

5. PEČEŇ

Hepatocelulárny ikterus – akútne hepatitídy

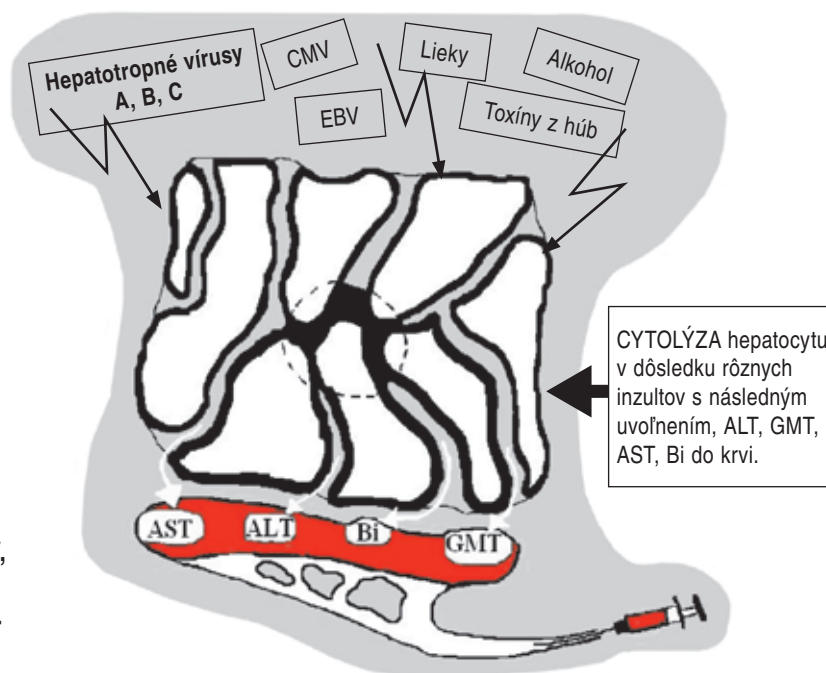
Podstatou hepatocelulárneho ikteru je cytolyza pečeneých buniek, ktorú najčastejšie vyvolávajú hepatotropné, no aj iné vírusy, alkohol, lieky, rôzne toxíny, hypoxia, autoimúne mechanizmy a iné. Špecifický klinický znak cytolyzy nepoznáme. V ambulancii praktického lekára si preto pomáhame „podozrivou anamnézou“, vyšetrením krvi na aktivity ALT, GMT, AST, ALP hladinou bilirubínu a nálezom pri sonografii.

Anamnéza podozrivá z prítomnosti faktorov, ktoré by mohli spôsobiť cytolyzu: promiskuitný jedinec, (hepat. B, C?), narkoman (hepat. B, C?), operačný zákrok (hepat. B, C?), dialýza (hepat. B, C?), piercing (hepat. B, C?), zdravotník? Žije v spoločnej domácnosti s osobou pozit. na hepat. B alebo C? Bol vo väzení? Prišiel do styku s hepat. A?, Nadmerná konzumácia alkoholu? Užívanie kombinácií liekov? Zbieral huby? Pracoval s organickými rozpúšťadlami? Je po opakovanej celkovej anestéze? Náhle vzniknuté nechutenstvo? Nauzea? Spavosť a malátnosť? Artralgie?

IKTERUS sa pri cytolyze objaví iba vtedy, ak je masívna. Hepatotropné vírusy spôsobujú zriedkavo masívnu cytolyzu. Praktický lekár preto najčastejšie vidí anikterické formy hepatitídy A, B, C pod obrazom dyspeptického syndrómu, virózy, hnačiek.

ALT, AST, GMT: Zvýšené aktivity týchto enzýmov v krvi spolu s „podozrivou anamnézou“ a „chrípkovými“ príznakmi i bez zvýšenia Bi nás nútia myslieť na niektorú z hepatitíd (A, B, C, CMV, EBV). Ich včasné zachytenie má pre pacienta význam epidemiologický (A) a prognostický.

(10 % HBV a 80 % HCV prechádza do chronicity s možným vývojom do cirhózy pečene a karcinómu pečene). Najcitlivejšími znakmi cytolyzy hepatocytu sú zvýšené aktivity ALT a GMT. Akékoľvek zvýšenie aktivít týchto enzýmov v krvi u pacienta, musí viesť praktického lekára k tomu, aby uvažoval o možnosti akútnej alebo už chronickej vírusovej hepatitídy. Takéto podozrenie je indikáciou na ďalšiu diferenciálnu diagnostiku obvykle už v spolupráci s gastroenterológom alebo hepatológom.



Najčastejšie vírusové hepatitídy

Vírusy	HAV	HBV	HCV	CMV	EBV
Inkubácia (dni)	15 – 45	30 – 180	15 – 150	14 – 28	8 – 40
Prenos	Fekálne, orálne	Krv, sliny, sperma, vag. sekrét	Krv, sliny, sperma, vag. sekrét	Krv, sliny	Sliny, krv
Priebeh	Závisí od veku	Mierne až ťažko	Obvykle mierne	Mierne až ťažko	Obvykle mierne
Serológ. Dg.	IgM-anti HAV	IgM-anti HBc, Hb-sAg, HB VDNA	Anti-HCV, PCR HCV RNA	IgM CMV	IgM EB
Vzostup ALT	áno	áno	áno	áno	áno
Prechod do chron. hepatitídy	nie	cca 10 %	až 80 %	nie	nie
Prevenia	vakcinácia	vakcinácia	0	0	0
Liečba	symptomatická	symptomatická a ? antivírusová	symptomatická a antivírusová	symptomatická	symptomatická

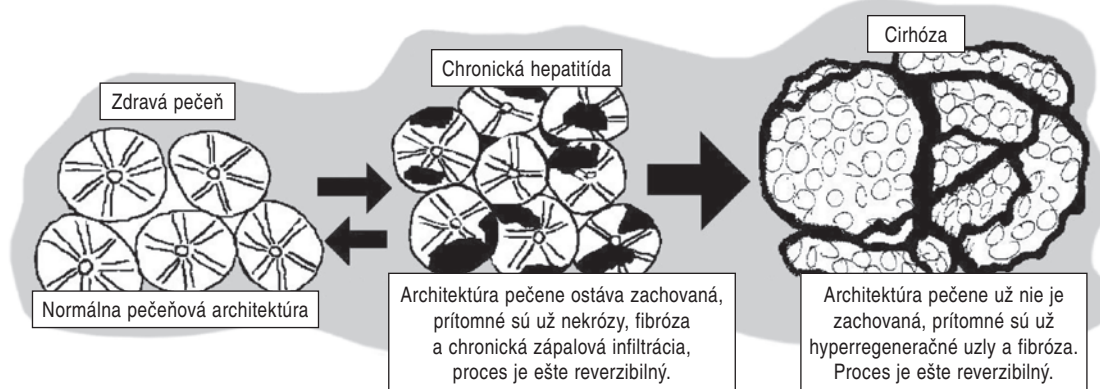
5. PEČEŇ

Hepatoceleulárny ikterus – chronické hepatitídy

Ide o zápal pečene trvajúci viac ako 6 mesiacov, charakterizovaný zápalovým infiltrátom a fibrózou, avšak ešte bez cirhotickej prestavby.

Klinicky a etiologicky nejde o jedno ochorenie. Obvykle vzniká z akútneho poškodenia pečene (vírusy, xenobiotiká), s ktorým sa nevie imunitný systém vysporiadať tak, aby definitívne eliminoval príčinu. Príčina v pečeni (napr. vírus hepatitídy B) pretrváva a zápalový proces vykonáva postupnú deštrukciu.

Praktický lekár môže vývoj do chronickej hepatitídy očakávať vtedy, ak zachytil pacienta s akútnou hepatítidou B alebo C. Ak pol roka pretrvávajú aktivity ALT, AST, ochorenie zrejme prejde do chronicity. Pacienta treba poučiť o potrebe vykonať biopsiu pečene a na jeho ďalšom manažovaní sa podieľa gastroenterológ alebo hepatológ. Obvykle však dátum začiatku hepatálneho poškodenia nepoznáme a praktický lekár teda nevie, či má pred sebou už obraz chronického poškodenia. V takomto prípade predpokladáme horšiu alternatívu a s biopsiou nečakáme pol roka. Je vhodné doplniť paletu biochemických a hematologických parametrov (pozri tabuľku) s cieľom objasnenia príčiny hepatitídy a v spolupráci s gastroenterológom alebo hepatológom rozhodnúť o termíne biopsie, ktorá pomôže určiť aktivitu (grading) a štádium (staging) zápalových zmien v pečeni. Niekedy pomôže určiť aj etiológiu, čo pomáha pri rozhodovaní sa o ďalšej liečbe.



Rozdelenie chronických hepatitíd

Podľa príčiny	Podľa cholestázy	Podľa histológie*
<ul style="list-style-type: none"> – Vírusové (B, B + D, C) geneticko-metabolické (M. Wilson, Hemochromatóza, Porfýrie, Deficit a-1 antitrypsínu) – chron. hepat. s autoimunitou (autoimunitné hepatitídy, PBC, PSC, autoimunitná cholangitída) – chron. hepat. pri exogénnej noxe (lieky, alkohol) 	<ul style="list-style-type: none"> – necholestatické – cholestatické (PBC, PSC, autoimunitná cholangitída) 	<ul style="list-style-type: none"> – aktivita zápalu (grading) – štádium choroby (staging, t. j. rozsah od fibrózy po cirhózu) <p><i>*hodnotenie dodá patológ</i></p>

Obvyklá paleta laboratórnych vyšetrení pri podozrení na chronickú hepatitídu

Pečeňové testy	Hematológia	Serológia zákl.	Serologia špec.	Iné
Bi AST ALT GMT ALP ALBUMÍN	Hb, Ht, Le, Tr Protromb.čas	HBsAg HCV	Anti-HBc HCV-RNA ANA (protijadrové Ag) ANCA (cytopl.neutrof.) AMA (antimitochondr.) SMA (proti hl. svalu) LKM (liver kidney microzóm)	Alfa fetu protein fS-Fe fS-transferín

© Rudolf Hríčka, 2007