
FIB-4-testen som beslutningsverktøy

KOMMENTAR

JOHN WILLY HAUKELAND

jowiha@ous-hf.no

John Willy Haukeland er overlege ved Oslo universitetssykehus.

METTE NÅMDAL VESTERHUS

KRISTIN KAASEN JØRGENSEN

SVEIN OSKAR FRIGSTAD

TOM HEMMING KARLSEN

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Vi er glade for å se at vår kronikk «Vi trenger en ny strategi for leversykdom» har skapt debatt (1, 2). Vårt formål var nettopp å bidra til en bedre strategi for påvisning av leverfibrose blant den store gruppen av pasienter med høy risiko for fettleversykdom. I dag er dette feltet preget av både under- og overdiagnostikk. Målet med strategien er primært å fange opp pasienter med avansert leverfibrose som bør tilbys oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med lavere grad av leverfibrose bør primært håndteres i primærhelsetjenesten. Korrekt identifikasjon av fibrosegrad er dermed viktig både for å tilby adekvat spesialistoppfølging til de som trenger det, og for å unngå at en stor gruppe uten behov legger beslag på ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Vi er enige i at FIB-4 er en kvantitativ test, og at testen ikke alene kan skille pasienter med avansert leverfibrose fra pasienter uten. Imidlertid vil vi fastholde at testen likevel er svært nyttig som første trinn i en vurdering av risikopasienter ettersom verdier $< 1,3$ med høy grad av sannsynlighet utelukker avansert leverfibrose (høy negativ prediktiv verdi) (3). Vi stusser over talleksemplet som tar utgangspunkt i en antagelse om at verdien 1,3 representerer sannsynlighetsratio på 1. Vi forstår ikke grunnlaget for denne antagelsen, og finner spesielt ikke grunnlag for dette tallet i artikkelen som forfatterne refererer til (3).

Vi er enige i at FIB-4 resultatet må tolkes i en kontekst der flere kliniske parametre tas i betraktning. Ingen screening-tester er perfekte, og det handler alltid om en avveining mellom sensitivitet og spesifisitet, samt kjennskap til pretest sannsynlighet. Positive funn må derfor alltid avklares med andre metoder slik som stivhetsmåling av lever eller patenterte fibrosetester (f.eks ELF-test). En slik to-steps-strategi med FIB-4 som første test, fulgt av elastografi eller ELF test dersom $\text{FIB-4} \geq 1,3$, er kostnadseffektivt med redusert antall unødvendige henvisninger, redusert behov for avklarende leverbiopsi samtidig som flere pasienter med avansert leverfibrose blir identifisert [\(4\)](#).

FIB-4 bør imidlertid ikke anvendes som screeningmetode i den generelle befolkning, men kun i risikopopulasjoner for leversykdom, primært pasienter med diabetes, fedme eller høyt alkoholkonsum.

Screeningtester må være enkle for at vi skal oppnå effekt på samfunnsnivå, en pragmatisk tilnærming er derfor nødvendig siden det ikke eksisterer noen perfekt screeningstest. Nettopp dette har ligget til grunn når både Lancet-kommisjonen [\(5\)](#) og internasjonale retningslinjer anbefaler FIB-4 testen for å utelukke avansert leversykdom [\(6\)](#).

Vi har etablert en arbeidsgruppe som skal utarbeide nasjonale anbefalinger for deteksjon av leverfibrose i risikopopulasjoner med representanter fra en rekke fagmedisinske foreninger, blant annet med god representasjon fra medisinsk biokjemi. Vi tar gjerne imot innspill.

REFERENCES

1. Vesterhus M, Jørgensen KK, Frigstad SO et al. Vi trenger en ny strategi for leversykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 206–8. [CrossRef]
2. Åsberg A, Løfblad L. FIB-4-testen for leverfibrose er en kvantitativ test. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: 215. [CrossRef]
3. Mózes FE, Lee JA, Selvaraj EA et al. Diagnostic accuracy of non-invasive tests for advanced fibrosis in patients with NAFLD: an individual patient data meta-analysis. Gut 2022; 71: 1006–19. [PubMed][CrossRef]
4. Srivastava A, Jong S, Gola A et al. Cost-comparison analysis of FIB-4, ELF and fibroscan in community pathways for non-alcoholic fatty liver disease. BMC Gastroenterol 2019; 19: 122. [PubMed][CrossRef]
5. Karlsen TH, Sheron N, Zelber-Sagi S et al. The EASL-Lancet Liver Commission: protecting the next generation of Europeans against liver disease complications and premature mortality. Lancet 2022; 399: 61–116. [PubMed][CrossRef]
6. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu Clinical Practice Guideline Panel Chair. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis - 2021 update. J Hepatol 2021; 75: 659–89. [PubMed][CrossRef]