



## Fettlever (Icke-alkoholrelaterad fettlever)

24.4.2020

I denna patientversion behandlas fettlever, där bakgrundsfaktorerna vanligen är fetma, typ 2-diabetes eller metabolt syndrom. Fettlever innebär att det inlagras rikligt med fett i levercellerna.

Fettlever som inte beror på alkohol är vårt lands vanligaste leversjukdom, och den är vanlig också hos barn och unga.

Av fettleversjukdomen i Finland är cirka 75 procent icke-alkoholrelaterad och cirka 25 procent beror på rikligt alkoholbruk.

I Finland påträffas fettinlagring i levern (fettlever) hos cirka var fjärde person. Av diabetikerna har 60–70 procent fettlever, 20 procent steatohepatit och hos 5 procent har sjukdomen framskridit längre, till fibrosstadiet.

### Fettleversjukdomens olika stadier

Sjukdomen kan framskrida från fettlever till det följande stadiet som kallas steatohepatit, och levern kan fibrotiseras. Fibrotisering innebär att det inlagras bindväv i levern och den ombildas till ärrvävnad. Ärrbildningen gör att leverns normala funktion störs och försvagas.

I värsta fall kan tillståndet framskrida till levercirros. Dödligheten i levercirros är i Finland bland de högsta i Europa.

### Riskfaktorer

**Metabolt syndrom (MBS)** är en klar riskfaktor för leversjukdomar. MBS är ett ämnesomsättningstillstånd där personen på samma gång har flera störningar som hotar hälsan:

övervikt (bukfetma), högt blodtryck, förhöjda fettvärden och högt blodsocker.

Andra viktiga riskfaktorer för allvarliga leverproblem är förutom rikligt **alkoholbruk** också fetma, **diabetes**, **ålder**, **manligt kön** och **insulinresistens**.

Också **ärftligheten** spelar en roll eftersom en del människor har större benägenhet att insjukna, särskilt om personen är fet och bärare av en ärftlig genvariant. Risken för framskriden fettlever är 16 gånger större om det finns fettleversjukdom på cirrosnivå i slakten. Det är därför bra att informera släktingar med tecken på MBS om den förhöjda risken.

### Fettlever, MBS och diabetes

Övervikt och brist på motion gör att det inlagras fett både i fettvävnaden och i levern, vilket orsakar MBS. Särskilt skadligt är att använda rikligt med mättat fett, socker och fiberfattiga kolhydrater, eftersom överloppsenergi gör att det bildas mättat fett i levern.

Fettinlagring i levern leder till insulinresistens: insulinet kan inte begränsa produktionen av glukos och triglycerider i levern, vilket gör att blodsockret stiger, vilket i sin tur stimulerar bukspottkörteln till att producera mera insulin. När detta tillstånd fortgår länge orkar bukspottkörteln inte upprätthålla en normal blodsockernivå och typ 2-diabetes utvecklas.

Hos typ 2-diabetiker ökar fettlever behovet av insulin och gör det svårare att uppnå en god sockerbalans.

När situationen framskrider har en person med MBS fettlever, förhöjt blodsocker samt förhöjd halt av LDL- och sänkt halt av HDL-kolesterol. Dessa tillsammans ökar betydligt risken för kranskärlssjukdom.



## Fettlever "känns" inte

Enbart fettlever "känns" inte, den orsakar alltså inga sådana symtom som patienten tolkar som sjukdom. En del kan dock ha en känsla av tryck till höger i övre buken eller i höger flank, eftersom levern växer till sig när det samlas fett i den.

## Att konstatera fibros i samband med fettleversjukdom

Det är inte nödvändigt att särskilt söka fettlever hos patienter med konstaterat MBS eller typ 2-diabetes, men bland dem bör man identifiera sådana som redan har en framskriden leversjukdom. Därför rekommenderas för typ 2-diabetiker **fibrostestet FIB-4** (ett blodprov) årligen i samband med årskontrollerna för diabetes. Undersökningen kan pålitligt upptäcka betydande fibros i samband med fettlever.

Om patienten har MBS och det konstateras ett förhöjt ALAT-värde (hos kvinnor över 30, hos män över 50) rekommenderas också noggrannare undersökningar. Faktorerna som bidrar till MBS bör mätas och orsaken till patientens fettlever bör utredas. Dessutom rekommenderas utvärdering av risken för fibros.

Patienter med ökad risk för fibros hänvisas till den specialiserade sjukvården. Där går man igenom patientuppgifterna och de faktorer som har lett till MBS. Behövliga bildundersökningar görs, bland annat så kallad **elastografi** om den inte redan har gjorts inom primärvården, vissa blodprov tas och patienten hänvisas vid behov till behandling och uppföljning.

## Kolla levnadsvanorna: viktnedgång, hälsosam kost och motion

Ohälsosamma levnadsvanor har ett starkt samband med uppkomsten och utvecklingen av fettlever. Centrala behandlingsmetoder är hälsosam kost, viktkontroll och motion.

### Viktnedgång

- Att gå ner i vikt är en effektiv metod att förhindra och behandla fettleversjukdom, och också en måttlig viktnedgång (tio procent) minskar betydligt leverns fetthalt.
- Viktnedgång förbättrar alla förändringar i levern i direkt förhållande till graden av viktnedgång.

### Kost

- Typen av fett i kosten spelar en central roll för behandlingen av fettlever. Använd gärna rybs- eller solrosolja och fet fisk samt fiberrika kolhydrater: fullkornssäd, grönsaker, bär och frukt.
- Använd bara små mängder fiberfattiga kolhydrater (mindre än 6 gram fiber per 100 gram), socker, sockerhaltiga produkter (energi- och läskedrycker, sötsaker) samt fruktos (fruktsocker).
- Använd bara måttligt med alkohol eller avstå helt om möjligt: alla som har konstaterad ökad mängd bindväv i levern har sannolikt nytta av att inte använda alkohol.

### Motion

- Hos personer med fettleversjukdom minskar regelbunden motion fetthalten i levern med cirka 20–30 procent; detta gäller både uthållighetsövningar och muskelträning.
- Motionstyper som lämpar sig för överviktiga är till exempel vattenlöpning, simning och cykling. Rekommendationen är att idka måttligt ansträngande motion (aerobisk motion eller gymträning) 3–5 gånger i veckan sammanlagt 150–200 minuter.
- Det bästa resultatet får man när regelbunden motion kombineras med kalorifattig kost.



## Läkemedelsbehandling och fetmaoperation

### Läkemedelsbehandling

I Finland finns för närvarande inga läkemedel som myndigheterna har godkänt för behandling av icke-alkoholrelaterad fettlever-sjukdom.

Det finns mest forskningsevidens för vitamin E och ett läkemedel som heter pioglitazon. Pioglitazon är ett läkemedel som används vid typ 2-diabetes och som förbättrar insulin-känsligheten.

Inom den specialiserade sjukvården kan man överväga att sätta in läkemedelsbehandling. Innan det måste för- och nackdelarna med medicineringen avvägas noggrant.

På grund av den ökade risken för hjärt- och kärlsjukdomar bör förhöjt kolesterol behandlas med statiner, men i samband med cirros bör de undvikas. Förhöjt blodtryck måste också behandlas.

### Fetmaoperation

Om situationen inte kan bemästras med ovan nämnda åtgärder kan man överväga fetmaoperation. Operationen minskar att fettinlagringen i levern och fibrosen (graderna 1–3) framskrider, och till och med fibros på cirrosnivå (grad 4) kan avta. Den avmagring som uppnås med fetmaoperation är vanligen bestående.

Levercirros är inte ett hinder för fetmaoperation, men cirrosen bör beaktas innan operationen. Levercancer är ett hinder för fetmaoperation.

## Levertransplantation

Levertransplantation är en extrem metod att hjälpa en patient, om alternativet är att patienten avlider när levern ger upp sin funktion. Vid levertransplantation avlägsnas patientens egen lever och en ny lever sätts i dess ställe.

Levertransplantationer och förberedande undersökningar görs på HUCS i Helsingfors.

Levertransplantation är ett dyrt ingrepp, den kostar 40 gånger så mycket som en fetmaoperation.

### Uppföljning

- fettlever: uppföljning med 1–2 års intervall
- fettlever och måttlig fibros: uppföljning med 1 års intervall
- fettleversjukdom som har framskridit till cirrosstadiet: uppföljning och prover med 6 månaders intervall, ultraljudsundersökning av övre buken med 6 månaders intervall för att utesluta levercancer och gastroskopi med 3 års intervall.

### Barn och unga

Hos barn och unga är riskfaktorerna för fettlever i stort sett samma som hos vuxna, och samma undersökningar görs på dem. Om fettlever misstänks hos ett barn sker diagnostiken och behandlingen inom den specialiserade sjukvården.

Hos feta barn äldre än 10 år är det bra att bestämma ALAT-värdet. Undersökningen bör göras också på de barn och unga som har någon av följande riskfaktorer: övervikt med betoning på bukfetma, insulinresistens eller diabetes, dyslipidemi (höga blodfetter), högt blodsocker eller sömnapné, eller om det finns



en nära släkting med konstaterad fettlever. Om det finns flera sådana faktorer bör leverundersökningarna göras redan vid yngre ålder.

Målet är att hitta de mer aggressiva sjukdomsformerna i tid, eftersom sjukdomen hos en del av barnen och ungdomarna framskrider från fettlever via steatohepatit till och med till cirros som kan kräva levertransplantation redan före 18 års ålder.

### **Behandling och uppföljning av barn och unga**

När det gäller barn och unga försöker man förbättra viktkontrollen med samma slags rådgivning om levnadssätt som hos vuxna.

Det finns mycket lite forskningsevidens om läkemedelsbehandling (till exempel vitamin E) av fettlever hos barn och unga, och resultaten har inte varit så bra att läkemedelsbehandling kan rekommenderas. Om en ungdom har flera riskfaktorer och viktindex (BMI) över 35 kg/m<sup>2</sup> kan fetmaoperation övervägas.

Uppföljningen sker på hälsocentralen, inom skolhälsovården och på sjukhusens diabetespolikliniker.

### **Mera information om ämnet**

- Terveyskirjasto (på finska): [Fettlever](#)
- Tabell 4 i rekommendationen (på finska): [Rekommenderade matval](#)
- De finländska kostrekommendationerna 2014: [Mat ger hälsa!](#)
- Terveyskirjasto (på finska): [Hur jag minskar på kalorierna utan diet](#)
- UKK-institutet (på finska): [Motionsrekommendationer](#)

### **Författare**

Patientversionen är sammanställd utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims rekommendation [God medicinsk praxis](#) av ansvariga redaktören för patientversionerna **Kirsi Tarnanen**.

Texten har granskats av ordförande för arbetsgruppen som gjort upp rekommendationen, professor, specialistläkaren i internmedicin och endokrinologi **Hannele Yki-Järvinen** från Helsingfors universitet och HUS samt professor, God praxis-redaktören **Eero Mervaala** från Helsingfors universitet och Finska Läkarföreningen Duodecim.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.

### **Ansvarsbegränsning**

God medicinsk praxis- och Avstå klokt-rekommendationerna är sammandrag gjorda av experter gällande diagnostik och behandling av bestämda sjukdomar. De ersätter inte läkarens eller annan hälsovårdspersonals egen bedömning av vilken diagnostik, behandling och rehabilitering som är bäst för den enskilda patienten då behandlingsbeslut fattas.