

Již v roce 1954 v monografii editované Sherlockovou (33), tedy ještě před rutinním prováděním jaterní biopsie (34), je uvedeno, že hlavní příčiny jaterní steatózy jsou nutriční a metabolické, tedy v praxi nadváha, diabetes mellitus 2. typu a nepřiměřená konzumace alkoholu. Mělo se za to, že úprava životosprávy, léčba cukrovky a dyslipidemie a úplná abstinence povedou během 6–8 týdnů k ústupu steatózy, normalizaci aminotransferáz a výrazné úpravě obrazu „světých“ jater při abdominální US. V mnoha případech je to pravda a prostá steatóza byla a je stále považována za relativně benigní reverzibilní poruchu. Proto také nebyla (a stále není) specifická farmakologická léčba s tím, že úplná abstinence a léčba základních chorob, které se vznikem steatózy souvisí, je dostatečným léčebným opatřením.

Zájem výzkumníků, ale i kliniků o ASH se akceleroval zavedením nové samostatné nozologické jednoty NASH (26). Hovoří-li se o ústupu steatózy při dodržování zmíněných opatření v průběhu 6–8 týdnů, je třeba vědět, že laboratorní a zobrazovací metody odhalí steatózu, až když je v hepatocytech obsah tuku větší než 30 %, a to platí i pro iniciační stadia steatohepatitidy. Osud „nepoznaným“ NASH, resp. ASH, a vývoj nových citlivějších metod neinvazivní detekce ASH i NASH jsou horkým tématem dnešní hepatologie. Steatohepatitida ale není jen rizikem rozvoje jaterní fibrózy, resp. cirhózy či HCC, ale i vzniku mimojaterních projevů (35).

Subjektivní stesky nemocných jsou různorodé. Mnohdy potíže chybí a nemocný je indikován k hepatologickému vyšetření na podkladě patologických jaterních testů zjištěných při vyšetření z jiného důvodu (preventivní vyšetření, předoperační vyšetření). U těžších steatóz se vyskytuje tlak v pravém podžebří, zažívací obtíže, nevolnost, zvracení, průjemy, nadýmání, váhový úbytek. Při fyzikálním vyšetření nacházíme játra zvětšená s hladkým povrchem.

Laboratorní nález je popsán v předchozím textu. V diagnostice je možné užít i matematické modely, např. Steato Test, který je odvozen od FibroTestu navýšením o BMI, cholesterol, TG a glykemii. Zobrazovací metody, jakými jsou sonografie, počítačová tomografie a magnetická rezonance, ukazují změny jaterního parenchymu, které však nejsou specifické podle etiologie. Sonografie jater ukazuje v případě jaterní steatózy obraz „světých jater“.

Nejvíce signifikantním sérovým testem steatohepatitidy je detekce fragmentu cytokeratinu 18 M65, resp. 18 M30.

Léčba prosté jaterní alkoholové steatózy spočívá především v abstinenci. Ta vede k ústupu potíží, zlepšení celkové kondice pacienta, normalizaci laboratorních nálezů a UZ nálezu. Medikace hepatoprotektiv má ve srovnání s abstinencí význam spíše podpůrný, stejně jako vitaminy. Jako hepatoprotektiva doporučujeme silymarin nebo esenciální fosfolipidy. Horkým tématem hepatologie je léčba steatohepatitidy, která může perzistovat nebo progredovat i přes nemocným uváděnou abstinenci. V takových případech je třeba vyloučit a léčit NASH. Často ale je neúspěch v tom, že pacienti abstinenci – totální abstinenci – nedodrží.

Alkoholická hepatitida (AH)

Alkoholická hepatitida je klinický syndrom charakterizovaný nově vzniklým ikterem s nebo bez jiných známek jaterní dekompenzace

(ascites nebo encefalopatie) u pacientů s abúzem alkoholu. Není však neobvyklé, že se symptomy objeví i u pacientů, kteří již ukončili konzumaci alkoholu před několika dny či týdny. Vzniká za několik dní po alkoholovém excesu. Množství požitého alkoholu se individuálně liší. Symptomatologie je různá v závislosti na průběhu. Lehké formy jsou mitigovány alkoholovým abúzem. Projevují se většinou dyspeptickými obtížemi za několik dnů po alkoholovém excesu. Těžké formy akutní alkoholické hepatitidy vedou k jaternímu selhání. Nemocný je ikterický, stav vědomí je ovlivněn jaterní encefalopatií, ale mnohdy i delirantními stavy v důsledku alkoholismu. Mohou být projevy krvácení při trombopenii a koagulopatii, projevy portální hypertenze s ascitem a jícnovými varixy, febrilie a leukocytóza (2).

Těžký průběh akutní alkoholické hepatitidy bývá asociován s vyšším věkem, akutním selháním ledvin, vysokými hodnotami bilirubinu, leukocytózou, konzumací alkoholu > 120 g/den, přítomností infekce, jaterní encefalopatií a krvácením do gastrointestinálního traktu.

Cholestatický průběh akutní alkoholické hepatitidy má velmi špatnou prognózu, horší než formy bez cholestázy (36).

Alkoholická hepatitida může také probíhat jako chronická, kdy během několika let dochází postupně k fibrotizaci v játrech a jaterní cirhóze.

Z diagnostických testů AH jsou to zejména: mnohonásobně zvýšené ALT a AST, hodnoty De Ritisova koeficientu se blíží 2, elevace GMT, v případě cholestázy i ALP, hyperbilirubinemie, snížení hodnot albuminu, haptoglobinu a transferin, zvýšení α_2 -makroglobulinu, ceruloplazminu a všech tříd imunoglobulinů, leukocytóza, trombopenie a makrocytóza.

Zobrazovací metody, jako jsou sonografie nebo počítačová tomografie, popisují sice změny, ale ty nejsou specifické pro alkoholickou hepatitidu (37).

Biopsie jater potvrdí diagnózu a vyloučí jiný původ klinického stavu, event. se může podílet na prognóze. V praxi ji provádíme v případech diagnostické nejistoty. Na druhé straně u pacientů s jaterní cirhózou, u kterých jsme neindikovali biopsii, by měla být zvláště pečlivě zhodnocena klinická a laboratorní kritéria AH (25). Na druhé straně je biopsie indikovaná zejména u nemocných s protražovaným průběhem AH, kdy během 6–8 měsíců abstinence není dosaženo zásadního zlepšení. V histologickém obrazu nacházíme změny popsané již v předešlých kapitolách.

Prognóza alkoholové hepatitidy je u těžkého průběhu vážná. K odhadu krátkodobého přežívání lze užít tzv. Maddreyho skóre: index přežívání = $(4,6 \times \text{zvýšení tromboplastinového času v sekundách}) + \text{bilirubin (mg/100 ml)}$.

Hodnoty vyšší než 32, a také jaterní encefalopatie, signalizují velmi špatnou prognózu (22).

Podobný prognostický význam je přičítán Glasgow alcoholic hepatitis score (GAS). Má 5 parametrů: věk, počet leukocytů, urea, INR a bilirubin. Hodnotě každého parametru přísluší určitý počet bodů, jejich součet potom určuje závažnost průběhu AH (15).

Základem léčby je, stejně jako u jiných onemocnění jater způsobených alkoholem, absolutní abstinence. K jejímu udržení je mnohdy nutná i farmakologická prevence abstinenciálních příznaků.