

هیپاتیت و هموفیلی

دکتر داود یادگاری^۱، دکتر شهناز سالی^۲

^۱ مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
^۲ متخصص عفونی، اداره کل درمان تامین اجتماعی استان تهران

کودک به کودک دیگر منتقل می شود (افقی). در ایران شیوع متوسط ۵-۲٪ گزارش شده است. یعنی حداقل ۲ میلیون نفر از افراد جامعه آلوده به HBV می باشند که حدود ۲۰۰ هزار نفر آنها دچار هیپاتیت مزمن می باشند و نیاز به بررسی و درمان دارند.

میزان کشندگی ناشی از HBV، ۱٪ بوده و ۲۵٪ ناقلین به سمت بیماری شدید کبدی شامل هیپاتیت مزمن، سیروز و HCC می روند.

عفونت ناشی از HCV مزمن شیوع ۱ تا ۵ درصدی دارد که در کشورهای مختلف متغیر است و شایعترین علت هیپاتیت مزمن HCC و پیوند کبد در کشورهای صنعتی است. HCV از طریق خون و فرآورده های خونی آلوده، سرنگ مشترک، مواجهه شغلی (پرسنل بهداشتی و آزمایشگاهی)، تماس جنسی و سایر موارد جلدی (خالکوبی) انتقال می یابد و افراد مبتلا دچار طیف وسیعی از علائم شامل افزایش تستهای عملکردی کبد تا بیماری کبد کاملاً پیشرفته و سرطان متغیر است. لازم به ذکر است که تنها یک سوم از افراد دچار عفونت با HCV دچار علائم و مشکلات ظاهری می شوند و بقیه علائم واضحی ندارند. هیپاتیت حاد C معمولاً بدون علائم است و در اکثر موارد باعث هیپاتیت مزمن می گردد. در ایران شیوع HCV در مطالعات مختلف، متغیر ولی در کل زیر ۱٪ گزارش شده است. شایعترین راه انتقال انتقال خون و فرآورده های خونی قبل از ۱۳۷۲ و پس از آن اعتیاد تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک است. HCV در بیماران هموفیلی، تالاسمی و نارسایی کلیه شایعترین علت هیپاتیت مزمن و سیروز کبدی می باشد (۴،۲).

قبل از سال ۱۹۸۵ (در ایران قبل از ۱۳۷۲) به علت عدم کنترل خونهای اهدایی از نظر HCV، اکثر بیماران هموفیلی به

آلودگی با ویروس های هیپاتیت B و C یکی از معضلات مهم بهداشتی- درمانی در جهان و ایران می باشد. طبق آمار ارائه شده ۲ میلیارد نفر از مردم دنیا مدرک سرولوژیک دال بر رد پای عفونت HBV را دارند (حداقل یکی از تست های HbsAb، HbcAb و HbsAg و حدود ۳۵۰ میلیون نفر ناقل هیپاتیت B می باشند (۱-۳)).

HBV می تواند سبب طیف وسیعی از بیماریهای کبدی مثل هیپاتیت حاد، فولمینانت، هیپاتیت مزمن، سیروز کبدی و هپاتوسلولار کارسینوما (HCC) شود. هر ساله در دنیا ۱ میلیون مورد مرگ از هیپاتیت حاد و مزمن ناشی از HBV رخ می دهد (۱).

شیوع HBV در جهان متغیر است و از نظر اپیدمیولوژی HBV جهان به ۳ منطقه تقسیم می شود:

۱- مناطق با شیوع پایین که کمتر از ۲٪ افراد جامعه ناقل هیپاتیت B می باشند، شامل آمریکای شمالی، اروپای غربی، استرالیا، نیوزلند.

۲- مناطق با شیوع متوسط: ۷-۲٪ در کل جامعه وجود دارد شامل: مدیترانه، ژاپن، هند و سنگاپور.

۳- مناطق با شیوع بالا: در این جوامع بیش از ۷٪ افراد ناقل هیپاتیت B می باشند و شامل آسیای جنوب شرقی، چین و آفریقا است (۱).

در نواحی از دنیا که هیپاتیت به صورت آندمیک است، HBV به طور شایعی در دوران کودکی و یا نوزادی منتقل می شود و مهمترین راه انتقال، از مادر ناقل به نوزاد (عمودی) و یا از

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دکتر داود یادگاری نیا (email: yadegarynia@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۴/۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۴/۱۹

۵۹/۱٪ و ۵٪ بود. فراوانی مهارکننده فاکتور VIII در افراد مبتلا به هموفیلی نوع A ۴۷/۸٪ بود. وجود این فاکتور با هپاتیت B یا C و یا میزان ترانس آمینازهای کبدی ارتباط آماری معنی داری نداشت. حال آنکه از لحاظ آماری ارتباط معنی داری بین مدت هموفیلی و تشکیل فاکتور VIII وجود داشت. همچنین ارتباط آماری معنی داری بین مدت هموفیلی و ابتلا به هپاتیت C وجود داشت. در نهایت نویسندگان به این نتیجه رسیدند که فراوانی هپاتیت C و هپاتیت B در مبتلایان به هموفیلی قابل توجه است و پیشنهاد کردند روشهای معمول غربالگری و حذف ویروس از فرآورده‌های خونی پس از بازنگری در مراکز درمانی به مرحله اجرا گذاشته شود.

HCV مبتلا شده‌اند ولی پس از آن، احتمال انتقال بسیار کاهش یافته است اما هنوز به صفر نرسیده است. در این بیماران به علت ریسک خونریزی امکان بیوپسی کبد محدود بوده و تصمیم به درمان بر اساس تستهای ویرولوژیک (ژنوتیپ و Viral Load) انجام می‌گیرد (۱).
در مقاله‌ای تحت عنوان "فراوانی هپاتیت B و C و ارتباط آنها با ایجاد مهارکننده فاکتور VIII در بیماران هموفیلی در استان همدان، در سال ۱۳۸۳" نویسندگان در ۶۶ بیمار مبتلا به هموفیلی به ارزیابی هپاتیت B و C به روش الیزا، ارزیابی ترانس آمینازهای کبدی، فاکتور VIII و مهارکننده فاکتور VIII پرداختند (۵). در این مطالعه فراوانی آنتی‌بادی هپاتیت C (HCV-Ab) و آنتی‌ژن سطحی هپاتیت B (HBsAg) به ترتیب

REFERENCES

1. Zuckerman AJ, Thomas HC, editor. Viral hepatitis. London: Churchill Livingstone, 1998;p:201-38.
2. Merat S, Malekzadeh R, Rezvan H. Hepatitis B in Iran. Archives of Iranian Medicine 2000;102:291.
3. Redeker AG. Viral hepatitis: clinical aspects. Am J Med Sci 1975;270: 9.
4. علویان س م، سالی ش. مروری بر هپاتیت C و نحوه برخورد با آن. مجله علمی نظام پزشکی، ۱۳۷۹؛ دوره هجدهم، شماره ۱، صفحات ۴۹ تا ۶۲.
5. محمد علیزاده ا ه، رضازاده م، رنجبر م، فلاحیان ف، حاجیلویی م، موسوی م و همکاران. فراوانی هپاتیت B و C و ارتباط آنها با ایجاد مهارکننده فاکتور VIII در بیماران هموفیلی در استان همدان، سال ۱۳۸۳. مجله پژوهش در پزشکی، ۱۳۸۵؛ دوره ۳۰، شماره ۲، تابستان، صفحات ۱۱۹ تا ۱۲۳.