COINFEZIONE HIV-HCV: CURARSI "IN SICUREZZA"

Importanza delle interazioni farmacologiche

nadir
www.nadironlus.org

PERCHÉ ELIMINARE L'EPATITE C (HCV) NELLA PERSONA CON HIV?

Le principali ragioni sono:

1. L'elevata mortalità per epatocarcinoma e cirrosi scompensata, entrambe correlate alla più rapida progressione della malattia epatica nelle persone con HIV [1].

2. L'impatto negativo della coinfezione da HCV su:
   a. Funzione renale [2], e in genere sulla mortalità non correlata a malattia epatica oppure all'HIV [3];
   b. Recupero delle cellule T CD4+ in coso di terapia anti-HIV (cART) [4].

3. Il possibile impatto negativo della coinfezione da HCV su:
   a. Progressione della malattia da HIV anche in coso di cART [5];
   b. Osteoporosi [6];
   c. Malattia cardiovascolare [7];
   d. Insorgenza di diabete [8].

L'eradicazione dell'Epatite C si associa, inoltre, ad una diminuzione dell'incidenza dello scompenso epatico e della mortalità, principalmente in pazienti con malattia epatica avanzata [9], ma anche in quelli con fibrosi moderata [10,11].

ATTENZIONE ALLA TERAPIA COMPLESSIVA

Le persone con HIV devono *valutare le interazioni tra tutti i farmaci che assumono*, pena l'inefficacia delle terapie assunte e/o una possibile maggior tossicità. In particolare, chi intraprende anche un percorso terapeutico per la cura dell'Epatite C necessita di una attenzione ulteriore, al fine di accertarsi di intraprendere un percorso terapeutico complessivo *in sicurezza*.

Infatti, un'interazione tra farmaci accade quando la risposta farmacologica o clinica alla somministrazione contemporanea di due o più medicinali è diversa da quella attesa, quando essi sono somministrati singolarmente. Più semplicemente, *può accadere che gli effetti di un farmaco vengono modificati dalla presenza di un altro farmaco*.

ALCUNI REGIMI "SICURI" PER CURARE L'EPATITE C

Tra i regimi terapeutici attualmente a disposizione per il trattamento dell'Epatite C, le *Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1* [12] riportano, tra gli altri, il regime a base di Daclatasvir + Sofosbuvir, (Tabella 1), per i quali sono presenti studi specifici sulle interazioni farmacologiche tra la terapia anti-HIV e quella anti-HCV (Tabella 2) [13].

Tabella 1 - *Regimi terapeutici per la cura dell'Epatite C nella persona con HIV e HCV*

		Durata del trattamento e uso di Ribavirina		
Genotipi	**Regime terapeutico anti-HCV**	**Non cirrotici**	**Cirrotici Compensati**	**Cirrotici Scompensati**
1 e 4	SOF + DCV ± RBV	12 settimane senza RBV	12 settimane con RBV o 24 settimane senza RBV in cirrotici o pre/post trapianto[i]	
2	SOF + DCV ± RBV	12 settimane senza RBV	12 settimane senza RBV o 12 settimane con RBV	
3	SOF + DCV ± RBV [ii]	12 settimane senza RBV	16-24 settimane con RBV	

Legenda:
RBV = ribavirina, SOF =sofosbuvir, DCV = daclatasvir.
[i] = Persone con cirrosi e predittori negativi di risposta possono essere trattati per 24 settimane con RBV (predittori negativi: precedente fallimento di terapie a base di interferone, conta piastrine < 75x103/uL).
[ii] = Basata su opinione di esperti e dati preliminari di studi registrativi e/o di programmi di accesso espanso.

Tabella 2 - *Interazioni farmacologiche tra alcuni farmaci anti-HIV e anti-HCV*

Farmaci anti-HIV	Daclatasvir	Ribavirina	Sofosbuvir
Abacavir			
Atazanavir/ritonavir o Atazanavir/cobicistat			
Darunavir/ritonavir o Darunavir/cobicistat			
Dolutegravir			
Efavirenz			
Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/TAF			
Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir			
Emtricitabina			
Emtricitabina/TAF			
Lamivudina			
Lopinavir			
Raltegravir			
Rilpivirina			
Tenofovir			

Legenda:
= Nessuna interazione/Nessuna interazione attesa.
= Ridurre il dosaggio di Daclatasvir a 30 mg al giorno.
= Aumentare il dosaggio di Daclatasvir a 90 mg al giorno.
= Cautela. Monitorare il paziente.

CONCLUSIONI

La comunicazione medico-paziente è sempre un aspetto imprescindibile per garantire un percorso di benessere della persona. Porre attenzione a questi dati consente di affrontare senza imprevisti il percorso terapeutico per l'eradicazione dell'HCV.

Riferimenti bibliografici

1. Ioannou GN, Bryson CL, Weiss NS, et al. The prevalence of cirrhosis and hepatocellular carcinoma in patients con HIV infection. Hepatology 2013; 58: 249-257.
2. Peters L, Grint D, Lundgren JD, et al.. Hepatitis C virus viremia increases the incidence of chronic kidney disease in HIV-infected patients. AIDS. 2012 ;26:1917-26.
3. Grint D, Peters L Rakmanova A et al. 3,Liver-related death among HIV/HCV coinfected individuals, implications fo the era of directly acting antivirals. 21st Conference on Retroviruses and Oppotunistic Infections, March 3-6, 2014, Boston, MA, USA.
4. Potter M, Odueyungbo A, Yang et al. ,Impact of hepatitis C viral replication on CD4+ T-lymphocyte progression in HIV-HCV coinfection befoe and after antiretroviral therapy. AIDS. 2010;24:1857-65.
5. De Luca A, Bugarini R, Lepri AC et al. Coinfection con hepatitis viruses and outcome of initial antiretroviral regimens in previously naive HIV-infected subjects. Arch Intern Med. 2002 ;162: 2125-32.
6. Lo Re V 3rd, Volk J, Newcomb CW, Yang YX et al. Risk of hip fracture associated con hepatitis C virus infection and hepatitis C/human immunodeficiency virus coinfection. Hepatology. 2012 Nov;56(5):1688-98.
7. Butt,A Chew, KW Currier J etv al. ,Hepatitis C (HCV) Viremia and the Risk of AcuteMyocardial Infarction at Various Lipid Levels. 21st Conference on Retroviruses and Oppotunistic Infections, March 3-6, 2014, Boston, MA, USA.
8. Howard AA, Hoover DR, Anastos K, The effects of opiate use and hepatitis C virus infection on risk of diabetes mellitus in the Women's Interagency HIV Study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010; 54:152-9.
9. Berenguer J, Rodríguez E, Miralles P, Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces non-liver-related motality in patients coinfected con HIV and Hepatitis C virus. Clin Infect Dis. 2012;55:728-36.
10. Berenguer J, Zamoa FX, Carrero A,et al. Effects of Sustained Viral Response in Patients Con HIV and Chronic Hepatitis C and Nonadvanced Liver Fibrosis. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014 Jul 1;66(3):280-7.
11. Macías J, Mancebo M, Márquez M, Merino D, Téllez F, Rivero A, von Wichmann MA, López-Cortés LF, Merchante N, Santos J, Raffo M, Pérez-Pérez M, Camacho Á, Iribarren JA, Pineda JA. Low risk of liver decompensation among human immunodeficiency virus/hepatitis C virus-coinfected patients with mild fibrosis in the short term. Hepatology. 2015 May;61(5):1503-11.
12. Adapted from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2442_allegato.pdf (last visit september 22th 2016).
13. Adapted from: http://www.hep-druginteractions.org/interactions.aspx (last visit september 22th 2016).

nadir

www.nadironlus.org

Ottobre 2016

Associazione Nadir Onlus - Via Panama n. 88 - 00198 Roma - C.F.: 96361480583 - P.IVA: 07478531002

Progetto grafico e supervisione: David Osorio

Disegno grafico e illustrazioni: Simona Reniè

Stampa: Tipografia Messere Giordana, Roma

Realizzato con il contributo non condizionato di Bristol-Myers Squibb

Bristol-Myers Squibb