

Dokumentnamn: Steatotisk leversjukdom		Revision: 02
Dokumenttyp: 8.5.0.1.1-5 rutin	Dokumentnummer: 25-1252	
Detta dokument gäller för: Hälso- och sjukvården	Programområde/Funktionsområde: LPO Mag- och tarmsjukdomar	
Dokumentansvarig: LPO Mag- och tarmsjukdomar	Beslut av: Ordförande LPO Mag- och tarmsjukdomar	
Beslut datum: 2025-12-03	Nästa revidering: 2026-12-15	

Steatotisk leversjukdom (SLD) /Tidigare fettleversjukdom

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

- Primär bedömning och utredning.
- Uppföljning i okomplicerade fall.

Gastroenterologisk mottagning

- Vidare utredning vid oklar diagnos.
- Misstanke om avancerad fibros.
- Misstanke om levercirros.

Bakgrund

Definition

Fettleversjukdom (eller steatotisk leversjukdom, SLD) anses föreligga när en viss mängd inlagring av fett i levern (steatos) påvisas vid bilddiagnostik eller biopsi. Fettleversjukdom är ett samlingsnamn, oavsett orsak till fetthinlagring.

I fettleversjukdom inkluderas flera olika tillstånd som:

- Metabolt associerad steatotisk leversjukdom, MASLD (tidigare NAFLD).
- Metabol och alkoholrelaterad steatotisk leversjukdom, MetALD
- Alkoholrelaterad leversjukdom, ALD
- Ovanliga, exempelvis läkemedelsorsakad eller genetisk sjukdom

Epidemiologi

Prevalensen i Sverige är okänd. MASLD blir allt vanligare och globalt beräknas MASLD förekomma hos 25% av alla vuxna.

Etiologi

MASLD

MASLD har en stark koppling till metabola syndromet och ökar med antalet metabola riskfaktorer (diabetes, hypertoni, högt BMI, hyperlipidemi).

Vid MASLD måste patientens alkoholkonsumtion vara under 20 g alkohol/dag (1,5 standardglas) för kvinnor respektive under 30 g/dag (2,5 standardglas) för män för att kunna fastställa att fettlevern inte beror på alkohol.

MetALD

Om alkoholkonsumtionen ligger mellan 20-50g/dag för kvinnor eller mellan 30-60 g/dag för män med metabol riskfaktor blir diagnosen istället MetALD.

ALD

Vid högre alkoholkonsumtion än gränsen för MetALD är orsaken till fettleversjukdomen ALD oavsett förekomst av metabola riskfaktorer.

Utredning

Symtom

- Fettleversjukdom ger sällan symtom.
- Trötthet kan förekomma vid utvecklad leversjukdom.
- Obehagskänsla i buken kan föreligga vid hepatomegali.

Anamnes

- Aktuella symtom.
- Tidigare och nuvarande sjukdomar.
- Aktuella och tidigare läkemedel, inklusive naturläkemedel.
- Alkoholkonsumtion.
- Annan orsak till leverpåverkan utifrån differentialdiagnoser.

Status

- Allmäntillstånd, längd, vikt och BMI.
- Hjärta, blodtryck.
- Bukstatus – leverpalpation (förstoring vanligt men ofta svårpalperad).
- Hud – inspektion (spider nevi, caput medusae, palmarerytem kan förekomma vid långt gången leversjukdom).

Handläggning vid utredning

Vid utredning av fettleversjukdom ingår följande leverprover: ALAT, ASAT, ALP, GT och bilirubin. Vid oklara förhöjda levervärden, se separat riktlinje.

Fettleversjukdom är den vanligaste orsaken till lätt-måttlig transaminsstegring och bör misstänkas vid förhöjda levervärden i kombination med metabolt syndrom och/eller hög alkoholkonsumtion.

Fynd som talar för alkoholrelaterad leversjukdom (ALD):

- Dagligt alkoholintag över 60 gram (5 standardglas) för män eller 50 gram (4 standardglas) för kvinnor
- Transaminasstegring med en kvot på ASAT/ALAT > 2
- Förhöjda (ibland uttalat höga) GT och ALP
- Förhöjt PEth.

Fynd som talar för MASLD/MetALD:

- Normala levervärden är vanligt.
- Lätt-måttligt förhöjda transaminaser, där ALAT är högre än ASAT
- Lätt förhöjt GT och ALP. Även ferritin kan vara lätt-måttligt förhöjt

Hos en patient med endast lätt förhöjda transaminaser, med riskfaktorer för MASLD och utan misstanke om annan leversjukdom behöver ultraljud ej utföras rutinmässigt.

Komplettera med basala prover avseende metabol sjukdom och alkoholmarkör, om det inte är gjort:

- Glukos, lipider.
- PEth.

I differentialdiagnostiskt syfte bör en läkemedelsgenomgång göras. Värdera särskilt läkemedel som satts in eller dosökats de senaste 3 månaderna. Förutom påverkan på transaminaser kan lätt förhöjt ALP och GT förekomma. Vid misstanke om läkemedelsrelaterad orsak bör läkemedlet sättas ut. Prover normaliseras ofta inom 6-10 veckor.

Handläggning för att identifiera fibrosutveckling

Vid fettleversjukdom är det viktigt att tidigt identifiera risk för fibrosutveckling.

MASLD

Definition:

Leversteatos: • Radiologisk metod (Ultraljud, datortomografi eller magnetkamera) • Biopsi: mer än 5% av hepatocyterna har fettinlagring	Minst en av fem: 1. BMI ≥ 25 kg/m² (23 för personer med Asiatisk bakgrund) eller midjemått > 94 cm (män) 80 cm (kvinnor) 2. Fastande serumglukos ≥ 5.6 mmol/L eller 2-timmar icke-fastande glukos ≥ 7.8 mmol/L eller HbA1c ≥ 39 mmol/L, eller känd typ 2 diabetes, eller pågående behandling för typ 2 diabetes 3. Blodtryck $\geq 130/85$ mmHg eller behandling för högt blodtryck 4. Plasma triglycerider ≥ 1.70 mmol/L eller	Uteslutning: • Alkoholintaget inte överstiger 30 gram(2,5 ST.G) per dag för män eller 20 gram(1,5 ST.G) per dag för kvinnor • Ingen annan leversjukdom kan identifieras • Inte medicinerar med läkemedel som antas kunna ge fettlever eller leverskada - vanligen systemiska kortikosteroider eller metotrexat.
---	--	--

	blodfettssänkande behandling 5. Plasma HDL-kolesterol $\leq$ 1.0 mmol/L (män), $\leq$ 1.3 mmol/L (kvinnor) eller blodfettssänkande behandling	
--	---	--

MetALD

Metabola riskfaktorer verkar synergiskt med alkohol och ger högre risk för utveckling av leverskada och cirros än MASLD.

ALD

Risken för leverskada beror på mängden alkohol som konsumeras och dryckesmönster. För kvinnor ökar risken för cirros vid alkoholkonsumtion över 20 g/dag under lång tid (jämfört med 60 g/dag för män). Risken ökar också vid:

- kvinnligt kön
- genetiska faktorer
- obesitas
- metabola riskfaktorer
- malnutrition
- annan kronisk leversjukdom

Värdering av risk för fibros och cirros enligt FIB-4

FIB-4 uppskattar sannolikheten för avancerad leverfibros och levercirros hos personer med känd eller misstänkt kronisk leversjukdom. FIB-4 finns som svensk version och kan användas för patienter över 35 år (via labbeställning FIB4 i PMO):

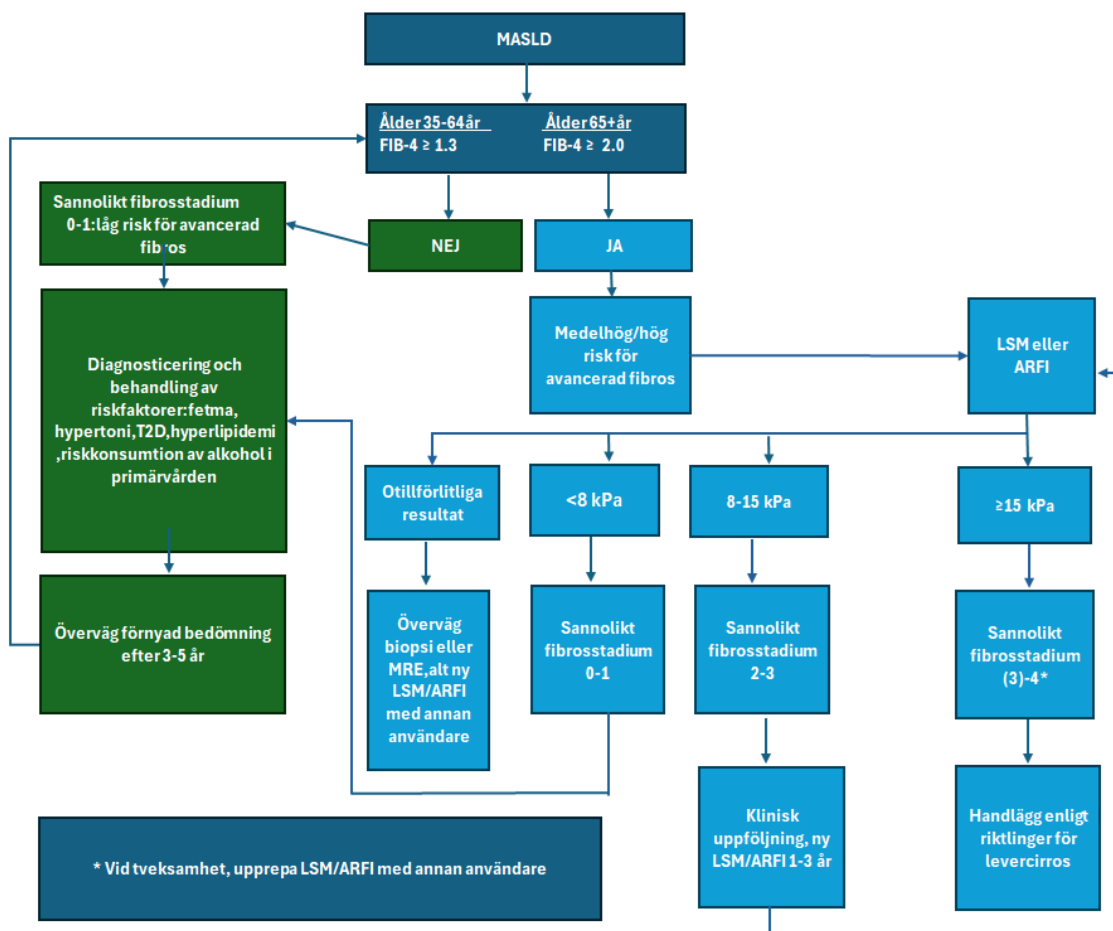
<https://fib4.se/>

Vid MASLD rekommenderas fortsatt handläggning inom specialiserad vård vid minst ett av följande fynd:

- FIB-4 > 1,3 hos patient 35-65 år.
- FIB-4 > 2,0 hos patient $\geq$ 65 år

Algorithm för handläggning av patienter med MASLD

LSM: liver stiffness measurement, * olika gränsvärden för Fibroscan och magnetresonans-elastografi



Vid ALD med värde på FIB-4 >3,2 rekommenderas fortsatt handläggning inom specialiserad vård.

Påvisat förhöjt bilirubin och PK samt lågt albumin och låga trombocyter kan tala för utveckling av levercirros.

Bilddiagnostik

I de fall bilddiagnostik är aktuellt görs ultraljud för att påvisa leversteatos och utesluta andra orsaker.

Behandling

Handläggning vid behandling

Det finns ingen känd behandling som säkert förbättrar själva fettlevversjukdomen.

- Optimera behandling av eventuell diabetes, fetma, hyperlipidemi och hypertoni.
- Ge råd om hälsosam kost, gärna via dietist.

- Ge råd om minskad alkoholkonsumtion vid MASLD eller upphörande av alkoholkonsumtion vid alkoholrelaterad fettlevversjukdom (ALD).
- Ge råd om ökad fysisk aktivitet. Både aerob och anaerob träning kan minska steatos.
- Ge råd om vikttnedgång vid övervikt eller fetma, minst 7–10 % är önskvärt.
- Överväg andra viktreducerande åtgärder om inte ändrade levnadsvanor räcker.

Statinbehandling kan användas vid hyperlipidemi och påverkar inte leversjukdomen.

Hos patienter med typ 2 diabetes eller fetma som har indikationer för behandling med GLP-1-analog är förekomst och svårighetsgrad av MASLD snarare en stärkt indikation för denna behandlingsform

Remissrutiner

Remissindikation till gastroenterologmottagning

- Oklar diagnos.
- Misstanke om avancerad fibros (FIB-4).
- Misstanke om levercirros (laboratorieprover, bilddiagnostik eller klinisk bild).

Komplikationer

Levercirros kan utvecklas i alla former utav fettlevversjukdom vilket på sikt kan leda till leversvikt. Ungefär 5 % av patienter med MASLD utvecklar komplikationer i form av levercirros. 10-35 % av alla patienter med ALD utvecklar alkoholhepatit vid långvarigt skadligt bruk av alkohol. Alkoholhepatit ger symtom som trötthet, feber och ikterus, ofta förekommer tecken till cirros och förhöjt bilirubin. Alkoholhepatit är ett allvarligt tillstånd med hög mortalitetsrisk. Vid misstanke bör patienten remitteras till akutmottagning för bedömning.

Klinisk uppföljning

Klinisk bedömning rekommenderas utifrån patientens samsjuklighet och riskfaktorer. Ny beräkning enligt FIB-4 rekommenderas vart 3:e–5:e år om metabola riskfaktorer kvarstår vid MASLD. Om risken beräknas som låg och de metabola riskfaktorerna inte längre finns kan kontrollerna vid MASLD avslutas.

Vid MetALD och ALD är risken för fibros högre. Uppföljning bör göras utifrån patientens riskfaktorer och behov, tätare intervall med FIB-4 beräkning kan vara aktuellt.

Referenser

[Fettleversjukdom - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne](#)
[Levercirros – Nationellt vårdprogram, 2022](#)
[Utredning och handläggning av MASLD \(tidigare NAFLD\)](#)

Författare: Ali Alsoufi, överläkare