

zejména pokud neukončí rizikové chování. Pacienti na opiatové substituční terapii nepotřebují úpravu dávek buprenorfinu ani metadonu. Pacienti – PWID, kteří byli vyléčeni, dosáhli setrvalé virologické odpovědi, by měli být sledováni a alespoň jednou nebo dvakrát ročně vyšetřeni na HCV RNA. Reinfekce v době sledování je nutné opět léčit, aby se snížilo nebezpečí přenosu infekce v populaci a byla redukována pravděpodobnost přechodu chronické hepatitidy do jaterní cirhózy HCC.

Podle odhadu jeden nemocný ze skupiny PWID může infikovat během prvních tří let od počátku infekce asi 20 lidí, kteří patří do stejné rizikové skupiny. PWID svým způsobem zaujímají místo na okraji společnosti, což společně s osobnostními charakteristikami představuje nejednu bariéru pro zdravotní péči. PWID často nemají dostatek znalostí o HCV, nevědí, jak se otestovat, jak získat jednoduchou léčbu, a mají strach z nežádoucích účinků (8–10). K tomu přistupují sociální faktory – pocit viny, že se nakazili HCV (i opakovaně), stigma PWID a pacienta s HCV (i mezi zdravotníky), což vše společně ústí v horší přístup ke zdravotní péči (8, 11). Navíc absence příznaků a všudypřítomnost HCV v komunitě ovlivňuje rozhodnutí dát se otestovat. PWID nepovažují HCV za závažný zdravotní problém (10, 11), mnozí očekávají pozitivitu testu, ale obávají se, že budou muset čelit realitě (11). Všechny tyto skutečnosti vedou k oddálení rozhodnutí, aby se nechali testovat a léčit. V současnosti je preferován postup, který se označuje jako „test and treat“, to znamená, aby se maximálně zkrátil interval mezi diagnózou a zahájením léčby. U PWID by optimálně mělo být v jednom dni provedeno testování na protilátky proti HCV, vyšetření HCV RNA, jaterních testů, elastografie jater a pacienti by měli odcházet s antivirovou léčbou.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém doporučení z roku 2023 zdůrazňuje význam léčby hepatitidy C jak v případě primární infekce, tak při reinfekci (12):

1. z pohledu jedince jde o snížení rizika dlouhodobých zdravotních dopadů, jako je cirhóza, karcinom jater, selhání jater a úmrtí související s poškozením jater,
2. z pohledu společnosti je benefitem zabránění dalšímu přenosu hepatitidy C, a tím snížení populační prevalence hepatitidy C a morbidita a mortality souvisejících s onemocněním jater.

U osob s vysokým rizikem infekce, jako jsou např. PWID či muži mající sex s muži (s rizikovým chováním):

1. je třeba uvažovat o možnosti reinfekce a kontrolovat pacienty 1–2× ročně (HCV RNA),
2. riziko reinfekce je nicméně malé, publikovaná data se pohybují v rozmezí 1–8 % ročně,
3. v případě reinfekce je nutné bez otálení nabídnout opakovanou léčbu.

V ČR probíhá třetím rokem projekt organizovaný Národním screeningovým centrem ÚZIS zaměřený na co nejčasnější diagnostiku HCV u PWID a co nejrychlejší přesun do center, která jsou schopna poskytovat léčbu. Tento projekt trvá od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2026 (36 měsíců) s cílem podchytit 3 000 PWID. Do projektu je zapojeno 25 nízkoprahových pracovišť a 20 klinických center.

Nutnost diagnostikovat a léčit virovou hepatitidu D

Virus hepatitidy D (HDV) může infikovat vnímavého hostitele současně s virem hepatitidy B (HBV) – koinfekce, nebo superinfikovat osobu chronicky infikovanou HBV. HBV/HDV koinfekce obvykle vede k akutní hepatitidě s širokým klinickým spektrem od asymptomatického průběhu, přes mírnou hepatitidu až po akutní jaterní selhání. Do chronicity však přechází jen malá část případů (kolem 2 %). Naopak superinfekce HDV na chronickou infekci HBV vede velmi často k těžké akutní hepatitidě, která přechází až v 90 % případů do chronické hepatitidy D (CHD), která je spojena se závažnějšími chronickými výsledky než monoinfekce HBV. Prokázána je častější a rychlejší progresse CHD do jaterní cirhózy, než je tomu u monoinfekce HBV.

Odhaduje se, že celosvětově je 4,5–13 % osob s pozitivitou HBsAg infikováno HDV, což představuje v absolutních číslech 12–72 milionů osob infikovaných HDV. Infekce HDV je zatím v České republice ojedinělá – jedná se maximálně o několik desítek nebo málo stovek pacientů, a to téměř výlučně cizinců přicházejících z endemických oblastí, především z Ukrajiny, Mongolska a jiných asijských zemí. S rostoucí migrací osob z endemických oblastí může incidence a prevalence hepatitidy D v naší zemi rychle narůstat. Podle odhadu odborníků je prevalence HDV mezi HBsAg pozitivními pacienty v České republice okolo 1 %.

Prvním léčivem účinným proti HDV je bulevitid (BLV), což je syntetický lipopeptid, skládající se ze 47 aminokyselin z domény preS1 velkého proteinu HBsAg, který se váže na specifický receptor (sodium taurocholate cotransporting polypeptide – Ntcp), což je primární transportér konjugovaných žlučových kyselin na bazolaterální membráně, a tím brání stupu HDV do hepatocytu. BLV je první schválený antivirový lék pro léčbu hepatitidy D u pacientů s kompenzovaným jaterním onemocněním.

V klinických studiích byla testována úspěšnost a bezpečnost léčby BLV v dávkách 2, 5 a 10 mg jednou denně podkožně, a to samostatně, nebo v kombinaci s PEG-IFNa. Protože dosud nebyla stanovena optimální doba léčby BLV, nebylo zatím možno posoudit setrvalou virologickou odpověď, protože léčba BLV se ve studiích neukončovala. Podle výsledků klinických studií nepřináší vyšší dávka BLV (10 mg) žádný benefit oproti dávce 2 mg jednou denně (13, 14).

V červenci 2020 dostal BLV od Evropské lékové agentury (EMA) podmíněně oprávnění k použití pro léčbu CHD s kompenzovaným jaterním onemocněním, s doporučením pokračovat v léčbě BLV v dávce 2 mg denně, dokud je patrný klinický benefit. Podmíněná registrace byla změněna na standardní registraci v červenci 2023.

Nárůst incidence virové hepatitidy E

Virová hepatitida E je převážně enterálně přenosná virová hepatitida. V minulosti šlo především o infekci spojenou s cestováním do rozvojových zemí Asie, Afriky a Latinské Ameriky. V posledních letech mezi nemocnými jednoznačně převládají osoby infikované v České republice.

Virus hepatitidy E (HEV) se vyskytuje minimálně v 8 genotypech, přičemž genotypy 1 a 2 jsou výhradně lidské a prostřednictvím fekálně kontaminované vody či potravin způsobují epidemie v rozvojových zemích. Genotypy 3 a 4 jsou lidské i zvířecí a rezervoárovými zvířaty