

(cca do obsahu 10 % tuku) dostatečná a pohybuje se kolem 55 %, jsme tedy schopni detekovat pouze každého druhého pacienta s mírným stupněm steatózy. Moderní sonografické přístroje navíc umožňují určitou kvantifikaci steatózy na základě hodnocení dorzální atenuace akustického signálu. Tuto metodu také využívá tzv. CAP (z angl. Controlled Attenuation Parameter), který je součástí FibroScanu®. Téměř shodnou senzitivitu v detekci steatózy jako sonografické přístroje mají některé indexy využívající běžně dostupné laboratorní a klinické parametry (Fatty Liver Index nebo Hepatic Steatosis Index). Představují ideální screeningový nástroj například při preventivních vyšetřeních praktickými lékaři a umožňují časnou a cílenou intervenci v oblasti životního stylu ještě před rozvojem mnoha komponent metabolického syndromu. Jejich použití je bohužel limitováno vyčerpáním daných lékařů.

U každého pacienta s jaterní steatózou musíme vždy vyloučit přítomnost jaterní fibrózy. Většina doporučení zcela jasně uvádí, že prvním krokem je kalkulace FIB-4 skóre (věk, AST, ALT, trombocyty). Pokud je hodnota nízká (obvykle < 1,3), test se opakuje za 1–3 roky v závislosti na přítomnosti rizikových faktorů (DM2, dyslipidemie, obezita ad.). Nejlepší neinvazivní metodou kvantifikace jaterní fibrózy je jaterní elastografie. Ta má být provedena vždy, pokud je hodnota FIB-4 vyšší než 1,3. Podle výsledku dále pacienta dispenzarizujeme (Obrázek 3). Pacienti s hodnotami FIB-4 nad 2,6, a/nebo elastograficky prokázanými pokročilejšími formami jaterní fibrózy (F2, F3) a cirhózy (F4) vždy odesíláme specialistovi – optimálně hepatologovi. Kromě FIB-4 existují další skórovací systémy (NAFLD Fibrosis Score, ELF™ test a další).

Zlatým standardem v detekci a kvantifikaci jaterní steatózy jsou metody založené na magnetické rezonanci – MR spektroskopie (MRS)

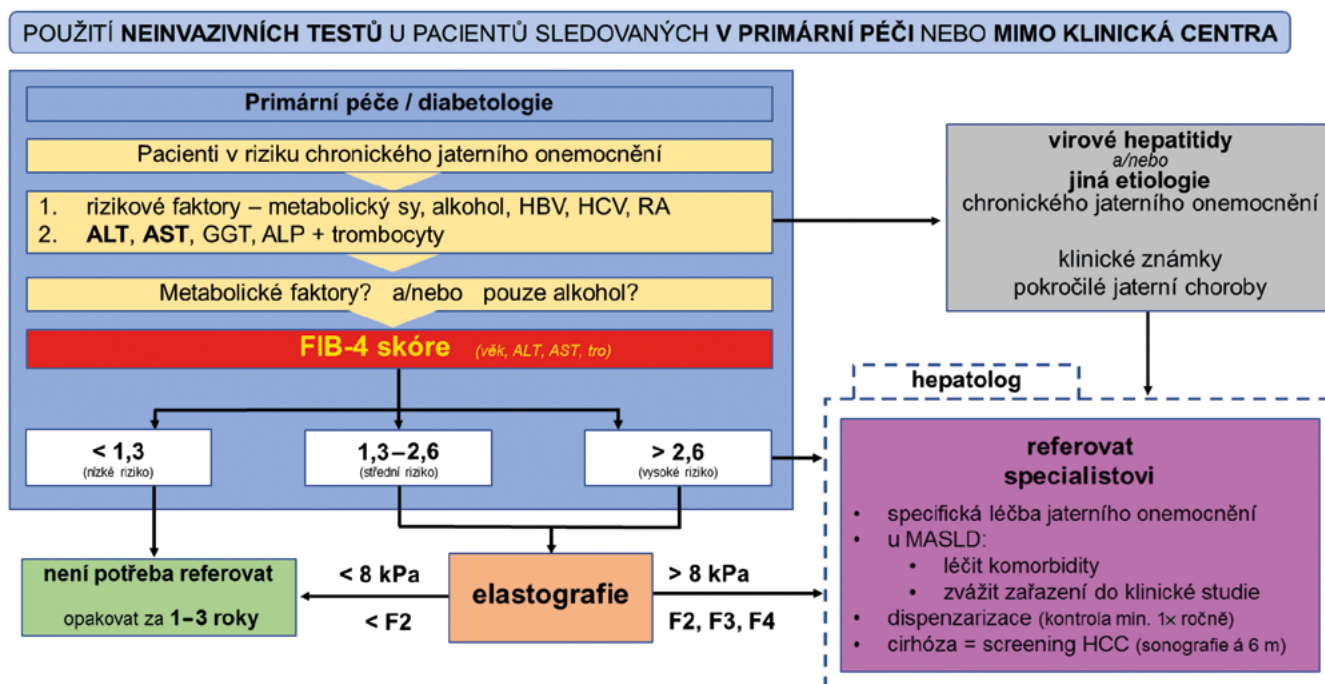
a MR-proton density fat fraction (MR-PDFF). Tyto metody bývají využívány zejména v klinických studiích, ačkoli potřebný software bývá běžnou součástí moderních MR přístrojů. Jaterní biopsie je jedinou modalitou umožňující diagnostiku MASH (tedy nekroinflatorních změn). V současné době ji v klinické praxi provádíme zejména v situaci diagnostických nejasností a v rámci klinických hodnocení léčiv. Rutinní využití necílené jaterní biopsie v detekci steatózy či fibrózy bylo v současnosti nahrazeno metodami neinvazivními.

Jako velmi důležitý se jeví aktivní screening kardiovaskulárních onemocnění, které představují nejčastější příčinu úmrtí osob s MASLD a prevalence těchto onemocnění je u nich oproti běžné populaci významně zvýšena (12). Nabíráme lipidový a glykemický panel, optimálně cholesterol (celkový, LDL, HDL), triacylglyceroly, lačnou glykemii a glykovaný hemoglobin (HbA1c). Screening potenciální inzulínové rezistence a diabetu je u pacientů s MASLD doporučován. Stejně tak diabetologické asociace doporučují aktivně pátrat po MASLD u pacientů s DM2 (11). Proaktivní bychom měli být také ve screeningu a prevenci onkologických onemocnění, jejichž prevalence je u pacientů s MASLD taktéž zvýšena. Screening HCC u pacientů s MASLD není definován, vyjma pacientů s jaterní cirhózou, kteří by měli podstupovat standardní screeningový proces (ultrazvuk břicha každých 6 měsíců). Screening kolorektálního karcinomu a dalších nádorových onemocnění se řídí standardními doporučeními.

Terapie

V současné době neexistuje žádný lék schválený Evropskou léčkovou agenturou (EMA) či americkým Úřadem pro kontrolu potravin

Obr. 3. Diagnostika pokročilé jaterní choroby v běžné praxi, resp. mimo klinická centra



U každého pacienta s jaterní steatózou musíme vždy zhodnotit přítomnost jaterní fibrózy. Většina doporučení zcela jasně uvádí, že prvním krokem je kalkulace FIB-4 skóre, které je snadno dostupné i v běžné praxi a mimo klinická centra. Pokud je jeho hodnota nízká (obvykle < 1,3), test se opakuje za 1–3 roky v závislosti na přítomnosti rizikových faktorů (DM2, dyslipidemie, obezita ad.). Nejlepší neinvazivní metodou kvantifikace jaterní fibrózy je jaterní elastografie. Ta má být provedena vždy, pokud je hodnota FIB-4 vyšší než 1,3. Pacienti s hodnotami FIB-4 nad 2,6, a/nebo elastograficky prokázanými pokročilejšími formami jaterní fibrózy (F2, F3) a cirhózy (F4) vždy odesíláme specialistovi – optimálně hepatologovi.

DM2 – diabetes mellitus 2. typu; FIB-4 – Fibrosis-4 Index