

Leverbiopsi

Förändringar sedan föregående version

Revidering i avsnittet Kontraindikationer angående trombocytnivå.

Bakgrund och syfte

Ge tydliga rutiner för genomförande av leverbiopsi.

Ansvar

Respektive linjechef ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Arbetsbeskrivning

Indikationer

Leverbiopsi utförs oftast för att ställa diagnos vid oklar leverpåverkan när klinisk, radiologisk och biokemisk utredning inte resulterat i detta. Den används också för att bedöma allvarlighetsgrad och prognos av känd kronisk leverparenkym sjukdom i de fall elastografi är opålitlig.

Kontraindikationer

Ascites (svårare att utföra), hemangiom, misstänkt cysta av echinococcer, extrahepatiskt gallvägshinder och patient som inte kan samarbeta utgör kontraindikationer för transkutan leverbiopsi. Vid ökad blödningsbenägenhet (PK-INR \geq 1,5 och trombocyter $<$ 50) görs i första hand gelpluggsbiopsi (via röntgen på SU/S). I dessa fall även ställningstagande till trombocyttransfusion. I sällsynta fall övervägs transvenös biopsi. Eftersom PK-INR inte direkt avspeglar blödningsrisken hos leversjuk patient, bör individuell bedömning alltid göras.

Vårdrutin

Ansvarig läkare skickar bevakning till gastrosköterska för leverbiopsi och bifogar PAD-remiss. Gastrosköterskan ansvarar för samordning, kallelse, provtagning och övervakning på mottagningen. Blodstatus, PK-INR, APTT och blodgruppering ska vara kontrollerat före ingreppet. Patienten behöver inte vara fastande inför ingreppet utan en enkel frukost är att föredra för att tömma gallblåsan. Om patienten efter ingreppet får svår smärta, om blödning misstänks eller annan komplikation uppstår bör patienten kvarstanna längre tid för observation. Patienter som behöver fortsatt övervakning under natten inlägges på lämplig avdelning.

Komplikationer

Risken för allvarliga komplikationer ökar med antalet punktioner och minskar om ultraljud används. De flesta komplikationerna inträffar inom 2 timmar, och praktiskt taget alla (96 %) inom 24 timmar. Det är vanligt med hållsmärta som strålar upp i höger axel efter ingreppet. Smärtan klingar oftast av inom ett par timmar men patienten brukar gå hem med viss känsla av träningsvärk under höger arcus. Ibland kan patienten även känna smärta vid djupandning som sitter i ett par dagar. Vid andningssvårigheter/hosta bör lungröntgen övervägas för att utesluta pneumothorax. Subkapsulär leverblödning är oftast självbegränsande och sker i 1/500 fall. Blödning ut i fri bukhåla kan vara livshotande, men är sällsynt (<1/2500–10 000). Vid lokal smärta kan ultraljud eller CT lever/buk övervägas. Persisterande smärta kan också tyda på gallläckage och ev. gallblåseperforation. Kirurgiska åtgärder krävs sällan, och de flesta komplikationer hanteras genom observation.

Material

- Steril operationsduk för instrumentbord
- Sterila handskar i olika storlekar till biopserande läkare
- 1 st 10 ml spruta
- 1 st rosa uppdragningskanyl (1,2 x 40 mm)
- 1 st svart engångskanyl för lokalbedövning (0,70 x 50 mm)
- Xylocain® adrenalin 10 mg/ml + 5 µg/ml, 20 ml i injektionsflaska
- Natriumklorid 0,9 %, 10 milliliter plastampull
- Omläggingsset med pincett och kompresser
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml för desinfektion
- Steril självhäftande hålduk
- Engångs Hepafix 1,6 mm
- 3 paket kompresser, sterila 5x5 cm
- Omnistrips, Op-Site/Tegadermplåster
- 1 st rör med tillsats av fixeringsvätska (Formaldehyd 4 %)
- Patientetiketter

Genomförandet

Blodförtunnande värktabletter (ASA, NSAID) ska sättas ut en vecka innan ingreppet, likaså Waran. Vad gäller NOAKs (Eliquis, Xarelto, Pradaxa) ska dessa sättas ut minst 48 h tim före ingreppet (vid normalt eGFR). Vg se <https://www.ssth.se>. Patienten behöver inte vara fastande före undersökning utan kan inta en lättare frukost för att tömma gallblåsan. Patienten ska erhålla perifer venkateter och kontrolleras med puls och blodtryck. Lugnande medel, t.ex. Stesolid 2-5 mg, kan ges före undersökning vid behov.

Efter att lämpligt punktionsställe har utsetts med ultraljud utförs leverbiopsin perkutant, under sterila förhållanden och i lokalanestesi. Biopsimaterialet läggs i formaldehyd 4 % tillsammans med PAD-remiss och sänds till patologlaboratoriet, SU/Sahlgrenska, Gula Stråket 8. Patienten ska vara sängliggande minst fyra timmar efter undersökningen. Första 2 timmarna ska patienten ligga på höger sida.

Kontroller sker utifrån patientens mående men senast 15 min efter ingreppet och därefter var 30:e minut de första 3 timmarna. En avslutande kontroll innan hemgång. Insticksstället kontrolleras i samband med blodtryckskontroll. Eventuella smärtor efter biopsin behandlas med t.ex. Alfentanil iv på mottagningen, fortsatt smärtlindring hemma kan ges i form av Paracetamol. Vid behov av toalettbesök ska patienten följas av personal till toaletten. Patienten skall inte själv köra bil hem. Första veckan efter biopsi ska patienten undvika tunga lyft och kraftig fysisk ansträngning.

Bilagor

[Kontrollista](#)

[Patientinformation](#)

Uppföljning och utvärdering

Revisionsansvarig ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelse hanteras enligt SU:s riktlinjer för MedControl Pro.

Arbetsgrupp

Anna Wiknertz, specialistsjuksköterska

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning
Östra

Innehållsansvar: Elin Hultgren, (eliu3), Sektionschef

Granskad av: Linnea Svensson, (linsv31), Enhetschef

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9882-597462984-137

Version: 2.0

Giltig från: 2026-01-14

Giltig till: 2028-01-14