

## **Metodologia de rastreio de tuberculose em doente com infeção pelo VIH**

Cláudia Carvalho, Rita Ferraz, Raquel Duarte

### **Introdução**

A Infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) confere maior risco para progressão para doença (risco anual de 10-100 casos de tuberculose/100 pessoas ano) nos indivíduos infetados pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Da mesma forma que todos os indivíduos com diagnóstico de tuberculose devem fazer rastreio da infeção pelo VIH, todos os indivíduos com infeção pelo VIH devem ser rastreados para tuberculose. A identificação e o tratamento da infeção latente por MT nesta população permite reduzir o risco de progressão para doença e traz, por isso, benefícios quer ao nível individual quer do ponto de vista de saúde pública.

### **Metodologia do rastreio**

#### Como rastrear?

- O rastreio de infeção latente é feito com recurso ao teste tuberculínico (TST) e ao teste IGRA.
- É fundamental a exclusão de doença ativa através do inquérito de sintomas e radiografia do tórax (a radiografia deve ser efetuada a todos, mesmo se assintomáticos) Outros exames poderão ser necessários de acordo com achados clínicos e imagiológicos de forma a esclarecer qualquer suspeita de doença ativa..

#### Quando rastrear? Em que situações o rastreio deve ser repetido e com que frequência?

- Tão precocemente quanto possível, após o diagnóstico da infeção pelo VIH.
- Se o 1º rastreio tiver sido efetuado com contagem de linfócitos TCD4+<200/mm<sup>3</sup> deverá ser **repetido, assim que** linfócitos T CD4+>200/mm<sup>3</sup> (idealmente > 400/mm<sup>3</sup>).

- O rastreio deve ser repetido anualmente nos doentes com rastreio inicial negativo ou antes se ocorrer exposição a doente com tuberculose.
- Em cada consulta de seguimento deve ser inquirida: história de exposição a doentes com tuberculose; sintomas sugestivos de tuberculose (tosse, expectoração, emagrecimento, sudorese, astenia).

#### Critérios para início de tratamento preventivo?

- TST > 5mm ou IGRA Positivo  
Ou
- Radiografia pulmonar com sequelas e sem história de tratamento adequado  
Ou
- História prévia de tuberculose sem tratamento completo  
Ou
- História de contacto recente com caso de tuberculose (independentemente de resultado de TST ou IGRA)  
E
- Ausência de sintomatologia ou radiografia sugestiva de tuberculose ativa!

#### Porquê fazer tratamento preventivo?

- A terapêutica anti-retroviral (TAR) por si só, e ao melhorar a resposta imunológica, reduz a probabilidade de progressão de infeção latente por MT para doença ativa;
- O tratamento com isoniazida da infeção latente por MT, associado a TAR, tem um efeito adicional na redução da probabilidade de progressão de infeção latente por MT para doença ativa.

Quando iniciar tratamento para infeção latente por MT no doente infetado pelo VIH que não está sob TAR?

Uma das preocupações do clínico é que antes de iniciar tratamento preventivo é fundamental a exclusão de doença ativa, o que pode ser difícil num doente com imunossupressão avançada pela inespecificidade da clínica e radiologia.

Por outro lado, após o início de TAR, uma tuberculose subclínica pode tornar-se clinicamente evidente, no contexto de uma melhoria da resposta imunológica (i.e. síndrome de reconstituição imunológica que geralmente ocorre nos primeiros 3 meses após início de TAR);

Assim, de forma a reduzir o risco de erro, propõe-se uma abordagem faseada:

1. Perante um doente infetado pelo VIH, com critérios para iniciar TAR, aparentemente sem tuberculose ativa (sem sintomas ou radiologia sugestiva), com critérios para início de tratamento preventivo, a TAR deve ser considerada como intervenção prioritária.
2. O tratamento de infeção latente por MT deve ser protelada para cerca de 3 meses após o início de TAR.

Os doentes em tratamento preventivo devem ter vigilância clínica e analítica mensal.

### **Bibliografia:**

1. WHO. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. WHO 2014. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/latent-tuberculosis-infection/en/>
2. EACS. Linhas orientadoras. EACS 2014. Disponível em: <http://www.eacsociety.org/files/guidelines-7.1-portuguese.pdf>
3. AIDS info. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. AIDS info 2015. Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/4/adult-and-adolescent-oi-prevention-and-treatment-guidelines/325/tb>
4. Lee SS, Meintjes G, Kamarulzaman A, Leung CC. Management of tuberculosis and latent tuberculosis infection in human immunodeficiency virus-infected persons. *Respirology* 2013; 18: 912– 922.
5. Migliori GB, Zellweger JP, et al. European Union Standards for Tuberculosis Care. *Eur Respir J* 2012; 39: 807– 819.
6. Lawn SD, Wood R, et al. Antiretrovirals and isoniazid preventive therapy in the prevention of HIV-associated tuberculosis in settings with limited health-care resources. *Lancet Infect Dis* 2010; 10: 489– 98.
7. Cohen K., Meintjes G., Management of individuals requiring antiretroviral therapy and TB treatment. *Curr Opin HIV AIDS* 2010; 5: 61- 9
8. Golub JE, Saraceni V. et al. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS* 2007; 21:1441- 8.