

Doporučení Sekce pro tuberkulózu při ČPFS pro diagnostiku a léčbu latentní TB infekce u nemocných v chronickém dialyzačním léčení

J. Homolka a členové Sekce pro TB při ČPFS

říjen 2017

Řada studií prokázala, že nemocní s chronickou renální insuficiencí mají zvýšené riziko onemocnění tuberkulózou. Je to podmíněno poruchou buněčné imunity doprovázející základní renální onemocnění a dále i některými podávanými preparáty. Metaanalýza souboru 71347 nemocných s chronickou renální insuficiencí prokázala 4x vyšší riziko onemocnění tuberkulózou u nemocných na dialýze a 1x vyšší riziko onemocnění tuberkulózou u nemocných po transplantaci ledviny (1). Vyšetření nemocných s chronickou renální insuficiencí na latentní tb infekci doporučuje Světová zdravotnická organizace i v zemích s nízkou prevalencí tuberkulózy (2). Z hlediska detekce latentní tuberkulózní infekce (LTBI) mají u nemocných s chronickou renální insuficiencí vyšší specifitu i senzitivitu IGRA testy (Interferon-Gamma Releasing Assays) v porovnání s tuberkulinovým kožním testem (3). Proto se tyto testy preferují, i když se možnost použití tuberkulinového testu nevylučuje. U nemocných na dialýze mají častěji tuberkulózu ženy se současným diabetes mellitus (4). Dle České nefrologické společnosti je v ČR léčeno dialýzou asi 6000 nemocných. U nemocných, u kterých je plánována transplantace ledviny je IGRA test součástí předtransplantačního vyšetření.

U nemocných s chronickou renální insuficiencí v dialyzačním programu doporučujeme provést jeden z IGRA testů (QuantiFERON-TB Gold Plus nebo T-SPOT.TB). Toto vyšetření může provést nefrolog nebo pneumoftizeolog. V případě jeho pozitivity je nezbytné odeslat nemocného k vyšetření pneumoftizeologem. V případě, že je indikována chemoprophylaxe nebo antituberkulotická léčba je nemocný pravidelně kontrolován a léčen pneumoftizeologem.

Chemoprophylaxe je zajištěna podáváním Nidrazidu-INH v dávce 5 mg/kg (max. denní dávka 300 mg) spolu s Pyridoxinem po dobu 6 měsíců. Chemoprophylaxi má každý infikovaný nebo kontakt pouze jednou. Při chemoprophylaxi je nutné kontrolovat jaterní testy 1x měsíčně. U nemocných s chronickou renální insuficiencí je INH podáváno 3x týdně před dialýzou. Místo INH lze podat Rifampicin-RMP 10 mg/kg (max. denní dávka 600 mg ráno na lačno) po dobu 4 měsíců (neurotoxicita INH, INH rezistentní kmen MTB), který není na rozdíl od INH vylučován ledvinami, ale prodělává enterohepatální cyklus.

Léčba AT se při eventuální recidivě tuberkulózy na rozdíl od preventivní léčby LTBI opakuje. Léčba tuberkulózy je uvedena na www.pneumologie.cz - Standard léčebného plánu TB u dospělých (5).

Mohou nastat následující situace:

Situace 1:

Nemocný bez TB v RA i OA, bez současného epidemiologicky významného kontaktu s TB, asymptomatický z hlediska TB. Má normální nález na skiagramu hrudníku. Quantiferon -TB Gold, Quantiferon -TB Gold Plus nebo T-SPOT.TB negativní. Opakování IGRA testu pouze v případě epidemiologicky významného kontaktu s tuberkulózou nebo při zařazení na waiting list k transplantaci ledviny. *Dále nesledovat.*

Situace 2:

Nemocný bez TB v RA i OA, bez současného kontaktu s TB, asymptomatický z hlediska TB. Nález na skiagramu hrudníku je v mezích normy. IGRA test je pozitivní.

Preventivní terapie INH 5mg/kg po dobu 6 měsíců nebo RMP 10 mg/kg po dobu 4 měsíců.

Situace 3:

Nemocný bez TB v RA i OA, ale v epidemiologicky významném kontaktu s aktivní TB. Nález na skiagramu hrudníku v mezích normy. IGRA test je pozitivní.

Preventivní terapie INH 5mg/kg po dobu 6 měsíců nebo RMP 10 mg/kg po dobu 4 měsíců

Situace 4:

Nemocný s vyléčenou TB, IGRA test je pozitivní. Pravidelně sledovat v rámci dispenzární skupiny (P1, P2, M1, M2). *Preventivní terapie není indikována.*

Situace 5:

Nález na skiagramu hrudníku připouští možnost aktivní tuberkulózy. Jsou indikovaná veškerá vyšetření k potvrzení diagnózy aktivní tuberkulózy. *Je indikovaná léčba antituberkulotiky po dobu 6 měsíců.*

Literatura:

- 1) Al-Efraij K, Mota L, Lunny C et al.: Risk of active tuberculosis in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Tuberc. Lung. Dis.* 19, 2015, s. 1493-1499.
- 2) Getahun H, Matteeli A, Abubakar I. et al.: Management of latent *Mycobacterium tuberculosis* infection: WHO guidelines for low tuberculosis burden countries. *Eur. Respir. J.* 46, 2015, s. 1563-1576.
- 3) Wintrop KL, Nyedak M, Calvet H et al.: Interferon-gamma release assays for diagnosing *Mycobacterium tuberculosis* infection in renal dialysis patients. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 5, 2008, s. 1357-1363.
- 4) Christopoulos AI, Diamantopoulos AA, Dimopoulos PA et al.: Male-female differences in the risk of tuberculosis in dialysis patients. *Int. Urol. Nephrol.* 41, 2009, s. 671-677.
- 5) Standard poskytování dispenzární péče nemocným tuberkulózou a jinými mykobakteriózami a osobám s vyšším rizikem vzniku těchto onemocnění. *Věstník MZ ČR* částka 7, vydáno 20. 6. 2016.

Schváleno Sekcí pro TB při ČPFS v říjnu 2017

Schváleno výborem ČPFS dne 29. 11. 2017