

Zakkaartje Levercirrose

Gebaseerd op NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen

1. Wat is levercirrose?

- Eindstadium van chronische leverschade: gezond weefsel wordt vervangen door littekenweefsel (fibrose)
- **Gecompenseerd**: vaak jarenlang geen of vage klachten (moeheid)
- **Gedecompenseerd**: ascites, icterus, encefalopathie of een varicesbloeding
- Huisartsenpraktijk: incidentie ± 0,6/1000/jaar, prevalentie ± 4,4/1000/jaar
- Verhoogd risico **levercelcarcinoom (HCC)**
- Vroege schade (o.a. door alcohol/vet) is deels **omkeerbaar** als de oorzaak wegvalt

2. Spoed & alarm

- **Hematemesis / melena** (varicesbloeding) → ambulance / spoed
- Snel ontstane **verwardheid, sufheid of asterixis** (encefalopathie) → spoedoverleg
- **Koorts + buikpijn bij ascites** (verdenking SBP) → direct overleg / insturen
- Snel toenemende ascites, diepe icterus of snelle achteruitgang → overleg mdl
- **ALAT > 10× normaalwaarde** → direct verwijzen mdl/internist
- Zoek bij nieuwe decompensatie uitlokker: infectie, bloeding, medicatie, obstipatie

3. Belangrijkste oorzaken

- **Alcohol** (alcoholische leverziekte)
- **Niet-alcoholische vetlever (NAFLD /NASH)**: 25% krijgt cirrose in 3-8 jaar
- **Chronische hepatitis B** (± 6%/jaar cirrose bij behandelindicatie) en **hepatitis C** (± 20%)
- **Geneesmiddelen / toxines** (langdurige hepatotoxische medicatie)
- Zeldzamer: auto-immuun hepatitis, hemochromatose, ziekte van Wilson, α1-antitrypsinedeficiëntie
- Vaak meerdere oorzaken tegelijk

4. Denk aan cirrose bij...

- **Aanhoudend verhoogd ALAT** (bij herhaling 1,5-10× normaal)
- Risico: overmatig alcohol; DM2 / obesitas / dyslipidemie (NAFLD); (risico op hepatitis B/C)
- **Tekenen bij lichamelijk onderzoek**
- Vergrote, vaste lever of **vergrote milt**
- Toevalsbevinding: leververvetting of afwijkende lever op echo
- Algehele malaise samen met risicofactoren voor leverschade

5. Anamnese

- **Alcohol** (eenheden/dag) en drugsgebruik
- **Medicatie**, kruiden, vitamine A, zelfzorg (recent gestart of dosis gewijzigd)
- Doorgemaakte of risico op **hepatitis B/C**; herkomst uit endemisch land
- Familie: leverziekte, hepatitis of levercelcarcinoom
- DM, hypertensie, afwijkend lipidspectrum (metabool risico)
- Klachten van decompensatie: buikomvang, icterus, jeuk, verwardheid, bloedverlies

6. Lichamelijk onderzoek

- Mate ziek; **inspectie sclerae/huid op icterus**
- Huid: **spider naevi, erythema palmare**, gynaecomastie
- **Wapperende tremor (asterixis)** → wijst op encefalopathie
- Percussie/palpatie lever en milt (**hepato-/splenomegalie**)
- Buik: **ascites** (shifting dullness), veneuze collateralen (caput medusae)
- Overweeg de diagnose cirrose bij één of meer van deze tekenen

7. Aanvullend onderzoek (1e lijn)

- **ALAT** als startbepaling; ASAT, γ-GT, bilirubine, AF op indicatie
- **Synthese/ernst**: albumine, stolling (INR/PT), trombocyten (laag → hint portale hypertensie)
- Zoek de oorzaak: hepatitis B/C-serologie, glucose/lipiden, ijzer/ferritine op indicatie
- **Echo abdomen** (huisarts kan aanvragen): steatose, leverafwijking, splenomegalie
- **Fibroscan kan de huisarts niet aanvragen** (wél via mdl)
- Diagnose cirrose = in de 2e lijn bevestigd

8. Beleid bij verhoogd ALAT

- **1,5-10× normaal**: herhaal de bepaling; blijvend verhoogd → uitwerken naar oorzaak
- Workup: risicogroepen, alcohol, DM-II, medicatie, dyslipidemie, obesitas
- **10× normaal → direct verwijzen** mdl/internist
- Vraag **spijtserum** aan bij acute klachten
- Bij (risico op) NAFLD: breng het **cardiovasculair risico** in kaart (CVRM)
- **Persistent verhoogd** ondanks behandeling → verwijs mdl

9. Complicaties

- **Portale hypertensie → oesofagusvarices** (risico op ernstige bloeding)
- **Ascites** en spontane bacteriële peritonitis (SBP)
- **Hepatische encefalopathie** (verwardheid, asterixis, omgekeerd dag-nachtritme)
- **Levercelcarcinoom (HCC)**: HBV-cirrose ± 10%, HCV-cirrose ± 17% in 5 jaar
- Stollingsstoornissen en verhoogd bloedingsrisico
- Nierfunctiestoornis (hepatorenaal syndroom)

10. Verwijzing & samenwerking

- **Verwijs bij (verdenking) cirrose** naar mdl-arts of internist voor diagnostiek en behandeling
- ALAT > 10× → **direct**; ALAT 1,5-10× persisterend ondanks beleid → overleg/verwijs
- **Chronische hepatitis B/C** → altijd naar een hepatitisbehandelcentrum
- **HCC-screening** (halfjaarlijkse echo) wordt door de specialist geïndiceerd en uitgevoerd
- Vermeld cirrose/hepatitis in verwijs- en overdrachtsbrieven (o.a. reactivatierisico)
- Acute hepatitis en chronische hepatitis B/C zijn **meldingsplichtig** (GGD, < 1 werkdag)

11. Beleid & begeleiding (1e lijn)

- **Pak de oorzaak aan**: stoppen met alcohol (schade deels omkeerbaar; ALAT daalt meestal na 3 mnd)
- Bij NAFLD: **5-10% gewichtsverlies**, bewegen en behandel het cardiovasculaire risico (CVRM)
- **Vermijd/pas aan**: hepatotoxische en via de lever gemetaboliseerde middelen; overleg apotheker
- Voorzichtig met **paracetamol** (lagere maxdos), NSAID's en sedatie
- Overweeg **vaccinatie hepatitis A en B** bij chronische leverziekte
- Voorlichting via **thuisarts.nl**

12. Controle & aandachtspunten

- Monitor: klachten, gewicht/buikomvang, ALAT en oorzaakspecifieke controles
- Blijf alert op **tekenen van decompensatie** (ascites, icterus, verwardheid, bloedverlies)
- Hepatitis-gerelateerde cirrose: controles meestal bij de **hepatitisbehandelaar**
- **Reactivatierisico hepatitis B** bij sterke immuunsuppressie/chemo → vermeld in dossier
- Denk aan **palliatieve zorg** bij eindstadium leverziekte
- Betrek POH/leefstijl en verslavingszorg waar nodig