiweiß**

**$> 2.5$  g/dL:**

- Kardiogen
- Budd-Chiari

**Zytologie &  
Hohes LDH:  
Peritoenal-CA**

**Andere Ursachen:**

- Triglycerie,
- Amylase/Lipase
- Bilirubin

- Besteht klinisch keine offensichtliche Blutungsneigung, kann eine Parazentese unabhängig von der PTZ/INR und der Thrombozytenzahl durchgeführt werden,
- Eine orientierende Ultraschall-Untersuchung wird bei erster Parazentese und bei Verdacht auf Adhäsionen empfohlen
- Loco typico: linker Unterbauch: cave Adhäsionen und Splenomegalie
- Intravenöse Substitution von Albumin 8g/L Aszites – zumindest bei großvolumiger Parazentese >5L
- Generell gilt Aszites Volumen komplett ablassen – frühzeitiger Stopp eventuell bei Patienten mit instabiler Kreislaufsituation

**Aszites PMN Zellzahl  $>250/\mu\text{L}$**

**Empirische Antibiotische Therapie:  
3G-Cephalosporin oder Aminopenicillin oder Chinolon  
Albumin 1.5g/kg (z.B. 80kg: 2x 300mL 20% HA)**

**48h: Verlaufs-Parazentese  
plus Albumin 1g/kg (z.B. 80kg: 2x 200mL 20% HA)**

**Zellzahl  $-25\%$ :  
Antibiose 5-7 Tage**

**Sekundärprophylaxe:  
Norfloxazin 400mg/Tag p.o.**

**Zellzahl nicht  $-25\%$ :  
Antibiose eskalieren**

**Meropenem +  
Daptomycin**

- Aszites-Zellzahl  $>250$  PMN/ $\mu$ L und/oder positive Bakterienkultur:
- Antibiotische Therapie mit 3G-Cephalosporinen,  
Aminopenicillin/Betalactamasehemmer oder Chinolonen
- Albumingabe 1.5g/dL am Tag 0 und 1g/dL am Tag 2 zur Prävention von HRS-Aki
- Kontrollpunkt nach 2 Tagen (48h): Falls Zellzahl nicht adäquat um zumindest 25% gefallen, Eskalation der antibiotischen Therapie nach dem lokalen Keimspektrum – zB. Meropeniem/Daptomycin
- Zur Sekundärprophylaxe nach SBP wird Norfloxacin per os 400mg/Tag empfohlen
- Alternativ kann auch Cotrimoxazol 800/160mg/Tag eingesetzt werden.

Wien Klin Wochenschr

<https://doi.org/10.1007/s00508-017-1262-3>



CrossMark


---

**Wiener klinische Wochenschrift**

The Central European Journal of Medicine

---

## **Austrian consensus guidelines on the management and treatment of portal hypertension (Billroth III)**

**Thomas Reiberger  · Andreas Püspök · Maria Schoder · Franziska Baumann-Durchschein · Theresa Bucsecs · Christian Datz · Werner Dolak · Arnulf Ferlitsch · Armin Finkenstedt · Ivo Graziadei · Stephanie Hametner · Franz Karnel · Elisabeth Krones · Andreas Maieron · Mattias Mandorfer · Markus Peck-Radosavljevic · Florian Rainer · Philipp Schwabl · Vanessa Stadlbauer · Rudolf Stauber · Herbert Tilg · Michael Trauner · Heinz Zoller · Rainer Schöfl · Peter Fickert**

Received: 18 May 2017 / Accepted: 22 August 2017