

OPTIUNI TERAPEUTICE ACTUALE IN TRATAMENTUL HEPATITEI CRONICE VIRALE C

Ce este hepatita C?

Hepatita C este o boală hepatică cauzată de virusul hepatitei C. Hepatita C poate provoca o boală ușoară de câteva săptămâni sau poate evolua într-o boală cronică gravă, pe tot parcursul vieții. Este o cauză majoră de cancer și ciroză hepatică, iar dacă nu este tratată, poate fi fatală.

Hepatita C se transmite prin expunerea la cantități mici de sânge. Persoanele care se injectează droguri sunt expuse unui risc deosebit. Aproximativ 30% dintre persoanele infectate elimină virusul în 6 luni fără tratament. Restul de 70% dezvoltă hepatită cronică C și pentru aceștia, riscul de ciroză hepatică variază între 15% și 30% în decurs de 20 de ani. 75% dintre cei raportați că trăiesc cu hepatită cronică C trăiesc în țări cu venituri mici și medii.

Care este impactul hepatitei C?

- 58 de milioane de oameni au hepatită C
- 75% dintre persoanele cu hepatită C trăiesc în țări cu venituri mici și medii
- Aproximativ 50% dintre persoanele cu hepatită C trăiesc în 4 țări: China, Pakistan, India și Egipt
- 79% nu știu că sunt infectați
- doar 13% au avut acces la tratament
- 2,3 milioane de oameni au HIV și hepatită C
- 15-30% dintre cei infectați cronic dezvoltă ciroză hepatică în decurs de 20 de ani
- 8 00 de oameni mor în fiecare zi



UNIUNEA EUROPEANĂ



Hepatita C este întâlnită în întreaga lume. Există șase tulpini majore diferite de hepatită C, cunoscute sub numele de genotipuri, distribuite în diferite regiuni, genotipul 1 fiind cel mai răspândit în țările cu venituri mari și genotipul 3 cel mai răspândit în țările cu venituri mici și medii. Genotipul 3 reprezintă 30% din infecția globală cu hepatita C.

Care sunt tratamentele actuale pentru hepatita C?

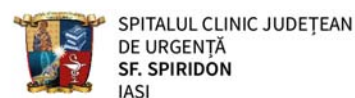
Antiviralele cu acțiune directă (recomandate de OMS din 2016)

- foarte eficiente (rate de vindecare > 95% în studiile clinice)
- mai sigure și mai bine tolerate decât terapiile existente
- durata de tratament mai scurtă (8, 12 sau 24 de săptămâni).
- formulare orală
- monitorizare mai simplă și cerințe de laborator
- accesul este destul de limitat, mai ales din cauza costurilor ridicate

Descoperirea antiviralelor cu acțiune directă (AAD) au modificat radical domeniul hepatologiei în ultimii ani, depășind neajunsurile terapiei pe bază de interferon, oferind tratamente sigure tuturor pacienților cu infecție cronică cu VHC prin creșterea ratei de răspuns viral susținut (RVS) la peste 98%, inclusiv la pacienții anterior considerați dificil-de-tratat (pacienți cu fibroză avansată/ciroză, genotip 3, viremii mari, eșec terapeutic anterior, transplantați, co-infecție HIV, sindrom metabolic), o durată scurtă (8-12-24 de săptămâni), un profil de siguranță superior, contraindicații limitate, simplitate în administrare, tolerabilitate și aderență crescută la tratament.

Regimurile IFN-free recomandate pacienților cu hepatită cronică VHC constau în regimuri terapeutice convenționale (sofosbuvir/ledipasvir, sofosbuvir/velpatasvir, ritonavir/paritaprevir/ombitasvir plus dasabuvir, grazoprevir/elbasvir, daclatasvir plus sofosbuvir, sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir, glecaprevir/pibrentasvir ± ribavirina) și regimuri terapeutice noi pangenotipice.

Eficacitatea acestor regimuri este remarcabilă și relativ similară, cu rate de RVS de peste 95%, atât în studiile clinice cât și în practica curentă (unde întâlnim frecvent pacienți vârstnici, cu boală hepatică avansată și complicații ale





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

hipertensiunii portale) și la toate categoriile de pacienți, inclusiv aceia considerați *dificil-de-tratat* precum pacienții cu ciroză decompensată, pacienții infectați cu genotipul 3, pacienții cu insuficiență renală cronică și pacienții cu eșec anterior la antivirale directe.

Regimurile IFN-free se caracterizează prin durată scurtă și simplitate în administrare și monitorizare, ceea ce este de natură să crească aderența pacienților la terapie. Reacțiile adverse sunt blânde și rar întâlnite (fatigabilitate, cefalee, greață, prurit) și determină întreruperea prematură a terapiei la mai puțin de 5% din pacienți.

Contraindicațiile sunt limitate (toate regimurile care conțin inhibitori de protează sunt contraindicate în ciroza decompensată; toate regimurile care conțin sofosbuvir sunt contraindicate în insuficiența renală severă stadiul 4 și 5). Interacțiunile medicamentoase sunt numeroase și complexe și reprezintă cea mai importantă problemă în managementul pacienților tratați cu antivirale directe care asociază co-morbidități și co-medicație.

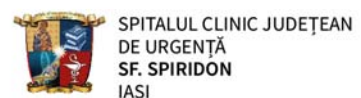
Majoritatea regimurilor cu AAD actuale și de viitor sunt regimuri pangenotipice co-formulate într-o singură tabletă administrate zilnic, timp de 8-12 săptămâni, cu rate de eficacitate de 95-100% pentru toate categoriile de pacienți cu infecție VHC.

Acest material a fost realizat în cadrul proiectului "Program regional de prevenire, depistare precoce (*screening*), diagnostic și direcționare către tratament al pacienților cu boli hepatice cronice secundare infecțiilor virale cu virusuri hepatice B/D și C din regiunile Nord-est și Sud-est - LIVE(RO)2 - EST" POCU/755/4/9/136209, Cod SMIS: 136209 implementat de Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" din Iași în calitate de beneficiar, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020.

Communication Specialist - Prof. univ. dr. Carol Stanciu

Expert monitorizare acțiuni informare/educare regiunea SE - Asist. univ. dr. Laura Huiban

Expert monitorizare acțiuni informare/educare regiunea NE - Ivona Burduja





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași
Str. Universității nr. 16, 700115, Iași, România

www.umfiasi.ro

Manager proiect,

Prof. Dr. Anca Victorița TRIFAN

Email: proiecte.europene@umfiasi.ro



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI



ASOCIAȚIA ROMÂNĂ ANTI-SIDA
A.R.A.S.



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN
DE URGENȚĂ
SF. SPIRIDON
IAȘI