

Hvordan kan vi finde de patienter, der bør undersøges for skrumpeliver, og hvordan er det at leve med skrumpeliver?

Mette Munk Lauridsen, læge, klinisk lektor,

Syddansk Universitetshospital, Esbjerg og Institut for Regional Sundhedsforskning, SDU

Hvorfor står jeg her?

- Alkohol er stadig den klart dominerende årsag til levercirrose herhjemme
- Udfordringerne
 - Vi finder patienter med skrumpelever for sent
 - De lever kort tid og med ringe livskvalitet
- Ambitionerne
 - Vi skal kunne finde patienterne tidligere og dermed have bedre mulighed for at kunne hjælpe dem

Hvis det skal lykkes, skal vi være bedre til at samarbejde

Hvor stort er problemet?

- 14.000 med levercirrose – men et stort mørketal
- 1700 nye om året
- Optager konstant 125 sengepladser
- 3% dør af leversygdom
- 350.000 har fedtlever

Leversygdomme er blevet glemt

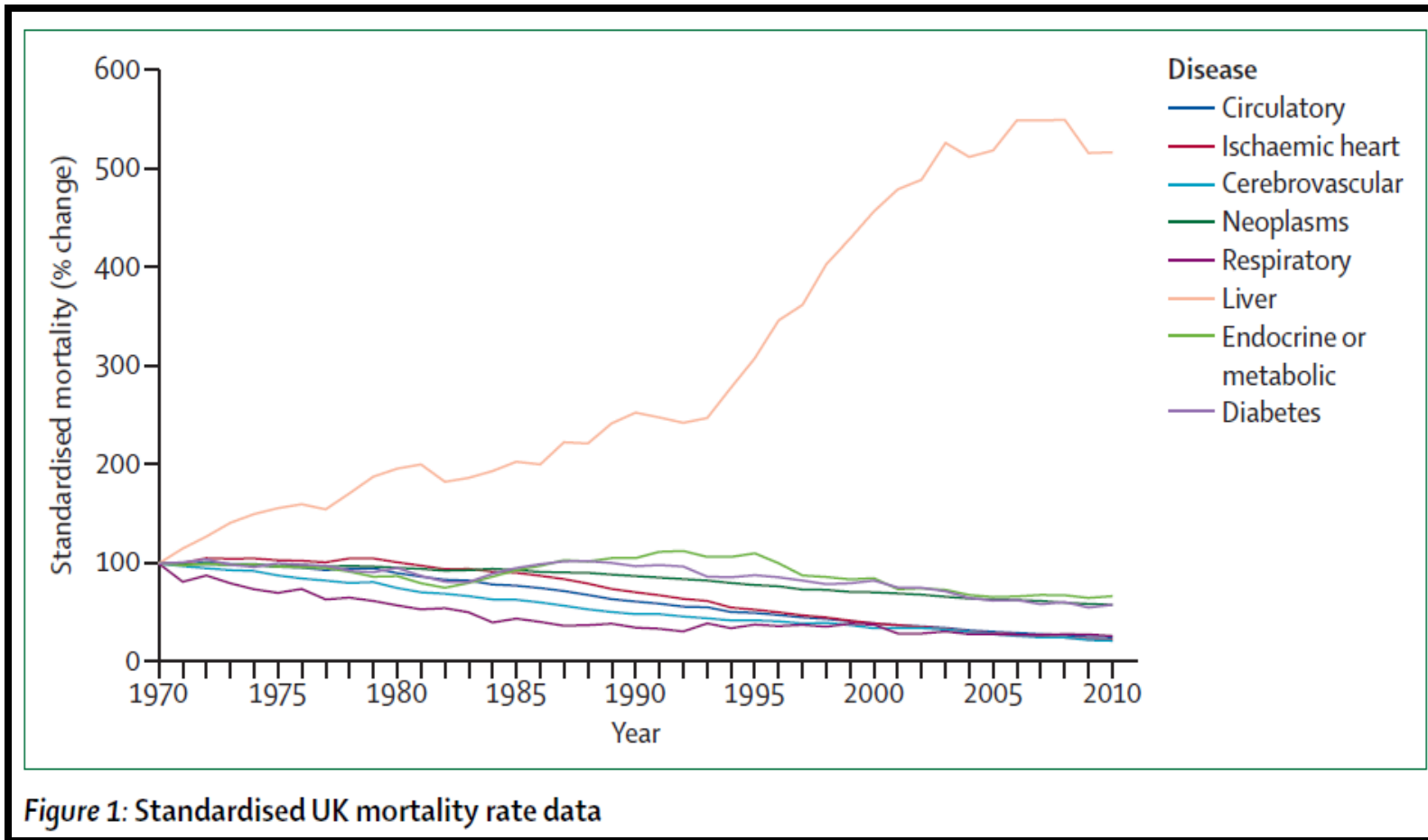


Figure 1: Standardised UK mortality rate data

Helt kort svar på oplæggets spørgsmål:

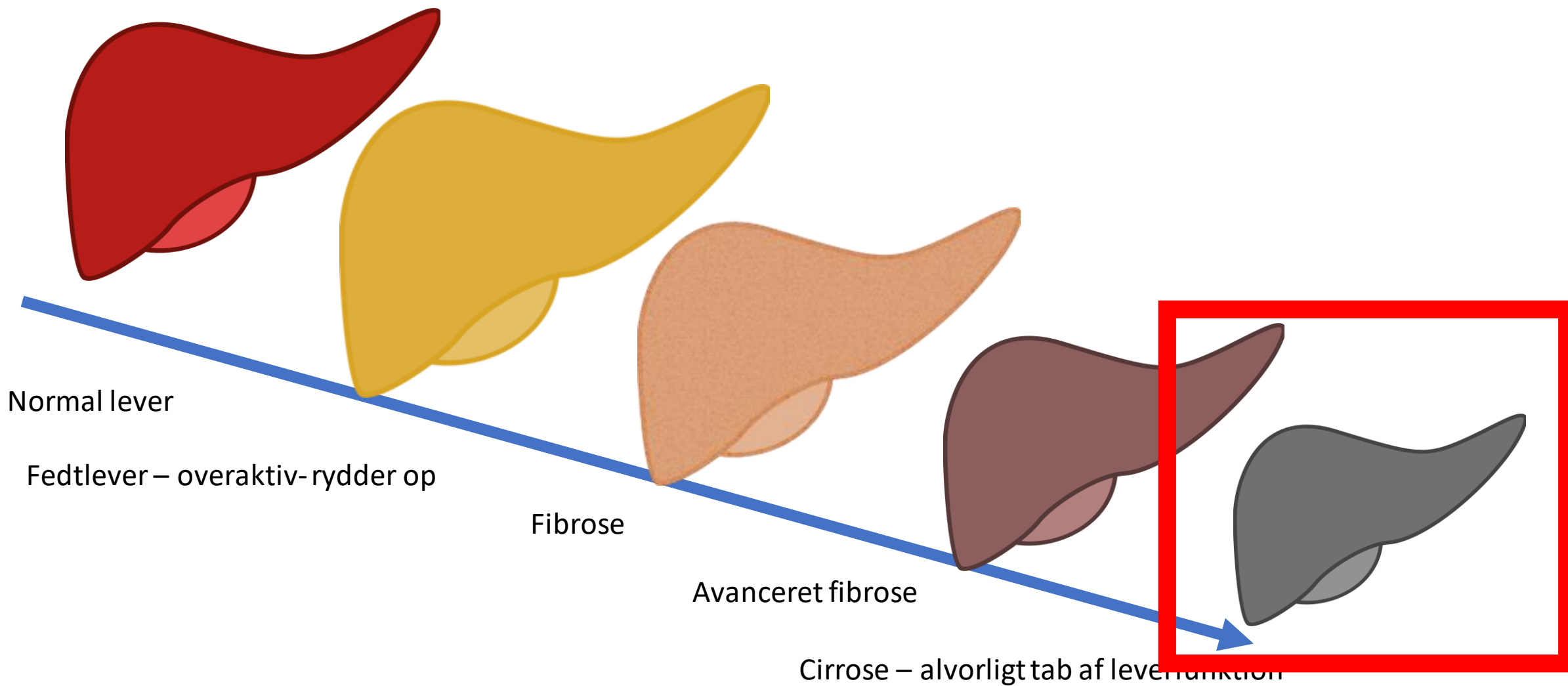
Nogle af vores borgere/patienter levercirrose er ret lette at spotte med det blotte øje, når man først lærer hvad man skal kigge efter

Alle med alkoholoverforbrug bør anbefales et lever-tjek, for vi vil gerne finde patienterne før de får levercirrose

Det er en kæmpe byrde for patienter og pårørende at leve med leversygdom!

FLERE **DETALJER**

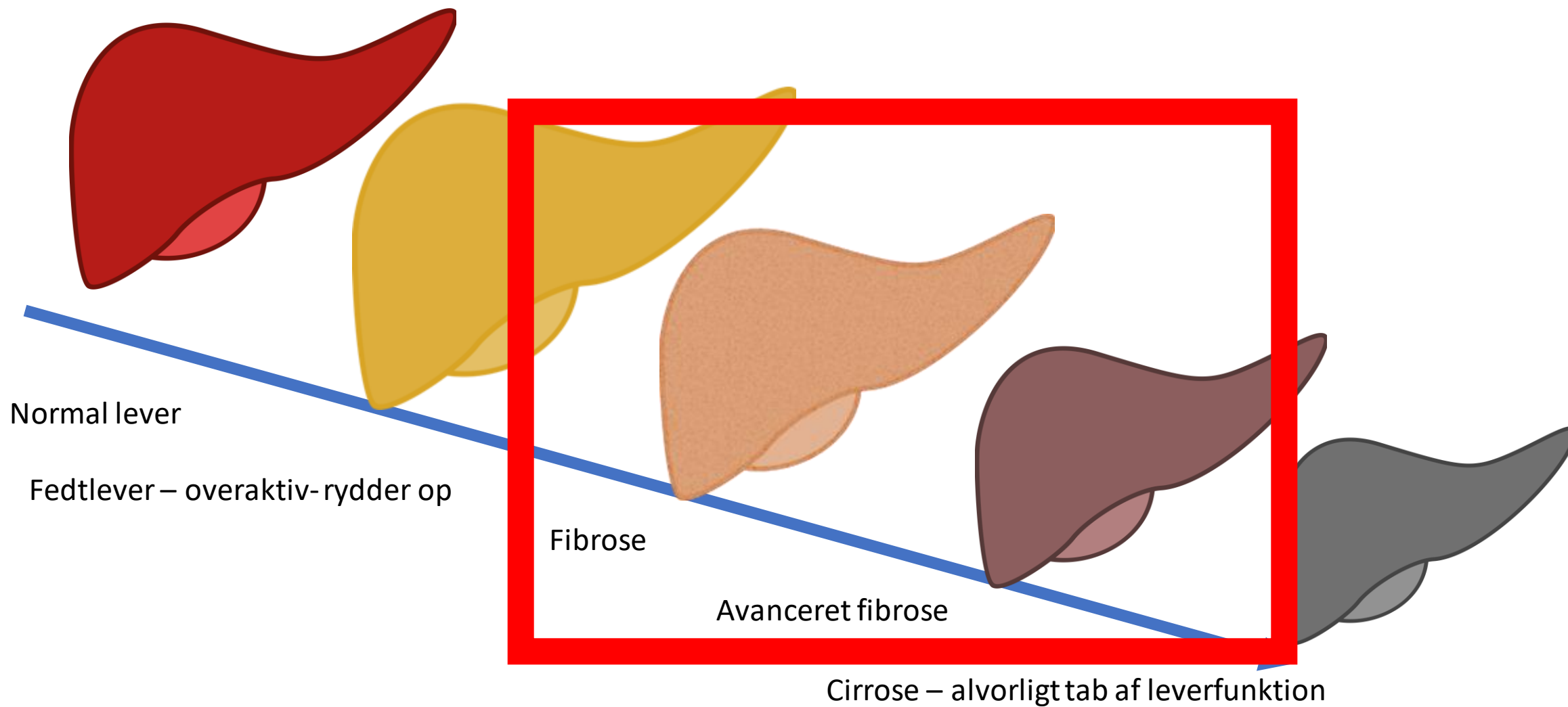
Udviklingen af levercirrose



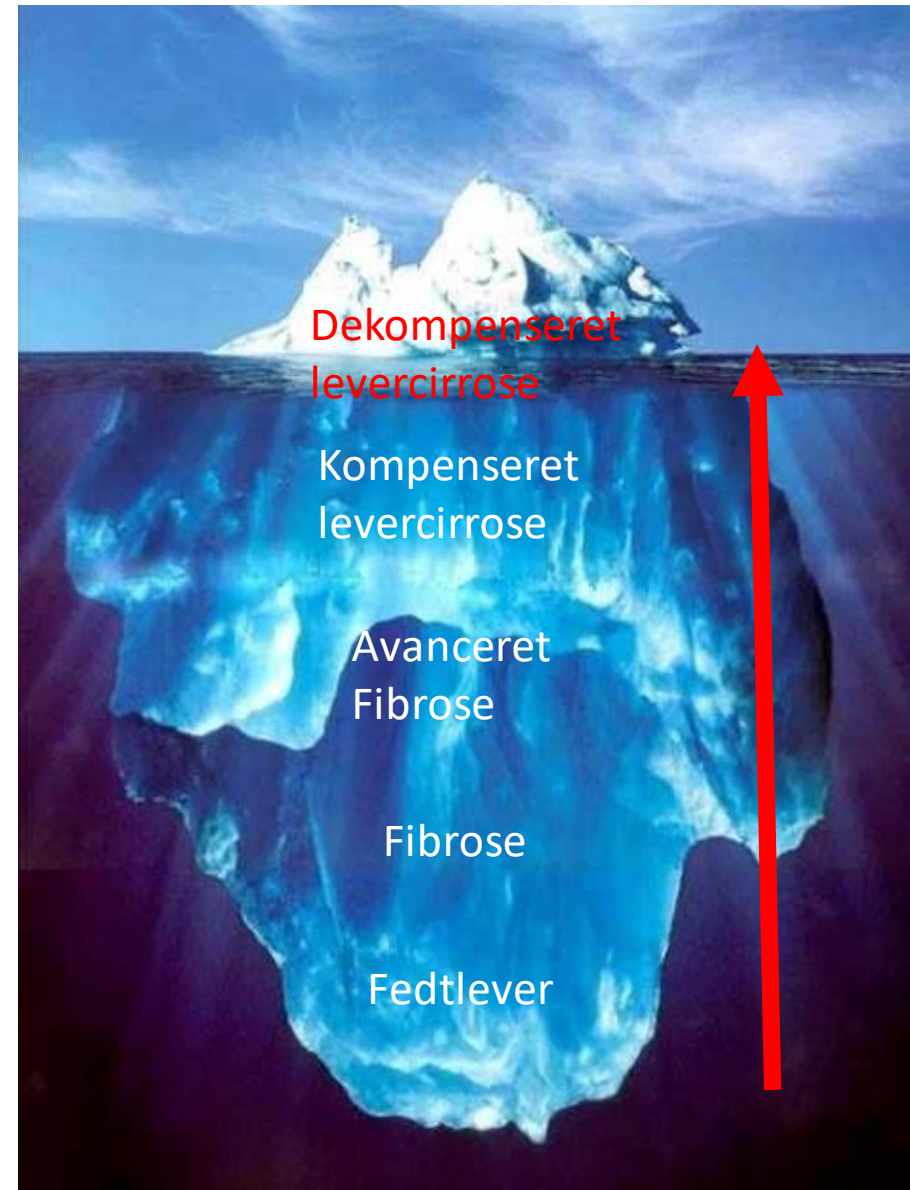
Hvordan finder vi levercirrose med det blotte øje?



Udviklingen af levercirrose



Hvordan finder vi
de tidlige
sygdomsstadier?



Risiko for kompenseret cirrose og avanceret leverfibrose

Faktorer der øger risikoen, man kan lægge mærke til helt gratis

- Vigende tilknytning til arbejdsmarkedet
- Lav uddannelse
- Overvægt
- Sukkersyge
- Højere alder

Yderligere diagnostik

Kan kun opnås med leverbiopsi, der er guldstandard

Leverstivhedsmåling er den mest præcise non-invasive metode vi har men udstyret er dyrt – de fleste leverafdelinger har det dog og det bør udnyttes.

FIB-4 er et tal, der udregnes på basis af alder, antal blodplader, og to leverblodprøver (ASAT og ALAT). Det kan bruges til at udvælge dem, der bør undersøges yderligere på sygehuset

FIB-4 – tidlig opsporing i primær sektor

Algoritmer: kombinationen af flere variable forbedrer den diagnostiske nøjagtighed

FIB-4-score^a er den bedst undersøgte algoritme:

FIB-4-score < 1,30 har en negativ prædiktiv værdi > 95% for cirrose i primær praksis hvor prævalensen af cirrose \approx 5%

FIB-4-score \geq 3,25 er forhøjet og bør føre til nærmere undersøgelser: positiv prædiktiv værdi 21% ved 5% cirroseprævalens [3]

FIB-4-score er mindre præcis hos patienter > 65 år eller < 35 år pga. risikoen for hhv. falsk høje og falsk lave værdier [12]

Leverstivhed

Leverstivhed > 12-15 kPa har en sensitivitet på 86% og specificitet på 89-94% for diagnostik af svær fibrose og cirrose

Det svarer til en positiv prædiktiv værdi på 75% hvis prævalensen er 20% som i sekundærsektoren, mod 39% hvis prævalensen er 5%. Omvendt har patienter med leverstivhed < 8 kPa med \geq 98% negativ prædiktiv værdi ikke svær fibrose eller cirrose både ved 5% og 20% prævalens [3, 13]

Leverstivhed – opsporing på sygehus

Algoritmer: kombinationen af flere variable forbedrer den diagnostiske nøjagtighed

FIB-4-score^a er den bedst undersøgte algoritme:

FIB-4-score < 1,30 har en negativ prædiktiv værdi > 95% for cirrose i primær praksis hvor prævalensen af cirrose \approx 5%

FIB-4-score \geq 3,25 er forhøjet og bør føre til nærmere undersøgelser: positiv prædiktiv værdi 21% ved 5% cirroseprævalens [3]

FIB-4-score er mindre præcis hos patienter > 65 år eller < 35 år pga. risikoen for hhv. falsk høje og falsk lave værdier [12]

Leverstivhed

Leverstivhed > 12-15 kPa har en sensitivitet på 86% og specificitet på 89-94% for diagnostik af svær fibrose og cirrose

Det svarer til en positiv prædiktiv værdi på 75% hvis prævalensen er 20% som i sekundærsektoren, mod 39% hvis prævalensen er 5%. Omvendt har patienter med leverstivhed < 8 kPa med \geq 98% negativ prædiktiv værdi ikke svær fibrose eller cirrose både ved 5% og 20% prævalens [3, 13]

Hvordan finder vi de patienter der bør undersøges for **leversygdom**?

SE



SPØRG

Vigende tilknytning til
arbejdsmarkedet
Lav uddannelse
Overvægt nu eller tidligere
Sukkersyge
Højere alder

MÅL

FIB-4

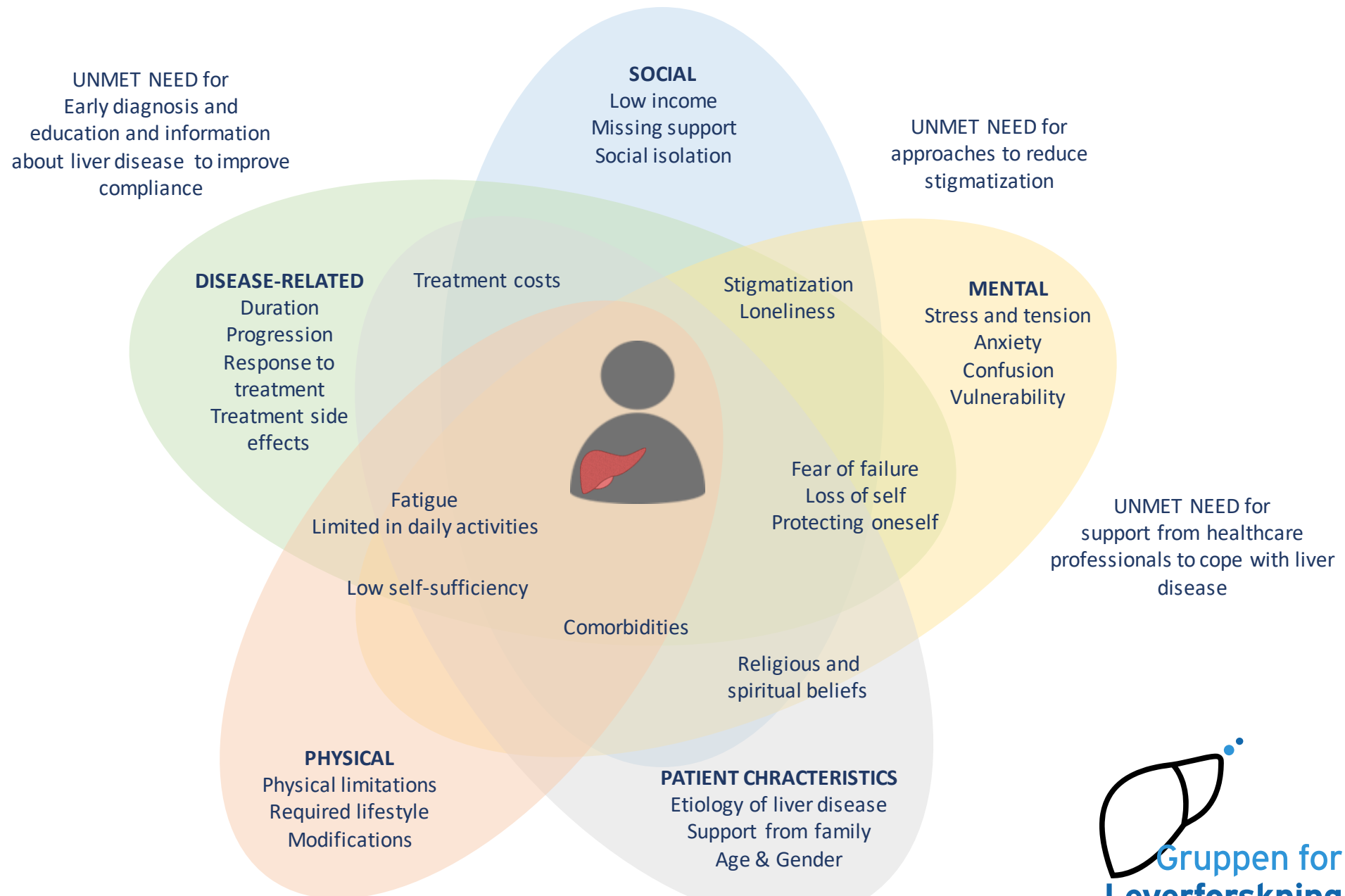
Leverstivhedsmåling på jeres
lokale leverafdeling



Livet med levercirrose

- er kort og præget af ringe livskvalitet

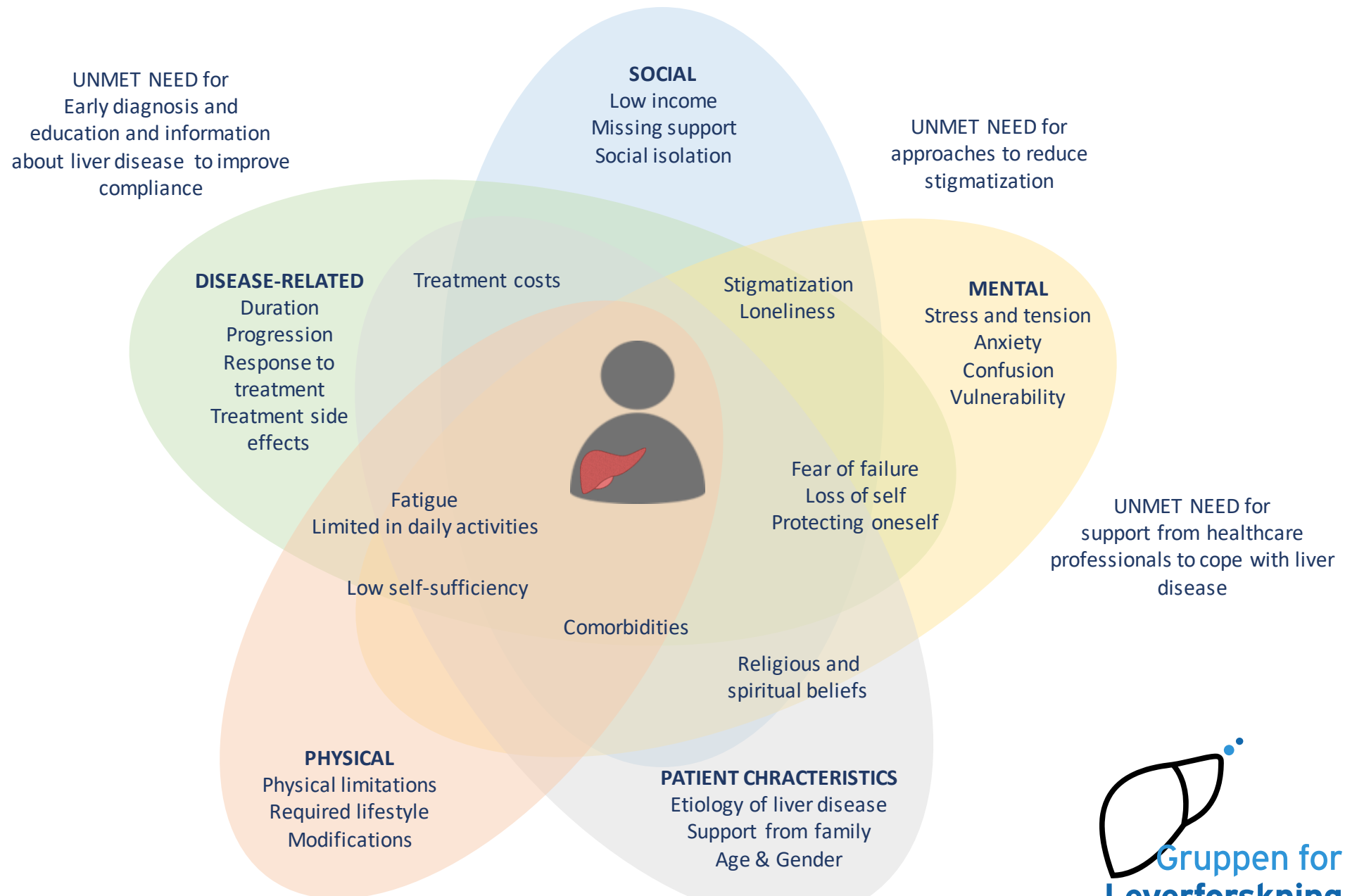
Conceptual mode of Quality of life determinants in liver disease and the patients' unmet needs



Populationen med skrumpeliver

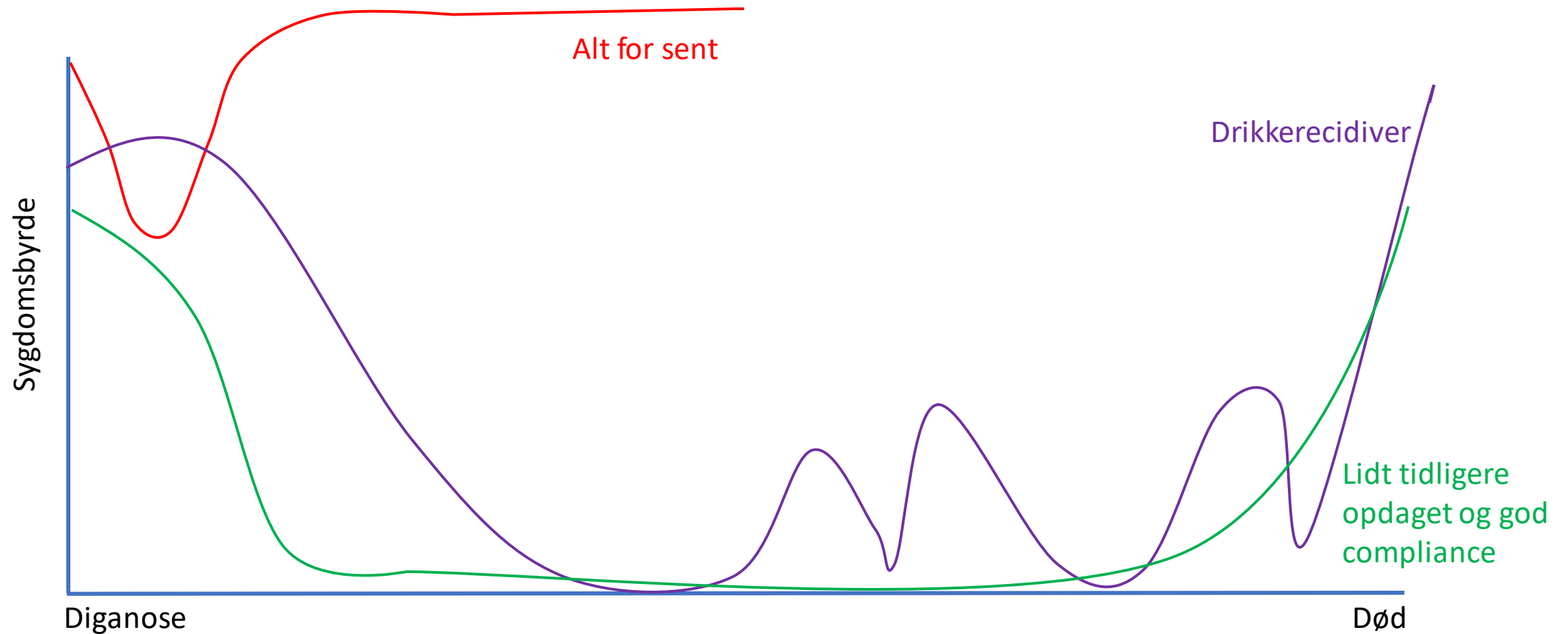
- Dobbelt så mange mænd i forhold til kvinder
- 80% alkohol betinget
- 75% har dekomenseret ved diagnosetidspunktet
- 14 % døde indenfor 30 dage (85% af "lever"- årsager)
- 50 % er døde efter 3 år (60 % af "leverårsager")
- 5-10 % dør af kræft (herunder HCC)
- Tilbringer en uge om året indlagt

Conceptual mode of Quality of life determinants in liver disease and the patients' unmet needs

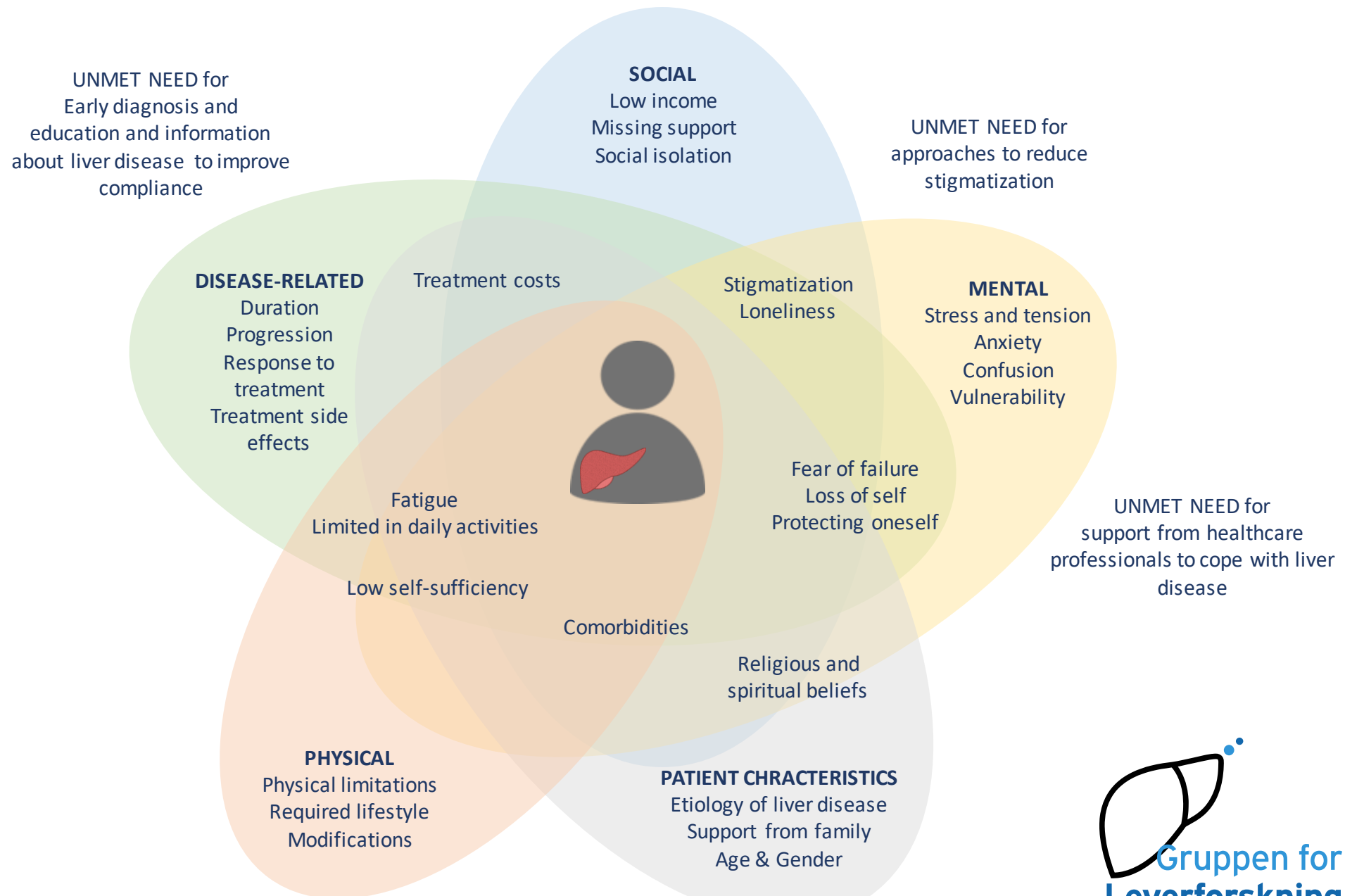


Et cirrose sygdomsforløb

En kronisk livstruende sygdom – kun ca. 50 om året modtager helbredende behandling i form af transplantation



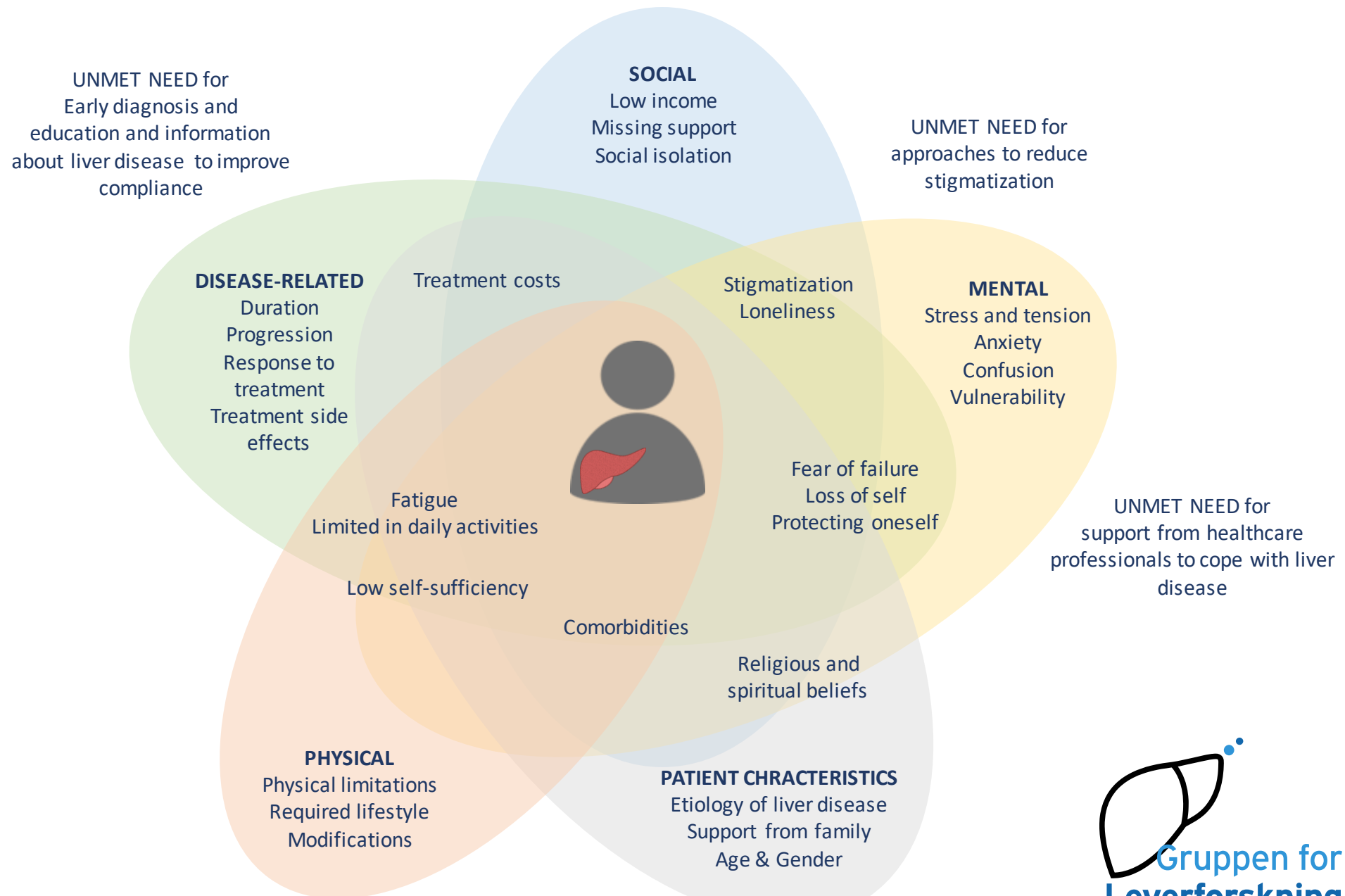
Conceptual mode of Quality of life determinants in liver disease and the patients' unmet needs



Patientens perspektiv - fysisk

- Kvalme, madlede → vægttab, øget risiko for smitsomme sygdomme
- Træthed
- Skrøbelighed → mister funktioner, byrde for de pårørende, behov for hjælp

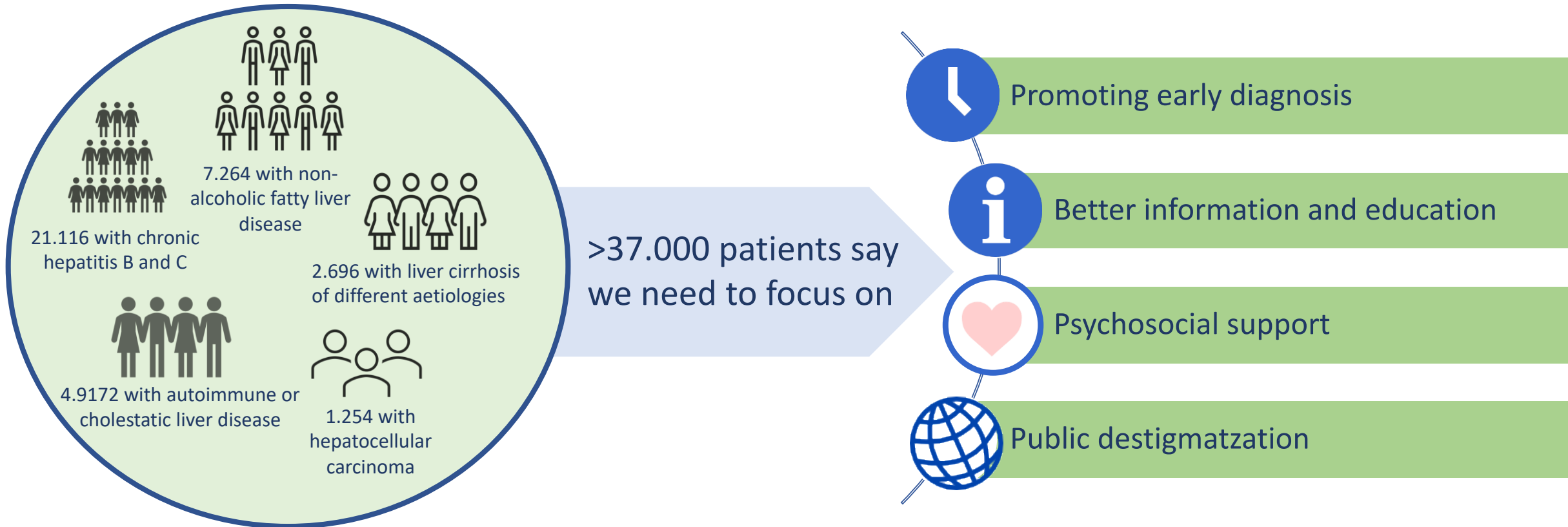
Conceptual mode of Quality of life determinants in liver disease and the patients' unmet needs



Patientens perspektiv - mentalt

- Stigmatisering → mest fra udenforstående sundhedsprofessionelle, bekendte og den generelle befolkning
- Skam → over at have en sygdom der er "selvforskyldt"
- Social isolation og statutstab → uarbejdsdygtig
- Tab af autonomi --> grundet stigende behov for hjælp
- Kognitivt svækket → grundet hjernepåvirkning forårsaget af leversygdom

How can we improve our patients quality of life ? — a look beyond the interventions and the meds



Mixed-method systematic review of 95 studies from 26 countries

Rangering af sygdomme



Social Science & Medicine 66 (2008) 182–188

SOCIAL
SCIENCE
&
MEDICINE
www.elsevier.com/locate/socscimed

Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students

Dag Albu^{a,*}, Steinar Westin^b

^aUniversity of Oslo, Oslo, Norway

^bNorwegian University of Science and Technology, Norway

Available online 12 September 2007

Table 2

Disease prestige. Rank and mean scores (95% CI) in senior doctor, general practitioner and senior student samples^a

Samples	Senior doctors N = 242		General practitioners N = 327		Senior students N = 317		
<i>Diseases</i>							
Mean of all diseases	★	5.0 (4.8–5.2)	5.1 (4.9–5.3)	5.5 (5.3–5.7)			
Myocardial infarction	1	6.9 (6.8–7.1)	1	7.2 (7.0–7.4)	2	7.1 (6.9–7.3)	
Leukaemia	1	6.9 (6.5–7.0)	2	6.9 (6.7–7.1)	3	7.0 (6.6–7.2)	
Spleen rupture	3	6.6 (6.4–6.8)	3	6.6 (6.4–6.8)	4	6.9 (6.7–7.0)	
Brain tumour	3	6.6 (6.4–6.8)	3	6.6 (6.4–6.8)	1	7.2 (7.0–7.4)	
Testicle cancer	★	5	6.5 (6.3–6.7)	6	6.5 (6.3–6.7)	6	6.5 (6.3–6.7)
Pulmonary embolism	6	6.3 (6.2–6.5)	3	6.6 (6.4–6.7)	5	6.6 (6.4–6.8)	
Angina pectoris	★	7	6.0 (5.9–6.2)	6	6.5 (6.3–6.6)	7	6.5 (6.3–6.6)
Extrauterine pregnancy	★	7	6.0 (5.8–6.2)	8	6.0 (5.8–6.2)	9	6.1 (6.0–6.3)
Thyroid cancer	★	9	5.9 (5.7–6.1)	10	5.9 (5.7–6.1)	16	5.5 (5.3–5.7)
Meniscus rupture	★	9	5.9 (5.6–6.1)	10	5.9 (5.7–6.1)	10	6.1 (5.9–6.3)
Colon cancer	★	11	5.7 (5.6–5.9)	12	5.8 (5.6–6.0)	14	5.7 (5.5–5.9)
Ovarian cancer	★	11	5.7 (5.5–5.9)	12	5.8 (5.6–5.9)	12	5.8 (5.6–6.0)
Kidney stone		13	5.6 (5.4–6.2)	15	5.6 (5.4–5.8)	15	5.6 (5.4–5.7)
Appendicitis		14	5.5 (5.3–5.7)	8	6.0 (5.8–6.2)	8	6.4 (6.2–6.6)
Ulcerative colitis		15	5.4 (5.2–5.6)	17	5.5 (5.3–5.6)	23	5.1 (4.9–5.3)
Kidney failure		15	5.4 (5.2–5.6)	19	5.3 (5.1–5.5)	19	5.3 (5.1–5.5)
Cataract		17	5.3 (5.1–5.5)	21	5.2 (5.0–5.4)	24	5.0 (4.8–5.2)
Duodenal ulcer		18	5.2 (5.1–5.4)	15	5.6 (5.4–5.7)	18	5.4 (5.2–5.6)
Asthma		18	5.2 (5.0–5.4)	12	5.8 (5.6–5.9)	17	5.5 (5.4–5.7)
Pancreas cancer	★	18	5.2 (5.0–5.4)	18	5.4 (5.2–5.6)	11	5.8 (5.6–6.0)
Ankle fracture		21	5.1 (4.9–5.4)	19	5.3 (5.1–5.5)	13	5.7 (5.5–5.9)
Lung cancer	★	21	5.1 (4.9–5.3)	21	5.2 (5.0–5.4)	21	5.2 (5.0–5.4)
Sciatica		23	4.9 (4.7–5.1)	23	5.0 (4.8–5.2)	25	5.0 (4.8–5.1)
Bechterew's disease		23	4.9 (4.7–5.1)	23	5.0 (4.8–5.2)	26	4.8 (4.6–5.0)
Femoral neck fracture		25	4.6 (4.4–4.8)	26	4.7 (4.5–4.9)	27	4.8 (4.6–4.9)
Multiple sclerosis		26	4.5 (4.3–4.7)	26	4.7 (4.5–4.9)	20	5.2 (5.0–5.4)
Arthritis		27	4.4 (4.2–4.5)	25	4.9 (4.7–5.0)	29	4.1 (4.0–4.3)
Inguinal hernia		28	4.2 (4.0–4.4)	29	4.3 (4.1–4.5)	28	4.5 (4.3–4.7)
Apoplexy		29	4.0 (3.8–4.2)	28	4.4 (4.2–4.6)	22	5.2 (5.0–5.4)
Psoriasis		30	3.8 (3.7–4.0)	30	4.2 (4.0–4.3)	33	3.7 (3.5–3.8)
Cerebral palsy		31	3.6 (3.4–3.8)	31	3.9 (3.7–4.1)	30	4.1 (3.9–4.3)
AIDS		32	3.5 (3.3–3.8)	32	3.8 (3.5–4.1)	31	4.0 (3.8–4.3)
Anorexia		32	3.5 (3.3–3.7)	33	3.5 (3.3–3.7)	32	3.7 (3.5–3.9)
Schizophrenia		34	3.2 (3.0–3.3)	35	3.3 (3.1–3.5)	34	3.4 (3.2–3.6)
Depressive neurosis		35	3.1 (2.9–3.2)	34	3.4 (3.2–3.5)	36	2.8 (2.7–3.0)
Hepatocirrhosis		35	3.1 (2.9–3.3)	36	3.0 (2.9–3.2)	35	3.1 (2.9–3.3)
Anxiety neurosis		38	2.8 (2.7–3.0)	38	3.0 (2.9–3.2)	37	2.5 (2.3–2.6)
Fibromyalgia		38	2.3 (2.1–2.4)	38	2.3 (2.2–2.5)	38	2.0 (1.9–2.2)

^aThe diseases are listed in the rank order found in the senior doctors sample

Patienternes oplevelse af stigmatisering

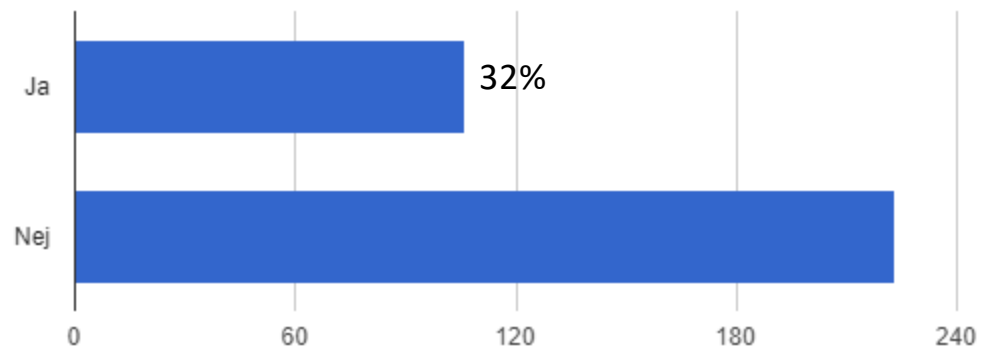
Oplevelsen af stigmatisering gjorde, at patienterne følte sig skamfulde og undlod at fortælle om deres sygdom

“When I got to the department, the only thing they talked about was my liver cirrhosis diagnosis. They had marked me in advance. Even though the diagnosis was not at all relevant to the visit.” (Informant 3)

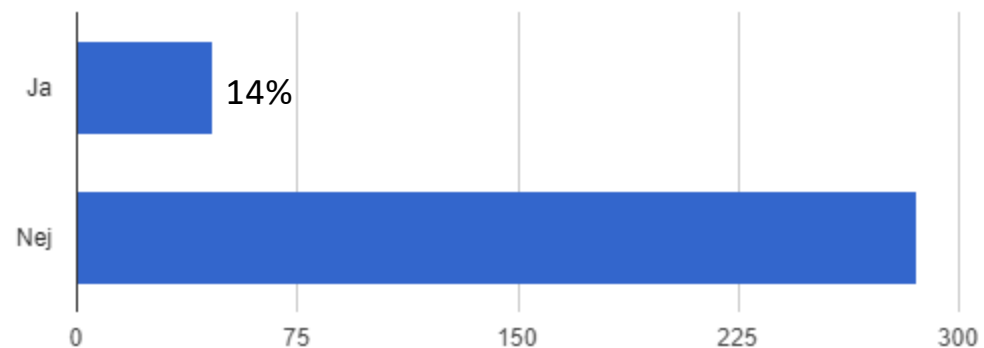
“I do not tell anyone about my liver disease. It is not their business, and I do not want people to talk ill of me.” (Informant 14)

Påvirkning af fordomme og holdninger

Undgår du at fortælle andre om din leversygdom/tilstand?



**Påvirker andre personers fordomme og negative holdninger din
selvopfattelse?**



Lad os samarbejde!

Spørgsmål?