Steatosi epatica associata a disfunzione metabolica

Data 16 luglio 2026
Categoria epatologia

Una bella review pubblicata da Australian Prescriber ci consente di tornare sulla steatosi epatica non alcolica oggi detta MAFLD.

Un tempo si parlava di steatosi epatica non alcolica (NAFLD = non-alcoholic fatty liver disease). Oggi si preferisce il termine MAFLD (= Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease = steatosi epatica associata a disfunzione metabolica), definizione che riflette meglio il ruolo dei fattori di rischio metabolici. La MAFLD colpisce 1 adulto su 3 ed è una causa crescente di cirrosi, carcinoma epatocellulare e trapianto di fegato.
Va considerato però che la nomenclatura di questa condizione è in continua evoluzione: come si è detto si è passati da NAFLD (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease) a MAFLD (Metabolic dysfunction-Associated Fatty Liver Disease). Ma il termine oggi più raccomandato è MASLD (Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease). I termini MAFLD e MASLD, pur simili, non sono perfettamente sovrapponibili e coesistono in letteratura. In presenza di infiammazione un tempo si usava il termine NASH (Non-Alcoholic SteatoHepatitis), oggi si preferisce MASH (Metabolic dysfunction-Associated SteatoHepatitis). L'infiammazione comporta un aumento del rischio di evoluzione in fibrosi, cirrosi ed epatocarcinoma.

La **diagnosi** si basa sul riscontro di steatosi epatica (tramite imaging o biopsia) associata a uno dei seguenti criteri:
1.sovrappeso/obesità
2. diabete mellito di tipo 2 (T2D)
3. disfunzione metabolica in soggetti normopeso (presenza di almeno 2 fattori tra: obesità centrale, ipertensione, dislipidemia, prediabete o insulinoresistenza).

L'**ecografiaepatica** è l'esame raccomandato per diagnosticare la steatosi. Gli esami di laboratorio comprendono i test di funzionalità epatica (che però possono risultare normali anche in presenza di MAFLD). È fondamentale indagare il consumo di alcol, l'uso di farmaci steatogeni (es. amiodarone, metotrexato, corticosteroidi) ed effettuare lo screening per epatiti virali o emocromatosi.

Identificare la fibrosi avanzata è l'obiettivo clinico principale per prevenire la progressione della malattia. Il MMG può ricorrere in prima battuta al **FIB-4Index** , che si basa su 4 parametri molto semplici: età in anni moltiplicato AST, dividere per numero piastrine (ad esempio se 140000 prendere solo 140) moltiplicato per radice quadrata di ALT. Es: età 52 anni, AST 52, piastrine 140000 ALT 64 = prima fare 52x52 = 2704; poi moltiplicare 140 x radice quadrata di 64 = 140 x 8 = 1120; infine dividere 2704 per 1120 = 2,41.
Se FIB-4:
< 1.3: basso rischio = ripetere il test ogni 1-3 anni
1.3 – 2.7: rischio indeterminato = richiede un test di secondo livello
> 2.7: alto rischio = necessario invio allo specialista epatologo.
I test di secondo livello si basano sull'elastografia (FibroScan) o su test sierici diretti (come Hepascore o ELF) per i pazienti con FIB-4 indeterminato.

Importanti la **modifica degli stili di vita** (soprattutto dieta mediterranea) e il controllo delle comorbidità: calo ponderale (una perdita di almeno il 7-10% del peso è associata a miglioramento istologico e riduzione della fibrosi), monitoraggio annuale di BMI e circonferenza vita, valutazione del rischio cardiovascolare (principale causa di morte nei pazienti MAFLD) e screening per insufficienza renale cronica e apnee ostruttive del sonno.

La **terapiafarmacologica** può avvalersi delle statine che sono ritenute sicure anche in presenza di cirrosi compensata. Nuovi farmaci come resmetirom e semaglutide sono delle alternative nei casi di MASH con fibrosi significativa. Va sottolineato che lo stato di approvazione e rimborsabilità di questi farmaci in Italia è in rapida evoluzione: al momento della stesura di questa pillola la situazione differisce da quella di altri paesi extra-europei, e si consiglia di verificare le indicazioni AIFA aggiornate prima di prescriverli per questa indicazione.

Per i pazienti con cirrosi, è raccomandata un'ecografia epatica ogni 6 mesi (con eventuale dosaggio dell'alfa-fetoproteina).

RenatoRossi

Bibliografia

Richard O’Halloran, Leon A Adams, Gary Deed, John S Lubel. Metabolic dysfunction–associated fatty liver disease: an update. Aust Prescr 2026;49:44-9. 7 April 2026. DOI: 10.18773/austprescr.2026.014