

Alkoholhepatit, handläggning vid SÄS

Sammanfattning

Alkoholhepatit är ett livshotande tillstånd där specifik behandling är begränsad. De svårast sjuka ska behandlas med prednisolon. Behandlingen i övrigt avser komplikationer till leversvikt, infektionsbehandling samt förebyggande av hepatorenalt syndrom. Behandling av missbruksproblematiken är helt avgörande för långtidsprognosen.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund	1
Förutsättningar	1
Klinisk bild	1
Laboratoriefynd	2
Observandum	2
Genomförande	2
Behandling, allmänt	2
Behandling, specifik	3
Farmakologisk behandling	4
Dokumentinformation	4
Länkförteckning	4

Bakgrund

De flesta som utvecklar alkoholhepatit har druckit stora mängder alkohol under en längre tid; överkonsumtion har ofta pågått under mer än 10-20 år. Alkoholhepatit är ett mycket allvarligt tillstånd med en totalmortalitet på omkring 35 % inom 6 månader; för de med svår alkoholhepatit är 30-dagarsmortaliteten upp till 50 %.

Förutsättningar

Klinisk bild

Alkoholhepatit är ett kliniskt syndrom med ikterus eller patologiska leverfunktionsprover hos missbrukare av alkohol. Den kliniska bilden varierar, men medför ofta en kombination av följande symptom:

RIKTLINJE

Fastställdedatum
2016-10-04
Gäller fr.o.m.
2016-10-04
Gäller inom
Södra Älvsborgs Sjukhus

Barium-id
28734
Gäller t.o.m.
2018-10-04

Sida
2 (4)
Utgåva
1

- Ikterus.
- Ascites och encefalopati är vanligt förekommande.
- Förstorad, ömmande lever.
- Feber, subfebrilitet.
- Malnutrition, muskelatrofi (lågt S-albumin och S-urea).
- Takykardi, hypotension.

Laboratoriefynd

S-bilirubin är ofta mycket högt, ofta flera hundra $\mu\text{mol/l}$. Transaminaserna är lätt-måttligt stegrade med ASAT-dominans och en ASAT-/ALAT-kvot vanligen över 2. ASAT är sällan över 5 $\mu\text{kat/l}$. S-ALP är förhöjt. Leverfunktionstester som S-albumin och INR är nästan alltid påverkade. Elektrolytrubbning är vanligt liksom leukocytos och trombocytopeni. MCV är ofta >100 .

Observandum

Vid vård av dessa patienter måste uppmärksamheten gällande försämring av leverfunktion, tillkomst av infektioner och påverkad njurfunktion vara stor.

- Försämring av leverfunktion kan kräva [specifik behandling, se nedan](#). Komplikationer såsom ascites, blödningar, encefalopati åtgärdas på sedvanligt sätt enligt separata styrdokument.
- Infektioner: Redan vid ankomsten har 25 % av patienterna behandlingskrävande infektion. Under hela vårdförloppet ska infektioner aktivt eftersökas. Odlar frikostigt, lungröntgen, leta aktivt efter spontan bakteriell peritonit.
OBS! Det är inte säkert att patienten reagerar med feber eller CRP-stegring vid infektion. Det kan vara en infektion som ligger bakom en allmän försämring.
- Försämring av njurfunktionen och utveckling av hepatorenalt syndrom är ett dåligt prognostiskt tecken och detta måste förebyggas. Adekvat vätskebehandling och frikostig behandling med albumin intravenöst, kan vara avgörande och bör påbörjas så snart S-kreatinin inte är strikt normalt. Diuretika ska undvikas om S-kreatinin inte är normalt. Behandling med terlipressin kan bli aktuellt, se riktlinje ”Akut njursvikt och hepatorenalt syndrom”.

Genomförande

Behandling, allmänt

Följande åtgärder påbörjas redan vid inläggningen:

- Behandla eventuella abstinenssymptom med bensoensodiazepiner.

RIKTLINJE

Fastställdedatum
2016-10-04
Gäller fr.o.m.
2016-10-04
Gäller inom
Södra Älvsborgs Sjukhus

Barium-id
28734
Gäller t.o.m.
2018-10-04

Sida
3 (4)
Utgåva
1

- Nutritionsbehandling är mycket viktigt. Engagera dietist tidigt. Proteinrik kost (ingen restriktion vid eventuell encefalopati) rekommenderas. Är peroral nutrition svårt kan sond övervägas. B-vitamin-substitution ska påbörjas och tiamin bör inledningsvis ges intravenöst. Förslagsvis inj tiamin (Tiacur) 50 mg/ml, 2+0+2 ml i.v. i 3-5 dygn och sedan per oralt i form av T Oralovite® alternativt Beviplex Comp® i dosen 1x2 under minst en månad. Ge **aldrig** inf glukos till dessa patienter innan de erhållit substitution med tiamin.
- Laktulos, 10-30 ml dagligen. Högre dos vid misstänkt encefalopati, i dessa fall 50 ml varannan timme tills tarmtömning kommit igång.
- Vätskebehandling, albumin i.v. vid tecken på påverkad njurfunktion. Vid konstaterad infektion bör albumin ges i.v. profylaktiskt, förslagsvis 200 mg/ml, 100+0+100 ml första dygnet och sedan 100 ml x1 utifrån behandlande läkarens bedömning.
- Infektionsbehandling ska startas med bredspektrumantibiotikum vid misstanke på infektion, däremot inte profylaktiskt (undantag spontan bakteriell peritonit enligt gällande nationell riktlinje [Utredning och behandling av ascites och hepatorenalt syndrom](#)).
- Alkoholmissbruket måste omhändertas och är avgörande för långtidsprognosen. Överväg alltid orosanmälan till Socialkontoret eller LVM-anmälan. Kuratorn kan vara behjälplig.

Vid frågor under jourtid finns medicinklinikens leverjour tillgänglig på SU och kan nås via telefonväxeln, **031 - 342 10 00**.

Behandling, specifik

Denna behandling är inte akut, utan behandlingsstart kan med fördel ske vid ordinarie rondtillfälle då gastroenterolog är i tjänst.

Specifik behandling mot alkoholhepatit ska övervägas vid svårt sjukdomstillstånd. För att värdera svårigheten används flera olika scoring-system. Kalkylator för samtliga nedan angivna score finns på <http://potts-uk.com/livercalculator.html>; där anges också tolkningen av poängen för respektive score.

- Maddrey Score: Ofta använt i studier. Rekommenderas om behandling med acetylcystein övervägs. Svår sjukdom ≥ 32 .
- MELD: Enkelt, men vid jämförelse lika användbart som det mer komplexa Maddrey Score. Svår sjukdom ≥ 21 .
- Glasgow Alcoholic Hepatitis Score: ger motsvarande prognostisk information som ovanstående score. Svår sjukdom ≥ 9 .
- Lille Score: Används endast för att efter 7 dygns steroidbehandling bedöma effekten av behandlingen och om behandlingen ska fortsätta eller ej. Icke-responder $\geq 0,56$ och i så fall ska steroidbehandlingen avslutas.

Farmakologisk behandling

Vid svår sjukdom (beräknat enligt score ovan) förbättras prognosen om behandling med T prednisolon 40 mg dagligen ges. Utvärdering med Lille Score efter 7 dygns behandling. Kontraindicerat vid njursvikt, gastrointestinal blödning samt ej behandlad infektion.

Infusion Acetylcystein kan övervägas i kombination med Prednisolon till svårt sjuk patient (Maddrey score ≥ 32). Acetylcystein har ingen effekt utan samtidig prednisolonbehandling.

Dosering: Dag 1:

150 mg/kg kroppsvikt i 250 ml 5 % glukos under 30 min, följt av 50 mg/kg i 500 ml 5 % glukos under 4 timmar och därefter 100 mg/kg i 1 000 ml 5 % glukos under 16 timmar.

Dosering: Dag 2-5:

100 mg/kg i 1 000 ml 5 % glukos per dygn.

OBS! Ge aldrig inf glukos innan substitution med tiamin påbörjats.

Levertransplantation kan bli aktuellt för enstaka, noggrant utvalda fall.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Anders Lasson, överläkare/gastroenterolog, medicinkliniken, SÄS

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av

Jerker Isacson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

Alkohol, hepatit, lever, leversvikt, encephalopathi, alkoholmissbruk, sprit

Länkförteckning

- Utredning och behandling av ascites och hepatorenalt syndrom. Nationell riktlinje upprättad av Svensk Gastroenterologisk Förening
www.svenskgastroenterologi.se/sites/default/files/pagefiles/Riktlinjer_ascites.pdf
- Scoring-system för alkoholhepatit
<http://potts-uk.com/livercalculator.html>