

Introdução: A elastografia hepática transitória (EHT) é o método não-invasivo mais validado como alternativa à biópsia hepática. O valor diagnóstico da elastografia hepática por 2D-SWE (EH-2D-SWE) para estadiamento da fibrose hepática ainda necessita de validação. Objetivo: Avaliar acurácia da EH-2D-SWE para estadiamento da fibrose hepática e correlacionar resultados de EHT e EH-2D-SWE em pacientes com hepatites virais e/ou infecção pelo HIV.

Método: Estudo retrospectivo transversal de indivíduos com hepatites virais e/ou infecção pelo HIV que realizaram diferentes métodos de elastografia [EHT (Fibroscan) pelas sondas M e XL e EH-2D-SWE (LOGIQ-S8)] no mesmo dia. Indivíduos com outras doenças hepáticas e aqueles com pelo menos um método de elastografia não-interpretável foram excluídos. EHT foi considerada como padrão-ouro e o estadiamento da fibrose hepática foi definido pela “regra dos 5” [$\geq 5,0$ KPa, $\geq 10,0$ KPa e $\geq 15,0$ KPa]. Resultados de exames laboratoriais realizados até 6 meses da data da EHT foram coletados. A correlação entre métodos de elastografia e acurácia da EH-2D-SWE foram avaliadas pelo índice de Spearman (ρ) e área sob a curva ROC, respectivamente. Os melhores pontos de corte da EH-2D-SWE foram identificados pelo ponto mais à esquerda e alto da curva ROC; sensibilidade (Se), especificidade (Sp) destes pontos foram calculadas.

Resultados: 305 pacientes [61,3% do sexo masculino, mediana de idade de 51 anos; 40% com hepatites virais (VHC ou VHB) \pm HIV, 28% com resposta virológica sustentada (RVS) do VHC \pm HIV e 32% com mono-infecção pelo HIV] foram incluídos. Os valores de EH-2D-SWE [5,29 kPa (IQR, 4,56-6,39)] foram significativamente inferiores aos da EHT pela sonda M [EHT-M = 6,2 kPa (4,9-8,6); $p < 0,001$] e sonda XL [EHT-XL = 6,1 kPa (4,9-8,0); $p < 0,001$]. Os índices de correlação (ρ) entre EHT-M e EH-2D-SWE foram satisfatórios de forma global ($\rho = 0,65$) e estratificados por etiologia: HCV \pm HIV = 0,75; HCV \pm HIV pós-RVS = 0,77; HBV \pm HIV = 0,52 e HIV monoinfectados = 0,33. AUROCs da EH-2D-SWE para EHT $\geq 10,0$ KPa e $\geq 15,0$ KPa foram 0,94 e 0,95, respectivamente. Os melhores ponto de corte da EH-2D-SWE para EHT $\geq 10,0$ KPa e $\geq 15,0$ KPa foram 6,6 kPa [Se = 89,3% (95%IC 71,8-97,7) e Sp = 91,6% (84,1%-96,3%)] e 8,0 kPa [Se = 82,4% (56,6-96,2) e Sp = 95,3% (89,3-98,5)].

Conclusão: Apesar de valores de EH-2D-SWE significativamente inferiores à EHT, os dois métodos apresentam boa correlação. EH-2D-SWE tem boa acurácia para detecção de estágios avançados de fibrose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102109>

ÁREA: HIV/AIDS

PI 114

ASPECTOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E
IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DA APRESENTAÇÃO
TARDIA APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIV-1 EM
UMA COORTE NORTE BRASILEIRA

Leonn Mendes Soares Pereira ^a,
Eliane dos Santos França ^b, Iran Barros Costa ^b,

Igor Tenório Lima ^b, Felipe Teixeira Lopes ^a,
Talita Antonia Furtado Monteiro ^c,
Olinda Macedo ^d,
Rita Catarina Medeiros Sousa ^b,
Felipe Bonfim Freitas ^d, Igor Brasil Costa ^b,
Antonio Carlos Rosário Vallinoto ^a

^a Programa de Pós-Graduação em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil

^b Programa de Pós-Graduação em Virologia do Instituto Evandro Chagas, Belém, PA, Brasil

^c Laboratório do Vírus Epstein-Barr da Seção de Virologia do Instituto Evandro Chagas, Belém, PA, Brasil

^d Laboratório de Retrovírus da Seção de Virologia do Instituto Evandro Chagas, Belém, PA, Brasil

Introdução/objetivo: O início tardio do monitoramento específico após a aquisição do HIV-1 é multifatorial e está relacionado ao perfil social dos pacientes. Objetivamos identificar os fatores sócio-demográficos associados à apresentação tardia e as consequências clínicas resultantes em uma coorte de pacientes do Pará/Brasil.

Métodos: O total de 402 pacientes HIV-1 + foram monitorados por 24 meses, estando todos livres de terapia na coleta inicial. Aspectos sócio-demográficos foram obtidos de prontuários clínicos e questionários epidemiológicos. A carga viral foi quantificada por PCR em tempo real. A concentração de linfócitos e de citocinas foi quantificada por citometria de fluxo. Os dados longitudinais do monitoramento foram obtidos do banco SISCEL. As mutações de resistência foram sequenciadas por Sanger e plataforma 31301x1 e analisadas em Standford HIV Drug Resistance Database. Os esquemas terapêuticos foram obtidos do banco SICLOM.

Resultados: Cerca de 4% da coorte teve apresentação tardia entre 7 a mais de 12 meses do diagnóstico primário; a procura ocorreu por orientação de terceiros ou início dos sintomas. Renda familiar abaixo de 1 salário e relações com profissionais do sexo foram fatores associados. O atraso resultou em: Três ou mais coinfeções, a maioria viral e bacteriana; Polissintomatologia, com combinação específica de mialgia e febre; Carga viral elevada e CD4 + baixo nos 6 primeiros meses; Manutenção da terapia sem trocas ao longo dos 24 meses, porém, com maior representação de esquemas de 2ª escolha. Na pré-terapia, pacientes tardios tinham altas dosagens de citocinas TH1 e baixa dosagem de citocinas TH2 e TH17; mutações de resistência não foram frequentes.

Conclusões: Poucos fatores sócio-demográficos e comportamentais foram associados à apresentação tardia, porém, as consequências deste atraso se mostraram adversas à progressão esperada com o início imediato da terapia, principalmente nos primeiros 6 meses de monitoramento.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102110>