

Il trattamento della epatite C nel paziente HIV-positivo: le peculiarità di un grande successo

Treatment of hepatitis C in HIV-positive patients: some features of a great success

Paolo Bonfanti

Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive, Ospedale Alessandro Manzoni, Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lecco

Nell'era della terapia antiretrovirale altamente efficace, la malattia epatica allo stadio terminale rimane una delle principali cause di morte tra i pazienti con infezione da HIV e coinfezione da HCV (1,2). Le conseguenze dell'infezione da virus dell'epatite C nei pazienti HIV-positivi, in particolare tra quelli con un grado di immunodeficienza più avanzata, sono rilevanti e comprendono una progressione della malattia epatica più rapida, una più alta incidenza di malattia epatica allo stadio terminale e una aspettativa di vita più breve dopo scompenso epatico (3-5).

Da queste premesse si capisce la grande importanza di una terapia estremamente efficace e con un alto livello di tollerabilità, come quella introdotta dall'avvento dei nuovi farmaci ad azione antivirale diretta (DAAs) che hanno aperto la possibilità della eradicazione della infezione da HCV.

Vi sono, a questo proposito, due risultati ottenuti utilizzando questi farmaci nella popolazione HIV-positiva, che sono in parte sorprendenti e inattesi. Il primo è relativo all'efficacia in termini di risposta virologica sostenuta a 12 settimane (SVR12), sostanzialmente equiparabile nella popolazione mono-infetta e in quella con coinfezione HIV/HCV. Infatti i pazienti coinfecti avevano tradizionalmente tassi di risposta più bassi al trattamento con peginterferone e ribavirina rispetto agli individui senza infezione da HIV. Viceversa, numerosi studi hanno dimostrato un'efficacia dei regimi antivirali contenenti DAAs paragonabile a quello osservata nei pazienti monoinfecti (6-9). Pertanto, i risultati di studi su nuovi regimi a base di antivirali ad azione di-

retta, ottenuti in pazienti con sola infezione da HCV, possono essere estrapolati per valutare la possibile efficacia nei pazienti coinfecti HIV/HCV. Il secondo aspetto di rilievo osservato con l'utilizzo dei farmaci DAAs nei pazienti HIV-positivi è la sovrapposibilità dei tassi di SVR12 ottenuti nei trials clinici e negli studi di "real world", come ben dimostrato dal lavoro di Barbara Menzaghi pubblicato su questo numero di JHA (10). Tale dato non deve apparire scontato, se consideriamo ad esempio la discrepanza esistente, nel campo della terapia antiretrovirale, tra i risultati ottenuti in termini di successo virologico tra gli studi clinici e gli studi osservazionali (11).

La possibilità di eradicare la malattia da HCV nei soggetti HIV-positivi è da considerarsi quindi un grande successo, anche se le caratteristiche peculiari di questa popolazione richiedono un approccio specifico. I pazienti devono essere infatti monitorati per quanto riguarda l'aderenza e gli effetti collaterali. Occorre inoltre considerare il rischio di interazioni farmacologiche tra farmaci antiretrovirali e DAAs che rimane un problema di gestione importante, unico per i pazienti coinfecti con HIV/HCV: in molti casi occorre ottimizzare il trattamento antiretrovirale per prevenire possibili interazioni. Infine le co-morbidità, le malattie psichiatriche e la dipendenza da sostanze di abuso possono complicare l'erogazione delle cure a questa complessa popolazione di pazienti, anche se programmi che prevedano un'assistenza psichiatrica e la stabilizzazione delle dipendenze possono consentire con successo il trattamento.

Autore per la corrispondenza:

Paolo Bonfanti
Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive
ASST di Lecco, Ospedale Alessandro Manzoni
Via dell'Eremo 9/11, 23900 Lecco
pa.bonfanti@asst-lecco.it

Keywords:
HIV, HCV, DAAs, Cohort Studies

Potenziali conflitti di interesse:
nessuno.

JHA 2018; 3(1): 1-2

DOI: 10.19198/JHA31442

BIBLIOGRAFIA

1. Weber R, Sabin CA, Friis-Møller N, et al. *Liver-related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: the D: A: D study*. Arch Intern Med 2006; 166: 1632-41.
2. Smith CJ, Ryom L, Weber R, et al. *Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D: A: D): a multicohort collaboration*. Lancet 2014; 384: 241-48.
3. Kirk GD, Mehta SH, Astemborski J, et al. *HIV, age, and the severity of hepatitis C virus-related liver disease: a cohort study*. Ann Intern Med 2013; 158: 658-66.
4. Goedert JJ, Eyster ME, Lederman MM, et al. *End-stage liver disease in persons with hemophilia and transfusion-associated infections*. Blood 2002; 100: 1584-9.
5. Vogel M, Page E, Boesecke C, et al. *Liver fibrosis progression after acute hepatitis C virus infection in HIV-positive individuals*. Clin Infect Dis 2012; 54: 556-9.
6. Sulkowski MS, Naggie S, Lalezari J, et al. *Sofosbuvir and ribavirin for hepatitis C in patients with HIV coinfection*. JAMA 2014; 312: 353-61.
7. Osinusi A, Townsend K, Kohli A, et al. *Virologic response following combined ledipasvir and sofosbuvir administration in patients with HCV genotype 1 and HIV co-infection*. JAMA 2015; 313: 1232-9.
8. Molina JM, Orkin C, Iser DM, et al. *Sofosbuvir plus ribavirin for treatment of hepatitis C virus in patients co-infected with HIV (PHOTON-2): a multicentre, open-label, non-randomised, phase 3 study*. Lancet 2015; 385: 1098-106.
9. Bhattacharya D, Belperio PS, Shahoumian TA, et al. *Effectiveness of All-Oral Antiviral Regimens in 996 Human Immunodeficiency Virus/Hepatitis C Virus Genotype 1-Coinfected Patients Treated in Routine Practice*. Clin Infect Dis 2017; 64: 1711-20.
10. Menzaghi B, Quirino T. *Treatment with directly acting antivirals (DAAs) in HCV monoinfected and HIV-HCV coinfecting patients: the experience of the SCOLTA Project*. JHA 2018; 3: 3-9.
11. D'Arminio Monforte A, Cozzi-Lepri A, Maggiolo F, et al. *Response to First-Line Ritonavir-Boosted Protease Inhibitors (PI/r)-Based Regimens in HIV Positive Patients Presenting to Care with Low CD4 Counts: Data from the IcoNa Foundation Cohort*. PLoS One 2016 Jun 27; 11: e0156360.

