



Prof. dr. Stefan Zeuzem

Hepatita C

**Riscuri, profilaxie și
tratament**

ELPA



**European Liver
Patients
Association**

F. De Renesselaan, 57
B – 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org



Dragi pacienți,

Această broșură are scopul de a vă ajuta să aflați mai multe despre afecțiunea dvs. și să o abordați mai bine. Aceasta are rolul de a vă încuraja să întrețineți un comportament normal cu semenii dvs. și să nu aveți temeri nefondate referitoare la transmitere. Cu ajutorul broșurii dorim să vă informăm și cu privire la urmările din punct de vedere igienic ale hepatitei C cronice și la posibilitățile de tratament. Pe această cale, sperăm să vă putem ajuta în continuare. În caz de întrebări suplimentare, adresați-vă cu deplină încredere medicului dumneavoastră curant.

Nadine Piorkowsky
Președintă a ELPA

Prof. Dr. Stefan Zeuzem
Colegiul științific al ELPA

Cuprins

Introducere	pag. 4
Ficatul	pag. 5
Hepatita virală C	pag. 6
Infectarea	pag. 7
Urmările hepatitei C	pag. 8
Analizele de sânge	pag. 12
Biopsia hepatică (puncția hepatică)	pag. 13
Tratamentul hepatitei C	pag. 14
Există posibilități alternative de tratament?	pag. 22
Posibilități viitoare de tratament	pag. 23
Există posibilitatea vaccinării împotriva hepatitei C?	pag. 25
La ce trebuie să am grijă în alimentația mea?	pag. 25
Hepatita C și sarcina	pag. 26
Despre ELPA	pag. 27

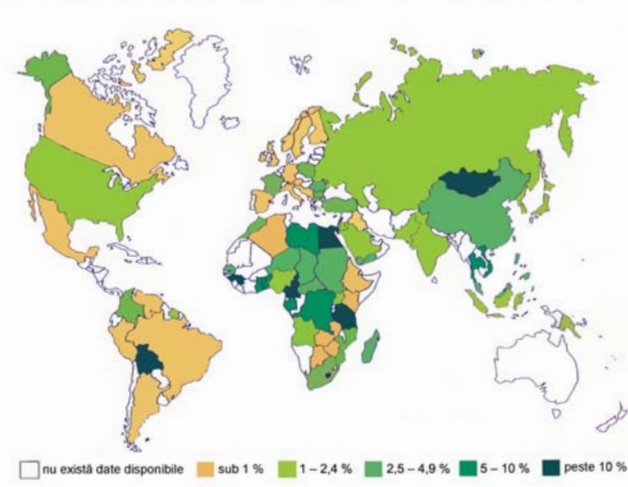
Ediția: august 2009
Tehnoredactare: © 2007 de Deutsche Leberhilfe e. V.

Introducere

În Europa, multe milioane de oameni suferă de o afecțiune hepatică cronică. Ciroza hepatică (modificare cicatricială a ficatului) se numără, în cazul adulților cu vârste între 30 și 50 de ani, printre cele mai frecvente patru cauze de deces determinate de boală.

Pe lângă alcool, hepatitele B și C virale sunt cauzele predominante de îmbolnăvire în cazul afecțiunilor hepatice. Prin hepatită se înțelege inflamația ficatului. În Europa se înregistrează anual câteva mii de noi infectări cu hepatitele B și C. Incidența virusului hepatitei C este apreciată în funcție de țară, la 0,5–5 % (5–50 din 1.000 locuitori).

Răspândirea la nivel mondial a VHC

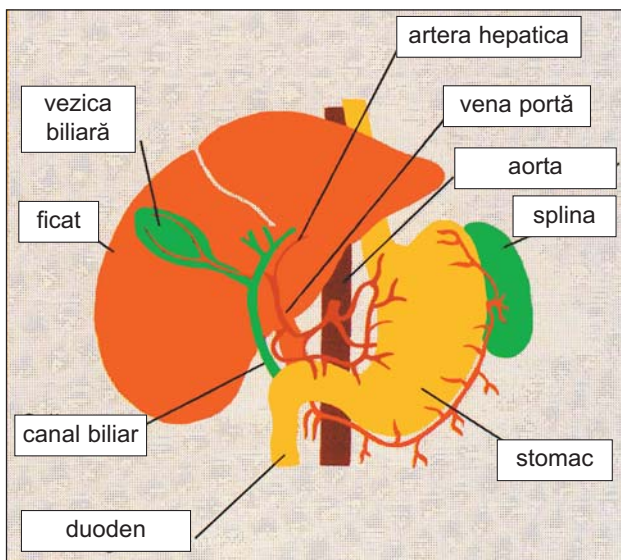


Ficatul

Cu o greutate aproximativă de 1.500 g, ficatul este cel mai mare organ intern al corpului uman. Acesta este situat în partea dreaptă, în abdomenul superior, fiind învelit într-o capsulă de țesut conjunctiv.

Ficatul este organul metabolic principal al corpului. Dintre rolurile sale amintim descompunerea toxinelor care ajung în corp din intestine, înainte să pătrundă în circuitul sangvin principal. Nutrienții care ajung în ficat prin intermediul intestinelor sunt procesați aici mai departe. Ficatul produce proteinele importante, cum ar fi cele necesare pentru coagularea sângelui și imunitate.

Importantă este de asemenea producerea bilei, care este transferată în duoden printr-un sistem de eva-



Poziția ficatului în abdomenul superior și vascularizația sa. Sângele îmbogățit cu nutrienți de la intestine ajunge în ficat prin vena portă.

cuare special. Prin intermediul bilei, produșii de degradare ai globulelor roșii sunt eliminați, iar digestia grăsimilor facilitată. Cu bila, din corp sunt eliminate și diferite toxine.

În ficatul în sine nu există fibre nervoase care ar putea transmite durerea. Durerile pot surveni însă prin tensiuni în capsula de țesut conjunctiv, atunci când ficatul se mărește sau se cicatrizează ca urmare a proceselor inflamatorii.

Hepatita virală C

Hepatita C este o infecție virală a ficatului. Factorul declanșator este virusul hepatitei C. Virusul se multiplică în ficat și este eliberat în sânge de celulele hepatice. La aproximativ 60-80% din pacienți, sistemul imunitar propriu organismului nu reușește să combată cu succes virusul, iar hepatita C ia o turnură cronică. La celelalte 20-40% din pacienți, hepatita C se vindecă în decursul unei jumătăți de an de la infectare, fără tratament.

Simptomele hepatitei C

Simptomele hepatitei C sunt foarte obscure, majoritatea pacienților nesusizând infecția. Numeroși pacienți resimt o oboseală accentuată, se simt epuizați și lipsiți de vlagă sau prezintă disconfort în partea dreaptă a abdomenului superior. Dezvoltarea unui icter este mai degrabă rară.

Mecanismul bolii

În cazul unei infecții cronice, virusul hepatitic infectează în permanență noi celule hepatice. Ca semn al inflamației, în capsula ficatului migrează globulele albe. Acestea se asigură că celulele hepatice infectate și cele moarte sunt distruse și eliminate. Virusul în sine nu poate fi de regulă învins de către acestea. Celulele hepatice moarte pot fi înlocuite ulterior prin țesut conjunctiv (= țesut cicatricial). În cazul în care ficatul este modificat la nivel de țesut conjunctiv, în stadiu precoce vorbim despre o fibroză hepatică și mai târziu despre o ciroză hepatică. Țesutul cicatricial cirotic nu mai poate fi transformat de către organism în țesut hepatic.

Infectarea

Infectarea cu virusul hepatitei C are loc cu precădere prin contact sangvin direct sau indirect (transmitere parenterală).

Înainte de 1990, infectarea cu virusul hepatitei C nu era o raritate, ca urmare a transfuziilor cu produse sangvine și de coagulare. Între timp, donatorii de sânge pozitivi la hepatită C sunt identificați cu ajutorul procedurilor moderne de analiză. Riscul rezidual al unei infecții cu hepatită C printr-o transfuzie de sânge este actualmente minim.

Virusul se poate transmite și prin seringi nesterile, de ex. în cazul consumului de droguri. Alți factori de risc pentru infecțiile cu virusul hepatitei C sunt tatuarea și piercing-ul. Nu este exclusă nici transmitere

prin răni deschise, lame de ras sau periute de dinți. Este posibilă și transmiterea pe cale sexuală a virusului. Riscul pentru partenerii sexuali ai pacienților infectați este însă apreciat ca fiind redus. Riscul de transmitere depinde de comportamentul sexual. Până în momentul de față nu se cunosc cazuri de transmitere a virusului prin contact cu pielea intactă sau prin salivă. De asemenea, o infectare prin intermediul veselei, paharelor sau tacâmurilor nu reprezintă un risc, decât în cazul contaminării acestora cu sânge.

Urmările hepatitei C

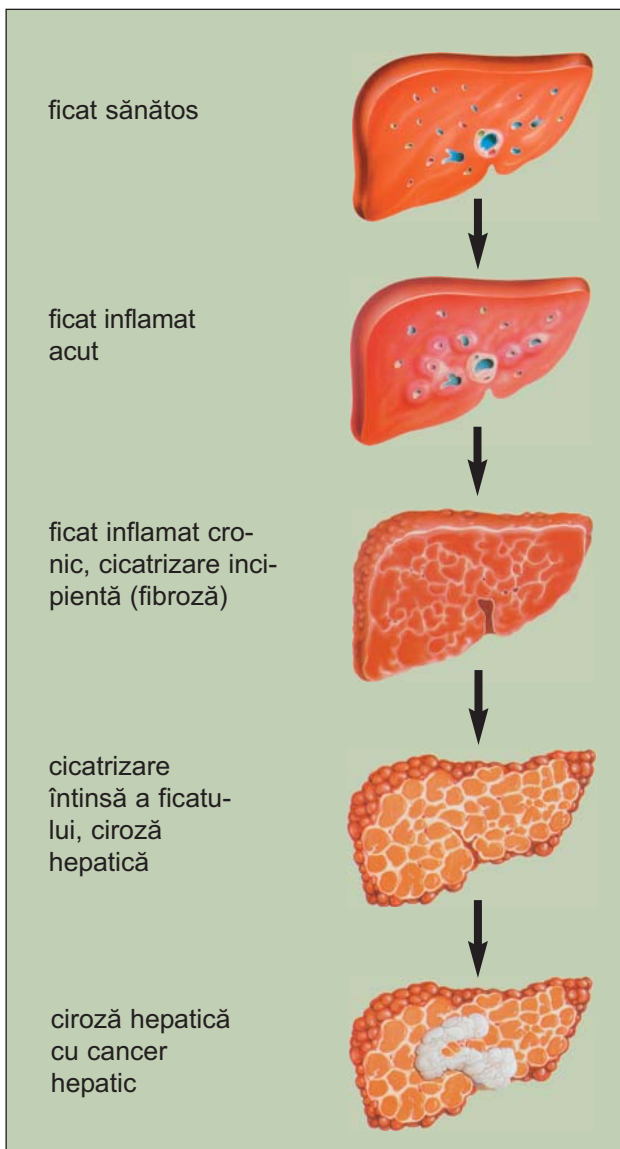
Pe fondul unei hepatite cronice (inflamarea ficatului, cu prezența semnelor clare de inflamație în capsula ficatului), aproximativ 30 % din pacienți dezvoltă în următorii ani o ciroză hepatică. Riscul de dezvoltare a unei ciroze hepatice depinde printre altele de vârsta pacientului la momentul infectării și de durata afecțiunii, ceea ce înseamnă că boala evoluează adesea galopant în cazul unei infecții a unui ficat cu vârstă mai înaintată (peste 40 de ani). Factorii care pot accelera dezvoltarea unei ciroze hepatice sunt bolile hepatice cronice suplimentare, cum ar fi cele cu alți viruși hepatici (de ex. o infecție suplimentară cu virusul hepatitei B) sau substanțe care afectează ficatul în alt mod. Printre acestea se numără în primul rând alcoolul.

Vorbim despre o ciroză hepatică atunci când o mare parte a țesutului hepatic a fost înlocuită de țesut con-

junctiv. Prin aceasta, structura normală a țesutului hepatic este distrusă. Astfel se ajunge la modificări ale circulației sangvine, care pot conduce la o hipertensiune sangvină în vena portă (vena dintre intestin și ficat). Printr-o presiune retrogradă a sângelui se pot forma vene dilatate (varice) la nivelul esofagului și stomacului. Dacă aceste vase plesnesc, se poate ajunge la sângerări grave stomacale și intestinale. Pericolul sângerărilor este sporit prin faptul că, din cauza sintezei reduse a proteinelor în ficat și a unei reduceri a numărului de plachete sangvine (trombocite), capacitatea de coagulare a sângelui este limitată. Printre altele, ca urmare a hipertensiunii sangvine prehepatice se poate ajunge și la reținerea lichidului corporal în cavitatea abdominală (ascită). Toxinele care ajung în sânge din tractul gastro-intestinal nu mai pot fi în parte descompuse de ficat în cazul existenței unei ciroze hepatice, astfel că acestea ajung în sistemul circulator al corpului. Aici, ele pot conduce la o oboseală accentuată și la dificultăți de concentrare (encefalopatie hepatică, encefal = creier).

Ca urmare a producerii reduse de proteine de către ficatul degenerat cirotic se ajunge, pe lângă tulburările de coagulare, și la o producere deficitară a substanțelor necesare pentru imunitatea organismului. Urmarea este o susceptibilitate mărită pentru infecții. Prin presiunea retrogradă a bilei se ajunge la o afecțiune gravă a ficatului, adesea cu o colorație galbenă a ochilor și a pielii (icter). La acestea este asociat frecvent și pruritul. În același timp urina poate avea o culoare mai închisă.

După o durată mai lungă, pacienții cu o hepatită C cronică prezintă și riscul de apariție a cancerului hepatic (carcinom hepatocelular). La majoritatea



Figură: procesul prin care o hepatită C cronică poate conduce în decursul unui deceniu la ciroză și cancer hepatic. Tratamentul și un mod de viață sănătos pot opri sau încetini acest proces.

pacienților, carcinomul hepatocelular apare pe fondul unei ciroze hepatice, însă există puține cazuri în care să fi fost documentat carcinomul hepatocelular asociat cu o hepatită C cronică, fără să fi existat anterior o ciroză hepatică. Acesta este motivul pentru care se recomandă analizele cu ultrasunete și de sânge regulate.

În unele cazuri, hepatita C se agravează de așa manieră încât poate fi necesar un transplant hepatic.

Activitatea inflamației în ficat, precum și amploarea adipozității ficatului și a modificărilor la nivelul țesutului conjunctiv poate fi apreciată numai la nivel de țesut (examen histologic). Pentru aceasta trebuie prelevat țesut din ficat (biopsie hepatică). Procedurile indirecte, ca de ex. elastografia, pot de asemenea evalua bine amploarea fibrozei hepatice.

Analizele de sânge

Virusul hepatitei C poate fi identificat în sânge direct prin intermediul propriei sale informații genetice (ARN) sau indirect, prin intermediul anticorpilor produși de globulele albe ale pacientului. O probă ARN pozitivă indică o afecțiune activă, în timp ce existența anticorpilor împotriva virusului hepatitei C (anti-VHC) nu poate face diferența între o infecție cu hepatita C vindecată și una existentă în continuare, cronică. Chiar și în cazul pacienților care s-au vindecat de o hepatită C pot fi identificați vreme îndelungată anticorpi, nu însă și ARN VHC.

Baza diagnosticării hepatitei C este identificarea anticorpilor hepatitei C (anti-VHC). Dacă un pacient este anti-VHC pozitiv (așadar acesta are anticorpi față de virusul hepatitei C în sânge), trebuie să aibă loc o detectare directă a virusului, de ex. cu o așa-numită PCR (reacție de polimerizare în lanț). Aceasta este o analiză deosebit de sensibilă pentru detectarea virusilor hepatitei C în sânge.

În toate cazurile în care se intenționează un tratament antiviral, suplimentar se justifică o determinare a cantității de virusi din sânge (sarcina virală) și a genotipului virusului hepatitei C.

Valorile hepatice (ALT, AST, numite și „transaminaze“) oferă cu oarecare limitări informații referitoare la activitatea inflamatorie a hepatitei. Valorile hepatice normale nu înseamnă însă că poate fi exclusă o hepatită C cronică. Valorile hepatice se determină și cu scopul de a controla evoluția pe durata unui tratament.

Dat fiind faptul că în cazul pacienților cu o hepatită C cronică riscul de apariție a cancerului hepatic este sporit, se recomandă la intervale regulate (șase

până la 12 luni) determinarea în sânge a markerului tumoral al carcinomului hepatocelular, alfa-fetoproteina. La intervale similare trebuie efectuată o ecografie a ficatului.

Biopsia hepatică (puncția hepatică)

Pentru a putea evalua ponderea fibrelor de țesut conjunctiv, activitatea inflamatorie și gradul de adipozitate din ficat, poate fi indicată o puncție hepatică. În cazul unei puncții hepatice, sub anestezie locală, se prelevă o mică porțiune de țesut care se analizează la microscop (examen histologic). Printr-o analiză histologică completă se determină separat activitatea inflamatorie (grading) și stadiul fibrozei (staging).

Purtători „sănătoși“ ai virusului hepatitei C (virusi prezenți în sânge, valori și biopsii hepatice normale) există foarte rar. La majoritatea pacienților, se pot identifica semne de hepatită cronică în țesutul hepatic, cu valori hepatice normale.

Tratamentul hepatitei C

Pentru a stagna sau încetini evoluția afecțiunii există posibilitatea unui tratament efectuat pe proprie răspundere cu interferon alfa, după posibilitate în combinație cu ribavirină.

Ribavirina este o substanță care reprimă mecanismele încă neclarificate pe deplin ale virusurilor hepatitei C. Aceasta este eficientă în special în combinație cu interferon alfa, administrându-se sub formă de tablete sau capsule. Interferonul este o proteină proprie organismului, care este produsă printre altele, de globulele albe, în special atunci când organismul trebuie să se apere împotriva declanșatorilor virali ai infecțiilor. Interferonul alfa folosit în tratamentul hepatitei C este produs biotehnologic. Interferonul alfa, ca de exemplu și insulina în tratamentul pacienților cu diabet, trebuie injectat în țesutul adipos subcutanat.

Pentru optimizarea ratei de răspuns și a compatibilității tratamentului cu interferon alfa, interferonii pot fi atașați la polietilenglicol (PEG) (interferon alfa pegilat, peginterferon alfa). Interferonii astfel modificați rămân mai mult timp în organism și trebuie injectați numai o dată pe săptămână.

Polietilenglicolul înfășoară interferonul alfa ca un „înveliș de protecție“ și întârzie astfel o descompunere timpurie a medicamentului. Punctele importante pentru acțiunea antivirală a interferonului nu sunt însă blocate prin aceasta. Prin urmare se poate menține un nivel uniform de eficacitate, înmulțirea virusului fiind ținută constant în frâu pe termen lung. O altă tehnologie de prelungire a duratei efectului interferonului alfa, este atașarea acestuia la serumalbumina umană. Albumina este o substanță natura-

lă cu un timp de înjumătățire lung, care are numeroase roluri în organism. Interferonul alfa legat cu albumina (alb-interferon) păstrează efectul antiviral al interferonului, însă grație timpului lung de înjumătățire al albuminei, trebuie injectat numai la fiecare două până la patru săptămâni.

Studiile clinice au demonstrat că în cazul pacienților cu hepatită C cronică, ratele de răspuns virologic durabil sunt considerabil mai bune cu preparatele pe bază de interferon cu acțiune prelungită decât cu interferonii standard cu acțiune mai de scurtă durată. Prin combinarea cu ribavirină a interferonului cu acțiune prelungită, ratele de vindecare pot fi sporite și mai mult. Această combinație este superioară celei dintre interferonii standard și ribavirină și din punct de vedere al compatibilității.

Dozele de interferon recomandate sunt specificate în tabelul din această pagină. Și doza de ribavirină trebuie stabilită individual de către medicul dumneavoastră, în funcție de hemograma (în special de pigmentul roșu al sângelui [hemoglobina]), greutatea dumneavoastră precum și de genotipul VHC. Doza

Dozările standard de interferoni

interferon alfa-2a	3–6 milioane de unități de trei ori pe săptămână
interferon alfa-2b	3–5 milioane de unități de trei ori pe săptămână
peginterferon alfa-2a	180 μg o dată pe săptămână
peginterferon alfa-2b	1,0–1,5 μg/kg corp o dată pe săptămână
alb-interferon alfa-2b	900 μg o dată la 2 săptămâni

se încadrează în mod normal între 800 și 1200 mg pe zi, repartizată în două prize, dimineața și seara. Îndeosebi la pacienții cu greutate corporală mare se poate lua în considerare o creștere a dozei. Raportat la greutatea corporală, în cazul unei infecții cu VHC genotipurile 1 și 4 doza de ribavirină trebuie să fie de aproximativ 15 mg per kilogram corp, iar la genotipurile 2 și 3 de aproximativ 13 mg per kilogram corp. Scopul principal al tratamentului la pacienții afectați este ca boala să nu mai avanseze (inhibarea extinderii țesutului conjunctiv [cirozei] în ficat și a complicațiilor asociate). Acest scop este optim atins când virusul hepatitei C se elimină complet din organism, cu alte cuvinte atunci când ARN-VHC nu mai poate fi detectat durabil nici prin intermediul celor mai sensibile metode. Rata de răspuns (numărul pacienților la care în timpul tratamentului nu mai pot fi identificați viruși în sânge) a unui tratament cu interferoni cu acțiune prelungită și ribavirină este în primă fază de 60–90 %. Din păcate, în cazul anumitor pacienți la care tratamentul a fost eficient într-o primă fază, se poate constata reapariția virușilor chiar pe parcursul tratamentului (rar) sau după întreruperea medicației. De aceea, un succes durabil al tratamentului cu o combinație de interferoni cu efect prelungit și ribavirină este per total în proporție de 50–60 %.

De o deosebită importanță este administrarea regulată a medicamentelor. Dacă sub un tratament cu interferon alfa+ribavirină survin efecte adverse grave (de ex. depresii), acestea trebuie rezolvate medicamentos dacă este cazul, însă medicația antivirală trebuie continuată – dacă este posibil. Dat fiind faptul că efectele adverse ale tratamentului cu interferon alfa+ribavirină regresează rapid după ter-

minarea tratamentului, terapia asociată poate fi de asemenea întreruptă.

Rezultate terapeutice deosebit de bune se obțin atunci când tratamentul este început cât mai timpuriu cu putință. O cronicizare a unei hepatite C acute poate fi evitată prin intermediul unei monoterapii de 24 de săptămâni cu peginterferon alfa. Tratamentul hepatitei C acute trebuie început în acest sens la cel mult trei până la patru luni de la momentul infectării. Tratamentul hepatitei C cronice are mai multe șanse de reușită în cazul pacienților tineri și cu o evoluție scurtă a bolii, decât în cazul pacienților mai în vârstă, care au ajuns deja în stadiul de ciroză hepatică. În plus, probabilitatea unui răspuns virologic durabil (vindecare) în cazul unui tratament combinat este considerabil mai bună la pacienții infectați cu VHC genotipul 2 sau 3, decât la cei infectați cu VHC genotipul 1 sau 4. Și durata tratamentului are o influență importantă asupra succesului terapiei în cazul hepatitei C cronice.

Liniile directoare actuale (2009) în tratamentul hepatitei C cronice recomandă pentru pacienții cu VHC genotipul 2 sau 3 un tratament standard de 24 de săptămâni, care poate fi scurtat în cel mai bun caz la 16 săptămâni (pacient cu greutate normală, fără ciroză hepatică, sarcină virală redusă înainte de începerea tratamentului și răspuns virologic rapid cu absența ARN VHC la săptămâna 4 de tratament). Pacienții cu VHC genotipul 2 sau 3, în cazul cărora în săptămâna 4 de tratament încă se detectează în sânge ARN VHC vor beneficia cel mai probabil de un tratament mai lung de 24 de săptămâni (36-48 de săptămâni).

Durata standard a tratamentului pentru pacienții cu VHC genotipul 1 sau 4 este de 48 de săptămâni,

Însă la pacienții (fără ciroză hepatică), care prezintă o sarcină virală redusă înainte de tratament și care după patru săptămâni de terapie nu mai au ARN VHC detectabil în sânge, poate fi scurtată la 24 de săptămâni fără ca șansele unui răspuns virologic durabil să se reducă. Pacienții cu VHC genotipul 1 sau 4 care prezintă un răspuns lent la un tratament antiviral cu interferon cu acțiune prelungită și ribavirină (ARN VHC încă detectabil până în a 12-a săptămână, însă negativ în a 24-a săptămână de tratament), par a beneficia de o durată a tratamentului prelungită la 72 de săptămâni. În baza sarcinii virale inițiale și a scăderii sarcinii virale inițiale din sânge, în cazul pacienților tratați se poate face o predicție deja după patru și doisprezece săptămâni cu privire la existența unei bune șanse la o eradicare durabilă a virusului. Șansele de vindecare sunt cu atât mai bune cu cât scăderea inițială a sarcinii virale se produce mai rapid și mai evident. În cazul pacienților care în primele 12 săptămâni de tratament nu prezintă o scădere de minim 99% a sarcinii virale inițiale nu există șanse pentru o eradicare durabilă a virusului.

Diferitele cercetări au arătat faptul că printr-un tratament combinat reușit cu interferon și ribavirină, ponderea fibrelor de țesut conjunctiv din ficat scade și că frecvența de dezvoltare a cancerului hepatic este redusă. Însă și în urma unei eradicări definitive a virusului hepatitei C la pacient, riscul de cancer hepatic rămâne ridicat pentru mulți ani, motiv pentru care și după un tratament reușit trebuie efectuate ecografiile ale ficatului în mod regulat.

În principiu, pentru toți pacienții cu o hepatită C cronică și o activitate inflamatorie ridicată în ficat există o recomandare pentru tratamentul antiviral, mai puțin în cazul afecțiunilor suplimentare sau al altor

condiții preexistente care ar putea contraindica o astfel de terapie. Decizia referitoare la preparate, doză și durata unui tratament trebuie verificată întotdeauna personalizat de către medicul dumneavoastră curant.

Ce efecte adverse sunt de așteptat în cazul unui tratament cu interferon alfa și ribavirină?

Efectele secundare ale interferonului alfa sunt frecvente la începutul unui tratament și regresează considerabil pe durata acestuia. Cele mai frecvente efecte secundare sunt simptomele similare gripei, cum ar fi febra, cefaleea, durerile articulare și musculare, oboseala, scăderea poftei de mâncare și pierderea în greutate. Ocazional se ajunge și la tulburări ale funcției tiroidei. Anumiți pacienți acuză în timpul tratamentului o piele excesiv de uscată și/sau o cădere exagerată a părului. Pot surveni și modificări ale dispoziției, până la depresii. Pe lângă acestea, importante sunt modificările la nivelul hemogramei, fiind vizate în primul rând globulele albe.

Se pot declanșa în egală măsură reacții alergice atât la interferon alfa, cât și la ribavirină. Cel mai frecvent efect secundar cunoscut al ribavirinei este scăderea numărului globulelor roșii în sânge (anemia acută). De aceea, analizele de sânge regulate sunt obligatoriu necesare.

În timpul tratamentului, pacienții trebuie să discute regulat cu medicul curant și să specifice cu exactitate toate efectele adverse. Numeroase efecte adverse

ale tratamentului combinat interferon alfa+ribavirină pot fi influențate avantajos prin adaptări ale dozelor sau prin prescrierea (temporară) a altor medicamente. Întotdeauna trebuie exploatate toate posibilitățile înainte ca un tratament să fie întrerupt complet din cauza incompatibilității sau a efectelor adverse. Nu este exclus sub nicio formă faptul că riscul apariției de malformații la copii este sporit de ribavirină. De aceea, pacienții supuși unui tratament cu ribavirină trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă sigură în timpul tratamentului și până la o jumătate de an după terminarea acestuia. În cazul femeilor însărcinate înainte de începerea tratamentului, acesta nu mai poate fi administrat.

Ce trebuie avut în vedere în timpul unui tratament cu interferon alfa și ribavirină?

În timpul unui tratament cu interferon alfa și ribavirină trebuie efectuate controale periodice ale valorilor hepatice (ALT, AST), ale hemogramei și indicilor tiroidieni. După un tratament cu durata de patru până la doisprezece săptămâni (dacă este cazul până la 24 de săptămâni), trebuie măsurată în plus sarcina virală (ARN VHC) din sânge. Vorbim despre un răspuns virologic rapid (RVR = „rapid virologic response“) atunci când în săptămâna 4 de tratament deja nu se mai detectează ARN VHC în sânge prin intermediul unei metode sensibile de analiză. În săptămâna 12 de tratament se diferențiază între un răspuns complet (cEVR = „complete early virologic response“) și un răspuns parțial (pEVR = „partial early virologic response“). În cazul răspunsului complet (cEVR), ARN VHC nu mai poate fi detectat în sânge în săptămâna 12, în timp ce în cazul răspunsului parțial (pEVR) sarcina virală în săptămâna 12 a scăzut față de sarcina virală de la începutul tratamentului cu un factor de 100, însă ARN VHC rămâne încă detectabil în sânge. În baza rezultatelor ARN VHC în săptămânile 4 și 12 de tratament se poate evalua dacă terapia poate avea succes și cât timp ar mai trebui continuată.

Există posibilități alternative de tratament?

Tratamentul exclusiv cu interferon alfa sau în combinație cu ribavirina este actualmente singura posibilitate de eradicare durabilă din organism a virusului hepatitei C. În paralel, se documentează în permanență succese cu așa-numite substanțe alternative. Cercetări controlate în cadrul cărora să se studieze eficacitatea acestor preparate nu există însă. Acesta este motivul pentru care informațiile pe această temă au la bază rapoarte empirice necontrolate.

Substanțele folosite la tratarea afecțiunilor hepatice sunt de exemplu extractele de armurariu (silimarină), preparatele pe bază de anghinare și lemn dulce, care se folosesc cu precădere în Asia de Sud-Est. Anumite preparate pe bază de silimarină (silibinină), administrate zilnic intravenos în



Armurariu

doză mare, pot reduce sarcina virală. Până în momentul de față nu este însă clar dacă substanța este sigură în această doză și dacă nu doar reduce sarcina virală, ci și îmbunătățește ratele de vindecare ale unui tratament cu peginterferon+ribavirină. În dozele uzuale,

sub formă de tablete, silimarina nu are niciun efect asupra înmulțirii virusului.

Toate preparatele din plante și alte preparate alternative pot avea efecte adverse periculoase, afecta ficatul sau dezvolta interacțiuni cu alte medicamente. Pacienții trebuie să își informeze permanent medicul de familie sau specialist în legătură cu preparatele luate suplimentar, pentru ca aceștia să poată lua poziție cu privire la compatibilitate și eventuale riscuri.

Posibilități viitoare de tratament

Diferite abordări de tratament sunt testate actualmente clinic, printre care cele cu inhibitori ai enzimelor specifice VHC, responsabile pentru înmulțirea virusului (inhibitori de protează, helicază, NS5A și polimerază). Cele mai avansate dintre aceste abordări sunt cele cu doi inhibitori de protează VHC (boceprevir și telaprevir), care în combinație cu peg-interferon alfa și ribavirină pot optimiza ratele de răspuns virologic durabil cu circa 20 % până la 70–75 % la pacienții infectați cu genotipul 1. Aprobarea acestor două substanțe este estimată în Europa pentru 2011/2012. Alte cercetări cuprind așa-numiții imunomodulatori și medicamente care inhibă structurile proprii celulelor asociate cu înmulțirea virusului, cum ar fi vaccinurile terapeutice, adică substanțele imunizante, care au rolul de a ajuta sistemul imunitar propriu organismului în combater-



ea virusului hepatitei C sau în încetinirea avansării bolii.

Pe termen lung există speranța posibilității tratării cu succes a virusului hepatitei C și fără injectarea interferonului. Pentru aceasta ar fi însă necesare combinații de cel puțin doi până la trei inhibitori. În cazul substanțelor noi important este ca acestea, în combinație sau individual, să nu permită dezvoltarea așa-numitelor variante rezistente ale virusului hepatitei C.

Per ansamblu trebuie accentuat faptul că niciuna dintre substanțele noi nu va fi aprobată fără a exista date cuprinzătoare rezultate din cercetări clinice în termeni de eficacitate, compatibilitate și siguranță. Pacienții interesați să beneficieze astăzi de medicamentele viitoare trebuie să se adreseze centrelor hepatice mari și să se informeze cu privire la protocoalele de tratament curente.

Există posibilitatea vaccinării împotriva hepatitei C?

Vaccinarea este posibilă numai împotriva hepatitei A și B, nu și contra hepatitei C. Este foarte probabil ca în viitorul previzibil să nu fie disponibil un vaccin care să protejeze eficient împotriva hepatitei C.

Dacă până la momentul actual nu ați avut hepatita A sau B, ați putea eventual să vă vaccinați împotriva acestor doi virusi. Discutați această chestiune cu medicul dumneavoastră neapărat, deoarece o infecție acută asociată cu virusul hepatitelor A sau B la pacienții cu hepatită C cronică poate evolua deosebit de grav.

La ce trebuie să am grijă în alimentația mea?

Cât timp funcția hepatică nu este limitată, în cazul hepatitei C cronice nu trebuie respectată o dietă specială. În cazul limitării funcției hepatice poate fi necesară o reducere a consumului de proteine (procese din carne și lactate) și sare. Acest lucru trebuie discutat cu dumneavoastră de către medic, eventual împreună cu un specialist nutriționist. Este important să renunțați la alcool.

Hepatita C și sarcina

Riscul unei transmiteri a virusului hepatitei C de la mamă la făt în timpul sarcinii este evaluat ca fiind redus. Transmiterea are loc de regulă abia în timpul nașterii. Probabilitatea de infectare a nou-născutului cu virusul hepatitei C este însă sub 5%. În cazul pacienților infectate și cu virusul HIV (SIDA), probabilitatea de transmitere a virusului hepatitei C este mai mare.

Dacă o infecție cu hepatita C se poate transmite prin alăptare este încă o chestiune discutată. În general, majoritatea pediatrilor recomandă mamele infectate cu hepatita C să nu alăpteze.

Despre ELPA

ELPA a fost înființată la dorința grupelor de întrajutorare europene ale pacienților cu afecțiuni hepatice de a stabili un dialog cu privire la experiențele lor în legătură cu modalitățile de abordare adesea diferite din țări diferite. În iunie 2004 s-au întâlnit 13 grupe de întrajutorare ale pacienților din zece țări europene și din bazinul mediteranean pentru a fonda această organizație. ELPA a fost înființată oficial la 14 aprilie 2005 cu ocazia Congresului Asociației Europene pentru Studiul Ficatului (EASL, European Association for the Study of the Liver).

Obiectivul ELPA este de a reprezenta interesele oamenilor cu afecțiuni hepatice (boli de ficat), îndeosebi:

- punerea la dispoziție a informațiilor cu privire la dimensiunile problemei
- educație și prevenție
- punerea în lumină a faptului că bolile de ficat joacă un rol marginal în atenția opiniei publice comparativ cu alte domenii medicale, cum ar fi, spre exemplu, bolile de inimă;
- dialogul cu privire la activități și inițiative de succes- colaborarea cu instituții profesionale, cum ar fi EASL, și cu UE, pentru a asigura că terapia și îngrijirea pacienților cu afecțiuni hepatice corespunde în întreaga Europă celor mai înalte standarde.

European Liver Patients Association (ELPA)

F. De Renesselaan, 57

B – 3800 Sint-Truiden,

Belgium

email: contact@elpa-info.org

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

**Partenerul dumneavoastră
la nivel local:**