

Stoffwechsel-bedingte Fettlebererkrankung (MASLD)

Die nach der neuen internationalen Nomenklatur als Metabolische Dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung bezeichnete **MASLD (früher NAFLD/NASH)** ist die weltweit häufigste Lebererkrankung und betrifft etwa 25 % der erwachsenen Bevölkerung. Sie ist eine der führenden Ursachen für die Leberzirrhose und das hepatozelluläre Karzinom.

Die MASLD ist definiert durch das **Vorliegen einer Steatose** und von **mindestens einem der folgenden fünf kardiometabolischen Kriterien bei Erwachsenen** (BMI ≥ 25 kg/m² od. Taillenumfang von > 94 cm (m) bzw. > 80 cm (w); Nüchternblutglukose ≥ 100 mg/dl od. 2h postprandial > 140 mg/dl od. Typ 2 Diabetes mellitus od. Therapie eines T2DM; Blutdruck $\geq 130/85$ mm Hg od. antihypertensive Therapie; Triglyzeride ≥ 150 mg/dl oder Fettsenker; HDL-Cholesterin < 40 mg/dl (m) und < 50 mg/dl (w) oder Cholesterinsenker) bei gleichzeitiger Abwesenheit eines übermäßigen Alkoholkonsums.

Neben Anamnese und körperlicher Untersuchung werden zur Diagnose einer MASLD zunächst Routinelaboruntersuchungen und die Abdomen-Sonographie herangezogen.

Diagnostik bei Verdacht auf MASLD:

Stufen	Messwerte
Initial	1. Alkoholkonsum: < 10 g/Tag Frauen, < 20 g/Tag Männer
	2. Persönliche und Familienanamnese, Bluthochdruck, kardiovaskuläre Risikofaktoren
	3. Medikamentenanamnese (potenzielle Steatose-induzierende Wirkstoffe oder Toxine)
	4. BMI, Taillenumfang, Gewichtsveränderungen
	5. Virushepatitis B und C
	6. Leberenzyme (ALT, AST, G-GT)
	7. Nüchternblutglukose, HbA1c, oGTT, ggf. Nüchterninsulinspiegel
	8. Blutbild
	9. Gesamt-Cholesterin, HDL- und LDL-Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure
	10. Abdominelle Sonographie
Erweitert	1. Ferritin und Transferrinsättigung
	2. Ausschluss von Zöliakie (IgA, Transglutaminase-IgA), Schilddrüsenerkrankungen (TSH) und eines polyzystischen Ovarsyndroms
	3. Ausschluss von selteneren Lebererkrankungen: Morbus Wilson (Coeruloplasmin i.S., Kupfer i.S., Kufer im 24 Std.-SU.), autoimmunen Lebererkrankungen (ANA, AMA, ASMA, LKM-AK, SLA-AK, p-ANCA) und Alpha1-Antitrypsin-Mangel (Alpha1-Antitrypsin i.S., CRP; ggf. Alpha1-Antitrypsin-Genotypisierung)

Nicht-invasive Testverfahren, wie der **FIB-4-Score** (einfacher laborbasierter Score aus **AST, ALT, Thrombozytenzahl und Alter des Pat.**, der Ihnen bei Anforderung als **Rechenwert im Befund** mitgeteilt wird), der NAFLD Fibrosis Score (NFS) und die **transiente Elastografie** haben, wie in der S2k-Leitlinie empfohlen, eine hohe diagnostische und prognostische Wertigkeit.

Literatur:

- Roeb E et al. Aktualisierte S2k-Leitlinie nicht-alkoholische Fettlebererkrankung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS). AWMF-Registriernummer: 021-025 (v.2.0/April 2022)
- Roeb E et al. Amendment „Neue Nomenklatur zur MASLD (Metabolic Dysfunction Associated Steatotic Liver Disease; metabolische Dysfunktion assoziierte steatotische Lebererkrankung)“ zur S2k-Leitlinie. Z Gastroenterol. 2024 Jul;62(7):1077-1087
- Schattenberg JM, Hofmann WP. Nicht-alkoholische Fettlebererkrankungen. © CME-Verlag 2021
- Schattenberg JM, Scheper N. Fettlebererkrankungen richtig diagnostizieren. © CME-Verlag 2024
- EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD): Executive Summary. Diabetologica (2024) 67:2375-2392

LaborInfo 86.3, verifiziert: 01/2025

Wenn über einfache Screening-Untersuchungen **Risikopersonen für eine MASLD** identifiziert werden, so ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich bzw. sollte die Überweisung in eine Lebersprechstunde erfolgen.

In Folge sollten andere hepatologische Erkrankungen ausgeschlossen und typische kardiovaskuläre und metabolische Begleiterkrankungen abgeklärt werden.

Bei Erstdiagnose einer MASLD sollte bei allen Betroffenen eine **Risikostratifizierung** hinsichtlich des vorliegenden **Fibrosestadiums** anhand eines nicht-invasiven Tests (bspw. FIB-4-Score) oder der Elastografie durchgeführt werden.

Interpretation FIB-4-Score:

Alter < 65 Jahre:

$< 1,3$ geringes Fibrosesisiko
 $1,3-2,67$ intermediäres Risiko
 $> 2,67$ hohes Risiko für fortgeschrittene Fibrose

Alter ≥ 65 Jahre

$< 2,0$ geringes Fibrosesisiko
 $2,0-2,67$ intermediäres Risiko
 $> 2,67$ hohes Risiko für fortgeschrittene Fibrose

