

Statusartikel

Rekompensation af alkoholrelateret levercirrose

Malene Barfod O'Connell¹, Niels Peter Riedel Klausen¹, Rikke Parsberg Werge¹ & Nina Kimer^{1, 2}

1) Gastroenheden, Medicinsk Sektion, Københavns Universitetshospital – Amager og Hvidovre Hospital, 2) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V03260198. doi: 10.61409/V03260198

HOVEDBUDSKABER

- Rekompensation ved levercirrose er remission af symptomer og forbedret leverfunktion, når den udløsende årsag til cirrosen er fjernet.
- Bedre integration af alkoholbehandling i somatikken øger muligheden for rekompensation og overlevelse ved alkoholrelateret levercirrose.
- Behandling af alkoholforbrug ved levercirrose er aldrig for sent.

Levercirrose er en sygdom, som i de tidlige stadier ofte næsten er symptomfri. I dette stadie diagnosticeres fibrose og levercirrose billeddiagnostisk ved UL-skanning eller CT. Derudover kan leverelastografi give valide indikationer på graden af fibrose samt cirrose [1].

Først ved fremskreden levercirrose ses kliniske manifestationer af forhøjet tryk i portåresystemet, dvs. portal hypertension, og dette kommer til udtryk ved ascites, øsofagusvaricer eller hepatisk encefalopati (HE) [2]. Der ses samtidig nedsat leverfunktion karakteriseret ved lavt S-albumin, nedsat produktion af koagulationsfaktorer samt forhøjet S-bilirubin. Histologisk er levervævet karakteriseret ved en opbrydning af den normale arkitektur med fibrosedannelse, inflammation og dysfunktion af hepatocytter, endotel og immunregulerende celler [3]. Omkring to tredjedele af patienter, der diagnosticeres med levercirrose, har fremskreden sygdom med kliniske tegn på portal hypertension på diagnosetidspunktet [4, 5].

Alkohol udgør fortsat en væsentlig årsag til levercirrose i Danmark. Alkohol er associeret med betydelig sygelighed og dødelighed [6, 7], og hos ca. 58% af personer med levercirrose er alkohol den primære årsag [8]. Komplekse medicinske og psykosociale problemstillinger er associeret med alkohol, og komorbiditet, rygning og alkoholindtag er forbundet med nedsat livskvalitet og hyppige hospitalskontakter [9]. Dette er forbundet med betydelige sundhedsøkonomiske konsekvenser.

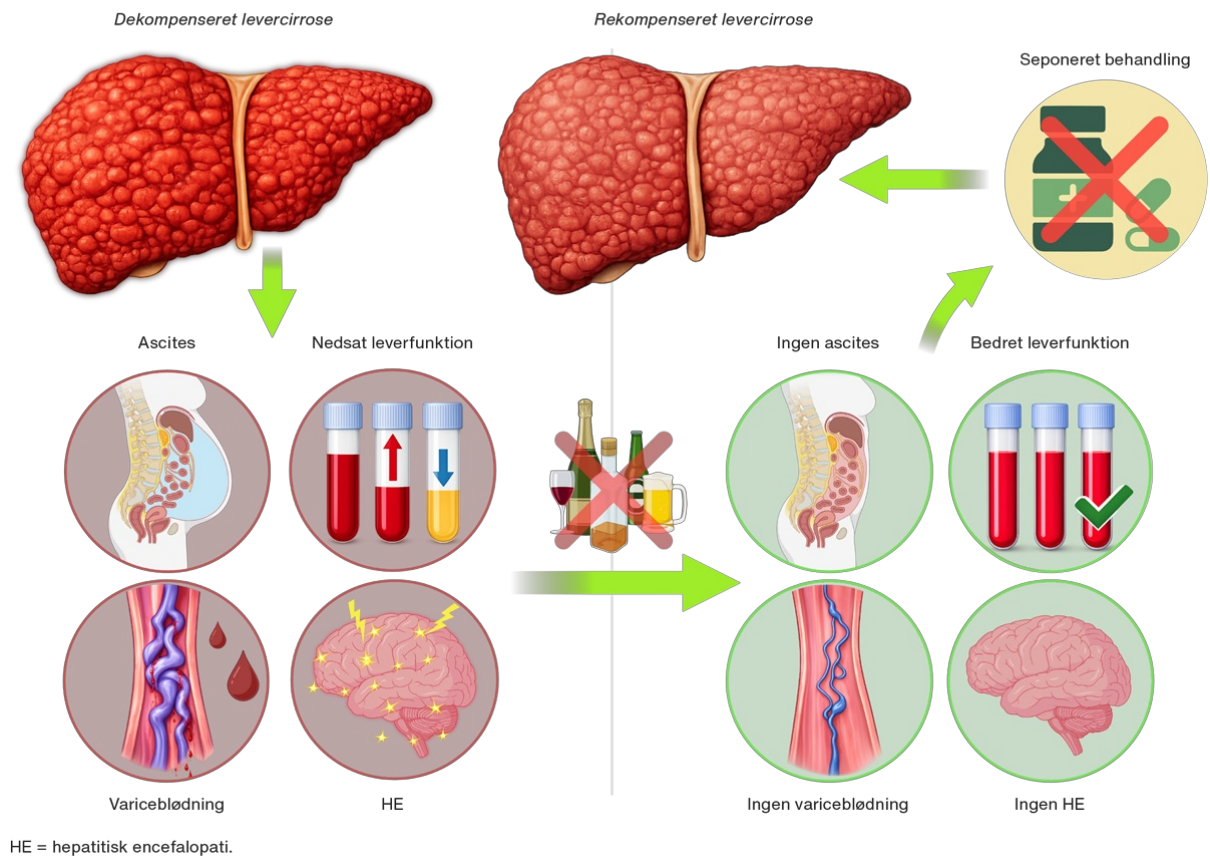
Dekompensation

Dekompenseret levercirrose betegner udviklingen af kliniske komplikationer til portal hypertension hos personer med levercirrose, herunder ascites, blødning fra øsofagusvaricer og HE (Figur 1). Infektioner forekommer hyppigt hos personer med levercirrose og kan både udløse og forværre tilstanden. Dekompensation er forbundet med en betydelig nedsat restlevetid, hyppige hospitalsindlæggelser, øget skrøbelighed og nedsat

livskvalitet [10]. Der er derfor behov for et øget fokus på behandling af dekomensation ved levercirrose.

FIGUR 1 Fra dekomensation til rekompensation ved alkoholrelateret levercirrose.

Figuren er udarbejdet i BioRender: Kimer N (2026). BioRender.com/hlxw0hx



Rekompensation

I de seneste år har begrebet rekompensation vundet indpas i hepatologien.

Traditionelt set har levercirrose været betragtet som en kronisk og irreversibel tilstand, hvor fibrosedannelse i leveren er blivende, og der ikke kan opnås bedring. Nyere forskning viser dog, at adskillige mekanismer i fibrosedannelsen kan påvirkes og endda regrediere med mindre fibrose og bedring i leverfunktionen til følge [11, 12]. Dette betegnes som rekompenseret levercirrose.

Rekompensation refererer til en tilstand, hvor personer med dekomenseret levercirrose opnår vedvarende klinisk bedring. Det indebærer regression af komplikationer som ascites, variceblødning og HE over en længere periode, typisk mindst et år. Samtidig ses en stabilisering af den kliniske tilstand og forbedring af leverfunktionen [13].

Tre faktorer skal være opfyldt, for at en person med levercirrose kan betegnes som rekompenseret (**Tabel 1**):

TABEL 1 Kriterier for rekompensation.

Kriterier	Definition
<i>Behandling af den udløsende årsag til cirrose</i>	
Alkohol	Alkoholbehandling og ophør
MASLD	Vægttab og livsstilsintervention
Viral hepatitis	Antiviral behandling
Autoimmun hepatitis	Immunologisk kontrol
Remission af kliniske tegn på dekompensation	Regression af ascites, HE og variceblødning, typisk mindst et år uden symptomer og seponering af medicinsk behandling
Forbedring af leverens syntesefunktion	Normalisering af INR, S-albumin og S-bilirubin

HE = hepatitisk encefalopati; MASLD = metabolisk dysfunktionsassocieret steatotisk leversygdom.

- 1) Kliniske komplikationer såsom ascites, variceblødning og HE skal være regredieret. Medicinsk behandling rettet mod komplikationer som diuretika ved ascites og carvedilol ved portal hypertension og øsofagusvaricer skal være seponeret.
- 2) Der skal opnås klinisk bedring i leverfunktionen, vurderet ved normalisering af niveauet for S-albumin og S-bilirubin.
- 3) Den udløsende årsag til levercirrose skal være behandlet.

Rekompensation opnås oftest ved effektiv behandling af den underliggende årsag samt målrettet behandling af komplikationerne. Selv om leverens struktur sjældent normaliseres fuldstændigt, kan den funktionelle kapacitet forbedres betydeligt [2, 14].

Hvordan kan vi opnå rekompensation?

Behandling af den underliggende årsag

Rekompensation forudsætter først og fremmest behandling af den underliggende årsag til cirrose. Dette kan opnås ved virale ætiologier til levercirrose såsom hepatitis C og B. Ved metabolisk dysfunktionsassocieret steatotisk leversygdom (MASLD) er vægttab og optimering af den metaboliske kontrol central, herunder behandling af diabetes, hypertension og hyperkolesterolemie.

Ved alkoholrelateret levercirrose er vedvarende alkoholophør en grundlæggende forudsætning for rekompensation.

Alkoholbehandling ved levercirrose

Adressering af alkoholoverforbrug og afhængighed bør være en central del i udredningen af levercirrose. Systematisk afdækning af alkoholforbrug ved hjælp af AUDIT-C, behandling af abstinenser samt henvisning til ambulant alkoholbehandling er væsentlige elementer i indsatsen for at opnå alkoholophør og bedring i leversygdommen [15]. Farmakologisk behandling anvendes også ved levercirrose, selv om kliniske studier, der dokumenterer effekt hos patienter med avanceret leversygdom, er få [16].

Vedvarende alkoholophør er den vigtigste prognostiske faktor for overlevelse ved alkoholrelateret levercirrose og udgør samtidig en forudsætning for rekompensation [17, 18]. Flere studier har vist positive resultater, når alkoholbehandling og behandling af levercirrose integreres, f.eks. gennem adgang til sygeplejersker med

ekspertise i afhængighed på somatiske sengeafsnit og i ambulante hospitalsforløb [19, 20].

Regression af kliniske komplikationer

Behandlingen af dekompenaseret levercirrose, uanset ætiologi, retter sig mod de kliniske komplikationer. Ved ascites anvendes diuretika og saltrestriktion, og blødning fra varicer kan forebygges med blodtrykssænkende behandling, fortrinsvis carvedilol [19]. Ligeledes kan HE behandles og forebygges med laktulose og rifaximin.

Klinisk bedring i leverfunktionen forudsætter, at den underliggende årsag til komplikationerne reduceres, f.eks. ved normalisering af trykket i portåresystemet. Herved kan patienten blive fri for ascites, varicer i øsofagus og HE uden behov for symptomlindrende behandling.

Regelmæssig tværfaglig opfølgning med fokus på behandlingen af den underliggende årsag til cirrose samt en systematisk opsporing og håndtering af risikofaktorer og symptomer kan forebygge nye komplikationer og understøtte stabil sygdomskontrol [21]. På mange hospitaler i Danmark er der fungerende leverklinikker med en helhedsorienteret, person- og familiecentreret tilgang, der arbejder systematisk med vurdering og håndtering af symptomer og komplikationer. Der fokuseres på sygdomsundervisning og støtte til egenomsorg, herunder kost og fysisk aktivitet, forebyggelse og behandling af sarkopeni og skrøbelighed (frailty). Alkoholophør, medicinkomplians og opmærksomhed på tidlige tegn på komplikationer adresseres, og der tilbydes psykosocial støtte til patient og pårørende. Det er oplagt at integrere alkoholbehandling i disse leverklinikker.

Kan der opnås tilstrækkelig sygdomskontrol, så komplikationer og symptomer forsvinder, er seponering af den komplikationsrettede medicinske behandling nødvendig for at opfylde kriterierne for rekompensation. Beslutning om seponering af diuretika, laktulose eller carvedilolbehandling for komplikationer til cirrose træffes i fællesskab mellem patienten og det tværfaglige team af læger og sygeplejersker.

Klinisk bedring i leverens funktion

En klinisk bedring i leverens funktioner påvist med forbedring eller normalisering af S-bilirubin, S-albumin og INR udgør et objektivi mål for forbedret leverfunktion og er ligeledes et centralt kriterium for rekompensation.

Leveren syntetiserer adskillige proteiner med betydning for immunforsvar, koagulation, metabolisme og ernæring. De mest anvendte biokemiske markører for leverens funktion er koagulationsfaktor II, VII og X, vurderet indirekte ved INR, S-albumin og S-bilirubin. Koagulationsfaktorer og albumin syntetiseres i leveren, bilirubin dannes fra nedbrydningen af røde blodlegemer, konjugeres til vandopløselighed i leveren og udskilles via galden. Disse markører afspejler forskellige aspekter af leverens funktion og påvirkes ved både akut og kronisk leversygdom. Ved forbedring i leverens funktion vil de normaliseres over uger til måneder. Dog påvirkes INR af forskellige typer medicin, ligesom S-albumin påvirkes af ernæringstilstand samt andre akutte og kroniske sygdomme [22].

Er rekompensation klinisk muligt?

Retrospektive studier fra europæiske lande har vist, at 18-30% af patienter med alkoholrelateret levercirrose kan opnå rekompensation [23, 24]. I de fleste studier er alkoholophør baseret på patienternes egen rapportering. Der findes primært amerikanske data om alkoholbehandling til personer med levercirrose, og i Danmark foreligger kun begrænset viden om, hvor stor en andel af patienterne det er, der tilbydes eller tager imod et behandlingstilbud for alkoholoverforbrug [25].

Der findes p.t. ikke solide danske data om andelen af personer med levercirrose, der på baggrund af tilstrækkelig sygdomskontrol og frihed fra komplikationer kan seponere den medicinske behandling.

Kliniske og samfundsmæssige konsekvenser af rekompensation

Rekompensation har stor betydning for både prognose og livskvalitet. Risikoen for hospitalsindlæggelser og livstruende komplikationer reduceres, og overlevelsen forbedres sammenlignet med vedvarende dekompenaseret levercirrose [20]. Mange oplever øget fysisk og kognitiv funktion samt større mulighed for at deltage i dagligdagsaktiviteter. Der ses ofte en reduktion i graden af frailty, hvilket er tæt forbundet med bedre funktionsevne, færre komplikationer og øget selvstændighed. Rekompensation kan desuden udsætte eller i nogle tilfælde reducere behovet for levertransplantation, hvilket har væsentlig betydning for både patienten og sundhedsvæsenet [26]. For nogle muliggør den funktionelle bedring en delvis eller fuld tilbagevenden til arbejdsmarkedet, hvilket har betydning for både den enkelte patient, familien og samfundet [27].

Den kliniske stabilisering har samtidig væsentlige konsekvenser for de pårørende med en reduktion i omsorgsbyrden. Ved dekompenaseret cirrose er caregiver burden ofte betydelig og relateret til uforudsigelige sygdomsforløb. Færre komplikationer, større forudsigelighed i sygdomsforløbet og forbedret kognitiv funktion kan medføre lavere psykologisk belastning og forbedret livskvalitet blandt pårørende [28]. Konsekvenserne af rekompensation er således ikke alene patientrelaterede, men også familie- og samfundsmæssige.

Udfordringer for rekompensation ved alkoholrelateret levercirrose

På trods af det prognostiske potentiale ved rekompensation opnår kun en lille andel af personer med levercirrose denne tilstand. Flere udfordringer bidrager til dette.

Meget få personer med alkoholrelateret levercirrose får tilbudt og tager imod behandling af alkoholoverforbrug [25]. Dette kan skyldes manglende sociale ressourcer og netværk og manglende fokus på henvisning til relevante behandlingstilbud fra sundhedsprofessionelle i somatikken. Stigmatisering relateret til alkoholoverforbrug kan påvirke patientens sygdomsforståelse og behandlingsmotivation og de sundhedsprofessionelles tilgang [15, 29].

En tættere integration af alkoholbehandling i den hepatologiske og somatiske behandling fremstår derfor central. Evidens peger på, at samtidige og koordinerede indsatser kan forbedre alkoholophør, reducere komplikationer og potentielt øge sandsynligheden for rekompensation [15, 19].

Der er samtidig behov for øget opmærksomhed på, at alkoholophør har afgørende betydning for prognose og overlevelse, også ved fremskreden leversygdom. Studier har vist, at der i meget fremskredne stadier af levercirrose kan være barrierer for prioritering af alkoholbehandling, og hvor fokus på palliation er mere relevant [30]. Fremtidige studier kan med fordel undersøge, hvordan og hvornår alkoholbehandling kan implementeres med størst effekt i den hepatologiske kliniske praksis.

Samlet set understøtter dette behovet for en systematisk, tværfaglig og person- og familiecentreret tilgang, hvor behandling af den underliggende ætiologi, herunder alkoholafhængighed, integreres som en kernekomponent i behandlingen af cirrose.

Korrespondance Nina Kimer. E-mail: nina.kimer@regionh.dk

Antaget 15. juni 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 19. oktober 2026

Interessekonflikter NK oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk Fonden. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V03260198

doi 10.61409/V03260198

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Decompensated alcohol-related cirrhosis

Decompensated alcohol-related cirrhosis is a major cause of morbidity in Denmark. A new concept of recompensation has emerged, requiring resolution of clinical complications, improvement in liver function, and treatment of the underlying aetiology. In alcohol-related cirrhosis, sustained alcohol abstinence is the most important prognostic factor and a key element in recompensation. Limited integration of addiction treatment into hepatology care remains a barrier to recompensation. This review finds that a multidisciplinary and person-centered approach is essential to realise the clinical potential of recompensation.

REFERENCER

1. Duarte-Rojo A, Taouli B, Leung DH et al. Imaging-based noninvasive liver disease assessment for staging liver fibrosis in chronic liver disease: a systematic review supporting the AASLD Practice Guideline. *Hepatology*. 2025;81(2):725-748. <https://doi.org/10.1097/HEP.0000000000000852>
2. De Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G et al. Baveno VII – renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*. 2022;76(4):959-974. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.12.022>
3. Engelmann C, Clària J, Szabo G et al. Pathophysiology of decompensated cirrhosis: portal hypertension, circulatory dysfunction, inflammation, metabolism and mitochondrial dysfunction. *J Hepatol*. 2021;75 Suppl 1 (Suppl 1):S49-S66. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.01.002>
4. Kronborg TM, Webel H, O'Connell MB et al. Markers of inflammation predict survival in newly diagnosed cirrhosis: a prospective registry study. *Sci Rep*. 2023;13(1):20039. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47384-2>
5. Jepsen P, Ott P, Andersen PK et al. Clinical course of alcoholic liver cirrhosis: a Danish population-based cohort study. *Hepatology*. 2010;51(5):1675-1682. <https://doi.org/10.1002/hep.23500>
6. Kraglund F, Deleuran T, Askgaard G et al. Decreasing incidence of alcohol-related liver disease in Denmark: a 25-year nationwide study. *Clin Epidemiol*. 2021;13:1-11. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S287870>
7. Kann AE, Jepsen P, Madsen LG et al. Cause-specific mortality in patients with alcohol-related liver disease in Denmark: a population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023;8(11):1028-1034. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(23\)00192-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00192-9)
8. Kornerup LS, Kraglund F, Askgaard G et al. Cirrhosis epidemiology in Denmark 1998-2022, and 2030 forecast. *JHEP Rep*. 2025;7(5):101353. <https://doi.org/10.1016/j.jhepr.2025.101353>
9. Elde KD, Jepsen P, Von Wowern N et al. Influence of comorbidities on health-related quality of life in alcohol-related liver disease: a population-based survey. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2025;23(7):1174-1182.e6. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2024.09.035>
10. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2018;69(2):406-460. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>
11. Crouchet E, Dachraoui M, Jühling F et al. Targeting the liver clock improves fibrosis by restoring TGF- β signaling. *J Hepatol*. 2025;82(1):120-133. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2024.07.034>
12. Parola M, Pinzani M. Invited review liver fibrosis in NAFLD/NASH: From pathophysiology towards diagnostic and therapeutic strategies. *Mol Aspects Med*. 2024;95:101231. <https://doi.org/10.1016/j.mam.2023.101231>
13. Premkumar M, Kamath PS, Reiberger T, Reddy KR. Recompensation in decompensated cirrhosis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2025;10(11):1028-1040. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(25\)00095-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(25)00095-0)
14. Reiberger T, Hofer BS. The Baveno VII concept of cirrhosis recompensation. *Dig Liver Dis*. 2023;55(4):431-441. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2022.12.014>

15. Asrani SK, Mellinger J, Sterling S et al. Reducing alcohol-associated liver disease burden in the general population. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2025;10(12):1117-1131. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(25\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(25)00193-1)
16. Jophilin LL, Singal AK, Batailler R et al. ACG Clinical Guideline: Alcohol-Associated Liver Disease. *Am J Gastroenterol*. 2024;119(1):30-54. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002572>
17. Hofer BS, Tonon M, Buttler L et al. Incidence and implications of abstinence-induced recompensation in alcohol-related cirrhosis. *J Hepatol*. 2026;84(6):1077-1088. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2026.01.007>
18. Björnsson ES, Hauksson K, Sigurdardottir R et al. Abstinence from alcohol and alcohol rehabilitation therapy in alcoholic liver disease: a population-based study. *Scand J Gastroenterol*. 2020;55(4):472-478. <https://doi.org/10.1080/00365521.2020.1743751>
19. Blaney H, Horhat A, Saleem A et al. Integrated Alcohol Use Disorder and Liver Disease Management. *Semin Liver Dis*. 2025;45(4):517-530. <https://doi.org/10.1055/a-2717-3496>
20. Rabiee A, Mahmud N, Falker C et al. Medications for alcohol use disorder improve survival in patients with hazardous drinking and alcohol-associated cirrhosis. *Hepatol Commun*. 2023;7(4):e0093. <https://doi.org/10.1097/HC9.0000000000000093>
21. Fabrellas N, Carol M, Palacio E et al. Nursing Care of Patients With Cirrhosis: The LiverHope Nursing Project. *Hepatology*. 2020;71(3):1106-1116. <https://doi.org/10.1002/hep.31117>
22. O'Leary JG, Greenberg CS, Patton HM, Caldwell SH. AGA Clinical Practice Update: Coagulation in Cirrhosis. *Gastroenterology*. 2019;157(1):34-43.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.03.070>
23. Hofer B, Tonon M, Buttler L et al. TOP-188-YI Incidence and clinical implications of abstinence-induced hepatic recompensation in decompensated alcohol-related cirrhosis. *J Hepatol*. 2025;82:S224. [https://doi.org/10.1016/S0168-8278\(25\)00768-8](https://doi.org/10.1016/S0168-8278(25)00768-8)
24. Hofer BS, Semmler G, Simbrunner B et al. Course of portal hypertension and applicability of noninvasive tests after recompensation in alcohol-related cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026;24(4):1175-1178. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2025.07.021>
25. Mellinger JL, Winder GS, DeJonckheere M et al. Misconceptions, preferences and barriers to alcohol use disorder treatment in alcohol-related cirrhosis. *J Subst Abuse Treat*. 2018;91:20-27. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.05.003>
26. Rogal S, Youk A, Zhang H et al. Impact of Alcohol Use Disorder Treatment on Clinical Outcomes Among Patients With Cirrhosis. *Hepatology*. 2020;71(6):2080-2092. <https://doi.org/10.1002/hep.31042>
27. Avanceña ALV, Miller N, Uttal SE et al. Cost-effectiveness of alcohol use treatments in patients with alcohol-related cirrhosis. *J Hepatol*. 2021;74(6):1286-1294. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.12.004>
28. Saleh ZM, Salim NE, Nikirk S et al. The emotional burden of caregiving for patients with cirrhosis. *Hepatol Commun*. 2022;6(10):2827-2835. <https://doi.org/10.1002/hep4.2030>
29. Narro GEC, Díaz LA, Ortega EK et al. Alcohol-related liver disease: a global perspective. *Ann Hepatol*. 2024;29(5):101499. <https://doi.org/10.1016/j.aohp.2024.101499>
30. Vaz J, Nasr P, Helander A et al. Phosphatidylethanol levels distinguish steatotic liver disease subgroups and are associated with risk of major liver outcomes. *J Hepatol*. 2025;83(5):1011-1022. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2025.04.019>