

VIH & TB



Português
Primeira edição,
2009

Agradecimentos

Autor: Michael Carter
Primeira Edição em Português, 2009
Baseada na Terceira Edição Inglesa, 2008

Tradução: Mariela Kumpera
Adaptação e revisão: Ana Pisco,
Luís Mendão, Rosa Freitas
Revisão científica: Maria José Campos

Agradecemos ao GAT – Grupo Português
sobre Tratamentos VIH/SIDA- Pedro Santos
pela sua tradução. Para mais informações,
visite o site www.gatportugal.org

GAT

Grupo Português de Activistas
sobre Tratamentos de VIH/SIDA
Pedro Santos

Conteúdo e Gráfica: financiados pelo Pan-
London HIV Prevention Programme do NHS e
pelo Departamento de Saúde do Reino Unido.

Tradução: financiada pela Merck, Sharpe
Dohme.

A informação desta brochura baseia-se nas
recomendações de boas práticas para o
tratamento do VIH e cuidados na Europa.

Nota: Verificar sempre a data de edição
da brochura. A informação poderá ficar
desactualizada.

VIH & TB

Esta brochura contém informações básicas sobre Tuberculose (TB) e sobre a co-infecção VIH/TB. Inclui informações sobre a doença, explica porque é que as pessoas com VIH são mais vulneráveis à tuberculose, como deve ser tratada e prevenida e as interacções entre os medicamentos para cada uma das doenças.

Embora a TB seja a causa de morte mais comum entre as pessoas com SIDA, ambas podem ser tratadas com sucesso.

A informação contida nesta brochura não substitui a informação fornecida pelo médico. No entanto, pode ajudar a preparar as perguntas que devem ser feitas.

Conteúdos

O que é a tuberculose?	1
● Uma doença do passado?	1
TB - noções básicas	2
Transmissão	4
Interacção da TB com o VIH	6
Sintomas	7
Diagnóstico da TB	8
● TB activa	8
● TB latente	9

Prevenção da TB	11
● Vacinação	11
● Reforçar o sistema imunitário com o tratamento da infecção pelo VIH	11
● Tomar medicamentos anti-TB (profilaxia)	11
● O que se pode fazer para melhorar?	13

Como se trata a TB	14
● Medicamentos anti-TB	15

Toma dos medicamentos anti-TB	17
● Tratar a TB activa	21
● Terapêutica directamente observada	22
● Trata-se primeiro a TB ou a TB e o VIH ao mesmo tempo?	22
● Tratamento da TB em mulheres seropositivas grávidas	24
● Interações entre medicamentos anti-TB e anti-VIH	26
● Medicamentos anti-TB e anti-VIH – efeitos secundários	27

TB resistente aos medicamentos	28
Síndrome da reconstituição imunitária	29
Resumo	31
Glossário	33

O que é a tuberculose?

Uma doença do passado?

A tuberculose (TB) é provocada por uma bactéria chamada *Mycobacterium tuberculosis*. Os sintomas da TB incluem tosse, febre, sudação nocturna e rápida perda de peso.

Durante milhares de anos, as pessoas têm adoecido e morrido por causa desta doença. No entanto, o número de casos desceu drasticamente em meados do século 21 graças à melhoria nos padrões de vida, melhor saúde em geral, medicamentos anti-TB eficazes e programas de vacinação. De facto, nos anos 80, os progressos contra a doença foram tão importantes que muitos países acreditaram

que podiam erradicar definitivamente a tuberculose.

Isto foi demasiado optimista porque o número dos casos da TB cresceu em todas as partes do mundo, em parte por causa do VIH. A tuberculose afecta sobretudo as pessoas adultas jovens, as de idade avançada e as que se encontram enfraquecidas por causa de outras doenças ou por desnutrição.

Nas pessoas infectadas pelo VIH, a TB é uma doença definidora de SIDA. Globalmente, a TB é actualmente a primeira causa de morte entre as pessoas seropositivas. Na Europa, é uma das doenças definidoras de SIDA mais comuns, mas o tratamento está disponível para quase todos os casos.

TB - noções básicas

A tuberculose pode provocar diferentes formas de doença, por vezes no início da infecção, mas geralmente anos mais tarde.

Muitas pessoas são expostas à TB em criança, quando inalam germes da TB que foram expelidos no ar pelos pulmões de uma pessoa infectada com TB.

As micobactérias multiplicam-se nos pulmões, provocam inflamação e transferem-se para os gânglios linfáticos (o centro de comando do sistema imunitário). Esta fase da doença é designada por tuberculose primária ou primo-infecção. A TB pode disseminar-se, aumentar e provocar doença. Na maioria das

pessoas que não estão infectadas pelo VIH, o sistema imunitário do organismo mantém a infecção sob controlo, através da formação de uma parede de tecido cicatricial e a maioria das pessoas (cerca de 80%) eliminam a infecção. Nos restantes 20% dos indivíduos, os agentes da TB mantêm-se vivos, mas inactivos. Embora possa não causar mal-estar, irão permanecer vivos nesta área circunscrita durante muitos anos, mesmo décadas, podendo vir a provocar doença no futuro. Este tipo de TB é geralmente designado por tuberculose latente.

A fase da doença é designada por tuberculose activa.

TB - noções básicas

Quando a infecção reemerge do tecido cicatricial e provoca doença após um período de tempo designa-se por reactivação.

Diferentemente da maioria das outras infecções oportunistas (designadas assim porque se aproveitam do enfraquecimento do sistema imunitário do organismo para se desenvolverem) observadas em pessoas com infecção pelo VIH, a TB pode ocorrer em pessoas com uma contagem das células CD4 normal e pode ser transmitida a outras pessoas, quer tenham ou não o VIH.

Muitas pessoas só descobrem que estão infectadas pelo VIH quando são diagnosticadas com TB. Nesta situação, é importante saber que se pode beneficiar de

tratamentos e cuidados de saúde eficazes, que trazem boa qualidade de vida. Deve-se também notar que estão disponíveis tratamentos muito eficazes para a TB e que as pessoas infectadas pelo VIH que trataram a TB têm vidas saudáveis.

O GAT e a NAM publicaram muita informação sobre o tratamento do VIH e como viver com a infecção, que pode ser útil quando se é recém diagnosticado para o VIH. Pode-se aceder a esta informação no website da NAM, www.aidsmap.com ou em www.gatportugal.com.

Transmissão

As pessoas que têm tuberculose activa – a TB que o sistema imunológico não conseguiu controlar – nos pulmões podem transmitir a doença a outras pessoas. Os bacilos da TB são espalhados pelo ar quando um doente tosse. É preciso estar em contacto próximo e num espaço fechado, para que haja um risco real de infecção. Os contactos próximos incluem parceiros de pessoas com TB, pessoas que vivem na mesma casa e visitas frequentes da casa.

Quando se é diagnosticado com TB é, geralmente, realizado um rastreio às pessoas com quem o doente convive. É pouco provável que tenham sido infectados, mas é importante que sejam observados.

Após o início do tratamento para a TB, o doente deixa rapidamente de ser infeccioso. Entretanto, deve-se cobrir a boca quando se tosse e a seguir lavar as mãos. É importante falar com a enfermeira ou o médico quando se está com receios relativamente à transmissão da TB.

Em casos raros, a TB pode afectar a laringe (a parte da garganta que contém as cordas vocais) e a TB activa nesta zona pode ser espalhada quando uma pessoa tosse, grita e espirra. Ocasionalmente, a TB pode ser contagiosa a partir de feridas na pele e úlceras.

No entanto, nem todas as pessoas que têm TB pulmonar são infecciosas e a TB que afecta os ossos e os gânglios linfáticos também não é infecciosa.

Transmissão

É boa prática que as pessoas seropositivas para o VIH com TB sejam tratadas em quartos individuais e não em quartos para mais doentes. Os quartos devem ter “pressão negativa”, o que significa que o ar é extraído lentamente para fora do quarto e expelido no exterior do edifício para que não possa contaminar o resto do hospital.

Quando não é possível cuidar das pessoas com TB em quartos separados, pode-se reduzir o risco de transmissão mantendo as janelas abertas o mais tempo possível possível, prevenindo que o ar passe para o resto do hospital e usando luzes ultravioletas, que matam os bacilos da TB.

Se um doente no hospital está em risco de transmitir a TB pode ter de usar máscara, assim como o pessoal de saúde que cuida dele e as suas visitas.

Interação da TB com o VIH

Existe alguma evidência de que a tuberculose provoca descida da contagem das células CD4 e aumento na carga viral do VIH. Isto significa que o efeito do VIH pode ser mais grave a não ser que se tome os medicamentos anti-retrovirais para o VIH e a TB seja tratada.

No entanto, uma pessoa com VIH que tenha sido tratada para a TB com sucesso tem exactamente a mesma probabilidade de beneficiar do tratamento anti-retroviral, tendo a mesma descida da carga viral e aumento da contagem das células CD4, tal como uma pessoa seropositiva que nunca teve TB e podendo esperar ter a mesma longevidade.

A contagem das células CD4 e a carga viral são os indicadores chave do efeito que tem o VIH sobre o sistema imunitário e devem ser monitorizados regularmente.

Sintomas

O sintoma mais comum da tuberculose pulmonar é uma tosse persistente, que produz muco que pode ser raiado com sangue.

Sintomas comuns são, também, perda de peso, arrepios e febre seguidos de sudação, fadiga, sudação nocturna e, ocasionalmente, dores no peito. Estes sintomas podem aparecer muito lentamente e são semelhantes aos de outras doenças observadas nas pessoas com VIH.

Nas pessoas com infecção pelo VIH e com o sistema imunitário gravemente danificado, a TB pode disseminar-se dos pulmões para todas as partes do organismo. Afecta muitas vezes os gânglios linfáticos (fazendo-os

inchar), o intestino (provocando dor e diarreia grave), a espinha dorsal (provocando dormência ou formigueiro), o fígado (provocando inflamação) ou o cérebro. Se a TB afecta o cérebro, o doente pode ter sintomas de confusão mental, mudanças na personalidade, convulsões ou dificuldade em mexer partes do corpo.

Quando se tem sintomas que podem fazer suspeitar que se tenha tuberculose em qualquer destas partes do organismo, é necessário fazer outro tipo de testes e tratamento, para além do tratamento padrão para a TB.

Diagnóstico da TB

TB activa

Dado que os sintomas da TB podem ser semelhantes aos de outras doenças observadas nas pessoas infectadas pelo VIH, os médicos muitas vezes fazem uma série de análises para verificar se se trata de TB ou de outra doença. Além disso, os sintomas podem aparecer muito devagar, frequentemente durante meses, podendo ser difícil para o doente ou para o médico identificá-los.

A radiografia de tórax é o exame padrão. A TB pode aparecer em vários modos:

- A TB activa pode provocar zonas brancas irregulares que se vêem no raio-X e que podem ter cavidades no interior destas zonas.
- Pode formar-se um "derrame pleural". Trata-se de líquido nos pulmões e aparece como uma zona branca na parte inferior do pulmão.

Podem ser analisadas amostras de expectoração para verificar a presença de bacilos. Se estão presentes significa que a pessoa tem TB activa e pode potencialmente infectar outros.

Por vezes, os pulmões são examinados com um tubo com uma câmara muito pequena que se faz descer pelo nariz, sob anestesia

Diagnóstico da TB

local. Este procedimento é designado por broncoscopia e é apenas realizada se os médicos não estão seguros quanto à causa da doença.

Pode-se retirar, sob anestesia, amostras de tecido (ou biópsia) do local da infecção para serem examinadas ao microscópio. Também, neste caso, este exame apenas deve ser realizado se os médicos não conseguem diagnosticar a causa da doença com métodos mais simples.

Quando os bacilos da TB são encontrados, são analisados em laboratório para verificar quais são os medicamentos anti-TB que irão actuar contra eles. Isto ajudará o médico a escolher o tratamento adequado.

TB latente

Há, também, testes à disposição para verificar se uma pessoa tem TB latente (a TB que está presente no organismo, mas não provoca doença).

O raio-X pode ser usado para diagnosticar a TB latente. O tecido cicatricial, que muitas vezes contém cálcio, aparece como uma "sombra".

Um outro teste, designado por teste cutâneo de Mantoux ou da tuberculina (teste derivado de proteína purificada (ou PPD) do *Mycobacterium tuberculosis*), consiste na injeção cutânea de uma pequena quantidade de proteína morta e purificada da TB. Após alguns dias, a área da injeção pode apresentar uma reacção tornando-se avermelhada ou

Diagnóstico da TB

endurecendo. Quanto maior é o tamanho da reacção, maior é a probabilidade que a pessoa testada tenha sido infectada pela TB no passado e tenha ou uma TB activa ou uma infecção latente.

No entanto, a falta de reacção não prova que a pessoa não tenha TB e isto é particularmente verídico no caso de pessoas com um sistema imunitário muito debilitado. Para além disso, o teste de Mantoux não proporciona resultados muito exactos nas pessoas que fizeram a vacina BCG (mais sobre este tema na secção seguinte). A BCG foi realizada na maioria das crianças em idade escolar na Europa.

Foi desenvolvido um novo teste ao sangue, mais fiável e mais rápido designado por T

SPOT-TB®. Este procura células imunitárias chave chamadas células T, que o corpo produz em resposta à infecção por TB. Existe alguma evidência que prova que pode ser melhor para detectar a TB em pessoas com um sistema imunitário enfraquecido pelo VIH do que o teste de Mantoux.

Prevenção da TB

Vacinação

Até 2005, as crianças em idade escolar recebiam, na maioria dos países europeus, uma vacina contra a TB, designada por BCG. No entanto, esta vacina não protege completamente da TB e houve casos de pessoas que receberam a vacina BCG em criança quando já estavam a desenvolver a TB. Actualmente as políticas variam, há alguns países que ainda vacinam todas as crianças, outros que decidem caso a caso e outros países que direccionam o uso da vacina a grupos específicos.

As pessoas infectadas pelo VIH não devem ser vacinadas com a BCG porque é uma

vacina viva e pode provocar uma doença semelhante a TB.

Reforçar o sistema imunitário com o tratamento da infecção pelo VIH

Uma das melhores maneiras de prevenir a TB em pessoas seropositivas é reforçar o sistema imunitário. O tratamento com combinações de medicamentos anti-VIH eficazes potencia o sistema imunitário, tornando-o capaz de combater a TB e outras infecções.

Tomar medicamentos anti-TB (profilaxia)

Por vezes, administra-se às pessoas com TB latente um ou mais medicamentos anti-TB para prevenir que esta se torne activa. Os medicamentos anti-TB, também podem ser administrados a pessoas que estiveram

Prevenção da TB

em contacto próximo com pessoas com tuberculose para prevenir a infecção.

O medicamento geralmente usado na profilaxia é a isoniazida, que é tomada durante pelo menos seis meses. Por vezes, pode ser prescrito um outro medicamento, a rifampicina, a tomar em combinação com a isoniazida durante quatro meses. Recomenda-se que as pessoas seropositivas que provêm de comunidades com um nível elevado de infecção por TB, incluindo as pessoas de África e do subcontinente indiano, façam um tratamento de profilaxia se o seu teste Mantoux estiver positivo. Também se recomenda este tratamento às pessoas seropositivas que estiveram em contacto próximo com pessoas com TB activa. É

importante falar com o médico quando se está preocupado que este seja o seu caso.

A isoniazida pode provocar efeitos secundários e interagir com alguns medicamentos anti-VIH, principalmente o ddl (didanosina, *Videx*®) e d4T (estavudina, *Zerit*®). Deve-se falar com o médico sobre o tratamento quando se está a tomar um destes medicamentos.

A isoniazida pode também ser danosa para o fígado e deve-se monitorizar a função hepática com regularidade, durante este tratamento.

Prevenção da TB

O que se pode fazer para melhorar?

Comer bem, dormir um número adequado de horas e viver numa habitação seca e bem ventilada irá ajudar a evitar a infecção por TB ou a manter-se saudável se houve exposição ou se se tem TB latente.

Quando não se tem meios para comer apropriadamente ou problemas de alojamento, é importante procurar ajuda e aconselhamento. Deve-se falar com o médico ou pedir ajuda a uma assistente social ou outra pessoa que possa dar aconselhamento profissional. Uma organização local para pessoas infectadas com o VIH pode ajudar a analisar as opções existentes e proporcionar apoio.

Quando se entra em contacto com alguém com TB, um membro da família ou pessoa que partilha a mesma casa ou um amigo, deve contactar-se o médico o mais depressa possível para fazer testes e verificar se não se foi infectado.

Como se trata a TB

Os antibióticos para tratar a TB foram disponibilizados desde os anos 50, e, quando usados correctamente, podem curar a TB em pessoas com VIH.

Como para o VIH, o tratamento para a TB é bem sucedido quando se tomam os medicamentos à hora certa e como prescrito pelo médico. O tratamento geralmente dura seis meses. Em alguns casos, no entanto, pode ser necessário manter o tratamento durante nove meses ou um ano.

Se um doente não toma os comprimidos de modo apropriado ou deixa de os tomar quando começa a sentir-se melhor, isto

pode desenvolver resistências à tuberculose a alguns ou a todos os medicamentos usados para tratar. Isto significa que os medicamentos param de actuar. A TB resistente aos medicamentos está a tornar-se mais comum em muitos países do mundo e o seu tratamento demora mais tempo, frequentemente dois anos.

Também, os medicamentos contra a TB podem interagir com outros medicamentos, incluindo os usados para tratar a infecção pelo VIH e pode haver efeitos secundários. É importante referir ao médico todos os medicamentos que se está a tomar para evitar possíveis interacções. Se há qualquer probabilidade de os medicamentos administrados puderem interagir, o médico irá monitorizar cuidadosamente tal situação. Além

Como se trata a TB

disso, o médico ou o farmacêutico deve explicar os possíveis efeitos secundários do tratamento para a TB e o doente irá ser avaliado para ver se desenvolve algum. Recomenda-se comunicar ao médico quaisquer sintomas de efeitos secundários, porque muitas vezes é possível diminuir o mal-estar ou eliminar o sintoma.

Medicamentos anti-TB

- **Rifampicina.** Medicamento antimicobacteriano que está incluído na combinação padrão contra a TB.
- **Isoniazida.** Um medicamento antibiótico que, em combinação com outros medicamentos, é um tratamento padrão para a TB. Por vezes, é usado sozinho na profilaxia da TB.
- **Pirazinamida.** Medicamento de primeira linha para o tratamento da TB em combinação com outros medicamentos.
- **Etambutol.** Um antibiótico antimicobacteriano que, em combinações com outros medicamentos, é usado no tratamento padrão da TB.
- **Claritromicina.** Este medicamento é um antibiótico usado para o tratamento da doença definidora de SIDA *Mycobacterium Avium Intracellular*, mas, por vezes, é também usada no tratamento da TB.
- **Dapsona.** Um antibiótico usado nas doenças definidoras de SIDA, PPC e MAI, que também é usado, ocasionalmente, no

Como se trata a TB

tratamento da TB, principalmente da TB resistente.

- **Ofloxacina.** Usada para tratar a TB.
- **Rifabutina.** Este medicamento é usado no tratamento da doença definidora de SIDA *Mycobacterium Avium Intracellular* e por vezes é usado como alternativa à rifampicina nas combinações anti-TB.
- **Streptomomicina.** É o primeiro medicamento eficaz anti-TB. Hoje em dia, é usado raramente excepto em casos de multirresistência. É administrado por via parentérica.

- **Combinações de comprimidos.** Para reduzir o número de comprimidos a tomar, alguns medicamentos estão disponíveis combinados num único comprimido. Os seguintes são frequentemente prescritos: Rifater® (contém rifampicina, pirazinamida e isoniazida), Rifinah® (contém rifampicina e isoniazida) e Rimactan® (contém rifampicina e isoniazida) – este último não está disponível em Portugal.

Toma dos medicamentos anti-TB

Nome do medicamento	Efeitos secundários	Dicas	Interacções entre medicamentos
rifampicina	<i>Rash</i> , febre, problemas gastrointestinais e cor alaranjada da pele, urina, fezes e lágrimas (não usar lentes de contacto enquanto se toma rifampicina)	Tomar com estômago vazio, 30 minutos a uma hora antes da comida.	Reduz os níveis no sangue dos inibidores da protease e dos ITRNNs. Reduz os níveis no sangue da atovaquona (usada para tratar a PPC). Pode reduzir até 50% os níveis da metadona. É também possível que reduza o nível do medicamento antifúngico ketaconazole.
isoniazida	Febre, <i>rash</i> , neuropatia periférica e problemas hepáticos. A toma da vitamina B-6 reduz o risco de neuropatia periférica. Evitar o álcool pode ajudar a reduzir os problemas hepáticos.	Tomar com o estômago vazio, mínimo 30 minutos a uma hora antes de comer.	É necessário um seguimento cuidadoso quando se toma com medicamentos anti-VIH que podem provocar neuropatia periférica, em particular com o d4T e o ddl.

Toma dos medicamentos anti-TB

Nome do medicamento	Efeitos secundários	Dicas	Interacções entre medicamentos
pirazinamida	Inflamação do fígado (hepatite) e deve ser usada com precaução pelas pessoas com uma história prévia de problemas hepáticos. Também pode provocar problemas gastrointestinais, <i>rash</i> e gota.	Beber muita água ajuda a reduzir os problemas gastrointestinais.	Deve ser tomada duas horas antes do ddl.
etambutol	Inflamação do nervo óptico, visão distorcida, febre e <i>rash</i> . Quando se desenvolve problemas de visão enquanto se está a tomar etambutol, deve-se contactar imediatamente o médico. Risco de reacções alérgicas. Pode provocar problemas de audição e danos renais.	Tomar com comida para reduzir o risco de náuseas.	

Toma dos medicamentos anti-TB

Nome do medicamento	Efeitos secundários	Dicas	Interacções entre medicamentos
claritromicina	Distúrbios gastrointestinais, náuseas e alteração no paladar. Deve ser tomado com precaução pelas pessoas com problemas hepáticos e renais.		A rifabutina reduz os níveis no sangue da claritromicina e a claritromicina aumenta os níveis da rifabutina.
dapsona	Náusea e <i>rash</i> .	Tomar com comida para reduzir o risco de náuseas.	Deve ser tomada duas horas antes do ddl.
ofloxacina	Dores de cabeça, tonturas, ansiedade, tremores, distúrbios gastrointestinais e candidose.		

Toma dos medicamentos anti-TB

Nome do medicamento	Efeitos secundários	Dicas	Interacções entre medicamentos
rifabutina	<i>Rash</i> , febre, náusea, inflamação hepática, leucopenia (diminuição de glóbulos brancos no sangue), trombocitopénia (diminuição de plaquetas no sangue) e inflamação do contorno dos olhos, quando usada com claritromicina e etambutol.	Pode ser tomada com ou sem comida.	Pode haver interacções complexas com os inibidores da protease e os ITRNNs. O médico irá ajustar as doses se for necessário e irá monitorizar de perto o doente.
estreptomina	Risco de reacções alérgicas. Pode provocar problemas de audição e danos renais.	Injectada.	

Toma dos medicamentos anti-TB

Tratar a TB activa

O tratamento de primeira linha é uma combinação de quatro antibióticos que actuam contra a TB. O tratamento dura pelo menos seis meses. Nos primeiros quatro meses, são utilizados quatro medicamentos anti-TB: a isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.

Durante os quatro meses seguintes, o tratamento continua com dois medicamentos, geralmente isoniazida e rifampicina. Todos os que tomam isoniazida devem também tomar um suplemento vitamínico, a piridoxina, para evitar o desenvolvimento de um doloroso efeito secundário designado por neuropatia periférica, que atinge os nervos da parte inferior da perna e dos pés (por vezes, nas mãos).

Se existe tuberculose extra-pulmonar, é necessário um tratamento mais prolongado, especialmente se a TB afectou o cérebro ou quando se desenvolveu meningite tuberculosa.

Regra geral, os medicamentos são todos em comprimidos, com toma única diária. Alguns medicamentos estão combinados num único comprimido para facilitar a toma.

Quando se consegue controlar a TB, geralmente após uma ou duas semanas de tratamento, o doente irá sentir-se melhor. Depois deste tempo, já não existe risco de contágio, desde que continue a tomar a medicação anti-TB.

Toma dos medicamentos anti-TB

No entanto, é de vital importância continuar e completar o tratamento para a TB. A interrupção prematura do tratamento pode provocar a recidiva da TB ou podem surgir resistências aos medicamentos

Terapêutica directamente observada

Por causa da importância de tomar correctamente o tratamento para a TB, tanto para a saúde do doente como para evitar o aparecimento de estirpes da TB resistentes aos medicamentos, pode ser recomendado que um trabalhador da saúde visite, todos os dias o doente no domicílio para assegurar que toma medicação. Esta intervenção é designada por Terapêutica Observada Directamente (TOD), uma prática standardizada em alguns países.

Noutros países é usada apenas em algumas circunstâncias, como, por exemplo, quando um doente tem TB multirresistente ou problemas de adesão.

Trata-se primeiro a TB ou a TB e o VIH ao mesmo tempo?

Pode ser difícil tratar a TB e o VIH ao mesmo tempo. Pode haver interacções entre alguns medicamentos e o tratamento envolve a administração de muitos fármacos. Isto pode ser um problema tanto para as pessoas que foram diagnosticadas com TB e VIH há pouco tempo, como para as que já tenham sido diagnosticadas com VIH antes do aparecimento de TB e para as pessoas em tratamento para infecção pelo VIH que desenvolveram TB.

Toma dos medicamentos anti-TB

Há interações entre alguns medicamentos anti-VIH e anti-TB. As famílias de medicamentos anti-VIH chamadas inibidores da protease (IPs) e inibidores da transcriptase reversa não nucleósidos (ITRNNS) interagem com a rifampicina, um medicamento chave em muitas combinações anti-TB.

Muitos médicos recomendam ou o adiamento do tratamento para o VIH até que a TB tenha sido controlada ou mesmo a interrupção ou mudança da medicação anti-VIH, quando uma pessoa desenvolve a TB sob tratamento para o VIH. Os regimes terapêuticos para o VIH e a TB podem ser muito complexos e o médico deve discutir com o doente qual o tratamento mais adequado às suas circunstâncias.

Quando se tem uma contagem baixa das células CD4 e se inicia o tratamento anti-retroviral imediatamente após o tratamento para a TB, corre-se o risco de desenvolver a síndrome da reconstituição imunitária (IRIS). Esta surge quando o sistema imunitário se reconstitui e é estimulado para atacar a TB de novo. Isto pode dar muito mal-estar e provocar sintomas desagradáveis, em particular febre e o aumento dos gânglios linfáticos.

Geralmente, recomenda-se que a TB seja tratada primeiro se a contagem das células CD4 for superior a 350.

Se a contagem das células CD4 está entre 100 e 350, o médico pode recomendar o início do

Toma dos medicamentos anti-TB

tratamento para o VIH dois meses após o início da medicação anti-TB. Quando um doente tem um sistema imunitário muito fraco, com uma contagem das células CD4 abaixo de 100, recomenda-se iniciar o tratamento para o VIH o mais cedo possível após o início da medicação para a TB, porque o risco de efeitos secundários, interações medicamentosas e síndrome da reconstituição imunitária passam para segundo plano em relação ao risco de o doente contrair mais doenças oportunistas e até de morte se o tratamento for adiado.

O médico deve discutir estas questões com o doente e explicar o porquê das decisões relativas ao tratamento da tuberculose e da infecção pelo VIH.

Tratamento da TB em mulheres seropositivas grávidas

Os médicos têm recomendações especiais para o tratamento da TB em mulheres seropositivas para o VIH que estão grávidas ou amamentam.

É importante que as mulheres com TB activa estejam em tratamento para esta doença. Recomenda-se, também, o tratamento com isoniazida nas mulheres com TB latente, se existe risco de desenvolver TB activa. A probabilidade desta infecção ser passada à criança é muito pequena, mas se uma mulher não se tratar, há um risco acrescido de parto prematuro.

O tratamento nas mulheres grávidas consiste em quatro medicamentos – rifampicina,

Toma dos medicamentos anti-TB

isoniazida, pirazinamida, etambutol – durante os primeiros dois meses e, a seguir, dois medicamentos – rifampicina e isoniazida – durante mais sete meses. A piridoxina (vitamina B6) deve ser tomada para prevenir a neuropatia periférica provocada pela isoniazida.

No caso de uma doente estar grávida, recomenda-se que se faça o tratamento para a infecção pelo VIH para proteger o feto da infecção pelo VIH no útero e durante o parto. O tipo exacto de tratamento irá depender da saúde da grávida e de quando foi diagnosticada a infecção pelo VIH. Por causa do risco de uma interacção entre alguns medicamentos anti-TB e alguma medicação anti-VIH, é extremamente importante que o médico que proporciona

cuidados pré-natais e tratamento para a TB tenha conhecimentos profundos e experiências relativas à infecção pelo VIH e TB e trabalhe em conjunto com a doente.

Por causa do risco de transmissão do VIH, recomenda-se que as mulheres seropositivas pelo VIH não amamentem.

A mulher grávida não deve ter medo de pedir apoio, porque ter um bebé é uma experiência que por si só transforma a vida e quando acaba de descobrir que se está infectado pelo VIH ou se tem TB, pode-se ter muitas perguntas ou precisar de mais apoio da família, amigos, enfermeiras e parteiras ou de aconselhamento e apoio por parte de profissionais ou de outras pessoas que vivem com o VIH.

Interações entre medicamentos anti-TB e anti-VIH

Muitos medicamentos anti-VIH e anti-TB podem ser usados em conjunto sem complicações e com segurança. No entanto, como foi acima referido, existem interações. Não se recomenda o uso de alguns medicamentos anti-TB e anti-VIH em conjunto e, por vezes, é necessário ajustar a dose de um ou do outro.

O medicamento anti-TB rifampicina pode provocar uma redução importante nos níveis no sangue dos inibidores da protease (uma classe de medicamentos anti-VIH), mesmo quando são potenciados pelo ritonavir, tornando-os ineficazes e aumentando o risco de se desenvolver resistências a este

grupo de medicamentos. Por esta razão, a rifampicina pode ser usada apenas com alguns inibidores da protease e com o ITRNN efavirenze (*Stocrin*® ou *Sustiva*®, ou também no comprimido de combinação *Atripla*®), frequentemente prescrito.

Um outro medicamento anti-TB, a rifabutina, também pode interagir com os inibidores da protease, provocando uma descida do nível dos medicamentos anti-retrovirais na corrente sanguínea e um aumento do nível do rifabutina. Se tomado em conjunto com o efavirenze, o nível no sangue da rifabutina pode descer.

Por causa destas interações, é muito importante que o médico tenha

conhecimentos e prática no tratamento tanto da infecção por TB como da infecção pelo VIH.

Quando se está preocupado com o tratamento ou se tem dúvidas, é importante pedir ao médico ou a outro profissional de saúde envolvido no tratamento para disponibilizar algum tempo e responder às dúvidas e às perguntas.

Medicamentos anti-TB e anti-VIH - efeitos secundários

Algumas pessoas em tratamento para a infecção pelo VIH e que estão a tomar isoniazida ou rifampicina podem desenvolver uma hepatite (inflamação do fígado). O médico deve fazer, como parte integrante dos cuidados, análises regulares ao sangue para verificar o estado de saúde do fígado.

A isoniazida pode provocar alterações dolorosas nos nervos, o que é designado por neuropatia periférica e recomenda-se que este fármaco seja usado com extrema cautela quando administrado com o d4T ou o ddl, que também provocam este efeito secundário. Tomar uma dose diária de vitamina B6 (piridoxina) pode ajudar a prevenir a neuropatia periférica provocada pela isoniazida, mas não previne a neuropatia causada por alguns medicamentos anti-VIH.

TB resistente aos medicamentos

Está a tornar-se cada vez mais comum a TB resistente à isoniazida e rifampicina e também a outros medicamentos. Este tipo de TB designa-se por TB multirresistente (TB-MR) e foram observados casos em pessoas com infecção pelo VIH.

Diferentemente da TB sensível aos medicamentos, que normalmente se pode curar, o risco de morrer de TB-MR é mais elevado, a não ser que sejam administrados rapidamente medicamentos anti-TB ainda eficazes.

Para que a TB-MR não se propague, muitas vezes é necessário que o doente fique no

hospital em isolamento, até que o tratamento comece ser eficaz.

A TB-MR é muito mais difícil de tratar do que a TB sensível aos medicamentos. Os doentes com TB-MR precisam de tomar mais medicamentos anti-TB e durante mais tempo. Pode ser necessário que o tratamento dure até dois anos ou em alguns casos mais tempo. Os medicamentos usados para tratar a TB-MR incluem a estreptomicina, canamicina, claritromicina, amicacina, capreomicina e quinolonas.

Alguns destes medicamentos podem também interagir com a medicação anti-VIH ou ter efeitos secundários desagradáveis, por isso, é necessária uma monitorização de perto. É

muito importante completar o tratamento, é essencial falar com o médico sobre os efeitos secundários e como os gerir.

A TB-MR é mais difícil de tratar, por isso é provável que o doente seja referenciado a um médico especialista em tratamento da TB.

Surgiram também algumas estirpes da TB que são resistentes aos medicamentos de segunda linha e esta TB é designada por TB-XR (TB extremamente resistente). A TB-XR foi identificada em 55 países e foi encontrada em todos os continentes. Houve surtos de TB-XR que atingiram pessoas com infecção pelo VIH.

O risco de morte por TB extremamente resistente é muito elevado.

Síndrome da reconstituição imunitária

Após o início do tratamento para a infecção pelo VIH e a de se ter observado melhoria da imunidade, cerca de 25% das pessoas com tuberculose sofrem um agravamento temporário dos sintomas da TB. O raio-X pode mostrar o agravamento da TB nos pulmões. Os sintomas incluem febre e gânglios aumentados, que podem formar abscessos cheios de pus. Com o tempo estes irão desaparecer, mas precisam de ser geridos por profissionais de saúde.

Normalmente, é necessário mudar o tratamento para o VIH ou reiniciar a

Síndrome da reconstituição imunitária

terapêutica para a TB. Por vezes usa-se um medicamento (prednisolona) para controlar as reacções imunológicas.

Parece que as pessoas que iniciam o tratamento para a infecção pelo VIH com uma contagem das células CD4 abaixo de 100, dois meses após ter iniciado uma combinação de medicamentos anti-TB, estão em maior risco de ter estes sintomas. Quando se receia qualquer aspecto relativo ao início do tratamento, deve pedir-se tempo e esclarecimentos detalhados ao médico.

Resumo

- A TB é a doença definidora de SIDA mais comum em todo o mundo, mas as pessoas com VIH respondem bem ao tratamento para a TB.
- As pessoas tratadas com sucesso para a TB respondem bem ao tratamento para o VIH.
- As pessoas com VIH podem ser infectadas pela TB com qualquer contagem de células CD4 e contagiar outras pessoas. Mas o risco de desenvolver a TB é mais elevado nas pessoas que não estão em tratamento para o VIH e têm uma contagem baixa de células CD4.
- A TB pode ser activa e provocar doença imediata ou latente, isto é, que pode causar doença no futuro.
- A TB pode ser tratada, mas é importante tomar os medicamentos exactamente como prescrito pelo médico durante vários meses.
- Os medicamentos para a TB podem interagir com os medicamentos anti-VIH, o que significa que as doses de ambos necessitam de ajuste.

- Algumas estirpes da TB (TB-MR) são multirresistentes aos medicamentos. Este tipo de TB é mais difícil de tratar. A TB resistente extremamente (TB-XR) aos medicamentos tornou-se um problema de saúde grave em algumas regiões do mundo.
- A TB nas pessoas infectadas pelo VIH deve ser tratada por médicos especializados nesta doença.

Glossário

abcesso é uma acumulação localizada de pus que resulta de uma infecção.

antibiótico é um medicamento que actua contra as bactérias.

bactéria um microrganismo unicelular.

biópsia uma pequena amostra de tecido que pode ser examinada para procurar sinais de doença.

broncoscopia um procedimento médico que permite examinar os pulmões e realizar uma biópsia, usando um tubo flexível.

carga viral medição da quantidade de VIH numa amostra de sangue. A carga viral indica o grau de replicação viral.

CD4 uma molécula na superfície de algumas células à qual se pode ligar o VIH. A contagem das células CD4 reflecte aproximadamente o estado do sistema imunitário.

estirpe uma variante de uma doença caracterizada pelo seu genótipo.

gânglios linfáticos área no organismo onde se encontram os leucócitos e outras células imunitárias importantes. Também designados por nódulos.

hepatite uma inflamação do fígado.

infecções oportunisticas infecções específicas que provocam doença numa pessoa com o sistema imunitário debilitado.

inibidores da protease família de anti-retrovirais que têm como alvo a enzima protease. Incluem o atazanavir, darunavir, fosamprenavir, indinavir, lopinavir/ritonavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir e tipranavir.

ITRN inibidores da transcriptase reversa nucleósidos, família de anti-retrovirais que incluem o 3TC, abacavir, AZT, d4T, ddl e FTC.

ITRNN inibidores da transcriptase reversa não nucleósidos, a família de anti-retrovirais que inclui o efavirenze, a etravirina e nevirapina.

leucopénia valor anormalmente baixo de leucócitos no sangue, geralmente devido a danos na medula óssea.

meningite inflamação do revestimento do cérebro e da medula espinal.

neuropatia periférica danos nos nervos das mãos e/ou dos pés, que provocam sintomas que vão desde a dormência até dores excruciantes.

pulmonar que afecta os pulmões.

regime um medicamento ou tratamento de combinação e o modo como é tomado.

sistema imunitário o mecanismo do organismo cuja função é combater infecções e eliminar células disfuncionais.

trombocitopénia diminuição do número de plaquetas (células responsáveis pela coagulação) no sangue.

tuberculose uma doença provocada por uma bactéria designada por *Mycobacterium tuberculosis*.

A NAM é uma organização de base comunitária reconhecida, com sede no Reino Unido.

Trabalhamos com especialistas na área da medicina, investigação e serviço social e com pessoas afectadas pelo VIH. Produzimos material impresso e on-line com informação sobre VIH em Inglês, incluindo material (guias de recursos) para pessoas que vivem com VIH e para profissionais que desenvolvem trabalho nesta área.

Este material é baseado numa publicação original da NAM. A NAM não poderá ser responsabilizada pelo rigor da tradução ou da relevância da mesma a nível local.



Lamentamos que, sendo uma organização inglesa, não possamos comunicar com falantes de português. No entanto, o nosso site **www.aidsmap.com**, inclui uma base de dados com informação sobre todos os serviços disponíveis a nível global. Poderá ser um recurso para encontrar organizações ou serviços de saúde.

O nosso site **aidsmap.com** tem diversos materiais de leitura traduzidos que podem igualmente ser descarregados.

Esta brochura pode ser lida em caracteres grandes usando o ficheiro PDF no nosso website **www.aidsmap.com**.

Todos os anos, a NAM disponibiliza informação para milhares de pessoas, sem custos adicionais. Caso esteja interessado em fazer um donativo, por favor visite a nossa página **www.aidsmap.com/donate**.

A NAM é uma instituição de solidariedade, com o número de registo 1011220.

NAM

Lincoln House
1 Brixton Road
Londres SW9 6DE
UK

Telephone: +44 (0) 20 7840 0050

Fax: +44 (0) 20 7735 5351

Website: www.aidsmap.com

Email: info@nam.org.uk

Direitos de autor © NAM 2009

Todos os direitos reservados.

A NAM é uma organização de base comunitária reconhecida, com sede no Reino Unido. Trabalhamos com especialistas na área da medicina, investigação e serviço social e com pessoas afectadas pelo VIH.