

nění (38). Mezi nejčastější chronické jaterní choroby patří jaterní steatóza asociovaná s metabolickou dysfunkcí (MASLD; z angl. Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease), alkoholová choroba jater a celosvětově také virové hepatitidy. Nelze opomíjet ani metabolická a autoimunitní jaterní onemocnění včetně cholestatických – primární sklerozující cholangoitidu (PSC) a primární biliární cholangoitidu (PBC).

MASLD postihuje více než 32 % dospělé populace ekonomicky vyspělých zemí (39). Původní název tohoto onemocnění byl NAFLD (z angl. Non-Alcoholic Fatty Liver Disease). Ten byl změněn v rámci tzv. komplexní změny nomenklatury jaterních chorob, která byla výsledkem jednání Delphi panelu v červnu roku 2023 (40). Jedním z hlavních důvodů pro tuto změnu byl velmi blízký vztah MASLD k metabolickému syndromu, zejména obezité, inzulinové rezistenci a diabetes mellitus 2. typu (DM2). Definice MASLD byla proto současně rozšířena o kardiometabolická kritéria, z nichž alespoň jedno musí být přítomno (obezita/nadváha, arteriální hypertenze, (pre)diabetes, dyslipidemie). Významným důvodem změny názvu bylo taktéž použití „matoucích termínů a potenciálně stigmatizujícího jazyka“, zejména ve vztahu k termínům „alcoholic“ a „fatty“ (40). To, že lze zkratku NAFLD změnit na MASLD, resp. je volně zaměnit, prokázala analýza evropského registru pacientů s NAFLD (LITMUS). Jeho zkoumáním bylo zjištěno, že 98 % stávající registrační kohorty pacientů s NAFLD splní také nová kritéria pro MASLD (steatóza + alespoň 1 kardiometabolické riziko) a tudíž lze pacienty s NAFLD pokrýt nově zvoleným termínem MASLD (41).

MASLD začíná jako prostá steatóza. U nemalé části pacientů však dochází k rozvoji progresivního zánětlivého stavu jaterního parenchymu označovaného jako steatohepatitida (MASH z angl. Metabolic dysfunction-Associated SteatoHepatitis). MASH je zatím diagnostikovatelná pouze histopatologickým vyšetřením (jaterní biopsií), a proto se její reálná prevalence obtížně odhaduje. Obvykle se udává kolem 30 % mezi pacienty s MASLD a je spojena se vznikem jaterní fibrózy a významným rizikem progresu onemocnění do jaterní cirhózy se všemi jejími závažnými komplikacemi. S narůstajícím výskytem DM2, obezity a metabolického syndromu nabývá na významu i MASLD, který vzhledem k absenci kauzální farmakoterapie představuje významný zdravotně-ekonomický problém. Prevalence jaterní steatózy se u diabetiků a obézních pohybuje kolem 70–75 %, nějaký stupeň jaterní fibrózy se vyskytuje u 20 % z nich (42). MASLD se tak celosvětově stává jednou z nejčastějších příčin jaterní cirhózy. Z pohledu indikací k transplantaci jater se již v některých zemích stal tou vůbec nejčastější. Pacienti s MASLD mají také zvýšené riziko rozvoje kardiovaskulárních a onkologických onemocnění ve srovnání s pacienty s metabolickým syndromem bez MASLD. A toto platí již u pacientů s prostou steatózou. Z tohoto důvodu bychom měli být ve screeningu těchto onemocnění u pacientů s MASLD velmi pečliví.

V rámci diagnostiky jaterního poškození obecně je žádoucí, aby byly stanoveny vždy kompletní jaterní testy, albumin, INR a trombocyty. Je třeba mít na paměti, že ani normální hodnoty jaterních testů nevyklučují pokročilé chronické jaterní onemocnění (včetně jaterní cirhózy). Naproti tomu jakékoli zvýšení jaterní testů implikuje další vyšetření. Za klíčovou se v současné době považuje identifikace pacientů s MASLD, kteří jsou ohroženi progresí onemocnění do fibrózy. Nedávné důkazy ukazují, že

DM2 je nezávislý rizikový faktor pro vznik MASLD. Pro klinickou praxi (v rámci screeningu u pacientů s vysokou pravděpodobností přítomnosti MASLD: DM2, nadváha/obezita, dyslipidemie) je vhodné použití snadno a rychle dostupných neinvazivních skórovacích systémů, jako např. FIB-4 Score (věk, ALT, AST, trombocyty). Tento test je uveden jako první krok ve všech současně platných doporučených postupech (Evropské asociace pro studium jater EASL, Americké asociace pro studium jaterních chorob AASLD, či dokonce v doporučených postupech diabetologických společností) (43–45). Až v dalším kroku je u pacientů s vysokým FIB-4 skóre (většinou nad 2,6) indikováno provedení elastografie jater (46).

Léčbu MASLD významně komplikuje složitá patogeneze tohoto onemocnění (47). Základním a stále platným doporučeným léčebným postupem je změna životního stylu s cílem redukovat tělesnou hmotnost. Bohužel jsou tyto přístupy v běžné klinické praxi nedostatečně efektivní, a proto jsou nemalé prostředky investovány do vývoje farmakoterapie. Péče o pacienty s MASLD neodmyslitelně zahrnuje také léčbu přidružených komorbidit, které se zásadní měrou podílejí na zvýšené morbiditě a mortalitě těchto pacientů. Zahájení a způsob léčby DM2, dyslipidemie, obezity či arteriální hypertenze se u pacientů s MASLD významně neliší od léčby pacientů bez tohoto onemocnění. Použití statinů je bezpečné a mnohými autory je spojováno s dalšími příznivými účinky ve vztahu k vývoji choroby (48, 49). Léčba diabetu je klíčová a její správné vedení může významně zpomalit progresi MASLD ve smyslu oddálení vzniku MASH a jaterní fibrózy. U pacientů s DM2 je vhodná terapie preparáty vedoucími k redukci tělesné hmotnosti (zejména inhibitory SGLT2 a agonisty GLP-1) (50). Druhé jmenované jsou součástí řady klinických hodnocení, jejichž výsledky (fáze 3) očekáváme v nejbližší době (51). Jako velmi slibné se jeví také použití agonistů receptorů PPAR ($\alpha+\delta+\gamma$), duálních agonistů GLP-1 a GIP (glukózo-dependenční inzulinotropní polypeptid neboli gastrický inhibiční polypeptid). Pomyslnou „první vlašťovku“ je schválení americkou FDA („under accelerated approval“) pro preparát resmetirom. Jedná se o agonistu receptoru pro thyroïdní hormony (β) a schválení je výhradně pro necirhotické pacienty s MASH a jaterní fibrózou stupně F2 nebo F3 (52). Resmetirom současně prochází přezkumem v rámci příslušných institucí EU.

Digestivní endoskopie

Pokroky v digestivní endoskopii – doporučení pro koloskopii 2024

Koloskopie je v našem prostředí nejužívanější a populačně nejvýznamnější metodou digestivní endoskopie a je zlatým standardem diagnostiky onemocnění dolní části gastrointestinálního traktu (GIT). Koloskopie je také integrální součástí screeningu kolorektálního karcinomu (KRK), který je v naší zemi organizován od roku 2000 a je považován za hlavní příčinu významného poklesu incidence a mortality na KRK (53). Dle údajů Komise pro screening KRK MZ ČR bylo v roce 2022 provedeno 210 000 koloskopií, z toho 24 % z preventivní indikace, a endoskopická polypektomie je nejčastější metodou terapeutické endoskopie. Od posledních doporučených postupů České gastroenterologické společnosti z roku 2016 došlo v metodice diagnostické a terapeutické koloskopie