

درمان HBV و HCV مزمن در اطفال

دکتر محمد صادق رضایی ۱

دانشیار، مرکز تحقیقات عفونی با گرایش عفونت های بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
dmsrezai@yahoo.com

عفونت های هپاتیت B و C از مهم ترین معضلات بهداشتی در سراسر جهان هستند. این دو عفونت مزمن، از علل مهم مرگ و میر در جهان هستند. کودکان نسبت به هر دو نوع عفونت آسیب پذیر هستند. بروز واقعی هپاتیت B در دوران کودکی ناشناخته است زیرا ۸۵٪ تا ۹۰٪ از بیماران با عفونت ناشی از ویروس هپاتیت B (HBV) در این سنین بدون علامت هستند. سیر بیماری از یک عفونت حاد تا یک بیماری مزمن متفاوت می باشد. ده درصد از عفونت HBV حاد در تمام گروه های سنی تبدیل به عفونت های مزمن خواهد شد. سن بیمار رابطه معکوس با میزان مزمن شدن بیماری دارد. به عنوان مثال میزان پیشرفت بیماری از عفونت HBV حاد به عفونت مزمن در دوره نوزادی در حدود ۹۰٪ می باشد. این میزان در سن ۱ تا ۵ سالگی به ۲۰ تا ۵۰٪ می رسد. عفونت مزمن HBV باید در تشخیص افتراقی اطفال با هپاتومگالی، زردی، یا سایر نشانه های بیماری کبد گنجانده شود. سیروز، نارسایی کبدی، یا HCC در حدود ۱۵٪ تا ۴۰٪ از بیماران آلوده توسعه خواهد یافت. هدف از درمان HBV مزمن، قطع یا کاهش در تکثیر ویروس، بهبودی کیفیت زندگی با پیشگیری از ایجاد سیروز، به تعادل رساندن سطح آمینوترانسفرازها، پیشگیری از بیماری های کبدی پیشرفته و HCC و مرگ می باشد. کودکان کاندید درمان می بایستی شواهدی از عفونت با HBV مزمن یا تکثیر ویروس را داشته باشند و HBsAg آن ها برای حداقل ۶ ماه قابل تشخیص و HBeAg و یا HBV-DNA مثبت باشد. در حال حاضر پنج داروهای مجوز برای درمان عفونت مزمن HBV برای کودکان در ایالات متحده آمریکا وجود دارد که عبارتند از: اینترفرون آلفا، lamivudine، entecavir و tenofovir disoproxil fumarate، adefovir dipivoxil.

tenofovir و Adefovir تنها برای استفاده در نوجوانان ۱۲ سال و مسن تر، entecavir در نوجوانان ۱۶ سال سن و بالاتر مورد تایید است. Lamivudine آنالوگ نوکلئوزیدی خوراکی است. Adefovir dipivoxil یک آنالوگ نوکلئوتید خوراکی است و توسط FDA برای کودکان ۱۲ سال سن و مسن تر تایید شده است. tenofovir disoproxil fumarate آنالوگ مهار کننده نوکلئوتید خوراکی با پتانسیل قوی تر سرکوب ویروسی و پروفایل ایمنی خوب است. مصرف Entecavir در نوجوانان ۱۶ سال سن و مسن تر بر اساس آزمایش های بزرگسالان تایید شده است. شیوع عفونت ناشی از ویروس هپاتیت C (HCV) در کودکان در ایالات متحده (۰٫۲٪ تا ۰٫۴٪) تخمین زده می شود در حالی که نرخ در کشورهای در حال توسعه بالاتر و (۱٫۶٪ تا ۸٫۲٪) گزارش شده است. کسب عفونت HCV در کودکان بیشتر از طریق انتقال خون، اقدامات پزشکی، مصرف مواد مخدر، و از مادر به فرزند می باشد. انتقال HCV به صورت پرنینتال حدود ۶٪ تخمین زده شده است.

تمام بیماران مبتلا به عفونت مزمن HCV کاندید درمان بالقوه هستند. درمان در بیماران با HCV-RNA قابل تشخیص و یا بیماران با التهاب متوسط و با Bridging یا پورتال فیروز در بیوپسی کبد، توصیه می‌شود. با این حال کودکان با حداقل سن ۳ سال با بیماری کمتر توسعه یافته در کبد که هیچ منعی برای درمان نداشته باشند نیز برای درمان یا جلوگیری از پیشرفت بیماری در نظر گرفته شوند. در حال حاضر درمان استاندارد مراقبت در کودکان مبتلا به HCV، درمان ترکیبی با پک اینترفرون آلفا و ribavirin که یک آنالوگ نوکلئوزیدی است می‌باشد. پگ alfa-2b و ریباویرین برای اطفال مسن تر از ۳ سال سن، و پگ alfa-2a برای افراد مسن تر از ۵ سال مورد تصویب FDA می‌باشد. شاخص پاسخ به درمان پایدار، تحقق SVR است که به عنوان عدم وجود ویروس خونی (ورمین) ۶ ماه پس از پایان درمان تعریف شده است.

www.hep.mzums.ac.ir