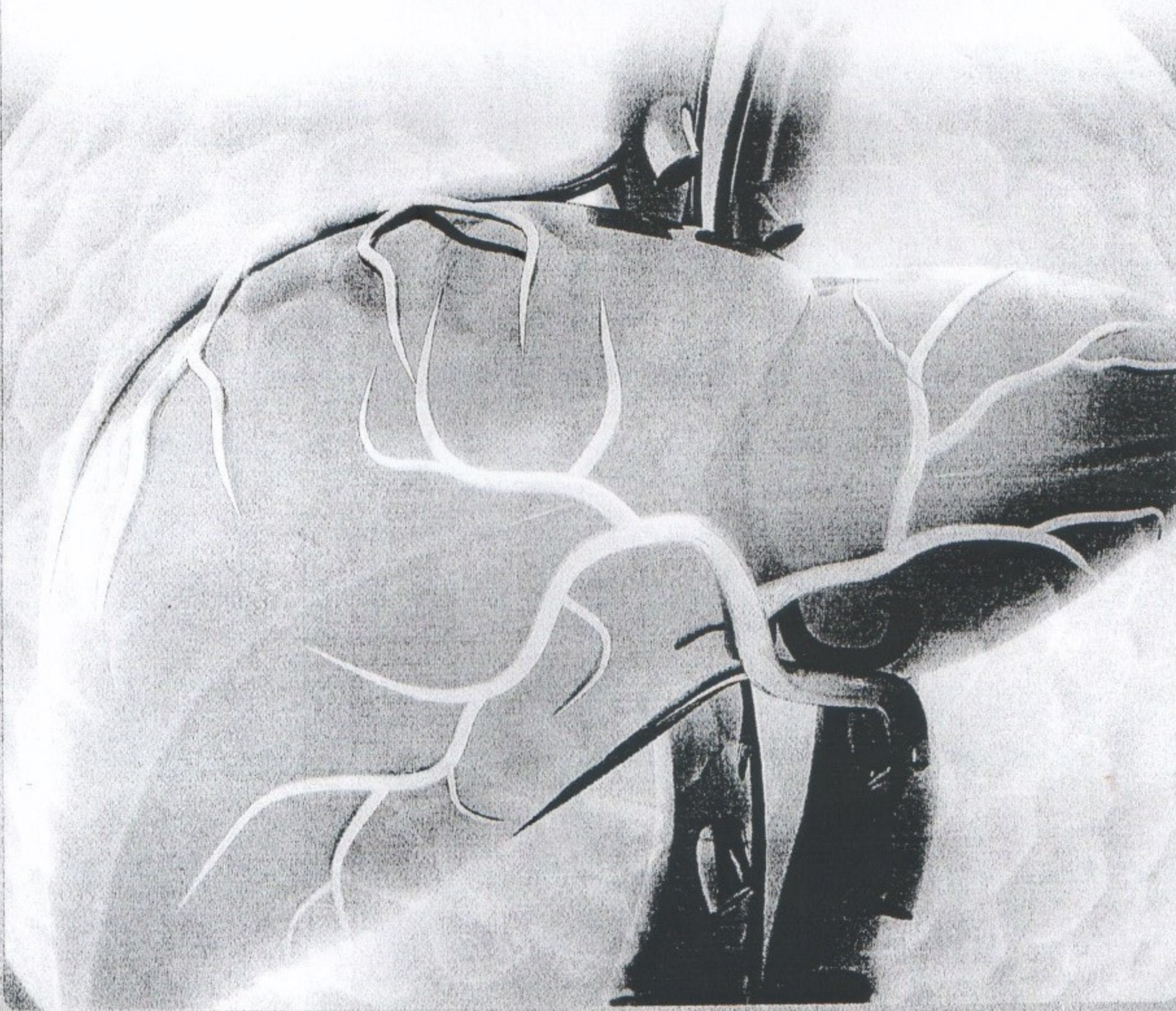


BOLILE HEPATICE ÎN 2019

Coordonator științific: Liana Gheorghe



9 786069 272770



9 786069 416174

BOLILE HEPATICE ÎN 2019

Coordonator științific:

Liana Gheorghe

Coordonator editorial:

Dan Dumitru Mihalache

BOLILE HEPATICE ÎN 2019

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Bolile hepatice în 2019 / coord. șt.: Liana Gheorghe; coord. ed.: Dan Dumitru Mihalache.

București: Viața medicală: Medichub Media, 2019

ISBN 978-606-94161-7-4

ISBN 978-606-92727-7-0

I. Gheorghe, Liana (coord.)

II. Mihalache, Dan Dumitru (coord.)

616

Editorial	7
Liana Gheorghe	
Cum utilizăm testele funcționale hepatice în diagnosticul afecțiunilor hepato-biliare?	9
Ciprian Brisc	
Hepatita cronică B	16
Liana Gheorghe, Corina Pop	
Hepatita cronică C	32
Liana Gheorghe	
Hepatita D	40
Speranța Iacob	
Hepatita E – o problemă emergentă	46
Cristina Marica Sabo, Dan L. Dumitrașcu	
Ficatul gras și steatohepatita nonalcoolică	50
Carmen Fierbințeanu-Braticevici	
Boala hepatică alcoolică	58
Adelina Horhat, Andreea Bumbu, Patriciu Protopopu, Horia Ștefănescu	
Evaluarea non-invazivă a fibrozei și a steatozei hepatice	66
Ioan Sporea, Alina Popescu	
Evaluarea histologică a fibrozei și steatozei hepatice	71
Gabriel Becheanu, Adelina Băltan, Mona Dumbravă	
Metode de diagnostic imagistic în hepatologie	78
Ioana Lupescu	
Rolul radiologiei intervenționale în hepatologie	81
Mugur C. Grasu	
Hepatita autoimună	85
Liana Gheorghe	
Afecțiuni colestatice hepatice	92
Iulia Simionov	
Bolile vasculare hepatice	98
Bogdan Procopet	
Bolile metabolic-ereditare hepatice	104
Razvan Iacob	
Ciroza hepatică: diagnostic, stadializare, prognostic, monitorizare	106
Ana-Maria Singeap, Irina Gîrleanu, Anca Trifan	
Ascita. Peritonita bacteriană spontană. Sindromul hepato-renal	113
Cristina Cijevschi Prelipcean, Cătălina Mihai	
Encefalopatia hepatică	120
Mircea Diculescu, Carmen Preda	
Endoscopia în afecțiuni hepatice și biliare	124
Cristian Gheorghe	
Screeningul hepatocarcinomului	132
Ioan Sporea, Roxana Șirli	
Carcinomul hepatocelular	137
Zeno Spârchez	
Transplantul hepatic pentru practicianul internist: indicații, evaluare, management pre și post-transplant	143
Speranța Iacob, Liana Gheorghe	
Nutriția la pacientul hepatic	149
Roxana Vădan	

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: Liana Gheorghe
COORDONATOR EDITORIAL: Dan Dumitru Mihalache

AUTORI: Adelina Băltan, Gabriel Becheanu, Ciprian Brisc, Andreea Bumbu, Cristina Cijevschi-Prelicean, Mircea Diculescu, Mona Dumbravă, Dan L. Dumitrașcu, Carmen Fierbințeanu-Braticevici, Cristian Gheorghe, Liana Gheorghe, Irina Gîrleanu, Mugur C. Grasu, Adelina Horhat, Răzvan Iacob, Speranța Iacob, Ioana Lupescu, Cristina Marica Sabo, Cătălina Mihai, Corina Pop, Alina Popescu, Carmen Preda, Bogdan Procopet, Patriciu Protopopu, Iulia Simionov, Ana-Maria Sîngeap, Roxana Șirli, Zeno Spârchez, Ioan Sporea, Horia Ștefănescu, Anca Trifan, Roxana Vădan

Redactor: Dr. Mariana Minea

Coperta: Andrei Popescu

DTP: Radu Leonte

Publicitate: George Pavel, Mariana Minea

Ciroza hepatică: diagnostic, stadializare, prognostic, monitorizare

Ana-Maria Sîngeap, Irina Gîrleanu, Anca Trifan



Sef lucrări dr. Ana-Maria Sîngeap
UMF „Grigore T. Popa” Iași
Medic primar Gastroenterologie, Spitalul
Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon”
Iași, Institutul de Gastroenterologie și
Hepatologie, Iași



Sef lucrări dr. Irina Gîrleanu
UMF „Grigore T. Popa”, Iași
Medic specialist Gastroenterologie și
Medicină internă, Spitalul Clinic Județean
de Urgență „Sf. Spiridon”, Iași, Institutul
de Gastroenterologie și Hepatologie, Iași



Prof. dr. Anca Trifan
UMF „Grigore T. Popa”, Iași
Sef sectie Gastroenterologie, Spitalul Clinic
Județean de Urgență „Sf. Spiridon”, Iași

Introducere

Ciroza hepatică reprezintă în mod clasic stadiul final al oricărei afecțiuni cronice hepatice și este caracterizată prin proliferarea difuză a țesutului conjunctiv (fibroză) în corelație cu activitatea inflamatorie a bolii, alături de grade variate de regenerare nodulară ce determină modificarea arhitecturii lobulare normale a ficatului și perturbarea vascularizației hepatice cu apariția hipertensiunii portale. Toate aceste modificări implică din punct de vedere fiziopatologic apariția în timp a insuficienței hepatice tradusă clinic prin icter, coagulopatie, ascită, edeme și diverse tulburări metabolice.

Diagnosticul cirozei hepatice

Istoria naturală a cirozei hepatice include o perioadă relativ lungă asimptomatică, compensată, în care diagnosticul este susținut cel mai frecvent prin metode non-invazive. Stadiul compensat este urmat de instalarea decompensării, cu evoluție rapidă spre apariția complicațiilor.

Elementele comune pentru fiziopatologia cirozei hepatice cuprind următoarea cascadă: fibroza avansată și activarea celulei stelate, care poate produce constricția sinusoidelor și determină creșterea rezistenței hepatice cu hipertensiune portală (presiune mai mare de 6 mmHg, semnificativă clinic când este mai mare 10 mmHg), care determină secundar vasodilatație splanhnică, cu modificări la nivelul barierei dintre conținutul intestinal și patul vascular, favorizând translocția bacteriană și expunerea hepatocitului la antigene bacteriene sau bacterii vii care produc un status inflamator permanent (1). Vasodilatația sistemică determină scăderea volumului sanguin circulant, fapt care inițiază angrenarea unor sisteme neuro-hormonale (sistemul renină-angiotensină-aldosteron, sistemul nervos simpatic, sistemul arginină-vasopresină) care produc retenție de sodiu (apariția ascitei și a formei sale refractare), retenție de apă (hiponatremie), vasoconstricție renală (sindrom hepato-renal).

În mod clasic, ciroza hepatică este definită din punct de vedere histologic de un scor F4, conform clasificării METAVIR. Trecerea de la ciroza hepatică compensată la cea decompensată (cu un prognostic mult mai sever) este un proces continuu și nu se poate preciza

momentul exact al tranziției. Din acest motiv, în contextul în care fibroza este inegal distribuită în ficat, iar complicații severe ale cirozei hepatice, cum ar fi hepatocarcinomul și hipertensiunea portală, pot apărea la pacienții cu F3 METAVIR, a fost propus un nou termen, cel de *boală hepatică cronică avansată compensată* (*compensated advanced chronic liver disease = cACLD*) (2).

Dacă în stadiul decompensat al bolii, diagnosticul este ușor de susținut pe baza semnelor de hipertensiune portală, a sindromului hepatopriv sau a fenomenelor de encefalopatie hepatică, în stadiul compensat de boală hepatică cronică avansată diagnosticul este bazat cel mai frecvent pe metode non-invazive de evaluare a gradului de fibroză, fiecare cu gradul său propriu de sensibilitate și specificitate.

Etapele de diagnosticare a unei ciroze hepatice urmează următorul algoritm: stabilirea existenței afectării hepatice cronice și a faptului că aceasta este ciroză hepatică; stabilirea etiologiei cirozei hepatice; încadrarea în forma compensată sau decompensată.

Afirmarea bolii hepatice cronice se face pe baza tabloului clinic și biochimic sugestiv și este cel mai frecvent confirmată în practica curentă prin metode neinvazive. În condițiile în care histologia nu este disponibilă, metodele non-invazive sunt utile mai ales în diagnosticarea cirozei compensate, când alte elemente biochimice, endoscopice, ecografice lipsesc (FibroScan, Fibrotest, APRI) (3). În stadii mai avansate se pot folosi, pentru a diferenția hepatita cronică de ciroza hepatică, anumite elemente biochimice care le discriminează: albumine <3,5 g/dl; IQ <70%; pseudocolinesteraza serică <50 mmol/l indică prezența cirozei hepatice. Examenle imagistice și endoscopia pot furniza elemente suplimentare.

Metodele de evaluare noninvazive ale fibrozei sunt larg acceptate în diagnosticul cirozei hepatice. Cea mai studiată și acceptată este elastografia impulsională (FibroScan), valori peste 13-15 kPa având o acuratețe diagnostică de 90-95% pentru diagnosticul de ciroză hepatică (3,4). Pentru practica clinică, în fața unui pacient cu factori de risc pentru suferință hepatică cronică, elastografia hepatică poate exclude („rule-out”) sau confirma („rule-in”) o fibroză hepatică severă. Ca orice