



Prof. dr med. Stefan Zeuzem

# Hepatit C

Risker, förebyggande  
åtgärder och behandling

**ELPA**



**European Liver  
Patients  
Association**

F. De Renesselaan, 57  
B – 3800 Sint-Truiden,  
Belgium  
email: [contact@elpa-info.org](mailto:contact@elpa-info.org)



Bästa patient!

Den här broschyren är avsedd att ge dig mer information om din sjukdom och hur du hanterar den. Den ska uppmuntra dig till ett normalt umgänge med dina medmänniskor, utan obefogad rädsla för att överföra sjukdomen. Vi vill också informera dig om de hälsomässiga konsekvenserna av kronisk hepatit och de behandlingsmöjligheter som finns. På detta sätt hoppas vi kunna hjälpa dig att komma vidare. Vänd dig till din behandlande läkare om du har ytterligare frågor.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nadine Piokorwsky'.

*Nadine Piokorwsky*  
*President för ELPA*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Zeuzem'.

*Professor Stefan Zeuzem*  
*Vetenskaplig rådgivare*  
*för ELPA*

# Innehåll

Inledning	s 4
Levern	s 5
Virushepatit C	s 6
Smitta	s 7
Följdskador av hepatit C	s 8
Blodundersökningar	s 11
Leverbiopsi (leverpunktion)	s 12
Behandling av hepatit C	s 12
Finns det alternativa behandlingsmöjligheter?	s 19
Framtida behandlingsmöjligheter	s 20
Kan man vaccinera sig mot hepatit C?	s 21
Vad måste jag tänka på i min kost?	s 22
Hepatit C och graviditet	s 22
Vad är ELPA	s 23

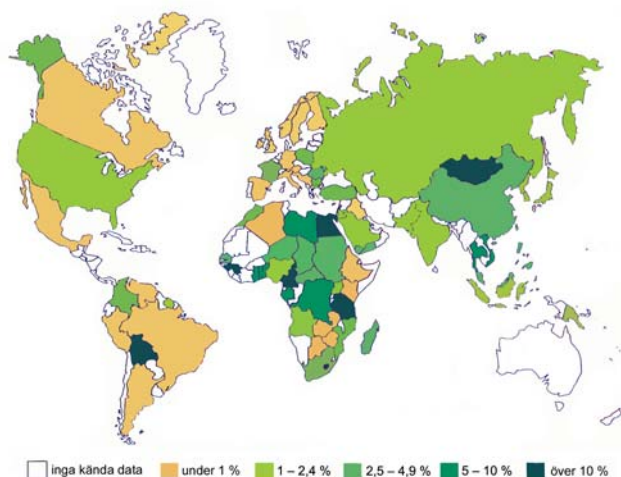
Informationsdatum: Augusti 2009  
Layout: © 2007 av Deutsche Leberhilfe e. V.

## Inledning

I Europa lider många miljoner människor av en kronisk leversjukdom. Levercirros (ärrig leverförändring) räknas hos vuxna mellan 30 och 50 år till fyra de vanligaste sjukdomsbetingade dödsorsaker. Förutom alkohol kan framförallt virusbetingad hepatit B och C nämnas som sjukdomsorsak till kroniska leversjukdomar. Hepatit är en inflammation i levern.

I Europa räknar man varje år med mer än tusen nya infektioner med hepatit B och C. Spridningen av hepatit C-virus uppskattas till 0,5–5 % (5–50 av 1 000 invånare) per land.

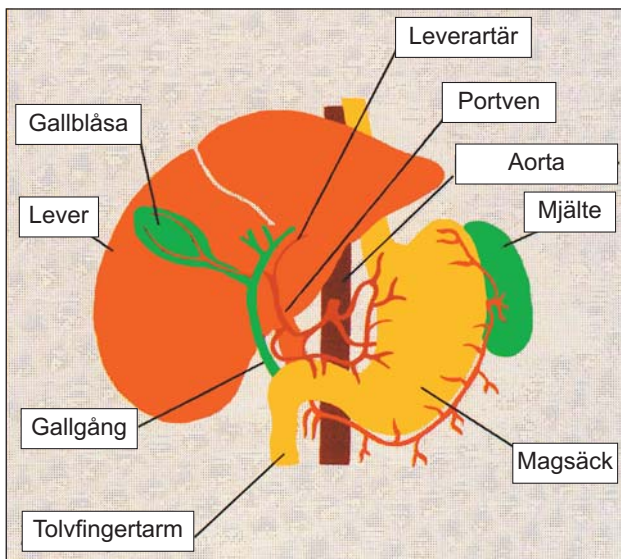
## Världsomfattande spridning av HCV



# Levern

Levern är med en vikt på cirka 1 500 g det största inre organet i människokroppen. Det ligger i övre delen av buken och omges av en bindvävskapsel. Levern är kroppens viktigaste ämnesomsättningsorgan. Leverns uppgift är bl.a. att bryta ned giftiga ämnen som via tarmarna når levern, innan de når det stora blodkretsloppet. Näringsämnen som når levern via tarmarna bearbetas vidare här. Viktiga proteiner, som t.ex. krävs för blodkoagulering och för att bekämpa infektioner, produceras i levern.

Även produktionen av gallvätska, som leds vidare via ett speciellt gångsystem i tolvfingertarmen, är viktig. Gallvätskan tar hand om avfallsämnen i de



*Leverns placering i övre delen av buken och dess kärlförsörjning. Det näringsberikade blodet från tarmarna når levern via portvenen.*

röda blodkropparna och möjliggör fettförbränning. Via gallan lämnar olika giftämnen kroppen.

I själva levern finns inga nervtrådar som kan leda smärta vidare. Smärtor kan dock uppkomma genom spänningar i bindvävskapseln, när levern till följd av inflammationsprocesser blir svullen eller ärrig.

## Virushepatit C

Hepatit C är en virusinfektion i levern. Den orsakas av hepatit C-virus. Viruset förökar sig i levern och frisätts till blodet av levercellerna. Hos cirka 60–80 % av patienterna lyckas inte kroppens eget immunförsvar bekämpa viruset, utan hepatit C får ett kroniskt förlopp. Hos de övriga 20–40 % av patienterna läker hepatit C ut inom ett halvår efter infektionen utan behandling.

## Symtom på hepatit C

Symtomen på hepatit C är mycket omärkbara, de flesta patienter märker inte ens infektionen. En del patienter märker av ökad trötthet, känner sig nedstämda och orkar mindre eller har besvär på höger sida i övre delen av buken. Utveckling till gulsot är dock sällsynt.

## Sjukdomsmekanism

Vid en kronisk infektion infekteras ständigt nya leverceller av hepatitvirus. Som tecken på infektionen vandrar vita blodkroppar in i levervävnaden. De ser till att infekterade och döda leverceller utplånas och elimineras. Själva viruset klarar de som regel inte av att utrota. De döda levercellerna kan senare ersättas av bindväv (= ärrvävnad). Om leverns bindväv förändras, talar man i det tidiga stadiet om leverfibros, senare om levercirros. Den cirrotiska ärrvävnaden kan kroppen inte längre omvandla till levervävnad.

## Smitta

Smitta med hepatit C-virus sker oftast genom direkt eller indirekt blodkontakt (parenteral överföring). Före 1990 var smitta med hepatit C-virus genom överföring av blod- och koaguleringsprodukter vanlig. Sedan dess kan hepatit C-positiva blodgivare identifieras med moderna testmetoder. Risken att få en hepatit C-infektion genom en blodtransfusion är idag minimal. Viruset kan även överföras genom förorenade sprutor, t.ex. vid drogmissbruk. Ytterligare riskfaktorer för infektion med hepatit C-virus är tatueringar eller piercing. Överföring via öppna sår, rakknivar eller tandborstar är också tänkbar. Viruset kan också överföras sexuellt. Risken för en sexualpartner till en infekterad patient uppskattas dock som liten. Överföringsrisken beror på det sexuella beteendet.

En överföring av viruset från intakt hud eller saliv har hittills inte beskrivits. Infektion via porslin, glas eller bestick är inte heller, så länge ingen förorening med blod föreligger, något att vara rädd för.

## Följdsador av hepatit C

Hos patienter som insjuknat i kronisk hepatit (leverinflammation med tydliga inflammationstecken i levervävnaden) utvecklar cirka 30 % av patienterna en levercirros de kommande åren. Risken att utveckla en levercirros beror bland annat på patientens ålder vid infektionstidpunkten och sjukdomens varaktighet, dvs. sjukdomens förlopp är ofta snabbare vid en infektion i hög ålder (över 40 år). Faktorer som kan påskynda utvecklingen till en levercirros är andra kroniska leversjukdomar med exempelvis andra levervirus (t.ex. även en infektion med hepatit B-virus) eller substanser som på andra sätt skadar levern. Hit räknas i första hand alkohol.

Man talar om en levercirros när en större del av levervävnaden har ersatts av bindväv. Det innebär att levervävnadens normala struktur förstörs. Detta leder till förändringar av genombloodningen, som kan leda till ett förhöjt blodtryck i portvenen (venen mellan tarm och lever). En ansamling av blodet kan leda till breddökning av venerna (varicer) i matstrupen och magsäcken. När dessa kärl spricker kan det leda till svåra mag-tarmblödningar. Risken för blödning ökar genom att blodets koaguleringsförmåga är nedsatt på grund av minskad proteinsyntes i levern och minskat antal blodplättar (trombocyter). Det för-

höjda trycket kan bland annat leda till inlagring av kroppsvätska i bukhålan (ascites).

Giftämnen som når blodet via mag-tarmkanalen kan vid en levercirros delvis inte längre brytas ned av blodet, utan når kretsloppet. Detta kan leda till ökad trötthet och koncentrationssvårigheter (hepatisk encefalopati, encephalon = hjärnan).

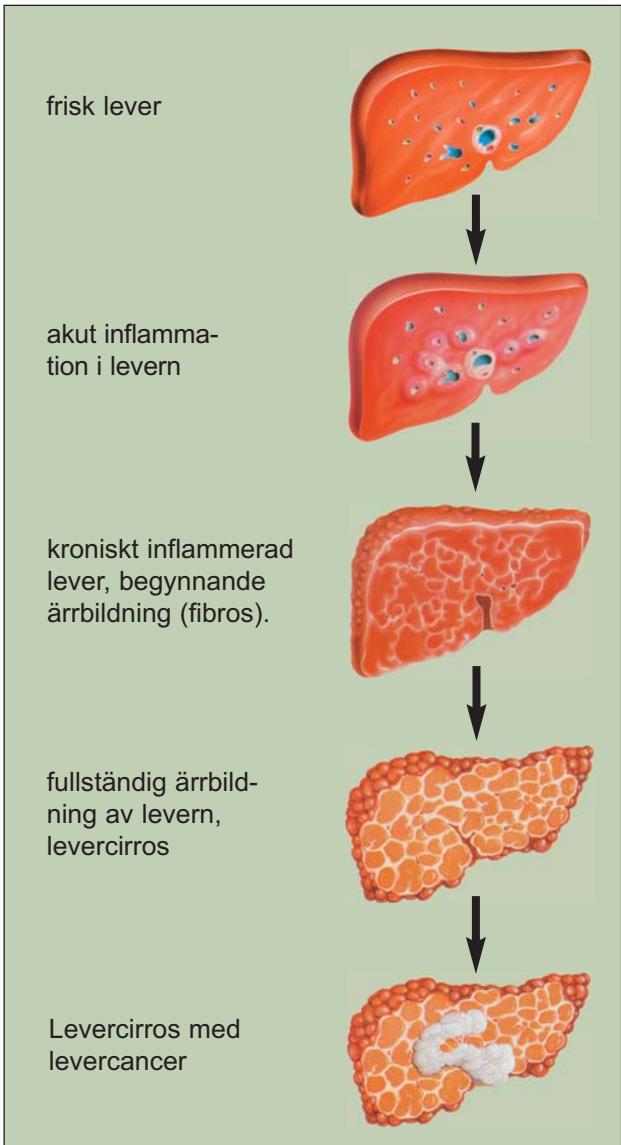
Den minskade proteinproduktionen i den cirrotiska levern leder förutom störningar av blodkoaguleringen till minskad produktion av ämnen som kroppens immunförsvar behöver. Följden blir ökad infektionskänslighet.

På grund av ansamlingen av gallvätska leder en svår leversjukdom ofta till gulfärgning av ögon och hud (ikterus). Detta förknippas ofta med klåda. Samtidigt kan urinen få en mörk färg.

Efter ett långt sjukdomsförlopp ökar risken för att patienter med kronisk hepatit C också utvecklar levercancer (hepatocellulärt karcinom). Hos de flesta patienter utvecklas hepatocellulärt karcinom på grund av en levercirros. Levercancer har visserligen beskrivits hos en del patienter med kronisk hepatit C, utan föregående levercirros. Därför ska regelbundna ultraljuds- och blodkontroller göras.

I enstaka fall har hepatit C ett så svårt förlopp att en levertransplantation blir nödvändig.

Inflammationens aktivitet i levern samt leverförfettningens omfattning och bindvävsförändringarna kan bara säkerställas histologiskt (i mikroskop). En bit vävnad måste tas från levern för detta (leverbiopsi). Indirekta metoder, t.ex. elastografi kan ibland även ge en bra bild av leverfibrosens omfattning.



*Bild: Förlopp som visar hur en kronisk hepatit C inom några årtionden kan leda till cirros och levercancer. Behandling och en sund livsstil kan stoppa och fördröja förloppet.*

# Blodundersökningar

Hepatit C-virus kan påvisas direkt i blod med genetisk information (RNA) eller indirekt med antikroppar, som bildats av patientens vita blodkroppar. Positivt RNA talar för en aktiv sjukdom, medan förekomst av antikroppar mot hepatit C-virus (anti-HCV) inte går att skilja mellan utläkt hepatit C-infektion och en kvarstående, kronisk infektion. Även hos patienter med utläkt hepatit C kan antikroppar fortfarande påvisas, men inte HCV-RNA.

Underlaget för diagnostik av hepatit C är påvisade hepatit C-antikroppar (anti-HCV). Om en patient är anti-HCV-positiv (har antikroppar mot hepatit C-virus i blodet) ska förekomst av virus kontrolleras direkt, t.ex. med en så kallad PCR (polymeras kedjereaktion). Detta är ett mycket känsligt prov för att påvisa hepatit C-virus i blodet.

I samtliga fall där en antiviral behandling övervägs, bör ytterligare bestämning av mängden virus i blodet (virusbelastning) och genotyp för hepatit C-virus göras.

Levervärden (ALT, AST, även kallade "transaminaser") ger med vissa inskränkningar information om hepatitens inflammationsaktivitet. Normala levervärden betyder inte att en kronisk hepatit C kan uteslutas. Levervärden ska fastställas under behandling av sjukdomen.

Eftersom patienter med en kronisk hepatit C löper ökad risk att drabbas av levercancer, ska tumörmarkören för levercancer, alfa-fetoprotein, regelbundet fastställas i blodet. Även ultraljudsundersökningar av levern bör ske regelbundet.

## Leverbiopsi (leverpunktion)

En leverpunktion kan vara bra för att kunna uppskatta andelen bindväv, inflammationsaktiviteten och graden av förfettning i levern. Vid en leverpunktion tas en liten del vävnad ut under lokalbedövning och undersöks i mikroskop (histologiskt). Vid en fullständig histologisk bedömning visas inflammationsaktiviteten ("grading") och fibrosstadium ("staging") separat.

"Friska" bärare av hepatit C-virus (virus påvisbart i blod, normala levervärden och normalt levervävnadsprov) är sällsynta. Hos de flesta patienter kan en kronisk hepatit i levervävnaden påvisas även vid normala levervärden.

## Behandling av hepatit C

För att hejda eller fördröja sjukdomsförloppet finns möjlighet att ge behandling med interferon alfa, eventuellt i kombination med ribavirin.

Ribavirin är en substans som hämmar ännu ej helt klarlagda mekanismer hos hepatit C-virus. Det fungerar i synnerhet i kombination med interferon alfa och tas som tablett eller kapsel.

Interferon är ett kroppseget protein, som bland annat produceras av de vita blodkropparna, särskilt när kroppen måste försvara sig mot virusinfektioner. Det interferon alfa som används vid behandling av

virushepatit framställs biotekniskt. Interferon alfa måste, på samma sätt som t.ex. insulin hos diabetiker, sprutas in i underhuds fettet.

För att öka behandlingssvaret och toleransen för interferon alfa-behandlingen, kan interferon kopplas till polytetylenglykol (PEG, pegylerat interferon alfa, peg-interferon alfa). Det förändrade interferonet har längre effekt i kroppen och får bara administreras en gång i veckan.

Det polyetylenglykol som omger interferon alfa fungerar som ett "skyddshölje" och fördröjer ett för tidigt nedbrytande av läkemedlet. De viktiga platser där interferon har sin antivirala effekt blockeras dock inte. Således kan man upprätthålla en jämnare effekt och konstant hämma virusökningen under längre tid.

Ett annat sätt att förlänga effekten av interferon alfa är att koppla det till humant serumalbumin. Albumin är en naturlig substans med en lång halveringstid, som har många uppgifter i kroppen. Albuminbundet interferon alfa (alb-interferon) bibehåller den antivirala effekten hos interferon, men måste på grund av albuminets långa halveringstid administreras varannan till var fjärde vecka. Kliniska studier har visat att de varaktiga virologiska svarsfrekvenserna är betydligt bättre med långverkande interferonpreparat än med kortverkande standardinterferoner hos patienter med kronisk hepatit C. Genom kombinationen långverkande interferon och ribavirin kan läkningsfrekvenserna ökas ytterligare. Den här kombinationen är överlägsen kombinationen standardinterferoner och ribavirin när det gäller tolerans.

Den rekommenderade doseringen av interferon anges i tabellen här på sidan. Även ribavirindosen ska fastställas individuellt av läkaren och ditt blod-

## Standarddoseringar av interferoner

Interferon alfa-2a	3–6 miljoner enheter tre gånger per vecka
Interferon alfa-2b	3–5 miljoner enheter tre gånger per vecka
PEG-Interferon alfa-2a	180 µg en gång i veckan
PEG-Interferon alfa-2b	1,0–1,5 µg/kg kroppsvikt en gång i veckan
Alb-Interferon alfa-2b	900 µg en gång varannan vecka

status (särskilt det röda blodfärgämnet [hemoglobin]), din vikt och din HCV-genotyp ska beaktas. Dosen ligger vanligtvis mellan 800 och 1 200 mg dagligen, fördelat på två doser morgon och kväll. Hos mycket sjuka patienten kan en högre dos övervägas. Med avseende på kroppsvikt ska ribavirindosen uppgå till cirka 15 mg/kg kroppsvikt vid infektion med HCV-genotyp 1 och 4, och vid genotyp 2 och 3 till cirka 13 mg/kg kroppsvikt. Huvudmålet med behandlingen är att förhindra att sjukdomen utvecklas ytterligare (förhindra bindvävsökning [cirros] i levern och dess komplikationer). Detta mål nås bäst om hepatit C-viruset helt kan elimineras från kroppen, dvs. att HCV-RNA även med de mest känsliga metoder aldrig mer kan påvisas. Svansfrekvensen (andelen patienter som under behandlingen inte har påvisbart virus i blodet) för en behandling med långverkande interferon och ribavirin ligger för närvarande på 60–90 %. Tyvärr så drabbas en del patienter, som framför allt har svarat på behandlingen, av nya virus när de fortfarande står på behandling (sällsynt)

eller när behandlingen har avslutats. Det totala varaktiga behandlingsresultatet för en kombinationsbehandling med långverkande interferon plus ribavirin ligger således på 50–60 %.

Regelbundet läkemedelsintag är särskilt viktigt. Om kraftiga biverkningar uppkommer vid behandling med interferon alfa/ribavirin (t.ex. depression) ska dessa vid behov behandlas med läkemedel, men den antivirala behandlingen ska, om möjligt, fortsätta. Eftersom biverkningarna av interferon alfa/ribavirin snabbt försvinner efter att behandlingen har avslutats, kan den samtidiga behandlingen avslutas. Särskilt goda behandlingsresultat ses när man sätter in behandlingen så tidigt som möjligt. En kronifiering av akut hepatit C kan förhindras med en 24 veckors monoterapi med (PEG)interferon alfa. Behandlingen mot akut hepatit C ska sättas in senast tre till fyra månader efter att infektionen börjat.

Behandlingen av kronisk hepatit C är mer framgångsrik hos yngre patienter med ett kortare sjukdomsförlopp än hos äldre patienter som redan har nått stadiet för en levercirros. Dessutom är sannolikheten för ett varaktigt virologiskt svar (läkning) av en kombinationsbehandling hos patienter som är infekterade med HCV-genotyp 2 eller 3 betydligt bättre än hos patienter som är infekterade med HCV-genotyp 1 eller 4. Även behandlingens varaktighet har stor betydelse på behandlingsresultatet vid kronisk hepatit C.

De aktuella riktlinjerna (2009) för behandling av kronisk hepatit C rekommenderar 24 veckors standardbehandling för patienter med HCV-genotyp 2 eller 3, som i bästa fall kan förkortas till 16 veckor (normalviktig patient, ingen levercirros, låg virusbelastning före behandlingens början och snabba virologiska

svar med avsaknad av HCV-RNA behandlingsvecka 4). Patienter med HCV-genotyp 2 eller 3, som fortfarande har påvisbart HCV-RNA i blodet behandlingsvecka 4, kan eventuellt vinna på en behandling som överstiger 24 veckor (36–48 veckor).

Standardbehandlingen för patienter med HCV-genotyp 1 eller 4 uppgår till 48 veckor, men kan hos patienter (utan levercirros) som uppvisade en låg virusbelastning före behandlingen och som efter 4 behandlingsveckor inte har påvisbart HCV-RNA i blodet, förkortas till 24 veckor utan minskad risk för varaktigt virologiskt svar. Patienter med HCV-genotyp 1 eller 4 som uppvisar ett långsamt svar på en antiviral behandling med långverkande interferon och ribavirin (HCV-RNA fortfarande påvisbart behandlingsvecka 12, men negativt behandlingsvecka 24), tycks vinna på en behandling på upp till 72 veckor.

Med hjälp av den ursprungliga virusbelastningen och den inledande minskade virusbelastningen i blodet, går det redan efter 4 till 12 veckor att göra en bedömning av om behandlande patienter har bra chans till en varaktig eliminering av viruset. Chansen till läkning är bättre ju snabbare och tydligare den initiala minskningen av virusbelastningen är. Chansen till en varaktig eliminering är inte trolig hos patienter som under de första 12 behandlingsveckorna inte når minst 99 % minskning av den ursprungliga virusbelastningen.

Olika undersökningar har visat att andelen bindvävstrådar i levern och risken för utveckling av levercancer minskar vid en framgångsrik kombinationsbehandling med interferon och ribavirin. Men även efter en fullständig eliminering av hepatit C-virus är risken för levercancer förhöjd i ytterligare fyra år, och

därför är det efter en lyckad behandling bra att regelbundet göra ultraljud.

I princip finns en ökad inflammationsaktivitet i levern hos alla patienter med kronisk hepatit C, och antiviral behandling rekommenderas om inga andra sjukdomar eller andra omständigheter föreligger som utesluter en sådan behandling. Beslutet om preparat, dos och behandlingens varaktighet ska alltid fattas individuellt av behandlande läkare.

## **Vilka biverkningar kan förväntas vid behandling med interferon alfa och ribavirin?**

Biverkningarna av interferon alfa är vanliga i början av behandlingen och avtar tydligt under behandlingen. De vanligaste biverkningarna är influensaliknande symtom som feber, huvud-, led- och muskelsmärk, trötthet, aptitlöshet och viktnedgång. Vid enstaka tillfällen förekommer störningar av sköldkörtelfunktionen. En del patienter drabbas under behandlingen av mycket torr hud och/eller övergående håravfall. Även stämningsförändringar upp till depression kan förekomma. Signifikant är även förändringar av blodstatus, framför allt av de vita blodkropparna.

Allergiska reaktioner kan förekomma av både interferon alfa och ribavirin. Den vanligaste rapporterade biverkningen av ribavirin är övergående blodbrist (anemi). Regelbunden kontroll av blodstatus är således nödvändig.

Patienterna ska under behandlingen regelbundet prata med behandlade läkaren och informera om alla biverkningar. Många biverkningar av kombinationsbehandlingen interferon alfa/ribavirin kan behandlas genom dosanpassningar eller genom (övergående) förskrivning av ytterligare läkemedel. Alla möjligheter ska alltid provas innan behandlingen sätts ut helt på grund av intolerans eller biverkningar.

Det är inte uteslutet att risken för missbildningar på barn ökar på grund av ribavirin. Patienter som får ribavirin måste under behandlingen och ett halvår efter att behandlingen har avslutats använda en säker preventivmetod. Kvinnor som är gravida innan behandlingen sätts in kan inte få någon behandling.

## Vad måste jag beakta vid behandling med interferon alfa och ribavirin?

Vid behandling med interferon alfa och ribavirin ska levervärden (ALT, AST), blodstatus och sköldkörtelvärderna kontrolleras regelbundet. Efter en behandling på 4 och 12 (eventuellt också 24 veckor) ska även virusbelastningen (HCV-RNA) i blod kontrolleras. Man talar om ett snabbt virologiskt svar (RVR = "rapid virologic response") om inget HCV-RNA kan ses i blod med en känslig testmetod redan efter 4 behandlingsveckor. Vid behandlingsvecka 12 skiljer man mellan ett komplett svar (cEVR = "complete early virologic response") och ett partiellt svar (pEVR = "partial early virologic response"). Vid komplett svar (cEVR) är inget HCV-RNA påvisbart i blo-

det efter 12 veckor, medan partiellt svar (pEVR) innebär att virusbelastningen vecka 12 har minskat med faktor 100, men att det fortfarande kan påvisas HCV-RNA i blod. Med hjälp av HCV-RNA-resultaten behandlingsvecka 4 och 12 kan man bedöma om behandlingen kan bli framgångsrik eller hur länge den ska pågå.

## Finns det alternativa behandlingsmöjligheter?

Behandlingen med interferon alfa ensamt eller i kombination med ribavirin är i nuläget den enda möjligheten att varaktigt eliminera hepatit C-virus. Därutöver har lyckade behandlingar med så kallade alternativa substanser beskrivits. Några kontrollerade undersökningar, i vilka effekten av sådana preparat har undersökts, finns dock inte. Därför baseras all information på ej kontrollerade erfarenheter. Substanser som används för att behandla leversjukdomar är t.ex. mariatistelextrakt (silymarin), preparat med kronärtskocka och glycyrrhizin som framförallt används i Sydostasien. Särskilda silymarinpreparat (sili-



*Mariatistel*

binin), som administreras dagligen i höga doser intravenöst, kan sänka virusbelastningen. Det är dock hittills oklart om substansen i den här dosen är säker och inte bara minskar virusbelastningen, utan även förbättrar läkningsfrekvensen vid en peg-interferon/ribavirinbehandling. I den vanliga doseringen i form av tabletter har silymarin ingen effekt på virusökningen.

Alla naturläkemedel och andra alternativa preparat kan ha farliga biverkningar, skada levern eller ha interaktioner med andra läkemedel. Patienterna ska alltid informera behandlande läkare om vilka övriga preparat de tar, så att läkaren kan bedöma tolerans och eventuella risker.

## Framtida behandlings- möjligheter

Olika behandlingsförsök har hittills provats kliniskt, t.ex. hämmare av HCV-specifika enzymer som är ansvariga för virusökningen (proteas-, helikas-, NS5A- och polymerashämmare). Längst i den kliniska utvecklingen har två HCV-proteashämmare (boceprevir och telaprevir) kommit, som i kombination med peg-interferon alfa och ribavirin kan förbättra det varaktiga virologiska behandlingssvaret hos genotyp 1-infekterade patienter från cirka 20 % till cirka 70–75 %. Dessa båda substanser beräknas bli godkända i Europa 2011/2012. Ytterligare utvecklingar omfattar så kallade immunmodulatorer och läkemedel, som hämmar de cellegna strukturer som är

delaktiga vid virusökningen, samt terapeutiska vacciner som ska hjälpa det kroppsegna immunsystemet att eliminera hepatit C-virus eller fördröja sjukdomsförloppet. Långsiktigt är hoppet att hepatit C-virus ska kunna behandlas med framgång utan interferonsprutor. För detta krävs dock kombinationer med minst två till tre hämmare. Det som är viktigt för dessa nya substanser är att de ensamma eller i kombination inte medger så kallade resistensvarianter mot hepatit C-virus.

Sammanfattningsvis är det viktigt att betona att inga nya ämnen godkänns utan omfattande data från kliniska prövningar om effekt, tolerans och säkerhet. Patienter som är intresserade av att erhålla framtida läkemedel redan idag, ska vända sig till stora levermottagningar och begära information om aktuella läkemedelsstudier.

## Kan man vaccinera sig mot hepatit C?

Det går bara att vaccinera sig mot hepatit A och B, men inte mot hepatit C. Inte ens inom en överskådlig framtid är det troligt att det kommer något effektivt vaccin mot hepatit C.

Om du inte har haft hepatit A eller B, ska du i alla fall vaccinera dig mot dessa virus. Ta upp detta med din läkare, eftersom en akut samtidig infektion med hepatit A- eller hepatit B-virus kan få ett allvarligt förlopp hos patienter med kronisk hepatit C.

## Vad måste jag tänka på i min kost?

Så länge leverfunktionen inte är nedsatt behöver du inte tänka på någon särskild kost vid kronisk hepatit C. Om leverfunktionen är nedsatt kan det vara nödvändigt att minska på proteinintaget (kött-, mjölkprodukter) och på saltintaget. Detta kommer läkaren, eventuellt tillsammans med en dietist, att prata med dig om. Det är viktigt att du avstår från alkohol.

## Hepatit C och graviditet

Risken att överföra hepatit C-virus från mamma till barn under graviditeten bedöms som liten. En överföring sker som regel först under förlossningen. Sannolikheten att ett nyfött barn ska få en infektion med hepatit C-virus är dock mindre än 5 %. Hos kvinnor som också är infekterade med aids-virus (hiv) är sannolikheten att överföra hepatit C-virus större. Om en hepatit C-infektion kan överföras under amningen är omdiskuterat. De flesta barnläkare råder dock mammor som är HCV-infekterade att inte amma.

## Vad är ELPA (European Liver Patients Association)

ELPA uppstod som ett svar på de behov som olika europeiska leverpatientgrupper givit uttryck för. Deras önskan var att utbyta erfarenheter mellan olika länder gällande anvisningar och förhållnings-sätt för patienter med leversjukdomar – dessa anvisningar visade sig variera rätt mycket mellan länderna. I juni 2004 höll 13 patientgrupper från 10 europeiska länder och Medelhavsländer ett konstituerande möte. Officiellt grundades ELPA den 14 april 2005 under leverkongressen som hölls av EASL (European Association for the Study of the Liver).

Syftet för ELPA är att bevaka leverpatienternas intressen. Särskilt gäller detta följande delområden:

- information om omfattningen av leversjukdoms-problemen
- information och prevention
- påminna om att leversjukdomarna är alltför litet uppmärksammade inom offentligheten i jämförelse med andra medicinska områden, t.ex. hjärt- och blodkärllsjukdomar.
- utbyte av aktiviteter och initiativ som visat sig vara framgångsrika
- samarbete med professionella institutioner, t.ex. EASL, och institutioner inom den Europeiska Unionen i syfte att garantera att behandlingen och omhändertagandet av patienter med leversjukdomar uppfyller de högsta kvalitetskraven i hela Europa.

## **European Liver Patients Association (ELPA)**

F. De Renesselaan, 57

B – 3800 Sint-Truiden,

Belgium

email: [contact@elpa-info.org](mailto:contact@elpa-info.org)

<http://www.elpa-info.org>

**Din lokala kontakt:**