

TOMADA DE DECISÕES EM CASOS DE DOENÇA HEPÁTICA AVANÇADA RELACIONADA COM HEPATITE VIRAL

PORTUGAL

PASSO 1 – O meu doente terá uma doença hepática avançada?

Doença hepática avançada é o termo utilizado para a doença hepática crónica que evoluiu para pré-cirrose ou cirrose.

A cirrose é causada por fibrose severa (cicatrização). No caso de cirrose compensada, o fígado continua a poder desempenhar as suas principais funções.

Cirrose descompensada indica normalmente a presença de ascite/edema, encefalopatia hepática e outras complicações decorrentes da hipertensão portal, tal como vomitar sangue.

Quais são as causas da doença hepática avançada?

- Hepatite viral crónica (hepatite B e/ou C) – ~20% em Portugal
- Padrões perigosos de consumo de álcool – ~80% em Portugal
- Fígado gordo não alcoólico (FGNA) ou esteatose
- Obesidade, diabetes tipo 2 e síndrome metabólica
- Doenças hepáticas mais raras

A probabilidade de doença hepática avançada aumenta com:

A duração da doença hepática, a quantidade de álcool consumida ao longo da vida, comorbidade hepática (por ex., lesão hepática relacionada com obesidade), a idade, no sexo masculino, coinfeção por VIH.

Por que motivo o diagnóstico de doença hepática avançada é importante?

Para **evitar que progrida** para descompensação e carcinoma hepatocelular (CHC). Também tem influência sobre as opções de tratamento da hepatite C.

Como diagnosticar a doença hepática avançada

Um único exame não é suficiente para diagnosticar de forma fiável todos os casos. A história clínica, o exame físico, as análises ao sangue, a ecografia abdominal e os resultados do FibroScan® podem fornecer pistas.

Quando suspeitar de doença hepática avançada

- **Sinais físicos:** ascite, edema, aranhas vasculares, eritema palmar, atrofia muscular e encefalopatia hepática
- **Alterações nos parâmetros laboratoriais:** inversão da relação AST/ALT (normal <1), diminuição da albumina, aumento da INR e da bilirrubina, diminuição das plaquetas (sugere hipertensão portal)
- **Imagiologia:** contorno hepático irregular, veia porta dilatada, esplenomegalia
- **Marcadores não invasivos de fibrose:** FibroScan® (a elastografia transitória é um método rápido, seguro e eficaz de avaliar a rigidez hepática) >12,5 kPa, ou algoritmos de análise ao sangue, incluindo APRI e Fibrotest.

PASSO 2 – Correção da etiologia da doença hepática subjacente

Infeção crónica por vírus da hepatite C

Todos os indivíduos com infeção crónica por VHC e doença hepática avançada devem ser encorajados a considerar os benefícios da terapêutica antiviral para o VHC, como sejam a possibilidade de limitar a progressão da doença hepática e ajudar a reverter as lesões hepáticas, e a prevenção da retransmissão.

Infeção crónica por vírus da hepatite B

Todos os indivíduos com infeção crónica por VHB e doença hepática avançada devem fazer terapêutica antiviral oral. A terapêutica para o VHB (um comprimido por dia para o resto da vida) pode conduzir à recuperação/regressão progressiva da doença hepática avançada.

É importante gerir as causas associadas à lesão hepática na doença hepática avançada, incluindo:

Álcool

Os indivíduos com doença hepática avançada NÃO devem consumir álcool.

Fígado gordo não alcoólico (FGNA)

- Suspeitar em caso de obesidade, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólica
- Gerir: alteração do estilo de vida e perda de peso através de dieta, 20-30 min de exercício três vezes por semana, e intervenções clínicas

Outras doenças hepáticas

Fazer rastreio de hemocromatose (com análise aos níveis de ferro), doença hepática autoimune, deficiência de alfa-1 antitripsina, doença de Wilson, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primárias.

Vacinas

Certifique-se de que, nos casos de doença hepática avançada, são administradas as seguintes vacinas:

- Pneumocócica e gripe sazonal
- Determine a imunidade à hepatite B (AgHBs, anti-HBc, anti-HBs) e à hepatite A (anti-VHA IgG) e vacine em caso de não imunidade.

PASSO 3 – Encaminhar para um especialista

Todos os doentes com cirrose, identificados com base nos métodos descritos no Passo 1, devem ser encaminhados para um especialista para tratamento da etiologia conhecida ou realização de exames complementares, caso não se conheça a etiologia, sobretudo em caso de:

- descompensação
- hepatite viral não tratada
- comorbidades importantes, como VIH ou diabetes
- anomalias focais (nódulos) detetadas em exames de imagiologia (não efetuar biópsia sem avaliação num centro especializado)

Encaminhamento urgente para o hospital em caso de:

- Ascite
- Hemorragia gastrointestinal
- Confusão/sonolência (possível encefalopatia?)
- Febre ou dor abdominal inexplicáveis (possível peritonite bacteriana espontânea?)
- Icterícia nova ou progressiva
- Falta de ar acentuada acompanhada de distensão abdominal

Prognóstico

- A média de sobrevivência em caso de cirrose compensada e descompensada é de 12 e 2 anos, respetivamente.
- É possível calcular a gravidade e o prognóstico da doença hepática através da escala de [Child-Pugh](#) ou da escala [MELD](#).
- As complicações da cirrose, tais como síndrome hepatorenal (desenvolvimento de insuficiência renal), sepsis, hemorragia e CHC estão associadas a um prognóstico mais grave.

TOMADA DE DECISÕES EM CASOS DE DOENÇA HEPÁTICA AVANÇADA RELACIONADA COM HEPATITE VIRAL

PORTUGAL

PASSO 4 – Gestão da cirrose compensada

Recomenda-se a vigilância do CHC durante toda a vida para todos os doentes com cirrose – ver *CHC

Desenvolva um plano de gestão da doença hepática crónica e considere uma gestão contínua da doença crónica para:

- Minimizar os futuros danos no fígado
- Monitorizar a deterioração
- Detetar complicações, incluindo CHC, osteoporose, varizes esofágicas, desnutrição e descompensação

Minimizar os futuros danos no fígado

- Trate a infeção por VHB e/ou VHC com terapêutica antiviral para impedir a progressão da doença
- Incentive a abstinência de álcool, a manutenção de uma dieta saudável e o desenvolvimento de um plano de exercícios, sobretudo em casos de obesidade (por ex., caminhadas a ritmo acelerado durante 20-30 minutos, três vezes por semana)

Monitorizar a deterioração/descompensação

- Os doentes com doença compensada devem fazer análises ao sangue de 6 em 6 meses, incluindo hemograma completo, eletrólitos, ureia, creatinina, PFH, INR/TP, em conjunto com rastreio de CHC e uma revisão clínica para monitorizar sobretudo o estado nutricional
- Endoscopia para vigilância de varizes (consulte as diretrizes abaixo)
- Verifique se existe aumento da INR, diminuição da albumina e aumento da bilirrubina

Vigilância recomendada para deteção de complicações da cirrose

- ***CHC** – ecografia de 6 em 6 meses
- **Osteoporose** – exames DEXA de 2 em 2 anos e monitorização da vitamina D sérica
- **Varizes** – todos os doentes diagnosticados com cirrose devem ser submetidos a vigilância endoscópica de base para deteção de varizes. A periodicidade da endoscopia depende da gravidade das varizes e da doença hepática.

Transplantação hepática

- A hepatite viral crónica, sobretudo por VHC, é um dos principais indicadores para transplante hepático em Portugal
- Muitos doentes sofrem simultaneamente de CHC
- Pode ser necessário encaminhamento para a unidade de transplante hepático por parte do especialista
- Existem 3 centros de transplante hepático em Portugal: Hospital Curry Cabral em Lisboa, Hospital de Santo António no Porto e Hospital Universitário de Coimbra

PASSO 5 – Gestão da cirrose descompensada e complicações da hipertensão portal

Aconselhamento nutricional geral

- Dieta equilibrada; adicione suplementos proteicos, se a albumina estiver baixa; exercício regular
- Vários pequenos snacks como suplementos, incluindo um snack durante a noite
- Suplementos de vitamina D e Ca, em caso de osteopenia/osteoporose

Ascite

- Restrição de NaCl – 80 mmol ou 2000 mg Na+/dia
- Não é necessária restrição de líquidos, a não ser que o Na+ sérico desça para ≤ 125 mmol/L
- Diuréticos, se a função renal o permitir. Estes só são eficazes com uma restrição de Na+ adequada
 - Começar com 50-100 mg de espironolactona de manhã e fazer titulação crescente a cada 3-5 dias para combinação de espironolactona e furosemida [começando com 100 mg de manhã e 40 mg de manhã, respetivamente, até ao máx. de 400 mg de manhã e 80 mg 2x/dia ou 160 mg 1x/dia, em caso de dúvidas quanto à adesão]
 - Estabeleça um objetivo de perda de peso de 0,5 kg/dia (3 kg por semana) e monitorize a função renal
 - No caso de doentes que não respondam aos antagonistas da aldosterona, o que significa uma redução de massa corporal inferior a 2 kg/semana, ou de doentes que desenvolvam hipercalemia, deve ser acrescentada furosemida a uma dose gradual crescente de 40 mg/dia até ao máximo de 160 mg/dia (em incrementos de 40 mg)

Função renal

- Os rins são sensíveis a insultos:
- Evite medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (por ex., aspirina, nimesulida, ibuprofeno etc.) e outras nefrotoxinas
- Qualquer descompensação pode contribuir para insuficiência renal (infeção, hemorragia)

Encefalopatia hepática (EH)

- Alterações neuropsiquiátricas reversíveis: asterixis estereotipada (tremor flapping), hálito hepático (adocicado), dispraxia (dificuldade em desenhar uma estrela de 5 pontas), inversão do padrão de sono
- Identificar fatores precipitantes, tais como infeção, hemorragia gastrointestinal, medicamentos (sobretudo sedativos)
- Titular a lactulose até 2-3 evacuações moles por dia
- Se for difícil controlar a EH, antibiótico não absorvível: rifaximina
- Os doentes não deverão estar aptos para conduzir, sobretudo em caso de episódios recorrentes

Carcinoma hepatocelular (CHC)

- Terapêutica dependente do tamanho e da localização do tumor, da reserva hepática e do estado geral de saúde
- O tratamento pode ser curativo (cirurgia, ablação percutânea e transplante de fígado) ou paliativo (quimioembolização, quimioterapia e apoio)
- A gestão deve ser feita num centro de excelência, com uma equipa multidisciplinar para analisar as opções de tratamento

Peritonite bacteriana espontânea (PBE)

- Podem apresentar febre, mudança de estado mental ou dor
- Limiar baixo para encaminhamento para o hospital
- Diagnóstico de líquido ascítico leucócitos >250 células/mm
- Necessária hospitalização para administração de antibióticos IV e infusão de albumina
- A profilaxia secundária com 160/800 mg de cotrimoxazol 1x/dia ou 400 mg de norfloxacina/dia de forma continuada é eficaz

Hemorragia varicosa

- Apresenta-se com hematemese e/ou melena
- Providenciar admissão urgente no hospital para avaliação endoscópica e tratamento
- A profilaxia secundária com propranolol ou carvedilol reduz a hemorragia (titular a dose para obter uma redução de 25% da frequência cardíaca de referência habitual)
- Após alta, é necessário continuar com terapêutica endoscópica para obliteração das varizes

Cardiopulmonary complications

- A falta de ar pode ser o primeiro sinal de uma complicação cardiopulmonar, tal como síndrome hepatopulmonar, hipertensão portopulmonar ou miocardiopatia cirrótica