

Behandling af cirrosekomplikationer med humant serumalbumin

Professor Jens H. Henriksen, e-mail: jens.h.henriksen@hh.hosp.dk & professor Helmer Ring-Larsen

H:S Hvidovre Hospital, Klinisk Fysiologisk Afdeling, og
H:S Rigshospitalet, Hepatologisk Klinik

I en nyligt publiceret, randomiseret undersøgelse af albuminbehandling til personer med kritisk sygdom er det vist, at der ikke var overdødelighed i den albuminbehandlede gruppe i forhold til gruppen, der blev behandlet med natriumklorid [1]. Den modsatte konklusion var man nået frem til i en Cochrane-analyse fra 1998 [2]. Et kort referat af den store randomiserede undersøgelse er for nylig blevet omtalt i Ugeskriftet af *Gotzche et al* og *Larsson & Tonnesen*.

Der har aldrig været evidens for, at albuminbehandling var skadelig ved leversygdom. Dette blev understreget af *Schmidt & Ring-Larsen* i Ugeskriftet i 2002. Ikke desto mindre har den fejlagtige Cochrane-analyse afstedkommet en massiv reduktion i forbruget af albumin ved en række tilstande, og *Gotzche* anbefalede i Ugeskriftet et bredt perspektiv på de metaanalytiske resultater.

Hvad er der sket med albuminbehandling af leversygdom siden 2002? Der er publiceret minimum 20 videnskabelige arbejder, omhandlende albuminbehandling af patienter med leversygdom. Seks arbejder er randomiserede undersøgelser [f.eks. 3-5], hvori albumin indgår alene eller sammen med antibiotika og pressorstoffer. I alle publikationer, undtagen et *review*, anbefales brug af albumin til leverpatienter på forskellige indikationer. Det drejer sig væsentligst om:

1. Albumintilførsel i forbindelse med ascitesudtømning (paracentese). Her er der evidens for, at albumintilførsel i væsentlig grad nedsætter postparacentesecirkulatorisk dysfunktion ved udtømning af ascitesmængder over 4-6 liter. Albumin er mindst lige så godt eller bedre end andre plasmaekspandere. Ved udtømning af en mindre ascitesmængde, specielt ved enkeltstående udtømning, er der ikke evidens for, at albumintilførsel er nødvendig, men heller ikke for, at den er skadelig.
2. Ved hepatorenalt syndrom (specielt af type 1) vil albumintilførsel i forbindelse med vasopressorbehandling (terlipressin) nedsætte den arterielle underfyldning, og overlevelsen forlænges i en del tilfælde markant. Alternativt kan der udføres transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt (TIPS). Disse behandlinger er et klart fremskridt, der i visse tilfælde muliggør levertransplantation.

Der er evidens for at behandle følgende komplikationer ved cirrose med intravenøs tilførsel af serumalbumin

1. *Ascites*: Ved tapning af mere end 4-6 liter reduceres postparacentesecirkulatorisk dysfunktion.
2. *Hepatorenalt syndrom*: I kombination med vasopressor bedres nyrefunktionen, og overlevelsen forlænges.
3. *Subakut bakteriel peritonitis*: I kombination med antibiotika bedres overlevelsen.

3. I forbindelse med subakut bakteriel peritonitis (SBP) forbedrer albumintilførsel i kombination med antibiotikabehandling overlevelsen, og den cirkulatoriske dysfunktion mindskes i forhold til ved antibiotikabehandling alene.

Laffi et al har i 2003 anført, at indikation for albumintilførsel også er diuretikaresistent ascites hos cirrosepatienter med hypoalbuminæmi, men der er næppe generel enighed herom.

I et review blev der advokeret for indskrænket brug af albumin. Arbejdet var en bunden oversigt over mulige negative effekter af albuminbehandling, og man argumenterede væsentligst ud fra en teoretisk mulighed for overførsel af infektioner og prionsygdomme samt albumins pris.

Det må således konkluderes, at albuminbehandling fortsat er velindiceret ved en række tilstande hos patienter med leversygdom. De fleste levercentre har ikke ændret praksis på basis af den fejlagtige Cochrane-analyse, men har anlagt et diagnosespecifikt og fokuseret syn på albuminbehandling. En fremgangsmåde, der har vist sig at være klog af hensyn til patienterne.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Litteratur

1. The SAFE Study. A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. *N Eng J Med* 2004;350:2247-56.
2. Cochrane Injuries Group Albumin Reviewers. Human albumin administration in critically ill patients: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1998;317:235-40.
3. Sola-Vera J, Miñana J, Ricart E et al. Randomized trial comparing albumin and saline in the prevention of paracentesis-induced circulatory dysfunction in cirrhotic patients with ascites. *Hepatology* 2003;37:1147-53.
4. Fernández J, Navasa M, Garcia-Pagan JC et al. Effect of intravenous albumin on systemic and hepatic hemodynamics and vasoactive neurohormonal systems in patients with cirrhosis and spontaneous bacterial peritonitis. *J Hepatol* 2004;41:384-90.
5. Wong F, Pantea L, Sniderman K. Midodrine, octreotide, albumin, and TIPS in selected patients with cirrhosis and type 1 hepatorenal syndrome. *Hepatology* 2004;40:55-64.