

Ενημερωτικό Δελτίο

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
Αγράφων 3-5, Μαρούσι, 15123, 210 5212000

Οκτώβρης 2015
Αρ.57/ Έτος 5ο
ISSN 1792-9016

<http://www.keelpno.gr>, info@keelpno.gr

“Το τοπίο αλλάζει για την Ηπατίτιδα C”, Ενθαρρυντικά τα επιδημιολογικά δεδομένα για την ηπατίτιδα C στην Ελλάδα και ακόμη πιο ενθαρρυντικές οι εξελίξεις σχετικά με τις νέες θεραπείες για τη νόσο...

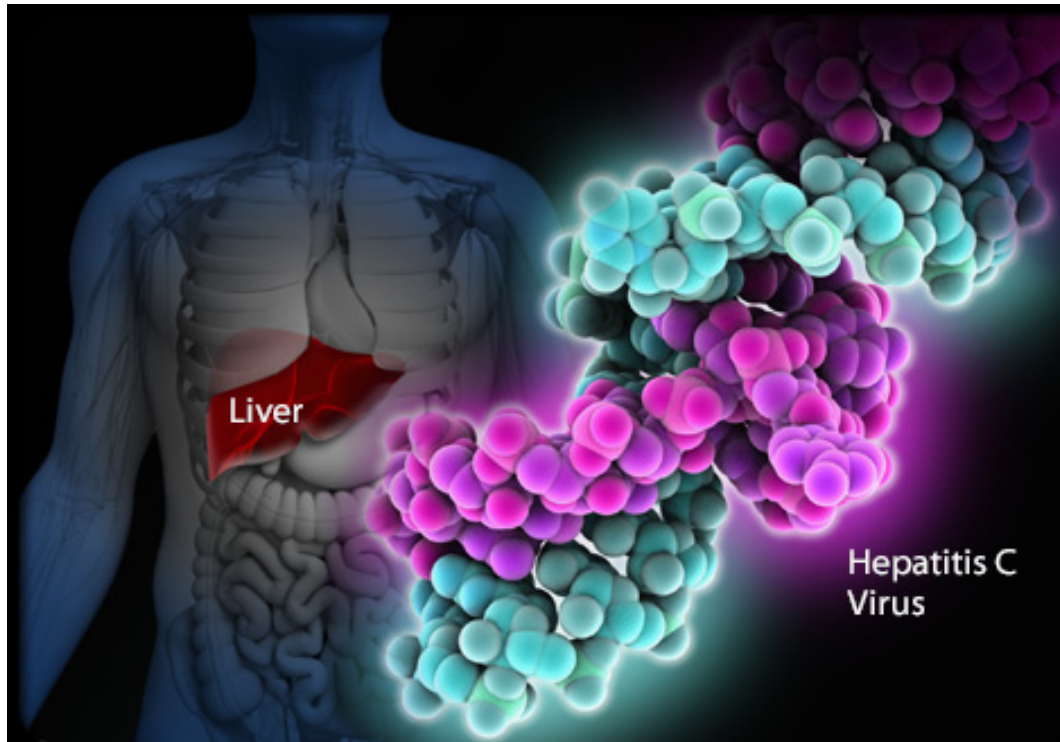
Σελ. 2

Το θεραπευτικό μητρώο για την ηπατίτιδα C είναι επιτέλους πραγματικότητα στη Χώρα μας. Ως επίσημη ημερομηνία έναρξης ορίστηκε η 15^η Σεπτεμβρίου 2015...

Σελ. 13

Ο Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Μανώλης Μάνεσης μοιράζεται την πολυετή του εμπειρία μαζί μας, ξεκαθαρίζοντας με ακρίβεια Μύθους για την ηπατίτιδα C...

Σελ. 16



Περιεχόμενα

Κυρίως θέμα: Επιδημιολογικά δεδομένα Ηπατίτιδας C στην Ελλάδα	2
Δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης	10
Συναντήσεις- δράσεις δημόσιας υγείας	13
Νέα από τη διεθνή βιβλιογραφία	14
Μύθοι και αλήθειες	16
Επερχόμενα συνέδρια	18
Επιδημίες στον κόσμο	19
Το αίνιγμα του μήνα	20

Το τοπίο αλλάζει για την Ηπατίτιδα C

Ο ιός της ηπατίτιδας C προσβάλλει περίπου 130-170 εκατομμύρια ανθρώπους παγκόσμια και ευθύνεται για 350000-500000 θανάτους κάθε χρόνο. Η HCV λοίμωξη είναι ιδιαίτερα ευμετάβλητη και διακυμαίνεται από τις ελάχιστες ιστολογικές μεταβολές σε εκτεταμένη ίνωση και κίρρωση με ή χωρίς την παρουσία του ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Εντούτοις, τα πράγματα κινούνται πολύ γρήγορα στον τομέα της θεραπείας του HCV. Έτσι, σκοπός της θεραπείας, σήμερα είναι να επιτευχθεί η ίαση της HCV λοίμωξης, έτσι ώστε να αποτραπούν όχι μόνο οι ηπατικές επιπλοκές, αλλά και οι κλινικά σημαντικές εξωηπατικές εκδηλώσεις της HCV λοίμωξης. Έτσι, όλοι οι ασθενείς που δεν είχαν λάβει θεραπεία και οι ασθενείς υπό θεραπεία με αντιρροπούμενη ή μη αντιρροπούμενη κίρρωση χρόνια ηπατική νόσο, θα πρέπει να ενταχθούν σε θεραπεία.

Η θεραπεία θα πρέπει να έχει προτεραιότητα σε ασθενείς με προχωρημένη ίνωση (F3 to F4), συμπεριλαμβανόμενης της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης. Η θεραπεία θα πρέπει να έχει προτεραιότητα σε άτομα τα οποία κινδυνεύουν να μεταφέρουν τον HCV, συμπεριλαμβανομένων των ενεργών χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, των ανδρών, οι οποίοι κάνουν sex με άνδρες και γυναίκες, οι οποίες θέλουν να μείνουν έγκυες. Η θεραπεία, επίσης, δικαιολογείται σε ασθενείς με μέτρια ίνωση (F2) και σε ασθενείς με ή χωρίς ήπια νόσο (FO-F1). Η θεραπεία ενδείκνυται, επίσης, σε ασθενείς οι οποίοι είναι σε αναμονή για μεταμόσχευση.

Η θεραπεία δε συνιστάται σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο ζωής, λόγω συνυπαρχόντων συνοδών νοσημάτων. Τελικά, στο φάσμα αυτό, τα χαρακτηριστικά, τα οποία αφορούν την επιλογή θεραπείας, συμπεριλαμβάνουν: τον HCV γονότυπο, τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου, τα συνοδά νοσήματα, το φαρμακοκινητικό προφίλ, την αλληλεπίδραση των φαρμάκων και την προηγούμενη εμπειρία στη θεραπεία.

Η θεραπεία θα πρέπει να έχει προτεραιότητα σε ασθενείς με προχωρημένη ίνωση (F3 to F4), συμπεριλαμβανόμενης της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης. Η θεραπεία θα πρέπει να έχει προτεραιότητα σε άτομα τα οποία κινδυνεύουν να μεταφέρουν τον HCV, συμπεριλαμβανομένων των ενεργών χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, των ανδρών, οι οποίοι κάνουν sex με άνδρες και γυναίκες, οι οποίες θέλουν να μείνουν έγκυες. Η θεραπεία, επίσης, δικαιολογείται σε ασθενείς με μέτρια ίνωση (F2) και σε ασθενείς με ή χωρίς ήπια νόσο (FO-F1). Η θεραπεία ενδείκνυται, επίσης, σε ασθενείς οι οποίοι είναι σε αναμονή για μεταμόσχευση.

Μαρία Ραπτοπούλου-Γιγή, Ομότιμη Καθηγήτρια, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο

Επιδημιολογικά δεδομένα Ηπατίτιδας C στην Ελλάδα

Η Ηπατίτιδα είναι η φλεγμονή του ήπατος που προκαλείται, συνήθως, από ιούς και είναι γνωστή ως ιογενής ηπατίτιδα.

Η ιογενής ηπατίτιδα μπορεί να είναι είτε οξεία, να εμφανιστεί δηλαδή ξαφνικά σε λίγες εβδομάδες μετά τη μετάδοση του ιού και να αυτοϊαθεί σε λίγους μήνες, (χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ηπατίτιδα Α, που δε γίνεται ποτέ χρόνια) είτε χρόνια, η οποία μπορεί να προκληθεί από τους ιούς της ηπατίτιδας Β, D και κυρίως της ηπατίτιδας C.

Η ιογενής ηπατίτιδα εξακολουθεί να μαστίζει εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους στον πλανήτη και αποτελεί τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι 300000 άνθρωποι είναι φορείς της ηπατίτιδας Β και 150000 είναι φορείς της ηπατίτιδας C.

Η Ηπατίτιδα C παρουσιάζει ευρεία γεωγραφική κατανομή και αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει υπολογιστεί ότι το 3% του πληθυσμού της γης, δηλαδή 200 εκατομμύρια άτομα, είναι χρόνιοι φορείς της HCV λοίμωξης. Στις βιομηχανοποιημένες χώρες, η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) αποτελεί την αιτία του 20% των περιπτώσεων οξείας ηπατίτιδας, του 70% των περιπτώσεων χρόνιας ηπατίτιδας, του 40% των περιπτώσεων κίρρωσης τελικού σταδίου, του 60% των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκίνου και του 30% των μεταμοσχεύσεων ήπατος.

Καθόσον ο επιπολασμός της χρόνιας ηπατίτιδας C είναι σημαντικός (0.5-4%) στο γενικό πληθυσμό ηλικίας 30 έως 45 ετών σε πολλές διαφορετικές χώρες, η νοσηρότητα και η θνητότητα από τη λοίμωξη αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά τις δύο επόμενες δεκαετίες, παρά το γεγονός της μείωσης της επίπτωσης νέων περιπτώσεων λοίμωξης.

Στην Ελλάδα στο γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης υπολογίζεται σε 1.7%, δηλαδή περίπου 150000 άτομα έχουν μολυνθεί από τον ιό.

Υπάρχει και στη χώρα μας ευρεία διακύμανση, από 0.6% έως και 7.5%, ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή.

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται από μο-

λυσμένα με αίμα αντικείμενα (π.χ. σύριγγες, ξυραφάκια, βελόνες) και σπάνια από σεξουαλική επαφή ή από τη μητέρα στο παιδί της. Σήμερα, ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης της λοίμωξης είναι η κοινή χρήση συριγγών κατά την ενδοφλέβια χρήση ουσιών. Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά), το ποσοστό της λοίμωξης μεταξύ των ατόμων που κάνουν ενδοφλέβια χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι πολύ υψηλό (περίπου 70%).

Από τους μολυνθέντες, 75-85% θα παραμείνουν χρόνιοι φορείς της νόσου, 10%-20% θα αναπτύξουν κίρρωση σε 20-30 έτη, 1%-5% θα παρουσιάσουν ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Δεν υπάρχει εμβόλιο ή άλλο μέσο προφύλαξης.

Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C θα πρέπει να έχουν τακτική ιατρική παρακολούθηση, να μην καταναλώνουν αλκοόλ, να μη λαμβάνουν φάρμακα χωρίς ιατρική οδηγία και να εμβολιάζονται για την ηπατίτιδα Α και Β.

Η κυκλοφορία νέας γενιάς φαρμάκων τα τελευταία χρόνια άλλαξε ριζικά το τοπίο στη θεραπεία των ασθενών με χρόνια HCV λοίμωξη. Τα νέα φάρμακα χορηγούνται ως δισκία, έχουν ισχυρή αντι-ιική δράση και αυξάνουν το ποσοστό ανταπόκρισης στη θεραπεία σε 95%- 98%, με ταυτόχρονη μείωση της διάρκειάς της. Αν και το κόστος της θεραπείας είναι μεγάλο, το όφελος είναι αδιαμφισβήτητα μεγαλύτερο. Η θεραπεία βελτιώνει την υγεία και τη ζωή των ασθενών, και σε υψηλό ποσοστό ασθενών μπορεί πλέον να εκριζώσει τον ιό. Πέρα από τη μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή, είναι σημαντικό ότι δεν μπορεί πλέον να μεταδώσει τον ιό σε άλλους.

Οι παρούσες οικονομικές συνθήκες δεν πρέπει να επηρεάσουν τις θεραπευτικές επιλογές των ασθενών, καθώς τα μακροχρόνια οφέλη από τη χορήγηση της θεραπείας είναι πολλαπλά, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τη δημόσια υγεία, αφού ανακόπτεται η μετάδοση του ιού. Εξάλλου, χωρίς θεραπεία οι ασθενείς καταλήγουν σε βαριές επιπλοκές, που επιβαρύνουν πολύ περισσότερο τον κρατικό προϋπολογισμό.

Από το έτος 2000, λειτουργεί στο ΚΕΕΛΠΝΟ Γραφείο Ηπατιτίδων που έχει ως σκοπό:

- την πρόληψη της μετάδοσης των Ιογενών Ηπατιτίδων,
- την ενημέρωση κοινού και επαγγελματιών υγείας για θέματα μετάδοσης και

- πρόληψης Ιογενών Ηπατιτίδων,
- την προαγωγή εμβολιασμού,
- τη βελτίωση της κλινικής φροντίδας των ατόμων που πάσχουν από Ιογενή Ηπατίτιδα Β και C,
- την επιδημιολογική επιτήρηση της χρόνιας ηπατίτιδας Β και C μέσω μελέτης Cohort του Εθνικού Προγράμματος Ιογενούς Ηπατίτιδας ΚΕΕΛΠΝΟ (www.keelpno.gr).

Το Γραφείο Ηπατιτίδων συνεργάζεται με την Επιστημονική Επιτροπή Ιογενούς Ηπατίτιδας που συστάθηκε στα τέλη του έτους 2000. Συγκαλείται από το Γραφείο Ηπατιτίδων και απαρτίζεται από 25 μέλη.

Η Επιστημονική Επιτροπή Ιογενούς Ηπατίτιδας έχει επιστημονικό και συμβουλευτικό ρόλο. Δέχεται εισηγήσεις του Γραφείου Ηπατιτίδων και παίρνει αποφάσεις για την προστασία της Δημόσιας Υγείας με βάση τα εκάστοτε επιστημονικά δεδομένα και τα κρατούντα στον Ευρωπαϊκό και το διεθνή χώρο (www.keelpno.gr).

Από το έτος 2003, στο πλαίσιο του Εθνικού Προγράμματος Ιογενούς Ηπατίτιδας υλοποιείται cohort μελέτη χρόνιας ηπατίτιδας. Σκοπός της είναι η παρακολούθηση της φυσικής ιστορίας των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β και/ή C, χωρίς ή μετά από θεραπεία, και η διαχρονική μελέτη των δημογραφικών, κοινωνικών, ιολογικών και άλλων χαρακτηριστικών τους. Η μελέτη απαρτίζεται από 23 κέντρα υποστήριξης ανά την Ελλάδα, που καταγράφουν δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, πιθανή πηγή μόλυνσης, κλινική εικόνα, εργαστηριακά ευρήματα, υπερηχογραφικά ευρήματα, ιολογικό έλεγχο, βιοψία ήπατος, θεραπεία, έκβαση των ασθενών τους.

Τα αποτελέσματα της cohort μελέτης συμβάλ-

λουν στην καταγραφή αξιόπιστων στοιχείων για την εξέλιξη των ασθενών της χώρας μας, με σκοπό τον ορθότερο προγραμματισμό των αναγκών για τη Δημόσια Υγεία και την τεκμηριωμένη απάντηση διεθνώς αναπάντητων ερωτημάτων. Τα σημαντικότερα συμπεράσματα μπορείτε να τα δείτε στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ, όπου είναι αναρτημένες όλες οι μελέτες που έχουν δημοσιευτεί (www.keelpno.gr). Από τα δεδομένα της Cohort μελέτης μετά την τελευταία συλλογή (5429 άτομα) αξίζει να σημειωθεί ότι 34% των ατόμων που καταγράφηκαν ήταν χρήστες ενδοφλεβίων εξαρτησιογόνων ουσιών.

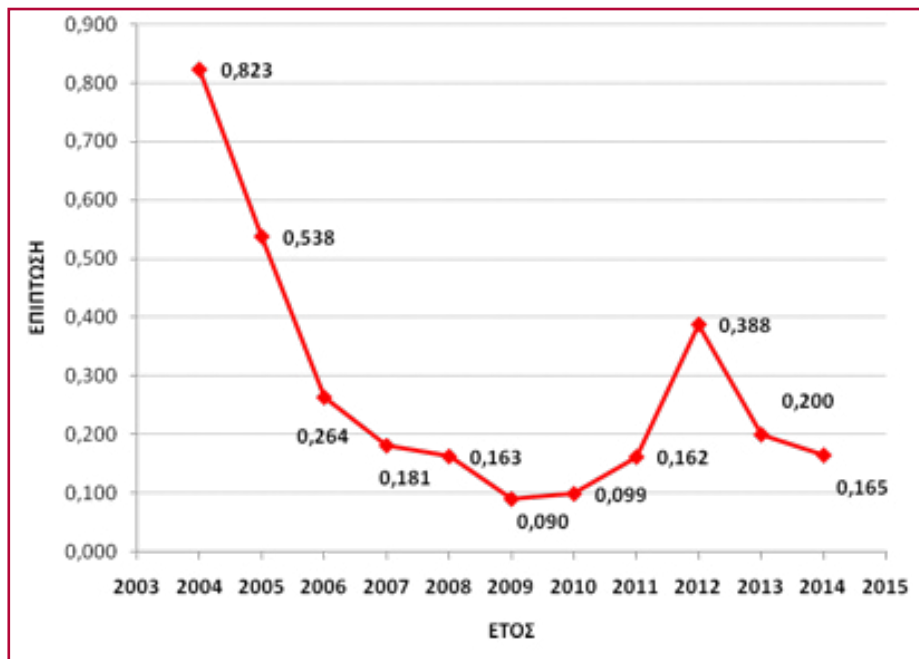
Επιδημιολογική επιτήρηση ηπατίτιδας C

Στην Ελλάδα, επιτηρείται η οξεία ηπατίτιδα C, καθώς και η πρόσφατα διαγνωσθείσα ασυμπτωματική ηπατίτιδα C. Συγκεντρώνονται στοιχεία από όλη τη χώρα, τα οποία προέρχονται από την υποχρεωτική δήλωση. Στη συνέχεια ακολουθεί επικοινωνία με το γιατρό που δήλωσε τη λοίμωξη, προκειμένου να συλλεχθούν επιπλέον στοιχεία σχετικά με το χρόνο μόλυνσης του ασθενούς, τους παράγοντες κινδύνου και τη λήψη μέτρων για αποφυγή μετάδοσης.

Από το έτος 2004 έως και το 2014 δηλώθηκαν στο ΚΕΕΛΠΝΟ συνολικά 338 κρούσματα ηπατίτιδας C: 240 κρούσματα που αφορούσαν πρόσφατα διαγνωσθείσα ηπατίτιδα C και 98 κρούσματα οξείας ηπατίτιδας C. Η μέση επίπτωση της ηπατίτιδας C συνολικά κυμάνθηκε από 0,090 έως 0,823 κρούσματα ανά 1000000 πληθυσμού.

Η αύξηση των δηλωμένων κρουσμάτων κατά το έτος 2004 είναι πλασματική, καθώς υπήρξε ενισχυμένη επιτήρηση από το Σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης κατά τη διάρκεια των Ολυμπιακών αγώνων (Γράφημα 1).

Γράφημα 1: Ετήσια επίπτωση δηλωθέντων κρουσμάτων της ηπατίτιδας C / 100,000 κατοίκους 2004-2014

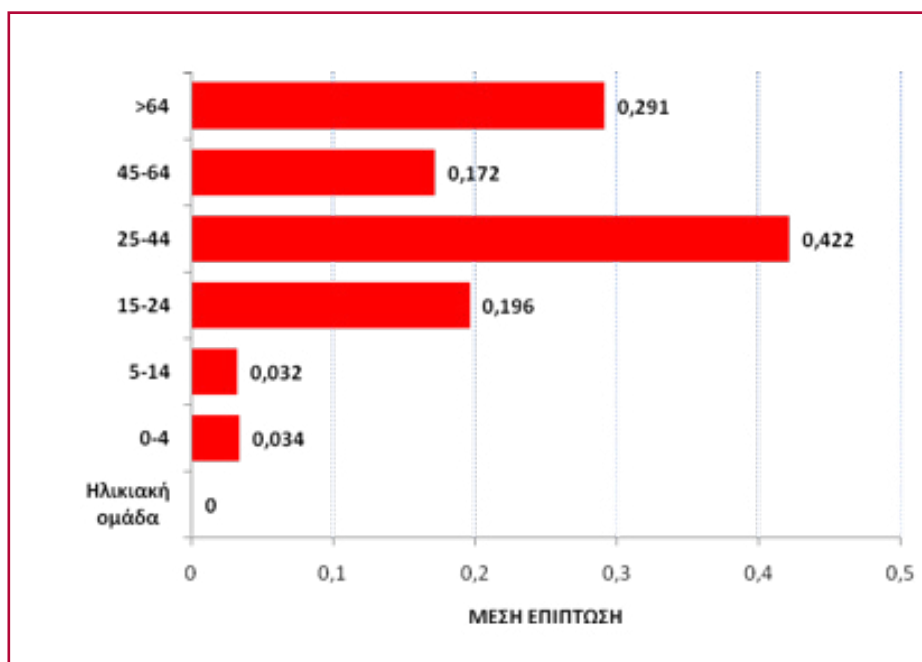


Μέση ετήσια επίπτωση της ηπατίτιδας C / 100000 κατοίκους κατά ηλικία

Όσον αφορά την κατανομή κατά ηλικία, παρατηρείται χαμηλή επίπτωση στις ηλικίες 0-4 (ένα κρούσμα το 2006 και ένα το 2008) και 5-14 (4 κρούσματα μέχρι το 2007). Η μέση ετήσια επίπτωση είναι αυξημένη στις ηλικίες 25-44, που αφορά πληθυσμό ενεργών χρη-

στών ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών με κοινή χρήση σύριγγας. Επίσης, η επίπτωση είναι αυξημένη στην ομάδα ατόμων άνω των 64 ετών, διότι πιθανόν σε πολλά από αυτά τα άτομα ο ιός να είχε μεταδοθεί μέσω χειρουργικής επέμβασης, μετάγγισης αίματος ή οδοντιατρικής εργασίας, καθώς δε γινόταν έλεγχος του ιού πριν το έτος 1992 (Γράφημα 2).

Γράφημα 2: Μέση ετήσια επίπτωση Ηπατίτιδας C/100,000 κατά ηλικία για τα έτη 2004-2014

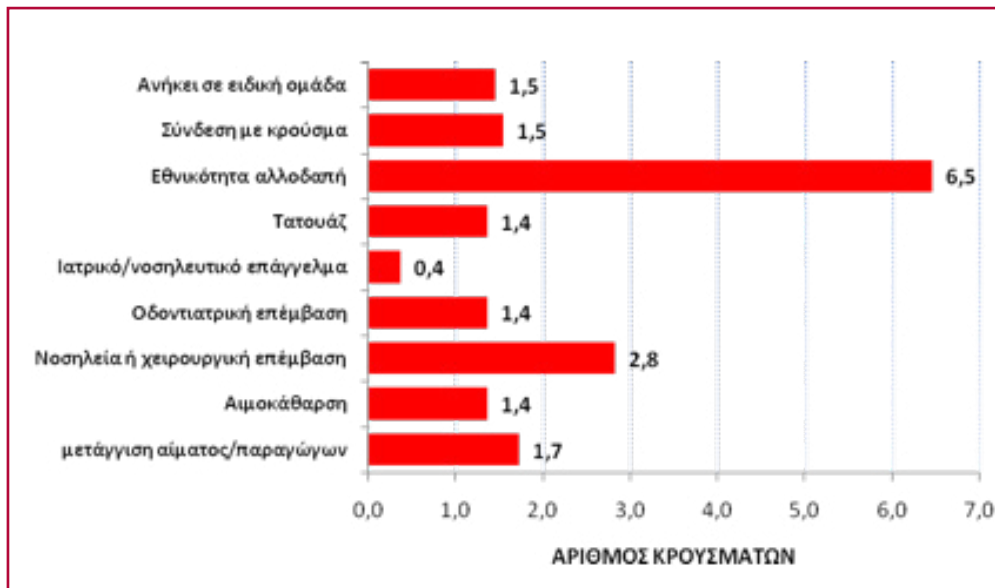


Κατανομή κατά παράγοντα κινδύνου

Για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο 2004-2014 η μεταβλητή με αυξημένο σημαντικά το μέσο όρο των περιστατικών ανά έτος είναι η

αλλοδαπή εθνικότητα (μέσος όρος 6,5). Ακολουθεί η νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση (Γράφημα 3).

Γράφημα 3: Μέσος αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων Ηπατίτιδας C/έτος κατά παράγοντα κινδύνου 2004-2014

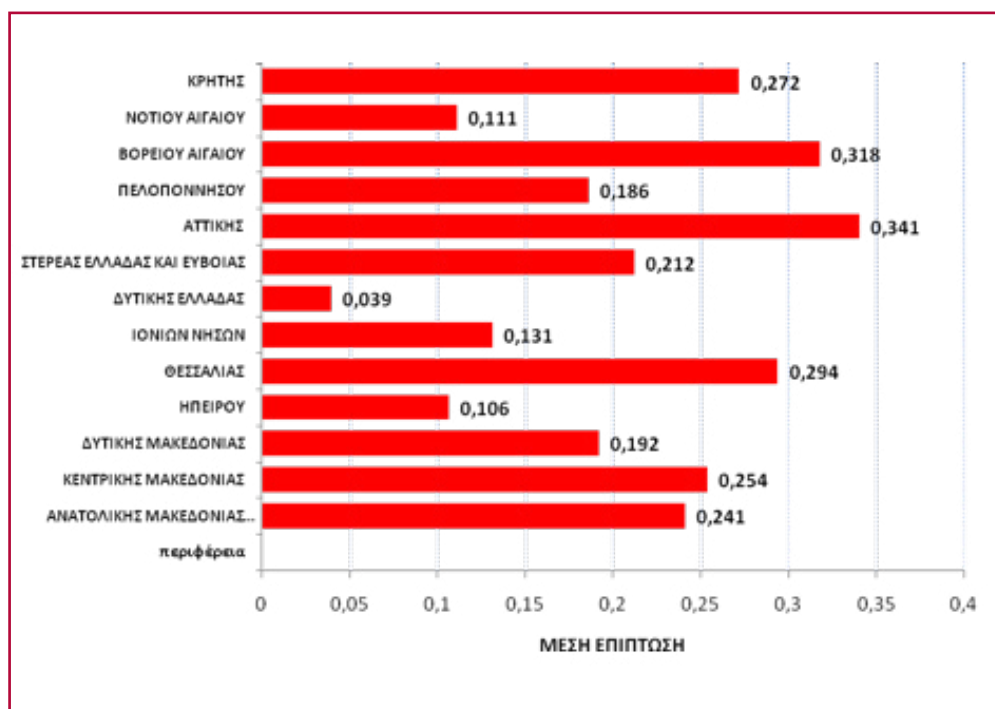


Γεωγραφική κατανομή

Η επίπτωση ποικίλλει κατά περιφέρεια και παρατηρούμε σχετικά αυξημένη επίπτωση σε:

Βόρειο Αιγαίο, Αττική και ακολουθούν Κρήτη, Θεσσαλία, Κεντρική Μακεδονία (Γράφημα 4).

Γράφημα 4: Μέση ετήσια επίπτωση δηλωθέντων κρουσμάτων Ηπατίτιδας C / 100,000 κατά Περιφέρεια



Στα παραπάνω αποτελέσματα θα πρέπει να έχουμε υπόψη τη σημαντική υποδήλωση που παρατηρείται σε όλη την Ελλάδα και αφορά τόσο την οξεία όσο και την πρωτοδιαγνωσθείσα ιογενή ηπατίτιδα C.

Τα στοιχεία των διαγραμμάτων δόθηκαν από την κα Ε. Τριανταφύλλου του Τμήματος της Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕΕΛΠΝΟ, αναλύθηκαν από τον κο Π.Κατερέλο και επιμελήθηκαν από την κα Ε. Κωστέα του Τμήματος Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υγείας.

Τι μπορώ να κάνω για να προστατευτώ από τον ιό της ηπατίτιδας C;

- σε περίπτωση που χρησιμοποιείτε ενδοφλέβια ναρκωτικά, μη μοιράζεστε βελόνες ή άλλα αντικείμενα
- μη μοιράζεστε προσωπικά σας αντικείμενα (π.χ. ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες)
- χρησιμοποιείτε προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή. Ασθενείς με σταθερούς συντρόφους δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν προφυλακτικό (αν και η χρήση του μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης), κάτι που συστήνεται σε όσους ασθενείς έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.
- σκεφτείτε τους κινδύνους για την υγεία σας, εάν πρόκειται να κάνετε τατουάζ ή τρύπημα σημείων του σώματος.

***Αναστασία Ζησούλη, Ιατρός Γραφείου Ηπατιτίδων
Δρ. Γεωργία Νικολοπούλου, Υπεύθυνη Γραφείου Ηπατιτίδων***

Οι εξελίξεις στη θεραπεία της ηπατίτιδας C

Η λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε όλες της χώρες του κόσμου [1]. Ένα κύριο χαρακτηριστικό αυτής της λοίμωξης είναι ότι συνήθως μεταπίπτει σε χρόνια, θέτοντας τους ασθενείς σε κίνδυνο για ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου [1]. Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 150000 άνθρωποι στην Ελλάδα πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα C [2]. Η πιθανότητα να έχει κάποιος HCV λοίμωξη είναι πολύ μεγαλύτερη, εάν ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, όπως χρήστες παρεντερικών ναρκωτικών ή άτομα με μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του πριν το 1992, αλλά περίπου 40% των ασθενών με χρόνια HCV λοίμωξη στην Ελλάδα είναι άτομα του γενικού πληθυσμού και δεν ανήκουν σε κάποια ομάδα υψηλού κινδύνου.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της χρόνιας HCV λοίμωξης είναι ότι ο ιός μπορεί να εκριζωθεί, εφόσον η θεραπευτική παρέμβαση επιτύχει αναστολή του πολλαπλασιασμού του για κάποιο χρονικό διάστημα. Η εκρίζωση του ιού βεβαιώνεται όταν δεν ανιχνεύεται HCV RNA στον ορό στις 12 ή 24 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας, δηλαδή όταν επιτευχθεί μακροχρόνια ιολογική ανταπόκριση (sustained virological response, SVR) [3,4].

Από την ανακάλυψη του HCV το 1989 μέχρι το 2011-2012, η θεραπεία του βασιζόταν στην ιντερφερόνη-άλφα (IFN) ή, την τελευταία 15ετία, στην πεγκυλιωμένη ιντερφερόνης-άλφα (PEG-IFN) σε συνδυασμό με ριμπαβιρίνη (RBV). Ο συνδυασμός PEG-IFN και RBV χορηγούμενος για 24-48 εβδομάδες επιτυγχάνει SVR σε 40-50%, 75-85% και 55-65% των ασθενών με γονότυπο 1, 2/3 και 4, αντίστοιχα. Οι πιθανότητες SVR στο συνδυασμό PEG-IFN και RBV είναι αρκετά χαμηλότερες σε ασθενείς με προηγούμενη μη ανταπόκριση σε αυτή τη θεραπεία [5,6]. Σημαντικά προβλήματα της θεραπείας με PEG-IFN και/ή RBV είναι οι συχνές αντενδείξεις της και ειδικά η αντένδειξη της σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη ηπατική νόσο, καθώς και οι συχνές και δυνητικά σοβαρές παρενέργειές της [5,6]. Το 2011-2012, κυκλοφόρησαν δύο πρώτης γενιάς αναστολείς NS3/4A πρωτεάσης του HCV, bocicprevir και telaprevir, με έγκριση για

χρήση σε συνδυασμό με PEG-IFN και RBV για θεραπεία ασθενών με γονότυπο 1 [6]. Η τριπλή θεραπεία με bocicprevir ή telaprevir, σε σχέση με τη διπλή θεραπεία PEG-IFN και RBV, βελτίωνε σημαντικά την πιθανότητα SVR σε πρωτοθεραπευόμενους και επαναθεραπευόμενους ασθενείς με γονότυπο 1, αλλά συνοδεύονταν από ακόμη πιο συχνές και δυνητικά σοβαρές παρενέργειες, δυνητικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και τις αντενδείξεις της PEG-IFN και RBV [6]. Γι' αυτό, η χρήση τους εγκαταλείφθηκε σύντομα (2014-2015) μετά την κυκλοφορία των σύγχρονων αντιικών φαρμάκων [3,4].

Από τις αρχές του 2014, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκου (EMA) έχει δώσει σταδιακά έγκριση για την κυκλοφορία αρκετών νέων αντιικών φαρμάκων για την ηπατίτιδα C. Ειδικότερα, έχει εγκριθεί η κυκλοφορία ενός νουκλεοτιδικού αναλόγου αναστολέα της πολυμεράσης του HCV [sofosbuvir (SOF), Sovaldi®], ενός νέου αναστολέα πρωτεάσης [simeprevir (SMV), Olysio®], ενός αναστολέα της NS5A περιοχής [daclatasvir (DCV), Daklinza®], του συνδυασμού του sofosbuvir με έναν αναστολέα της NS5A περιοχής [ledipasvir (LDV)] συγχωρηγούμενα σε ένα δισκίο [Harvoni®], του συνδυασμού ενός αναστολέα πρωτεάσης με ριτοναβίρη [paritaprevir/ritonavir (PRV/r)] και ενός αναστολέα της NS5A περιοχής [ombitasvir (OBV)] σε ένα δισκίο [Viekirax®] και του μη νουκλεοσιδικού αναστολέα της πολυμεράσης [dasabuvir (DSV), Exviera®] [3,4]. Το SOF (δισκία 400 mg), το SMV (δισκία 150 mg), το DCV (δισκία 60 mg) και ο συνδυασμός LDV/SOF (δισκία 90/400 mg) χορηγούνται ως ένα δισκίο ημερησίως, το PRV/r/OBV (δισκία 75/50/12,5 mg) χορηγείται ως δύο δισκία μία φορά ημερησίως και το DSV (δισκία 250 mg) χορηγείται ως ένα δισκίο ανά 12 ώρες. Τα φάρμακα αυτά είναι γενικώς καλά ανεκτά, χωρίς σημαντική πιθανότητα σοβαρών παρενεργειών, με σχετικά περιορισμένες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και χωρίς σημαντικές αντενδείξεις. Με εξαίρεση τους αναστολείς πρωτεάσης που αντενδείκνυται να χορηγούνται σε ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση (στάδιο Child C), τα υπόλοιπα φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν και σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση. Με εξαίρεση το SOF, που δε συστήνεται να χορηγείται σε ασθενείς με καθαρή κρεατινίνης <30 ml/min, τα υπόλοιπα φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν και σε ασθενείς με οποιο-

δήποτε βαθμού νεφρική ανεπάρκεια [3,4]. Το SOF, και κατ' επέκταση το LDV/SOF είναι τα μόνα φάρμακα τα οποία έχουν υψηλό γενετικό φραγμό για ιική αντοχή, αλλά γενικώς τα νέα αντιικά φάρμακα συνήθως χορηγούνται σε συνδυασμούς, με ή χωρίς προσθήκη RBV, ανάλογα με τον HCV γονότυπο και τον τύπο του ασθενούς. Ειδικότερα, οι πιο αποτελεσματικοί συνδυασμοί (κατά χρονολογική σειρά έγκρισης) είναι: για γονότυπο 1 SOF+SMV±RBV, SOF+DCV±RBV, LDV/SOF±RBV και PRV/r/OBV+DSV±RBV, για γονότυπο 2 SOF+RBV, για γονότυπο 3 SOF+RBV και SOF+DCV±RBV, και για γονότυπο 4 SOF+RBV, SOF+SMV±RBV, SOF+DCV±RBV, LDV/SOF±RBV και PRV/r/OBV±RBV. Η διάρκεια θεραπείας είναι συνήθως 12 εβδομάδες, αλλά μπορεί να παραταθεί στις 24 εβδομάδες (ειδικά για δύσκολους ασθενείς) ή να βραχυνθεί στις οκτώ εβδομάδες (για μη κίρρωτικούς ασθενείς με HCV RNA <6 MIU/ml που θα λάβουν LDV/SOF) [3,4].

Δεδομένα πολλών κλινικών δοκιμών και της σύγχρονης κλινικής πράξης δείχνουν ότι οι παραπάνω συνδυασμοί μπορεί να επιτύχουν εκρίζωση του HCV στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, προσφέροντας πιθανότητες SVR >95% στις διάφορες υποομάδες ασθενών, με εξαίρεση τους ασθενείς με γονότυπο 3 (ειδικά κίρρωτικούς) ή με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, στους οποίους οι πιθανότητες SVR είναι <90%. Στο άμεσο μέλλον αναμένεται να κυκλοφορήσουν και άλλα φάρμακα, που θα δώσουν τη λύση και στα λίγα προβλήματα αποτελεσματικότητας που υπάρχουν με τις σημερινές θεραπευτικές επιλογές [3,4].

Παρά την εντυπωσιακή βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του HCV σε ατομικό επίπεδο, η συνολική αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης σε επίπεδο δημόσιας υγείας παραμένει πολύ χαμηλή. Αυτό οφείλεται στις πολλαπλές δυσκολίες και τους φραγμούς που υπάρχουν στη διάγνωση και θεραπεία της HCV λοίμωξης. Στην Ελλάδα, υπολογίζεται ότι περίπου 20% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C έχουν διαγνωσθεί

και ότι λιγότεροι από τους μισούς διαγνωσμένους ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία [2,7]. Οι φραγμοί στη θεραπεία έχουν μεταβληθεί πρόσφατα με την κυκλοφορία των νέων αντιικών φαρμάκων. Οι περισσότεροι διαγνωσμένοι ασθενείς δεν λάμβαναν θεραπεία μέχρι προ 1-2 ετών, λόγω αντενδείξεων και φόβου ανεπιθύμητων ενεργειών σε θεραπευτικά σχήματα που περιελάμβαναν PEG-IFN [1,7]. Αντίθετα, οι περισσότεροι διαγνωσμένοι ασθενείς δε λαμβάνουν σήμερα θεραπεία, γιατί υπάρχει περιορισμός στην έγκριση των νέων αντιικών φαρμάκων από τον ΕΟΠΥΥ εξαιτίας του υψηλού κόστους. Έτσι, τα νέα φάρμακα εγκρίνονται κυρίως σε ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση, εάν είναι πρωτοθεραπευόμενοι, ή έστω με σοβαρή ίνωση, εάν έχουν αποτύχει σε σχήμα με PEG-IFN στο παρελθόν. Με δεδομένες τις ταχύτατες εξελίξεις στην κυκλοφορία των αντιικών φαρμάκων για ηπατίτιδα C, αλλά και τις ταχείες σημαντικές πτώσεις των τιμών τους σε χώρες με κατάλληλες διαπραγματεύσεις με τη φαρμακοβιομηχανία, απαιτείται συντονισμένη προσπάθεια από τους αρμόδιους φορείς, ούτως ώστε με την ίδια συνολική δαπάνη να θεραπεύονται όσο το δυνατόν περισσότεροι ασθενείς. Η επιστημονική κοινότητα, με προεξάρχουσα την Επιτροπή Ιογενούς Ηπατίτιδας του ΚΕΕΛΠΝΟ, έχει έγκαιρα θέσει και στηρίζει τις ορθές προτεραιότητες για πρόσβαση στις νέες θεραπείες [4], αλλά η πολιτεία κινείται προς το παρόν με πολύ αργούς ρυθμούς και ανύπαρκτη διαπραγματευτική προσέγγιση. Η πρόσφατη έναρξη της υποχρεωτικής καταγραφής όλων των ασθενών με ηπατίτιδα C που λαμβάνουν θεραπεία (HCV registry), θα δώσει ακόμη πιο αξιόπιστα στοιχεία στον ΕΟΠΥΥ για το φορτίο της νόσου και τη δυνατότητα άμεσου ελέγχου των θεραπειών αυτών σε πανελλήνιο επίπεδο. Ας ελπίσουμε στην αφύπνιση των υπευθύνων φορέων και στην ταχεία υλοποίηση μίας ουσιαστικής και ανανεούμενης διαπραγμάτευσης για την οικονομικά συμφερότερη χρήση των νέων φαρμάκων της ηπατίτιδας C σε όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς, με βάση τις ιατρικές προτεραιότητες.

Βιβλιογραφία

1. Papatheodoridis G, Hatzakis A. Public health issues of hepatitis C virus infection. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2012; 26: 371-380.
2. Papatheodoridis G, Sypsa V, Kantzanou M, Nikolakopoulos I, Hatzakis A. Estimating the treatment cascade of chronic hepatitis B and C in Greece using a telephone survey. J Viral Hepat 2015; 22: 409-415.
3. European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015. J Hepatol 2015; 63: 199-236.
4. Παπαθεοδωρίδης Γ, Γερμανίδης Γ, Νταλέκος Γ. Κατευθυντήριες οδηγίες θεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C. Επιτροπή Ιογενούς Ηπατίτιδας ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. 2014.
5. Cholongitas E, Papatheodoridis GV. Review article: novel therapeutic options for chronic hepatitis C. Aliment Pharmacol Ther 2008; 27: 866-884.
6. Alexopoulou A, Papatheodoridis GV. Current progress in the treatment of chronic hepatitis C. World J Gastroenterol 2012; 18: 6060-6069.
7. Papatheodoridis GV, Tsochatzis E, Hardtke S, Wedemeyer H. Barriers to care and treatment for patients with chronic viral hepatitis in Europe: a systematic review. Liver Int 2014; 34: 1452-1463.

***Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας
Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής
Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»***

Οκτώβριος 2015

Πίνακας 1. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) στο σύνολο της χώρας με ημερομηνία δήλωσης 01/10/2015 – 31/10/2015 και διάμεση τιμή δηλωθέντων κρουσμάτων Οκτώβριος 2004–2014 και εύρος τιμών.

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων			
	Οκτώβριος 2015	Διάμεση τιμή Οκτώβριος 2004–2014	Ελάχιστη τιμή Οκτώβριος 2004-2014	Μέγιστη τιμή Οκτώβριος 2004-2014
Αλλαντίαση	0	0	0	0
Ανεμευλογιά με επιπλοκές	0	0	0	1
Άνθρακας	0	0	0	2
Βρουκέλλωση	7	9	3	16
Διφθερίτιδα	0	0	0	0
Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	0	0	0	0
Ελονοσία	16(*)	5	1	27
Ερυθρά	0	0	0	1
Ευλογιά	0	0	0	0
Εχινοκοκκίαση	2	1	0	3
Ηπατίτιδα Α	5	9	0	44
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	2	4	0	9
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	0	1	0	6
Ιλαρά	0	0	0	1
Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	0	0	0	1
Κοκκύτης	2	2	0	9
Λεγιονέλλωση	4	2	1	5
Λεισμανίαση	4	3	1	11
Λεπτοσπείρωση	5	3	0	7
Λιστερίωση	4	0	0	1
Λοίμωξη από εντεροαιμορραγικό κολοβακτηρίδιο (EHEC)	0	0	0	0
Λύσσα	0	0	0	0
Μελιοείδωση-Μάλη	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα				
άσηπτη	11	22	7	53
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιδοκοκκικής νόσου)	4	14	6	27
αγνώστου αιτιολογίας	0	1	0	10
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	1	5	2	12
Πανώλη	0	0	0	0
Παρωτίτιδα	0	0	0	1
Πολιομυελίτιδα	0	0	0	0
Πυρετός Q	1	0	0	3
Σαλμονέλλωση (μη τυφο - παρατυφική)	61	64	27	132
Σιγκέλλωση	13	5	2	20
Σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS)	0	0	0	0

Συγγενής ερυθρά	0	0	0	0
Συγγενής σύφιλη	0	0	0	1
Συγγενής τοξοπλάσμωση	0	0	0	0
Συρροή κρουσμάτων τροφιμογενούς - υδατογενούς νοσήματος	1	2	0	7
Τέτανος / Τέτανος νεογνικός	0	0	0	3
Τουλαραιμία	0	0	0	0
Τριχίνωση	0	0	0	0
Τυφοειδής πυρετός / παράτυφος	0	2	0	3
Φυματίωση	28	57	35	73
Χολέρα	0	0	0	0

(*) Από τα 16 κρούσματα ελονοσίας, τα 14 κατατάσσονται ως «εισαγόμενα» (imported) και τα 2 ως «δευτερογενή εισαγόμενα» (introduced) με ενδείξεις εγχώρια μετάδοσης, σε αγροτικές περιοχές της χώρας.

Πίνακας 2. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) ανά περιφέρεια της χώρας με ημερομηνία δήλωσης 01/10/2015 – 31/10/2015 (Η περιφέρεια ορίζεται με βάση τη διεύθυνση κατοικίας του κρούσματος).

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων													
	Αν. Μακεδονίας και Θράκης	Κεντρικής Μακεδονίας	Δυτικής Μακεδονίας	Ηπείρου	Θεσσαλίας	Ιονίων Νήσων	Δυτικής Ελλάδας	Στερεάς Ελλάδας	Αττικής	Πελοποννήσου	Βορείου Αιγαίου	Νοτίου Αιγαίου	Κρήτης	Άγνωστο
Βρουκέλλωση	3	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Ελονοσία	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	5	2	0
Εχινοκοκκίαση	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Α	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Κοκκύτης	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Λεγιονέλλωση	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Λεισμανίαση	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Λεπτοσπείρωση	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Λιστερίωση	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0
Μηνιγγίτιδα														
Άσηπτη βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	0	0	0	0	3	0	2	0	2	0	0	1	3	0
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Πυρετός Q	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Σαλμονέλλωση (μη τυφο – παρατυφική)	10	3	1	2	4	0	2	7	26	1	1	0	4	0
Σιγκέλλωση	0	1	0	0	1	0	0	0	11	0	0	0	0	0
Φυματίωση	0	4	0	1	2	0	3	2	12	2	0	1	1	0

Πίνακας 3. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, για το σύνολο της χώρας, με ημερομηνία δήλωσης 01/10/2015 – 31/10/2015 (Α: άνδρας, Γ: γυναίκα).

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο																			
	<1		1-4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+		Άγν.	
	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ
Βρουκέλλωση	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0
Ελονοσία	0	0	1	0	1	0	5	0	6	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Εχινοκοκκίαση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Α	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Κοκκύτης	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Λεγιονέλλωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0
Λείσμανίαση	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Λεπτοσπείρωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0
Λιστερίωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα																				
Άσηπτη	0	3	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Πυρετός Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Σαλμονέλλωση (μη τυφο – παρατυφική)	1	4	9	7	10	4	5	1	0	1	1	1	1	2	1	2	4	6	0	1
Σιγκέλλωση	0	0	3	3	4	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Φυματίωση	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	4	3	0	0	4	0	8	4	0	0

Τα δελτία δήλωσης και οι ορισμοί κρούσματος των παραπάνω νοσημάτων βρίσκονται στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ (www.keelpno.gr).

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα που παρουσιάζονται για τον Οκτώβριο 2015 είναι προσωρινά, μπορεί δηλαδή να υποστούν μικρές τροποποιήσεις και ότι η ερμηνεία τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς υπάρχουν ενδείξεις υποδήλωσης στο σύστημα. Το σύστημα ΥΔΝ βασίζεται στους γιατρούς που παρά το φόρτο εργασίας τους, αντιλαμβάνονται τη σημασία της συστηματικής δήλωσης των κρουσμάτων των λοιμωδών νοσημάτων και τους οποίους ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία τους.

Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

Έναρξη λειτουργίας θεραπευτικού μητρώου για την Ηπατίτιδα C (ΕΟΠΥΥ)

Το Υπουργείο Υγείας μέσω της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας, και ο ΕΟΠΥΥ, στο πλαίσιο της βελτιστοποίησης της κάλυψης των αναγκών των ασφαλισμένων και του πληρέστερου σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας, ανέπτυξε και υλοποιεί, σε συνεργασία με τα Πανεπιστήμια Αθηνών και Πελοποννήσου, υπό την επιστημονική ευθύνη των καθηγητών Άγγελου Χατζάκη και Κυριάκου Σουλιώτη, μητρώο ασθενών (registry) με ηπατίτιδα C. Ως ημερομηνία έναρξης του μητρώου ορίστηκε η 14η Σεπτεμβρίου 2015.

Σκοπός του μητρώου είναι: α) η καταγραφή συγκεκριμένων, κρίσιμων κλινικά, επιδημιολογικών ατομικών δεδομένων β) η αξιολόγηση συγκεκριμένων, προκαθορισμένων αποτε-

λεσμάτων για ένα πληθυσμό-στόχο και γ) η υποστήριξη εμπειριστατωμένης απόφασης για τη δίκαιη κατανομή των πόρων.

Τα στοιχεία αυτά θα χρησιμοποιηθούν για τη λήψη αποφάσεων για στοχευμένες παρεμβάσεις με μετρήσιμους (ποσοτικοποιημένους) δείκτες αποτελέσματος για: α) τη θεραπεία και αποτελεσματική διαχείριση της νόσου, β) τη δευτερογενή πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση και γ) την πρωτογενή πρόληψη.

Δεδομένου ότι το ΚΕΕΛΠΝΟ από την ίδρυσή του, με το Π.Δ. 358/1992 ΦΕΚ 179^Α / 24-11-1992, είναι ο αρμόδιος φορέας για την επιδημιολογική επιτήρηση των λοιμωδών και χρόνιων νοσημάτων, θεωρούμε ότι πρέπει να έχει πρόσβαση στα δεδομένα του μητρώου για την ηπατίτιδα C που υλοποιείται από τον ΕΟΠΥΥ, σε πραγματικό χρόνο. Έτσι, θα είναι ενήμερο για τα κρούσματα και θα συμμετέχει στη διαμόρφωση εθνικής πολιτικής, όπως ορίζει ο ρόλος του.

***Αναστασία Ζησούλη, Ιατρός Γραφείου Ηπατιτίδων
Δρ. Γεωργία Νικολοπούλου, Υπεύθυνη Γραφείου Ηπατιτίδων
Δρ. Δημήτριος Κουντουράς, Ειδικός Παθολόγος-Ηπατολόγος, Μέλος
Δ.Σ. ΚΕΕΛΠΝΟ, Μέλος Επιστημονικής Επιτροπής Ιογενούς Ηπατιτίδας
ΚΕΕΛΠΝΟ***

Νέα από τη Διεθνή Βιβλιογραφία

Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) έχει αναχθεί σε σημαντικό πρόβλημα παγκόσμιας υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που θα μολυνθούν από τον HCV δεν θα καταφέρει να αποβάλει τον ιό και θα αναπτύξει χρόνια λοίμωξη. Το 1,5% περίπου του πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από χρόνια ηπατίτιδα C. Το 5-15% των ασθενών με χρόνια λοίμωξη θα εμφανίσει κίρρωση μετά από 20-30 χρόνια, ενώ 3% των ατόμων θα καταλήξει από τις επιπτώσεις της χρόνιας ηπατικής νόσου (ηπατοκυτταρικός καρκίνος και κίρρωση). Η παρουσία συλλοίμωξης με τον ιό της ηπατίτιδας B ή τον ιό του AIDS, καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ είναι παράγοντες που επιταχύνουν την εξέλιξη της ηπατικής νόσου και επισπεύδουν την κίρρωση. Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως μετά από επαφή με μολυσμένο αίμα. Η χρήση ουσιών αποτελεί την κυριότερη οδό μετάδοσης στον αναπτυγμένο κόσμο. Το τατουάζ, το τρύπημα σημείων του σώματος με μολυσμένα εργαλεία με τον ιό της ηπατίτιδας C, η από κοινού χρήση με άτομο με ηπατίτιδα C ειδών όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες ή και άλλα, οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι αποτελούν άλλους τρόπους μετάδοσης του ιού. Η πιθανότητα μόλυνσης με μετάγγιση πλέον σπανίζει χάρη στον αυστηρό έλεγχο στις αιμοδοσίες των αναπτυγμένων χωρών.

Η χρόνια ηπατίτιδα είναι ασυμπτωματική νόσος, και έτσι η διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται τυχαία (π.χ. μετά από εθελοντική αιμοδοσία). Η ανεύρεση αντισωμάτων anti-HCV στον ορό καταδεικνύει τα άτομα που έχουν έλθει σε επαφή με τον ιό, δε διακρίνει όμως εάν πρόκειται για οξεία ηπατίτιδα, χρόνια ή παρελθούσα λοίμωξη. Η επιβεβαίωση της χρόνιας λοίμωξης γίνεται με την ανίχνευση του HCVRNA στο αίμα. Ο έλεγχος των ατόμων που ανήκουν στις κατηγορίες υψηλού κινδύνου είναι επιβεβλημένος, προκειμένου να μειωθεί το ποσοστό της υποδιάγνωσης.

Εμβόλιο για την ηπατίτιδα C δεν υπάρχει, επομένως ο μοναδικός τρόπος πρόληψης είναι η ενημέρωση για τον τρόπο μετάδοσης της νόσου και η λήψη μέτρων περιορισμού της σε άτομα με υψηλού κινδύνου συμπεριφορές.

Ο πρωταρχικός στόχος της αντιικής θεραπείας είναι η ίαση από τη λοίμωξη. Όσον αφορά τη θεραπεία της χρόνιας HCV λοίμωξης, πολύ ελπιδοφόρα μηνύματα καταγράφηκαν τα τελευταία έτη. Νέα φάρμακα επιτυγχάνουν την πλήρη κάθαρση του ιού μέσα σε λίγες εβδομάδες στην πλειονότητα των ασθενών που θα τα λάβουν. Πιο συγκεκριμένα, από το σχήμα συνδυασμού της πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης σε ενέσιμη μορφή και της ριμπαβιρίνης, που είχε επιτυχία περίπου 40%-50% και συνοδευόταν συχνά με ανεπιθύμητες ενέργειες, περάσαμε στη νέα γενιά φαρμάκων, των άμεσα δρώντων αντιικών φαρμάκων, με βραχύτερα σχήματα θεραπείας (12 εβδομάδες στους περισσότερους ασθενείς), με από του στόματος χορήγηση δισκίων χωρίς την αναγκαιότητα της ενέσιμης ιντερφερόνης. Οι συνδυασμοί με τα νεότερα φάρμακα εμφανίζουν ποσοστά ίασης >95% των ατόμων που θα τα λάβουν και στερούνται σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Έτσι, πλέον ο προβληματισμός που τίθεται είναι η διαχείριση του κόστους, καθώς τα νέα φάρμακα διατίθενται σε ιδιαίτερα υψηλές τιμές. Στην Ελλάδα τα νέα φάρμακα χορηγούνται κατόπιν έγκρισης από την Επιτροπή υψηλού κόστους του ΕΟΠΥΥ, και κατά προτεραιότητα σε ασθενείς που έχουν άμεση ανάγκη για θεραπεία, όπως οι κίρρωτικοί, οι ασθενείς με προχωρημένη ίνωση και αποτυχία σε προηγούμενη θεραπεία και οι ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος.

Βιβλιογραφία

1. Mohd Hanafiah K, et al. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. *Hepatology* 2013;57:1333-42
2. Thomas DL, Sheeff LB. Natural history of hepatitis C. *Clin Liver Dis.* 2005;9:383-98
3. Nelson PK, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet* 2011; 378:571-83.
4. Hepatitis C guidance: AASLD-ISDA recommendations for testing, managing, and treating adults infected with hepatitis C virus. *Hepatology* 2015;62:932-54
5. EASL recommendations on treatment of Hepatitis C 2015. *J of Hepatol* 2015; 63:199-236

***Σπήλιος Μανωλακόπουλος , Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας –
Ηπατογαστρεντερολογίας, Πανεπιστημίου Αθηνών***

Ηπατίτιδα C

Είναι σχεδόν κανόνας ότι για κάθε χρόνιο νόσημα υπάρχει πληροφόρηση αλλά και παραπληροφόρηση. Όχι μόνο μεταξύ εκείνων που πάσχουν, αλλά μερικές φορές και μεταξύ μη ειδικών γιατρών που θα χρειασθεί να συμβουλευθούν ασθενείς τους. Η ηπατίτιδα C δεν αποτελεί εξαίρεση. Παρακάτω γίνεται προσπάθεια να εντοπιστούν κάποιοι από τους μύθους αυτούς και να δοθούν οι σωστές απαντήσεις.

Μύθοι	Αλήθειες
«Η παρουσία anti-HCV αντισωμάτων στο αίμα δείχνει ενεργό HCV λοίμωξη».	Όχι πάντα. Το θετικό anti-HCV στο αίμα δείχνει μόνο ότι το άτομο αυτό ήλθε κάποτε σε επαφή με τον ιό ηπατίτιδας C (HCV). Δε σημαίνει υποχρεωτικά την παρουσία ενεργού λοίμωξης. Η νόσηση επιβεβαιώνεται με την ανίχνευση HCV RNA (γενετικού υλικού του HCV) στο αίμα. Σε 20-50% των anti-HCV-θετικών ατόμων, το HCV RNA δεν ανιχνεύεται. Τα άτομα αυτά δεν πάσχουν και δε χρειάζονται θεραπεία. Επίσης, το anti-HCV μετά επιτυχή θεραπεία και μόνιμη εκρίζωση του HCV παραμένει θετικό για πολλές 10-ετίες (ίσως και δια βίου). Τα άτομα αυτά δε νοσούν πλέον και δε μεταδίδουν ηπατίτιδα C.
«Κινδυνεύουμε να κολλήσουμε ηπατίτιδα C και μόνο με απλή επαφή με κάποιον που πάσχει».	Όχι. Ο HCV μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά (πχ. τρυπήματα με μολυσμένες βελόνες ενέσεων, μεταγγίσεις μολυσμένου αίματος, κτλ). Η μετάδοση της ηπατίτιδας C εντερικά (χέρια-->στόμα) ή με απλή επαφή είναι εξαιρετικά σπάνια. Μπορεί να συμβεί μόνο αν ο ιός έλθει σε επαφή με πληγή στο δέρμα ή βλεννογόνους και πετύχει να μπει στο σώμα σε αρκετή ποσότητα, ώστε ξεπερνώντας την άμυνα του οργανισμού να προκαλέσει λοίμωξη. Αυτό είναι ασυνήθιστο. Ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου με σεξουαλική επαφή είναι πολύ μικρός σε μονογαμικά ζευγάρια. Είναι όμως πολύ μεγαλύτερος σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ή μεταξύ ομοφυλοφίλων.
«Η κλασική θεραπεία ηπατίτιδας C με ενέσεις (ιντερφερόνη) και χάπια (ριμπαβιρίνη) προκαλεί αφόρητες παρενέργειες και πρέπει να αποφεύγεται».	Αυτό είναι, επίσης, λάθος. Η ιντερφερόνη, κυρίως όταν πρωτοχορηγείται, προκαλεί συμπτώματα όμοια με αυτά της γρίπης (πυρετό, πόνο στους μύς, αρθρώσεις, κακουχία), Αυτά είναι πολύ καλά ανεκτά. Αντιμετωπίζονται, όπως στη γρίπη, με 1-2 δισκία αναλγητικών. Μειώνονται μετά τη 2η-3η ένεση και συνήθως εξαφανίζονται. Παραμένει συχνά κάποιο αίσθημα κακοδιαθεσίας και εύκολη κόπωση, που ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή. Τα ενοχλήματα αυτά δεν εμποδίζουν τον ασθενή να εργάζεται. Αν είναι πολύ έντονα, αντιμετωπίζονται με χορήγηση απλών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, όσο διαρκεί η θεραπεία. Μόνο στο 5% των ασθενών θα χρειαστεί διακοπή της θεραπείας ένεκα υποκειμενικών ενοχλημάτων. Ηλικιωμένοι ασθενείς και όσοι έχουν εγκατεστημένη κίρρωση ήπατος παρουσιάζουν εντονότερα τις παρενέργειες αυτές και χρειάζονται συχνότερη ιατρική παρακολούθηση.

<p>«Τα νεώτερα αντιιικά φάρμακα έχουν υποκαταστήσει τη θεραπεία με ιντερφερόνη».</p>	<p>Αυτό δεν είναι σωστό. Σύμφωνα με πρόσφατες Ελληνικές και Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες (www.keelrno.gr, www.journal-of-hepatology.eu), η ιντερφερόνη αποτελεί μέρος της θεραπευτικής αγωγής σε όλους τους ασθενείς που δεν έχουν αντένδειξη στη χορήγησή της. Ένεκα του υψηλού κόστους των νεότερων αντιιικών φαρμάκων, το κλασικό θεραπευτικό σχήμα με ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη αποτελεί τη θεραπεία πρώτης επιλογής για όλους τους ασθενείς με πρώιμο στάδιο ηπατικής ίνωσης. Σε προχωρημένο στάδιο ίνωσης ή κίρρωσης, τα νεότερα αντιιικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν με ή χωρίς ιντερφερόνη, ανάλογα με την περίπτωση.</p>
<p>«Όταν η ηπατίτιδα C ξεριζωθεί με τη θεραπεία, ο άρρωστος γίνεται πλέον καλά και δεν χρειάζεται άλλη παρακολούθηση».</p>	<p>Για τον ασθενή με ήδη εγκατεστημένη κίρρωση, η θέση αυτή είναι όχι μόνο λανθασμένη, αλλά και επικίνδυνη. Στον κίρρωτικό ασθενή, ο κίνδυνος εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) παραμένει και μετά την εκρίζωση του ΗCV. Μειώνεται, αλλά δεν εκλείπει. Περιστατικά ΗΚΚ έχουν παρατηρηθεί έως και 10 χρόνια μετά επιτυχή θεραπεία της ηπατίτιδας C σε ασθενείς με κίρρωση. Τέτοιοι ασθενείς έχουν ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης με συχνούς υπερηχογραφικούς ελέγχους για πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση του ΗΚΚ.</p>

Μανώλης Μάνεσης, Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Ηπατολόγος

Δεκέμβριος 2015

Δεκέμβριος 4-5, 2015

Τίτλος: 12ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Λοιμώξεων «Ορθολογική Χρήση Αντιβιοτικών στις Συνήθεις Λοιμώξεις»

Χώρα: Ελλάδα

Πόλη: Αθήνα

Τόπος Διεξαγωγής: Ξενοδοχείο Royal Olympic

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +30 210 6827405

Ιστοσελίδα: <http://www.tmg.gr/content/infections-antibiotics2015>

Δεκέμβριος 7-9, 2015

Τίτλος: Αρχές Επιτήρησης της Δημόσιας Υγείας και Ανάλυση Χρονοσειρών

Χώρα: Γαλλία

Πόλη: Veyrier du Lac

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +46 (0)8 586 010 00

Ιστοσελίδα: http://ecdc.europa.eu/en/press/events/_layouts/forms/Event_DispForm.aspx?ID=324&List=a8926334-8425-4aae-be6a-70f89f9d563c&Source=http%3A%2F%2Fecdc.europa.eu%2Fen%2FPages%2Fhome.aspx

Δεκέμβριος 10-11, 2015

Τίτλος: Τρίτο Διεθνές Συνέδριο για την Παγκόσμια Υγεία - 2015

Χώρα: Σρι Λάνκα

Πόλη: Κολόμπο

Τόπος Διεξαγωγής: Hotel Taj Samudra

Ιστοσελίδα: <http://www.health3000.org>

Δεκέμβριος 28-31, 2015

Τίτλος: Λοιμώδεις Ασθένειες στον Ενήλικα Ασθενή: Επικαιροποιημένη Ενημέρωση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Χώρα: ΗΠΑ

Πόλη: Φλόριδα

Τόπος Διεξαγωγής: Hyatt Regency Sarasota

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +1-866-267-4263

Ιστοσελίδα: <http://ams4cme.com/live-cme-courses/semla3020151228.html>

Γραφείο διεθνών σχέσεων, ΚΕΕΛΠΝΟ

Οκτώβριος 2015



Αιμορραγικός πυρετός Ebola [1]

Έως τις 28 Οκτωβρίου 2015 αναφέρθηκαν συνολικά 28575 κρούσματα (επιβεβαιωμένα, πιθανά, ύποπτα), συμπεριλαμβανομένων 11313 θανάτων, στη Γουινέα, στη Σιέρα Λεόνε, στη Λιβερία, στην Ιταλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο (Γλασκώβη, Σκωτία), στο Μάλι, στην Ισπανία, στις ΗΠΑ, στη Νιγηρία, στη Σενεγάλη. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια, εκτός αν πρόκειται για επιβεβαιωμένο ή ύποπτο κρούσμα ή επαφή κρούσματος (στις επαφές δεν περιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας και το προσωπικό του εργαστηρίου που έλαβε τα κατάλληλα μέτρα προστασίας).

MERS κοροναϊός [1]

Από το Σεπτέμβριο 2012 έως τις 29 Οκτωβρίου 2015, αναφέρθηκαν 1611 εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα με λοίμωξη από MERS-CoV, συμπεριλαμβανομένων 575 θανάτων, στις χώρες: Σαουδική Αραβία, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, Κατάρ, Ιορδανία, Ομάν, Κουβέιτ, Αίγυπτος, Υεμένη, Λίβανος, Ιράν, Τουρκία, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Ελλάδα, Ολλανδία, Τυνησία, Αλγερία, Μαλαισία, Φιλιππίνες, Νότια Κορέα, Κίνα και ΗΠΑ. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν συστάσεις για έλεγχο στις πύλες εισόδου ή περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια.

Χολέρα [1]

Ιράκ

Έως τις 8 Οκτωβρίου 2015, αναφέρθηκαν συνολικά 1263 εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα *Vibrio cholerae* 01 Inaba, τουλάχιστον σε 15 νομούς της χώρας- Babylon (469), Baghdad (304), Qadisiyyah (146), Muthanna (155), Basra (61), Wassit (41), Karbala (33), Najaf (32), Thi-qar (6), Maysan (6), Diyala (2), Duhok (2), Erbil (2), Kirkuk (2), Salah al-din (1) και Suleimaniyah (1). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν συστάσεις για έλεγχο στις πύλες εισόδου ή περιορισμοί σε καμία χώρα με επιδημία χολέρας.

Τανζανία

Έως τις 19 Οκτωβρίου 2015, αναφέρθηκαν συνολικά 4835 κρούσματα, συμπεριλαμβανομένων 68 θανάτων σε 13 περιοχές της χώρας - Dar es Salaam (3460 κρούσματα), Morogoro, Pwani, Kigoma, Kilimanjaro, Iringa, Dodoma, Geita, Mara, Singida, Shinyaga, Mwanza και Zanzibar (140 κρούσματα). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν συστάσεις για έλεγχο στις πύλες εισόδου ή περιορισμοί σε καμία χώρα με επιδημία χολέρας.

Χρήσιμοι σύνδεσμοι

1. World Health Organization (WHO). Global Alert and Response (GAR). Στο: <http://www.who.int/csr/don/> [προσπέλαση 2 Νοεμβρίου 2015]

**Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής
Τμήμα Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Πότε απομονώθηκε ο Ιός της Ηπατίτιδας C:
A) 1978
B) 1989
Γ) 1992
Δ) 1997

Οι απαντήσεις θα αποστέλλονται στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση:
info-quiz@keelpno.gr

Η απάντηση στο αίνιγμα του προηγούμενου Τεύχους: **(Ε)**

Απάντησαν σωστά: 2 άτομα

Επιστημονικός Υπεύθυνος
Έκδοσης:

Χ. Χατζηχριστοδούλου

Επιστημονική Επιτροπή:

Ν. Βακάλης
Ε. Βογιατζάκης
Π. Γαργαλιάνος- Κακολύρης
Μ. Δαιμονάκου- Βατοπούλου
Β. Καραούλη
Χ. Λιονής
Γ. Πάνος
Β. Παπαευαγγέλου
Γ. Σαρόγλου
Α. Τσακρής

Συντονισμός ύλης:

Μ. Γάτση
Φ. Κουκουριτάκης

Συντακτική ομάδα:

Ρ. Βώρου
Μ. Γάτση
Θ. Γεωργακοπούλου
Φ. Κουκουριτάκης
Σ. Μπαλτσιώτης
Τ. Όντρια
Τ. Πατουχέας
Β. Ρουμελιώτη
Β. Σμέτη

Γραφιστική επιμέλεια:

Ε. Λαζανά

Επιμέλεια κειμένων:

Ρ. Βώρου
Μ. Γάτση
Φ. Κουκουριτάκης
Γ. Μελιγκώνης

Υπεύθυνοι έκδοσης:

Α. Γιαννόπουλος
Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ
Θ. Παπαδημητρίου
Διευθυντής ΚΕΕΛΠΝΟ