

PROGRAM

21. Májnap

Egynapos akkreditált továbbképző konferencia háziorvosok, gasztroenterológusok és minden érdeklődő számára

Időpont: 2016. május 06. péntek 08:30 – 16:00

Helyszín: Aesculap Akadémia
1115 Budapest, Halmi u. 20-22.

Elnök: Dr. Péter Zoltán

- 09:00 – 09:30 **Gócos májbetegség differenciáldiagnosztikai kihívásai**
Dr. Jakab Zsuzsanna (SE II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest)
- 09:30 – 10:00 **Gócos májbetegség invazív radiológiai kezelési lehetőségei**
Dr. Doros Attila Ph.D. (SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest)
- 10:00 – 10:30 **Gócos májbetegség műtéti kezelése**
Prof. Dr. Kóbori László (SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest)
- 10:30 – 11:00 **Kávészünet**
- 11:00 – 11:30 **Chronicus vírushepatitisek szűrése (kit, mivel)**
Prof. Dr. Hunyady Béla (Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár)
- 11:30 – 11:35 **Véradás során kiszűrt krónikus hepatitiszes betegek hepatológiai centrumokba irányítása**
Dr. Makara Mihály (ESZSZK Szt. László Kórház, Májbetegekért Alapítvány, Budapest)
- 11:35 – 12:05 **Chronicus vírushepatitisek kezelésének változása és eredményei Magyarországon**
Dr. Makara Mihály (ESZSZK Szt. László Kórház, Budapest)
- 12:05 – 13:00 **Ebédészünet**
- 13:00 – 13:30 **NAFLD (definíció, okai, epidemiológia, felosztás)**
Prof. Dr. Rókusz László (MH Egészségügyi Központ, Budapest)
- 13:30 – 14:00 **NAFLD diagnózisa (szöveten, Fibroscan CAP, differenciáldiagnózis)**
Dr. Pusztay Margit, Prof. Dr. Nemesánszky Elemér (Szt. János Kórház, Budapest)
- 14:00 – 14:30 **NAFLD kezelése (diéta, testmozgás, életmód, pszichés támogatás, „sovány beteg” kezelése) és gondozása**
Prof. Dr. Szalay Ferenc (SE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest)
- 14:30 – 15:00 **Háziorvos lehetőségei az NAFLD diagnózisában, kezelésében, gondozásában**
Dr. Magyar Anna (házi orvos, Budapest)

GÓCOS MÁJBETEGSÉG DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI KIHÍVÁSAI

Dr. Jakab Zsuzsanna

Semmelweis Egyetem II. számú Belgyógyászati Klinika, Budapest

Számos különböző patológiai hátterű folyamatot ismerünk, melyek gócos elváltozás morfológiai képét mutatják a májállományban. Jelentős részük jóindulatú, klinikai jelentőség nélküli elváltozás, azonban sokszor differenciáldiagnosztikai problémát okoznak.

A képalkotó vizsgálatok közül elsőként általában a B-módú ultrahangvizsgálatra kerül sor, ha a máj diffúz vagy gócos betegségének gyanúja merül fel a klinikai kép alapján. Az ultrahangvizsgálat – különösen a manapság rendelkezésre álló nagy felbontású készülékek birtokában – érzékeny, de nem kellően specifikus módszer a máj gócos elváltozásainak kimutatására. A karakterizálás nehéz, átfedések vannak a morfológiai képben, a megjelenési formák sokszor nem specifikusak.

A B-módú ultrahang vizsgálattal a típusos cysták gyakorlatilag 100 % biztonsággal felismerhetők. A haemangiómák kb. 70 % -ban karakterizálhatók, ha jellegzetes morfológiai képet mutatnak. Egyértelműen diagnosztizálható a meszesedés és az esetek egy részében jellegzetes képet mutatnak a metastasisok is. A solid gócos karakterizálását segíti a color Doppler technika, az újabb áramlás érzékeny ábrázolási módszerek, valamint az intravénás ultrahang kontrasztanyagok alkalmazása. Az ultrahang kontrasztanyagok a módszer szenzitivitását és specificitását is jelentősen javítják. A nyert információt a beteg korának, nemének, a klinikai képnek és az előző vizsgálatok eredményeinek figyelembe vételével kell értékelni.

A leggyakoribb szituációk, amikor ultrahang vizsgálattal gócos májbetegséggel találkozhatunk:

1. incidentálisan – esetleg szűrés során –, olyan betegnél, akinek nincs ismert malignus alapbetegége
2. ismert daganatos beteg stagingje, követése alkalmával
3. májbetegsége utaló tünetet mutató beteg vizsgálatakor

Az irodalmi adatok szerint a tünetmentes egyénekben incidentálisan 10,2-33,3%-ban található ultrahang vizsgálattal gócos májelváltozás.

Akik anamnézisében nem szerepel malignus betegség és/vagy chronicus májbetegség a legtöbb véletlenszerűen felfedezett gócos májelváltozás benignus (valószínűség 95 % felett).

Szintén jóindulatú az ismert malignus betegségben szenvedők 1,5 cm-nél kisebb májgócainak közel fele is. Igen nagy jelentőségű, a benignus és malignus folyamatok egymástól való elkülönítése.

A leggyakoribb differenciáldiagnosztikai problémát okozó esetek:

1. atípusos haemangiómák
2. multiplex haemangiómák
3. különböző típusú szolid benignus gócos (pl. FNH, adenoma) és azok együttes előfordulása
4. benignus és malignus gócos együttes előfordulása
5. kicsi, 1cm alatti gócos
6. cirrhoticus májban talált szolid gócos (regenerációs, diszplázias göbök, korai HCC)
7. inhomogén májszerkezet/occutt metastasisok
8. pseudolaesiók (focal sparing, focal deposition)

Amikor a talált elváltozások további vizsgálata, elsősorban karakterizálása indokolt, dinamikus kontrasztanyag-os vizsgálatokat végzünk (MDCT, MR, kontrasztanyag-os UH vizsgálat). Ezekkel a modalitásokkal az esetek jelentős részében sikerül különbséget tenni a benignus és malignus, a szignifikáns és a jelentőség nélküli elváltozások között.

Minden képalkotó módszer számára nehézséget jelent a kicsi, 1cm alatti góccok jellemzése, melyek biopsziája is sokszor nehéz, esetleg eredménytelen.

A cirrhoticus májban lévő gócos elváltozások felismerése és diagnosztizálása nagy kihívást jelent még a tapasztalt radiológusok számára is.

Ha a talált góc/góccok morfológiai képe, kontrasztthlmozási dinamikája nem típusos, UH vagy CT vezérelt mintavételre (citológiai, hisztológiai) van szükség a diagnózis felállításához, a kezelési terv kialakításához.

GÓCOS MÁJBETEGSÉG INVAZÍV RADIOLÓGIAI KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

Dr. Doros Attila

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Összefoglaljuk a benignus és malignus, illetve primer és áttéti gócos májbetegségek intervenciósi radiológiai kezelési lehetőségeit, különös tekintettel a hazánkban elérhető ablatív és endovaszkuláris módszerekre.

Sikeres és kevésbé sikeres példákkal illusztráljuk a kezelések nehézségeit, eredményeit.

GÓCOS MÁJBETEGSÉGEK SEBÉSZI KEZELÉSE

Prof. Dr. Kóbori László

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A hepatocellularis carcinoma az egyik leggyakoribb malignus májdaganat világszerte, de nem ritkák a májmetasztázisok sem (colon, pancreas, emlő stb). Magyarországon évente kb. 8000 beteg hal meg májbetegségben, ebből kb. 1500 májdaganat miatt. A kezelési stratégia kialakításában ma már hepatológus, sebész, onkológus, radiológus egyaránt részt vesz. A sebészeti lehetőségek közül a sebészeti rezekció - lehetőleg anatómiai rezekció, különféle ablatiós technikákkal kombinálva első helyen állnak az onkológiai terápiákkal közösen. Természetesen cirrhotikus májak esetén elsősorban a májtranszplantáció jön szóba. Nehéz az egységes, jó prognózist biztosító kritériumrendszer kidolgozása.

Ma is elsősorban a Milano és San Francisco kritériumokat kell alkalmazni. Az ötéves túlélés Magyarországon is elérheti a 80 %-ot. A transzplantációs programban döntő szerepe van a down staging-nek, amelyet jól tervezett multidiszciplináris csapatmunkával valósíthatunk meg, célja a masszív tumornekrózis biztosítása.

A tumorok száma, a grading, nyirokcsomó státusz, érinvázio, MELD (Model for End Stage Liver Disease score) befolyásolja a túlélést. AZ ESMO (European Society for Medical Oncology) irányelvek segíthetnek az optimális kezelési mód megtervezésében. Nagy előrelépés továbbá, hogy gyermekek irrezekábilis hepatoblastomáját akár High Urgency transzplantációval is kezelhetjük az Eurotransplant teljes jogú tagjaként.

CHRONICUS VÍRUSHEPATITISEK SZŰRÉSE (KIT, MIVEL)

Prof. Dr. Hunyady Béla

Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár, Pécsi Tudományegyetem, Pécs

Háttér:

Magyarországon legalább 250 000 főre tehető azoknak a száma, akiknél megfelelő szerológiai markerekkel aktív vagy lezajlott hepatitis B (HBV) és/vagy hepatitis C vírus (HCV) fertőzés lenne igazolható – amennyiben ilyen irányú szűrővizsgálatok szisztematikusan történnének hazánkban. Utóbbiak hiányában azonban csak kb. 22 000 HCV fertőzött, és ennél is kevesebb HBV fertőzött vagy fertőzősen átesett került felismerésre. Az adatok pontosságára mind a szűrővizsgálatok hiánya, mind pedig amiatt kérdéses, mert a nem akut stádiumban felismert fertőzöttség jelentése egészen a közelmúltig nem volt kötelező (de jelenleg már az!). A betegek, az egészségügy és a társadalom közös érdeke a fertőzötteket felkutatása és megfelelő ellátása.

Szűrővizsgálatok módja:

Az aktív vagy lezajlott HBV fertőzés illetve védettség kimutatására a HBsAg, az anti-HBs at és az anti-HBc at, míg a HCV fertőzöttség szűrésére az anti-HCV at vizsgálat végzendő, egyes speciális helyzetekben azonban szűrővizsgálatként is szükség lehet az egyes vírusok nukleinsavának vizsgálatára (immunszupprimáltak, fertőzés lehetősége a közelmúltban).

HBV, HCV és HIV fertőzés kockázati tényezői, rizikócsoportok:

- 1992 előtt vért vagy vérkészítményt kaptak (akár csak egy alkalommal is)
- Hemofiliások
- Hemodializáltak
- Vér útján vagy szexuális úton átvihető betegséggel (STD) fertőzöttek
- Egészségügyi dolgozók és biztonsági alakulatok tagjai
- Fertőzött anyák gyermekei
- Fertőzöttel egy háztartásban élők (HBV)
- Fertőzöttek szexuális partnerei (különösen: promiszkuitás)
- Több partnerrel szexuális kapcsolatokat létesítők
- Homoszexuális férfiak
- Injektálható/felszippantható kábítószer használók (akár csak egy alkalommal is)
- Tetováltak, testékszert viselők, akupunktúrás terápiában részesültek
- Fogytékossággal élők intézményeinek lakói és dolgozói
- Büntetésvégrehajtási intézményben fogvatartottak és ott dolgozók
- Közepes vagy magas prevalenciájú országból bevándorlók

Mellettük indokolt szűrővizsgálatot végezni az alábbi csoportokban

- Magas májenzim értékekkel rendelkezők (legalább egy alkalommal)
- Véraladók, élő szerv/szövet-átültetés donorok (minden alkalommal)
- Terhes nők (legalább egy alkalommal)

CHRONICUS VÍRUSHEPATITISEK KEZELÉSÉNEK VÁLTOZÁSA ÉS EREDMÉNYEI MAGYARORSZÁGON

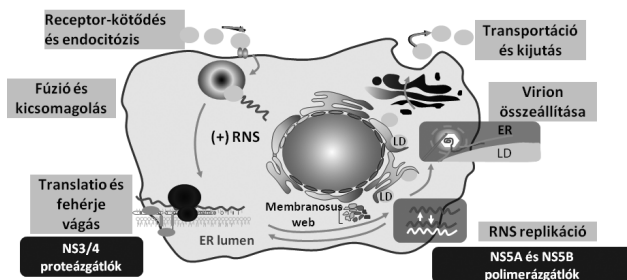
Dr. Makara Mihály

Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Hepatológiai Szakambulancia, Budapest

Magyarországon 70.000 egyén lehet fertőzött hepatitis C vírussal, nagyobbik részük nem tud fertőzöttségéről. A fertőzés időben történő felfedezése és meggyógyítása a beteg szempontjából a munkaképesség megőrzését, az életminőség javulását, a májsugor és a májrák megelőzését, valamint a betegségmentes várható élettartam meghosszabbodását, míg a beteg környezete és a társadalom szempontjából a továbbfertőzés veszélyének megállítását, a későbbi súlyos májbetegségekből adódó egészségügyi ráfordításigény jelentős csökkenését eredményezi.

A kezelés vonatkozásában a közelmúltban végzett törzskönyvezési vizsgálatok teljesítik mindazon kritériumokat (például nagy betegszám, multicentrikus, kettős vak- vagy történelmi kontroll csoporttal összehasonlított, jól kontrollált vizsgálatok), melyek alapján olyan statisztikai adatok állnak rendelkezésre, melyek nem csak statisztikailag szignifikánsak, de valóban meggyőzőek is. Az interferon alapú kezelések (pegilált interferon plusz ribavirin) 2011-ig 40% körüli, majd az első generációs proteáz gátlók (boceprevir és telaprevir) bevezetésével 50-80% sikert biztosítottak a hazánkban a leggyakrabban előforduló 1-es genotípusú hepatitis C okozta fertőzésekben. A mai interferonmentes kezelések (1. ábra, 1. táblázat) sikerességi aránya „intent to treat” elemzésekben is 95% feletti, és a sikertelenségek oka ma már leggyakrabban a compliance hiánya. A „real life” adatok is egyre jobban megközelítik a klinikai vizsgálatok eredményeit, mivel az interferonmentes kezelések mellékhatásai minimálisak és időtartamuk jellegzetesen 3 hónapra rövidült.

Direkt ható antivirális szerek támadáspontjai



Egyéb hatásmechanizmusú fejlesztés alatt álló szerek: histonedeacetiláz-gátló, terápiás vakcina, neutralizáló vakcina, microRNA, orális interferon, cyclophilin-gátló)

• ER, endoplazmás retikulum; LD, luminális domain. • Adaptálva: Manns MP, et al. *Nat Rev Drug Discov* 2007; 6:991-1000.

1. ábra

Várható interferon-mentes kombinációk HCV 1b genotípus ellen Magyarországon 2016-17-ben

Cég	Abbvie	BMS	Gilead	MSD
Proteáz gátló	Paritaprevir/r	Asunaprevir*		Grazoprevir****
NS5a gátló	Ombitasvir	Daclatasvir	Velpatasvir***	Elbasvir****
Polimeráz gátló	Dasabuvir		Sofosbuvir	
Kezelés hossza, 1b genotípus	12 hét	24 hét	8-12 hét	8-12 hét
Kölcsönhatások	+++	+	+	+
Gyógyulási arány, 1b genotípus, nem cirrh.	99%	92-93%**	98-99%	95-99%
Korábbi proteáz gátló	-	-	+	+
Kompenzált cirrhosisban	12 hét***	24 hét	12 hét	12 hét
Dekompenzált cirrhosisban	-	-	+	-
Súlyos veseelégtelenségben	±	-	-	+

* Csak Japánban törzskönyvezték

** L31 L93 polimorfizmus kizárása után

*** Törzskönyvezés alatt (USA, EU)

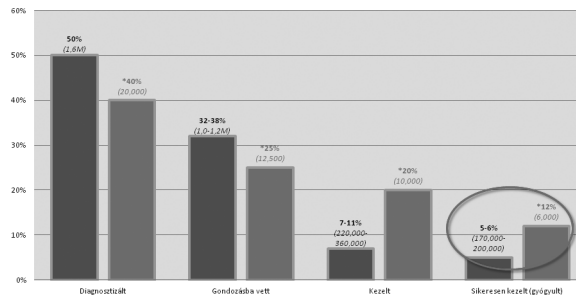
**** USA-ban törzskönyvezték, EU-ban törzskönyvezés alatt

1. táblázat

A szakmailag indokolt kezelés finanszírozási korlátok miatt csak a betegek egy részénél kerül engedélyezésre. A sorrend alapja az ún. Prioritási Index. Ez a májbetegség stádiuma mellett figyelembe veszi a betegség aktivitását, progresszióját, a kezelés sikerességének várható esélyét, és további meghatározott speciális szempontokat is. Az egyes betegcsoportokban használható készítményeket az egy beteg meggyógyításához szükséges átlagos kezelési költség alapján a finanszírozóval egyeztetett, időszakosan aktualizált finanszírozási algoritmus határozza meg. A lehetőségek határai között előnyt élveznek a nagy hatékonyságú és biztonságos interferon-mentes-, illetve a rövidebb időtartamú kezelések. Az interferon-alapú terápiára alkalmatlan betegek interferon-mentes kezelése külön keretből, külön prioritási index alapján történik, a szoba jövő gyógyszerek költséghatékonyágának figyelembevételével. Magyarországon 2015 eleje óta közel 1000 beteget gyógyítottunk meg interferon-mentes kezeléssel, ma közel 2000 ismert HCV fertőzött beteg vár e kezelésekre. Mind Az USA-ban, illetve a fejlett országokban, mind hazánkban a nagy gondot az jelenti, hogy a fertőzöttek csupán 40-50 %-át ismerjük, és csak 10-20 %-át kezeltük. (2. ábra)

USA: HCV fertőzöttek csupán 5-6 % gyógyult

Az Amerikai Egyesült Államokban **3,2 millió** ember szenved krónikus HCV fertőzésben



Holmberg et al., "Hepatitis C in the U.S." N Engl J Med 2013, 368: 1859-1861

*Magyarország: becslés adatok

2. ábra

A korszerű terápiák elérhetőségével a HCV kezelése egyszerűsödött, így jelenleg két fő feladatunk van: lényegesen nagyobb számú beteg felismerése és gyógyítása (szűrőprogramok kiterjesztése, betegek lerövidítése), valamint a legnehezebben kezelhető, korábbi kezelésre nem reagáló betegek meggyógyítása.

NAFLD (DEFINÍCIÓ, OKOK, EPIDEMIOLOGIA, FELOSZTÁS)

Prof. Dr. Rókus László

MH Egészségügyi Központ, Honvédkórház, Budapest

A nem-alkoholos zsírmáj (NAFLD = non-alcoholic fatty liver disease) jelenleg a leggyakoribb idült májbetegség, a teljes népességet figyelembe véve. Jelentős klinikai problémát okoz az elhízott, illetve túlsúlyos személyek között. Szövektanilag az alkoholos zsírmájra emlékeztet, de attól az egyik megkülönböztető tényező a betegek alkohol fogyasztásának mértéke; nem-alkoholos zsírmájról beszélünk férfiak esetében napi 30 g-nál, nők esetében napi 20 g-nál kevesebb alkoholfogyasztás esetén.

A fejlett ipari országokban a prevalencia magas: 20-40 %-os. A NAFLD betegek mintegy 10 %-ában nem-alkoholos steatohepatitis figyelhető meg (NASH), mely progressziót okozva fibrosist, májzsugort, hepatocellularis májrákot eredményezhet. A NASH első klinikai leírása 1980-ban történt. Azóta sem ismeretes pontosan, hogy kikben alakul ki NASH, cirrhosis, hogyan kell ezeket a betegeket gyógyítani. A NAFLD főbb okai a cukorbetegség, a dyslipidaemia, az elhízás, a súlyos éhezés, a különböző citotoxikus és citosztatikus gyógyszerek, egyéb gyógyszerek alkalmazása, fémek, veleszületett metabolikus hibák, egyes sebészeti beavatkozások. A NALD patogenezisében az oxidatív stressznek van központi szerepe.

NAFLD DIAGNÓZISA (SZÖVETTAN, FIBROSCAN/CAP, DIFFERENCIÁLDIAGNÓZIS)

Dr. Pusztay Margit, Prof. Dr. Nemesánszky Elemér

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Hepatológiai Szakambulancia, Budapest

A NAFLD diagnóza összetett feladat: az anamnézis (testsúly, diabetes mellitus, hiperlipidémia, családi anamnézis) fizikális és labor vizsgálatok, a képalkotó vizsgálatok és esetenként a szövettani vizsgálat együttes értékelésével állítható fel. A diagnózis felállításában elengedhetetlen a szekunder okok kizárása (alkohol, gyógyszer, vegyszer, genetikai betegségek).

A diagnosztika és differenciáldiagnosztika számos pilléren nyugszik:

1. Tünetek és fizikális vizsgálat: az NAFLD az esetek több mint felében tünetmentes, de okozhat jobb bordaív alatti diszkomfort érzést és fáradtságot is. A hepatomegalia gyakori tünet. A máj tapintással lekerekített szélű, puha tapintatú.
2. Laboratóriumi eltérések: ALT és AST emelkedés (AST/ALT<1). A GGT és AP emelkedés a koleszterikus formákban előfordulhat. Emelkedett se ferritin gyakori. Emelkedett szérumszint koleszterin és triglicerid szint.
3. Testzsír mérés: emelkedett testzsír, zsigeri zsír arány, emelkedett BMI
4. Hasi UH: fokozott echogenitású, nagyobb hepar - „bright liver”
5. MRI, MRS, CT: a szteatóziszban nagy specificitású vizsgálatok. A nehéz hozzáférés és a magas költségek miatt a mindennapi gyakorlatba nem kerültek be.
6. Fibrocan/CAP: Az Echosens Fibroscan 502 olyan UH alapú, non-invazív módszer, mellyel egyaránt mérhető a máj zsírtartalma és elaszticitása. A zsírtartalmat dB/m-ben, a rigiditást kPa-ban megadva méri, így a szteatózisz súlyossági foka és a fibrótikus átépülés mértéke is megítélhető. Ez a gyors és előkészítést nem igénylő módszer a betegség folyamatos nyomonkövetésére is alkalmas.
7. Biopszia és szövettan: Korábban a diagnózis „gold standard”-je egyre inkább kiszorul a mindennapi gyakorlatból, helyét a non-invazív módszerek veszik át. A NAFLD és NASH differenciáldiagnózisában lehet szerepe.

A fenti diagnosztikus lehetőségek kombinálásával a NAFLD stádiuma és a kezelés sikeressége jól megítélhető.

NAFLD KEZELÉSE (DIÉTA, TESTMOZGÁS, ÉLETMÓD, PSZICHÉS TÁMOGATÁS, „SOVÁNY BETEG” KEZELÉSE) ÉS GONDOZÁSA

Prof. Dr. Szalay Ferenc

Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Bár a klinikailag is széles spektrumú, nem alkoholos zsírmáj betegség (NAFLD) patomechanizmusáról egyre többet tudunk, a betegség igazi oka nem ismert, és valódi, oki kezelés sem áll rendelkezésre.

A terápiás törekvések elméleti alapja a patogenezis kutatása során ismertté vált egyes faktorok befolyásolása. Mivel a betegség főleg túlsúlyos, hyperlipidaemiás, 2-es típusú cukorbetegekben fordul elő, akikben gyakori az inzulinrezisztencia, logikus ajánlás a testsúly csökkentése. Ez önmagában nem elég. A testmozgás, az izomaktivitás fokozása még akkor is csökkenti az inzulinrezisztenciát, ha a testsúly nem változik. A két eljárás együttes eredménye kedvező lehet.

A látványos, gyors fogyás kerülendő, mert az paradox módon fokozza a májban a zsírfelhalmozást. Mindennapos tapaszlatat, hogy igen nehéz a redukált testsúlyt megtartani. A leadott kilók könnyen visszajönnek. Ezért az életmód változtatás megtartásában fontos szerepe van a pszichés támogatásnak, a jó orvos-beteg kapcsolatnak. Ez nagy türelmet igényel mindkét fél részéről. Fontos az empátia, a pozitív példák felsorakoztatása. A feketekávé fogyasztásától nem kell eltiltani a beteget, mert a kávénak bizonyos pozitív hatása van máj anyagcserére.

A nem alkoholos zsírmáj betegség, s annak a gyulladással kísért formája a NASH, sovány betegekben is előfordul jelezvén, hogy a patogenezis összetett. Ilyen betegek esetében, a NAFLD és NASH progressziójának gátlására érhetően a gyógyszeres próbálkozások jönnek szóba.

Hosszú a kipróbált gyógyszerek listája, ami jelzi, hogy nincs egy, specifikus kezelés.

Az inzulin szenzitivitást fokozók (thiazolidinedionok, a GLP-1 analógok), az antilipidaemiás gyógyszerek (sztatinok, fenofibrát, n-3 többszörösen telítetlen zsírsavak), antioxidánsok (E vitamin), gyulladásgátlók (TNF-alfa antagonisták pentoxiphillin), citoprotektív gyógyszer (ursodeoxycholsav) kedvező hatásáról beszámoltak, de nincs olyan marker, aminek alapján ki lehetne választani a jól reagáló betegeket.

A legújabb tanulmányok alapján ígéretes gyógyszer lehet az epevas receptorokon ható farnesoid X receptor agonista (obeticholsav), a PPAR alpha/delta agonista (ela fibranor) és néhány más hatásmechanizmusú szer, mint acysteamin bitartrate, a caspaze inhibitorok és a simtuzumab.

A betegek pszichés támogatására, a gondozás során a gyógyszerek kutatásának említése sokat segíthet, különösen, ha például pozitív példaként idézzük a hepatitisz C vírus kezelésének sikertörténetét. Valószínű, hogy eljön az idő, amikor a NASH kezelése is megoldott lesz. A remény adása, megtartása fontos orvosi és emberi feladat.

A HÁZIORVOS LEHETŐSÉGEI AZ NAFLD DIAGNÓZISÁBAN, KEZELÉSÉBEN, GONDOZÁSÁBAN

Dr. Magyar Anna

Háziorvos, Budapest

A zsírmáj a krónikus hepatitis leggyakoribb formája, mely a jólétben élő emberiség egyharmadát fenyegeti. Az esetek nagy részében szelíd betegség, de következménye, a NASH cirrhosis és májrák kialakulására hajlamosít. Jelentőségét népbetegség jellege adja ezért szűrése és diagnosztikája, valamint kezelése is elsősorban a háziorvosokra hárul.

Kit szűrjön a háziorvos zsírmáj irányában? Minden olyan páciensét, aki zsírmájra hajlamosító társbetegségben szenved, illetve akinek családi anamnézise, életmódja, egyéb betegsége, gyógyszereszedése kiválthatja zsírmáj kialakulását. Szűrni ajánlott az elhízott betegeket, a 2DM-ben és PCOS-ben szenvedőket, metabolikus szindrómásokat, valamennyi hypertóniást, hyperlipaemiást. Érdemes májfunkciókat nézni pajzsmirigy betegségekben, hypopituitarismusban, hypogonadismus esetén, valamint minden egészségtelenül, zsírosan étkező és ülő életmódot folytató páciensnél. Ne feledjük, hogy bizonyos gyógyszerek (tamoxifen és egyéb SERM-ek, steroid, valproát, methothrexat, cisplatin, irinotecan) is növelhetik a máj zsírtartalmát.

Hogyan szűrjük betegeinket? A háziorvos rendelkezésére áll a labor, a zsírmájra jellemző májenzim emelkedések regisztrálása, elsősorban a GPT (ALAT) és GGT meghatározás. Ritkábban a GOT (ASAT) és AP is megemelkedhet. Ugyancsak hozzáférhető a hasi UH, amely 85 %-os érzékenységgel és 95 %-os specificitással mutatja ki a máj elzsírosodását. Pontosabb diagnózishoz gasztroenterológus által juthatunk Fibroscan CAP révén.

Mi segít a diagnosztikában? Mérsékelt emelkedett kóros májenzimek esetén fontos, hogy egyéb betegségeket kizárjunk. A zsírmáj mellett gyakori ok az alkohol abusus, hepatotoxikus gyógyszerek szedése, krónikus vírus hepatitis, pajzsmirigy betegségek és coeliakia, de a ritkább okokra, mint pl. autoimmun hepatitis, réz- és vasanyagcsere zavar is gondolnunk kell.

Mi a háziorvos feladata a kezelésben, gondozásban? Egyetlen bizonyítottan hatékony kezelési mód az életmód megfelelő megváltoztatása, rendszeres testmozgás, tréning, egészséges étkezés (rostokban, teljes kiőrlésű gabonafélékben dús, telített zsírsavakat és transz-zsírokat minimálisan tartalmazó, fruktóz- és szacharózszegény étrend, több PUFA és MUFA fogyasztása), az alkohol kerülése, a kávé mérsékelt fogyasztása és testsúly optimalizálása. Ebben a háziorvos rábeszélő, oktató és ellenőrző szerepe elengedhetetlen. A hyperlipaemiás betegek megfelelő statin- ill. fibrát kezelése is a háziorvos feladata. Fontos a betegeket A és B hepatitis ellen beoltanunk.

Előadásomban bemutatok egy esetet, mely a zsírmájjal kapcsolatos differenciáldiagnosztikai nehézségeket példázza, valamint azt sugallja, hogy jó lenne, ha a háziorvosnak több kompetenciája lenne a betegek kivizsgálásában, kezelésében.

Irodalom:

Iser D et Ryan M. Austr Fam Phys. 2013.42(6):444.
 Watanabe S et al. J Gastroenterol. 2015. 50(4):364-77
 Federico A et al. WJG 2014.20(45):1684-57
 Malhotra N, Beaton MD. WJG 2015. 7(30):2962-67
 LaBrecque DR et al. J Clin Gastroenterol. 2014.48(6):467-7
 Molloy JW et al. Hepatology 2012.55(2):429-36
 Rabinowich L, Shibolet O. Biomed Res Int. 2015;2015:168905.
 Satapathy SK et al. Ann Hepatol. 2015 Nov-Dec;14(6):789-806.