

Pangenotypische Therapie bei Hepatitis C

Von der Therapievereinfachung zur HCV-Elimination

Die Elimination von viralen Hepatitiden bis zum Jahr 2030 ist das erklärte Ziel der WHO. Für die Hepatitis C ist dies in erster Linie durch eine antivirale Therapie der Infizierten zu erreichen. Denn hierfür stehen mittlerweile pangenotypische Fixkombinationen zur Verfügung, die eine Viruselimination mit einer kurzzeitigen, einfachen und hocheffektiven Therapie ermöglichen. Dazu zählt auch die Fixkombination Glecaprevir/Pibrentasvir, zu der die aktuellen Studiendaten auf dem Jahreskongress der European Association for the Study of the Liver (EASL) präsentiert wurden.

Die früher übliche Priorisierung der HCV-Therapie gehöre heute der Vergangenheit an, und es sollten alle HCV-positiven Patienten behandelt werden, betonte Prof. Nancy Reau aus Chicago (Illinois/USA) auf einem Satellitensymposium von Abbvie. So wird es auch in der aktuellen EASL-Leitlinie gefordert: «Alle therapienaiven und vorbehandelten Patienten mit einer HCV-Infektion, die zu einer Behandlung bereit sind und keine Kontraindikationen haben, sollten behandelt werden» (1).

Während die Auswahl des Regimes noch vor kurzer Zeit kompliziert war, stehen nun pangenotypische Regimes zur Verfügung, die sowohl bei vorbehandelten als auch bei nicht vorbehandelten als auch bei Patienten mit oder ohne Zirrhose eingesetzt werden können. Zu diesen pangenotypischen Regimes gehört auch die Kombination aus Glecaprevir (GLE) und Pibrentasvir (PIB), die in der Koformulierung mit dem Akronym G/P bezeichnet wird und bei allen Hepatitis-C-Patienten sehr hohe virologische Ansprechraten erreicht. Als Beispiel präsentierte Reau die Ergebnisse einer Effektivitätsanalyse bei 965 Patienten mit HCV-Infektionen der Genotypen 1 bis 6, die Patienten waren vorbehandelt als auch therapienaiv, ohne Zirrhose: Die SVR12 (sustained virological response, anhaltendes virologisches Ansprechen bis Woche 12) lag nach 8 Wochen Therapie mit G/P bei 98 Prozent in der ITT-Analyse, dies mit einer Schwankungsbreite zwischen 95 Prozent (Genotypen 3 und 4) und 100 Prozent (Genotypen 5 und 6) (2).

Dass sich die Ergebnisse der klinischen Studien auch gut in die Praxis übertragen lassen, wurde anhand der Interimsauswertungen zweier Praxiskohorten deutlich, die auf dem EASL-Kongress im Rahmen von Hauptsitzungen präsentiert wurden. Prof. Thomas Berg aus Leipzig (D) stellte eine Zwischenauswertung von Daten aus dem Deutschen Hepatitis-C-Register (DHC-R) vor. Im Rahmen dieses Registers werden 638 erwachsene Patienten, die mit den Genotypen 1 bis 6 infiziert sind, mit oder ohne kompensierte Zirrhose sowie unabhängig davon, ob sie therapienaiv oder vorbehandelt sind, mit dem G/P-Regime behandelt. Die meisten sind therapienaiv, haben keine Zirrhose und wurden über 8 Wochen antiviral behandelt. Von den 96 Patienten, deren Daten zum Zeitpunkt der Interimsauswertung vorlagen, erreichten 93

(97%) in der ITT-Analyse die SVR12. In der Per-Protokoll-Analyse erreichten alle Patienten die SVR12.

Die zweite Interimsauswertung stammte von der italienischen Studie Navigator-II. Wie Dr. Roberta D'Ambrosio aus Mailand (I) berichtete, werden innerhalb dieser Studie 723 HCV-Patienten mit dem G/P-Regime behandelt. Von den 347 Patienten, deren Daten hierzu verfügbar waren, erreichten 346 (99,7%) eine SVR4. HCV-RNA war in Woche 4 bei 74 Prozent der Patienten und am Ende der Therapie bei 98 Prozent der gesamten Kohorte nicht mehr nachweisbar. Die Prävalenz von therapieassoziierten unerwünschten Wirkungen war niedrig, der Schweregrad überwiegend gering, und nur 3 Patienten brachen die G/P-Therapie vorzeitig ab. Die Vorteile des pangenotypischen Regimes lägen, wie Reau abschließend betonte, in der Einfachheit. Durch die pangenotypischen Regimes sind viele der früher notwendigen Untersuchungen vor Therapiestart überflüssig geworden. Die im Vergleich zu früher kürzere Therapie, zusammen mit der guten Verträglichkeit, gewährleistet eine gute Compliance. Vor allem bedürfe die HCV-Therapie in der Mehrzahl der Fälle keiner Spezialisten mehr und könne in Zukunft von mehr Therapeuten durchgeführt werden. ▲

Adela Žatecky

Referenzen:

1. EASL: EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. Journal of Hepatology 2018 (in press); doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.026.
2. Bernstein D et al.: Integrated Efficacy and Safety of Glecaprevir/Pibrentasvir to Treat HCV Genotype 1–6 Infection in Patients Without Cirrhosis Including HIV Co-Infection. Vortrag Nr. 11 beim World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2017; 14. Oktober 2017 in Orlando/Florida.

Quelle: Satellitensymposium «From treatment simplification to HCV elimination: effective multi-stakeholder care» (Sponsor: Abbvie), General Session II und General Session III beim 53. Jahrestreffen der European Association for the Study of the Liver (EASL), 11. bis 15. April 2018 in Paris.



EASL-Empfehlungen zur Therapie der Hepatitis C 2018 online:

<https://www.rosenfluh.ch/qr/easl-empfehlungen-hep-c>