

Senast reviderat: 2025-05-19

Dokumentet gäller för: Specialistmedicin, Område 6, Mag- tarmmottagningen

Innehållsansvarig: Antonio Molinaro, Specialistläkare

Klåda vid kolestatiska leversjukdomar

Rutin

Behandling av klåda vid kolestatiska leversjukdomar hos vuxna.

Bakgrund, syfte och mål

Klåda är ett mycket vanligt symptom hos patienter med kroniska leversjukdomar och kan förekomma i samband med alla sjukdomar med intrahepatisk (bl.a PBC, graviditetskolestas, läkemedels-inducerad kolestas, kronisk hepatit C och genetiska kolestatiska leversjukdomar) eller extrahepatisk (bl.a. PSC, CCC, gallgångsatresi och extern, malign kompression av gallgångarna) kolestas. Klåda är dock vanligare vid intrahepatisk kolestas (PBC > PSC).

Graden av klåda varierar och kan påverka såväl daglig aktivitet som sömn och livskvalité och i värsta fall leda till depression och suicidala tankar. Därför är det viktigt att ta symptomen på allvar. Samtidigt är patogenesen fortsatt omdiskuterad och det vetenskapliga underlaget gällande terapi och dess effekt är begränsad. Intressant nog är graden av klåda är inte tydligt relaterad till graden av kolestas radiologiskt eller biokemiskt och inte heller till sjukdomsstadium.

Anamnes och undersökning

Hur uttrycker sig klådan?

- Tidpunkt (ofta sämre på kvällen, tidig natt)
- Lokalisation (oftast handflatorna/fotsulorna, men alla lokalisationer tänkbara)
- Gradering enligt VAS (visual analogue scale 1–10). Även för utvärdering av behandling
- Synlighet vid inspektion (primära lesioner, jämför dermatologisk klåda)

Differentialdiagnostiska överväganden

Om en patient med kolestatisk leversjukdom klagar över klåda, fundera först på:

- Har den bakomliggande sjukdomen försämrats?
- Finns det skäl att misstänka icke-kolestatisk orsak (t.ex. dermatologisk sjukdom?)

Postadress:

Verksamhet Specialistmedicin
Mag- tarmmottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:

031-342 10 00

Webbplats:

sahlgrenska.se

Terapeutiska övervägande med farmaka

Först bör man reflektera över om det finns möjlighet till optimerad behandling av grundsjukdomen?

Evidensgraden för olika farmaka varierar beroende på bakomliggande leversjukdom.

Vid lindrig klåda

Antihistaminika, t.ex Atarax 10 mg eller Lergigan 25 mg1tn

Fuktighetskräm vb

Om non-responder → Behandling som måttlig klåda

Vid måttlig klåda

Kolestyramin/Colestipol:

Verkningsmekanism: Historiskt mest använt, men vetenskapligt stöd för effektiviteten är mycket begränsad och därutöver problematisk på grund av biverkningar (dålig smak, sand mellan tänderna, förstoppning).. OBS: den mest potenta gallsyrebindaren colesevelam var ej bättre än placebo.

Att observera:

- Låg risk för allvarliga biverkningar, rekommenderades 2009 som primär behandling vid PBC av EASL.
- Kan påverka absorption av bl.a. UDCA, tas 2-4 timmar innan UDCA, Bezafibrat m.m.

Dosering: dospåsar 4g resp 5g x 1-4, OBS: viktigt att informera pat det smakar ganska illa och det går att blanda med t.ex. kall apelsinjuice. Man ska också helst ta sina övriga läkemedel 4 hr före kolestyramin.

Bezafibrat:

Ett bra alternativ till kolestyramin/colestipol som numera borde användas som första linjens behandling pga av övertagande blindade och placebo-kontrollerade resultat i FITCH (deVries et al). Rekommenderas av EASL CPG PSC som 1:a handsval vid PSC.

Verkningsmekanism: PPAR-agonist. Ska vid PBC allmänt tilläggas till UDCA om UDCA respons-kriterier, till exempel ALP <3 mkat/L efter 1års behandling med UDCA, inte nås. Snäll biverkningsprofil, allvarliga biverkningar är ovanliga (kreatininstegring, myalgier, transaminasstegring)

Dosering: 400mg x1 (depottabletter; OBS nedsatt njurfunktion)

Om non-responder eller non-compliantà Behandling som svår klåda.

Vid svår klåda

Nedanstående läkemedel är skrivna i rekommenderad ordning de ska prövas. Enstaka undantag nämns nedan.

Postadress:

Verksamhet Specialistmedicin
Mag- tarmmottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:

031-342 10 00

Webbplats:

sahlgrenska.se

Rifampicin:

Även i kombination med kolestyramin/colestipol och bezafibrat

Verkningsmekanism: Tuberkulostatisk antibiotikum som tros motverka klåda genom PXR agonism

Att observera:

- Allergi
- Kan leda till transaminasstegring, dock oftast temporärt. Behov av kontroll v6 och v12 efter insättning eller doshöjning. Försiktighet vid sköra patienter med nedsatt allmäntillstånd eller svår komorbiditet
- Potent cytochrom P450-inducerare: ökar nedbrytning av många läkemedel, även hormonella kontrceptiva

Dosering: 150mg x1 à 300mg x2

Naltrexon:

Om patienten är non-responder till andra typer av behandling.

Verkningsmekanism: μ -opiod-antagonist

Att observera: Kan ge opioid-abstinens liknande besvär, sänker smärtröskeln

Dosering: Startdos 12,5mg x1, maxdos 50mg x1

Farmaka som saknar vetenskapligt stöd:

- UDCA (förutom graviditetsklåda, se separat PM)
- Antihistaminika
- Ondansetron

Övriga behandling som kan prövas:

- Fuktighetskräm (till ex Canoderm eller Miniderem)
- Lokala steroidkrämer, ffa vid exkorationer på huden (Betametason eller Mometason kräm)
- Kall/varm dusch/bad
- Psykologiskt stöd

Terapeutiska överväganden utöver farmaka:

- Kan/bör extrahepatisk kolestas åtgärdas (med exempelvis ERCP och dilatation/stentning)?
- Vid svår, terapirefraktär klåda kan en nasobiliär sond hjälpa (även diagnostiskt; kolestatisk klåda bör försvinna efter några dagar. Hög risk för pankreatit.
- Plasmaferes kan övervägas (kortvarig effekt).
- Lever transplantation i selekterade fall.

Postadress:

Verksamhet Specialistmedicin
Mag- tarmmottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:

031-342 10 00

Webbplats:

sahlgrenska.se

Relaterad information

Graviditetsklåda PM

Dokumentation

Stödjande dokument hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Kunskapsöversikt

EASL. J Hepatol. 2009;51;237–67

Corpechot C et al. N Engl J Med 2018;378:217-81

deVries E et al. Gastroenterology 2021;160:734–743

Beuers U et al. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2023 20:26-36

Corpechot C et al. N Engl J Med 2018; 378:2171-2181

Granskare/arbetsgrupp

Antonio Molinaro, Specialistläkare

Johan Waern, Överläkare

Maria Antonella Burza, Överläkare

Postadress:

Verksamhet Specialistmedicin
Mag- tarmmottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:

031-342 10 00

Webbplats:

sahlgrenska.se