

Waldemar Halota, Jacek Juszczak

STANDARDY LECZENIA WIRUSOWYCH ZAPALEŃ WĄTROBY TYPU C (CZERWIEC 2008)

STANDARDS OF TREATMENT OF THE HEPATITIS C (JUNE 2008)

1. Leczeniem powinni być objęci chorzy z ostrym i przewlekłym zapaleniem wątroby oraz wyrównaną marskością wątroby, jak również z pozawątrobowymi objawami zakażenia HCV.
 2. Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu C należy leczyć w przypadku utrzymywania się objawów lub innych wykładników zakażenia. Rozpoczynamy je w 9-tym tygodniu, gdy wiremia badana w 8 tygodniu obserwacji przekracza 800.000 IU/ml lub w 13-tym, gdy jest niższa i utrzymuje się do 12 tygodnia choroby.
Stosujemy monoterapię interferonami naturalnymi, rekombinowanymi lub preparatami pegylowanymi tej cytokiny.
Interferony naturalne lub rekombinowane stosujemy przez pierwsze cztery tygodnie codziennie, a następnie przez 20 tygodni 3 razy w tygodniu.
Interferony pegylowane stosujemy przez 24 tygodnie, zgodnie z zaleceniami producenta.
 3. Standardem leczenia przewlekłych zapaleń wątroby typu C jest terapia skojarzona *pegylowanym interferonem alfa i rybawiryną*. W przypadku przeciwwskazań lub działań niepożądanych możliwe jest stosowanie innych, zarejestrowanych w Polsce interferonów w połączeniu z rybawiryną lub w monoterapii.
W pierwszej kolejności do leczenia powinno się kwalifikować chorych:
 - z zaawansowanym procesem chorobowym ($S > 1$),
 - oczekujących na przeszczepienie wątroby lub po przeszczepieniu tego narządu, gdy wystąpi reaktywacja zakażenia HCV,
 - hemodializowanych, zwłaszcza oczekujących na przeszczepienie nerki,
 - współzakażonych HBV lub HIV,
 - z krioglobulinemią objawową.
- Czas leczenia:
- 24 tygodnie**
 - chorych zakażonych genotypem 2 lub 3 HCV
 - chorych zakażonych genotypem 1 HCV z niskim wyjściowym stężeniem (< 600.000 IU/mL) wirerii, nie wykrywanej po 4 tygodniach leczenia
 - 48 tygodni**
 - chorych zakażonych genotypem 1 HCV, którzy uzyskują negatywizację wirerii po 12 tygodniach leczenia (cEVR)
 - 72 tygodnie**
 - chorych zakażonych genotypem 1 HCV, u których po 12 tygodniach leczenia wiremia obniża się o co najmniej 2 log i ustępuje po 24 tygodniach leczenia (pEVR)
 - dłużej**
 - chorych na wyrównaną marskość wątroby o etiologii HCV.
4. Należy dążyć do utrzymania dawek interferonu i rybawiryny oraz okresu leczenia. Odstępstwo od tej zasady powinno być uzasadnione wyłącznie wskazaniami lekarskimi po wykorzystaniu możliwości leczenia działań niepożądanych.
 5. Leczenie należy przerwać u chorych z mało zaawansowanym włóknieniem ($S < 2$), u których nie stwierdzono zaniku HCV RNA lub zmniejszenia wartości tego parametru o co najmniej 2 wartości log (tj. 100-krotnego) w surowicy po 12 tygodniach terapii oraz u chorych, u których wiremia utrzymuje się po 24 tygodniach terapii mimo, że w 12 tygodniu obniżyła się powyżej 2 wartości logarytmicznych.
W wybranych przypadkach, na przykład u chorych z zaburzeniami odporności, można od tej zasady odstąpić.
 6. Leczenie uważa się za skuteczne, jeśli po 24 tygodniach od jego zakończenia, nie stwierdza się obecności HCV-RNA w surowicy krwi.
 7. Reterapia u chorych leczonych nieskutecznie odbywa się według zasad wcześniej opisanych, przy zastosowaniu innych preparatów interferonu niż stosowanych w terapii nieskutecznej, zgodnie ze wskazaniami zarejestrowanymi przez producenta.

KOMENTARZ

Jedynym obiektywnym kryterium rozpoznania ostrego zapalenia wątroby typu C jest wystąpienie jego wykładników (HCV RNA, podwyższona aktywność ALAT) u osoby wcześniej monitorowanej w kierunku tego zakażenia lub po ekspozycji na zakażenie HCV. Należy pamiętać, że przeciwciała anty-HCV występują niekiedy po długim okresie od ekspozycji lub są nieobecne.

Rozpoznanie przewlekłego zakażenia HCV polega na wykryciu HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej, bądź w mononuklearach krwi obwodowej, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy.

Warunkiem leczenia przewlekłych zapaleń wątroby jest oznaczenie genotypu HCV. W przypadkach zakażeń genotypami 1, 4, 5, 6 HCV wykonuje się badania ilościowe HCV RNA. Jakościowe testy HCV RNA wykorzystuje się przy zakażeniach pozostałymi genotypami lub dla zbadania skuteczności terapii. Aktywność ALAT pozostaje bez wpływu na decyzję terapeutyczną.

Przewodniczący Komitetu Naukowego
XIII Warsztatów Hepatologicznych
Prof.dr hab.n.med.
Jacek Juszczak

Włóknienie wątroby (S-staging) oznacza się według 5-stopniowej skali, od 0 do 4. W związku z wysoką szansą uzyskania sukcesu terapeutycznego należy dążyć do leczenia na wczesnych etapach choroby.

Monitorowanie stężenia rybawiryny oraz stosowanie czynników wzrostu w leczeniu cytopenii pomagają w optymalizacji skuteczności terapeutycznej. Redukcja dawek lub przerwy w terapii zwiększają ryzyko niepowodzeń terapeutycznych.

W przypadku reterapii największą szansę na sukces mają chorzy, u których nastąpił nawrót choroby po ukończeniu pełnego cyklu terapeutycznego, zakażeni genotypem 2, 3 HCV, charakteryzujący się niskim wyjściowym stężeniem HCV i niskim stopniem włóknienia, a też uprzednio leczeni interferonem rekombinowanym. Jeżeli po 12 tygodniach reterapii wykrywa się wiramię HCV (brak cEVR), zasadne jest przerwanie leczenia.

Przewodniczący
Polskiej Grupy Ekspertów HCV
Prof.dr hab.n.med.
Waldemar Halota

Otrzymano: 13.10.2008 r.