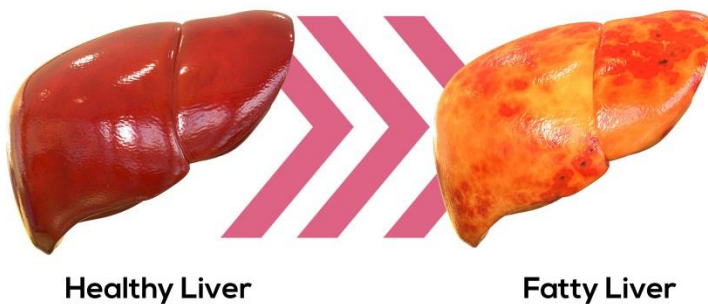


"درمان کبد چرب غیرالکلی"



کبد چرب غیرالکلی (Non-Alcoholic Fatty Liver) ، به وجود کبد چرب بدون هیچگونه علت ثانویه ایی برای تجمع چربی در بافت کبد (همچون مصرف بیش از حد الکل) اشاره می کند. کبد چرب غیر الکلی می تواند بدون التهاب و فیروز در بافت کبد باشد که در این صورت NAFL نامیده میشود و یا اینکه می تواند همراه با التهاب و فیروزه شدن بافت کبد همراه باشد که در این صورت

(Non-Alcoholic Steatohepatitis) یا NASH نامیده می شود که از لحاظ هیستوپاتولوژی ممکن است از کبد چرب الکلی قابل افتراق نباشد.

کبد چرب غیرالکلی یک بیماری شایع کبدی در قرن بیست و یکم در تمام دنیا می باشد. مطالعات موجود نشان می دهد که این بیماری شیوع حدود ۳۵٪ ای در جمعیت دنیا دارد که متأسفانه شیوع آن همچنان در حال افزایش است. شروع این بیماری معمولاً در سنین ۴۰ تا ۵۰ سالگی بوده، هرچند در هر سنی احتمال بروز آن امکان پذیر است (حتی اطفال). برخی مطالعات نشان داده اند که این بیماری از شیوع نسبتاً بالایی در آقایان نسبت به خانم ها برخوردار است. همچنین احتمال ابتلا به آن در برخی نژاد ها، برای مثال هیسپنیک بیشتر می باشد.

وجود بیماری های همراه دیگر از جمله چاقی، فشارخون بالا و اختلالات چربی خون، مقاومت به انسولین، سندرم متابولیک و دیابت افراد را در ریسک بالاتر ابتلا به کبد چرب قرار می دهد. از بیماری های دیگر می توان به سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) در خانم ها، کم کاری تیروئید و آپنه ی انسدادی هنگام خواب و هایپوگنادیسم اشاره کرد.

پاتورنز کبد چرب غیرالکلی

با اینکه پاتورنز کبد چرب غیرالکلی هنوز به طور کامل شناخته نشده است، اما به نظر می رسد که مقاومت به انسولین مهم ترین عامل در ایجاد کبد چرب باشد. مقاومت به انسولین باعث افزایش لیپولیز (آزادشدن چربی)، افزایش سنتز تری گلیسیریدها، افزایش برداشت کبدی اسیدهای چرب توسط کبد و تجمع تری گلیسیریدها در بافت کبد می شود.

همچنین شواهد، حاکی از نقش اختلال عملکرد میتوکندری، استرس اکسیداتیو و التهاب در ایجاد فیروز و التهاب سلول های کبدی این بیماران می باشد.

علائم بالینی

اغلب بیماران با کبد چرب غیرالکلی بی علامت می باشند. هرچند افراد با بیماری پیشرفته تر (حالت NASH) از علائمی همچون خستگی، درد عضلانی و احساس ناراحتی در قسمت بالای راست شکم شاکی هستند. در معاینه ی فیزیکی این بیماران ممکن است افزایش سایز کبد (هیپاتومگالی) مشاهده شود که علت آن تجمع چربی در سلول های کبدی است.

در یافته های آزمایشگاهی این بیماران ممکن است یک افزایش خفیف تا متوسط سطح آنزیم های کبدی (ALT, AST) را داشته باشیم. هرچند نرمال بودن سطح این آنزیم ها دلیلی بر رد وجود این بیماری نمی باشد. معمولاً میزان آنزیم های کبدی به دو تا پنج برابر حد نرمال خود می رسد. لازم به ذکر است که میزان افزایش سطح این آنزیم ها به میزان التهاب و میزان و شدت فیروز ارتباطی ندارد و ممکن است بیمار با وجود سطح نرمال آنزیم ها همچنان بافت کبد دارای التهاب و فیروز باشد.

علاوه بر آنزیم های ALT و AST، سطح آلکالین فسفاتاز نیز در این بیماران ممکن است به ۲ تا ۳ برابر حد نرمال خود برسد. سطح سرمی آلبومین و بیلی روبین تا زمانیکه بیمار به مرحله ی سیروزی شدن بافت کبد پیشرفت نکند، افزایش نمی یابد.

علاوه بر این فاکتورها، سطح فریتین و میزان اشباع ترانسفرین نیز در این بیماران ممکن است افزایش یابد. سطح فریتین ۱/۵ برابر نرمال با بیماری شدیدتر و فیروز کبدی ارتباط دارد.

یافته های رادیوگرافیک

در سونوگرافی افزایش اکوز نیستی بافت کبد، در CT کاهش برداشت کبدی، و در MRI افزایش سیگنال چربی در بافت کبد مشاهده می شود.

تشخیص کبد چرب غیر الکلی

تشخیص این بیماری بر اساس یافته های تصویربرداری یا بیوپسی انجام می شود در صورتی که بیمار هیچ علت ثانویه ی دیگری از جمله مصرف الکل و سابقه ی بیماری های مزمن کبدی را نداشته باشد. هیچکدام از روش های تصویربرداری نمی توانند وجود التهاب و فیروزه شدن بافت کبد را نشان دهند و در این موارد بیوپسی می تواند کمک کننده باشد.

شدت این بیماری از یک حالت خوش خیم که NAFL نامیده می شود تا حالت شدید آن که NASH نامیده می شود، متغیر است. در NAFL با وجود تجمع چربی در کبد، هیچگونه شواهدی از التهاب و فیروز مشاهده نمی شود، در حالی که در NASH التهاب و فیروز و سیروز مشاهده می شود. بهترین روش برای افتراق این دو نوع زیرشاخه انجام بیوپسی کبدی می باشد.

درمان کبد چرب

توصیه هایی کلی به همه ی بیماران دارای کبد چرب غیر الکلی با هر شدتی که هستند، به شرح زیر می باشد:

- خودداری از مصرف الکل
- واکسیناسیون بر علیه هپاتیت A و B، پنوموکوک، آنفلانزا، دیفتیری و کزاز
- تعدیل ریسک فاکتورهای موجود برای بیماری های قلبی-عروقی (بیماران مبتلا به کبد چرب غیر الکلی در ریسک بالای ابتلا به این گروه از بیماری ها قرار دارند)
- کاهش وزن: باعث جلوگیری از پیشرفت این بیماری می شود. به این منظور توصیه به تغییر سبک زندگی و انجام فعالیت های فیزیکی می شود. کاهش وزن حداقل ۵% در این بیماران پیشنهاد می شود. در صورت موفق نبودن به کاهش وزن برای حداقل ۵% در مدت شش ماه می توان از روش های جراحی و همچنین مصرف دارو برای کاهش وزن استفاده کرد.

درمان های دارویی کبد چرب غیر الکلی

متأسفانه درمان های دارویی این بیماری همچنان محدود است و درمان دارویی تنها در بیماران با سطح پیشرفته تر و همراه فیروز و التهاب استفاده می شود.

در بیماران در حالت NASH و پیشرفته بیماری ولی بدون دیابت توصیه به استفاده به ویتامین ایی با دوز ۸۰۰ واحد روزانه می شود چرا که شواهد موجود نشان می دهد این ویتامین باعث کاهش التهابات در این بیماران می شود. اما در صورت وجود این بیماری همزمان با بیماری دیابت، مصرف ویتامین ایی توصیه نمی شود. همچنین مصرف این ویتامین در افرادی که در خود یا بستگان نزدیکشان سابقه ی ابتلا به سرطان پروستات داشته اند، پیشنهاد نمی شود.

در بیماران مبتلا به NASH به همراه دیابت، داروی بیوگلیتازون به منظور کاهش مقاومت به انسولین می تواند کمک کننده باشد و همچنین باعث کاهش التهاب در بافت کبد می شود. داروی لیراگلوتااید با اسم تجاری Victoza نیز که در درمان دیابت نوع ۲ و نیز کاهش وزن استفاده می شود می تواند در کنترل روند این بیماری در بیماران مبتلا به دیابت موثر باشد.

اسامی داروهای دیگری که اثربخشی مثبت آنها در درمان کبد چرب هنوز به طور قطع ثابت نشده است:

- آتورواستاتین
- اسید چرب امگا-۳
- آسپرین
- متفورمین

در مورد استفاده از داروهای گیاهی موجود در بازار، هنوز اطلاعات قطعی و مشخصی در مورد موثر بودن و همچنین بی ضرر بودن آنها وجود ندارد و مصرف آنها در حال حاضر در درمان کبد چرب پیشنهاد نمی شود.

سیر بیماری

اینکه چه افرادی در ریسک پیشرفت شدید این بیماری هستند هنوز مشخص نیست. با این حال بیماران که از نوشیدنی های الکلی استفاده می کنند، بیماران با شاخص توده ی بدنی بالای ۲۸ کیلوگرم بر متر مربع، بیماران مبتلا به دیابت و بیماران با سن بالاتر از ۵۰ سال در ریسک بالاتری برای ابتلا به فیروز و سیروز کبدی هستند. برخی مطالعات نشان داده اند که مصرف قهوه نیز با کاهش ریسک پیشرفت فیروز کبدی همراه بوده است.

گردآوری مطالب:

دکتر مینا عباس نیا

ویرایش علمی:

دکتر مریم مهرپویا (متخصص داروسازی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان)