

NOUȚĂȚI ÎN MANAGEMENTUL BOLILOR HEPATICE ȘI AL BOLILOR INFLAMATORII INTESTINALE LA CONGRESUL EUROPEAN DE GASTROENTEROLOGIE (UEGW) DE LA BERLIN – OCTOMBRIE 2013 – SUMAR

News in the management of liver disease and inflammatory bowel diseases at the European Congress of Gastroenterology. UEGW, Berlin, October 2013. Summary

Dr. Carmen Ruxandra Posoiu

C.M.I. Dr. Carmen Ruxandra Posoiu, București

Congresul European de Gastroenterologie (UEGW) este cea mai amplă și mai prestigioasă întrunire anuală a gastroenterologilor din Europa. Congresul a avut loc anul acesta la Berlin, în perioada 12-16 octombrie 2013, adunând peste 12.600 de specialiști.

Vă prezentăm mai jos un sumar al celor mai importante discuții și mese rotunde care au avut loc la UEGW 2013 pe tema bolilor hepatice și inflamatorii intestinale.

Standarde de terapie pentru hepatita C

Tripla terapie reprezintă noul standard de terapie al infecției cronice cu virusul hepatitic C de genotip 1.

Tripla terapie pe bază de boceprevir sau telaprevir induce rate de RVS (răspuns viral susținut) de aproximativ 70%, atât la pacienții nativi, cât și la cei pre-tratați.

Anemia este cel mai comun efect advers al terapiei cu inhibitori de proteaze.

Ciroza este asociată cu rate scăzute de RVS și cu creșterea frecvenței efectelor adverse, în cazul ambilor inhibitori de protează.

Trebuie evitată tratarea pacienților ciroțici în cazul trombocitopeniei sub 100.000/mm³ și a albuminei mai mici de 35 g/dL.

Hepatita B. Știm cum să o tratăm, dar pe cine ar trebui să tratăm și când trebuie oprit tratamentul?

Scopul tratamentului hepatitei B este îmbunătățirea supraviețuirii prin prevenirea progresiei bolii către ciroză decompensată și carcinom hepatocelular.

Riscul de progresie a bolii este redus prin supresia susținută a ADN VHB până la nivel nedetectabil al replicării virale, care poate determina regresia fibrozei hepatice și chiar a cirozei. Mai mult, menținerea ADN-VHB la nivel nedetectabil crește rata seroconversiei AgHBe și a AgHBs, endpointuri urmărite în terapia VHB.

Totuși, VHB nu este complet eradicat prin tratament, chiar dacă apare seroconversia Ag HBs, fiind necesară terapie pe termen lung la pacienții Ag Hbe (-) și AgHBs (+) care nu pot menține supresia virală în afara tratamentului, precum și la pacienții cu boală hepatică avansată.

Ghidurile actuale recomandă utilizarea celor mai potente antivirale cu profiluri optime de rezistență (entecavir și tenofovir disoproxil fumarat) în monoterapie de prima linie la pacienții infectați cu VHB cu boală hepatică semnificativă.

Ghidurile EASL recent actualizate cu privire la infecția cu VHB au clarificat cum trebuie să tratăm hepatita B, pe cine trebuie să tratăm și când să sto-

Adresa de corespondență:

C.M.I. Dr. Carmen Ruxandra Posoiu. Specialist gastroenterologie și hepatologie, competență în ecografie și endoscopie digestivă.

Piața Veteranilor nr. 78-80, sector 6 București

e-mail: anda_mir@yahoo.com

păm terapiile antivirale: acest lucru este clar pentru interferon pegylat, dar există încă divergențe în cazul analogilor: seroconversia la antiHBe, pierderea Ag HBs sau seroconversia în sistemul HBs cu niveluri nedetectabile ale ADN-VHB sunt indicații clare de întrerupere a tratamentului, dar continuarea tratamentului la pacienți cu Ag Hbe (-) și cu ADN-VHB menținut la nivel nedetectabil fără boală hepatică semnificativă ridică încă discuții.

Tratamentul hepatitei cu virus Delta

Hepatita delta, cauzată de coinfecția cu virusul Delta la pacienții cu AgHBs pozitivi este considerată cea mai severă formă de hepatită cronică.

Principalul scop al tratamentului hepatitei delta este supresia replicării ARN-VHD care este de obicei asociată cu normalizarea enzimelor hepatice și ameliorarea histologică a bolii hepatice.

Ideal, terapia antivirală ar trebui să inducă vindecarea serologică a hepatitei B definită prin pierderea AgHBs și dezvoltarea anticorpilor antiHBs, ceea ce duce simultan la recuperarea din infecția cu virusul delta.

Terapia ar trebui individualizată pe baza stadiului bolii hepatice, statusului replicării atât a VHB, cât și a VHD, cineticii răspunsurilor în timpul terapiei, în special al nivelului cantitativ al Ag HBs.

Hepatita autoimună – diagnostic și tratament

Hepatita autoimună este o afecțiune de cauză necunoscută, al cărei diagnostic se bazează pe criterii clinice, biochimice, imunologice și histologice, după excluderea altor cauze de boală hepatică.

Prednison, prednisolon, budesonide sunt opțiuni terapeutice de prima linie, cu sau fără adăugarea de azatioprină, la pacienții adulți sau copii.

Normalizarea transaminazelor serice și a imunoglobulinelor IgG reprezintă primul scop al terapiei.

O varietate largă de alte imunosupresoare pot fi folosite la pacienții cu eșec de răspuns la medicamentele de primă linie după o atentă evaluare individuală a raportului risc-beneficiu.

Evaluarea non-invazivă a bolilor hepatice – unde ne aflăm?

1. Sunt actualmente disponibile mai multe metode non-invazive, bazându-se pe două abordări diferite, dar complementare: o abordare biologică care se folosește de dozarea anumitor biomarkeri serici, și o alta fizică ce utilizează măsurarea elasticității hepatice prin intermediul elastografiei.

2. Există două endpointuri relevante clinic pentru stadializarea fibrozei hepatice: fibroza semnificativă (indicație pentru tratament antiviral în he-

patitele cronice B și C) și ciroza (indicație pentru screeningul varicelor esofagiene și al carcinomului hepatocelular).

3. Elastografia (Fibroscan), Fibrotestul și APRI au fost studiate mai mult și validate cu preponderență în hepatita cronică C.

4. Utilizarea combinată a două metode diferite, precum elastografia și biomarkerii, reprezintă o abordare care determină creșterea performanței de diagnostic și limitează dezavantajele ambelor metode.

Elastografia tranzitorie reprezintă o metodă excelentă pentru detectarea precoce a cirozei, având și posibilă valoare prognostică. Totuși, ea nu poate substitui endoscopia digestivă superioară în screeningul varicelor esofagiene.

6. Principala limitare a elastografiei tranzitorii în practica clinică este imposibilitatea de a obține măsurători valabile ale rigidității hepatice la aproximativ 20 dintre pacienți, în special la pacienții obezi.

Care ar trebui să fie prima linie de tratament în colita ulcerativă?

Decizia legată de strategia adecvată de tratament pentru colita ulcerativă depinde de activitate, distribuție (proctită, afectarea colonului stâng, colită extinsă) și de pattern-ul bolii.

Mesalazina este tratamentul standard pentru formele ușoare până la moderate, indiferent de extinderea bolii.

Steroidii pe cale sistemică reprezintă tratamentul standard pentru colita ulcerativă severă.

Care ar trebui să fie prima linie de tratament în Boala Crohn?

Strategiile terapeutice ar trebui să fie adaptate profilului de risc al fiecărui pacient, pe baza evaluării obiective a gradului de inflamație (markeri de laborator, imagistică, endoscopie).

Pacienții cu boală severă sau prognostic prost ar trebui tratați cu agenți anti TNF, în monoterapie sau în terapie combinată cu tiopurine, agenții anti TNF dovedindu-se superiori atât pentru inducerea, cât și pentru menținerea remisiunii, determinând vindecarea mucoasei și reducerea ratelor de spitalizare și a necesității de intervenție chirurgicală, în totate studiile clinice ranomizate.

Budesonide sau alți steroidi sistemici, în combinație sau nu cu tiopurinele, pot fi administrați pacienților cu boală fără complicații, cu activitate ușoară sau moderată.

Expunerea la steroidi trebuie să fie minimizată, iar administrarea lor continuă trebuie evitată.

Utilizarea timpurie a imunosupresoarelor (de ex. tiopurine) se asociază cu reducerea ratelor de intervenție chirurgicală pe termen lung.