

Afstudeeronderzoek:
Vocht in de buik

Vocht in de buik; Wanneer moet een huidtherapeut in- en uitstappen?



www.plusmagazine.rnews.nl

1517096

Huidtherapie jaar 4

Definitief onderzoeksrapport

© “De auteur verklaart het volledige auteursrecht op zijn/haar werk te bezitten. Hij vrijwaart de Opleiding Huidtherapie van de Hogeschool Utrecht voor alle vorderingen van derden betreffende de inhoud en de vorm van het onderzoeksrapport.”
Niets uit dit verslag mag worden vermenigvuldigd of opgeslagen in een gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s) of van de hogeschool.

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het onderzoek naar de behandeling van patiënten met vocht in de buik, uitgevoerd door Marije Smorenborg en Dagmar Wechgelaar. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Hogeschool Utrecht. In dit onderzoeksrapport staat ons afstudeeronderzoek naar vocht in de buik beschreven, en zal onze HBO opleiding huidtherapie afronden.

Wij willen iedereen bedanken die heeft meegewerkt aan het onderzoek voor de tijd die zij erin gestoken hebben, hun steun en kennis die zij met ons hebben willen delen.

Voor nu wensen wij u veel leesplezier.

Utrecht, 25 mei 2010

Marije Smorenborg & Dagmar Wechgelaar
Studenten huidtherapie

Samenvatting

Samenvatting

Probleemomschrijving

De reeds afgestudeerde huidtherapeuten en studenten Huidtherapie die dit jaar afstuderen, hebben tijdens hun opleiding geen informatie ontvangen over ascites. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat in de huidtherapeutische praktijk ascites verward wordt met buiklymfoedeem en de patiënt mogelijk niet de meest optimale behandeling ontvangt.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het informeren van onze collegae huidtherapeuten over vocht in de buik, de mogelijke behandeling hiervan en wat het doel zou moeten zijn tijdens dit behandeltraject.

Vraagstelling

De vraagstelling luidt als volgt:

“Hoe kan de huidtherapeut een patiënt met ascites behandelen door middel van huidtherapeutische interventies?”

Methode van onderzoek

Het onderzoek betreft een exploratief literatuuronderzoek. De literatuur is gezocht op verschillende medische databanken, in boeken en op het internet. Tot op heden is er nog geen (literatuur)onderzoek uitgevoerd waar ascites en lymfoedeem samen in besproken worden of waarin deze twee onderwerpen met elkaar worden vergeleken.

Resultaten

Buiklymfoedeem en ascites bevinden zich op andere locaties in het abdomen. Ascites wordt behandeld door middel van paracentese, diuretica, peritoneoveneuze shunt of radioactief fosfor. Buiklymfoedeem wordt behandeld door middel van Manuele Lymfedrainage (MLD) en/of compressietherapie. Er zijn in de onderzochte literatuur geen aanwijzingen te vinden dat MLD of compressietherapie ingezet zouden kunnen worden bij de behandeling van ascites.

Conclusies

Uit literatuur is gebleken dat maligne ascites door de huidtherapeut palliatief behandeld kan worden door middel van MLD met als doel pijnstilling en ontspanning. De vraag of een huidtherapeut een patiënt met ascites curatief kan behandelen, kan niet worden beantwoord met de gevonden literatuur.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	
1.1 Aanleiding	Blz. 6
1.2 Probleemomschrijving	Blz. 6
1.3 Hoofdvraagstelling	Blz. 6
1.4 Deelvragen	Blz. 6
1.5 Doelstelling	Blz. 6
1.6 Definiëring centrale begrippen	Blz. 6
2. Methoden van onderzoek	
2.1 Beschrijving van het onderzoeksdesign	Blz. 8
2.2 Inhoudelijke oriëntatie/literatuurverkenning	Blz. 8
3. Resultaten	
3.1 Ascites	Blz. 11
3.1.1 Paracentese	Blz. 12
3.1.2 Diuretica	Blz. 12
3.1.3 Peritoneoveneuze shunt	Blz. 13
3.1.4 Radioactief fosfor	Blz. 13
3.2 Differentiaal diagnose ascites	Blz. 13
3.2.1 Buiklymfoedeem	Blz. 13
3.2.1.1 Manuele lymfedrainage	Blz. 14
3.2.1.2 Ambulante compressietherapie	Blz. 14
3.3 Ascites vs. buiklymfoedeem	Blz. 15
4. Discussie	
4.1 Inleiding discussie	Blz. 18
4.2 Kritische terugblik	Blz. 18
5. Conclusie	Blz. 19
6. Aanbevelingen	Blz. 20
7. Nawoord	Blz. 21
8. Literatuurlijst	
8.1 Artikelen	Blz. 22
8.2 Boeken	Blz. 23
8.3 Websites	Blz. 24
8.4 Overig	Blz. 24
Bijlagen	
- Interview B. van Rixtel	
- Interview H.P.M. Verdonk	
- Summary in English	

1. Inleiding

Dit onderzoeksrapport is het resultaat van het onderzoek naar de behandeling van patiënten met buikvocht door de huidtherapeut.

1.1 Aanleiding

Wij (Marije en Dagmar) hebben dit onderwerp gekozen naar aanleiding van een stage bij een oedeemtherapeut. In de opleiding komt de specifieke behandeling van buikvocht kort aan bod. Over ascites wordt tijdens de opleiding geen informatie gegeven. We willen daarom met dit onderzoek meer duidelijkheid geven over de behandelmogelijkheden van de huidtherapeut als het gaat om ascites. Het herkennen en juist huidtherapeutisch diagnosticeren om een verantwoorde keuze te kunnen maken, staat hierbij centraal.

1.2 Probleemomschrijving

Tijdens een stage bij een oedeemtherapeut in het UMC te Utrecht is ascites een aantal keer voorbij gekomen. De reeds afgestudeerde huidtherapeuten of de studenten huidtherapie die dit jaar afstuderen, hebben geen informatie over ascites gekregen tijdens de opleiding. Daarom is de verwachting dat deze huidtherapeuten niet over alle kennis beschikken om vocht in de buik huidtherapeutisch te diagnosticeren. Wanneer zij deze kennis wel zouden hebben, kunnen deze huidtherapeuten een verantwoorde keuze maken wanneer zij een patiënt met vocht in de buik zien en bepalen of zij deze patiënt wel of niet gaan behandelen. Op deze manier wordt de patiënt optimaal behandeld.

1.3 Hoofdvraagstelling

De volgende vraagstelling is geformuleerd:

'Hoe kan de huidtherapeut een patiënt met ascites behandelen door middel van huidtherapeutische interventies?'

1.4 Deelvragen

Om de hoofdvraagstelling te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat is ascites?
- Welke differentiaal diagnose van ascites is relevant voor de huidtherapeut?
- Welke verschillen zijn waar te nemen tussen ascites en buiklymfoedeem?
- Welke bijdrage kan de huidtherapeut leveren bij de behandeling van ascites?

1.5 Doelstelling

Het doel van dit rapport is collegae huidtherapeuten informeren over de behandeling van patiënten met vocht in de buik. De huidtherapeut zal over meer informatie beschikken, en een verantwoorde beslissing kunnen nemen met betrekking tot de behandeling van vocht in de buik.

1.6 Definiëring centrale begrippen

In dit onderzoeksrapport worden verschillende begrippen gebruikt. Om duidelijk te maken hoe ze in dit onderzoeksrapport geïnterpreteerd worden volgt nu een definiëring van deze centrale begrippen.

Ascites

Buikwaterzucht; ophoping van vocht in de buikholtte (Zakwoordenboek der Geneeskunde, 2006).

Interstitium

Tussenruimte; interstitieel weefsel (Zakwoordenboek der Geneeskunde, 2006).

Lymfoedeem

Lymfatisch oedeem door stuwning van lymfe (Zakwoordenboek der Geneeskunde, 2006).

Manuele Lymfedrainage

Syn. Lymfedrainage wordt toegepast in de geneeskunde en bij cosmetische behandelingen en omvat een zachte massage op de droge huid d.m.v. draaiende 'pomp'bewegingen; het stimuleert de lymfecirculatie in de bindweefsels waardoor vochttoplossingen (oedemen) verdwijnen en schadelijke stoffen worden afgevoerd (Zakwoordenboek der Geneeskunde, 2006).

Peritoneaalholte

De ruimte omringt door het peritoneum (Zakwoordenboek der Geneeskunde, 2006).

Peritoneum

Buikvlies, het vlies dat zowel de buikwand als de in de buikholte gelegen organen bekleedt (Zakwoordenboek der Geneeskunde, 2006).

2. Methoden van onderzoek

2.1 Beschrijving van het onderzoeksdesign

Het onderzoek dat uitgevoerd is, betreft een literatuuronderzoek en is exploratief. Er is gekozen voor een literatuuronderzoek in verband met de gekozen vraagstelling en het doel dat met dit onderzoek bereikt wil worden. Tevens is er binnen de huidtherapie weinig relevante informatie beschikbaar over vocht in de buik.

2.2 Inhoudelijke oriëntatie/literatuurverkenning

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van verschillende literatuur. De informatie is niet alleen uit boeken gehaald, maar ook uit artikelen, richtlijnen en van het internet.

Deze informatie is zowel afzonderlijk als gezamenlijk verzameld. Op deze manier is er zo breed mogelijk gezocht. Er is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen. Zo is er niet alleen op de Faculteit Gezondheidszorg gezocht, maar ook in de Universiteitsbibliotheek en de Medische Bibliotheek van het UMC.

De wetenschappelijke waarde en deskundigheid van de geraadpleegde onderzoeken vormt de basis van een betrouwbare conclusie. Daarom is er gebruik gemaakt van de volgende databanken:

- Academic Search Premier
- Cinahl
- Medline
- Mesh
- Pubmed
- Scholar Google

Tabel 1 - Hitsschema

Databanken	Zoekterm	Criteria	Aantal hits
Academic Search Premier	Ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	14164
Academic Search Premier	Ascites and treatment	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	48
Cinahl	Ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	359
Cinahl	Ascites and treatment	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	73
Cinahl	Ascites and lymphedema	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	4
Cinahl	Efficacy MLD and lymphedema	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	180
Medline	Lymphedema and Ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	0

Medline	Lymphedema or ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	338
Medline	Ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	42
Medline	Malignant ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	28
Mesh	Ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	9
Pubmed	Lymphedema and ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	13
Pubmed	Malignant ascites	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	33
Scholar Google	Treatment lymphedema	Met samenvatting vanaf 2000	9
Scholar Google	Treatment malignant ascites	Met samenvatting vanaf 2000	21
Scholar Google	Lymphedema in the abdomen	Met samenvatting vanaf 2000	4450
Academic Search Premier, Cinahl & Medline	Lymphoedema and abdominal	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	2
Academic Search Premier, Cinahl & Medline	Lymphoedema and recognition	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	5
Academic Search Premier, Cinahl & Medline	Ascites and recognition	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	13
Academic Search Premier, Cinahl & Medline	Lymphoedema and pressure	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	5
Academic Search Premier, Cinahl & Medline	Differential Diagnosis Lymphoedema in Title	Full Text In Nederlands, Duits of Engels vanaf 2000	0

Tabel 2 – Schema niveau bepaling

Niveau bepaling	Aantal gevonden artikelen
Niveau 1 - Systematische review met statistische pooling	2
Niveau 2 - Systematische review	6
Niveau 3 - Grote gerandomiseerde studie	1
Niveau 4 - Kleine gerandomiseerde studie	7
Niveau 5 - Gecontroleerde studie	1
Niveau 6 - Richtlijnen ed.	7
Niveau 7 - Opinie van een geraadpleegde expert	3

Tot op heden is er nog geen (literatuur)onderzoek uitgevoerd waar ascites en lymfoedeem samen in besproken worden of waarin deze twee onderwerpen met elkaar worden vergeleken.

Van meerdere, niet nader te noemen, huidtherapeuten is vernomen dat zij niet op de hoogte zijn van het onderwerp ascites en hier onvoldoende kennis over beschikken om het te kunnen herkennen. Mede door deze uitspraken en door het feit dat het onderwerp ascites niet genoemd is tijdens de opleiding Huidtherapie van de reeds afgestudeerde huidtherapeuten, is de verwachting dat deze huidtherapeuten niet over de kennis beschikken om een verantwoorde keuze te kunnen maken in het wel of niet behandelen van een patiënt met vocht in de buik.

Onze inclusiecriteria zijn:

- Literatuuronderzoek;
- Alleen literatuur vanaf 2000 tot nu;
- Alleen literatuur in het Nederlands, Engels of Duits.

Onze exclusiecriteria zijn:

- Praktijkonderzoek;
- Literatuur ouder dan het jaar 2000;
- Literatuur in een andere taal dan Nederlands, Engels of Duits.

3. Resultaten

Dit deel van het onderzoeksrapport bestaat uit twee onderdelen. In het eerste gedeelte zal er algemene informatie gegeven worden. In het tweede gedeelte zal deze informatie met elkaar vergeleken worden en zullen er verbanden gelegd worden.

3.1 Ascites

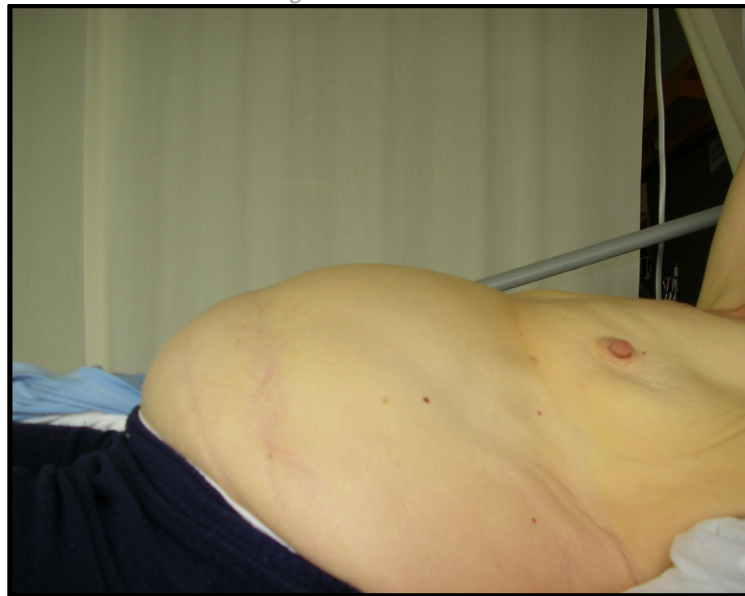
Ascites is een ophoping van vocht in de buikholte (Richtlijn Ascites, 2010). Vocht in de buik kan een symptoom zijn van meerdere aandoeningen, bijvoorbeeld:

- Zwangerschap;
- Beschadiging of obstructie van retroperitoneale lymfevaten of de ductus thoracicus;
- Levercirrose;
- Ontsteking in de buikholte;
- Maligniteit.

(H.P.M. Verdonk & B. van Rixtel, persoonlijke meningen experts).

De Richtlijn Ascites (2010) stelt dat ascites een pathologische vochtophoping in de peritoneaalholte is wat ook wel een waterbuik genoemd wordt. Het zorgt voor een opzwellend van de buik. Onder normale omstandigheden bevat de buikholte een kleine hoeveelheid strokleurig transsudaat. Volgens Rochling en Zetterman (2009) bevindt zich normaal gesproken 50-75 ml. vocht in de peritoneaalholte. De vloeistof komt vrij via de peritoneale capillairen en draineert via lymfebanen in het diafragma en de ductus thoracicus in het veneuze stelsel. Ascites ontstaat meestal door een combinatie van een verhoogde toevoer en een verminderde afvoer van vocht. Dit wordt bevestigd in een artikel van MacDonald, Kirwan en Roberts (2006).

Afbeelding 1 - Patiënte met ascites



(Beschikbaar gesteld door H.P.M. Verdonk)

Er zijn 2 verschillende soorten ascitesvocht beschreven in de Richtlijn Ascites (2010):

- Exsudatieve ascites

Bij exsudatieve ascites is het buikvocht eiwitrijk en de oorzaak is meestal kanker of een ontsteking. In het geval van exsudatieve ascites is er sprake van een verhoogde toevoer van vocht door de tumor en er is sprake van een hoog albuminegehalte. Wat betreft ontstekingen, kunnen alle ontstekingen binnen het peritoneum ascites veroorzaken.

- Transsudatieve ascites

Bij transsudatieve ascites is het vocht eiwitarm en er is hier juist sprake van een laag albuminegehalte. Hierdoor kan de colloïd osmotische druk (C.O.D.) afnemen waardoor er een verhoogde toevoer van vocht kan ontstaan. Dit kan ook ontstaan door een verhoogde druk in de vena porta of de vena hepatica. Dit is met name bij uitgebreide levermetastasen.

Volgens de Richtlijn Ascites (2010) kan ascites de volgende oorzaken hebben:

- Niet-maligne
- Maligne
- Beschadiging of obstructie van lymfevaten onder het diafragma of van de ductus thoracicus door lokale tumorgroei of als gevolg van chirurgie of radiotherapie.

In een onderzoek van Seike, Maetani en Sakai (2006) staat dat in een onderzoek van Parsons, Watson en Steele (1996) beschreven staat dat maligne ascites ongeveer 10% van alle gevallen van ascites beslaat. Ook stellen zij dat maligne ascites het meest voorkomt bij een ovarium-, endometrium-, mamma-, colon- en pancreascarcinoom. Ditzelfde wordt beschreven in een onderzoek door Smith en Jayson (2003) Ongeveer 20% van alle patiënten met ascites hebben een tumor met een onbekende oorzaak (Becker, Galandi en Blum, 2006).

Tweederde van de patiënten met kanker en ascites heeft een peritonitis carcinomatosa. Bij patiënten met kanker is de onderliggende maligniteit meestal de directe oorzaak van de ascites. Dat is echter niet altijd het geval en men moet bij patiënten met kanker dan ook bedacht zijn op niet-maligne oorzaken (Richtlijn Ascites, 2010).

3.1.1 Paracentese

In de richtlijn Ascites (2010) staat dat paracentese de meest toegepaste methode is om (maligne) ascites te behandelen. Dit wordt bevestigd door een onderzoek van Rochling en Zetterman (2009). Paracentese is een ontlastende punctie en kan in 90% van de gevallen een tijdelijke verlichting (meestal gedurende 1-2 weken) van de symptomen (met name van de opgezetste buik en de dyspnoe) geven. Bij een zuiver transsudaat (zeker als sprake is van levercirrose) wordt in het algemeen niet meer dan een paar liter ascitesvocht gepuncteerd (Richtlijn Ascites, 2010). Volgens Seike en collega's (2006) zijn herhaalde puncties vaak noodzakelijk. De klachtenvrije periodes worden dan vaak steeds korter. Er moet dan een afweging worden gemaakt tussen enerzijds het effect van de punctie en de duur van het effect, en anderzijds de belasting van de puncties. Als er goede palliatie van hinderlijke klachten wordt bereikt en de puncties niet al te belastend zijn, is er geen reden om terughoudend te zijn met regelmatige puncties (www.oncoline.nl).

3.1.2 Diuretica

Omdat er bij ascites teveel zout en water wordt vastgehouden, bestaat de behandeling in alle gevallen uit een zoutbeperkt dieet en een vochtbeperking. Dit wordt gecombineerd met diuretica (plastabletten). De gebruikelijke combinatie is spironolacton (50 tot 400 mg dd) en furosemide (20 tot 160 mg dd) (Richtlijn Ascites, 2010). Volgens Becker en collega's (2006) is een behandeling met diuretica met name geschikt bij een niet-maligne ascites.

3.1.3 Peritoneoveneuze shunt

Een peritoneoveneuze shunt (LeVeen of Denver shunt) bestaat uit een drain die in de peritoneaalholte wordt geplaatst met een afvoer via de vena jugularis in de vena cava superior. Door het drukverschil tussen de buikholte en de vena cava superior wordt het ascitesvocht uit de peritoneaalholte afgevoerd in het veneuze stelsel (Seike et al., 2006). Becker en collega's (2006) veronderstellen dat peritoneoveneuze shunts vaak geplaatst worden wanneer blijkt dat de patiënt vaker een maal per twee weken een paracentese nodig heeft om de symptomen te verlichten.

3.1.4 Radioactief fosfor

Alleen in de Richtlijn Ascites (2010) wordt gesproken over een unieke behandeling waarbij radioactief fosfor wordt toegediend. Volgens de richtlijn wordt deze behandeling alleen uitgevoerd in het UMC Utrecht op de afdeling Nucleaire Geneeskunde. Over de behandeling van ascites door middel van het toedienen van radioactieve fosfor is echter geen verdere literatuur te vinden. Volgens de heer H.P.M. Verdonk, werkzaam in het UMC, komt dit omdat dit nog een erg nieuwe behandeling is (Persoonlijke mening expert).

3.2 Differentiaal diagnose ascites

De meest relevante differentiaal diagnose van ascites voor de huidtherapeut is buiklymfoedeem (B. van Rixtel, persoonlijke mening expert). Andere differentiaal diagnoses van ascites worden in dit onderzoeksrapport dan ook buiten beschouwing gelaten.

3.2.1 Buiklymfoedeem

Volgens de Richtlijn Lymfoedeem (2002) is lymfoedeem een aandoening die veroorzaakt wordt door een verstoring tussen de lymfe toevoer en de lymfe afvoer. Het lymfevocht bevindt zich in het interstitium. Het is een veelvoorkomende aandoening en wordt voornamelijk gezien aan de extremiteiten.

Afbeelding 2 – Patiënte met buiklymfoedeem links



(Beschikbaar gesteld door H.P.M. Verdonk)

Lymfoedeem kan verschillende oorzaken hebben en kan ingedeeld worden naar een primair of een secundair lymfoedeem. In zowel de Richtlijn Lymfoedeem (2002) als het boek Oedeem en oedeemtherapie (2006) staat beschreven dat de oorzaak van primair lymfoedeem veelal onbekend is. Doorgaans zijn de lymfevaten verminderd of helemaal niet

aangelegd. Een secundair lymfoedeem wordt veroorzaakt door een beschadiging van een gezond lymfesysteem, met als gevolg dat deze niet optimaal meer functioneert. De oorzaak van een dergelijke beschadiging kan zijn door een operatie, onderliggende maligniteit of een infectie.

In het boek *The Massage Connection; Anatomy & Physiology* (2004) staat beschreven dat wanneer een patiënt ernstig oedeem heeft, het lymfevocht kan gaan lekken in de peritoneaalholte. Zij noemen het hierna 'Ascites'. Dit wordt echter niet in andere literatuur bevestigd en volgens de heer H.P.M. Verdonk is dit eerder andersom (Persoonlijke mening expert).

3.2.1.1 Manuele lymfedrainage

In het boek *Oedeem en oedeemtherapie* door Verdonk (2006) staat beschreven dat manuele lymfedrainage een massagemethode is die tracht de functie van het lymfesysteem op een adequate wijze te ondersteunen. Dit wordt gedaan door een specifieke vorm van kneden op de interstitiële opstroom en lymfe (*Massagetherapie*, 2006). De meest genoemde indicaties voor MLD zijn lymfoedeem en veneus oedeem (*Oedeem en oedeemtherapie*, 2006 en *Massagetherapie*, 2006). Opvallend hierbij is dat ascites niet als indicatie genoemd wordt.

Als contra-indicatie wordt onder andere maligniteit genoemd (*Oedeem en oedeemtherapie* 2006). Volgens de Richtlijn Ascites (2010) en alle gevonden artikelen, kan ascites in 10% van de gevallen veroorzaakt worden door maligniteit. Hiervan gaat het in 80% van de gevallen om een ovarium-, colorectal-, maag-, pancreas-, mamma-, of longcarcinoom of Non-Hodgkin lymfoom. De meest voorkomende oorzaak (30-54% van alle patiënten met maligne ascites) is een ovariumcarcinoom.

Over de effectiviteit van MLD bestaat nog discussie. Zo wordt er in een onderzoek dat uitgevoerd is onder 42 vrouwen met lymfoedeem na een mammacarcinoom door Boylan (2005) gesteld, dat MLD geen toevoeging is op de behandeling van lymfoedeem. Compressietherapie wordt in dit onderzoek als belangrijkste factor genoemd voor de afname van het oedeem. Deze uitspraken worden ondersteund door een onderzoek van Andersen, Hojris, Erlandson en Andersen (2000). In dit onderzoek zijn twee controlegroepen gevolgd, een groep waarin vrouwen behandeld zijn zonder MLD en een groep die behandeld is met MLD. Hier werd geen verschil waargenomen in de afname van het oedeem tussen de twee groepen. Andere onderzoeken wijzen echter uit dat MLD wel degelijk een effectieve toevoeging is aan de behandeling van lymfoedeem. Zo wordt er in een onderzoek van Williams, Vadgama, Franks en Mortimer (2002) gesteld dat MLD een significante afname van het lymfoedeem bevordert. Deze uitspraken worden ondersteund en bevestigd door een onderzoek van Bordin, Fatima Guerreiro Godoy, Pereira de Godoy (2009) waarin MLD ook als effectief beoordeeld wordt. In Nederland is Manuele Lymfedrainage een erkende therapie en wordt dan ook veelvuldig ingezet wanneer het om de behandeling van lymfoedeem gaat.

3.2.1.2 Ambulante compressietherapie

Ambulante compressietherapie is een combinatie van zwachtelen en bewegen (*Oedeem en oedeemtherapie*, 2006). Compressietherapie wordt door huidtherapeuten veelvuldig toegepast wanneer het gaat om de behandeling van oedeem. In onder andere onderzoeken van Moseley, Carati en Piller (2006) en Andersen (2008) wordt bandageren als doeltreffende behandeling van oedeem gewaardeerd.

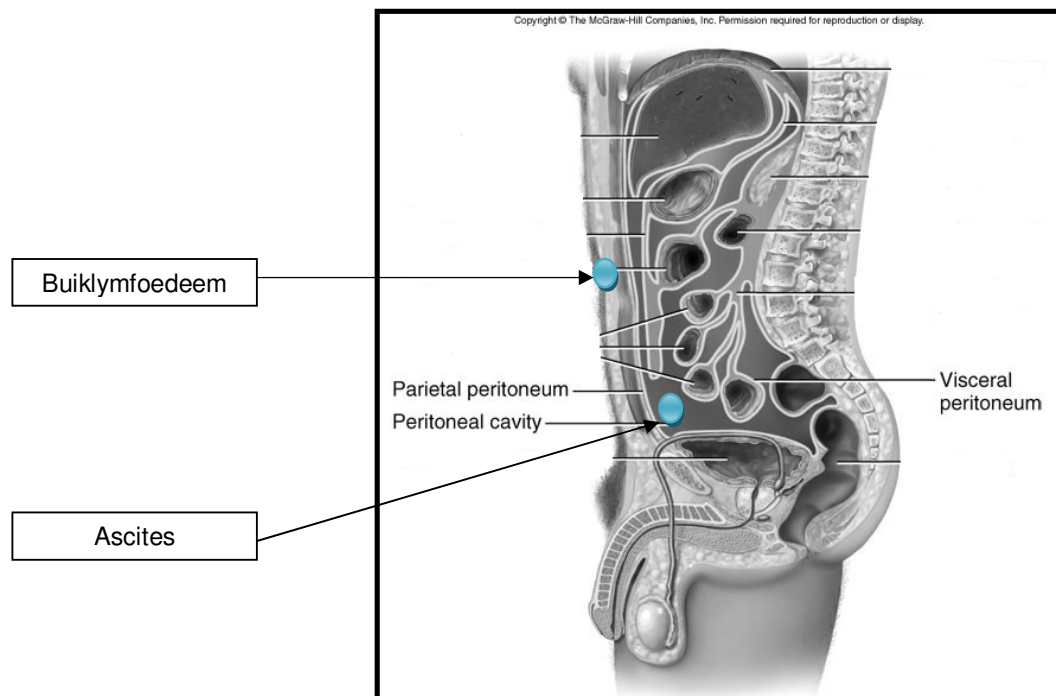
In dit tweede deel van het onderzoeksrapport zal de eerder behandelde informatie verder toegelicht worden. In deze toelichting zullen er verbanden met de huidtherapie gelegd worden.

3.3 Ascites vs. buiklymfoedeem

In de literatuur betreffende ascites en de behandeling hiervan wordt de huidtherapeut nooit genoemd. Toch wordt de hulp van de huidtherapeut in de praktijk nog wel eens ingeschakeld bij patiënten met ascites.

Volgens de gevonden literatuur gaat het zowel bij ascites als bij buiklymfoedeem om een vochtophoping in de buik (Richtlijn Lymfoedeem, 2002 en Richtlijn Ascites, 2010). Zoals eerder in dit onderzoeksrapport beschreven is, is uit de onderzochte literatuur gebleken dat ascites en buiklymfoedeem zich op andere locaties bevinden in het abdomen. Buiklymfoedeem bevindt zich in de interstitiële ruimte in de huid (Richtlijn Lymfoedeem, 2002), terwijl ascitesvocht zich in het dieper gelegen deel van het abdomen bevindt, namelijk de peritoneaalholte (Richtlijn Ascites, 2010) zie afbeelding 1.

Afbeelding 3 - Lokalisatie vocht in de buik



www.natsci.parkland.edu

Om de verschillen tussen ascites en buiklymfoedeem overzichtelijk te maken, zijn er 3 tabellen gemaakt. In tabel 1, 2 en 3 zijn verscheidene kenmerken van ascites en buiklymfoedeem opgenomen. In de eerste tabel, tabel 1, zijn verschillende kenmerken van ascites en buiklymfoedeem te zien.

Tabel 1 - Kenmerken ascites en buiklymfoedeem

	Ascites	Buiklymfoedeem
Lokalisatie	Peritoneaal holte	Interstitium in huid
Type vocht	Ascitesvocht eiwitrijk/eiwitarm	Lymfevocht eiwitrijk/eiwitarm
Veneuze tekening	Vaak	Zeer zelden
Glans	Glanzende huid	Niet glanzende huid
Prognose	Afhankelijk van onderliggende aandoening	Afhankelijk van onderliggende aandoening
Structuur	Glad	Hobbelig tot glad
Overig	Zakt naar flank bij zijlig	Zakt niet weg bij positieverandering

(Lee en Grap, 2008, Rochling en Zetterman, 2009, Richtlijn Ascites, 2010, Richtlijn Lymfoedeem, 2002 en H.P.M. Verdonk, persoonlijke mening expert)

In onderstaande tabel, tabel 2, is te zien welke klachten de patiënt tijdens de anamnese aan zou kunnen geven bij buiklymfoedeem en welke bij ascites.

Tabel 2 – Klachten

	Ascites	Buiklymfoedeem
Vermoeid	Ja	Ja
Zwaar gevoel	Ja	Ja
Buikomvang neemt toe	Ja	Ja
Misselijkheid/braken	Ja	Nee
Buikpijn (van binnenuit)	Ja	Nee
Gewichtstoename	Ja	Ja
Anorexie	Ja	Nee
Kortademigheid	Ja	Nee

(Lee en Grap, 2008, Rochling en Zetterman, 2009, Richtlijn Ascites, 2010, Richtlijn Lymfoedeem, 2002 en H.P.M. Verdonk en B. van Rixtel, persoonlijke meningen experts).

In onderstaande tabel is te zien welke bevindingen de huidtherapeut zou kunnen zien en voelen tijdens het lichamelijk onderzoek van een patiënt met ascites en van een patiënt met buiklymfoedeem.

Tabel 3 – Lichamelijk onderzoek

	Ascites	Buiklymfoedeem
Opgezet buik	Ja	Ja
Glanzende huid	Ja	Nee
Vloeistofgolf op te wekken	Ja	Nee
Buikvocht verplaatst in zijlig	Ja	Nee
Hoogstand van het diafragma	Ja	Nee

(Lee en Grap, 2008, Rochling en Zetterman, 2009, Richtlijn Ascites, 2010, Richtlijn Lymfoedeem, 2002 en H.P.M. Verdonk en B. van Rixtel, persoonlijke meningen experts).

Beide aandoeningen hebben een verschillende oorzaak waarbij verschillende delen van het lichaam aangetast worden. Bij lymfoedeem gaat het om een aandoening die wordt veroorzaakt door het niet goed functioneren van het lymfesysteem (Richtlijn Lymfoedeem, 2002). Ascites ontstaat vaak door een combinatie van een verhoogde toevoer en een verminderde afvoer van vocht (Richtlijn Ascites, 2010). Ascites kan echter ook veroorzaakt worden door een beschadiging of obstructie van de grote lymfevaten of van de ductus thoracicus wegens lokale tumorgroei (Richtlijn Ascites, 2010). Dit is bevestigd door de heer H.P.M. Verdonk (Persoonlijke mening expert). Omdat de oorzaak niet altijd hetzelfde is, kan de behandeling ook niet altijd bestaan uit dezelfde interventies.

Volgens onderzoeken van Seike en collega's (2006), Becker en collega's (2006) en Rochling en Zetterman (2009) wordt ascites doorgaans behandeld door middel van paracentese, diuretica in combinatie met een zoutarm dieet, het plaatsen van een peritoneoveneuze shunt en in sommige gevallen door middel van het toedienen van radioactief fosfor. Dit wordt bevestigd in de Richtlijn Ascites (2010). Deze interventies worden niet uitgevoerd door een huidtherapeut en zijn ook niet geïndiceerd bij de behandeling van buiklymfoedeem. Bij vocht in de buik kiest de huidtherapeut voor een behandeling door middel van MLD en/of compressietherapie om zo het vocht te draineren waardoor het vocht verminderd en de buik in omvang verminderd. Door middel van compressietherapie kan de buik niet verder in omvang toenemen (Richtlijn Lymfoedeem, 2002). Het behandelen van patiënten met ascites door middel van MLD en/of compressietherapie lijkt niet zinvol gezien de lokalisatie van het vocht. Deze stelling lijkt te worden ondersteund door het ontbreken van literatuur omtrent de behandeling van ascites door middel van MLD en/of ambulante compressietherapie. Ook kan gedacht worden dat de druk die bij MLD wordt toegepast, 30 tot 40 mm/Hg (Oedeem en oedeemtherapie, 2006), niet voldoende is om het ascitesvocht te bereiken. Er is geen wetenschappelijke literatuur gevonden om deze stelling te bevestigen.

Toch wordt ascites in de praktijk behandeld door middel van MLD en compressietherapie. Dit wordt uitgevoerd door dhr. Verdonk in het UMC te Utrecht. Zijn reactie op de stelling dat MLD niet effectief zou zijn bij ascites gezien de druk, is dat hij het hier niet mee eens is. Vanwege het feit dat er al een verhoogde druk in de buikholtte aanwezig is, is de druk van 30 tot 40 mm/Hg volgens dhr. Verdonk voldoende om druk te zetten op het ascitesvocht. Dit heeft volgens dhr. Verdonk echter nut wanneer het gaat om een ascites met een lymfatische of veneuze component (Persoonlijke mening expert).

Door het ontbreken van wetenschappelijke literatuur, is het moeilijk te beoordelen of ascites nu wel of niet effectief behandeld kan worden door middel van MLD en/of compressietherapie door de huidtherapeut. Wat wel onderbouwd kan worden door middel van wetenschappelijke literatuur is dat de huidtherapeut maligne ascites kan behandelen in de palliatieve fase, met bijvoorbeeld als doel de ontspanning van de patiënt of pijnstilling. De patiënt heeft zo het idee dat er nog iets gedaan wordt aan zijn/haar situatie. In het boek Massagetherapie (2006) wordt gezegd dat over het algemeen de MLD behandeling, gegeven door bijvoorbeeld een huidtherapeut, als rustgevend wordt ervaren door de patiënt. Dit wordt tevens bevestigd in het boek Oedeem en Oedeemtherapie (2006) en in een onderzoek van Williams en collega's (2002). Een dergelijke behandeling van een patiënt met ascites in de palliatieve fase is om deze reden geïndiceerd.

Er is dus geen wetenschappelijke literatuur gevonden waarmee onderbouwd kan worden dat de huidtherapeut een patiënt met ascites curatief kan behandelen. Wat de huidtherapeut wel kan, en wat ook door literatuur wordt ondersteund, is het palliatief behandelen van een patiënt met ascites door middel van MLD ter ontspanning en als pijnstilling. Dit is de bijdrage die de huidtherapeut kan leveren aan de (multidisciplinaire) behandeling van een patiënt met ascites.

4. Discussie

4.1 Inleiding discussie

Tijdens het onderzoek zijn er een aantal punten naar voren gekomen die tot discussiepunten leiden.

- In de gevonden literatuur wordt de huidtherapeut nooit benoemd als het om de behandeling van ascites gaat. Veel gebruikte literatuur komt uit andere landen dan Nederland. Het beroep huidtherapie is echter alleen in Nederland een erkend beroep. Het is daarom moeilijk de literatuur te betrekken op de huidtherapie. Tevens zijn er geen onderzoeken beschikbaar waarin lymfoedeem met ascites vergeleken wordt.
- In het beschreven onderzoek naar mensen met vocht in de buik, is naar voren gekomen dat het vaak om patiënten in de palliatieve fase gaat. De vraag die hierbij opkomt is of je als huidtherapeut een patiënt met vocht in de buik palliatief moet willen behandelen. Enerzijds is het voor de patiënt fijn om te weten dat er nog iets aan gedaan wordt. Anderzijds is het voor de huidtherapeut kostbare tijd die ook voor een andere patiënt met een gunstigere prognose gebruikt kan worden.
- In het onderzoeksrapport wordt meerdere malen verwezen naar de persoonlijke van een expert. Volgens het schema dat gehanteerd is, wordt de persoonlijke mening van een expert gewaardeerd met niveau 7. Het is daarom lastig een conclusie te trekken gebaseerd op een mening van een expert. Verscheidene onderdelen van deze persoonlijke mening, kunnen onderbouwd worden door middel van wetenschappelijke literatuur. Dit is echter niet altijd het geval. De vraag is dan ook, hoeveel waarde kun je hechten aan een persoonlijke ervaring/mening van een expert?

4.2 Kritische terugblik

Aan de start van het onderzoek was het doel bekend. Een juiste hoofdvraag formuleren waarop antwoord wordt gegeven om zo het doel te bereiken, was lastiger. Deze hoofdvraag is dan ook meerdere malen aangepast. Het vinden van de benodigde literatuur bleek eveneens lastig. Om dit onderzoek zo volledig mogelijk uit te kunnen voeren, was veel voorkennis nodig. Tijdens het zoeken naar deze algemene literatuur kwamen er steeds weer nieuwe onderwerpen bij waardoor ons onderzoek erg groot werd. Dit is weer ingeperkt.

Mede door de bovengenoemde punten, is het onderzoek moeizaam op gang gekomen. Uiteindelijk is het een leerzaam onderzoek dat motiveert tot het uitvoeren van verder onderzoek.

5. Conclusie

Het doel van dit onderzoek is het informeren van collegae huidtherapeuten over de behandeling van patiënten met vocht in de buik.

Voorafgaand aan dit onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd:

‘Hoe kan de huidtherapeut een patiënt met ascites behandelen door middel van huidtherapeutische interventies?’

Ascites is een vochtophoping in de buik. Vocht in de buik kan van verschillende aandoeningen een symptoom zijn. Het vocht kan zich onder andere manifesteren als ascites en buiklymfoedeem.. Een juiste huidtherapeutische diagnose is cruciaal wanneer de keuze gemaakt moet worden betreffende het wel of niet behandelen van een patiënt met vocht in de buik.

Omdat buiklymfoedeem de belangrijkste differentiaal diagnose van ascites is, is een anamnese en een lichamelijk onderzoek nodig waaruit zal blijken of het om ascites of een buiklymfoedeem gaat. Wetenschappelijke literatuur waarin ascites en buiklymfoedeem samen worden besproken, is niet gevonden. Door de afzonderlijke literatuur met elkaar te vergelijken zijn er een aantal verschillen gevonden. Met behulp van deze verschillen, kan de huidtherapeut een juiste huidtherapeutische diagnose stellen.

Het belangrijkste verschil tussen ascites en buiklymfoedeem is dat ze zich op andere locaties in de buik manifesteren. Ascites bevindt zich in de peritoneaalholte en buiklymfoedeem in het interstitium in de (buik)huid. Een patiënt met ascites geeft andere klachten aan tijdens de anamnese en de huidtherapeut kan tijdens het lichamelijk onderzoek andere klinische verschijnselen waarnemen dan bij een patiënt met buiklymfoedeem.

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de huidtherapeut nooit genoemd wordt in de literatuur wanneer het gaat over de behandeling van ascites. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat een huitherapeutische behandeling bij ascites niet geïndiceerd is. Dhr. Verdonk past MLD en compressietherapie in de praktijk wel toe en boekt hiermee goede resultaten. Deze mening kan echter niet onderbouwd worden door middel van wetenschappelijke literatuur.

Omdat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor het toepassen van MLD en compressietherapie bij een patiënt met ascites, kan er niet geconcludeerd worden dat deze behandeling daadwerkelijk effectief is.

Wat wel wetenschappelijk bewezen is, is dat manuele lymfedrainage naast een drainerende werking, tevens een ontspannende en pijn dempende werking kan hebben. De huidtherapeut zou dus in de palliatieve fase van ascites MLD in kunnen zetten als pijn dempende en ontspannende behandeling.

6. Aanbevelingen

Tijdens ons onderzoek naar vocht in de buik, zijn we tegen een aantal dingen aangelopen. Door middel van deze aanbevelingen willen wij anderen aanzetten en inspireren tot het nader te onderzoeken van de genoemde punten.

- Het zou goed zijn als er meer specifiek onderzoek gedaan zou worden naar ascites en lymfoedeem binnen de huidtherapie. De literatuur die momenteel beschikbaar is, en gebruikt is voor dit onderzoek, is niet specifiek gericht op de huidtherapie;
- Er is behoefte aan meer onderzoek naar het effect van huidtherapeutische interventies als MLD en Ambulante compressietherapie op ascites;
- Vanuit de opleiding Huidtherapie zou meer informatie over ascites beschikbaar moeten zijn. Tot op heden wordt hier minimaal aandacht aan besteed, en dit terwijl het in de praktijk voor komt.

7. Nawoord

Graag willen wij iedereen bedanken die een bijdrage geleverd heeft aan de totstandkoming van dit onderzoek en het onderzoeksrapport.

In het bijzonder willen wij onze begeleidster Angelique van der Winden bedanken voor haar tijd, inzet en geduld. Het is voor haar niet altijd gemakkelijk geweest om ons te begeleiden, en dit terwijl het haar vuurdoop is geweest als tutor. Nogmaals onze dank hiervoor.

Wij hopen dat u dit onderzoeksrapport met plezier gelezen heeft.

Met hartelijke groet,

Marije Smorenborg
&
Dagmar Wechgelaar
Studenten huidtherapie

8. Literatuurlijst

8.1 Artikelen

- Andersen I., (2008). *Compression therapy in patients with venous insufficiency*, Nursing standard 49-55. - Niveau 7 -
- Andersen L., Hojris I., Erlandsen M., Andersen J., (2000). *Treatment of Breast-Cancer-related Lymphedema With or without Manual Lymphatic Drainage: A randomized study*, Acta Oncologica, Vol.39 No. 3, 399-405. - Niveau 4 -
- Arroyo V., (2002). *Pathophysiology, diagnosis and treatment of ascites in cirrhosis*, Liver Unit de Malalties Digestives Hospital Clinic, University of Barcelona, Spain. - Niveau 2 -
- Asghar R.B., Davies S.J., (2008) *Pathway of fluid transport and reabsorption across the peritoneal membrane*, Department of nephrology, University hospital of North Staffordshire, Stoke-on-Trent, UK and institute for science and technology in medicine, Keele university, Stoke-on-Trent, UK. - Niveau 2 -
- Becker G., Galandi D., Blum H.E., (2006). *Malignant ascites: systematic review and guideline for treatment*. European Journal of Cancer. - Niveau 2 -
- Bordin N. A., Fatima Guerreiro Godoy d.M., Pereira de Godoy, (2009). *Mechanical lymphatic drainage in the treatment of arm lymphedema*, Indian Journal of Cancer, Volume 46, Issue 4, December. - Niveau 3 -
- Boylan M., (2005). *Massage Therapy review: Lymphatic drainage may not improve compression therapy outcomes in treating lymphedema*, Journal of the Australian Traditional-Medicine Society, Volume 11, Issue 3, September. - Niveau 4 -
- Chung M., Kozuch P., (2008). *Treatment of malignant ascites*. Current Treatment Options in Oncology. - Niveau 2 -
- Fedja A., Rochling., Rowen K., Zetterman., (2009) *Management of ascites*, Division of gastroenterology and hepatology, university of Nebraska medical center, USA. - Niveau 1 -
- Fleming N.D., Alvarex-Secord A., van Gruenigen V., Miller M.J., Abernethy A.P., (2009). *Indwelling catheters for the management of refractory malignant ascites: a systematic literature review and retrospective chart review*. Journal of Pain and Symptom Management March 26. - Niveau 2 -
- Husbands, E.L., (2010). *Targeting Diuretic Use for Malignant Ascites—Two Case Reports Highlighting the Value of the Serum-Ascites Albumin Gradient in a Palliative Setting*, St. Michaels Hospice, Hereford, United Kingdom, February 6. - Niveau 4 -
- Kaya M., Sakarya M.H., (2009). *Pseudoascites: Report of three cases*, Departments of Gastroenterology, Diyarbikar Education and Research Hospital, Diyarbakir. - Niveau 4 -
- Keen A., Fitzgerald D., Bryant A., Dickinson H.O., (2010). *Management of drainage for malignant ascites in gynaecological cancer*, Cancer care, Southampton General Hospital, UK, January 20. - Niveau 5 -
- Lee L., Grap. M.J., (2008). *Care and management of the patient with ascites*, Medsurg nursing, December. - Niveau 6 -

- MacDonald R., Kirwan J., Roberts S. et al. (2006). *Ovarian Cancer and ascites; a questionnaire on current management in the UK*. Journal of Palliative Medicine. - Niveau 6 -
- McNamara P., (2000). *Paracentesis – an effective method of symptom control in the palliative care setting?* Palliative Medicine. - Niveau 6 -
- Moseley A.L., Carati C.J., Piller N.B., (2006). *A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment*, Annals of oncology 18: 639-646. - Niveau 1 -
- Venkataswamy M., (2007). *Management of ascites*, The international journal of Gastroenterology, volume 5 number 2. - Niveau 2 -
- Verdonk, H.P.M., (2006). *Lymfoedeem tijdens de palliatieve fase; uitleg, kenmerken, klachten en therapie*, Pallium 2006, Oktober. - Niveau 7 -
- Seike M., Maetani I., Sakai Y., (2007). *Treatment of malignant ascites in patient with advanced cancer: peritoneovenous shunt versus paracentesis*. Journal of Gastroenterology and Hepatology. - Niveau 4 -
- White, R.D., (2007). *Anatomy of the deep lymphatic system - Key to lymphatic drainage*, Journal of the Australian Traditional Medicine society, March. - Niveau 6 -
- Wigg J., Jones K., (2006). *Recognising and managing lymphoedema*, Practice Nurse volume 32, issue 5, 22-9. - Niveau 6 -
- Wilburn O., Wilburn P., Rockson S.G., (2006). *Research article: A pilot, prospective evaluation of a novel alternative for the maintenance of breast cancer-associated lymphedema*, BMC Cancer, March. - Niveau 4 -
- Williams A.F., Vadgama A., Franks P.J., Mortimer P.S., (2002). *A randomized controlled crossover study of manual lymphatic drainage therapy in women with breast cancer-related lymphoedema*, European Journal of Cancer Care, 254-261. - Niveau 4 -

8.2 Boeken

- Jochems A.A.F., Joosten F.W.M.G., *Zakwoordenboek der Geneeskunde* (2006), Elsevier Gezondheidszorg, Doetinchem.
- Donaldson, S., *Lymphedema; Understanding and managing Lymphedema after cancer treatment* (2006), American Cancer Society
- Drenthe-Schonk A., Heineman, E., *Het onderzoek van de buik* (2005), Mediview/ O.I.G. Universiteit Maastricht
- Verdonk, H.P.M., *Oedeem en oedeemtherapie* (2000), Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Vis A. J.J., Raats G.J.C.M., Voor van der E.J., *Massagetherapie: Een fysiotherapeutisch handelen* (2001), Zevenaar

8.3 Websites

www.cbo.nl
www.farmacotherapeutischkompas.nl
www.natsci.parkland.edu
www.oncoline.nl
www.pallialine.nl
www.plusmagazine.rnews.nl

8.4 Overig

De Graeff A., Krol R.J.A., *Richtlijn Ascites*, 2010 - Niveau 6 -

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, *Richtlijn lymfoedeem*, 2002 - Niveau 6 –

Interview B. van Rixtel, Verpleegkundig specialist Oncologie Diakonessenhuis Utrecht
(Persoonlijke mening expert) - Niveau 7 -

Interview H.P.M. Verdonk, Fysiotherapeut UMC Utrecht & Docent Fysiotherapie Hogeschool Utrecht (Persoonlijk mening expert) - Niveau 7 –

Bijlagen

- Interview B. van Rixtel (17-05-2010)
- Interview H.P.M. Verdonk (06-05-2010)
- Summary in English

Interview B. (Bert) van Rixtel

Dhr. B. van Rixtel is verpleegkundig specialist op de afdeling Oncologie van het Diaconessenhuis te Utrecht.

Naar aanleiding van ons onderzoek hebben wij dhr. Van Rixtel een aantal voorgelegd.

Wat zijn de klinische verschijnselen van ascites?

“Opgezette buik, bij mannen opgezet scrotum en penis, soms dikke enkels en voeten, vaak obstipatie/tragere darmfunctie, pijn, zuurbranden, maagklachten, beperkte voedselinname, benauwdheid.”

Wordt ascites vaak gezien in combinatie met beenlymfoedeem?

“Nee geen lymfoedeem, wel veneuze insufficiëntie door druk op de beenvaten krijg je stuwings.”

Wat is precies het verschil tussen exsudatieve ascites en transsudatieve ascites? Licht dit in de oorzaak (maligne, niet-maligne) of heeft het ergens anders mee te maken?

“Dit heeft te maken met het eiwitgehalte in de ascites, bij een hoog eiwitgehalte spreekt men van exsudaat en bij een laag eiwitgehalte spreekt men van transsudaat. Dit is beide meestal bij maligne aandoening. Bij transsudatieve ascites kan men nog een proefbehandeling diuretica starten. bij exsudatieve ascites is dat niet mogelijk.”

Hoe is de prognose van niet-maligne ascites?

“Tja .. Ik heb een patiënt waarbij dit maanden heeft aangehouden en uiteindelijk was het weg. Komt weinig voor dus geen studies over bekend.”

Wat is ascitesvocht precies?

“Ascites is over het algemeen heldergeel van kleur, soms troebel (veel eiwit) soms bloederig. Vaak wordt dit vocht onderzocht op eiwit, albumine LDH en een triglyceridgehalte, soms op leukocyten, soms op bacteriële infectie of een tuberculosekweek, verder ook op tumorcellen, dit alles kan men vinden in ascitesvocht, dus het is niet een soort vocht helaas.”

Welke klachten geeft een patiënt met ascites aan?

“Vaak zijn dit klachten zoals ik ze boven heb beschreven. Het begint meestal met de broek niet meer dicht kunnen doen, schoenen niet meer kunnen strikken, gewichtstoename, weinig eten (anorexie), benauwdheid, enkeloedeem en vermoeidheid, verminderde mobiliteit. harde buik krijgen en dan de rest wat boven beschreven staat. Dit kan een proces van weken tot enkele uren zijn. Heeft veel te maken met de onderliggende aandoening.”

Dhr. H.P.M. Verdonk is fysiotherapeut in het UMC te Utrecht en docent fysiotherapie aan de Hogeschool van Utrecht. Sinds vele jaren is hij specialist op het gebied van oedeemtherapie waarvoor hij bij het Nederlands Paramedisch Instituut cursussen verzorgt. Verder is hij lid van de Werkgroep Psychosociale Oncologie en van de Werkgroep Palliatieve Zorg van het Integraal Kankercentrum van Midden Nederland.

Naar aanleiding van ons onderzoek hebben wij dhr. Verdonk een aantal vragen voorgelegd.

Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen ascites en buiklymfoedeem?

“Zoals jullie het in de tabellen hebben staan klopt het helemaal. Je zou de pinch-greep eventueel nog kunnen uitvoeren om te diagnostiseren. Wanneer het gaat om ascites zul je hier geen verschil in zien en kun je de huid gewoon oppakken. Bij buiklymfoedeem staat de huid strakker en zul je deze dus ook moeilijker op kunnen pakken.”

Komt buiklymfoedeem altijd in combi met beenlymfoedeem of kan het ook los?

“Over het algemeen wel ja. In een enkele uitzondering is dit niet zo.”

Waaruit bestaat ascites precies?

“Dat ligt aan de onderliggende kwaal. Als het een ascites is die veroorzaakt is door beschadiging of obstructie van de lymfevaten, dan zul je lymfe in het ascitesvocht vinden. Soms zijn er eiwitten aanwezig en soms juist niet.”

Wat is de prognose voor beide vormen van ascites en van buiklymfoedeem?

“Dat is ook geheel afhankelijk van de onderliggende oorzaak.”

Wat zou de druk (mm/Hg) zijn om ascites te bereiken?

“Om druk uit te oefenen op ascites hoef je niet meer druk te geven dan bij MLD. Er heerst al een verhoogde druk in de buikholte. Lichte druk van buiten is dan al voldoende. Dan zou het dus tussen de 30 en 40 mm/Hg zijn.”

Welke klachten geeft een patiënt met ascites aan?

“De belangrijkste klachten zijn een zwaar gevoel, kortademigheid, pijn en misselijkheid. De klachten zoals jullie deze in jullie tabel hebben gezet, kloppen.”

Welke klachten geeft een patiënt met buiklymfoedeem aan?

“Hierbij zijn de belangrijkste klachten juist vooral het zware, drukkende gevoel. Ook weer zoals jullie dat al in de tabel hadden gezet.”

Zit er lymfevocht in ascites?

“Dat kan inderdaad het geval zijn als het gaat om een ascites veroorzaakt door een obstructie of beschadiging van de grote lymfevaten.”

Heeft de buikademhaling invloed op ascites?

“Ja absoluut! Maar ook alleen als het gaat om een ascites met een lymfatische component.”

Is exsudatieve ascites altijd maligne en transsudatief altijd benigne?

“Nee dat hoeft niet altijd zo te zijn.”

Hoe lang duurt het voordat benigne ascites verdwenen is?

“Dat is vaak redelijk snel verdwenen nadat de onderliggende aandoening genezen is.”

Heeft MLD volgens u invloed op ascites?

“Ja dat heeft het zeker. Maar ook weer alleen als er een lymfatische of veneuze component aanwezig is. Het gaat vooral om de klachten van de patient. Je zou MLD natuurlijk ook in kunnen zetten als pijnstilling of ter ontspanning.”

Tevens hebben wij 4 foto's gekregen van de heer Verdonk die wij mogen gebruiken in het onderzoeksrapport of in de presentatie van het referaat. Ook mogen wij bij verdere vragen een e-mail sturen zodat hij deze vragen kan beantwoorden.

Summary in English

Summary

Problem definition

The graduated Skin therapy students and Skin therapy students who will graduate this year did not receive any information about ascites during their training. In practice this can result in confusion of ascites with abdominal lymphedema. The possibility of an insufficient treatment for the patient can occur.

Goal

The main goal of this research is to inform colleagues skin therapists about fluid in the abdomen, the possible treatment of this fluid and what the aim should be during the treatment plan.

Question

The main question is as follows:

“Can the skin therapist treat a patient with ascites by means of skin therapeutic interventions?”

Method of research

The research concerns an explorative literature research. The literature is found at several medical databanks, in books and on the internet. Up until now there is no (literature) research conducted in which ascites and lymphedema are discussed together or in which these two are compared.

Results

Abdominal lymphedema and ascites are located on different locations in the abdomen. Ascites is treated by means of paracentesis, diuretics, peritoneovenous shunt or radioactive phosphorus. Abdominal lymphedema is treated by means of manual lymph drainage (MLD) and/or compression therapy. In the examined literature there is no evidence found that MLD or compression therapy can be used for the treatment of ascites.

Conclusions

The literature shows that malignant ascites can be treated palliative by means of MLD, with the aim on pain suppression and relaxation.

