

Hepatitis B og C – har vi glemt børnene?

LEDER

Alex Lund Laursen

Ugeskr Læger

2014;176:V65555

Hepatitis B-virus (HBV) og hepatitis C-virus (HCV) er på verdensplan udbredte sygdomme, og begge virus er hyppige årsager til cirrose og hepatocellulært karcinom. I Danmark er forekomsten af begge infektioner lav med et skønnet antal HCV-smittede på 15.000 og et lignende antal HBV-smittede.

Udbredelsen af HCV, naturhistorien og ikke mindst behandlingen af infektionen hos børn er relativt sparsomt belyst. Prævalensen af HCV hos børn i den vestlige verden er lav og angives at være på 0,1-0,4%, men der foreligger kun få og ældre oplysninger om denne aldersgruppe. I to statusartikler af *Christensen et al* publiceret i dette nummer af Ugeskrift for Læger er naturhistorien og behandlingen af HCV hos børn beskrevet i generelle vendinger. Ud fra det skønnede antal (40-60 børn) er problemets omfang muligvis beskedent i Danmark, men man savner grundlaget for dette skøn og en mere præcis kortlægning med registrering af antal smittede børn, betydningen af sygdommen, herunder fibroestadium, og status for behandling.

Udviklingen af fibrose sker generelt langsomt, og graden af inflammation er ringe hos børn med HCV [1], og de er derfor sjældent behandlingskrævende. I de få tilfælde, hvor behandling er indiceret, er mulighederne indtil videre begrænset til pegyleret interferon og ribavirin – en behandling, der er under afvikling hos voksne med udviklingen af direkte virkende antivirale midler (DAD), som er mere effektive og behæftet med færre bivirkninger. Der pågår afprøvning af førstegenerationsproteasehæmmere hos børn, men introduktionen af DAD vil være forsinket hos denne patientgruppe; man er således henvist til standardbehandlingen i endnu nogle år. Denne behandling er behæftet med en række bivirkninger, og selvom det ofte anføres, at børn har færre bivirkninger end voksne, er der dog forskellige holdninger til dette. Således findes *quality of life* at være påvirket i varierende grad i forskellige arbejder [2, 3]. Væksthæmning er et særligt problem hos børn, således fandt man i f.eks. The pediatric study of hepatitis C [4] væksthæmning under behandling og manglende indhentning hos nogle børn efter to år. I en dansk sammenhæng, hvor antallet af børn med hepatitis C er beskedent, er det således vigtigt, at patientgruppen bliver undersøgt af læger med erfaring i infektionen, og at man ved vurdering af behandlingsindikation er velorienteret om de fremtidige muligheder med DAD. Behandlingen og stillingtagen til denne bør derfor foregå på få centre, hvor man ser et rimeligt antal børn med infektionen.

Antallet af børn med kronisk hepatitis B er større end antallet af børn med kronisk hepatitis C. I dette nummer af Ugeskrift for Læger har de samme forfattere skrevet en statusartikel om hepatitis B hos børn. I Danmark savner vi også på dette område data om patientantal, betydning af infektionen og antal børn i behandling. De fleste patienter vil formentlig være i den immuntolerante fase og ikke kræve behandling. I lighed med i behandlingen af voksne med HBV er en vurdering af fibroestatus vigtig og et udgangspunkt for stillingtagen til behandling [5].

Behandlingen er problematisk, fordi brug af interferon kun vil være en mulighed hos et fåtal af patienterne og har potentielle bivirkninger, der er derudover begrænset erfaring med de bedste nukleosidanaloger tenofovir og entecavir hos børn med kronisk HBV. Tenofovir er kun registreret til børn over 12 år, men anvendes dog til behandling af hiv hos mindre børn.

Langtidsbivirkningerne på f.eks. knogler er dog ikke kendte. Lamivudin og adefovirdipivoxil er mindre potente og ledsaget af betydelig risiko for resistensudvikling. Det er således vigtigt, at vurdering af behandlingsbehovet og selve behandlingen forestås af erfarne læger, og da antallet af patienter, der har brug for behandling, formentlig er beskedent, bør behandlingen også her være centraliseret.

LITTERATUR

1. Goodman ZD, Makhlof HR, Liu L et al. Pathology of chronic hepatitis C in children: liver biopsy findings in the Peds-C trial. *Hepatology* 2008;47:836-43.
2. Iorio R, Pensati P, Botta S et al. Side effects of alpha-interferon therapy and impact on health-related quality of life in children with chronic viral hepatitis. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:984-90.
3. Rodrigue JR, Balistreri W, Haber B et al. Peginterferon with or without ribavirin has minimal effect on quality of life, behavioral/emotional, and cognitive outcomes in children. *Hepatology* 2011;53:1468-75.
4. Jonas MM, Balistreri W, Gonzalez-Peralta R et al. Pegylated interferon for chronic hepatitis C in children affects growth and body composition: results from the pediatric study of hepatitis C (PEDS-C) trial. *Hepatology* 2012;56:523-31.
5. Sokal EM, Pagonelli M, Wirth S et al. Management of chronic hepatitis B in childhood: ESPGHAN clinical practice guidelines. Consensus of an expert panel on behalf of the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Hepatol* 2013;59:814-29.

KORRESPONDANCE:

Alex Lund Laursen,
 Infektionsmedicinsk
 Afdeling Q, Aarhus
 Universitetshospital, Skejby,
 Brendstrupgårdsvej 100,
 8200 Aarhus N.
 E-mail:
 d201790@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens
 ICMJE-formular er tilgængelig
 sammen med lederen på
 Ugeskriftet.dk