



Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem

Hepatite C

Riscos, prevenção e
tratamento

ELPA



**European Liver
Patients
Association**

F. De Renesselaan, 57
B – 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org



Estimado doente!

Esta brochura informa-o sobre a sua doença e ajuda-o a lidar melhor com a doença. Destina-se a encorajá-lo a manter contacto normal com o seu ambiente e a não ter receio injustificado de contagiar as outras pessoas. Queremos informá-lo sobre os efeitos da hepatite C na saúde e sobre as possibilidades de tratamento. Esperamos poder-lhe prestar apoio por este meio. Em caso de todas as questões relacionadas com a doença, consulte o seu médico.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nadine Piorkowsky'.

Nadine Piorkowsky
Presidente da ELPA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Zeuzem'.

Prof. Dr. Stefan Zeuzem
Comité científico da
ELPA

Conteúdo

Introdução	pág. 4
O fígado	pág. 5
Hepatite viral do tipo C	pág. 6
Contágio	pág. 7
Efeitos subsequentes da hepatite C	pág. 8
Análises do sangue	pág. 12
Biopsia hepática (punção do fígado)	pág. 13
Tratamento da hepatite C	pág. 14
Existem formas de tratamento alternativas?	pág. 22
Possibilidades de tratamento no futuro	pág. 23
Existe vacina contra a hepatite C?	pág. 25
Qual deve ser a minha alimentação?	pág. 25
Hepatite C e gravidez	pág. 26
Sobre a ELPA	pág. 27

Última revisão: Agosto 2009
Desenho: © 2007 by Deutsche Leberhilfe e. V.

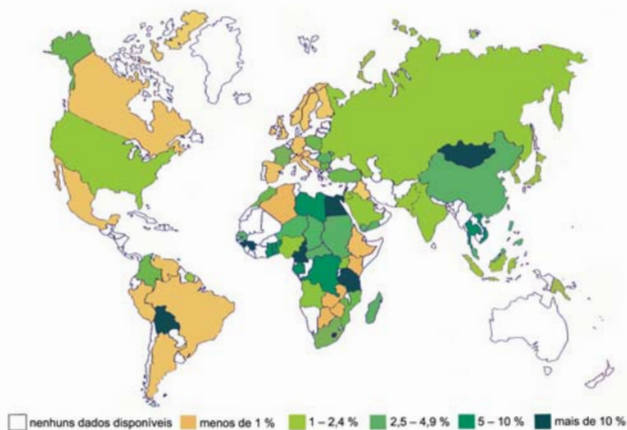
Introdução

Na Europa, milhões de pessoas sofrem de uma doença crónica do fígado. A cirrose hepática (alteração cicatricial do fígado) contra entre as causas de morte mais frequentes em adultos entre 30 e 50 anos de idade.

A par do álcool, deve referir-se sobretudo a hepatite viral do tipo B e C como principal causa de doenças crónicas do fígado. Por hepatite entende-se uma inflamação do fígado.

Na Europa, são milhares de novas infecções com hepatite tipo B e C todos os anos. Estima-se que a infestação com vírus da hepatite C é de 0,5–5% conforme o país (5–50 em cada 1.000 habitantes).

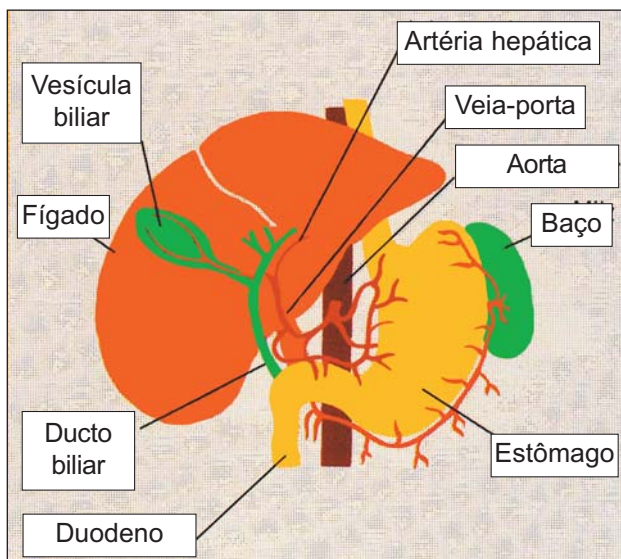
Propagação mundial da HVC



O fígado

Pesando cerca de 1.500 g, o fígado é o maior órgão do organismo humano. Situa-se na parte superior direita da cavidade abdominal e é envolvido por uma cápsula de tecido conjuntivo.

O fígado é o órgão central do nosso metabolismo. Uma das funções do fígado consiste em decompor as substâncias venenosas que entram no organismo através dos intestinos, antes de entrarem na grande circulação. Os componentes dos alimentos que chegam ao fígado através dos intestinos são aqui transformados. O fígado produz proteínas importantes, que tomam parte na coagulação do sangue e nas defesas do sistema imunitário contra



Posição do fígado no epigastro e sua vascularização. O sangue do intestino enriquecido com nutrientes chega ao fígado através da veia-porta.

as infecções. Outra função do fígado consiste na produção de bÍlis, que é drenada através de uma rede de canais especial para o duodeno. A bÍlis elimina os metabÓlitos contidos nos glÓbulos vermelhos do sangue e permite a digestão dos lípidos. Juntamente com a bÍlis, são também excretadas diferentes substâncias venenosas do organismo.

O próprio fígado não possui fibras nervosas que possam transmitir a dor. No entanto, podem ocorrer dores devido à tensão gerada na cápsula de tecido conjuntivo quando o fígado fica inchado ou cicatriza devido a processos de inflamação.

Hepatite viral do tipo C

A hepatite C é uma infecção a vírus do fígado. O agente patológico é o vírus da hepatite do tipo C. O vírus multiplica-se no fígado e é libertado no sangue pelas células hepáticas. Em cerca de 60–80 % dos doentes, as defesas do sistema imunitário não conseguem combater o vírus com sucesso, de modo que os doentes acabam por contrair uma hepatite C crónica. Outros 20–40 % recuperam da hepatite C sem tratamento dentro de meio ano após a infecção.

Sintomas da hepatite C

Os sintomas da hepatite C são muito discretos. Na maior parte dos doentes, a infecção com hepatite C

não provoca sintomas. Em alguns doentes pode causar forte sensação de cansaço, abatimento, uma capacidade limitada no quotidiano ou dor na parte superior direita do abdómen. É raro desenvolver-se uma icterícia.

Mecanismos da doença

Numa infecção crónica, o vírus da hepatite infesta constantemente novas células hepáticas. Como sinal de inflamação, os glóbulos brancos migram para o tecido hepático, onde contribuem para que as células hepáticas infectadas e mortas sejam eliminadas e removidas. No entanto, o próprio vírus não é, normalmente, eliminado. As células mortas do fígado podem ser depois substituídas por tecido conjuntivo (= tecido cicatricial). Quando o fígado revela tecido cicatricial num estágio precoce, chama-se a estas alterações de fibrose hepática e, mais tarde, de cirrose fibrosa. O tecido cicatricial cirrótico não pode ser mais transformado pelo organismo em tecido hepático.

Contágio

O contágio com o vírus da hepatite C, na maior parte dos casos, ocorre através do contacto directo ou indirecto com o sangue (transmissão parenteral). Antes de 1990, não era raro os doentes contagiarem-se com o vírus da hepatite C através da transfusão de preparados de sangue e anticoagulantes.

Entretanto, é possível identificar os doadores de sangue anti-HVC positivos mediante métodos de teste modernos. O risco residual de uma infecção com hepatite C através de transfusão de sangue é hoje muito reduzido.

Mas o vírus também pode ser transmitido através de seringas contaminadas, por exemplo, no consumo de drogas. Outros factores de risco de infecção com o vírus da hepatite C são tatuagens ou piercing. Um contágio também pode ocorrer através de feridas abertas, lâminas de barbear ou escovas de dentes. Embora haja possibilidade de uma transmissão por contacto sexual, o risco para os parceiros de doente infectados é considerado baixo. Uma possível transmissão depende do comportamento sexual. Até hoje, não foi descrita transmissão através da pele intacta ou da mucosa. Sendo assim, não há que recear uma infecção através da loiça, copos ou talheres, enquanto que estes não estejam contaminados com sangue.

Efeitos subsequentes da hepatite C

Em consequência de uma hepatite crónica (inflamação do fígado com sinais inflamatórios nítidos no tecido hepático), cerca de 30 % dos doentes desenvolvem uma cirrose hepática no decorrer dos anos. O risco de sofrer uma cirrose hepática depende, entre outras coisas, da idade que o doente tinha no momento da infecção, bem como da duração da

doença, isto é, a doença, em muitos casos, evolui mais rapidamente quando a infecção ocorreu numa idade mais avançada (mais de 40 anos). Outros factores capazes de acelerar a cirrose hepática incluem doenças hepáticas adicionais, tais como outros vírus hepáticos (por ex. uma infecção adicional com o vírus da hepatite B) ou substâncias que podem lesar o fígado de outra forma. Isto inclui, em primeiro lugar, o álcool.

Uma cirrose hepática está presente, quando grande parte do tecido hepático foi substituído por tecido conjuntivo. A estrutura normal do tecido hepático é, assim, destruída. Isto provoca alterações da circulação sanguínea, dando origem a tensão sanguínea alta na veia porta (veia que conduz dos intestinos ao fígado). A tensão elevada do sangue faz dilatar as veias na parede do esófago (varizes esofágicas) e do estômago, as quais podem romper-se e causar hemorragias gastrintestinais graves. O risco de hemorragias é agravado pelo facto de a coagulação do sangue estar limitada devido a uma síntese reduzida de proteínas no fígado e um número baixo de plaquetas (trombócitos). Em consequência da tensão sanguínea alta nas veias em frente do fígado, pode ocorrer ainda acumulação de líquido na cavidade abdominal (ascite).

Em consequência da cirrose hepática, as substâncias tóxicas que entram no sangue a partir dos intestinos e do estômago, em parte, deixam de ser processadas e eliminadas pelo fígado, entrando na circulação. Isto pode resultar em fadiga acentuada ou dificuldade de concentração (encefalopatia hepática, encéfalo = cérebro).

Devido à produção reduzida de proteínas no fígado cirrótico, a coagulação está perturbada, e são pro-

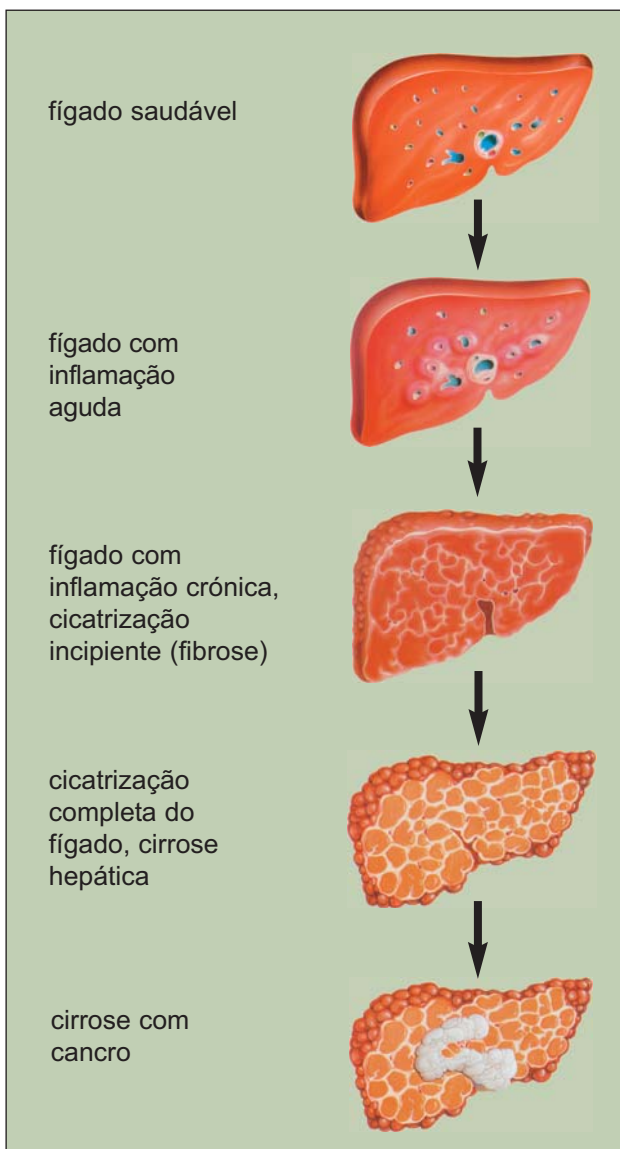


Figura: A forma como uma hepatite crónica C pode progredir para uma cirrose ou para cancro dentro de algumas décadas. Um tratamento e uma vida saudável podem parar ou desacelerar esta evolução.

duzidas menos substâncias necessárias ao sistema imunitário. Daí resulta uma propensão elevada para infecções.

Em consequência da acumulação de bÍlis e em caso de afecção grave do fÍgado, ocorre muitas vezes icterícia dos olhos e da pele, frequentemente acompanhada de prurido, e também a urina pode ficar escura.

Após longa evolução, nos doentes com hepatite crónica C existe risco de progressão para cancro do fÍgado (carcinoma hepatocelular). Embora na maior parte dos doentes o carcinoma hepatocelular se desenvolva sobre a base de uma cirrose, poucos doentes com hepatite crónica C foram descritos com carcinoma hepático, sem existir anteriormente cirrose, pelo que se recomenda realizar regularmente controles por meio de ecografia e análises do sangue.

Em alguns casos, a progressão da hepatite C  tão grave que  necessário um transplante do fÍgado. A actividade da inflamação hepática, bem como o grau de engorduramento do fÍgado e das alterações cicatriciais só podem ser comprovadas por meio de exame histológico. Para tal, é necessário retirar uma amostra tecidual do fÍgado (biopsia). Técnicas indirectas, tais como, por exemplo, a elastografia, ajudam igualmente a avaliar o grau da fibrose hepática.

Análises do sangue

O vírus da hepatite C pode ser detectado directamente no sangue através da informação hereditária (RNA) ou indirectamente através dos anticorpos formados pelos glóbulos brancos do doente. Um teste positivo de RNA é indício de uma doença activa, enquanto que a presença de anticorpos contra o vírus da hepatite C (anti-VHC) não permite distinguir entre uma infecção recuperada e uma infecção crónica persistente. Também em doentes que recuperaram de uma hepatite C podem detectar-se anticorpos durante muito tempo, mas não o HVC-RNA.

A base para o diagnóstico da hepatite C é o teste de anticorpos contra hepatite C (anti-HVC). Em doentes anti-HVC positivos (com anticorpos contra a hepatite C), deve realizar-se o teste viral directo, por ex., com uma PCR (reacção em cadeia de polimerase). Este é um teste particularmente sensível para detecção do vírus da hepatite C no sangue.

Em todos os casos em que se considera um tratamento antiviral, recomenda-se determinar, também, a quantidade de vírus no sangue (carga viral) e o genótipo do vírus da hepatite C. Os valores hepáticos (ALT, AST, também chamado “transaminase”), até um determinado ponto, dão informação sobre a actividade inflamatória da hepatite. No entanto, os valores hepáticos normais não significam uma exclusão da hepatite crónica C. Os valores analíticos também são determinados durante um tratamento, para controlo da evolução.

Visto que o risco de desenvolver cancro é elevado em doentes com hepatite crónica C, deve determinar-se, em intervalos periódicos (cada seis a doze meses), a presença de marcadores tumorais do car-

cinoma hepatocelular e de alfa-fetoproteína no sangue. Nos mesmos intervalos deve realizar-se também uma ecografia do fígado.

Biopsia hepática (punção do fígado)

Para estimar a percentagem de fibras conjuntivas, a actividade inflamatória e o grau de engorduramento do fígado, pode ser útil realizar uma punção do fígado. Numa punção do fígado, retira-se uma amostra tecidual pequena sob anestesia local, que se examina histologicamente no microscópio. Num exame histológico completo, a actividade inflamatória (grading) e o estágio da fibrose (staging) são determinados separadamente.

É muito raro ocorrerem portadores “saudáveis” do vírus da hepatite C (vírus detectável no sangue, valores analíticos normais e amostra de tecido hepático normal). Na maior parte dos doentes, é possível detectar uma hepatite crónica no tecido hepático apesar de os valores analíticos serem normais.

Tratamento da hepatite C

Para parar ou retardar a evolução da doença, existe a possibilidade de efectuar um tratamento com interferão-alfa, que deve ser executado com responsabilidade e, se possível, em combinação com ribavirina.

A ribavirina é uma substância que inibe o vírus da hepatite C mediante mecanismos não esclarecidos completamente. Actua sobretudo em combinação com o interferão-alfa e é administrada sob a forma de comprimido ou cápsula.

O interferão é uma proteína produzida, entre outros, pelos glóbulos brancos, sobretudo quando o organismo luta contra agentes de infecção vírica. O interferão-alfa utilizado para o tratamento da hepatite é produzido por meios biotecnológicos. O interferão-alfa tem de ser injectado na gordura subcutânea, tal como, por exemplo, a insulina durante o tratamento da diabetes.

Para melhorar a taxa de reacção e a tolerabilidade do tratamento com interferão-alfa, os interferões podem ser acoplados com polietilenoglicol (PEG) (interferões-alfa peguilados, peg-interferão-alfa). Os interferões assim modificados actuam mais tempo no organismo e só precisam de ser injectados uma vez por semana.

O polietilenoglicol envolve o interferão-alfa como um “invólucro protector”, evitando uma decomposição precoce do medicamento. Visto os pontos importantes para o efeito antiviral do interferão não são afectados por este processo, consegue-se manter um nível eficiente e uniforme e, assim, suprimir uma multiplicação vírica por um período mais prolongado.

Outra tecnologia que prolonga o efeito do interferão-alfa é o acoplamento na albumina do soro humano. A albumina é uma substância natural com uma semivida longa e que tem múltiplas funções no corpo. O interferão-alfa acoplado na albumina (alb-interferão) mantém o efeito antivírico, mas, devido à longa semivida da albumina, só precisa de ser injectado cada duas a quatro semanas. Estudos clínicos mostraram que, nos doentes com hepatite crónica C, as taxas de resposta virológica duradoura dos preparados eficientes de interferão são superiores aos dos interferões normais, de acção curta. Devido à combinação com interferões de acção prolongada com a ribavirina, é possível aumentar adicionalmente as taxas de recuperação. Esta combinação é superior à combinação de interferões normais com ribavirina, também em termos de tolerabilidade. A dose recomendada de interferões está indicada no quadro nesta página. A dose de ribavirina deve ser igualmente determinada individualmente com base no corante vermelho do sangue [hemoglobi-

Doses padronizadas de interferões

Interferão-alfa-2a	3–6 milhões de unidades três vezes por semana
Interferão-alfa-2b	3–5 milhões de unidades três vezes por semana
PEG-interferão-alfa-2a	180 µg uma vez por semana
PEG-interferão-alfa-2b	1,0–1,5 µg/kg de peso corporal uma vez por semana
Alb-interferão-alfa-2b	900 µg uma vez cada 2 semanas

na]), o peso corporal, bem como o genótipo HVC. A dose é, normalmente, entre 800 e 1.200 mg ao dia, distribuída por duas tomadas de manhã e à noite. No caso de doenças particularmente graves, pode considerar-se uma dose mais elevada. Referido ao peso corporal e em caso de infecção com os genótipos HVC 1 e 4, a dose de ribavirina de ser cerca de 15 mg por kg de peso e, no caso dos genótipos 2 e 3, cerca de 13 mg por kg de peso.

O objectivo principal do tratamento é evitar uma progressão da doença nos doentes afectados (impedir o aumento de tecido conjuntivo [cirrose] no fígado e as complicações a este associado). Este objectivo é alcançado, quando o vírus da hepatite C é eliminado completamente do corpo, i.e., quando o HVC-RNA deixa de ser detectado duradouramente com os métodos mais sensíveis. A taxa de resposta (número de doentes em que deixam de ser detectados vírus no sangue durante o tratamento) de uma terapêutica com interferão de acção prolongada e ribavirina é de 60–90 %. Infelizmente, em alguns doentes que reagiram ao tratamento, ocorre uma reincidência do vírus, ainda durante o tratamento (raramente) ou após a supressão dos medicamentos. Em resumo, o sucesso duradouro de uma terapêutica combinada com interferões de acção prolongada e ribavirina é de 50–60 %.

Particularmente eficaz é tomada regular de medicamentos. Quando ocorrem efeitos secundários fortes sob uma terapêutica com interferão-alfa/ribavirina (por ex. depressões), estes devem ser tratados de forma medicamentosa, devendo a utilização dos medicamentos antivíricos – se possível – ser prosseguida. Visto os efeitos secundários da terapêutica com interferão-alfa/ribavirina diminuírem rapida-

mente em caso de término da terapêutica, o tratamento concomitante pode ser igualmente suspenso. Resultados particularmente bons são obtidos, quando a terapêutica é iniciada tão cedo quanto possível. Uma cronificação da hepatite aguda C pode ser evitada através de uma mono-terapêutica de 24 semanas com (PEG-)interferão-alfa. Para tal, deve iniciar-se o tratamento da hepatite aguda C o mais tardar três a quatro meses após a infecção.

O tratamento da hepatite C é bem sucedido em doentes jovens, que apresentam uma evolução mais curta, do que em doentes mais velhos, que já alcançaram o estágio de cirrose hepática. Para além disso, a probabilidade de resposta virológica duradoura (cura) a uma terapêutica combinada é muito superior em doentes infectados com os genótipos HVC 2 ou 3 do que em doentes infectados com os genótipos HVC 1 ou 4. A duração do tratamento tem igualmente grande efeito no sucesso de uma terapêutica da hepatite crónica C.

As directrizes actuais (2009) para o tratamento da hepatite crónica C recomendam, para doentes com os genótipos HVC 2 ou 3, uma terapêutica regular de 24 semanas, que, na melhor das hipóteses, poderá ser reduzida para 16 semanas (doentes com peso normal, sem cirrose hepática, baixa carga vírica antes do início do tratamento, resposta virológica rápida e ausência de HVC-RNA no sangue na 4ª semana do tratamento). Os doentes com genótipo HVC 2 ou 3, em que ainda persista o HVC-RNA no sangue na 4ª semana de terapêutica, podem eventualmente beneficiar de um prolongamento do tratamento (36–48 semanas).

A duração regular do tratamento de doentes com os genótipos HVC 1 ou 4 é de 48 semanas. No entan-

to, em doentes (sem cirrose hepática) que, antes de iniciarem um tratamento, apresentavam carga vírica baixa e, ao fim de quatro semanas, deixam de apresentar HVC-RNA no sangue, o tratamento pode ser reduzido para 24 semanas, sem se diminuir as oportunidades de uma reacção virológica duradoura. Os doentes infectados com os génotipos HVC 1 ou 4 e que revelam resposta lenta à terapêutica antivírica com interferão de acção prolongada e ribavirina (HVC-RNA ainda detectável na 12^a semana, mas negativo na 24^a semana), parecem beneficiar de uma terapêutica prolongada de 72 semanas.

Com base na carga vírica inicial e no decréscimo inicial da carga vírica no sangue de doentes tratados, após apenas quatro a doze semanas, pode determinar-se se existe boa oportunidade para eliminação duradoura do vírus. As oportunidades de cura são maiores quanto mais rápido e mais acentuada for o decréscimo inicial da carga vírica. Poucas oportunidades para uma eliminação duradoura do vírus têm os doentes que não alcancem um decréscimo mínimo de 99% nas primeiras 12 semanas do tratamento.

Diferentes estudos mostraram que, através de uma terapêutica combinada bem sucedida com interferão e rebavirina, a percentagem de fibras conjuntivas diminui no fígado e a prevalência de uma progressão para cancro do fígado é reduzida. Mas também após uma eliminação completa do vírus da hepatite C, o risco de se desenvolver um cancro do fígado continua a persistir durante muitos anos, pelo que, mesmo após um tratamento bem sucedido, se aconselha realizar controles regulares por ecografia. De um modo geral, existe recomendação para tratamento antivírico em todos os doentes que sofram de

hepatite crónica C e apresentem actividade inflamatória elevada no fígado, a não ser que existam outras doenças ou estejam presentes circunstâncias que proíbam uma tal terapêutica. A decisão relativa aos preparados, à dose e duração de uma terapêutica deve verificada sempre pelo seu médico com base no caso individual.

Quais são os efeitos secundários de uma terapêutica com interferão-alfa e ribavirina?

Os efeitos secundários de interferão-alfa ocorrem frequentemente no início do tratamento, diminuindo significativamente no decorrer do tratamento. Os efeitos secundários mais frequentes são sintomas gripais, tais como febre, dores da cabeça, dos músculos e das articulações, cansaço, falta de apetite e perda de peso. Ocasionalmente podem ocorrer distúrbios da função da glândula tiróide. Alguns doentes sofrem de pele particularmente seca e/ou de queda temporária de cabelo. Também podem ocorrer mudanças de humor, até mesmo depressões. Um papel importante têm ainda as alterações do quadro hematológico, que afectam sobretudo os glóbulos brancos.

Tanto o interferão-alfa como a ribavirina podem causar reacções alérgicas. O efeito indesejável mais frequente da ribavirina é uma anemia temporária. Por isso, é necessário controlar regularmente o quadro hematológico.

Os doentes devem consultar regularmente o médico durante a fase de tratamento, indicando-lhe todos os efeitos secundários. Muitos efeitos adversos da terapêutica combinada com interferão-alfa e ribavirina podem ser influenciados de forma positiva por uma adaptação da dose ou através da administração (temporária) de medicamentos concomitantes. Antes de se suspender definitivamente um tratamento devido a intolerabilidade ou efeitos adversos, devem esgotar-se todas as possibilidades de tratamento.

Não se exclui um risco elevado de malformação fetal com a ribavirina. Daí que as mulheres que recebem um tratamento com ribavirina devam aplicar um método anticoncepcivo seguro durante o tratamento e meio ano depois de terminar o tratamento. Em mulheres que já engravidaram antes do início do tratamento não é possível realizar uma terapêutica.

Que devo respeitar durante um tratamento com interferão-alfa e ribavirina?

Durante um tratamento com interferão-alfa e ribavirina deve proceder-se a controlos regulares dos valores hepáticos (ALT, AST), do quadro hematológico e dos valores da tireóide. Ao fim de quatro a doze semanas (eventualmente após 24 semanas), deve medir-se a carga viral (HVC-RNA) no sangue. Fala-se de uma resposta virológica rápida (RVR = “rapid virologic response”) quando, na semana 4 da terapêutica, deixa de ser detectável o HVC-RNA no sangue mediante métodos de teste sensitivos. Na semana 12 depois de se iniciar a terapêutica, distingue-se entre uma resposta completa (cEVR = “complete early virologic response”) e uma resposta parcial (pEVR = “partial early virologic response”). No caso de resposta completa (cEVR), o HVC-RNA deixa de ser detectável no sangue na semana 12, enquanto que, no caso da resposta parcial (pEVR), a carga viral na semana 12 desceu pelo factor de 100 em relação à carga viral no início do tratamento, mas o HVC-RNA continua a ser detectado no sangue. Com base nos resultados de HVC-RNA medidos na semana 4 e 12, pode avaliar-se se a terapêutica foi bem sucedida e se deve ser prosseguida.

Existem formas de tratamento alternativas?

Uma mono-terapêutica com interferão-alfa ou uma terapêutica combinada com ribavirina são actualmente as únicas possibilidades de eliminar duradouramente o vírus da hepatite C do organismo. Além disso, têm-se descrito sucessos com as designadas substâncias alternativas. No entanto, não existem estudos controlados que comprovem a eficácia de tais preparados. Daí que todas as informações relativas a estes preparados se baseiem em relatórios de experiência não controlados.

Substâncias utilizadas para o tratamento de doenças hepáticas são, por exemplo, extractos de cardo mariano (silimarina), preparados de alcachofra e glicirricina, que é sobretudo utilizada no Sudeste Asiático. Determinados preparados baseados na silimarina



Cardo mariano

(silibinina), quando administrados intravenosamente em doses elevadas, podem baixar a carga vírica. Até à data, não se sabe se a substância é segura nesta dose e se baixa não apenas a carga vírica, mas também as taxas de recuperação de uma tera-

pêutica com peg-interferão/ribavirina. Quando administrada em doses normais sob a forma de comprimido, a silimarina não tem efeito sobre o aumento do vírus.

Todas as restantes preparações vegetais e alternativas podem ter efeitos secundários perigosos, podendo lesar o fígado ou desenvolver interacções com outros medicamentos. Os doentes devem informar sempre o seu médico ou o especialista sobre preparados tomados adicionalmente, para que obter informação sobre uma possível incompatibilidade e riscos.

Possibilidades de tratamento no futuro

Actualmente, estão a ser testados clinicamente diferentes abordagens terapêuticas, entre outras, inibidores dos enzimas específicos da HVC, responsáveis pela multiplicação do vírus (inibidores da protease, helicase, NS5A e polimerase). Os maiores avanços clínicos existem em relação aos inibidores da protease HVC (Boceprevir e Telaprevir), que, em combinação com o PEG-interferão-alfa e a ribavirina podem ajudar a melhorar as taxas de resposta virológica em doentes do genótipo 1 em cerca de 20 % para aprox. 70–75%. Na Europa, conta-se com uma autorização destas duas substâncias em 2011/2012. Outras inovações abrangem os moduladores imunitários e os medicamentos que inibem as estruturas próprias das células e que têm um papel



na multiplicação do vírus, bem como as vacinas terapêuticas que ajudam o próprio sistema imunitário a eliminar o vírus da hepatite C ou a retardar a evolução da doença.

A longo prazo, espera-se poder tratar o vírus da hepatite C mesmo sem injectar interferão. No entanto, isto requer a utilização de combinações de, pelo menos, dois ou três inibidores. O importante nas novas substâncias é o facto de, quando utilizadas como mono-terapêutica ou terapêutica combinada, não permitem a formação das designadas variantes resistentes do vírus da hepatite C.

Em geral, deve salientar-se que não será dada autorização a nenhuma das substâncias novas, enquanto não existem dados recolhidos em testes clínicos sobre a eficácia, tolerabilidade e segurança. Os doentes que estejam interessados em obter hoje os medicamentos futuros, deverão dirigir-se aos grandes centros hepáticos e informar-se sobre os relatórios terapêuticos em curso.

Existe vacina contra a hepatite C?

Só existe uma vacina contra a hepatite do tipo A e B, mas não para a hepatite do tipo C. Também no futuro próximo é pouco provável que haja vacinação protectora eficiente contra a hepatite C.

Se não tiver uma hepatite A ou B, dever eventualmente vacinar-se contra estes dois tipos de vírus. É muito importante que fale com o seu médico acerca de uma vacinação, visto uma co-infecção com o vírus da hepatite A e B pode decorrer de forma particularmente grave em doentes com hepatite C.

Qual deve ser a minha alimentação?

Enquanto a função do fígado não está afectada, não é necessário respeitar uma dieta especial em caso da hepatite crónica C. Se a função estiver limitada, pode ser necessário reduzir o consumo de proteínas (carne e lacticínios) e de sal. O seu médico deverá esclarecer esta questão juntamente com um especialista em nutrição. O importante é abster-se do consumo de álcool

Hepatite C e gravidez

O risco de transmissão do vírus da hepatite C para o feto durante uma gravidez é considerado baixo. Uma transmissão ocorre, em regra, apenas durante o parto. A probabilidade de infecção do recém-nascido com o vírus é inferior a 5%. Em doentes infectadas adicionalmente com o vírus da SIDA (HIV), a probabilidade de transmissão do vírus da hepatite C é mais elevada.

A questão se existe risco de infecção com hepatite C durante a amamentação é discutida de forma controversa. A maior parte dos pediatras desaconselham, geralmente, as mães infectadas com HVC a amamentarem.

Sobre a ELPA

A ELPA nasceu do desejo dos grupos europeus de auto-ajuda relacionada com doenças hepáticas de trocar experiências sobre as – muitas vezes – diversas formas de abordagem dos vários países. Em Junho de 2004, houve um encontro de 13 grupos de pacientes de dez países europeus e mediterrânicos, a fim de dar vida à organização. A ELPA foi fundada oficialmente a 14 de Abril de 2005, durante o Congresso de doenças hepáticas da EASL (European Association for the Study of the Liver). O objectivo da ELPA é representar os interesses de pessoas com doenças hepáticas, em especial:

- informação sobre a dimensão do problema
- esclarecimento e prevenção
- chamar a atenção para o facto de as doenças hepáticas ocuparem um lugar insignificante, quando comparadas com outras áreas médicas como a cardíaca.
- troca sobre actividades e iniciativas de sucesso
- colaboração com instituições profissionais como a EASL e a UE, a fim de garantir que a terapia e cuidados de doentes hepáticos por toda a Europa cumpre os mais elevados padrões.

European Liver Patients Association (ELPA)

F. De Renesselaan, 57

B – 3800 Sint-Truiden,

Belgium

email: contact@elpa-info.org

<http://www.elpa-info.org>

O seu interlocutor local: