Therapie der Hepatitis C
Update 2009

Wien, 5. Juni 2009

Univ.-Prof. Dr. Michael Gschwantler
4. Medizinische Abteilung, Wilhelminenspital

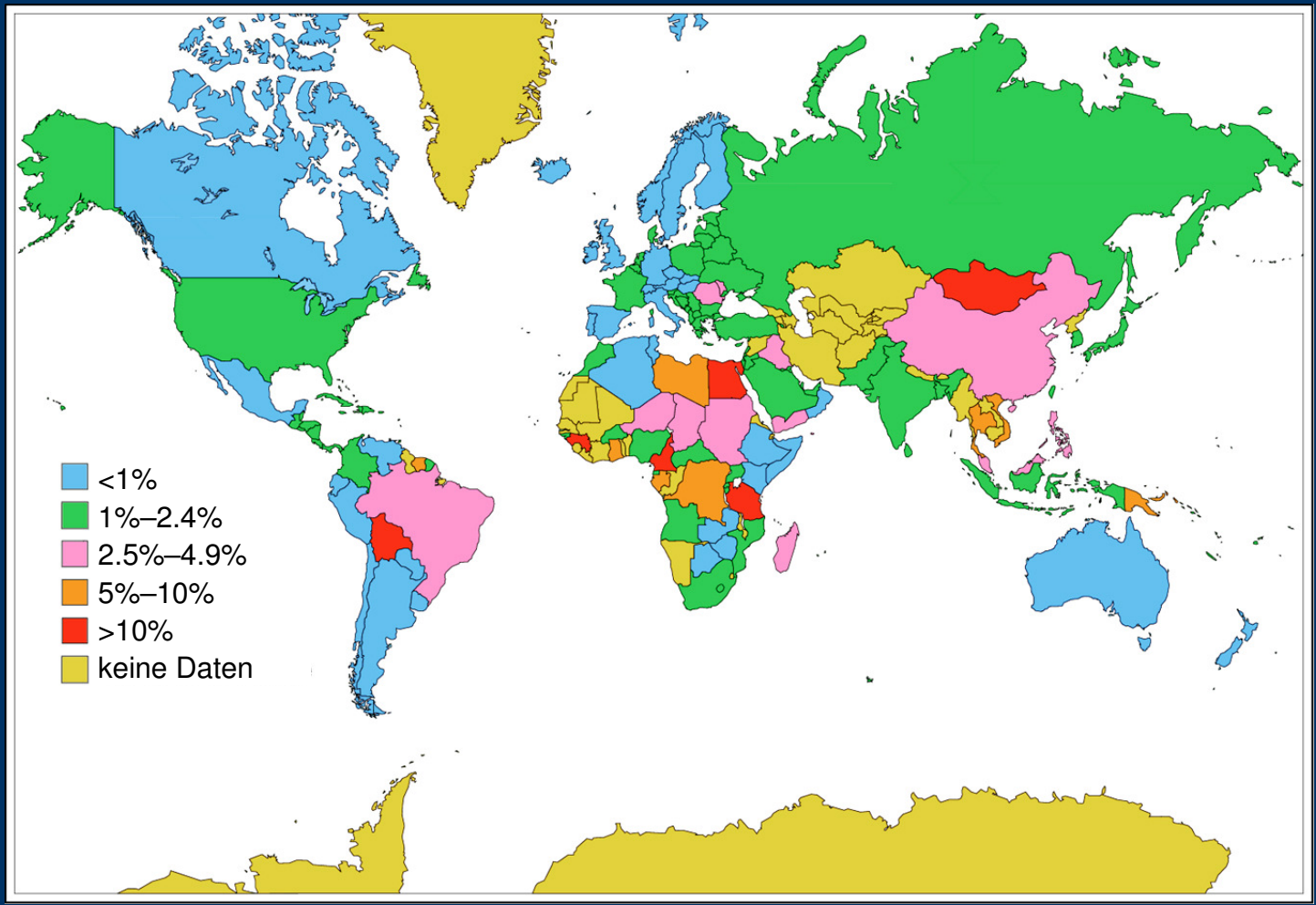
Hepatitis C - Epidemiologie

~ 200 Mio. Infizierte weltweit

~ 80.000 Infizierte in Österreich

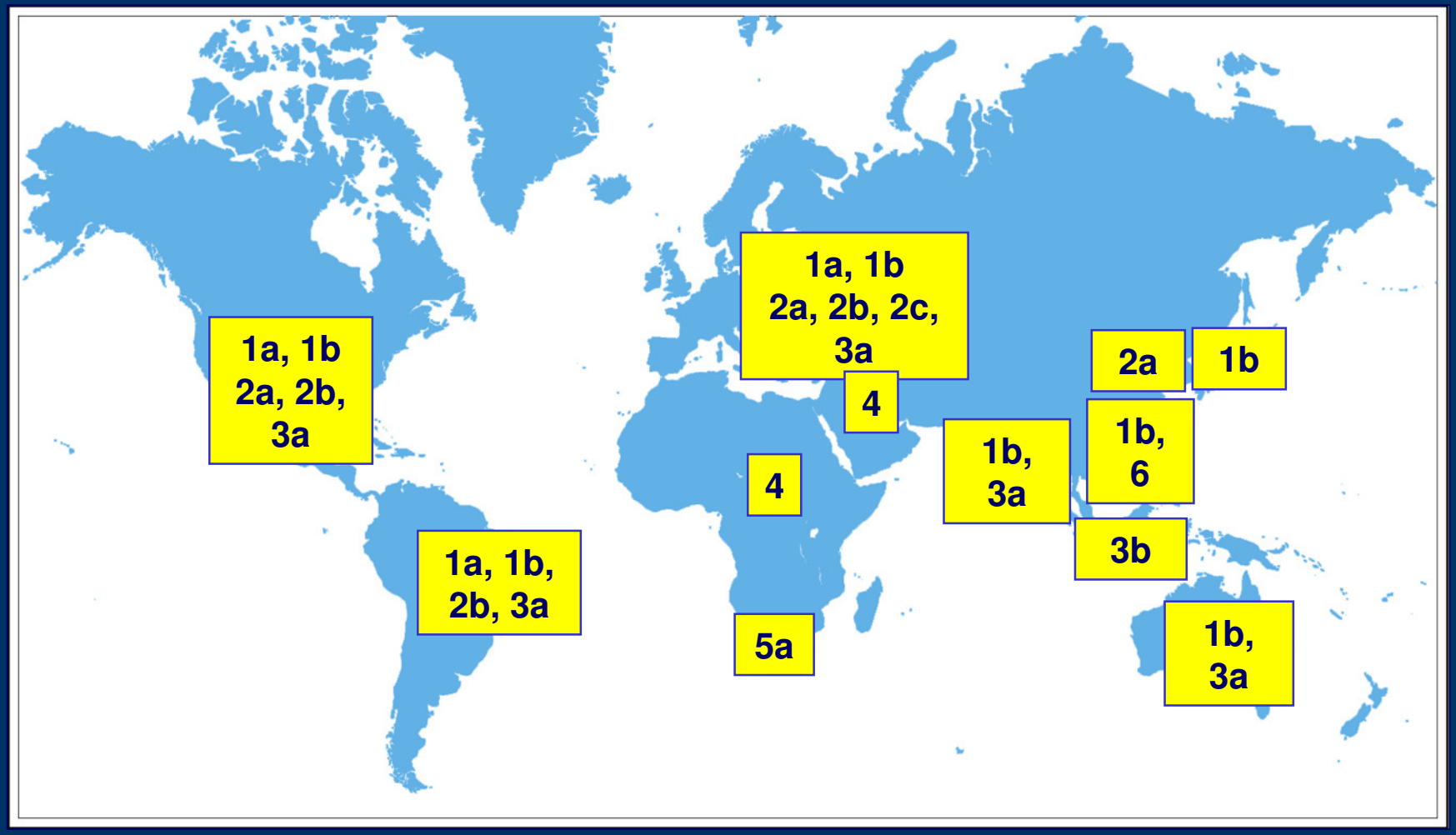
Derzeit bereits häufigste Indikation für LTX in Österreich

HCV Infektion: Weltweite Prävalenz



WHO. *Wkly Epidemiol Rec.* 2000;75:18-19.

HCV Infektion: Weltweite Verteilung der Genotypen



Fang JWS et al. *Clin Liver Dis.* 1997;1:493-514.

- Derzeitige Standardtherapie
  - Heilungschancen
  - Nebenwirkungen, Kontraindikationen
  - Indikationsstellung
- Therapie von Relapsern und Nonrespondern
- Zukunftsperspektiven

- **Derzeitige Standardtherapie**

  - Heilungschancen

  - Nebenwirkungen, Kontraindikationen

  - Indikationsstellung

- Therapie von Relapsern und Nonrespondern

- Zukunftsperspektiven

Therapieziele

- Normalisierung der Transaminasen
- HCV-RNA (PCR) neg.
- Besserung der Histologie
- Besserung der Lebensqualität
- Senkung des Hepatomrisikos
- Normalisierung der Lebenserwartung

Aktuelle Standardtherapie der chron. Hepatitis C

Pegyliertes Interferon-α

Pegasys® (Peginterferon α-2a) 180µg 1 x wö. s.c.

PegIntron® (Peginterferon α-2b) 1,5µg/kg KG 1 x wö. s.c.

Plus

Ribavirin (Copegus®, Rebetol®)

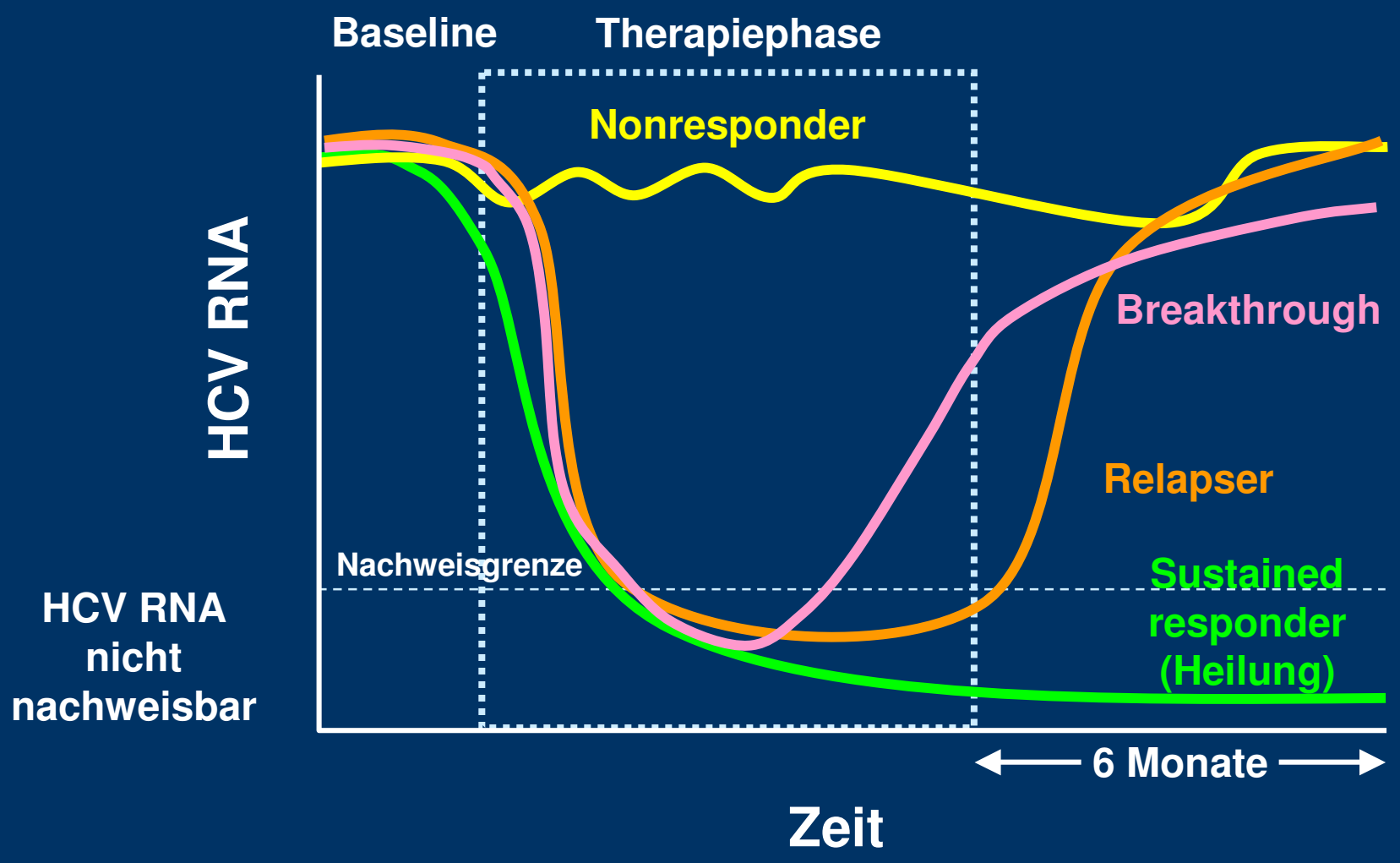
1000-1200 mg tgl. (Genotyp 1 und 4)

800 mg tgl. (Genotyp 2 und 3)

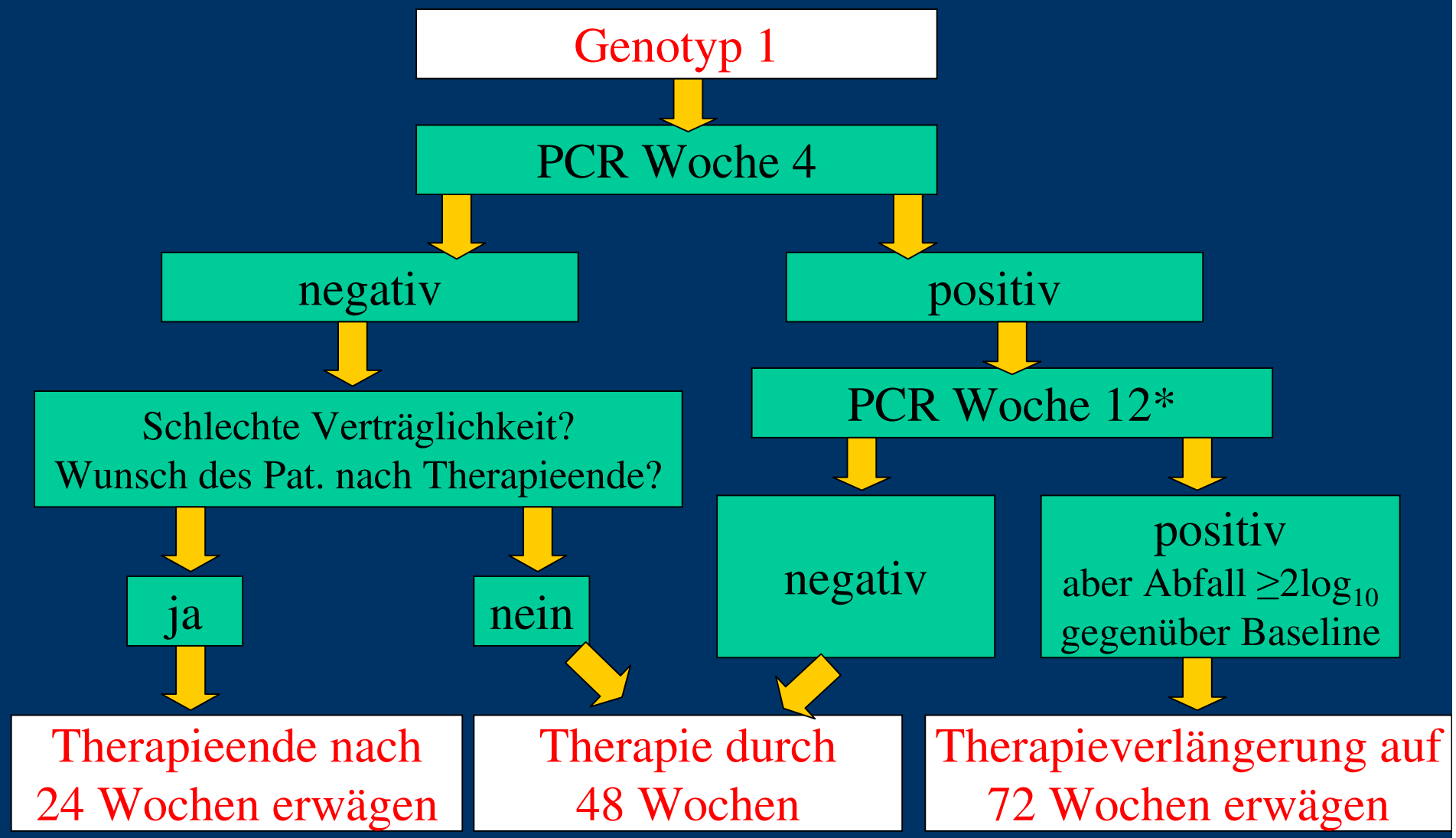
Therapiedauer: 6-18 Monate bei Genotyp 1 und 4

3-6 (12) Monate bei Genotyp 2 und 3

Ansprechtypen auf antivirale Therapie

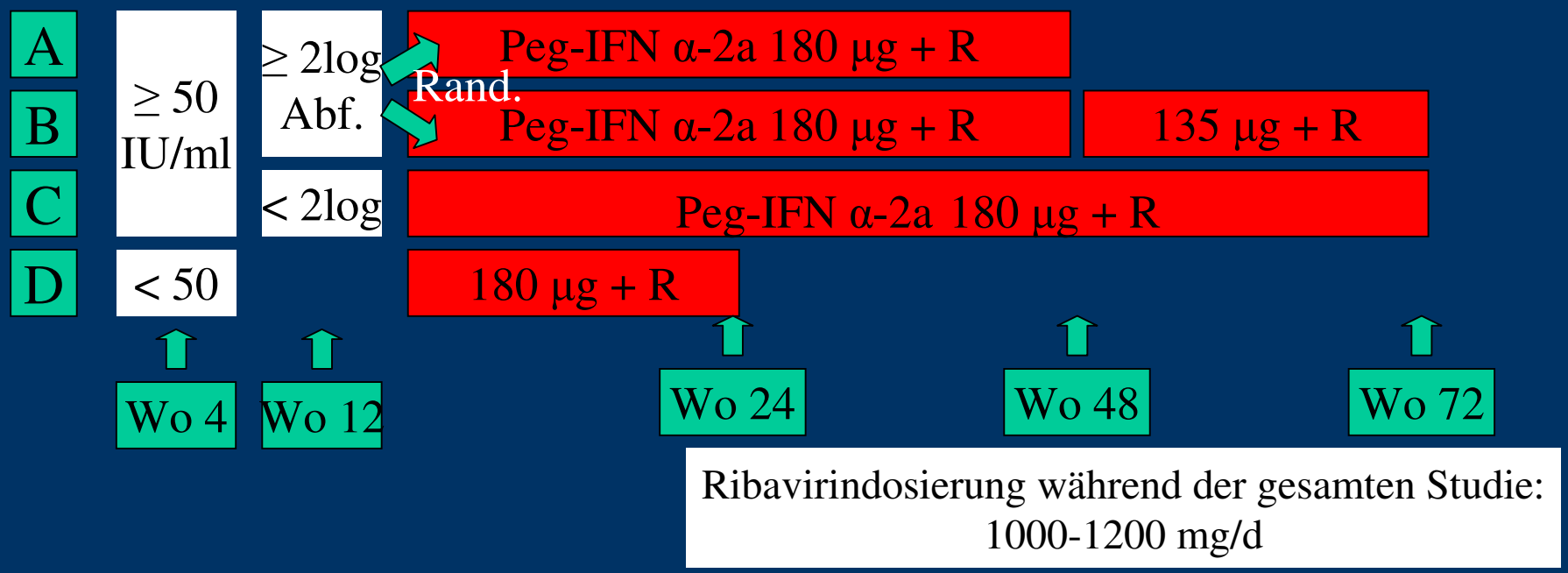


Empfohlene Therapiedauer bei Genotyp 1



* Falls der Virustiter zu Woche 12 nicht um $\geq 2\log_{10}$ gegenüber Baseline abgesunken ist, wird die Therapie beendet. Bei positiver PCR zu Woche 24 wird die Therapie ebenfalls vorzeitig beendet.

Verkürzung der Therapiedauer auf 24 Wochen bei Genotyp 1 „Superrespondern“



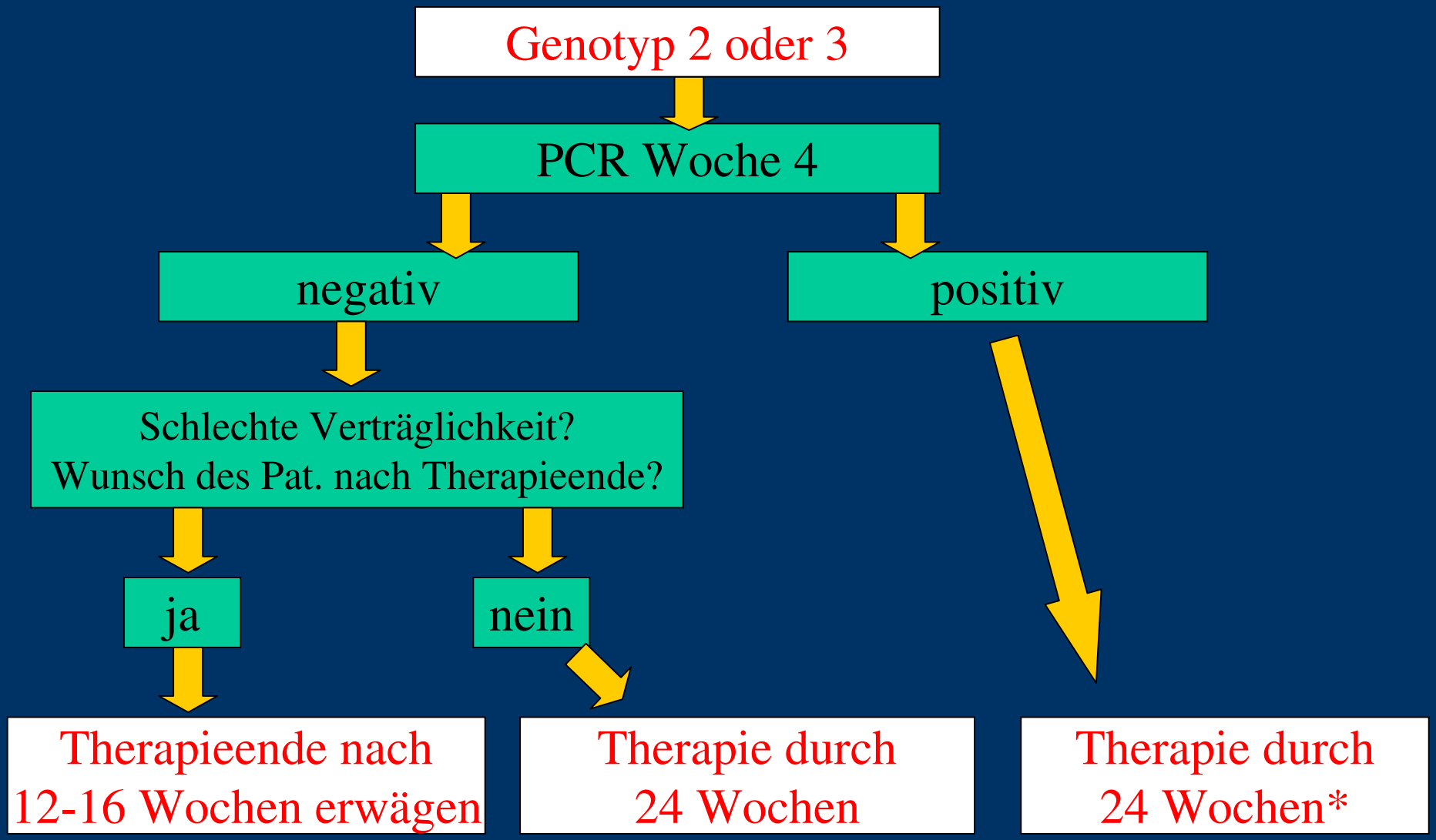
Ergebnisse Gruppe D:

- SVR bei 78,8% (89/113; PP-Analyse)
- Baseline viral load:

≤ 400.000 IU/ml:	SVR: 81,3% (52/64)
400.000 – 800.000 IU/ml:	SVR: 80,6% (25/31)
> 800.000 IU/ml:	SVR: 66,6% (12/18)

Ferenci et al. Gastroenterology 2008; 135: 451-458

Empfohlene Therapiedauer bei Genotyp 2 und 3



* In Einzelfällen kann eine Therapieverlängerung auf 48 Wochen erwogen werden.

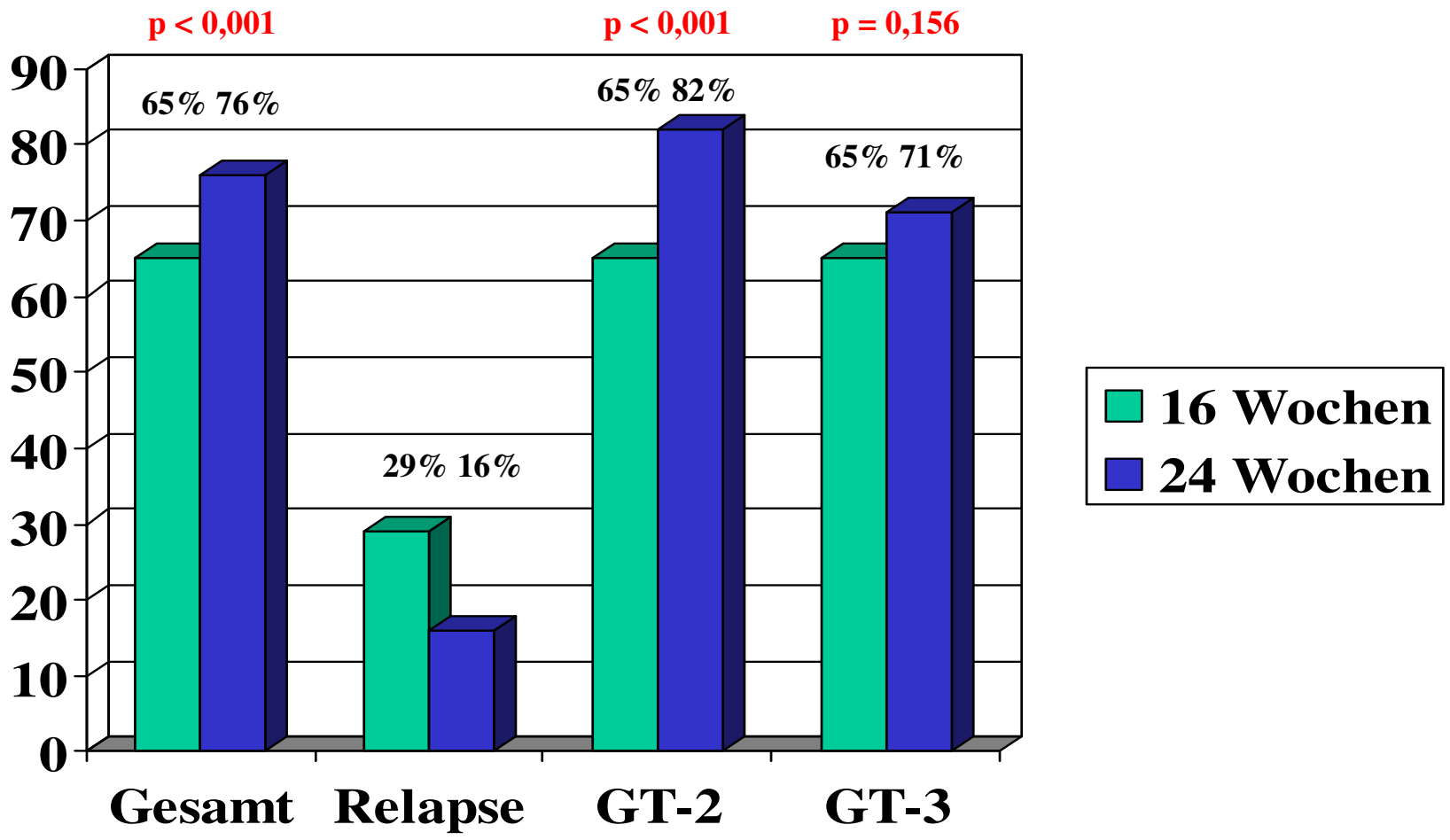
ACCELERATE Study
16 versus 24 Wochen Therapie bei HCV Genotyp 2/3

- **Design:** Prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie
- **Patienten:** **1469** IFN-naive Patienten mit Genotyp 2/3
- **Therapie:** Peginterferon α-2a 180 µg/Wo. plus Ribavirin 800 mg/d

  Therapiedauer 16 versus 24 Wochen

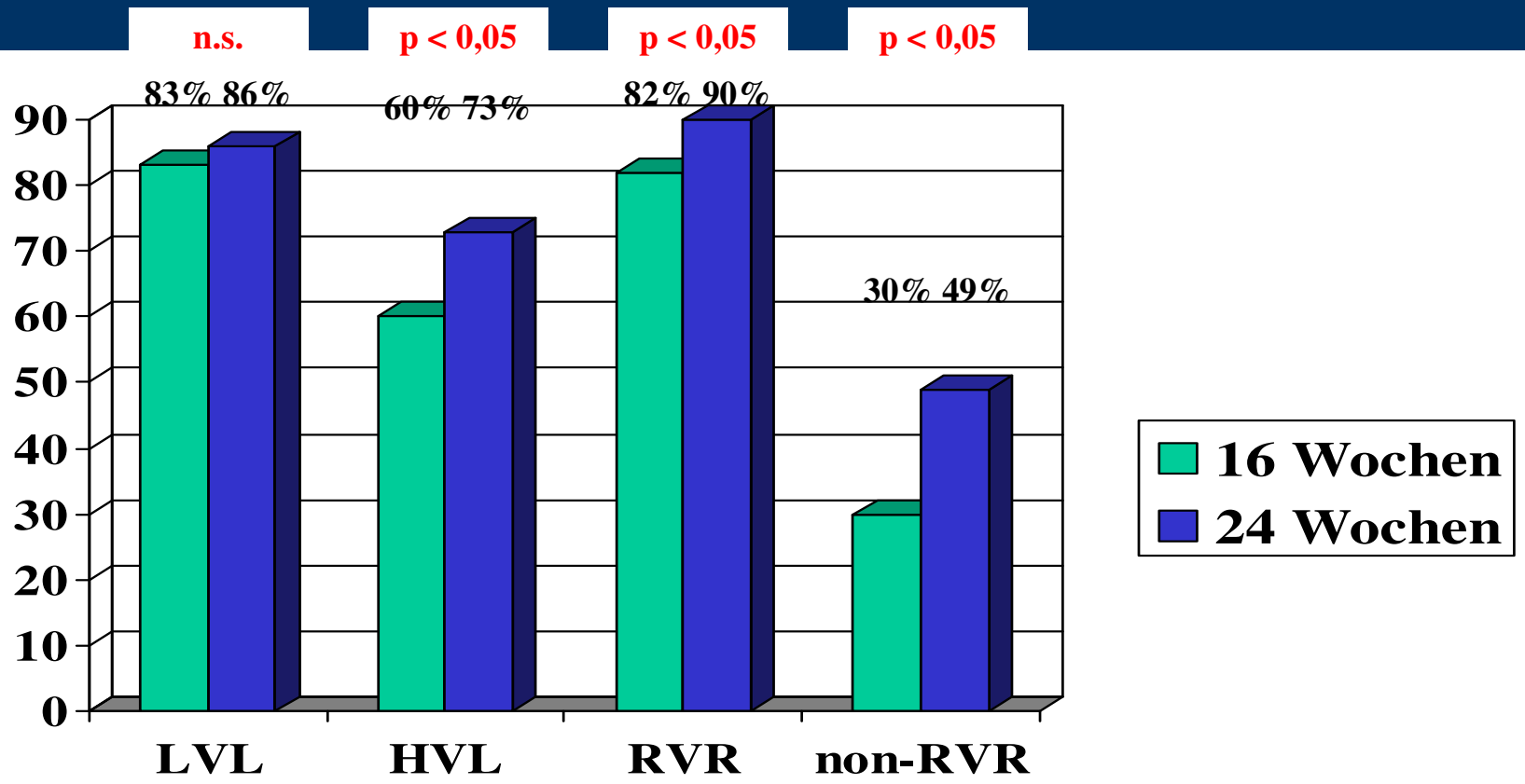
Shiffman ML et al. N Engl J Med 2007

ACCELERATE Study
16 versus 24 Wochen Therapie bei HCV Genotyp 2/3



Shiffman ML et al. N Engl J Med 2007

ACCELERATE Study
16 versus 24 Wochen Therapie bei HCV Genotyp 2/3



LVL: low viral load (≤ 400.000 IU/ml)
HVL: high viral load (> 400.000 IU/ml)
RVR: rapid virological response
(PCR zu Woche 4 < 50 IU/ml)

Shiffman ML et al. N Engl J Med 2007

Derzeitige Standardtherapie Heilungschancen

- Genotyp 1 und 4: 50%
- Genotyp 2 und 3: 80-90%

Nebenwirkungen von Interferon α plus Ribavirin

Zu Therapiebeginn:

- „Grippeartige“ Symptome
- Fieber, Müdigkeit
- Kopfschmerzen
- Gelenks- und Muskelschmerzen
- Übelkeit

Dauer meist etwa 2 Wochen

Nebenwirkungen von Interferon α plus Ribavirin

Während der gesamten Therapiedauer:

- Müdigkeit, Schlafstörungen, Depressionen
- Gastrointestinale Unverträglichkeit, Übelkeit, Diarrhoe
- Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust
- Anämie, Leukozytopenie, Thrombozytopenie
- Anstieg von Blutfetten und Harnsäure
- Juckreiz, Hautausschläge, Haarausfall
- Gelenks- und Muskelschmerzen
- Austrocknen von Schleimhäuten, chronischer Reizhusten
- Schilddrüsenfunktionsstörungen
- Induktion von Autoimmunerkrankungen
- Teratogenität

Kontraindikationen gegen Interferon α

- Endogene Depressionen, Schizophrenie, Epilepsie
- Schwere Allgemeinerkrankung
- Autoimmunerkrankung
- Fortgeschrittene Leberzirrhose (Stadium CHILD-PUGH B und C)
- Hepatische Enzephalopathie, Aszites, Ösophagusvarizenblutung
- Schwangerschaft oder unzureichende Empfängnisverhütung
- Thrombozytopenie, Leukozytopenie
- Aktiver Drogen- oder Alkoholabusus
- Psoriasis und andere Hauterkrankungen

Kontraindikationen gegen Ribavirin

- Anämie (Ribavirin führt bei praktisch allen Patienten zu einem Abfall der Hämoglobinwerte um etwa 2 g/dl)
- Symptomatische koronare Herzkrankheit
- Vorsicht bei Vorliegen von vaskulären Risikofaktoren (Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipidämie, Nikotinabusus, Adipositas)
- Gicht
- Schwangerschaft oder insuffiziente Kontrazeption (unabhängig davon, ob der Mann oder die Frau therapiert werden)
- Vorsicht bei Alter über 65 Jahren

Depression während Interferontherapie

Therapie der Wahl: Seropram® (Citalopram) oder Seroxat® (Paroxetin)

Strategie I:

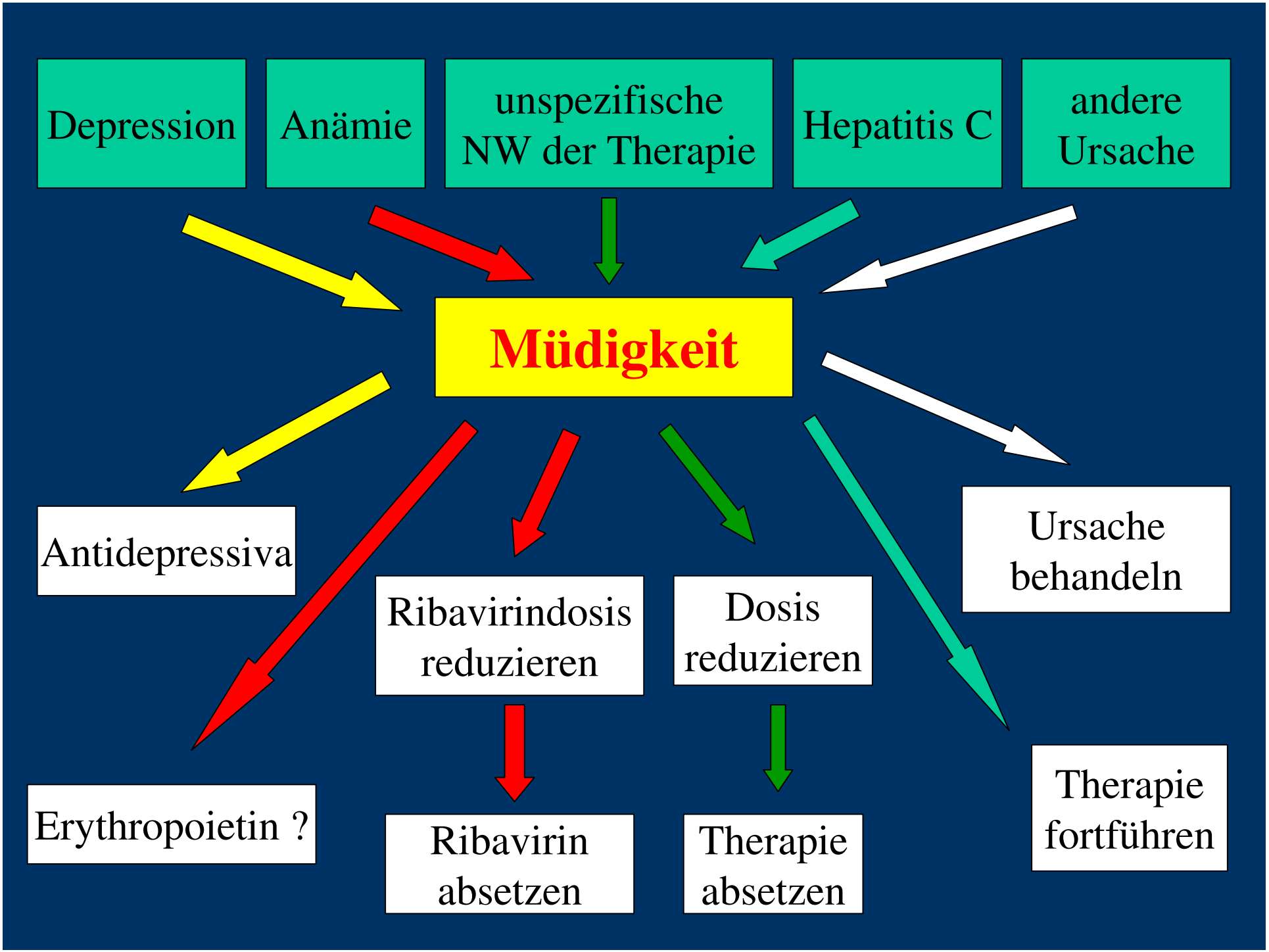
Bereits vor Beginn der antiviralen Therapie mit antidepressiver Therapie beginnen

Strategie II:

Erst beim Auftreten von Symptomen mit antidepressiver Therapie beginnen

Nebenwirkungen auf Blutbild

Verminderung der roten Blutkörperchen	Verminderung der weißen Blutkörperchen	Verminderung der Blutplättchen
↓	↓	↓
Müdigkeit, Schwäche	Erhöhte Infektanfälligkeit	erhöhte Blutungsneigung
↓	↓	↓
Reduktion der Ribavirindosis	Reduktion der Interferondosis	Reduktion der Interferondosis
Erythropoietin	G-CSF	


Depression
Anämie
unspezifische NW der Therapie
Hepatitis C
andere Ursache
Müdigkeit
Antidepressiva
Ribavirindosis reduzieren
Dosis reduzieren
Ursache behandeln
Erythropoietin ?
Ribavirin absetzen
Therapie absetzen
Therapie fortführen

Interferon-α plus Ribavirin

Vorteile der Therapie:

- definitive Heilungschance

  (50% Genotyp 1; 80-90% Genotyp 3)
- Hinweise, dass auch bei fehlender Dauerheilung der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst wird

Nachteile der Therapie:

- lange Therapiedauer (3-18 Monate)
- subcutane Injektionen
- keine Heilungsgarantie
- Nebenwirkungen

Welcher Patient sollte behandelt werden und welcher nicht?

Individuelle Entscheidung durch Spezialistenteam nach sorgfältigem Abwägen aller Vor- und Nachteile

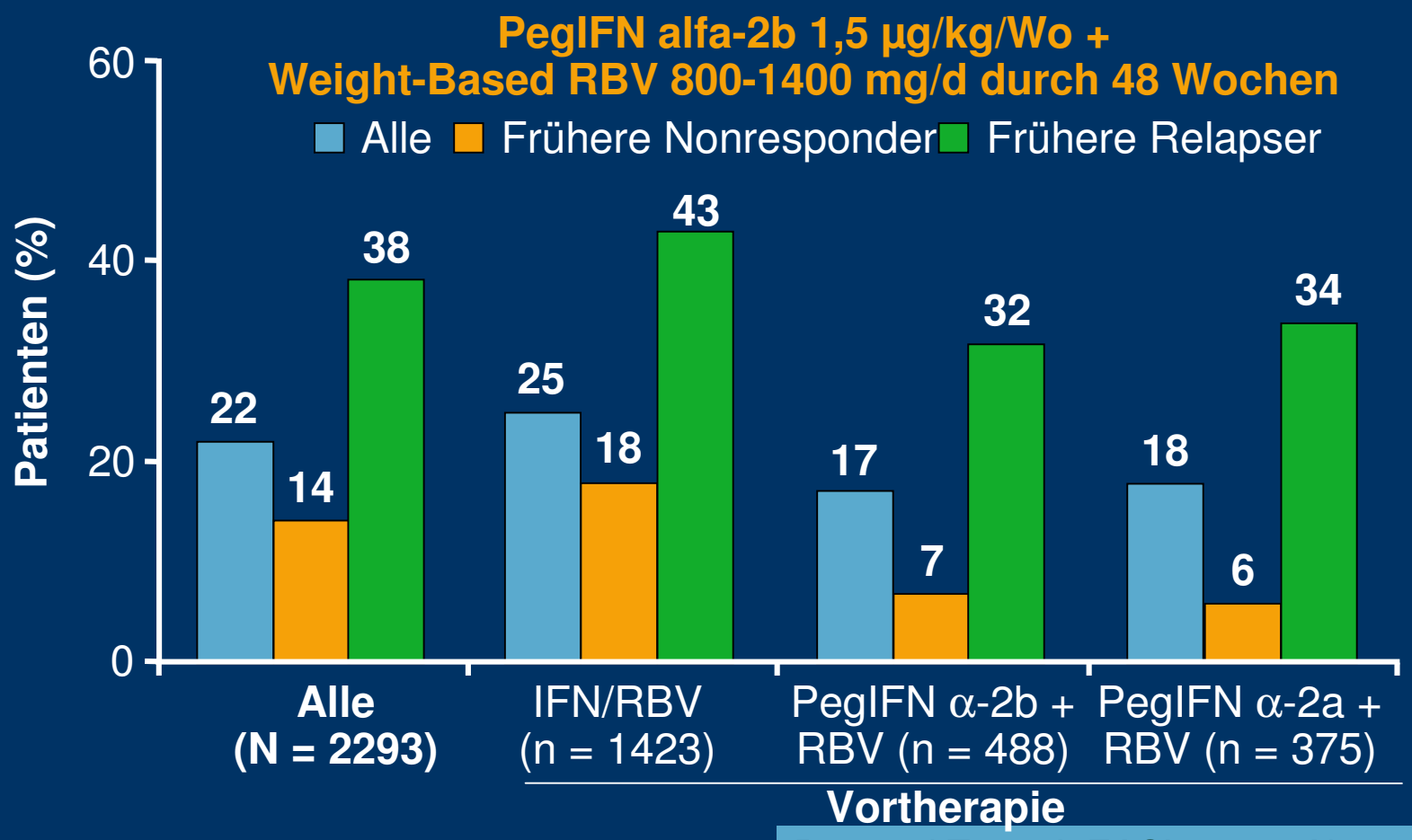
Patient muss in einem „stabilen psychischen Zustand“ sein

Probleme bei der Betreuung von Hepatitis C Patienten mit Drogenabusus

- Oft bestehen viele Probleme gleichzeitig:
  - chronische Hepatitis C
  - Drogenabusus
  - Psychiatrische Probleme (z.B. Depressionen)
  - Arbeitslosigkeit
  - Beziehungsprobleme
  - Obdachlosigkeit
- Der erste Schritt besteht in der Erstellung einer Problemhierarchie
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hepatologen, Drogentherapeuten, Psychiatern, Sozialarbeitern etc. entscheidend
- Die Möglichkeit zu einer solchen interdisziplinären Zusammenarbeit ist in Zentren am besten gegeben

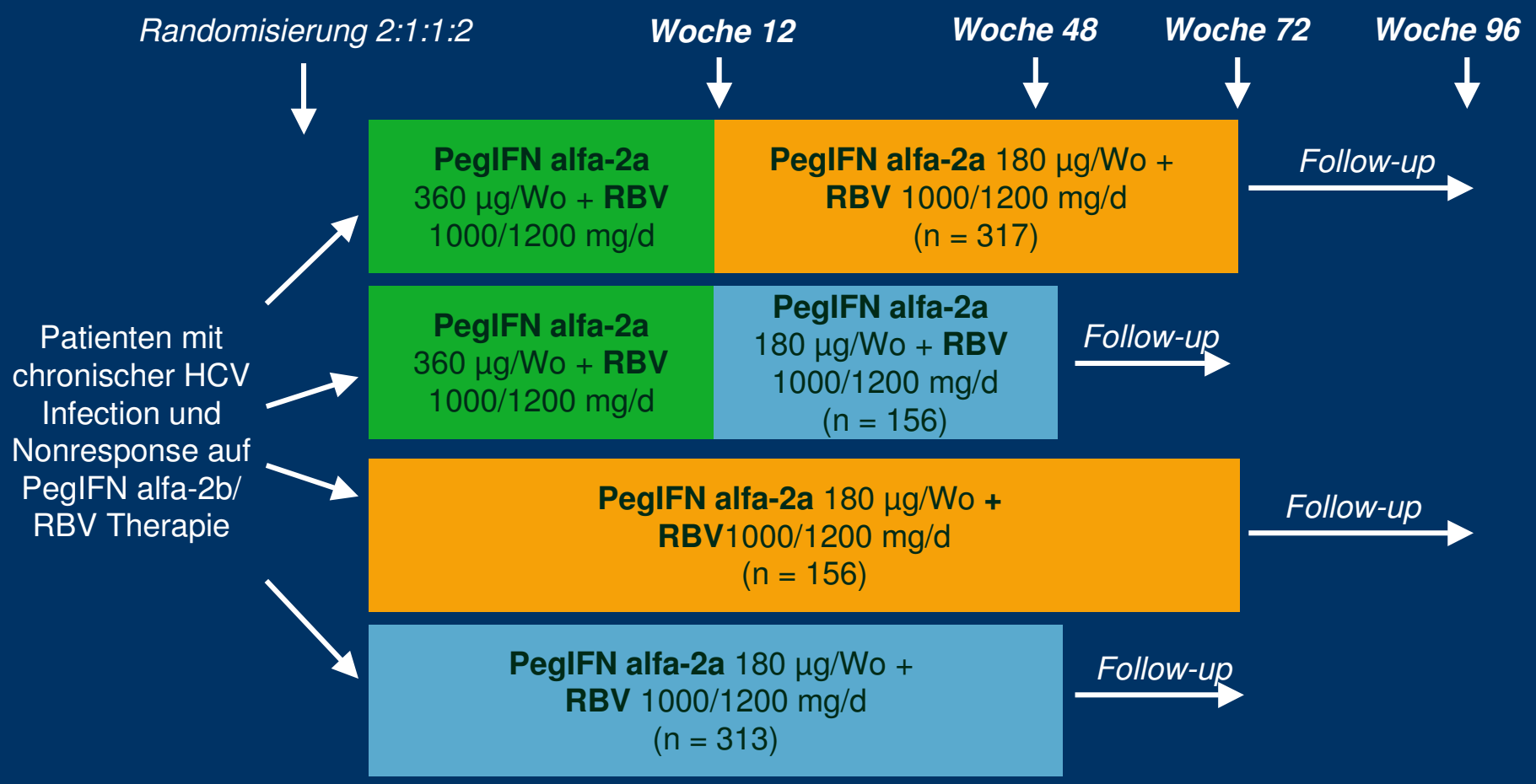
- Derzeitige Standardtherapie
  - Heilungschancen
  - Nebenwirkungen, Kontraindikationen
  - Indikationsstellung
- **Therapie von Relapsern und Nonrespondern**
- Zukunftsperspektiven

SVR in Abhängigkeit von Art und Response auf frühere Therapie (EPIC[3])



Poynard T, et al. EASL 2008. Abstract 988.

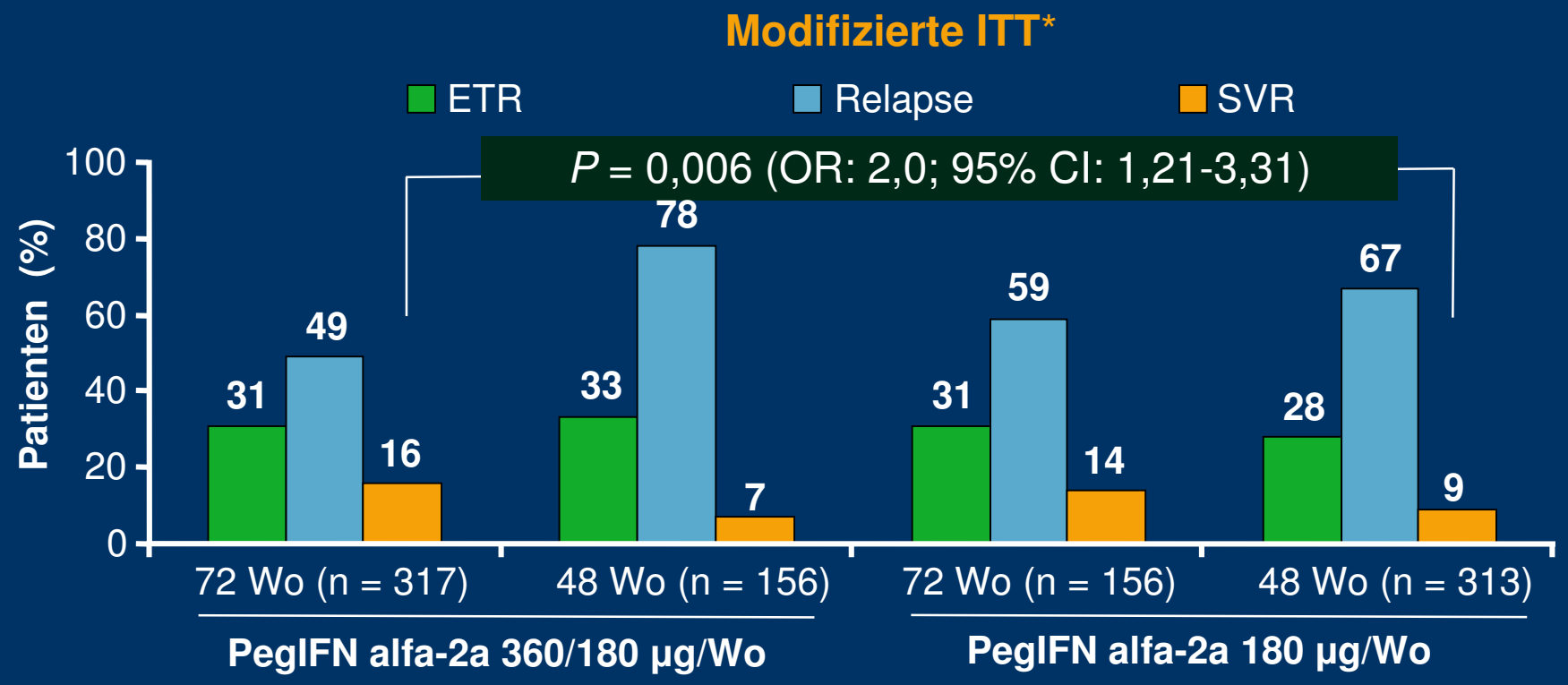
REPEAT: PegIFN alfa-2a Therapie von PegIFN alfa-2b + RBV Nonrespondern



Jensen D, et al. AASLD 2007. Abstract LB4.

REPEAT: Kein Benefit durch Hoch-Dosis Induktionstherapie

- Verlängerte Therapiedauer erhöhte nicht ETR, aber verminderte Relapserate



*Patienten, die randomisiert wurden und mindestens eine Dosis der Studienmedikation erhielten

Jensen D, et al. AASLD 2007. Abstract LB4.

- Derzeitige Standardtherapie
  - Heilungschancen
  - Nebenwirkungen, Kontraindikationen
  - Indikationsstellung
- Therapie von Relapsern und Nonrespondern
- **Zukunftsperspektiven**

Probleme mit Standardtherapie – Wunschzettel ans Christkind

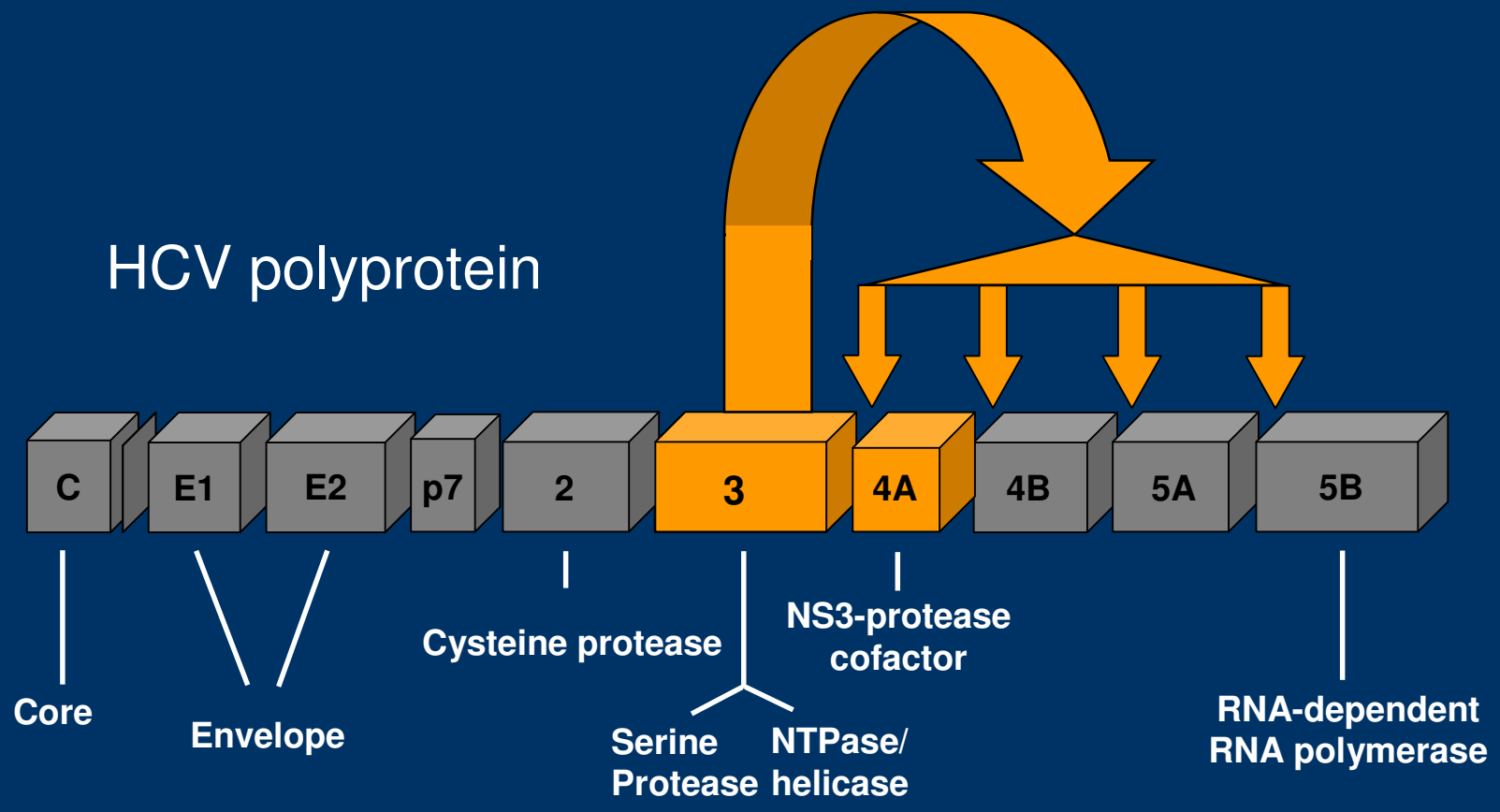
- „Nur“ 40-50% der GT-1 Patienten und 80-85% der GT-2/3 Patienten können derzeit geheilt werden

  → Therapiekonzepte für Relapser und Nonresponder dringend benötigt
- Höhere Heilungsraten bei Therapie-naiven Patienten wären wünschenswert
- Derzeit können – aufgrund von Kontraindikationen oder schlechter Compliance – nur etwa 40% aller Patienten therapiert werden

  → Therapiekonzepte mit weniger Nebenwirkungen und Kontraindikationen erforderlich (ohne IFN und RBV)

- Kürzere Therapiedauer und geringere Kosten

STAT-C Targets Under Investigation
NS3/4A Protease Function I



Inhibitoren viraler Enzyme
Therapien in Entwicklung

Viral Enzyme Inhibitors

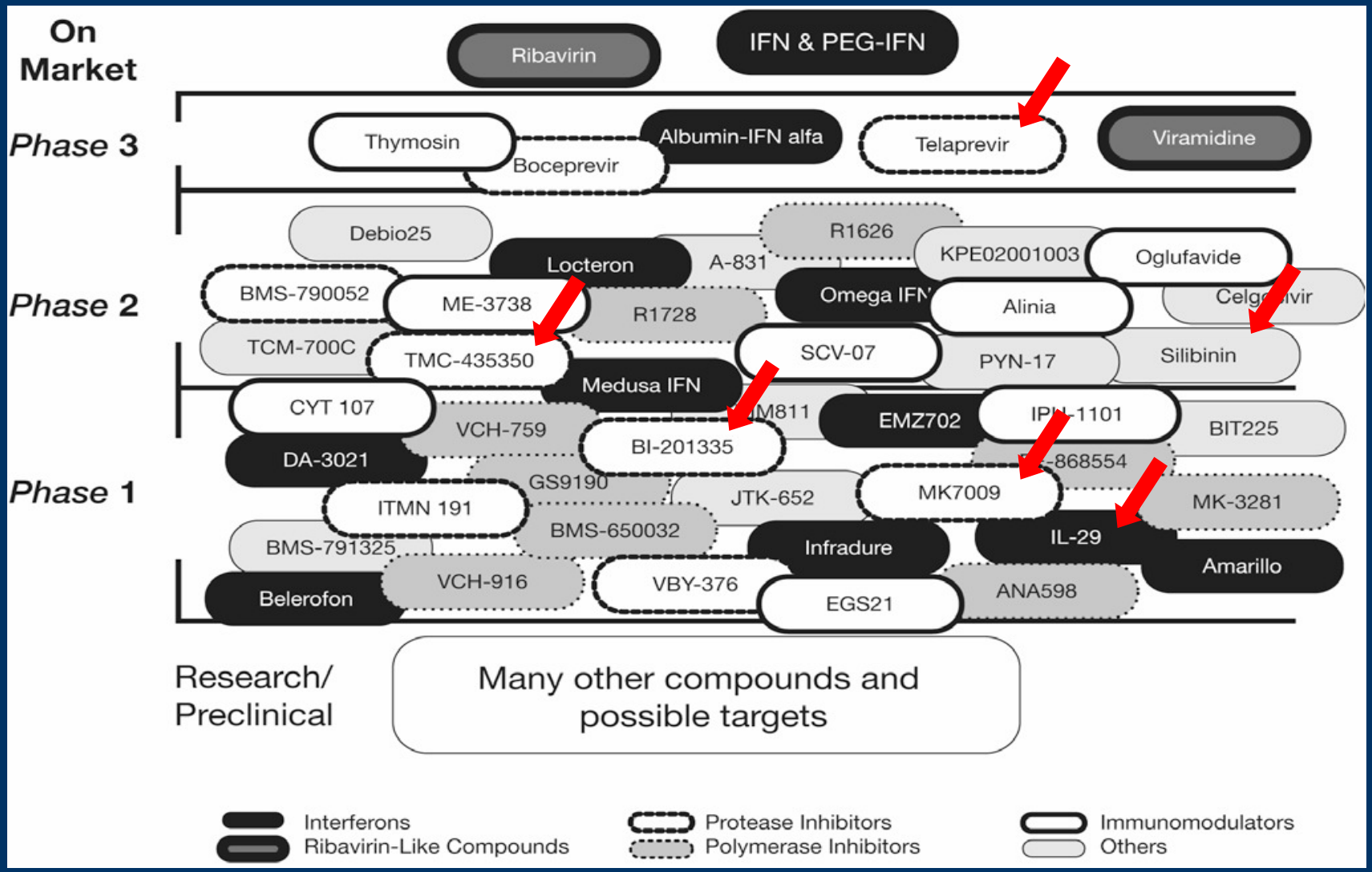
Polymerase

Protease

STAT-C

Specifically Targeted Antiviral Therapy for HCV

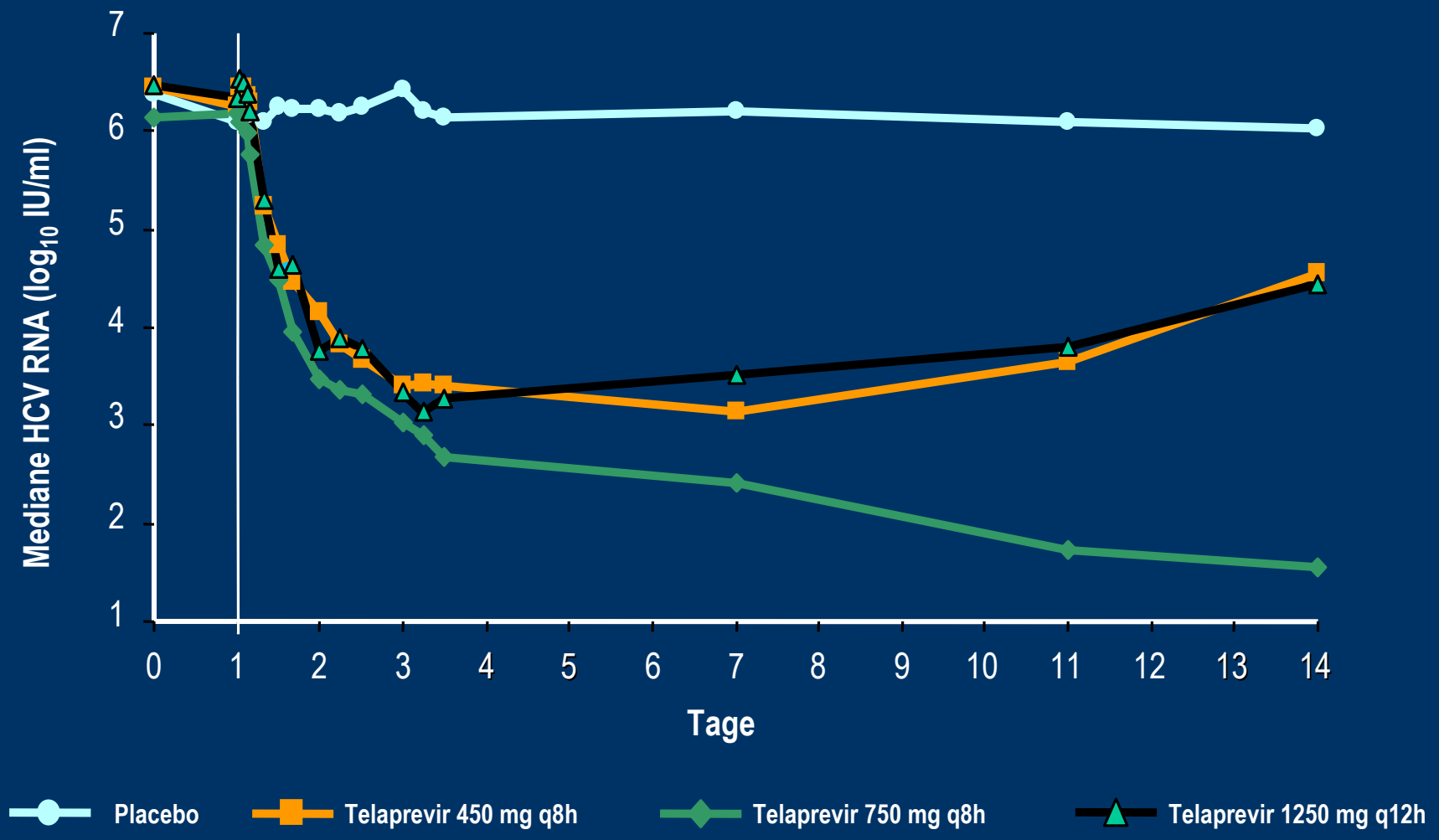
Neue Substanzen in der Therapie der chronischen Hepatitis C



Thompson A et al. J Hepatol 2009; 50: 184-194

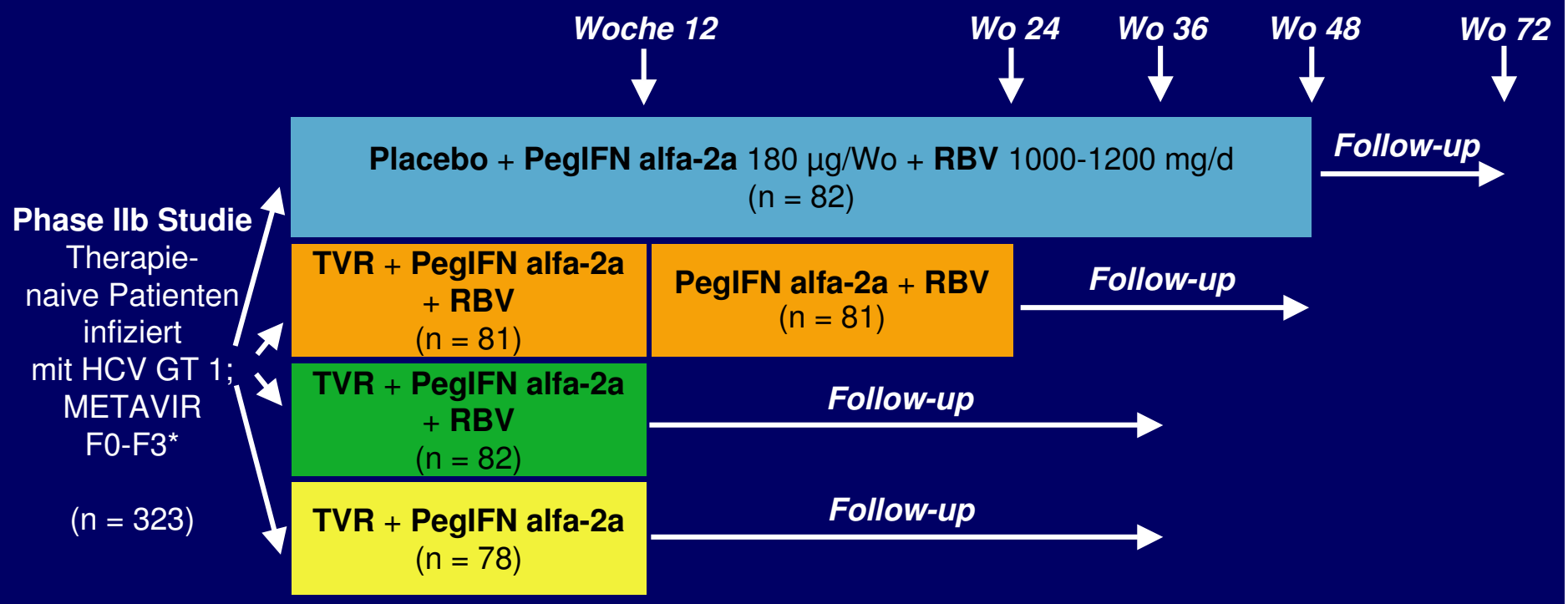
Telaprevir Monotherapie - Phase Ib Studie

Medianer HCV RNA-Titer im Verlauf



Reesink HW, et al. *Hepatology.* 2005;42:234A. Reprinted with permission from Dr. H. Reesink.

PROVE 2: Telaprevir + PegIFN ± RBV bei Therapie-naiven HCV GT 1 Patienten



*Patienten erhielten TVR 1250 mg loading dose; anschließend 750 mg alle 8 Stunden oder Placebo je nach Arm, in den sie randomisiert worden waren. Patienten erhielten 12 oder 24 Wochen Therapie unabhängig davon, ob sie RVR hatten oder nicht.

Hézode C, et al. NEJM 2009; 360: 1839-1850.

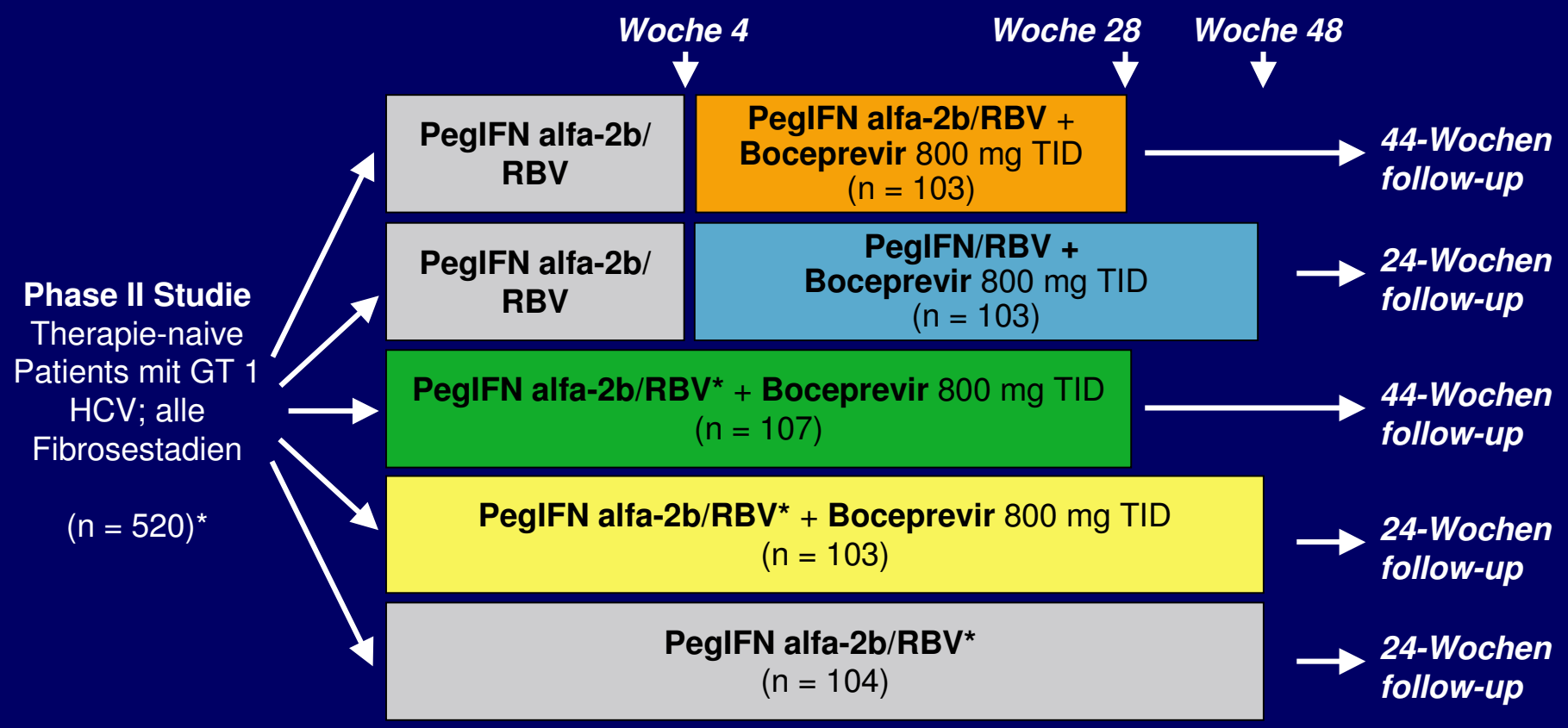
PROVE 2: Virologisches Ansprechen

Outcome	PegIFN/RBV 48 (SOC-Arm) (n = 82)	TVR-Arme		
		TVR/PegIFN/RBV 12 → PegIFN/RBV 12 (n = 81)	TVR/PegIFN/ RBV 12 (n = 82)	TVR/PegIFN 12 (kein RBV) (n = 78)
negative HCV RNA, %				
▪ Woche 4	13	69	80	50‡
▪ Woche 12	43	73	80	62
▪ **SVR**	**46**	**69***	**60†**	**36‡**
Relapse, % (n/N)	22 (10/45)	14 (8/57)	30 (19/63)	48 (22/46)

*P = 0,004
†P = 0,12
‡P > 0,20

Hézode C, et al. NEJM 2009; 360: 1839-1850.

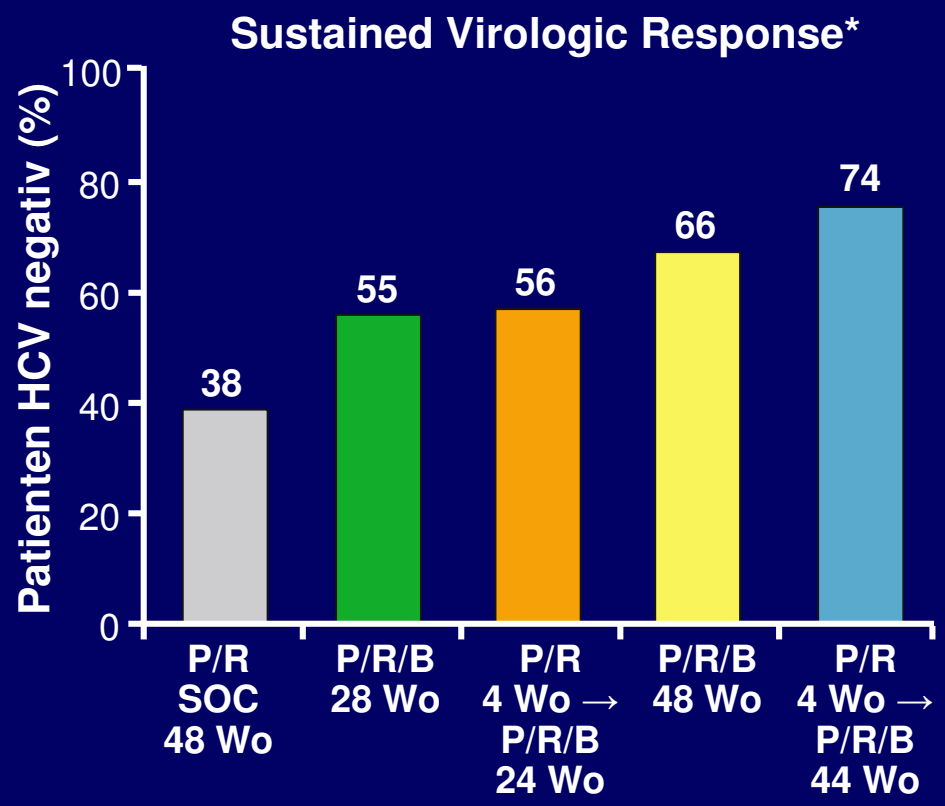
SPRINT-1: Boceprevir + PegIFN/RBV bei Therapie-naiven GT1-Patienten

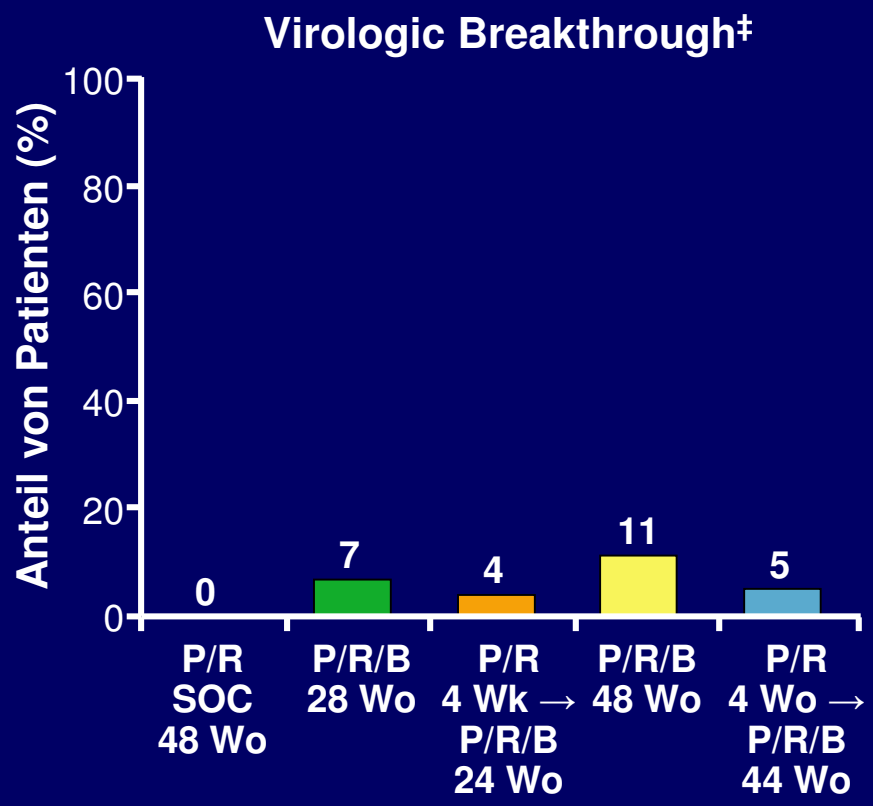


*2-teilige Studie; Teil 2 enthält 2 zusätzliche Arme, die in dieser Interim-Analyse nicht aufscheinen.

Kwo P, et al. AASLD 2008. Abstract LB16.

SPRINT-1: Boceprevir + PegIFN/RBV bei Therapie-naiven GT1 Patienten



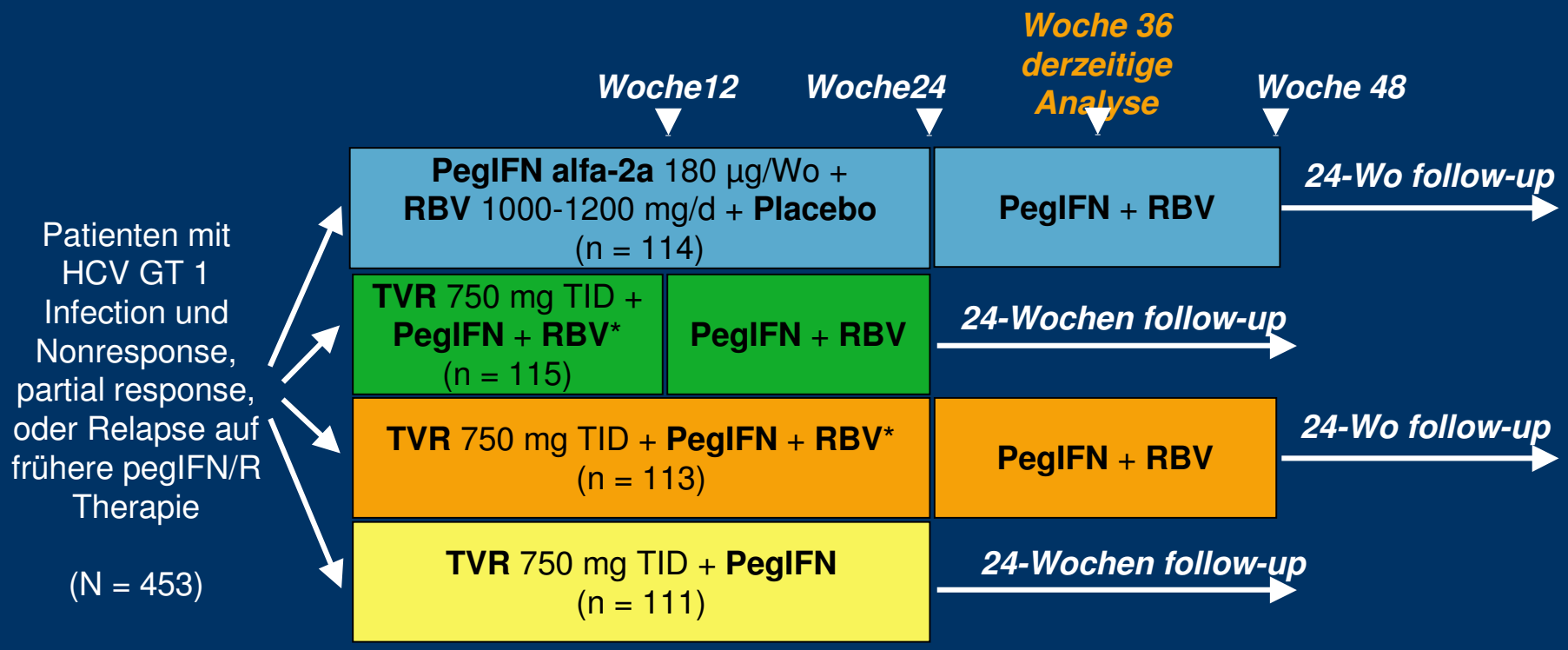


*SVR12 für 48-Wo Arme und SVR24 für 28-Wo Arme

‡Persistierender HCV RNA ≥ 2 $\log_{10}$ Anstieg vom Nadir und ≥ 50,000 IU/ml.

Kwo P, et al. AASLD 2008. Abstract LB16.

PROVE 3: TVR + PegIFN ± RBV bei früheren Nonrespondern/Relapsern



Nonresponse	HCV RNA positiv während gesamter Therapie und zu Therapieende
Relapse	HCV RNA negativ zu Therapieende, aber HCV RNA positiv während follow-up
Breakthrough	Zunächst HCV RNA negativ, aber HCV RNA positiv zu Therapieende

McHutchison J, et al. APASL 2009

PROVE 3: Virologische Response

Response	Kontroll-Arm (n = 114)	TVR-Arme		
		24 Wo (n = 115)	48 Wo (n = 113)	Kein RBV (n = 111)
RVR, %	0	61	50	47
EVR, %	8	75	66	53
HCV RNA negativ zu Woche 24, %	33	70	56	48
Virologic breakthrough, % ▪ Woche 1-12, n ▪ Woche 13-24, n	3 0 3	12 9 5	12 9 5	32 29 6
SVR12, % ▪ Frühere Nonresponder ▪ Frühere Relapser ▪ Frühere Breakthroughs	N/A	52 41 73 44	N/A	21 11 46 20

McHutchison J, et al. APASL 2009

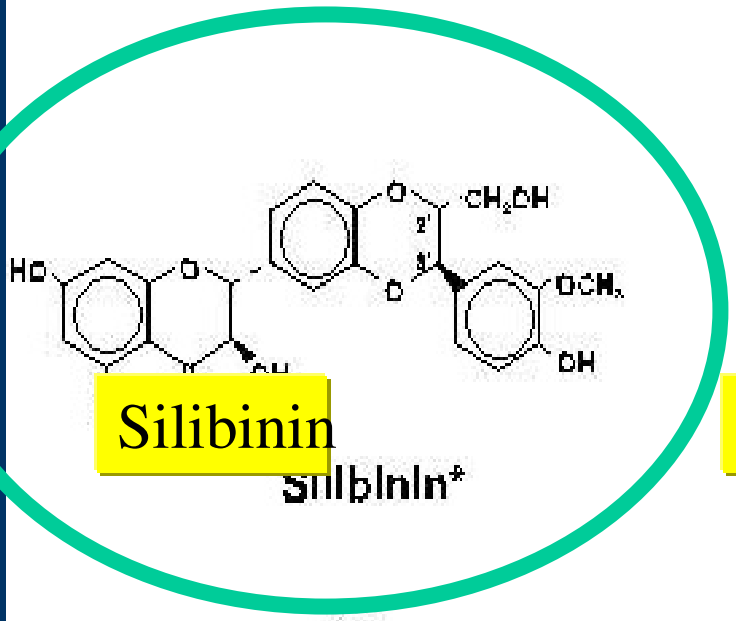
PROVE 3: Adverse Events

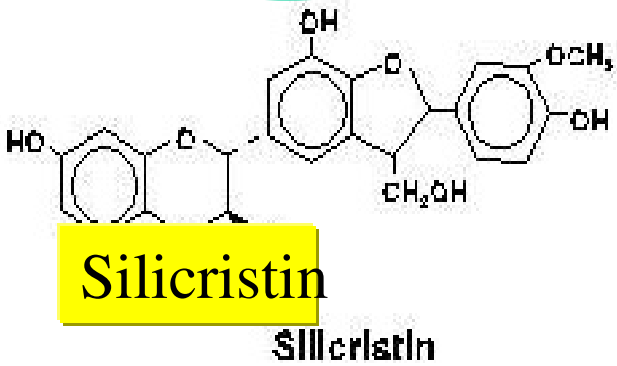
Adverse Events,* %	Kontroll-Arm (n = 114)	TVR-Arme		
		24 Wo (n = 115)	48 Wo (n = 113)	Kein RBV (n = 111)
Müdigkeit	55	64	57	45
Exanthem	17	51	54	42
Übelkeit	33	34	47	21
Pruritus	12	36	43	32
Diarrhöe	18	32	41	25

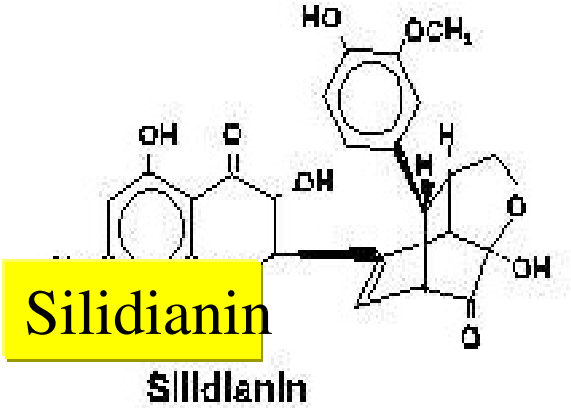
McHutchison J, et al. APASL 2009

Isomere von Silymarin

Silybum marianum *G.*

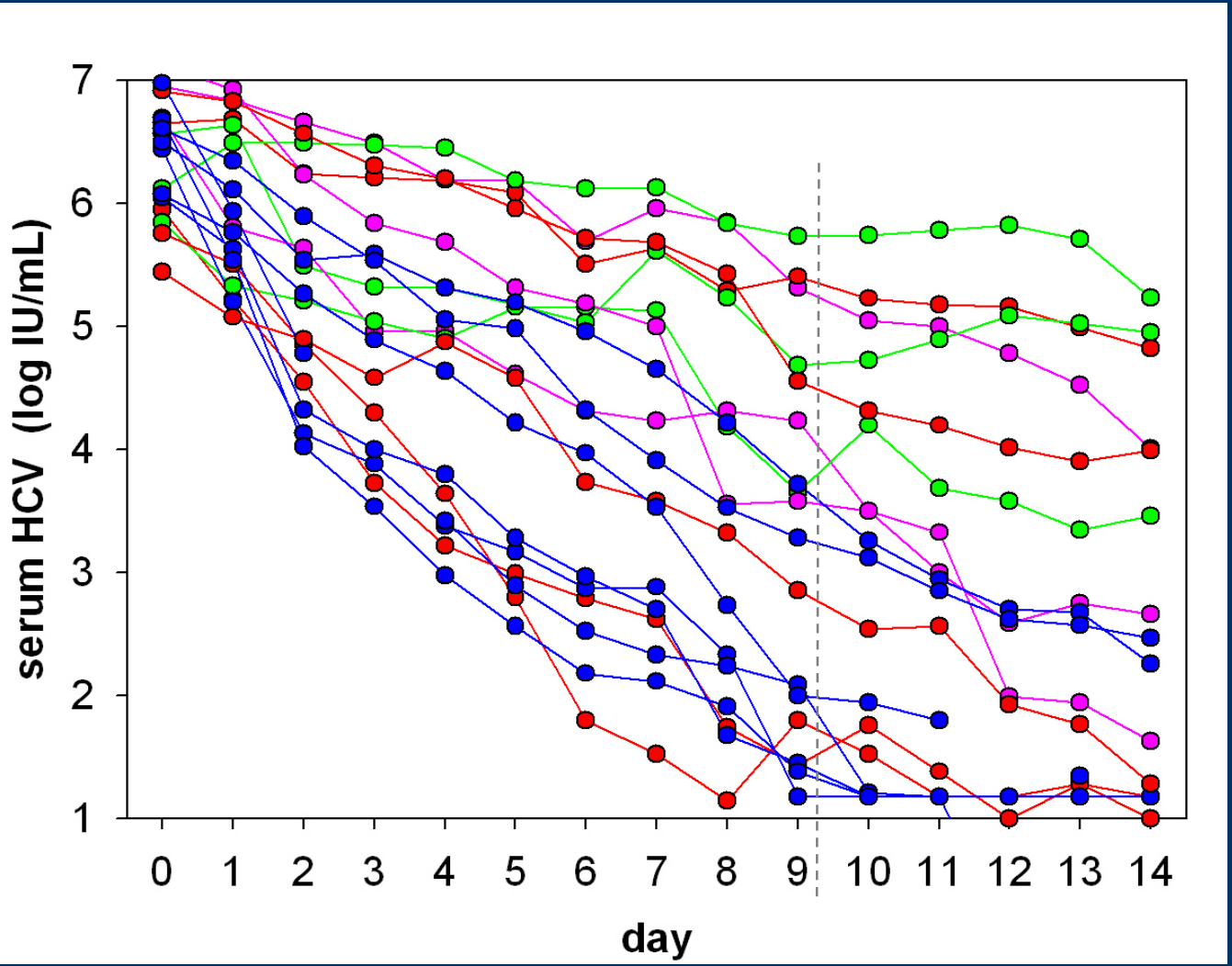






Ferenci P et al. AASLD 2008: Abstract 63

Virale Kinetik – 14 d Infusionen mit Silibinin, + PEGIFN/RBV (ab Tag 8)



Silibinin
5 mg/kg
10 mg/kg
15 mg/kg
20 mg/kg

Ferenci P et al. AASLD 2008: Abstract 63

Therapie der chronischen Hepatitis C – Zukunftsprognose

pegIFN + RBV	derzeitiger Standard
↓	
pegIFN + RBV + Proteasehemmer kürzere Therapiedauer (24 Wochen?)	in 3 Jahren
↓	
pegIFN + mehrere neue Substanzen ± RBV ?	in 8 Jahren ?
↓	
mehrere neue Substanzen ??? (kein IFN, kein RBV)	in 10 Jahren ?? In Australien läuft bereits eine Studie mit Proteaseinhibitor plus Polymeraseinhibitor; Prove of concept bei einem Schimpansen

Schlussfolgerungen

- Die chronische Hepatitis C ist heute bei 50% der Patienten mit Genotyp 1 und 4 und bei 80-90% der Patienten mit Genotyp 2 und 3 heilbar
- Die Standardtherapie besteht in einer Kombination aus pegyliertem Interferon-α plus Ribavirin
- Nebenwirkungen sind häufig (können jedoch oft erfolgreich behandelt werden)
- Die Indikation zur Therapie muss daher nach sorgfältiger Abwägung aller Vor- und Nachteile durch einen Spezialisten gestellt werden
- Viele Patienten sind aufgrund von Kontraindikationen für die Therapie ungeeignet; eine frühzeitige Diagnosestellung ist wichtig
- An weiteren Verbesserungen der Therapie wird intensiv gearbeitet; Proteasehemmer werden wahrscheinlich in Kürze Marktreife erlangen