



|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Evento</b>     | Salão UFRGS 2018: SIC - XXX SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS  |
| <b>Ano</b>        | 2018  |
| <b>Local</b>      | Campus do Vale - UFRGS  |
| <b>Título</b>     | Razão entre concentração sérica de tacrolimus e sua dose diária não está associada com prejuízo de função renal e rejeição celular aguda após Transplante Hepático Infantil |
| <b>Autor</b>      | JOEL STEFANI  |
| <b>Orientador</b> | SANDRA MARIA GONÇALVES VIEIRA   |

# **Razão entre concentração sérica de tacrolimus e sua dose diária não está associada com prejuízo de função renal e rejeição celular aguda após Transplante Hepático Infantil**

Autor: Joel Stefani

Orientadora: Sandra Maria Gonçalves Vieira  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** a imunossupressão após o transplante hepático infantil (THI) é complexa. Além disso, os efeitos adversos associados com agentes imunossupressores são um desafio para os clínicos. O Tacrolimo (TAC) é a base da terapia imunossupressora em transplante de órgãos, incluindo o transplante hepático (TH). Recentemente, foi demonstrado em pacientes adultos que a relação concentração sérica TAC/dose diária (C/D) está associada com nefrotoxicidade. Não há dados disponíveis que avaliem C/D em THI. Nós objetivamos determinar a TAC C/D em crianças submetidas ao TH e analisar a relação entre TAC C/D, função renal pós-TH e rejeição celular aguda (RCA).

**Métodos:** Nós estudamos retrospectivamente pacientes transplantados até a idade de 18 anos, submetidos a TH primário entre jan/99-jul/16, que utilizaram TAC como imunossupressor e que tenham sobrevivido pelo menos 30 dias após a cirurgia. Foram analisados dados clínicos e demográficos no momento do transplante e 5, 10, 15, 30, 90, 180 e 365 dias após a cirurgia. Nós avaliamos a distribuição de valores de TAC C/D no 30º dia após TH, e dessa distribuição classificamos os pacientes em três grupos: metabolizador lento, intermediário e rápido. Nós utilizamos os valores de percentis para essa divisão. A dose de TAC foi comparada entre os grupos durante o seguimento. Nós excluímos pacientes com *missing data*. A taxa de filtração glomerular (eTFG) foi estimada pela fórmula de Schartz. Critério histológico ou ALT>60 UI (quando excluído infecção e/ou obstrução vascular), responsivo ao ajuste da terapia imunossupressora definiram RCA. Os grupos foram comparados pelo teste de chi-quadrado de Pearson e equações de estimação generalizadas.

**Resultados:** 105 pacientes foram estudados, sendo a maioria masculina (53,6%). Atresia biliar foi a principal indicação de transplante. A mediana de idade no transplante foi de 3.5 anos (p25: 1.5; p75: 10.75). A distribuição de TAC C/D foi assimétrica, sendo sua mediana 1.43 (p25: 0.78; p75: 3.07). Vinte e seis pacientes foram classificados como metabolizadores rápidos (C/D < 0.78), vinte e seis como lentos (C/D > 3.07) e cinquenta e três como intermediários (C/D entre 0.78-3.07). As concentrações de TAC foram significativamente diferentes entre os grupos: metabolizadores lentos tiveram as maiores concentrações de TAC, enquanto os rápidos, as menores. No 5º e no 10º dia pós-TH, metabolizadores lentos apresentaram menor eGFR, quando comparados aos metabolizadores rápidos (p = 0.002 e p = 0.039, respectivamente). Nos demais dias, não houve diferença significativa entre os grupos. Quarenta e um pacientes (39%) apresentaram RCA (13 por critério ALT; 28 por definição histológica). Não houve diferença significativa entre os grupos e este desfecho (p = 0.29)

**Conclusão:** Em crianças submetidas ao TH, TAC C/D não esteve associada à redução da eGFR ou ao desenvolvimento de RCA. Mais estudos são necessários para melhor compreensão do papel da relação C/D na prática clínica pediátrica. Os autores declaram que não há conflitos de interesses.