



Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem

Epatite C

**Rischi, prevenzione e
trattamento**

ELPA



**European Liver
Patients
Association**

F. De Renesselaan, 57
B – 3800 Sint-Truiden,
Belgium

email: contact@elpa-info.org



Cari pazienti,

La presente brochure si prefigge di aiutarvi a conoscere e a gestire meglio la vostra malattia. Intende incoraggiarvi a mantenere rapporti normali con le altre persone e a non farvi sopraffare da ansie ingiustificate di contagio. Con la presente brochure desideriamo inoltre informarvi sulle conseguenze di salute associate all'epatite C cronica e sulle possibilità di terapia esistenti. Ci auspichiamo di poter esservi così d'aiuto. Per qualsiasi domanda potete rivolgervi fiduciosi al vostro medico curante.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nadine Piorkowsky'.

Nadine Piorkowsky
Presidente ELPA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Zeuzem'.

Prof. Dr. Stefan Zeuzem
Consulente scientifico
ELPA

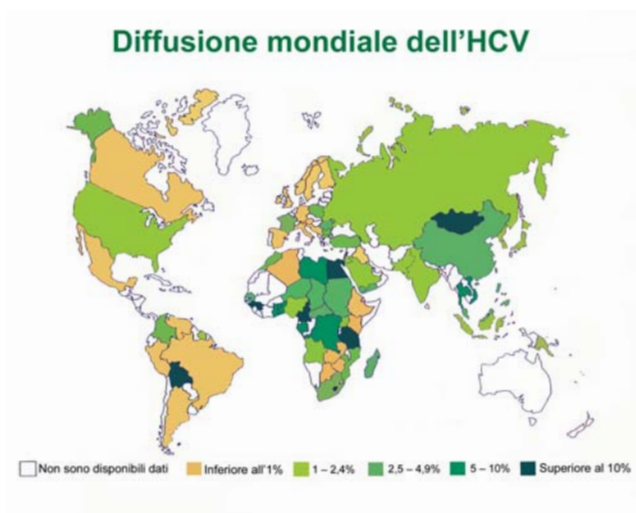
Indice

Introduzione	Pag. 4
Il fegato	Pag. 5
Virus dell'epatite C	Pag. 6
Contagio	Pag. 7
Danni conseguenti dell'epatite C	Pag. 8
Analisi del sangue	Pag. 12
Biopsia del fegato (prelievo dal fegato)	Pag. 13
Terapia dell'epatite C	Pag. 14
Esistono opzioni terapeutiche alternative?	Pag. 21
Opzioni terapeutiche del futuro	Pag. 22
Ci si può vaccinare contro l'epatite C?	Pag. 24
A cosa devo prestare attenzione nell'alimentazione?	Pag. 24
Epatite C e gravidanza	Pag. 25

Ultimo aggiornamento: agosto 2009
Layout ©2009 by Deutsche Leberhilfe e.V.

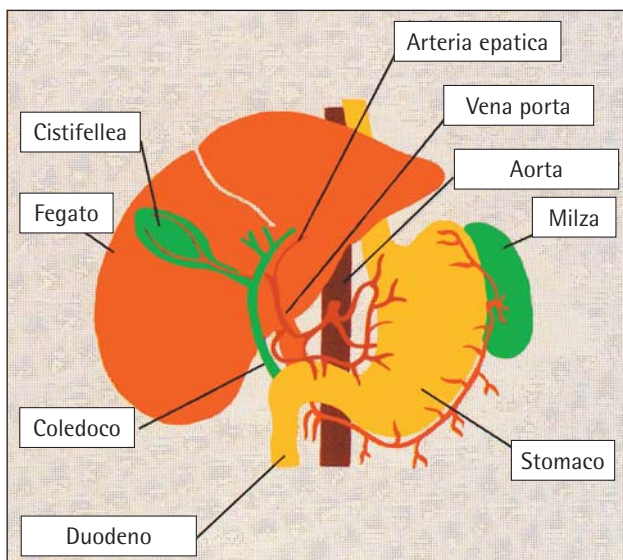
Introduzione

In Europa diversi milioni di persone soffrono di una patologia cronica del fegato. La cirrosi epatica (alterazione cicatriziale della struttura del fegato) è una delle cause patologiche di morte più frequenti negli adulti di età compresa fra 30 e 50 anni. Fra le cause delle patologie croniche del fegato vi sono, oltre all'alcol, soprattutto i virus dell'epatite B e C. Per epatite s'intende un'inflammazione del fegato. In Europa si contano ogni anno diverse migliaia di nuove infezioni di epatite B e C. L'infezione da virus dell'epatite C viene stimata intorno allo 0,5–5% (5–50 abitanti su 1.000) in base al paese.



Il fegato

Con un peso di circa 1.500 g, il fegato è l'organo interno più grande del corpo umano. È localizzato nella parte superiore destra del ventre ed è ricoperto da una capsula connettivale. Il fegato è l'organo metabolico centrale del corpo. Svolge, fra l'altro, la funzione di demolizione delle sostanze tossiche che arrivano nel corpo attraverso l'intestino, prima che giungano nella circolazione sanguigna. I costituenti degli alimenti che arrivano al fegato attraverso l'intestino vengono sottoposti ad ulteriore trasformazione. Il fegato produce importanti proteine necessarie, ad esempio, per la coagulazione del sangue e la difesa dalle infezioni.



Localizzazione nella parte superiore del ventre e vascolarizzazione del fegato. Il sangue ricco di nutrienti giunge dall'intestino nel fegato attraverso la vena porta.

Un'altra importante funzione del fegato è la produzione della bile, un liquido che attraverso uno speciale sistema di dotti viene convogliato nel duodeno. Mediante la bile vengono escreti i prodotti di scarto derivanti dalla distruzione dei globuli rossi. Inoltre, la bile favorisce la digestione dei grassi. Con la bile vengono eliminate dall'organismo anche numerose sostanze tossiche.

Il fegato non contiene fibre nervose in grado di trasmettere la sensazione di dolore. Possono tuttavia insorgere a livello del fegato stati di dolore a causa della tensione nella capsula connettivale, quando il fegato è soggetto ad ingrossamento o cicatrizzazione per effetto di processi infiammatori.

Virus dell'epatite C

L'epatite C è un'infezione virale del fegato. L'agente patogeno responsabile è il virus dell'epatite C o HCV. Questo virus si moltiplica nel fegato e viene liberato nel sangue dalle cellule epatiche. In circa il 60–80% dei pazienti il sistema immunitario del corpo non riesce a combattere efficacemente il virus, pertanto l'epatite C assume un decorso cronico. Nel restante 20–40% dei pazienti l'epatite C si risolve nel giro di sei mesi dall'infezione senza trattamenti.

Sintomi dell'epatite C

I sintomi dell'epatite C sono molto poco appariscenti, tanto che la maggior parte dei pazienti non si accorge dell'infezione. Alcuni pazienti avvertono una pronunciata stanchezza, si sentono esausti e debilitati oppure accusano disturbi nella parte superiore del ventre. È piuttosto raro lo sviluppo di itterizia.

Meccanismo della malattia

In caso di infezione cronica, i virus dell'epatite infettano continuamente nuove cellule epatiche. L'infiammazione è segnalata dalla migrazione nel tessuto epatico dei globuli bianchi, che provvedono alla distruzione e all'eliminazione delle cellule epatiche infette e morte. Di norma, essi non riescono ad annientare il virus stesso. Le cellule epatiche morte possono essere sostituite successivamente da tessuto connettivo (= cicatriziale). Se il fegato è soggetto ad alterazioni cicatriziali, si parla in stadio precoce di fibrosi epatica, in stadio più avanzato di cirrosi epatica. Il tessuto cicatriziale cirrotico non può più essere trasformato dall'organismo in tessuto connettivo.

Contagio

Il contagio con il virus dell'epatite C avviene per lo più tramite contatto diretto o indiretto con sangue infetto (trasmissione parenterale).

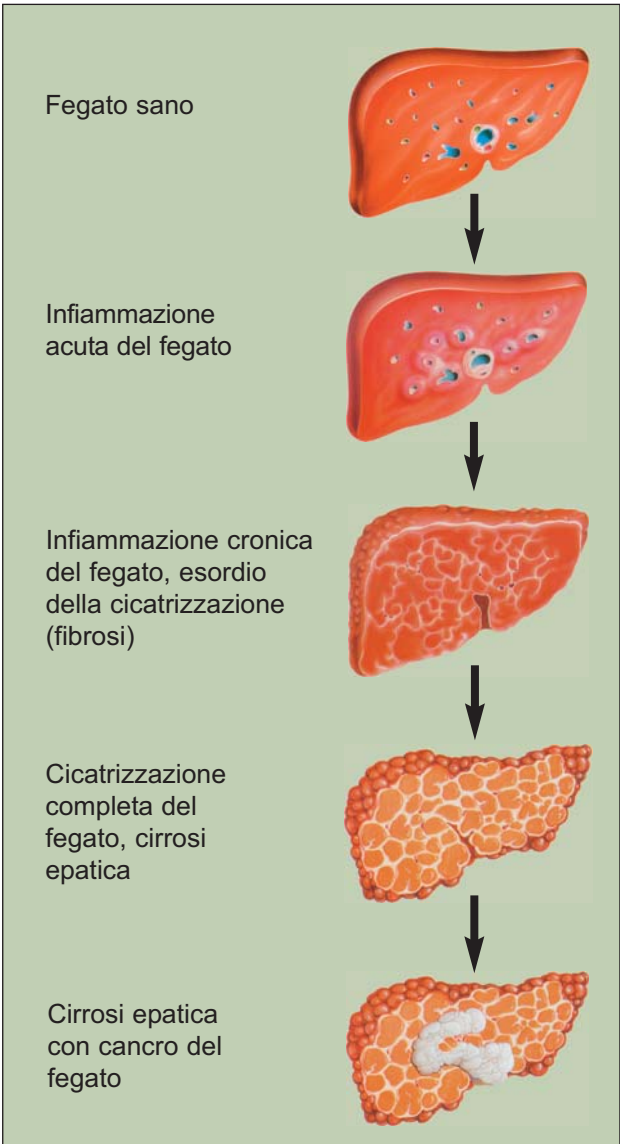
Prima del 1990 non era raro il contagio con il virus dell'epatite C mediante la trasfusione di sangue e prodotti della coagulazione. Ora si è in grado di identificare i donatori HCV positivi mediante moderne procedure di analisi. Il rischio residuo di infezione da epatite C tramite trasfusione di sangue è oggi minimo.

Il virus può trasmettersi anche tramite siringhe infette, ad es. in caso di utilizzo di droghe. Altri fattori di rischio di infezione dal virus dell'epatite C sono le pratiche di tatuaggio o piercing. È possibile anche una trasmissione tramite ferite aperte, lame di rasoio o spazzolini da denti. Il virus può trasmettersi anche per via sessuale. Il rischio per i partner sessuali di pazienti infetti viene tuttavia stimato ridotto. Il rischio di trasmissione dipende dal comportamento sessuale. Fino ad oggi non è stata riportata una trasmissione del virus tramite la cute intatta o la saliva. Non è quindi da temersi un'infezione tramite stoviglie, bicchieri o posate, a condizione che non contengano tracce di sangue.

Danni conseguenti dell'epatite C

Nel corso degli anni, da un'epatite cronica (infiammazione del fegato in cui si osservano evidenti segni di infiammazione nel tessuto epatico) si sviluppa una cirrosi epatica in circa il 30% dei pazienti. Il rischio di sviluppare una cirrosi epatica dipende, fra l'altro, dall'età del paziente al momento dell'infezione e dalla durata della malattia, nel senso che la malattia presenta spesso un decorso più rapido in caso di infezione ad un'età più avanzata (oltre i 40 anni). I fattori che possono accelerare lo sviluppo di una cirrosi epatica sono la presenza di altre patologie croniche del fegato, dovute ad esempio ad altri virus epatici (ad es. infezione dal virus dell'epatite B) o l'assunzione di sostanze che danneggiano il fegato in altro modo. Fra queste sostanze rientra in primo luogo l'alcol.

Si parla di cirrosi epatica quando gran parte del tessuto epatico è stato sostituito da tessuto connettivo. Questo processo distrugge la normale struttura del tessuto epatico. Si verificano di conseguenza alterazioni dell'irrorazione sanguigna, che possono provocare un'ipertensione nella vena porta (vena che collega l'intestino al fegato). A causa dell'ingorgo del flusso ematico possono formarsi vene dilatate (varici) nell'esofago e nello stomaco. Se questi vasi scoppiano, è possibile che si verifichino gravi emorragie gastrointestinali. Il rischio di emorragie aumenta anche per il fatto che la capacità di coagulazione del sangue è limitata per effetto della ridotta sintesi delle proteine nel fegato e della riduzione del numero di piastrine (trombociti). A causa, fra l'altro, dell'



Processo con cui un'epatite C cronica può portare nel giro di qualche decennio ad una cirrosi e ad un cancro del fegato. Una terapia adeguata e uno stile di vita sano possono arrestare o ritardare questo processo.

ipertensione a monte del fegato può verificarsi un deposito di liquido corporeo nella cavità addominale (ascite).

È possibile che le sostanze tossiche, che giungono nel sangue dal tratto gastrointestinale, non vengano degradate in parte dal fegato per la presenza di una cirrosi epatica e finiscano, di conseguenza, nella circolazione sanguigna. Possono quindi provocare un'accentuata stanchezza e difficoltà di concentrazione (encefalopatia epatica; encefalo = cervello).

A causa della ridotta sintesi delle proteine da parte del fegato soggetto ad alterazioni cirrotiche, si verificano non solo disturbi della coagulazione, ma anche una carente produzione di sostanze necessarie per le difese immunitarie del corpo. Conseguenza di ciò è un'aumentata predisposizione a contrarre infezioni.

Per effetto del ristagno della bile, in presenza di una grave patologia epatica si forma spesso una colorazione giallastra degli occhi e della cute (ittero). Una manifestazione spesso associata all'ittero è anche il prurito. Contemporaneamente, le urine possono assumere un colore nerastro.

Dopo un lungo decorso, nei pazienti con epatite C cronica aumenta anche il rischio di sviluppare il cancro del fegato (carcinoma epatocellulare). Nella maggior parte dei pazienti il carcinoma epatocellulare si sviluppa sulla base di una cirrosi epatica, tuttavia in pochi pazienti con epatite C cronica sono stati descritti anche carcinomi epatocellulari, senza che si sviluppasse prima una cirrosi epatica. Sono quindi opportuni regolari esami ecografici e analisi del sangue. In alcuni casi l'epatite C assume un decorso talmente grave da rendere necessario un trapianto di fegato.

L'attività infiammatoria, nonché l'entità della degenerazione adiposa e delle alterazioni cicatriziali nel fegato possono essere stabilite soltanto mediante esami istologici. A tale scopo occorre prelevare frammenti di tessuto dal fegato (biopsia epatica). Anche metodi indiretti, come ad es. l'elastografia, possono valutare in modo altrettanto valido l'estensione della fibrosi epatica.

Analisi del sangue

Il virus dell'epatite C può essere individuato direttamente nel sangue tramite le sue informazioni genetiche (RNA) oppure indirettamente tramite gli anticorpi che vengono prodotti dai globuli bianchi del paziente. Una esito di RNA positivo dimostra una malattia in atto, mentre la presenza di anticorpi contro il virus dell'epatite C (anti-HCV) non consente di distinguere fra un'infezione da epatite C risolta e un'infezione cronica ancora in atto. Anche nei pazienti guariti da un'epatite C continuano ad essere riscontrati a lungo anticorpi specifici, ma non l'HCV-RNA. Requisito indispensabile per la diagnosi di epatite C è la determinazione dell'anticorpo contro il virus dell'epatite C (anti-HCV). Se un paziente è positivo agli anticorpi anti-HCV (quindi presenta nel sangue anticorpi contro il virus dell'epatite), la determinazione diretta del virus dovrebbe avvenire ad esempio con una cosiddetta PCR (reazione a catena della polimerasi). Si tratta di un test particolarmente sensibile per individuare il virus dell'epatite C nel sangue.

In tutti i casi in cui si ritiene opportuna una terapia antivirale, è opportuno inoltre determinare la quantità di virus nel sangue (carica virale) e il genotipo del virus dell'epatite C. I valori epatici (ALT, AST, detti anche "transaminasi") forniscono, con determinate restrizioni, informazioni sull'attività infiammatoria dell'epatite. Valori normali del fegato non significano, tuttavia, che si possa escludere un'epatite C cronica. I valori del fegato vengono determinati anche per controllare il decorso della malattia durante una terapia.

Dato che in pazienti con epatite C cronica il rischio di sviluppare il cancro del fegato è elevato, è consigliabile effettuare ad intervalli regolari (ogni sei-dodici mesi) una determinazione nel sangue dei marker tumorali del carcinoma epatocellulare e dell'alfa-fetoproteina. Ad intervalli simili si raccomanda un esame ecografico del fegato.

Biopsia del fegato (prelievo dal fegato)

Per valutare la percentuale di fibre connettivali, l'attività infiammatoria e il grado di degenerazione adiposa nel fegato, è possibile eseguire una biopsia. Durante la biopsia si preleva in anestesia locale un piccolo frammento di tessuto e lo si analizza morfologicamente (con tecniche istologiche) al microscopio. Nel corso di una valutazione istologica completa vengono dimostrati separatamente l'attività infiammatoria (grading) e lo stadio della fibrosi (staging).

È molto rara la presenza di portatori “sani” del virus dell'epatite C (cioè con virus dimostrabili nel sangue, valori normali del fegato e campione di tessuto epatico normale). Nella maggior parte dei pazienti, anche in presenza di valori normali del fegato vengono comunque accertati indizi di un'epatite cronica nel tessuto epatico.

Terapia dell'epatite C

Per arrestare o rallentare il decorso della malattia, esiste la possibilità di attuare responsabilmente una terapia con interferone alfa, eventualmente in combinazione con ribavirina.

La ribavirina è una sostanza che inibisce il virus dell'epatite C tramite meccanismi non ancora completamente chiariti. Essa agisce in particolare in combinazione con l'interferone alfa e viene somministrata sotto forma di compressa o capsula.

L'interferone è una proteina prodotta naturalmente dall'organismo, fra l'altro dai globuli bianchi, soprattutto quando l'organismo deve difendersi contro agenti infettivi virali. L'interferone alfa utilizzato per la terapia dell'epatite virale viene prodotto con tecniche biotecnologiche. L'interferone alfa deve essere iniettato nel tessuto sottocutaneo, come ad esempio anche l'insulina nel trattamento dei pazienti diabetici. Per migliorare il tasso di risposta e la tolleranza della terapia a base di interferone alfa, l'interferone può essere associato al polietilenglicole (PEG) (interferone alfa pegilato, PEG-interferone-alfa). Gli interferoni così modificati rimangono attivi più a

lungo nell'organismo e devono essere iniettati una sola volta alla settimana.

Il polietilenglicole circonda l'interferone alfa come una sorta di "involucro protettivo", ritardando la degradazione precoce del farmaco. I siti importanti per l'attività antivirale dell'interferone non vengono però bloccati. In tal modo è possibile mantenere un range d'azione uniforme e reprimere in modo costante e per un periodo prolungato la moltiplicazione del virus.

Un'altra tecnologia per prolungare la durata di azione dell'interferone alfa è il legame con l'albumina sierica umana. L'albumina è una sostanza naturale con lunga emivita, che svolge molteplici funzioni nell'organismo. L'interferone alfa legato all'albumina (albuferone) mantiene l'efficacia antivirale dell'interferone, ma data la lunga emivita dell'albumina deve essere iniettato soltanto ogni due-quattro settimane. Studi clinici hanno dimostrato che nei pazienti con epatite C cronica i tassi di risposta virologica sostenuta sono notevolmente migliori con i preparati di interferone a lunga durata d'azione che con gli inter-

Standarddosierungen von Interferonen	
Interferon alfa-2a	3–6 Millionen Einheiten dreimal wöchentlich
Interferon alfa-2b	3–5 Millionen Einheiten dreimal wöchentlich
PEG-Interferon alfa-2a	180 µg einmal wöchentlich
PEG-Interferon alfa-2b	1,0–1,5 µg/kg Körpergewicht einmal wöchentlich
Alb-Interferon alfa-2b	900 µg einmal alle 2 Wochen

feroni standard a breve durata d'azione. La combinazione degli interferoni a lunga durata d'azione con la ribavirina permette di aumentare ulteriormente i tassi di guarigione. Questa combinazione è superiore alla combinazione degli interferoni standard con la ribavirina, anche per quanto concerne la tolleranza. I dosaggi raccomandati degli interferoni sono indicati nella tabella in questa pagina. Anche la dose di ribavirina deve essere stabilita individualmente dal medico tenendo conto dei valori ematici (in particolare dell'emoglobina, sostanza di colore rosso nel sangue), del peso corporeo, nonché del genotipo dell'HCV. La dose oscilla di norma fra 800 e 1.200 mg al giorno, distribuita in due somministrazioni il mattino e la sera. Per pazienti particolarmente gravi si può prendere in considerazione una dose superiore. In base al peso corporeo, nel caso di infezioni da HCV di genotipo 1 e 4 la dose di ribavirina deve essere di circa 15 mg per kg di peso corporeo, in caso di genotipo 2 e 3 di circa 13 mg per kg di peso corporeo.

L'obiettivo principale della terapia è che la malattia non progredisca nei pazienti malati (prevenzione della proliferazione del tessuto connettivo [cirrosi] nel fegato e delle relative complicanze). Questo obiettivo viene raggiunto al massimo livello quando il virus dell'epatite C è stato completamente eliminato dall'organismo, cioè quando l'HCV-RNA non è più rilevabile in modo continuativo, neppure con i metodi più sensibili. Il tasso di riposta (numero di pazienti in cui durante la terapia non sono più riscontrabili virus nel sangue) di una terapia con interferoni a lunga durata d'azione e ribavirina si aggira in una prima fase intorno al 60–90%. Purtroppo, in alcuni pazienti che hanno risposto inizialmente alla terapia si assiste

ad una ricomparsa dei virus ancora durante la terapia (raramente) o dopo la sospensione dei farmaci. Complessivamente, il successo permanente di una terapia combinata con interferoni a lunga durata d'azione più ribavirina si attesta intorno al 50–60%. Di particolare importanza è l'assunzione regolare dei farmaci. Se nel corso di una terapia con interferone-alfa/ribavirina si presentano marcati effetti collaterali (ad es. stati depressivi), si consiglia di trattarli eventualmente con farmaci, continuando, se possibile, la terapia antivirale. Dato che gli effetti collaterali della terapia con interferone-alfa/ribavirina si risolvono rapidamente al termine della terapia, è possibile interrompere anche la terapia concomitante. Successi terapeutici particolarmente significativi si ottengono iniziando la terapia il più precocemente possibile. Una cronicizzazione dell'epatite C acuta può essere ostacolata mediante una monoterapia di 24 settimane con (PEG-)interferone alfa. La terapia dell'epatite C acuta dovrebbe essere avviata al massimo entro tre-quattro mesi dal momento dell'infezione.

Il trattamento dell'epatite C cronica ha più successo nei pazienti più giovani e con un breve decorso della malattia che nei pazienti più anziani che hanno già raggiunto lo stadio della cirrosi epatica. Inoltre, le probabilità di una risposta virologica sostenuta (guarigione) ad una terapia combinata nei pazienti con infezione da HCV di genotipo 2 o 3 è notevolmente migliore che nei pazienti con infezione da HCV di genotipo 1 o 4. Anche la durata della terapia ha notevole influenza sul successo terapeutico dell'epatite C cronica. Le linee guida attuali (2009) sulla terapia dell'epatite C cronica raccomandano per pazienti con HCV di genotipo 2 o 3 una terapia stan-

dard di 24 settimane, che nel caso più favorevole può essere ridotta a 16 settimane (paziente con peso normale, nessuna cirrosi epatica, ridotta carica virale prima dell'inizio della terapia e rapida risposta virologica con mancato riscontro dell'HCV-RNA alla settimana di terapia 4). I pazienti con HCV di genotipo 2 o 3, nei quali alla settimana di terapia 4 si riscontrano ancora HCV-RNA nel sangue, possono trarre beneficio da una durata della terapia superiore a 24 settimane (36–48 settimane).

La durata di terapia standard per i pazienti con HCV di genotipo 1 o 4 è di 48 settimane, ma per i pazienti (senza cirrosi epatica) che prima della terapia presentavano una bassa carica virale e che dopo quattro settimane di terapia non presentano più HCV-RNA rilevabili nel sangue, può essere ridotta a 24 settimane, senza limitare le prospettive di una risposta virologica sostenuta. I pazienti con HCV di genotipo 1 o 4, che presentano una risposta lenta ad una terapia antivirale con interferone a lunga durata d'azione e ribavirina (HCV-RNA ancora rilevabili alla settimana di terapia 12, ma negativi alla settimana di terapia 24), sembrano trarre beneficio da una durata della terapia prolungata a 72 settimane.

In base alla carica virale iniziale e alla riduzione iniziale della carica virale nel sangue, nei pazienti trattati è possibile già dopo quattro e dodici settimane formulare una previsione di quali prospettive vi sono di eliminare permanentemente il virus. Le chance di guarigione sono tanto migliori, quanto più rapida e marcata è la riduzione iniziale della carica virale. Non esistono possibilità di eliminazione permanente del virus nei pazienti che durante le prime 12 settimane del trattamento non raggiungono almeno una riduzione del 99% della carica virale iniziale.

Diversi studi hanno dimostrato che una terapia combinata di successo con interferone e ribavirina consente di ridurre la percentuale delle fibre connettivali nel fegato e diminuire la frequenza dello sviluppo del cancro del fegato. Tuttavia, anche dopo l'eliminazione totale del virus dell'epatite C continua a sussistere per molti pazienti il rischio di cancro del fegato, pertanto è opportuno eseguire regolari ecografie del fegato anche se la terapia ha avuto successo.

In linea di principio si raccomanda a tutti i pazienti con epatite C cronica e un'elevata attività infiammatoria nel fegato di sottoporsi ad una terapia antivirale qualora non sussistano ulteriori malattie o altre circostanze che impediscano tale terapia. La decisione sui preparati, la dose e la durata di una terapia va sempre valutata caso per caso dal medico curante.

Quali effetti collaterali possono verificarsi durante una terapia con interferone alfa e ribavirina?

Gli effetti collaterali dell'interferone alfa sono frequenti all'inizio di una terapia e diminuiscono in modo marcato nel corso del trattamento. Gli effetti collaterali più frequenti sono sintomi parainfluenzali, quali febbre, mal di testa, dolori articolari e muscolari, stanchezza, inappetenza e calo di peso. Occasionalmente si verificano anche disturbi della funzione tiroidea. Durante la terapia alcuni pazienti soffrono di pelle particolarmente secca e/o di caduta dei

capelli temporanea. Possono verificarsi anche alterazioni dell'umore fino a manifestazioni depressive. Sono importanti inoltre alterazioni dei valori ematici, soprattutto a carico dei globuli bianchi.

Manifestazioni allergiche possono essere scatenate sia dall'interferone alfa che dalla ribavirina. Fra gli effetti collaterali più frequenti della ribavirina c'è un'anemia temporanea. Sono pertanto indispensabili regolari controlli dei valori ematici.

Durante la terapia si raccomanda ai pazienti di parlare regolarmente con il medico curante e di indicare con precisione tutti gli effetti collaterali. Numerosi effetti collaterali della terapia combinata interferone-alfa/ribavirina possono essere attenuati adattando il dosaggio oppure prescrivendo (temporaneamente) altri farmaci. Si consiglia di prendere sempre in esame tutte le possibilità prima di interrompere completamente una terapia per intolleranza o effetti collaterali.

Non è da escludersi in alcun modo un aumentato rischio di malformazioni fetali a causa della ribavirina. I pazienti sottoposti ad una terapia con ribavirina devono pertanto utilizzare un sicuro metodo anti-concezionale durante la terapia e fino a sei mesi dopo il termine della stessa. Nelle donne che sono già gravide prima dell'inizio della terapia non può essere avviata alcuna terapia.

A cosa occorre fare attenzione durante una terapia con interferone alfa e ribavirina?

Durante una terapia con interferone alfa e ribavirina si consiglia di eseguire regolari controlli dei valori epatici (ALT, AST), ematici e tiroidei. Dopo una durata della terapia di quattro e dodici (eventualmente anche di 24) settimane si raccomanda di misurare anche la carica virale (HCV-RNA) nel sangue. Si parla di una risposta virologica rapida (RVR = “rapid virologic response”) quando alla settimana di terapia 4 non sono già più riscontrabili HCV-RNA nel sangue mediante un procedimento di analisi sensibile. Alla settimana di terapia 12 si distingue fra una risposta virologica precoce completa (cEVR = “complete early virologic response”) e una risposta virologica precoce parziale (pEVR = “partial early virologic response”). In caso di risposta virologica precoce completa (cEVR), non sono più riscontrabili HCV-RNA nel sangue alla settimana 12, mentre in caso di risposta virologica precoce parziale (pEVR) la carica virale alla settimana 12 è diminuita del fattore 100 rispetto alla carica virale all’inizio della terapia, ma rimangono ancora HCV-RNA riscontrabili nel sangue. In base ai risultati dell’HCV-RNA alla settimana di terapia 4 e 12 è possibile valutare se la terapia può avere successo e per quanto tempo dovrà proseguire.

Esistono opzioni terapeutiche alternative?

La terapia con interferone alfa da sola o in combinazione con ribavirina è attualmente l'unica opzione per eliminare permanentemente il virus dell'epatite C dall'organismo. Ciò non toglie che vengono descritti continuamente successi con cosiddette sostanze alternative. Non esistono, tuttavia, studi controllati che hanno esaminato l'efficacia di tali preparati. Tutte le informazioni correlate si basano quindi su relazioni di esperienze non controllate.

Le sostanze impiegate per il trattamento delle patologie epatiche sono, ad esempio, estratti del cardo mariano (silimarina), preparati di carciofo e glicirrizina, utilizzata soprattutto nel sud-est asiatico. Determinati preparati di silimarina (silibinina) possono ridurre la carica virale se somministrati quotidianamente ad alte dosi per via endovenosa. Fino ad ora non è stato però chiarito se la sostanza è sicura in questo dosaggio e se non solo riduce la carica virale, ma migliora anche i tassi di guarigione di una terapia combinata PEG-interferone/ribavirina. Nei



Cardo mariano

comuni dosaggi sotto forma di compressa la silimarina non influenza la moltiplicazione del virus.

Tutti i preparati vegetali e altri preparati alternativi possono avere effetti collaterali pericolosi che danneggiano il fegato oppure sviluppano interazioni con altri farmaci. I pazienti devono sempre informare i loro medici curanti o specialisti su eventuali preparati assunti in concomitanza, affinché essi possano valutarne la tolleranza ed eventuali rischi.

Opzioni terapeutiche del futuro

Attualmente vengono testati in modo critico diversi approcci terapeutici, fra cui inibitori di enzimi specifici dell'HCV, responsabili della moltiplicazione del virus (inibitori della proteasi, dell'elicasi, dell'NS5A e della polimerasi). Sono inoltre in fase di sviluppo clinico due inibitori della proteasi dell'HCV (boceprevir e telaprevir) che, rispettivamente in combinazione con PEG-interferone alfa e ribavirina, possono migliorare i tassi di risposta virologica sostenuta nei pazienti con HCV di genotipo 1 di circa il 20% fino a circa il 70–75%. Si prevede queste due sostanze verranno autorizzate in Europa nel 2011/2012. Altri sviluppi includono i cosiddetti immunomodulatori e farmaci che inibiscono le strutture cellulari coinvolte nella moltiplicazione del virus, nonché vaccini terapeutici in grado di aiutare il sistema immunitario dell'organismo ad eliminare il virus dell'epatite C o a rallentare il decorso della malattia.



Esistono speranze a lungo termine che il virus dell'epatite C potrà essere trattato con successo anche senza l'iniezione di interferone. A tal fine saranno però necessarie combinazioni di almeno due-tre inibitori. Per queste nuove sostanze è importante che esse non ammettano, da sole o in combinazione, cosiddette varianti di resistenza del virus dell'epatite C.

Occorre sottolineare, in generale, che nessuna nuova sostanza potrà ricevere un'autorizzazione se mancano estesi dati di studi clinici in relazione all'efficacia, alla tolleranza e alla sicurezza. I pazienti che già oggi sono interessati a ricevere i farmaci del futuro devono rivolgersi ai grandi centri specializzati in malattie del fegato e informarsi sui protocolli terapeutici in corso.

Ci si può vaccinare contro l'epatite C?

Esiste un vaccino solo contro l'epatite A e B, ma non contro l'epatite C. Anche nel prossimo futuro non sarà probabilmente disponibile alcun vaccino in grado di proteggere efficacemente contro l'epatite C. Qualora non abbiate contratto fino ad ora l'epatite A o B, si consiglia, se del caso, di farsi vaccinare contro entrambi i virus. Discutetene con il vostro medico, poiché una coinfezione acuta con il virus dell'epatite A o dell'epatite B nei pazienti con epatite C cronica può avere un decorso particolarmente grave.

A cosa devo prestare attenzione nell'alimentazione?

Finché la funzione epatica non viene compromessa, non occorre rispettare alcuna dieta particolare in presenza di un'epatite C cronica. In caso di compromissione della funzione epatica può essere necessaria una riduzione dell'apporto di proteine (carne, latticini) e di sale. Ciò va discusso con il vostro medico, eventualmente consultando anche un dietologo. È importante rinunciare all'assunzione di alcol.

Epatite C e gravidanza

Il rischio di una trasmissione del virus dell'epatite C dalla madre al bambino durante la gravidanza è da ritenersi ridotto. Si verifica una trasmissione di norma solo al momento del parto. La probabilità che il neonato contragga il virus dell'epatite C si attesta tuttavia su valori inferiori al 5%. Nelle pazienti portatrici anche del virus dell'AIDS (HIV) la probabilità di trasmissione del virus dell'epatite C è superiore. Continua ad essere controverso se l'infezione dell'epatite C si trasmetta con l'allattamento. In generale, la maggior parte dei pediatri sconsiglia tuttavia l'allattamento alle madri con HCV.

Informazioni su ELPA

L'ELPA (Federazione Europea Associazione Pazienti Epatopatici) è nata dal desiderio di gruppi europei di auto-aiuto di scambiarsi le proprie esperienze sulle procedure spesso differenti di trattamento delle malattie epatiche adottate nei diversi paesi. Nel giugno del 2004, 13 gruppi di pazienti provenienti da dieci paesi europei e mediterranei si sono incontrati per dare vita all'organizzazione. Il 14 aprile 2005, l'ELPA è stata ufficialmente fondata nel corso del Congresso dell'Associazione Europea per lo Studio sul Fegato (EASL). Obiettivo dell'ELPA è rappresentare gli interessi di tutti coloro che soffrono di malattie epatiche, in particolare:

- Fornire informazioni sull'entità del problema
- Offrire chiarimenti e metodi di prevenzione
- Richiamare l'attenzione sul fatto che, nell'opinione pubblica, le patologie a carico del fegato hanno un'importanza troppo ridotta rispetto ad altre malattie, ad esempio le cardiopatie.
- Scambiare informazioni su attività e iniziative di successo
- Collaborare con istituzioni professionali come l'EASL e con la UE, al fine di garantire che la terapia e l'assistenza dei pazienti epatopatici risponda, in tutta Europa, ai più alti standard clinici.

European Liver Patients Association (ELPA)

F. De Renesselaan, 57

B - 3800 Sint-Truiden,

Belgium

email: contact@elpa-info.org

<http://www.elpa-info.org>

Il vostro referente locale: