

		Somatikk Kristiansand		Prosedyre	
Leverencephalopati, Med.avd., SSK				Side 1 av 2	
Dokument ID: II.SOK.MEK.MEK.2.1.GAS.1-5		Godkjent dato: 12.04.2021	Gyldig til: 12.04.2023	Revisjon: 3.00	

Somatikk Kristiansand\Medisinsk avdeling SSK\Medisin SSK\Pasienter og brukere\Medisinsk faglig

Definisjon: Hjernedysfunksjon hos pasienter med kronisk leversykdom forårsaket av leversvikt og/eller portosystemisk shunting som manifesterer seg med et spekter av symptomer fra subkliniske forandringer til koma

Forårsaket av opphopning av nitrogenholdige forbindelser som påvirker CNS.

Klinisk presentasjon: Vidt spekter av uspesifikke nevrologiske og psykiatriske symptomer.

Utløsende/Forverrende faktorer:

Infeksjon, GI-blødning, Overdosering av diuretika, dehydrering, Elektrolyttforstyrrelser, Forstoppelse, Alkoholinntak. Shunteropererte (ex TIPS) er disponert for leverencephalopati.

Encephalopati kan også forekomme ved primær akutt leversvikt

Diagnostikk

1. Obs! Utelukke annen årsak til symptomer.

Diff..diagnoser: Delir, Hypoglykemi, Intoksikasjon (alkohol, medikamenter), Intracraniell blødning, Epilepsi, elektrolyttforstyrrelser, CNS-infeksjon, Wernickes encephalopati

2. Vurdere mental status: Leverencephalopati klassifisering: Grad 0 – 4

- Grad 0: Minimale, subkliniske forandringer
- Grad 1: Konsentrasjonsvansker, eufori/angst, Forandret søvnrytme.
- Grad 2: Apati, Desorientering for tid. Personlighetsforandringer. Upassende oppførsel. Dyspraksi, Asterixis
- Grad 3: Somnolens. Responderer på stimuli. Forvirring. Uttalt desorientering
- Grad 4: Koma. Responderer ikke på smertefulle stimuli

3. Blodprøver: Hb, hvite, trombocytter, elektrolytter, kreatinin, urinstoff, blodsukker, transaminaser, bilirubin, albumin, INR, amylase, blodgass, urinprøve, hepatittserologi, evt blodkultur, Ammoniakk (ikke obligatorisk forhøyet ved encephalopati)

4. Evt. Suppl us: Ultralyd abdomen
Ascitespunksjon (mtp spontan bakteriell peritonitt)
Rtg Thorax?
CT caput (Ikke diagnostisk for encephalopati, men mtp diff.dx)

Behandling

- Encephalopati grad 3-4: Bør intensivovervåkes! Lavere grader kan observeres tett på sengepost
- Behandle utløsende årsak: f.eks GI-blødning, korrigerende av elektrolytter, infeksjonsbehandling
- Lactulose: 15-30 ml x 2-4. Mål: 2-3 løse tømminger per døgn. Dose titreres etter effekt.
 - Vurder sonde på komatøse pasienter
 - Vurder Lactuloseklyster : 75-100 ml Lactulose i 500 ml vann
- Rifaximin (ikke absorberer bart antibiotikum) kan vurderes som tilleggsbehandling til lactulose. Dose: Xifaxan tablett 550 mg x 2.
- Vitamintilskudd: Gi Pabrinex iv (ampulle 1, tiamintilskudd) i 3 dager. Deretter tiamin 150 mg daglig po.
- Unngå hypoglykemi. Vurder tilførsel av Glukose (12,5%) obs etter tiamin .
- Pga koagulopati? Vurder K-vitamintilskudd og evt plasma
- Forsiktig med sederende medisiner: Særlig benzodiazepiner

Utarbeidet av: Audun Hasund	Fagansvarlig: Asbjørn Stallemo	Godkjent av: Audun Hasund	
---------------------------------------	--	-------------------------------------	--

 SØRLANDET SYKEHU	Leverencephalopati, Med.avd., SSK				Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOK.MEK.MEK.2.1.GAS.1-5	Utarbeidet av: Audun Hasund	Fagansvarlig: Asbjørn Stallemo	Godkjent dato: 12.04.2021	Godkjent av: Audun Hasund	Revisjon: 3.00

Somatikk Kristiansand\Medisinsk avdeling SSK\Medisin SSK\Pasienter og brukere\Medisinsk faglig

Kryssreferanser

Eksterne referanser

Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease: 2014 Practice Guideline by the European Association for the Study of the Liver and the American Association for the Study of Liver Diseases. J Hepatol (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042>