

Scrisoare metodologică

privind abordarea pacientului cu ficat gras non-alcoolic la nivelul medicinei primare

Această scrisoare metodologică reprezintă un set de recomandări în vederea asigurării suportului științific și a parteneriatului în managementul pacienților Dumneavoastră cu ficat gras non-alcoolic.

Introducere

- Ficatul gras non-alcoolic (NAFLD) este una dintre cele mai frecvente cauze ale bolii hepatice la nivel mondial și va deveni, probabil, în deceniile următoare, principala cauză a bolii hepatice avansate/terminale, afectând atât adulții cât și copiii¹.
- Epidemiologia și caracteristicile demografice ale NAFLD variază în întreaga lume, de obicei în paralel cu prevalența obezității, deși o parte a pacienților sunt normoponderali¹.
- Prevalența globală a NAFLD este estimată, în medie, la 30%, cu variabilitate în funcție de zona geografică, vârstă, etnie, etc.
- În România prevalența estimată este de aproximativ 20%.¹
- Mai mult, persoanele cu NAFLD au o frecvență mare a comorbidităților metabolice (diabet zaharat, afecțiuni cardiovasculare, dislipidemie, etc.) și ar putea pune o presiune din ce în ce mai mare asupra sistemelor de îngrijire a sănătății prin nevoia lor de management.
- Numărul mare de pacienți cu NAFLD și potențialul de progresie către steato-hepatită (NASH), ciroză și cancer hepatocelular creează necesitatea unei monitorizări atente pentru a depista boala în stadii precoce și justifică atenția medicilor din medicina primară, a specialiștilor și a factorilor de decizie din domeniul sănătății.

Diagnostic și stadializare NAFLD

- Având în vedere prevalența mare a NAFLD, necesitatea unui algoritm de diagnostic și stadializare a severității bolii este un deziderat medical critic.
- În timp ce inflamația metabolică hepatică este factorul care conduce la progresia bolii, diverse studii (inclusiv meta-analize) care au examinat caracteristicile histologice prognostice sugerează că stadiul de fibroză este parametrul care se asociază cel mai bine cu mortalitatea hepatică și extrahepatică, stadiile terminale și complicațiile cirozei hepatice și nevoia de transplant hepatic, precum și cu condițiile extrahepatice (cardiovasculare, neurologice etc.)².
- Identificarea pacienților cu NAFLD în stadii precoce precum și evaluarea potențialului evolutiv către fibroză sunt foarte importante, cu atât mai mult cu cât la peste 50% dintre acești pacienți s-a observat absența simptomatologiei specifice iar până la 80% dintre ei au teste funcționale hepatice în limite normale.

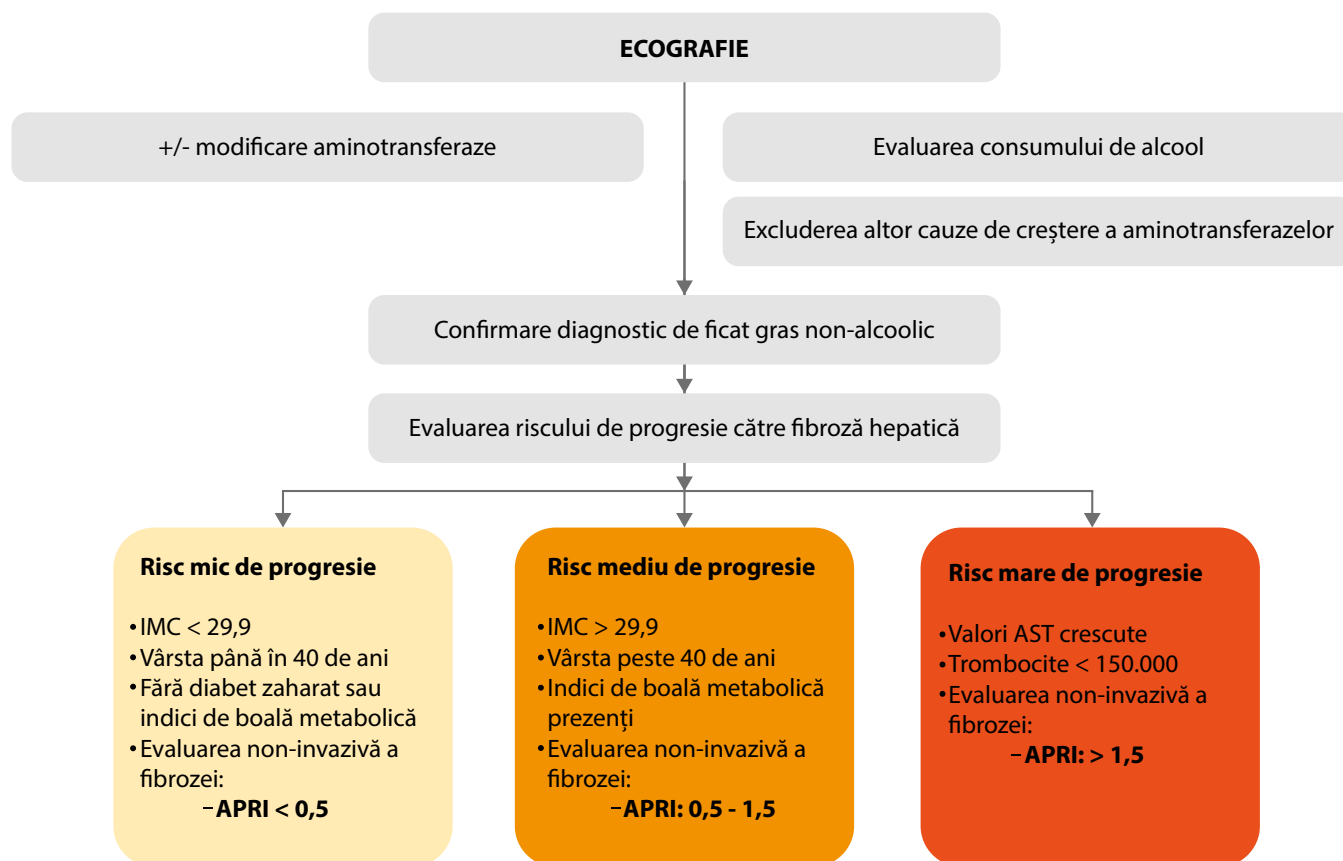
Implicarea medicului de familie ca primă linie în depistarea/stadializarea persoanelor cu NAFLD

Identificarea NAFLD se impune la următoarele subseturi de subiecți:

- persoanele adulte, aparent sănătoase, cu vârsta peste 35 ani și cu cel puțin un factor de risc;
- persoanele supraponderale sau obeze;
- pacienții cu diabet zaharat tip 2;
- pacienții cu dislipidemie;
- pacienții cu sindrom metabolic.

Metoda de identificare:

- A. *Examen clinic și paraclinic:*
- vârstă, IMC, circumferință abdominală;
 - setul de bază de analize: ALT, AST, hemogramă, valoare trigliceride, acid uric, gama glutamil transferază.
- B. *Ecografia (sensibilitate 70-80%, specificitate 90% - diagnostic imagistic)* - rămâne cea mai accesibilă metodă de identificare, fiind cunoscut faptul că o bună parte dintre pacienții cu NAFLD au teste funcționale hepatice (AST, ALT, GGT) în limite normale. Ecografia se recomandă la toate persoanele cu cel puțin un factor de risc, chiar dacă sunt copii.
- C. *Stratificarea riscului de fibroză* utilizând scorul **APRI** pentru identificarea pacienților la risc, cu următoarele recomandări (calculator online):
- categoriile aflate la risc mic ($APRI < 0,5$) sau mediu ($> 0,5 < 1,5$) fără factori de risc adiționali vor fi monitorizate și tratate de către medicul de familie (anual) și direcționate către medicul specialist, cu reevaluare cel puțin o dată la 3 ani;
 - categoriile aflate la risc mediu ($> 0,5 < 1,5$), cu alți factori de risc prezenți: sindrom metabolic, diabet zaharat, alte patologii hepatice asociate, vor fi monitorizate și tratate de către medicul de familie (la fiecare 6 luni) și direcționate către medicul specialist, cu reevaluare cel puțin o dată la 1 an;
 - categoriile aflate la risc înalt ($APRI > 1,5$) vor fi monitorizate și tratate de către medicul specialist gastroenterolog/hepatolog, cu reevaluare la 6 luni.



Abordarea pacienților cu NAFLD presupune:

- recomandări dietetice – alimentație sănătoasă;
- schimbare stil de viață cu evitarea sedentarismului și corectarea factorilor de risc;
- tratamentul bolilor asociate (dislipidemie, diabet zaharat);
- tratament farmacologic hepatoprotector a căror prescriere trebuie să respecte principiile medicinei bazate pe dovezi, cu medicamente a căror eficacitate a fost demonstrată în studii clinice și care sunt controlate periodic;
- evitarea utilizării suplimentelor alimentare cu potențial hepatotoxic;
- în prezent, nu există tratament etiologic aprobat pentru NAFLD/NASH.

În contextul lipsei de aderență la dietă și exercițiu fizic, asocierea tratamentului hepatoprotector aduce beneficii pacienților cu NAFLD care au așteptări în ceea ce privește terapia - pe lângă recomandări privind dieta să aibă și o rețetă cu un medicament cu dovezi științifice.

De aceea, în lipsa unui tratament etiologic, tratamentul cu viză patogenică reprezintă opțiunea terapeutică optimă. Pacientul trebuie să știe că nu orice “pastilă” de la farmacie este medicament.

Recomandările sunt de a utiliza medicamente cu efect antioxidant dovedit (exemplu, fosfolipide esențiale, vitamina E, etc), de stabilizare a membranei hepatocitare (fosfolipide esențiale, silimarină, etc) și antifibrotic (silibinum, fosfolipide esențiale, etc).

Aceste medicamente au dovedit eficacitate în ameliorarea funcției hepatice, susținerea regenerării hepatice, control al simptomatologiei și diminuarea riscului de evoluție către forme grave.

Nu se recomandă utilizarea hepatoprotectoarelor cu statut de supliment alimentar, atunci când compoziția lor nu este clar studiată și dacă nu și-au dovedit eficacitatea prin studii clinice. Sunt de amintit aici și prevederile legislației în vigoare, conform cărora suplimentele alimentare sunt destinate consumului (administrării) pe cale orală de către persoane sănătoase care necesită aport exogen mai ridicat, datorită unor cerințe nutriționale specifice legate de starea fiziologică.

Bibliografie:

- *Younossi, Z. et al. Global burden of NAFLD and NASH: trends, predictions, risk factors and prevention. Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. (2017). doi:10.1038/nrgastro.2017.109*
- *Daniels, SJ. et al. Hepatology. 2018 Jul 16. doi: 10.1002/hep.30163. [Epub ahead of print]*
- *Dyson JK, Anstee QM, McPherson S. Frontline Gastroenterology 2014;5:211–218*
- *Mary E. Rinella & Arun J. Sanyal. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology volume 13;196–205 (2016)*
- http://www.easl.eu/medias/EASLimg/Discover/EU/54ae845caec619f_file.pdf
- Ordin nr. 1069 din 1906/2007 pentru aprobarea Normelor privind suplimentele alimentare
- <http://www.jgld.ro/wp/archive/y2018/n4/a15/>