



Iwona Schymalla, 2020-08-04 09:44

Ciemna strona HCV w Polsce



Gościem Iwony Schymalli jest prof. Krzysztof Tomasiewicz, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie.

Za nami Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby. Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę na to, jak groźne są zakażenia HCV. W Polsce co roku życie traci tysiąc zarażonych tym wirusem pacjentów, choć mamy skuteczne terapie. Chciałabym zacząć od skali problemu, z jaką mamy do czynienia w Polsce. Jak wielu jest nosicieli? Czy mamy pełną wiedzę na ten temat?

Ja bym użył słowa zakażony, bo nosicielstwo sugeruje osobę, dla której to zakażenie nie jest problemem. Natomiast my mówimy o przewlekłym zakażeniu, czyli procesie czynnym, które prowadzi do destrukcji stanu wątroby i do konsekwencji zdrowotnych. Osób zakażonych, przewlekle zakażonych mamy między 120 000 a 150 000. To są oczywiście szacunki, ale oparte na rzetelnych badaniach przesiewowych, akcji prowadzonych najczęściej dzięki sponsorom albo działaniom pewnych organizacji. Mówiliśmy kiedyś o znacznie większej liczbie pacjentów. Teraz wiemy, że jest ich mniej, ale to wynika już z rzetelnego oszacowania przy pomocy podwójnego testu ELISA, a więc tego, który nam eliminuje potencjalnie fałszywie dodatnie wyniki. Reasumując, liczba 120 000 - 150 000 jest bardzo wiarygodna.

Niektórzy mówią też o ciemnej liczbie. Że powinniśmy (i taki też jest apel wielu ekspertów) robić badania przesiewowe, żeby mieć pełną wiedzę na temat liczby zakażonych pacjentów.

Te 150 tys. to jest liczba szacowana, natomiast zdiagnozowanych pacjentów mamy myślę maksymalnie około 45 000 - 50 000, a więc około 70 000 - 100 000 osób chodzi z niezdiagnozowanym zakażeniem. A więc potencjalnie są to osoby, które nie wiedzą o tym, że należy się leczyć, kontrolować i monitorować. I to jest właśnie ta ciemna strona HCV obecnie w Polsce.

Wiemy, że zmienia się profil pacjenta z HCV, że często to osoba w sile wieku, a wobec tego aktywna, funkcjonująca w różnych rolach społecznych, pracująca zawodowo, a więc zmieniają się też oczekiwania wobec terapii.

Mówimy o dwóch wiekowych szczytach zakażeń. Tak jak kiedyś, nadal część osób to osoby starsze po 60-65 roku życia. Ale niestety mamy coraz więcej osób młodych, między 25, 30 a 45 rokiem życia. One nie zdają sobie sprawy, że mogą być zakażone, bo wychodzą z założenia, że to zbyt wcześnie, aby jakieś problemy zdrowotne mogły się pojawić. Oczywiście mamy pewne symulacje dotyczące tego, w jaki sposób mogło dojść do zakażenia. Natomiast nie wchodząc w szczegóły tych symulacji, osoby zakażone przez wiele lat, mogą niestety rozwinąć bardzo zaawansowane włóknienie wątroby. Jest też powszechne przekonanie, że mamy teraz lżejszych pacjentów. Może i tak, bo większość pacjentów ciężkich wyleczyliśmy. Ale w dalszym ciągu słyszę od kolegów z różnych ośrodków, że są diagnozowani pacjenci na etapie również marskości wątroby, czasami marskości zdekompensowanej. Fakt więc, że mamy młodszych pacjentów nie znaczy wcale, że mamy tych pacjentów zdrowszych. Bo oni są również osobami, które wymagają natychmiastowego leczenia.

Każdy pacjent, który zgłasza się na leczenie, chce zakończyć terapię z sukcesem, czyli pozbyć się wirusa. Czy Państwo dysponują terapiami, które w krótkim czasie pozwolą osiągać sukces terapeutyczny? Dlaczego ważny jest odpowiedni, zindywidualizowany wybór terapii dla pacjenta?

Zdecydowanie tak. To jest sprawa, która jest najjaśniejszą stroną tego problemu HCV. Mamy mianowicie dostęp praktycznie do wszystkich (poza jednym) preparatów anty-HCV tzw. terapii bezinterferonowych, leków o bezpośrednim działaniu na wirusa. To jest historia mniej więcej od 2016 roku, więc mówimy o 4-5 latach bardzo skutecznej terapii zakażenia HCV. Indywidualizacja w tym momencie jest, powiedziałbym, nawet mniejsza, dlatego że mamy terapie pangenotypowe, czyli każdy genotyp może być skutecznie leczony. Niedawno mówiliśmy, że pacjenci z genotypem trzecim mają trochę mniej skuteczne leczenie. W tej chwili możemy powiedzieć śmiało, że obecnie wszystkim oferujemy terapie, które gwarantują wyleczenie 96-99 proc. pacjentów. A nawet pojedynczy pacjenci, którzy nie wyeliminują wirusa, również dla nich mamy propozycje terapeutyczne. To jest dla nas o tyle zachęcające, że skryning, wykrywanie pacjentów zakażonych HCV łączy się z natychmiastowym dostępem do leczenia, bo nie mamy kolejek oczekujących, nie mamy długich list kolejkowych tak jak to jeszcze parę lat temu bywało. I pacjent, który wie o zakażeniu, jest leczony. Im wcześniej, tym lepiej, dlatego że jeżeli pacjent jest wyleczony na etapie małego zaawansowania włóknienia, to praktycznie po roku, dwóch, kilku latach wątroba wraca do stanu prawidłowego. Jeżeli jest to zaawansowane włóknienie, marskość to sytuacja jest już inna, bo pacjent wymaga dalszego monitorowania, również pod kątem raka wątrobowo-komórkowego. Ale, każdy pacjent uzyskujący odpowiedź wirusologiczną ma zdecydowanie lepsze prognozy niż osoba zakażona, nieleczona. Tutaj jest o co walczyć.

Co ciekawe, skrócił się czas do terapii. Standardowo leczymy dzisiaj pacjentów 8 tygodni. To też jest niezwykle istotne chociażby pod kątem koronawirusa.

Tak. Te terapie w tej chwili są szybkie. 8 tygodni dla pacjentów w większości zupełnie wystarcza. Dotyczy to zarówno pacjentów z małym włóknieniem, jak i z marskością. Jedynym problemem, który pojawia się

czasami przy leczeniu, to kwestia interakcji lekowych, a więc każdy pacjent ma sprawdzane potencjalne interakcje lekowe między lekiem, który my zapisujemy a lekami, które przyjmuje na stałe. Naprawdę pojedyncze leki stanowią przeciwwskazanie do leczenia, wtedy należy koniecznie zmienić poprzednie leczenie. Ale to wszystko jest do zorganizowania. Pandemia koronawirusa oczywiście troszkę zaburzyła funkcjonowanie wielu placówek i systemów programów terapeutycznych. My od samego początku pandemii (może dlatego, że jako zakaźnicy przyzwyczajeni byliśmy do takich sytuacji, może nie aż takich, ale do czynników zakaźnych) te programy prowadziliśmy nieustannie. I pacjenci kontynuowali terapie lekami przeciw HCV. W tej chwili, już od 1,5 miesiąca włączamy nowych pacjentów. Każdy pacjent, który jest zdiagnozowany, jest leczony. I liczymy, że niezależnie od tego w jakim kierunku pójdzie pandemia, nie zaburzy to systemu opieki nad pacjentami zakażonymi HCV.

Czy dzisiejsze terapie dają też szanse na skuteczne leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi np. z przewlekłą chorobą nerek, w różnych stadiach tej choroby?

Oczywiście. Mamy leki, które możemy dostosować do każdej choroby przewlekłej, a więc jeśli mamy pacjenta z przewlekłą chorobą nerek, to mamy preparaty również pangenotypowe, które można bezpiecznie stosować u pacjenta z całkowitą niewydolnością nerek, pacjenta dializowanego, czy pacjenta z mniejszego stopnia uszkodzeniem nerek. To nie jest przeciwwskazanie. Poza tym pamiętajmy, że zakażenie HCV ma również wpływ na inne narządy, chociażby nerki. Mówi się o tym, że część kłębkowych zapaleń nerek, część również niewydolności nerek może być również konsekwencją zakażenia HCV. Lecząc więc wirusa hepatotropowego, czyli ukierunkowanego na wątrobę, leczymy często również inne choroby.

Co dla pacjenta oznacza dostęp do tych szybkich, skutecznych terapii?

Dla pacjenta przede wszystkim oznacza poprawę albo całkowite odzyskanie zdrowia. Po drugie, dla pacjenta oznacza to również pełny komfort psychiczny. Państwo nie zdają sobie sprawy jak bardzo zmienia się psychika pacjenta, który pozbywa się tego zakażenia, wirusa. HCV w dalszym ciągu jest w pewnych kręgach stygmatem. Pacjenci więc bardzo wiele zyskują na pozbyciu się tego wirusa. Jest to działanie całkowicie prawidłowe i kosztowo efektywne, bo dzięki temu pacjenci unikają kosztownych terapii, chociażby marskości zaawansowanego włóknienia. Tutaj można powiedzieć w samych superlatywach o tych lekach, ponieważ mamy już kilkuletnie doświadczenie, i tak naprawdę działań niepożądanych jest bardzo niewiele. A to poczucie bezpieczeństwa, zwłaszcza w kontekście doniesień dotyczących poprzednich terapii opartych na interferonie, dla pacjentów jest naprawdę bardzo ważne.