

Håndtering av akutt leversvikt hos voksne, Med.avd. SSA

Side 1 av 3

Dokumentplassering:

II.SOA.MEA.2.MED.GAS-4

Godkjent dato:

04.05.2023

Revideres innen:

04.05.2025

Sist endret:

04.05.2023

Versjon:

4.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Ny godkj.ansvarlig. Gjennomgått og godkj. av fagansv. Videreføres 2 nye år uten endringer.

Bakgrunn

Leversvikt kan oppstå akutt hos tidligere leverfriske personer. Det er sentralt å skille denne tilstanden fra dekompensert levercirrhose/akutt på kronisk leversvikt. Dette dokumentet omhandler akutt leversvikt hos tidligere leverfriske pasienter.

Akutt leversvikt representerer en livstruende, men potensielt reversibel tilstand. Navnet erstatter den tidligere betegnelsen fulminant leversvikt og defineres som plutselig og alvorlig nedsettelse av leverfunksjon hos person uten kjent kronisk leversykdom. Sentralt i definisjonen står encefalopati (uansett grad) og koagulopati (INR \geq 1.8). Tilstanden kan utvikle seg raskt og uforutsigbart til et SIRS-lignende bilde (systemic inflammatory response syndrome) som domineres av flerorgansvikt. Hos enkelte pasienter vil levertransplantasjon være eneste behandlingsalternativ. Det er avgjørende å få kjennskap til etiologien for prognose og evt. spesifikk behandling. Overdoser av paracetamol, alene eller i kombinasjon med alkohol, er langt den vanligste årsaken. Andre årsaker er virale infeksjoner, hepatitt (A, B, D, E), metabolske (f.eks. Wilsons sykdom, graviditets-relaterte), autoimmun hepatitt, malignitet, sirkulatoriske forhold (Budd-Chiari) og en lang rekke forgiftninger (f.eks. medikamenter – drug induced liver injury - DILI, naturpreparater og hvit fluesopp). Hos en stor del av pasientene lar det seg ikke påvise noen sikker årsak. Det er ulike årsaker til akutt skade på og vevshenfall av hepatocytene, men konsekvensen av celledskaden gir et likt klinisk bilde for alle etiologier, bare den blir omfattende nok.

Konsekvenser av akutt leversvikt:

- Encefalopati/hjerneødem
- Infeksjon/sepsis
- Koagulasjonsforstyrrelser
- Metabolsk svikt
- Multiorgansvikt

Monitorering

Pasienter med akutt leversvikt trenger alltid tett monitorering og skal alltid vurderes for behandling i intensivavdeling. Det kliniske bildet er ofte komplisert og sammensatt. Oppfølgingen av pasientene bør skje med tanke på alle de ovennevnte fem punktene.

De to hovedkriterier for diagnosen akutt leversvikt er leverencefalopati og INR. Leverencefalopati graderes 0-4 etter West Haven-kriterier (tabell 1) og kan utvikles raskt og uforutsigbart. Hjerneødem med herniering er vanligste dødsårsak ved akutt leversvikt. Koagulasjonsfaktorene reflekterer i løpet av timer syntesefunksjonen til leveren og INR bør kontrolleres hyppig. Infeksjon kompliserer forløpet hos 80 % av pasientene. Pneumoni er vanligst. Merk at CRP-respons kan være påvirket av leversvikten. Metabolsk svikt reflekterer bortfall av leverens funksjoner og inkluderer elektrolyttforstyrrelser, hypoglykemi og laktacidose. Multiorgansvikt oppstår som følge av SIRS, selv uten sepsis. Sirkulatorisk: typisk hypotensjon og hyperdynamisk sirkulasjon, med perifer vasodilatasjon og høy cardiac output. Nyresvikt hos 40 – 80 %, multifaktoriell årsak. Pasientene er dessuten utsatt for ARDS og DIC.

Utredning

- Grundig anamnese – livsførsel, reise, alkohol, rusmidler, sopp, medikamenter. OBS encefalopati – komparentopplysninger. Grader encefalopati og kontroller videre i forløpet.

Utarbeidet av: Johan Chr. Holck-Steen	Fagansvarlig: Johan Chr. Holck-Steen	Verifisert av: []	Godkjent av: Geir Noraberg	Dok.nr: D00064
--	---	----------------------	-------------------------------	-------------------

		Håndtering av akutt leversvikt hos voksne, Med.avd. SSA			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.GAS-4	Utarbeidet av: Johan Chr. Holck-Steen	Fagansvarlig: Johan Chr. Holck-Steen	Godkjent dato: 04.05.2023	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 4.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

- Utvidede laboratorieprøver, bl.a. med tanke på tilgrunnliggende årsak. De mest sentrale blodprøver med tanke på alvorlighetsgrad inkluderer: INR, pH, bilirubin, kreatinin og laktat. For øvrig: Hb, hct, leukocytter, diff, trc, Na, K, P, Mg, Ca, urea, APTT, fibrinogen, D-dimer, ASAT, ALAT, albumin, ALP, GT, LD, ammoniakk, amylase, CRP og procalcitonin. Monitorer Laktat og blodglukose med blodgass hver tredje time. INR tas minst to ganger i døgnet.
- Rtg thorax og UL lever med doppler av kar til og fra lever. CT abdomen og CT caput.
- Mikrobiologi: Ta prøver fra urin, trakealsekret og blodkultur til vanlig bakt. og soppdyrking
- Vurdere kontakt med OUS Rikshospitalet, særlig ved økende encefalopatigrad og INR > 2-3
- Nærmere informasjon kan finnes ved søk på «Kings college-kriterier» for påmelding til leverTx

Behandling

Behandlingen er todelt: 1) spesifikk behandling rettet mot årsaken til leversvikten og 2) generelle tiltak mot komplikasjonene. Hos noen pasienter gir ingen av delene sykdomskontroll og pasienten må transplanteres.

1) Spesifikk behandling mot årsak til akutt leversvikt

- Mycomust gis alltid, på samme måte som ved Paracetamolintoksikasjon
- Kull kan være aktuelt ved hvit fluesopp
- Antiviral behandling
- Steroider (autoimmun hepatitt)
- Forløsning (akutt fettlever i svangerskap)
- Spesifikk behandling av hematologisk malignitet

2) Støttebehandling

- Cerebral monitorering. Alle med encefalopatigrad > 2 skal ikke ligge på vanlig sengepost
- Administrer laktulose 20 ml x 3 ved høy ammoniakk, tegn til hepatisk encefalopati og/eller GI-blødning
- Korrigere elektrolytt- og metabolske forstyrrelser. Tilstreb timediurese > 0,5 ml/kg/t, forsøk stimulering med furosemid. Vurder tidlig oppstart av CRRT hvis nyresvikt, oliguri og laktacidose. Daglig vekt og væskebalanse.
- PPI (ulcusprofylakse)
- Empirisk antibiotikabehandling med Cefotaxim 2 g x 3 eller Meronem 2 g x 3. Hvis transplantasjonskriterier er oppfylt, legg til soppdekning med Fluconazol 400 mg x 1.
- Konakion kan gis som bolusdose 10 mg for å eliminere muligheten for K-vitaminmangel som bidragende årsak til høy INR
- Ernæring: Prinsipielt gis enteral ernæring så tidlig som mulig, men gi 200-300 g glukose/døgn, 20 % 40-60 ml/t de første 2-3 dager. OBS fare for hypoglykemi. Dipeptiven skal ikke gis ved leversvikt. Rifaximin 400 mg x 3 vurderes ved encefalopati.


Tabell 1 West Haven-kriterier

Grad 1: Lett forvirring, utydelig tale, søvn- og humørforstyrrelse

Grad 2: Somnolens, apati, men også agitert pasient/uro

Grad 3: Sover, men vekkbare. Konfusjon

Grad 4: Koma. Ikke vekkbare, selv ved smertestimuli

 SØRLANDET SYKEHUS	Håndtering av akutt leversvikt hos voksne, Med.avd. SSA				Side: 3 Av: 3
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.GAS-4	Utarbeidet av: Johan Chr. Holck-Steen	Fagansvarlig: Johan Chr. Holck-Steen	Godkjent dato: 04.05.2023	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 4.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

Kryssreferanser

Eksterne referanser