



Relevância da infecção VHC em coagulopatias congénitas



A. Caiado¹, M. N. Costa², M. J. Silva², M. Antunes¹, A. L. Santos¹, J. Esteves², M. Diniz¹

1 – Serviço de Imunohemoterapia, Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Lisboa, Portugal)

2 – Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Lisboa, Portugal)

Introdução

No início dos anos 80, a indisponibilidade de métodos de inactivação viral adequados conduziu à transfusão de componentes derivados de sangue humano de doadores infectados pelo vírus da hepatite C (VHC).^{1, 2, 3}

Os doentes com coagulopatias congénitas tratados com derivados de sangue humano foram infectados pelo VHC.

Cerca de 20% erradicaram espontaneamente a infecção.⁴

80% desenvolveram infecção VHC crónica.

10-20% apresentaram progressão para doença hepática terminal em mais de duas décadas.⁴ Um dos maiores desafios na monitorização da infecção VHC é a correlação insatisfatória entre a bioquímica hepática e apresentação clínica e a histologia ou actividade da doença.⁵

Objectivos

Definir e caracterizar a subpopulação de doentes infectados pelo VHC na população de doentes com coagulopatias congénitas seguidos no nosso Centro.

Avaliar a relevância do tratamento para a infecção pelo VHC na população em estudo.

Métodos

Análise retrospectiva duma série de 161 doentes com coagulopatias congénitas tratados no Centro de Hemofilia do Serviço de Imunohemoterapia do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Revisão sistemática dos dados clínicos dos doentes.

Elaboração de uma base de dados em Microsoft® Office Access, compreendendo a informação obtida e estudo estatístico, em Microsoft® Office Excel, das suas variáveis: idade, género, tipo, graduação de gravidade e modalidade de tratamento da coagulopatia congénita, evolução dos marcadores serológicos, genótipo e tipo de tratamento da infecção pelo VHC e co-infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Resultados

	Hemofilia A (n=112)			Hemofilia B (n=23)		Doença de von Willebrand (n=26)	
	Grave	Moderada	Ligeira	Grave	Moderada ou Ligeira	Tipo 2	Tipo 3
Número de doentes (n=161)	58 36%	14 9%	40 25%	13 8%	10 6%	19 12%	7 4%
Idade (anos)	41,0 ± 14,4	35,6 ± 10,0	42,3 ± 15,2	36,1 ± 13,6	53,6 ± 15,3	53,0 ± 17,7	43,0 ± 10,7
Género	Masculino 100%	100%	100%	100%	100%	21%	29%
	Feminino -	-	-	-	-	79%	71%
Frequência	<i>On demand</i> 38	14	40	10	10	-	-
	Profílatóico 20	-	-	3	-	-	-
Modalidade tratamento	Derivado 34	5	6	11	4	-	-
	Recombinante 24	9	34	2	6	-	-
	36	8	8	3	1	3	6
	62%	57%	20%	23%	10%	16%	86%
Infecção HCV	17	4	25	8	6	5	-
	29%	29%	63%	62%	60%	26%	-
	5	2	7	2	3	11	1
	9%	4%	17%	15%	30%	58%	14%
Tratado para HCV (n=26)	13 8,1%	4 2,5%	4 2,5%	-	1 0,5%	1 0,5%	3 1,9%

Tratado para HCV	26 (16%)
1	11 (42%)
2	4 (15%)
3	5 (19%)
4	3 (12%)
Não disponível	3 (12%)
Modalidade tratamento	10 (38%)
Interferão + Ribavirina	1 (4%)
Interferão-peguilado + Ribavirina	14 (54%)
Outro	1 (4%)
Duração média do tratamento (meses)	9,4 ± 2,7
Resposta virológica mantida	9 (35%)
Re-tratado	7 (27%)
Co-infecção HIV	5 (19%)

Conclusões

Mais de 80% (130) dos doentes com coagulopatias congénitas seguidos no nosso Centro foram estudados para infecção pelo VHC. 40% (65) estão infectados.

Mais de 16% foram tratados para a infecção pelo VHC, maioritariamente pela associação de interferão-peguilado e ribavirina, ao longo de aproximadamente 9 meses.

Considerando que a maioria dos doentes foram infectados no final dos anos 70 e início dos anos 80 e a evolução natural da infecção pelo VHC em doentes sem coagulopatias congénitas, prevê-se um aumento significativo da prevalência de complicações major nos próximos anos no nosso Centro.

Com o objectivo de providenciar o tratamento mais apropriado, estes doentes devem ser identificados como formando uma subpopulação particularmente vulnerável entre a população de doentes tratados por coagulopatias congénitas no nosso Centro, se não monitorizada adequadamente.

Desta forma, esta subpopulação merece a maior atenção e planeamento meticolosos no sentido de encontrar a melhor forma de gerir profilacticamente e fazer o seguimento da doença e das suas complicações potencialmente graves.

Bibliografia

1 - Alter HJ. Post transfusion hepatitis: clinical features, risk and donor testing. Prog Clin Biol Res 1985; 182: 47-61.

2 - Aymard JP, Janot C, Gayet S et al. Post transfusion non-A, non-B hepatitis after cardiac surgery. Vox Sanguis 1986; 51: 236-8.

3 - Posthouwer D, Plug I, van der Bom JG, Fischer K, Rosendaal FR, Mauer-Bunschoten EP. Hepatitis C infection among Dutch haemophilia patients: a nationwide cross-sectional study of prevalence and antiviral treatment. Haemophilia 2005; 11: 270-5.

4 - Posthouwer D, Makris M, Yee TT et al. Progression to end-stage liver disease in patients with inherited bleeding disorders and hepatitis C: an international, multicenter cohort study. Blood 2007; 109: 3667-71.

5 - Dooley J. Investigation of hepatitis C haemophilia including liver biopsy. Haemophilia 1995; 1 Supplement 4: 25-29.