

بیماری کبد چرب غیر الکلی

بیمار به یک متخصص کبد ارجاع و در درمانگاه فوق تخصصی استئاتوهپاتیت غیرالکلی توسط یک گروه چندرشته‌ای متشکل از متخصص دیابت، متخصص تغذیه و روان‌شناس ویزیت شد تا از نظر روش‌ها و پذیرش تغییرات در سبک زندگی راهنمایی و حمایت شود. علاوه بر این، مشخص شد که وی دیس لیپیدی دارد و آزمون تحمل گلوکز، افزایش گلوکز ناشتا و اختلال تحمل گلوکز را نشان داد. بیمار با ترکیبی از داروها و تغییرات در تغذیه و روش زندگی تحت درمان قرار گرفت. شیوع استئاتوهپاتیت غیرالکلی همراه با فیروز پیشرفته در میان بیماران دچار افزایش سطح آلانین آمینوترانسفراز و مقاومت به انسولین بیشتر است. امتیاز فیروز در کبد چرب غیرالکلی (NAFLD)^(۱) که بر اساس معیارهای آنتروپومتریک و بیوشیمیایی در دسترس است، نمایانگر خطر متوسط از نظر فیروز پیشرفته بود، بنابراین بیوپسی کبد انجام شد که وجود استئاتوهپاتیت را همراه با فیروز متوسط تایید کرد و نشان داد که بیمار در معرض خطر عوارض آتی ناشی از بیماری‌های کبدی است. طی پیگیری‌های بعدی، وزن بیمار به ۷۳ کیلوگرم کاهش یافت و میزان آلانین آمینوترانسفراز وی به سطح طبیعی برگشت که بهبود استئاتوهپاتیت را نشان می‌دهد. ■

منبع:

Cobbold JFL, et al. Investigating mildly abnormal Serum Aminotransferase values. *BMJ* 7August 2010; Vol. 341: 297-9.

1. Non Alcoholic Fatty Liver Disease

بیماری کبد چرب غیرالکلی معمولا به عنوان تظاهر کبدی سندرم متابولیک در نظر گرفته می‌شود. تخمین زده می‌شود که کبد چرب غیرالکلی در جوامع غربی ۳۰٪-۲۰٪ شیوع داشته باشد. از میان بیماران مبتلا که دچار افزایش سطح آمینوترانسفرازها هستند، ۵۵٪-۴۳٪ از نظر بافت‌شناسی استئاتوهپاتیت دارند و این بیماران هستند که در معرض بیشترین خطر پیشرفت به سمت سیروز هستند.

با چنین نسبت بالایی از ابتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی در جمعیت بزرگسال، چالشی که پیش‌روی پزشکان، هم در مراقبت‌های اولیه و هم مراقبت‌های ثانویه است، تشخیص و هدف‌گیری درمان در بیماران در معرض بیشترین خطر سیروز بدون نیاز به بیوپسی روتین کبد است. درمان مطلوب بیماران هنوز هم موضوع پژوهش‌های جاری است اما احتمالا از طریق تعامل میان پزشکان عمومی و متخصصان کبد و گوارش حاصل می‌شود. عوامل خطر قلبی-عروقی مرتبط (چاقی، پرفشاری خون، دیس لیپیدی، مقاومت به انسولین، دیابت قندی) را باید مورد بررسی و دقت قرار داد چرا که ممکن است برای بیمار خطر بزرگتری باشد تا بیماری کبدی. در حال حاضر ارجاع به متخصص گوارش و کبد برای بررسی بیشتر و طبقه‌بندی خطر با استفاده از روش‌های تصویربرداری و بیوشیمیایی غیرتهاجمی (و در موارد انتخابی، بیوپسی کبد) را باید موردبه‌مورد مدنظر داشت. در بیمارانی که نتایج بررسی‌ها با بیماری کبد چرب غیرالکلی همخوانی داشته باشد و سطح آمینوترانسفرازها با تغییرات مداوم در روش زندگی به صورت پایدار به محدوده طبیعی بازگردد، دیگر نیازی به ارجاع در هنگام بستری نخواهد بود.

تصویر بالینی

گلوبوس تیمپانیکوم



خانمی ۵۰ ساله با سابقه وزوز ضربان‌دار گوش راست بدون کاهش شنوایی از یک سال قبل، مراجعه کرد. یک سال قبل بیمار به علت ابتلا به سرطان کولون تحت عمل جراحی برداشت ناکامل کولون و سپس شیمی‌درمانی قرار گرفته بود و سرطان وی عود نداشت. معاینه گوش راست وجود یک توده ضربان‌دار قرمز رنگ را در قسمت خلفی پرده صماخ نشان داد (پیکان). گوش چپ طبیعی بود. سی‌تی اسکن و تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) وجود یک ضایعه پرعروق را در قسمت خلفی پرده صماخ نشان داد که به حفره ماستویید گسترش نیافته بود. بر اساس علائم و معاینه فیزیکی بیمار مبتلا به گلوبوس تیمپانیکوم تشخیص داده شد که یک نئوپلاسم خوش‌خیم گوش میانی است. این

ضایعه معمولا به کمک جراحی درمان می‌شود و در این بیمار نیز توده با استفاده از رویکرد جراحی endaural خارج گردید. بیمار پس از عمل جراحی دچار کاهش شنوایی نشد و وزوز گوش ضربان‌دار وی نیز بلافاصله از بین رفت.

New England Journal of Medicine June 3, 2010; 362: e66.

مترجم: دکتر حسام جهانانیده