

---

## Gode TIPS ved alvorlig leversykdom

---

LEDER

METTE VESTERHUS

mette.vesterhus@uib.no

Mette Vesterhus er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege ved Gastromedisinsk seksjon, Haraldsplass Diakonale Sykehus og professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Hun er leder av Norsk gastroenterologisk forening og styremedlem i foreningens interessegruppe for leversykdommer.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

### **En av fem pasienter med alvorlig leversykdom og ascites dør innen ett år. Kan vi tilby bedre behandling til denne pasientgruppen?**

Langtkommen kronisk leversykdom har høy mortalitet og medfører stor belastning for pasientene og helsetjenesten, ofte med lange og hyppige sykehusopphold. Har pasienter nådd dette stadiet, er det viktig å ta fortløpende stilling til om det foreligger indikasjon for levertransplantasjon.

Enkelte pasienter med klinisk dekompenisert leversykdom kan ha nytte av transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt (TIPS), som senker portvenetrykket. Man går inn med kateter via halsvenen og lager en shunt fra levervenen, gjennom parenkymet og inn i portvenen. Hvis leveren har bevart syntesefunksjon, kan pasienten ha nytte av shunt i påvente av transplantasjon, og prosedyren kan være aktuell ved kontraindikasjoner mot levertransplantasjon. Imidlertid er prosedyren mer risikabel jo mer alvorlig sykdomsstadiet er. Henvisning av riktig pasient til riktig tid er dermed vanskelig, men viktig. I Norge har vi bedre tilgang til levertransplantasjon enn mange andre land. Samtidig bør vi bli flinkere til å identifisere og henvise aktuelle pasienter til vurdering for portosystemisk shunt – mens det ennå er tid.

*«Vi bør bli flinkere til å identifisere og henwise aktuelle pasienter til vurdering for portosystemisk shunt – mens det ennå er tid»*

Behandlingstilbudet synes ulikt og avhengig av geografi. Oslo universitetssykehus, Ullevål er ett av tre sykehus i Norge som tilbyr behandling med transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt. Totalt er det anlagt anslagsvis 120 shunter med denne metoden i Norge de siste ti årene. John Willy Haukeland og medarbeidere ved Ullevål presenterer i en artikkel i Tidsskriftet en gjennomgang av resultatene for alle de 64 pasientene som fikk utført prosedyren i perioden 2011–21 ved sykehuset (1). Resultatene var gode, enten pasientene ble behandlet på grunn av variceblødning eller refraktær ascites, med noen flere tilfeller av residiv av ascites enn blødning. Forbedret teknologi, herunder bruk av dekkede stenter med mindre diameter, ser ut til å ha redusert antallet komplikasjoner i form av hepatisk encefalopati, selv om data fra Ullevål-studien ikke kan gi sikre svar på dette.

Danske kolleger beskrev i Ugeskrift for Læger i 2003 tilsvarende erfaringer etter at de startet med prosedyren ved Århus Kommunehospital (2). I perioden 1994–2001 satte de inn 54 shunter. Indikasjonen var variceblødning hos 44 og refraktær ascites hos 10 pasienter. Resultatene var gode, med residivblødning og encefalopati hos henholdsvis 17 % og 19 %. Overlevelsen var noe bedre i det danske materialet sammenliknet med det norske, med ettårsoverlevelse på 81 % og treårsoverlevelse på 62 % i Danmark, mot ettårsoverlevelse på 61 % i Norge. Dette skyldes sannsynligvis ulik sammensetning av pasienter, med større andel pasienter med refraktær ascites i det norske materialet.

Det er høy grad av evidens for at behandling med transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt reduserer risikoen for variceblødning gjennom å senke trykket i portalkretsløpet. Overlevelsen hos pasienter med behandlingsresistent kronisk residiverende eller akutt variceblødning med persisterende eller rask residiverende blødning øker (3). Shunten motvirker dannelsen av ascites ved å gjenopprette normovolemi, og den virker dermed direkte inn på de sentrale, patofysiologiske mekanismene som driver retensjon av salt og væske ved portal hypertensjon (4). Det er høy grad av evidens (grad I) for at portosystemisk shunt bedrer overlevelsen ved residiverende ascites og bedrer kontrollen av refraktær ascites. Internasjonale retningslinjer gir sterke anbefalinger om at prosedyren bør vurderes og tilbys for disse pasientene (3–5). Imidlertid tas det forbehold for pasienter med svært avansert grad av leversykdom (Child-Pugh-skår C), der avveiningen mellom risiko og nytte må vurderes hos den enkelte pasient.

Tradisjonelt har måling av innkilt venetrykk i portalkretsløpet vært brukt til å vurdere graden av portal hypertensjon. Bruken av denne invasive målemetoden har imidlertid vært begrenset i Norge sammenliknet med andre land, for eksempel Danmark. I nye retningslinjer har man konkludert med at non-invasiv evaluering med ultralydelastografi og plattetall er tilstrekkelig for å diagnostisere klinisk signifikant portal hypertensjon hos pasienter med virushepatitter og alkoholrelatert eller ikke-alkoholrelatert fettleversykdom (5). Målrettet monitorering av pasienter med levercirrhose i henhold til disse retningslinjene vil bidra til at vi kan fange opp og behandle risikopasienter

tidligere, og dermed redusere eller forsinke utviklingen av de alvorlige komplikasjonene ved avansert leversykdom. For pasienter med ascites eller blødninger som ikke lar seg behandle med tradisjonelle metoder, er imidlertid transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt et godt alternativ, slik Haukeland og medarbeidere beskriver.

---

## REFERENCES

1. Haukeland JW, Midgard H, Konopski Z et al. Transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt ved portal hypertensjon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0911. [CrossRef]
2. Astrup LB, Grønbaek H, Redsted S et al. TIPS – transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt. Erfaring fra en nystartet centerfunksjon. *Ugeskr Læger* 2003; 165: 443–6. [PubMed]
3. European Association for the Study of the Liver. . EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol* 2018; 69: 406–60. [PubMed][CrossRef]
4. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 2021; 74: 1014–48. [PubMed][CrossRef]
5. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G et al. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol* 2022; 76: 959–74. [PubMed] [CrossRef]

---

Publisert: 10. oktober 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0585  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.