

همبستگی میزان اضافه بار آهن و پاسخ به درمان هپاتیت C مزمن در بیماران بتاتالاسمی ماژور تحت درمان با ترکیب انترفرون آلفا و ریباویرین

*دکتر مریم جفرودی (MD)^۱ - دکتر رامین اسدی (MD)^۱ - دکتر آبتین حیدرزاده (MD)^۲

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان هفده شهریور

پست الکترونیک: m_jafroodi@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۹/۳۰ تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۲۴

چکیده

مقدمه: تزریق مداوم خون از درمان‌های اصلی کم‌خونی در بیماران دچار بتاتالاسمی ماژور است که برای ادامه زندگی آنها ضروری می‌باشد ولی خود می‌تواند باعث انتقال ویروس‌ها (بویژه ویروس هپاتیت C) و تحمل بار بالای آهن به بدن بیمار شود که به نوبه خود نیاز به درمان همزمان ضد ویروس و داروهای متصل شونده به آهن را ایجاد می‌کند. بررسی تأثیر عواملی مثل غلظت آهن کبد در پاسخ به درمان ضد ویروس مهم است.

هدف: همبستگی میزان اضافه بار آهن و پاسخ به درمان هپاتیت C مزمن در بیماران دچار تالاسمی ماژور تحت درمان با ترکیب انترفرون آلفا و ریباویرین.

مواد و روش‌ها: تمام بیماران دچار بتاتالاسمی ماژور که از دی ۱۳۷۸ لغایت اردیبهشت ۱۳۸۵ در درمانگاه هماتولوژی در شهر رشت مراجعه کرده بودند بررسی شده و ۳۰ بیمار دچار هپاتیت C وارد مطالعه شدند. پادتن علیه ویروس هپاتیت C و HCV-RNA (به روش PCR) اندازه‌گیری و بار ویروس و ژنوتیپ‌های آن تعیین شد. پیش از شروع درمان، نمونه‌های بافت کبد بیماران برای بررسی رسوب آهن به آزمایشگاه آسیب‌شناسی انسیتو کانسر دانشگاه تهران فرستاده شد تا جذب اتمی آهن به روش اسپکترومتری، در آنها بررسی شود. بیماران بر اساس ژنوتیپ ویروس تحت درمان استاندارد با ترکیب انترفرون و ریباویرین قرار گرفتند. در این مطالعه پاسخ به درمان به معنی منفی شدن PCR در هفته ۱۲ درمان و نیز پایان درمان تلقی شد. داده‌ها در فرم جمع‌آوری اطلاعات مخصوص گردآوری شد و با برنامه آماری SPSS(15) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: از ۳۰ بیمار، ۱۷ نفر مرد (۵۶/۷٪) و ۱۳ نفر زن (۴۳/۳٪) بودند. غلظت کبدی آهن در بیماران بررسی و همبستگی بین آن و پاسخ به درمان ارزیابی شد که نتایج نشان‌دهنده نبودن همبستگی بین غلظت آهن کبد و پاسخ به درمان بود ($p=1$). همچنین، همبستگی انواع رده‌های بار ویروس نیز با پاسخ به درمان بررسی شد که بین آنها همبستگی نشان نداد (۴۱/۴٪). همبستگی ژنوتیپ با پاسخ به درمان نیز بررسی شد. ژنوتیپ ویروس در ۲۴ نفر، ۱a (۸۰٪) و در ۶ نفر، ۳a بود (۲۰٪) که بین انواع ژنوتیپ و پاسخ به درمان همبستگی وجود نداشت ($p=0/068$). همبستگی بین غلظت آهن کبد و پاسخ به درمان به تفکیک جنس بررسی شد که بین غلظت آهن کبد در مردان و زنان و پاسخ به درمان همبستگی نشان نداد ($p=0/226$ مردان) و ($p=0/199$ زنان).

نتیجه‌گیری: در مطالعه ما هیچگونه همبستگی بین غلظت آهن کبدی، انواع ژنوتیپ، رده‌های بار ویروس و جنس و پاسخ به درمان وجود نداشت و شاید بتوان نتیجه گرفت که نیازی به درمان آهن زدا مقدم بر درمان ضد ویروس و به تأخیر انداختن درمان ضد ویروس نباشد.

کلید واژه‌ها: اینترفرون آلفا/ اضافه بار آهن/ بار ویروس/ تالاسمی بتا/ ریباویرین/ ژنوتیپ/ هپاتیت سی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هجدهم شماره ۷۲، صفحات: ۸-۱۵

مقدمه

خون از درمان‌های اصلی کم‌خونی در این بیماران است. این درمان گرچه برای ادامه حیات ضروری است، ولی باعث انتقال ویروس‌ها (بویژه ویروس هپاتیت C) و تحمل بار بالای آهن (حدود ۲۵۰-۲۰۰ mg به ازاء هر واحد خون یا حدود ۱gr در هر ماه) به بدن بیمار می‌شود (۲).

اندازه‌گیری کمی تعادل آهن در بیماران تالاسمی ماژور به دلیل نبودن روش‌های قطعی تعیین ذخیره آهن کل بدن دشوار است (۳). ساده‌ترین روش‌های اندازه‌گیری اضافه بار

بتاتالاسمی گروه ناهمگونی از اختلال‌های ارثی ساخته شدن زنجیره بتاهموگلوبین است که منجر به تولید نشدن یا کاهش تولید این زنجیره می‌شود. بتاتالاسمی در نواحی مدیترانه، آفریقا و آسیا (۱) از جمله در کشور ما شایع است به طوری که در حال حاضر بیش از ۱۸۰۰۰ بیمار تالاسمی ماژور شناخته شده در کشور ما وجود دارند. افزایش تخریب گلوبول‌های قرمز در مغز استخوان و طحال باعث کم‌خونی شدید در بیماران بتاتالاسمی ماژور می‌شود. تزریق مداوم