

Hausärztliche Vorgehensweise bei erhöhten Leberwerten

Ein Kommentar zur Kasuistik „Ein Patient mit anhaltender leicht erhöhter GPT“

Dealing With Elevated Serum Aminotransferase Activity in Primary Care

A Commentary to the Casuistic “A Patient With a Persistent Mildly Elevated ALT”

Andreas C. Sönnichsen

In der vorgestellten Kasuistik (S. 400–404) wird der extrem seltene Fall des wahrscheinlich nicht kausal bedingten Zusammentreffens von Multipler Sklerose und Hämochromatose beschrieben. Es geht im Text in erster Linie um die Abklärung erhöhter Leberwerte, wobei das strukturierte Vorgehen vor allem auf die Facharztprüfung im Fach Allgemeinmedizin vorbereiten soll.

Die erste Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die Frage nach der Indikation für die Messung der Transaminasen. Obwohl in der Praxis häufig im Rahmen von „Routinelabor“ bestimmt, geht die Empfehlung eindeutig dahin, bei asymptomatischen Patienten darauf zu verzichten. Der Grund dafür ist, dass erhöhte Leberwerte sehr häufig sind, z.B. fand sich in einer amerikanischen Querschnittsstudie (National Health and Nutrition Survey) bei fast 10 % der Patienten mindestens eine erhöhte Transaminase (GOT oder GPT) [1]. In einer anderen Studie konnte auch durch intensivste Abklärung nur bei 12 % asymptomatischer Patienten mit erhöhten Transaminasen eine ursächliche Leberpathologie festgestellt werden [2]. Ein Routine-Screening auf erhöhte Transaminasen würde also zu einer Vielzahl falsch positiver Befunde führen, die dann gegebenenfalls weiter abgeklärt werden müssten, mit allen negativen Folgen für den Patienten.

Im vorliegenden Fall handelte es sich aber im Gegensatz zu den Ausführungen in der Diskussion der Kasuistik eben nicht um einen asymptomati-

schen Patienten. Hier stellt sich also die Frage, ob bei der geschilderten neurologischen Symptomatik auch an eine Lebererkrankung gedacht werden muss, was die Bestimmung der Transaminasen rechtfertigen würde. Oder besteht eine Indikation für ein Screening auf erhöhte Leberwerte auch bei Erkrankungen, die mit der Leber primär nichts zu tun haben? In beiden Fällen würde man zumindest erwarten, dass dann die mit der Fragestellung „Zusammenhang mit der neurologischen Symptomatik“ entdeckten pathologischen Werte weiter abgeklärt werden sollten. Beim vorliegenden Patienten wurden die erhöhten Leberwerte zwar in der Primärdiagnostik festgestellt, aber zunächst wurde offenbar nichts weiter unternommen. Die Abklärung erfolgte erst nach dem Anstieg der Werte infolge der Interferontherapie.

Damit drängen sich zwei weitere Fragen auf:

- Sollen (zufällig bestimmte) erhöhte Transaminasen abgeklärt werden, ab welchem Wert und wie?
- Bedürfen ansteigende Leberwerte infolge einer medikamentösen Therapie einer zusätzlichen Abklärung, oder genügt es einfach, das Medikament abzusetzen?

Nach heutigem Kenntnisstand sind beide Fragen mit nein zu beantworten. Es gibt keine Studienevidenz, dass ein Screening auf erhöhte Transaminasen oder die Abklärung einer auf andere Weise zufällig entdeckten Transaminasenerhöhung mit einem Vorteil für den Pa-

tienten einhergehen. Die große Häufigkeit vermeintlich pathologischer Befunde würde zu einem nicht unerheblichen Risiko durch weitere, gegebenenfalls invasive Diagnostik (z.B. Strahlenbelastung durch Computertomografie, Verletzungs- und Blutungsrisiko durch Leberbiopsie) führen. Im Falle eines medikamenteninduzierten Anstiegs würde das Arzneimittel als Erklärung ausreichen. Man würde das Medikament absetzen, den Wert kontrollieren, und nach Normalisierung (in diesem Falle in den Bereich vor der Medikamentengabe) auf eine weitere Abklärung verzichten.

Bei der beschriebenen Kasuistik handelt es sich demnach eher um einen „Glückstreffer“, der für den betreffenden Patienten möglicherweise günstig ist – aber selbst das ist nicht sicher. Daraus können aber keine allgemeinen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Die Konsequenz wäre sonst, ein generelles Bevölkerungsscreening, z.B. auf Hämochromatose, einzuführen.

Genau dieses Screening wird aber von der *US Preventive Services Taskforce* nicht empfohlen – aus den geschilderten Gründen [3]. Zudem konnte in einer systematischen Übersichtsarbeit gezeigt werden, dass es selbst bei Patienten mit einem positiven genetischen Nachweis einer Hämochromatose nur in 10–33 % zu entsprechender Pathologie und klinisch relevanter Eisenüberladung kommt [4]. Auch die Kasuistik weist auf die unvollständige Penetranz der Erkrankung hin, selbst bei homozygoten Merkmalsträgern. Zudem besteht offen-

bar keine enge Korrelation zwischen Eisenüberladung und Ausmaß einer vorhandenen oder drohenden Leberschädigung.

Eine konsequente Diagnostik durch Screening würde also bei 70–90 % der Betroffenen zu einer unnötigen, lebenslangen Aderlasstherapie führen, die neben der „Dauerbelästigung“ möglicherweise auch mit gesundheitlichen Nachteilen verbunden sein kann.

Ich würde mir wünschen, dass eine Kasuistik, die ihren wesentlichen Zweck in der Weiterbildung junger Kollegen sieht, zu den aufgeworfenen Fragen Stellung bezieht (da sie ja die Grundvoraussetzung für alle weiteren Schritte bilden, die im Artikel beschrieben werden). So wie der Duktus jetzt ist, bleibt unklar, ob bei dem Patienten das Zusammentreffen mit der Enzephalitis, die (fraglich indizierte) Bestimmung der Transaminasen und die darauf erfolgte Abklärung zufällig oder systematisch zur Entdeckung der Hämochromatose geführt haben. Auch eine kritische Diskussion, ob die

Entdeckung einer noch nicht offensichtlichen Erkrankung (asymptomatische leichte Erhöhung der Transaminasen) überhaupt einen Vorteil für den Patienten darstellt, wäre wünschenswert. Vielleicht würde dieser Patient zu der Mehrheit derjenigen gehören, die mit einer homozygoten Genmutation und leicht erhöhten Transaminasen, aber sonst unbehelligt durchs Leben gehen – wäre da nicht auch noch die Multiple Sklerose.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen
Institut für Allgemeinmedizin und
Familienmedizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
andreas.soennichsen@uni-wh.de

Literatur

1. Ioannou GN, Boyko EJ, Lee SP. The prevalence and predictors of elevated serum aminotransferase activity in the United States in 1999–2002. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 76–82
2. Kundrotas LW, Clement DJ. Serum alanine aminotransferase (ALT) elevation in asymptomatic US Air Force basic trainee blood donors. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 2145–1250
3. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hemochromatosis: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2006; 145: 204–208
4. Whitlock EP, Garlitz BA, Harris EL, Beil TL, Smith PR. Screening for hereditary hemochromatosis: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2006; 145: 209–223



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit zwei Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet sowohl Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle als auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Interessenten schicken bitte einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de