

## Hematológia

**Egy anaemia perniciosás beteg átlagos vörösvértest-térfogata (A pernicious mean corpuscular volume)** Green AS, Chapuis N. (Hôpitaux Universitaires Paris Centre, Paris, Franciaország): *Blood* 2018; 131: 472. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2017-09-807149>.

Egy 44 éves nőt aszténia miatt utaltak kórházba. A laboreredmények normocytar anaemiát (22 g/l hemoglobinszint, az átlagos vörösvértest-térfogat – mean corpuscular volume [MCV] 82 fl,  $9,18 \times 10^9/l$  reticulocytaszám), anisocytosist, a vörösvérsejt-térfogat változatos eloszlását, azaz növekedett „red cell distribution width”-et (RDW, 43,2%; normáltartomány <20%), thrombocytopeniát ( $69 \times 10^9/l$ ), és normális számú neutrophil granulocytát mutattak. Az alacsony haptoglobinszint (<0,1 g/l) és az emelkedett laktát-dehidrogenáz-aktivitás (8649 U/l; normáltartomány, 135–214 U/l) hemolízisre utalt. A vérkenet vizsgálata poikilocytosist mutatott, ovalocytákkal, dacryocytákkal és schizocytákkal. A vérkenetet May–Grünwald–Giemsa szerint festették. A szerzők hiperszegmentált neutrophilokat is megfigyeltek, ami B<sub>12</sub>-vitamin-hiányra utalt. A szérumban B<sub>12</sub>-vitamin-szintje 50 pg/ml-nél alacsonyabb volt (normális értéktartomány 223–1100 pg/ml). Anaemia perniciosát valószínűsítve, a beteg B<sub>12</sub>-vitamin-terápiát kapott, és számos kóros laboreredménye normalizálódott két hónapon belül; az RDW 24% lett, az MCV nem normalizálódott (67,8 fl, a vörösvértestek átlagosan a normálisnál kisebbek). A génszekvenálás  $\alpha$ -thalassaemia minort igazolt.

A szerzők betegénél a megaloblastos anaemia összes jellemzője látható volt, a macrocytosist kivéve, amelyet a fel nem ismert haemoglobinopathia elfedett. A thalassaemia általában microcytosissal jár. Ez az eset kiemeli a vérkenet vizsgálatának jelentőségét az anaemia értékelésében. A schizocyták és a dacryocyták úgy tekintendők ez esetben, mint a poikilocytosis része. A hiperszegmentált neutrophil fehérvérsejtek és a hemolízis felvetik a vitaminhiány keresésének szükségességét még akkor is, ha nincs a betegnek macrocytosisa.

A szerzők irodalmi hivatkozást nem adnak meg.

Gáspárdy Géza dr.

## Hepatológia

**Az egészséget kockáztató magatartás szerepe a halálozásban krónikus C-hepatitises amerikai felnőttekben: népeség tanulmány (The contribution of health risk behaviors to excess mortality in American adults with chronic hepatitis C: a population cohort study)** Innes H, McAuley A, Alavi M, et al. (Glasgow Caledonian University, Cowcaddens Road, George Moore Building, Glasgow G40BA, Egyesült Királyság; e-mail: hamish.innes@nhs.net): *Hepatology* 2018; 67: 97–107.

A *hepatitis C-vírus* (HCV)-fertőzésnek jelentős szerepe van a fokozott *halálozásban* (excess mortality): Nyugat-Európában, Észak-Amerikában és Ausztráliában az összhálozás (all-cause) aránya 3,1–6,7-szeres az anti-HCV-pozitív egyénekben az általános népességhez viszonyítva. Fialak között ez még kifejezettebb, például Skóciában a 20–49 év közötti populációban az arány 9,0-szeres, de az 50 év felettiekben csak 3,7-szeres. Kérdés, hogy mindezért mennyiben felelős a *HCV-infekció* (és annak következményei, mint a cirrhosis és a hepatocellularis carcinoma, illetve az extrahepaticus manifesztációk, például a diabetes, a lymphoma és a cardiovascularis betegség) – vagy mekkora a szerepe ebben a fertőzött kockázati magatartásának.

Ismert, hogy a májklínikákon észlelt HCV-betegek egyharmada nagyívó, és közel felük korábban intravénás (iv.) droghasználó volt. Dániában és Skóciában azt állapították meg, hogy a krónikus HCV-betegek májeredetű halálzásáért csak 55–60%-ban felelős a HCV, a többi esetben az alkoholfogyasztás következményéről lehet szó. Mások azt is leírták, hogy bár a HCV eliminálása (tartós virológiai válasz, SVR) a halálzás kockázat csökkenésével jár, a mortalitás mégis az általános populációhoz képest 1,9-szeres marad, és ebben az alkohol, valamint az iv. drog a meghatározó tényező.

A szerzők HCV-fertőzöttben öt, az *egészségre kockázatot jelentő magatartásnak* a halálozásban (excess mortality) játszott szerepét tanulmányozták. Populációvizsgálatban az önként bevallott alkoholfogyasztás, a dohányzás, a fizikai inaktivitás, az egészségtelen étrend és az illegális droghasználat előfordulását regisztrálták (nem

intézetben elhelyezett) *HCV-fertőzöttben*, valamint *HCV-mentes egyénekben*. Arra a kérdésre kerestek választ, hogy az említett kockázati magatartásformák és a szociodemográfiai tényezők miként befolyásolják a mortalitást HCV-infekcióban.

Az Amerikai Egyesült Államokban folyamatosan működő Nemzeti Egészségügyi és Táplálkozási vizsgálatban (NHANES) 1999 óta évenként követnek 5000, nem kórházban fekvő személyt, kérdőív módszerrel és részletes egészségügyi vizsgálattal, beleértve a vírusserológiát is. (Az alkoholra és a kábítószerre vonatkozó adatok a 20 év feletti népességben állnak rendelkezésre.) A szerzők a NHANES-felmérésnek az 1999 és 2010 közötti éves adatbázisait használták fel.

A résztvevőket 1) a szociodemográfiai faktorok, 2) a vizsgálat idején fennálló magatartás, 3) az előző, de már nem fennálló kockázati magatartás, 4) a HCV-status, 5) a komorbid állapotok alapján osztályozták, és 6) vizsgálták a 2011 és 2015 közötti halálzását. (A szociodemográfiai tényezők között az életkor, a nem, a jövedelem, a képzettség és a rassz szerepelt. Az alkoholról és a „nagyívónak” tekintették a >5 ital/nap [>70 g/nap] alkoholt fogyasztókat, az egészségtelen étkezést a napi gyümölcs- és zöldségfogyasztás alapján határozták meg. Rögzítették a szív- és tüdőbetegségekre, a diabetesre, az elhízásra, illetve a HIV-re vonatkozó adatokat.)

**Eredmények:** Összesen 27 468 egyén adatát elemezték, közülük 363 (1,2%) volt HCV-pozitív. A *HCV-fertőzött* között (a nem HCV-populációhoz képest) több volt a férfi, idősebbek voltak, több volt a nem spanyol fekete, több volt a szegénységi küszöb alatt élő. (A férfiak aránya a HCV-csoportban 66% vs. nem HCV-egyének 47,7% volt, a felsőfokú végzettség előfordulása 40% vs. 55,9%, a szegénységi küszöb alatt élők aránya 35,4% vs. 13,2% volt.)

A 6,2 év átlagos követési idő alatt 9,5% (25 999) egyén halt meg, közöttük 43 volt HCV-pozitív. A kockázati magatartást illetően: a nagyívók aránya 2,3-szoros volt a HCV-csoportban (18,5 vs. 8,3%), hasonlóképp a dohányzók aránya is 2,3-szoros volt (63,8% vs. 28,2%); a jelenlegi iv. drogosok aránya 93-szoros volt (9,3% vs. 0,1%).

A HCV-fertőzöttben a mortalitás 2,4-szeres volt a nem HCV-populációhoz képest. Azonban az egészségtelen életmóddal kapcsolatos ártalmak figyelembevételével a *mortalitáskockázat* 50,7%-kal

alacsonyabb: a halálozásban nemcsak a HCV szerepével kell számolni.

*Következtetés:* A vírust eliminálni képes direkt ható antivirális szerek (DAA) korszakában is megmarad a HCV-fertőzöttek fokozott mortalitása egészségtelen életmód esetén. Ezért a DAA-hoz való hozzáférés biztosítása mellett a kockázatos magatartás megváltoztatására is feltétlenül szükség van.

*Pár Alajos dr.*

## Sportorvostan

**A derékfájás megelőzése: a pszichoszociális rizikótényezők diagnózisa a sportolókon (Preventing low back pain: diagnosis of psychosocial risk factors in athletes (MiSpEx Network) Wippert PM, Puschmann AK, Gantz S, et al. (Universität Potsdam, Sport- und Gesundheitssoziologie, Am Neuen Palais, 10, 14469 Potsdam, Németország;**

e-mail: wippert@uni-potsdam.de): **Dtsch Ztschr Sportmed.** 2018; 69: 267–273.

A legtöbb embert az életében eléri legalább egy akut derékfájás, amely spontán elmúlhat, de a visszatérő epizódok krónikus nemspecifikus fájdalomba mehetnek át, sportolókon az edzésidőt akár 28%-kal csökkentve és a sporteredményességet rontva. Az orvosilag nem indokolható nemspecifikus krónikus derékfájás (chronic low back pain) biopszichoszociális rizikótényezőkkel bírhat (yellow, orange, blue, black flags – „YF faktorok”). Ezek korai felismerését szorgalmazza az európai útmutató (van Tulder M, et al. Eur Spine J. 2006; 15: S169–S191. doi: 10:1007/s00586-006-1071-2). Biopszichoszociális vonatkozású szűrési tesztek közül a Keele StarT Back Screening Tool (Hill IC, et al. Arthritis Rheum. 2008; 59: 632–641. doi: 10.1002/art.23563) kilenc faktort vizsgál. Az Örebro Musculoskeletal-Pain-Screening Questionnaire 25 kérdést tesz fel (Clin J Pain 2003; 19: 80–86. doi: 10.1097/00002508-200303000-00002). A pszi-

choszociális vonatkozású szűrő a Heidelberger Kurzfragebogen-Rückenschmerz (HKF-R 10; doi: 10.1016/j.ejpain.2005.08.002) 27 kérdést tesz fel, míg a PICKUP (PLoS Med. 2016. doi: 10.1371/journal.pmed.1002019) csupán ötöt. Ezek az alapellátásban megforduló betegeknek vonatkoznak (depresszió, munkahelyi distressz stb.) és kevésbé a sportolókra. Ez utóbbi problémát igyekeztek a MiSpEx-tanulmányokkal megoldani, három centrumban és több alcentrumban. A depresszió mellett a félelem elkerülése és túrása, a fájdalomtúrás – opioid mechanizmusok – (Psychophysiology 2012. doi: 10.1111/psyp.12168), a krónikus sérülések okozta stressz, fájdalom, nem tipikus depresszió 33 biomarkerrel deríthető fel (Pain Res Managing 2014; 19: 317–327. doi: 10.1155/2014/838954). A szociális környezet, a gyerekek korai elszakadása a szüleitől, az edzőkkel kiépült kapcsolat, az orvosi ellátás minősége mérhető hatással van a rizikótényezőkre is.

*(Ref.: A lap szabadon elérhető.)*

*Apor Péter dr.*

Az Orvosi Hetilap 2018, 159, 2040. oldalán (48. szám) megjelent OH-Kvízre egy helyes megfigyelés érkezett.

A beküldő: *Dr. Bíró László* (Budapest).

A nyertesnek szívből gratulálunk.

Nyereményét – egy, az Akadémiai Kiadó webáruházában kedvezményes vásárlásra jogosító kupont – e-mailen küldjük el.