Autoimmun hepatitis: Når immunsystemet angriber leveren

Autoimmun hepatitis er en kronisk betændelse i leveren, hvor immunsystemet af uforklarlige grunde retter sig mod leverens egne celler. Ubehandlet fører den ofte til skrumpelever (cirrose) og leversvigt over år. Heldigvis svarer langt de fleste på behandling, og med tidlig diagnose er prognosen god. Sygdommen rammer flest kvinder, ofte i to bølger: omkring 20-årsalderen og igen efter overgangsalderen.

I Danmark anslås det, at omkring 1 ud af 5.000 har autoimmun hepatitis, men sygdommen er sandsynligvis underdiagnosticeret, fordi symptomerne ofte er vage og forveksles med virushepatitis, fedtlever eller medicininduceret leverskade.

Hvad mærker du?

Autoimmun hepatitis kan vise sig på meget forskellige måder. De typiske er:

- Træthed der ikke står i forhold til søvn og arbejde
- Mavesmerter eller ubehag under højre ribbenskant
- Manglende appetit, kvalme og vægttab
- Ledsmerter, ofte i fingre og knæ, der vandrer
- Kløe og gulsot (gule øjne og hud) når leverværdierne er højt forhøjet
- Mørk urin og lys afføring
- Småblødninger og blå mærker hvis leveren er svært påvirket

Op mod en tredjedel har ingen symptomer ved diagnosen og opdages tilfældigt ved en blodprøve med forhøjede levertal. En anden gruppe præsenterer sig akut med svær gulsot og kan klinisk ligne en akut virusinfektion.

Hvorfor sker det?

Den nøjagtige årsag er ukendt, men der er tre samvirkende faktorer:

- **Arvelig disposition** med visse HLA-typer (HLA-DR3, DR4)

- **Udløsende faktor** som en virusinfektion, en lægemiddelreaktion eller en hormonel ændring
- **Tab af tolerance** så immunsystemet danner antistoffer mod leverens celler

Op mod en fjerdedel af patienterne har samtidig en anden autoimmun sygdom: stofskiftesygdom (Hashimoto), cøliaki, type 1-diabetes, vitiligo eller reumatoid artritis.

Sygdommen deles i to hovedtyper:

- **Type 1:** den hyppigste, alle aldersgrupper, kvinder dominerer, ANA og glat muskel-antistoffer (SMA) positive
- **Type 2:** sjælden, oftest børn og unge kvinder, mere aggressiv, anti-LKM1 positive

Hvordan stilles diagnosen?

Diagnosen bygger på en samlet vurdering, fordi ingen enkelt prøve er afgørende.

Blodprøver:

- Forhøjede leverenzymer (ALAT, ASAT) ofte 5-20 gange normalt
- Forhøjet IgG (gammaglobulin)
- Autoantistoffer: ANA, SMA, anti-LKM1, anti-LC1, anti-SLA/LP
- Bilirubin, INR og albumin for at vurdere leverfunktion

Udelukkelse af andet:

- Virushepatitis A, B, C, E
- Medicininduceret leverskade (statiner, nitrofurantoin, minocyclin, kosttilskud)
- Alkohol- og fedtlever
- Wilsons sygdom og hæmokromatose

Leverbiopsi er afgørende ved første diagnose. Den viser typisk såkaldt interface-hepatitis med lymfocyt-infiltration og rosetdannelse, og giver samtidig oplysning om hvor langt fibrose-udviklingen er nået.

De internationale IAIHG-kriterier bruges til at score sandsynligheden. Mange tilfælde er ikke lærebogsklassiske, og en erfaren hepatolog skal ofte vurdere det samlede billede.

Behandling

Behandlingen virker næsten altid, hvis den startes i tide.

Induktionsbehandling (få sygdommen i ro):

- **Prednisolon** i moderat dosis, ofte 30-40 mg dagligt, der trappes ned over uger til måneder
- **Azathioprin** tilføjes ofte tidligt for at kunne reducere prednisolon-dosis
- **Budesonid** kan bruges hos patienter uden cirrose, fordi det giver færre steroidbivirkninger

Målet er normalisering af leverenzymer og IgG samt histologisk remission.

Vedligehold:

- Azathioprin i lav dosis, ofte 1-2 mg/kg, i mange år
- Lavdosis steroid hos en del
- Mycophenolat ved azathioprin-intolerance eller utilstrækkelig effekt
- Calcineurin-hæmmere (takrolimus, ciklosporin) ved svigt af standardbehandling

Behandlingen er som regel langvarig. Forsøg på seponering efter mindst to års vedvarende remission lykkes hos cirka en tredjedel. Resten har tilbagefald og må fortsætte.

Levertransplantation er sjælden, men en effektiv mulighed ved svigt af medicinsk behandling eller ved fremskreden cirrose. Resultaterne er gode.

Almene råd:

- Alkohol bør undgås helt
- Hepatitis A og B-vaccination anbefales
- Forsigtighed med kosttilskud og urtemediciner, der kan belaste leveren

- Knogletætheds-måling og D-vitamin/calcium ved steroidbehandling

Hvornår skal du søge læge?

Kontakt din egen læge ved:

- Vedvarende træthed med samtidig nyopstået kløe eller gulsot
- Mørk urin og lys afføring
- Tilfældigt fund af forhøjede levertal der ikke kan forklares ved alkohol eller medicin
- Smerter under højre ribbenskant kombineret med ledsmerter og udmattelse

Akut læge ved svær gulsot, forvirring eller blødningstendens, da det kan tyde på akut leversvigt.

Ofte stillede spørgsmål

Er autoimmun hepatitis smitsom? Nej. Det er en immunsygdom, ikke en infektion.

Kan jeg leve normalt med diagnosen? Ja, de fleste lever et helt normalt liv på vedligeholdelsesbehandling. Kontroller med blodprøver hver 3-6 måned er standard.

Kan jeg blive gravid? Ja, men planlæg det. Azathioprin er kompatibel med graviditet, mycophenolat er ikke og skal seponeres mindst tre måneder før. Graviditet skal styres tæt på leverafdeling.

Hvad med smertestillende? Paracetamol i normal dosis er som regel sikkert. NSAID bør undgås ved cirrose. Alle nye lægemidler bør drøftes med hepatolog.

Bliver det til leverkræft? Risikoen er minimal uden cirrose. Ved etableret cirrose laves halvårlig screening med ultralyd af leveren.

Kilder

1. Mack CL, Adams D, Assis DN, et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis in adults and children: 2019 practice guidance and guidelines from the AASLD. *Hepatology.* 2020;72(2):671-722. PubMed

2. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: autoimmune hepatitis. *J Hepatol.* 2015;63(4):971-1004. PubMed
3. Sundhed.dk. Autoimmun hepatitis (lægehåndbogen).
4. Lohse AW, Sebode M, Bhathal PS, et al. Consensus recommendations for histological criteria of autoimmune hepatitis from the International AIH Pathology Group. *Liver Int.* 2022;42(5):1058-1069. PubMed

---

Denne artikel er almen information og erstatter ikke lægekonsultation. Kontakt din egen læge ved symptomer.