

# HCV OLGU

Nesrin Türker

İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi

# Madde Bağımlılığı Nedir?

- Vücudun bir ya da birden çok işlevini olumsuz yönde etkileyen maddelerin kullanılması
- Bundan dolayı zarar görüldüğü hâlde bu maddelerin kullanımının bırakılamaması

# Ana Hatlarıyla Bir Bağımlının Yaşadıkları...

- Her durum ve koşulda maddeyi almak için engellenemeyen bir arzu ve istek duyar
- Madde kullanımına ara verdiğinde yoksunluk belirtileri yaşar
- Zamanla madde kullanımını ve dozunu arttırır
- Zamanının büyük bir dilimini madde arayarak geçirir

# Bir Kişi Ne Zaman Bağımlı Sayılır?

**Aşağıdaki durumlardan sadece üçü 12 aylık bir süreç içerisinde görülen kişi bağımlıdır:**

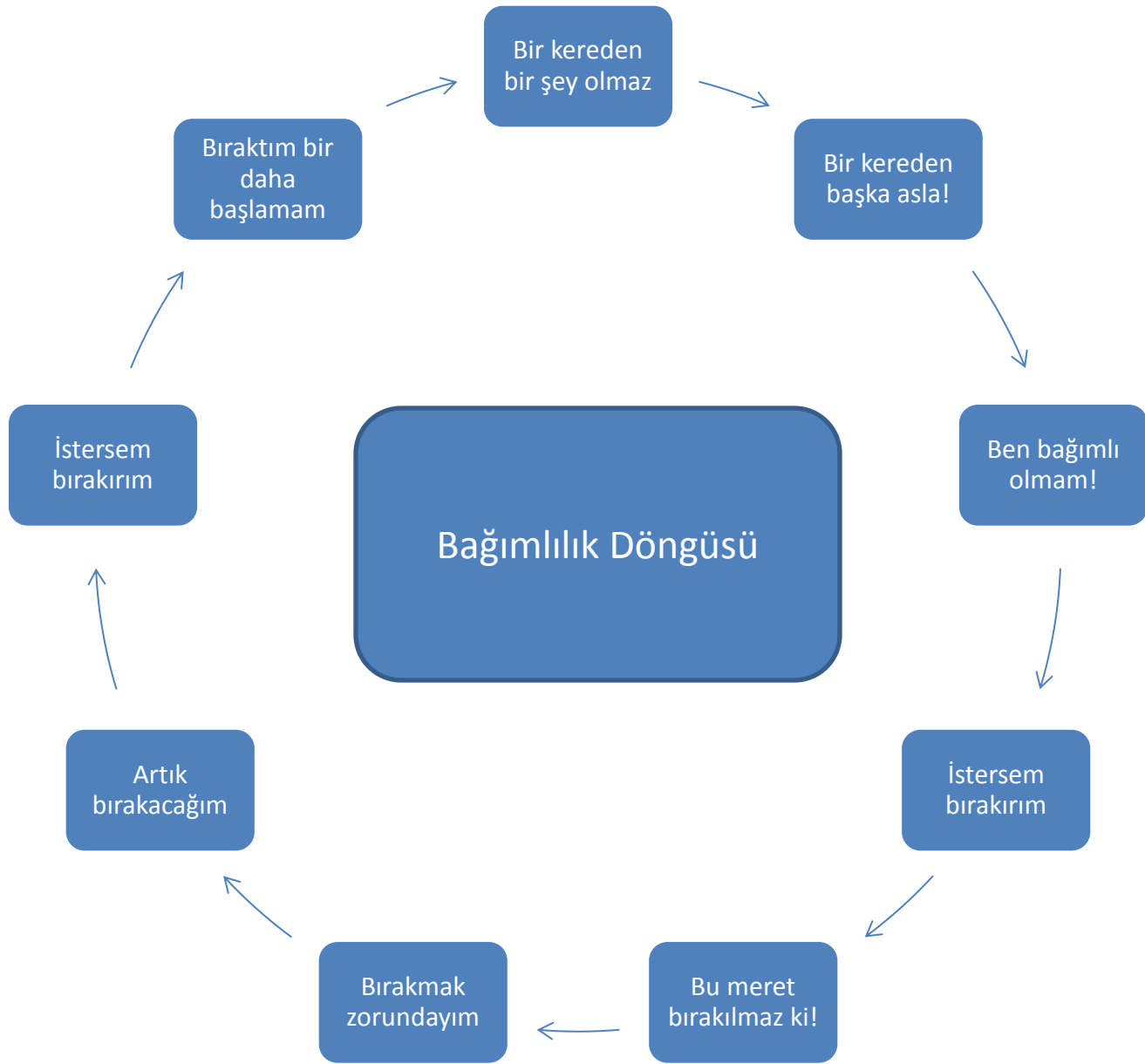
- 1-Kullanılan madde miktarının, aynı etkiyi sağlamak amacıyla giderek arttırılması
- 2-Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
- 3-Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için gösterilen çabanın sürekli boşa çıkması

# Bir Kişi Ne Zaman Bağımlı Sayılır?

- 4-Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için çok fazla zaman harcanması
- 5-Sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin madde kullanımı nedeni ile azaltılması ya da tamamen bırakılması
- 6-Fiziksel ya da ruhsal sorunlara yol açmasına rağmen madde kullanımına devam edilmesi
- 7-Kişinin tasarladığından daha fazla madde kullanması

# Gençler Bağımlılık Yapıcı Maddeleri Neden Deniyorlar?

- Merak
- Kendi sınırlarını aşma çabası
- Asilik
- Farklı olma dürtüsü
- Arkadaşlarına uyma
- Gruptan kopmak istememe
- Sorunlarını çözebilme veya unutmak
- Daha iddialı olmak/görünmek isteği



# Bağımlılık Yapan Maddeler

---

- Tütün
- Alkol

## Uyuşturanlar

- Afyon
- Morfin
- Eroin
- Metadon
- Kodein

## Uyaranlar

- Kokain
- Crack
- Amfetamin
- Ecstasy
- Metamfetamin
- Captagon

## Hayal Gördürenler

- Esrar
- LSD
- GHB
- Sihirli mantarlar
- Herbal spices



- S Y
- 42 yaşında erkek mahkum hasta
- Psöriasis ve koroner arter hastalığı öyküsü
- Klopidoğrel, kandesartan hidroklorotiyazid kullanıyor
- Psöriasis nedeni ile metotreksat, siklosporin ve PUVA tedavileri almış şuanda tedavi almıyor

- Hastanın anamnezinde yedi yıl öncesinde yurt dışında bulunma ve bu dönemlerde alkol, kokain farklı ot kullanımları ve eroin kullanım hikayesi mevcut
- Hastanemiz amatem servisinde 5 yıldır takipli olan hasta belli dönem **buprenorfin/naloxan** tedavisi almış son iki yıldır bu tedaviyi almıyor
- Aralık 2016'da HCV pozitifliği nedeni polikliniğimize yönlendirilmiş

# Başvuru Dönemi Laboratuvar Testleri

- WBC:7490 K/uL
- HGB:14.9 g/dL
- PLT: 227 000 K/uL
- AST: 37 U/L
- ALT: 58 U/L
- T.Biluribin: 0.36mg/dL
- D. Biluribin:0.14mg/dL
- BUN:18mg/dL
- Kreatinin: 0.87 mg/dL
- Glikoz: 96 mg/dL
- Protein: 6.9 g/dL
- Albumin: 3.8 g/dL

# Başvuru Dönemi Laboratuvar Testleri

- HBsAg: Negatif
- AntiHBcIgG: Pozitif
- AntiHBcIgM: Negatif
- AntiHBs: Negatif
- HBVDNA: Negatif
- AntiHAVIgG: Pozitif
- AntiHIV: Negatif
- AntiHCV: Pozitif
- HCVRNA: 141000 iu/mL
- Genotip: Genotip 1b

# Başvuru Dönemi Laboratuvar Testleri

- Anti Mitokondriyal Antikor: Negatif
- Anti Ds DNA: Negatif
- Anti Düzkas Antikoru (ASMA):Negatif
- Liver Kidney Mikrozomal Antikor: Negatif
- Anti Nükleer Antikor (ANA):Negatif

# Başvuru Dönemi Laboratuvar Testleri

- Tiroid Fonksiyon Testleri: Normal
- Tiroid Otoantikorları: Negatif
- AFP: Normal
- Protrombin zamanı: 12.2 saniye
- INR: 0.9

# Başvuru Dönemi Görüntüleme Testleri

- **Batın USG:** Karaciğer boyut ve konturları normal sınırlarda idi, parankim ekosu normaldi
- **Portal Ven Doppler USG:**  
Karaciğer kraniokaudal boyutu 12 cm olup normaldi  
Konturları düzgün, parankim ekojenitesi normaldi  
Portal ven çapı normaldi  
Portal ven patent olup akım yönü hepatopedaldi

# Bu bulgularla ne yapalım?

- Hastayı bir müddet daha izlerim
- Biyopsi yapar karaciğerin durumunu değerlendiririm
- Direkt olarak antiviral tedavi başlarım



# Bu bulgularla olgumuza Şubat 2017'de biyopsi yaptık

- Kronik hepatit C ile uyumlu geldi
- Piecemeal Nekroz: 3
- Portal Yangı: 3
- Fokal Nekroz: 2
- HAI:7/18
- Evre: 3/6

# Tedavi planlıyorsak ek yapmamız gerekenler nelerdir?

- Ek hastalıkları açısından ilgili branşların görüşünü almak
- Devamlı kullandığı ilaçlar varsa kullanacağımız ilaçlarla etkileşimi olup olmadığını incelemek
- Madde kullanımı varlığı açısından psikiatri görüşü almak
- Hepsi

- **Dermatoloji konsültasyonu:** Hastamızın psöriasis açısından stabil dönemde olduğu ve şuan için ilaç kullanması gerekmediği bildirildi
- **Psikiyatri konsültasyonu:** Hastada şuan için madde kullanımı eğilimi olmadığını belirtildi
- **Hastanın devamlı kullandığı ilaçlar sorgulandı;**
  - Klopidogrel
  - Kandesartan hidroklorotiyazid

# Hastamızda hangi tedaviyi başlayalım?

- Sofosbuvir / ledipasvir
- Sofosbuvir / ledipasvir + ribavirin
- Paritaprevir/ritonavir/Ombitasvir + Dasabuvir
- Paritaprevir/ritonavir/Ombitasvir + Dasabuvir+ ribavirin
- Sofosbuvir+ Daclatasvir

# **EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016**

## **SUMMARY**

**European Association for the Study of the Liver**

**Table 5. IFN-free combination treatment regimens available as valuable options for each HCV genotype.**

| Combination regimen                                       | Genotype 1 | Genotype 2 | Genotype 3 | Genotype 4 | Genotypes 5 and 6 |
|-----------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| Sofosbuvir + ribavirin                                    | No         | Suboptimal | Suboptimal | No         | No                |
| Sofosbuvir/ledipasvir ± ribavirin                         | Yes        | No         | No         | Yes        | Yes               |
| Sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirin                        | Yes        | Yes        | Yes        | Yes        | Yes               |
| Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir ± ribavirin | Yes        | No         | No         | No         | No                |
| Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ± ribavirin             | No         | No         | No         | Yes        | No                |
| Grazoprevir/elbasvir ± ribavirin                          | Yes        | No         | No         | Yes        | No                |
| Sofosbuvir + daclatasvir ± ribavirin                      | Yes        | Yes        | Yes        | Yes        | Yes               |
| Sofosbuvir + simeprevir ± ribavirin                       | Suboptimal | No         | No         | Yes        | No                |

**Table 6. Treatment recommendations for HCV-monoinfected or HCV/HIV coinfectd patients with chronic hepatitis C without cirrhosis, including treatment-naïve patients and patients who failed on a treatment based on pegylated IFN- $\alpha$  and ribavirin (treatment-experienced, DAA-naïve patients).**

| Patients    | Treatment-naïve or -experienced | Sofosbuvir/ ledipasvir                                   | Sofosbuvir/ velpatasvir | Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir and dasabuvir | Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir | Grazoprevir/ elbasvir                                                                                                                  | Sofosbuvir and daclatasvir                               | Sofosbuvir and simeprevir |
|-------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|
| Genotype 1a | Treatment-naïve                 | 8-12 wk, no ribavirin                                    | 12 wk, no ribavirin     | 12 wk with ribavirin                              | No                                  | 12 wk, no ribavirin if HCV RNA $\leq$ 800,000 (5.9 log) IU/ml or 16 wk with ribavirin if HCV RNA >800,000 (5.9 log) IU/ml <sup>b</sup> | 12 wk, no ribavirin                                      | No                        |
|             | Treatment-experienced           | 12 wk with ribavirin <sup>a</sup> or 24 wk, no ribavirin |                         |                                                   |                                     |                                                                                                                                        | 12 wk with ribavirin <sup>a</sup> or 24 wk, no ribavirin |                           |
| Genotype 1b | Treatment-naïve                 | 8-12 wk, no ribavirin                                    | 12 wk, no ribavirin     | 8-12 wk, no ribavirin                             | No                                  | 12 wk, no ribavirin                                                                                                                    | 12 wk, no ribavirin                                      | No                        |
|             | Treatment-experienced           | 12 wk, no ribavirin                                      |                         | 12 wk, no ribavirin                               |                                     |                                                                                                                                        |                                                          |                           |

<sup>a</sup>Add ribavirin only in patients with RASs that confer high-level resistance to NS5A inhibitors at baseline if RAS testing available.

<sup>b</sup>Prolong to 16 weeks and add ribavirin only in patients with RASs that confer resistance to elbasvir at baseline if RAS testing available.

<sup>c</sup>Add ribavirin only in patients with NS5A RASs Y93H at baseline if RAS testing available.

The American Association for the Study of Liver Diseases  
and the Infectious Diseases Society of America Present

# **HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C**

Last Updated: September 21, 2017  
[www.hcvguidelines.org](http://www.hcvguidelines.org)



## Treatment-Naive Genotype 1b Without Cirrhosis

| Recommended and alternative regimens listed by evidence level and alphabetically for:<br><b>Treatment-Naive Patients Genotype 1b Without Cirrhosis</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| RECOMMENDED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DURATION | RATING  |
| Daily fixed-dose combination of elbasvir (50 mg)/grazoprevir (100 mg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12 weeks | I, A                                                                                       |
| Daily fixed-dose combination of glecaprevir (300 mg)/pibrentasvir (120 mg) <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 8 weeks  | I, A                                                                                       |
| Daily fixed-dose combination of ledipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 12 weeks | I, A                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                                                                                            |
| Daily fixed-dose combination of ledipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg) for patients who are non-black, HIV-uninfected, and whose HCV RNA level is <6 million IU/mL                                                                                                                                                                                                                                                  | 8 weeks  | I, B                                                                                       |
| Daily fixed-dose combination of sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 12 weeks | I, A                                                                                       |
| ALTERNATIVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DURATION | RATING  |
| Daily fixed-dose combination of paritaprevir (150 mg)/ritonavir (100 mg)/ombitasvir (25 mg) with dasabuvir (600 mg) as part of an extended-release regimen or plus twice-daily dosed dasabuvir (250 mg)                                                                                                                                                                                                             | 12 weeks | I, A                                                                                       |
| Daily simeprevir (150 mg) plus sofosbuvir (400 mg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 12 weeks | I, A                                                                                       |
| Daily daclatasvir (60 mg) <sup>b</sup> plus sofosbuvir (400 mg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 12 weeks | I, B                                                                                       |
| <p><sup>a</sup> This is a 3-tablet coformulation. Please refer to the prescribing information.</p> <p><sup>b</sup> The dose of daclatasvir may need to increase or decrease when used concomitantly with cytochrome P450 3A/4 inducers and inhibitors, respectively. Please refer to the prescribing information and the section on <a href="#">HIV/HCV coinfection</a> for patients on antiretroviral therapy.</p> |          |                                                                                            |

For genotype 1b-infected, treatment-naive patients without cirrhosis, there are 4 regimens of comparable efficacy. Three additional regimens are classified as alternative because, compared to the recommended regimens, they require a longer duration of treatment, involve greater prescribing complexity, are potentially less efficacious, and/or there are limited supporting data.

# Kronik Hepatit C Virusu Enfeksiyonunun Yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneđi Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaşısı Raporu-2017 Güncellemesi

*Management of Chronic Hepatitis C Virus Infection: A Consensus Report of the Study Group for Viral Hepatitis of the Turkish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases-2017 Update*

Bilgehan Aygen<sup>1</sup>, Neşe Demirtürk<sup>2</sup>, Nesrin Türker<sup>3</sup>, Ali Asan<sup>4</sup>, Haluk Eraksoy<sup>5</sup>, Yunus Gürbüz<sup>6</sup>, Dilara İnan<sup>7</sup>, Derya Keten<sup>8</sup>, Safiye Koçulu<sup>9</sup>, Serkan Öncü<sup>10</sup>, Deniz Özkaya<sup>11</sup>, Neşe Saltoğlu<sup>12</sup>, Murat Sayan<sup>13</sup>, Kaya Süer<sup>14</sup>, Alper Şener<sup>15</sup>, Süda Tekin<sup>16</sup>, Nazan Tuna<sup>17</sup>, Saadet Yazıcı<sup>18</sup>

1. İstanbul Kültür Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

**Tablo 12. HCV Genotip 1b'yle Infekte Tedavi Naif veya Tedavi (PegIFN+RBV) Deneyimli Sirotik Olmayan veya Kompanse Sirotik Hastalarda Tedavi Önerileri**

|                         | SOF/LDV                                | PTV-RTV/<br>OBV+DSV | SOF/VEL  | GRZ/EBV  | SOF+DCV                        | SOF+SMV       |
|-------------------------|----------------------------------------|---------------------|----------|----------|--------------------------------|---------------|
| <b>Tedavi Naif</b>      |                                        |                     |          |          |                                |               |
| <b>Sirotik Olmayan</b>  | 8-12 hafta                             | 8-12 hafta          | 12 hafta | 12 hafta | 12 hafta                       | 12 hafta      |
| Sirotik                 | 12 hafta                               | 12 hafta            | 12 hafta | 12 hafta | 12 hafta veya<br>±RBV 24 hafta | ±RBV 24 hafta |
| <b>Tedavi Deneyimli</b> |                                        |                     |          |          |                                |               |
| Sirotik Olmayan         | 12 hafta                               | 12 hafta            | 12 hafta | 12 hafta | 12 hafta                       | 12 hafta      |
| Sirotik                 | ±RBV 12 hafta veya<br>RBV'siz 24 hafta | 12 hafta            | 12 hafta | 12 hafta | 12 hafta veya<br>±RBV 24 hafta | ±RBV 24 hafta |

# Nisan 2017'de

\*Daha önce hepatit C açısından  
tedavi öyküsü yok  
\*Non sirotik , Genotip 1b hasta



Paritaprevir/ritonavir/  
Ombitasvir ve  
Dasabuvir tedavisi  
başlandı

OBV/PTV/r+DSV ile Klopidoğrel ve  
Kandesartan hidroklorotiyazid arası ilaç  
etkileşimi var mı?

**Tablo 7. Kronik Hepatit C Tedavisinde Kullanılan Doğrudan Etkili Antiviral İlaçlarla Kardiyovasküler İlaçlar Arasındaki Etkileşimler\***

|                                                     |                                                    |             | SOF | SOF/LDV | SOF/VEL | PTV-RTV/<br>OBV+DSV | GRZ/EBV | DCV | SMV |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|-----|---------|---------|---------------------|---------|-----|-----|
| Antiaritmikler<br>ve<br>Antiangoran<br>antikoagulan | Antiaritmikler                                     | Amiyodaron  |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Digoksin    |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Flekainid   |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Vernakalant |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     | Antiangoran<br>antikoagulan                        | Klopidogrel |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Dabigatran  |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Tikagrelor  |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Varfarin    |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     | Beta-blokerler                                     | Atenolol    |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Bisoprolol  |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Karvedilol  |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Propranolol |     |         |         |                     |         |     |     |
| Kalsiyum<br>kanal<br>blokerleri                     | Kalsiyum<br>kanal<br>blokerleri                    | Amlodipin   |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Diltiazem   |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Nifedipin   |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Aliskiren   |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     | Kalp<br>yetmezliği ve<br>hipertansiyon<br>ilaçları | Kandesartan |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Dokazosin   |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    | Enalapril   |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    |             |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     | Kalp<br>yetmezliği ve<br>hipertansiyon<br>ilaçları |             |     |         |         |                     |         |     |     |
|                                                     |                                                    |             |     |         |         |                     |         |     |     |



Klinik olarak anlamlı etkileşim yok.

Etkileşim potansiyeli var. Doz ayarlanması, zamanlama değişimi veya ek monitörizasyon gerekebilir.

Bu ilaçlar birlikte kullanılmamalıdır.

# OBV/PTV/r+DSV ile Klopidoğrel arası

## POTANSİYEL İLAÇ ETKİLEŞİMİ MEVCUT

Coadministration has not been studied. Clopidogrel is a prodrug and is converted to its active metabolite via CYPs 3A4, 2B6, 2C19 and 1A2. The effect on activation of clopidogrel to its active metabolite by CYP2C19 and inhibition of CYP2C19 by dasabuvir may lead to a decrease in the active metabolite.

**the active metabolite may lead to a decrease in the active metabolite.**

Coadministration with ketoconazole decreased the plasma concentration of clopidogrel's active metabolite by 22-33%.

In a study, the plasma concentration of clopidogrel's active metabolite was decreased by 22-33% in an HIV-positive patient with ritonavir-boosted darunavir.

Therefore, the active metabolite of clopidogrel may be decreased by the combination of dasabuvir and clopidogrel.

**metabolite of clopidogrel may be decreased by the combination of dasabuvir and clopidogrel.**

**increase dasabuvir concentrations. An alternative to clopidogrel should be considered.**

**considered.** Note, the European SPC for clopidogrel contraindicates its use in severe hepatic impairment but the US Prescribing Information states no dose alteration.

Klopidoğrel'in etkinliğinde azalma olabileceği gibi ayrıca Klopidoğrel'in major metaboliti CYP2C8 inhibitörü olup

Dasabuvir konsantrasyonunda artışa neden olabilir

Bu nedenlerden dolayı klopidoğrel'e alternatif bir ilaç kullanılmalıdır

# Klopidogrel ve kandesartan hidroklorotiyazid ilaç değişimi için kardioloji görüşü alındı

-  aylık tedavi süresince klopidogrel tedavisinin kesilebileceęi yada eęer uygunsa asetil salisilik asit ile devam edilebileceęi bildirildi
- OBV/PTV/r+DSV ile asetil salisilik asit arasında ilaç etkileşimi olmamasından dolayı klopidogrel tedavisi değiştirildi
- Kandesartan hidroklorotiyazid tedavisine devam edilebileceęi yakın tansiyon takibi önerildi



# Tedavinin 1. ayında

- Hastanın herhangi bir şikayeti yok
- Tedavisini düzenli aldığını belirtiyor
- Madde kullanımı açısından sorgulandığında kullanmadığını belirtiyor
- Tansiyonları normal sınırlarda

# Tedavinin 1.Ayında Laboratuvar Testleri

- WBC:8200 K/uL
- HGB:14.1 g/dL
- PLT: 249000 K/uL
- AST: 14 U/L
- ALT: 32 U/L
- ALP: 48 U/L
- T. Biluribin: 0.41 mg/dL
- D. Biluribin: 0.2 mg/ dL
- Üre: 15mg/dL
- Kreatinin: 0.68 mg/dL
- **HCVRNA: Negatif**
- AFP: Normal
- Protrombin zamanı: 12.2 sn
- INR: 0.9

# Tedavinin 2. ayında

- HCVRNA negatif
- Laboratuvar değerleri normal sınırdadır
- Hastanın herhangi bir şikayeti yok
- Tedavisini düzenli aldığını belirtiyor
- Madde kullanımı açısından sorgulandığında kullanmadığını belirtiyor
- Tansiyonları normal sınırlarda

# Tedavinin 3. ayında

- Hasta kontrole gelmedi

# Tedavinin 4. ayında

- Hasta toplam 8 hafta süre ile tedavi aldığını
- Cezaevindeki problemler nedeni ile son 1 aylık tedavisini almadığını belirtti
- Herhangi bir şikayeti yok
- Madde kullanımı açısından sorgulandığında halen kullanmadığını belirtiyor
- **HCVRNA negatif**
- Laboratuvar değerleri normal sınırdadır

# Tedavi sonu 12. hafta

- HCVRNA negatif, KVV var
- İzole AntiHBcIgG pozitifliği devam ediyor
- HbsAg negatif, HBVDNA negatif
- Madde kullanımı açısından sorgulandığında halen kullanmadığını belirtiyor
- Laboratuvar değerleri normal sınırdadır
- Kontrol batın USG normal

# Tedavi sonu 24. hafta

- Aralık 2017 beklenmekte
- Hastamız hepatit B açısından aşı programına alındı

# Hastamız madde kullanımı açısından tedavi altında olsa idi ne yapardınız?

- Hastanın tedavi olma isteğini sorgular ve direkt tedavi başlardım
- Psikiyatri desteği, eğitim ve opiyad yoksunluk tedavisi ile birlikte tedavi başlardım
- Psikiyatri desteği, opiyad yoksunluk tedavisinin sonlanmasını bekler ve sonrasında tedavi başlardım



The American Association for the Study of Liver Diseases  
and the Infectious Diseases Society of America Present

# **HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C**

Last Updated: September 21, 2017  
[www.hcvguidelines.org](http://www.hcvguidelines.org)

- \*İVK'da HCV prevalansı %10-70 arasında değişmekte
- \*İVK'ları, HCV epidemisinin devam etmesinde anahtar rolü üstlenmekte
- \*HCV'ye karşı halen etkin bir aşı geliştirilememiş durumda
- \*İVK'da HCV taramalarının artırılması, olguların DEA ile tedavi edilmesi ile HCV insidansı ve prevalansında dramatik düşüş elde etme potansiyeli vardır
- \*İVK'larında HCV tedavisi diğer risk azaltıcı stratejiler (opiyad yoksunluk tedavisi, iğne, enjektör değişim programları..gibi) ile tamamlanmalıdır
- \*HCV infeksiyonu nedeni ile tedavi almış İVK'larında reinfeksiyon riski genel İVK popülasyona göre daha düşüktür ancak halen bu grupta reinfeksiyon riski var

the additional interventions needed to maximize the benefits of HCV treatment (eg, preventing reinfection), and the cost-effectiveness of the strategies when used in target populations.

- \*Bu grup hastada tedavi; Diğer kliniklerle birlikte multidisipliner şekilde yürütülmeli böylelikle reinfeksiyon riski azaltılabilir ve bu popülasyondaki sosyal, psikiatrik ko-morbiditeler ile başa çıkılabilir
- \*Tedavi planlanması sırasında yakın zamanda yada halen aktif İVİK'sı olmak HCV tedavisi için kontrendikasyon olarak görülmemelidir
- \*Yapılan çalışmalarda bu grup hastada tedavi uyumu bulunduğu, reinfeksiyon oranlarının düşük olduğu gösterilmiştir ve bu hastaların tedaviye ulaşımının sınırlandırılması gerektiği görüşünden uzaklaşmıştır
- \*İVİK'larında HCV tedavisine erişimin artırılması tüm dünya genelinde HCV epidemisi üzerine pozitif bir etki yaratacağı önemlidir

SEPTEMBER 2016

# **EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016**

## **SUMMARY**

**European Association for the Study of the Liver**

### *10.3.3. Active drug addicts and patients on stable maintenance substitution*

- \*İVİK'da rutin olarak anti-HCV taranmalı ve negatif olgular yıllık takibe alınmalı
- \*İVİK'larına genel zarar azaltıcı programların parçası olarak temiz enjektörler sağlanmalı ve opiyad yoksunluk tedavilerine erişimleri kolaylaştırılmalı
- \*Tedavi öncesindeki eğitimler; bulaş, fibrozise ilerleme için risk faktörlerini, reinfeksiyon riskini ve zarar azaltıcı stratejileri kapsamalı
- \*İVİK'da HCV tedavisi bireyselleştirilmeli ve bu kişilerin tedavileri multidisipliner ekip çalışması ile yapılmalı

### *10.3.3. Active drug addicts and patients on stable maintenance substitution*

- \*Tedavi öncesi değerlendirmede eğitim, sosyo kültürel farklılıkların sosyolojik ve finansal olarak değerlendirilmesi önerilmekte
- \*İVİK hikayesinin bulunması yada tedavi sırasında ilaç kullanımı KVY oranlarında azalma ile ilişkili değildir, bu kişilerde tedavi bireyselleştirilmelidir
- \*Alkol / madde kullanıcıları yada psikiatrik hastalık öyküsü bulunan bireylerin tedavi uyum oranları daha düşük olabilir bu nedenle KVY oranları da daha düşük kalabilir
  - \*Bu grup hastanın tedavi sırasında daha yakın takip edilmesi ve yoğun multidisipliner destek sağlanması gereklidir
- \*İVİK'da HCV tedavisi farklı değildir, methadon ve buprenorfin doz ayarlaması gerekmez ancak hastalar opiyad toksitesi yada yoksunluğu açısından yakın takip edilmelidirler
- \*Opiyad yoksunluk tedavisi KC transplantasyonu için kontrendikasyon oluşturmaz

# HCV; DEA İLE YASADIŞI İLAÇLARIN ETKİLEŞİMİ

**Table 4B. Drug-drug interactions between HCV DAAs and illicit recreational drugs.**

|                       | SOF | SOF/<br>LDV | SOF/<br>VEL | 3D | GZR/<br>EBR | DCV | SIM |
|-----------------------|-----|-------------|-------------|----|-------------|-----|-----|
| Amphetamine           | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ◆   |
| Cannabis              | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ■   |
| Cocaine               | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ■   |
| Diamorphine           | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ◆   |
| Diazepam              | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ■   |
| Gamma-hydroxybutyrate | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ■   |
| Ketamine              | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ■   |
| MDMA (ecstasy)        | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ◆   |
| Methamphetamine       | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ◆   |
| Phencyclidine (PCP)   | ◆   | ◆           | ◆           | ■  | ◆           | ◆   | ■   |
| Temazepam             | ◆   | ◆           | ◆           | ◆  | ◆           | ◆   | ◆   |

SOF, sofosbuvir; SOF/LDV, sofosbuvir plus ledipasvir; SOF/VEL, sofosbuvir plus velpatasvir; 3D, ritonavir-boosted paritaprevir, plus ombitasvir and dasabuvir; GZR/EBR, grazoprevir plus elbasvir; DCV, daclatasvir; SIM, simeprevir.

## Colour legend

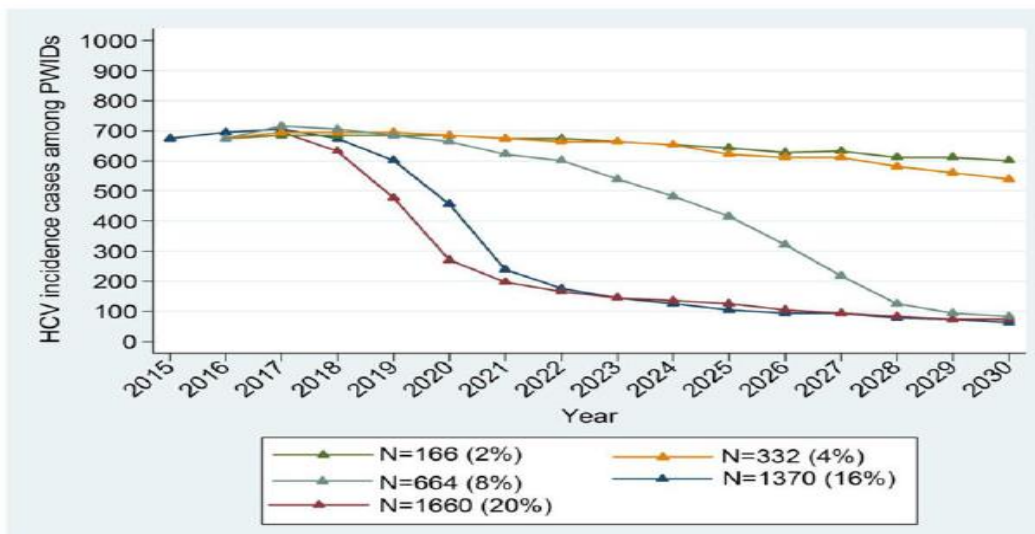
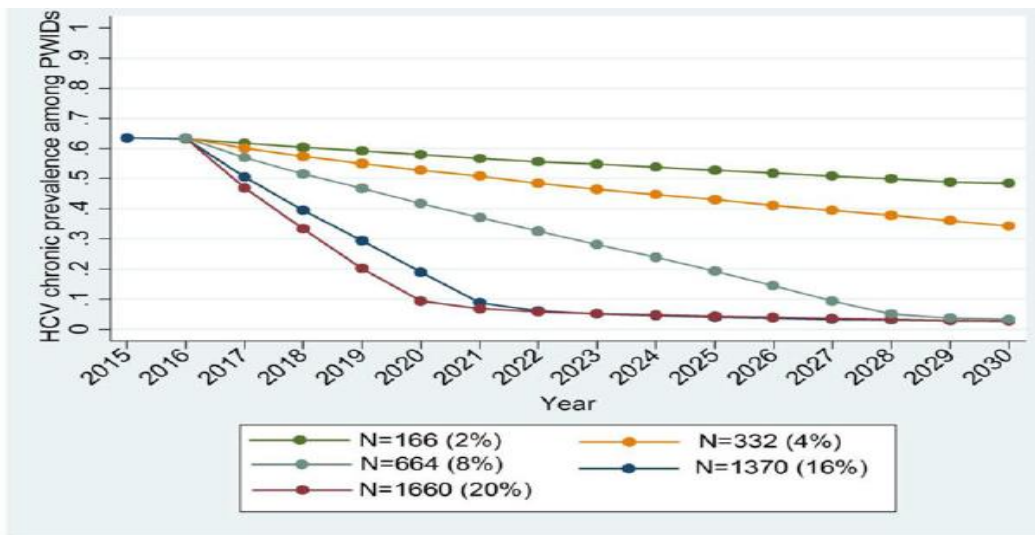
|   |                                                                                                                        |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ◆ | No clinically significant interaction expected                                                                         |
| ■ | Potential interaction which may require a dosage adjustment, altered timing of administration or additional monitoring |
| ● | These drugs should not be co-administered                                                                              |

**Treatment and primary prevention in people who inject drugs for chronic hepatitis C infection: Is elimination possible in a high prevalence setting?**

Gountas I.<sup>1</sup>, Sypsa V.<sup>1</sup>, O. Anagnostou<sup>2</sup>, N.K Martin<sup>3,4</sup>, P. Vickerman<sup>4</sup>, E. Kafetzopoulos<sup>2</sup>, and A. Hatzakis<sup>1</sup>

- İVİK’da tedavi ve primer koruma önlemleri ile HCV infeksiyonunun eliminasyonu mümkün mü?
- Yunanistan’dan yapılan bir çalışma Atina’da 8300 İVİK’da
- AMAÇ: HCV prevalansı ve insidansının yüksek olduğu İVİK’da HCV eliminasyonunun sağlanabilmesi için;
  - \*HCV tedavi oranlarının ne kadar artırılması gerektiğini
  - \*Primer koruyucu önlemlerin ne kadar genişletilmesi gerektiğini hesaplamak
  - \*Bunlar sağlandığında 2016 ile kıyaslandığında 2030’da HCV prevalansı ve insidansında ne kadar bir azalma olacak





Model predictions for chronic HCV prevalence and the number of new infections among PWID in Athens for different annual treatment rates (N) while assuming 2% annual increase in harm reduction programmes coverage (from 44% in 2015 to 72% in 2030). The number of treated PWID per year and the corresponding percentage over the whole population of PWID in Athens are shown in parentheses.

a. Chronic HCV Prevalence among PWID

b. New infections among PWID

**Treatment and primary prevention in people who inject drugs for chronic hepatitis C infection: Is elimination possible in a high prevalence setting?**

Gountas I.<sup>1</sup>, Sypsa V.<sup>1</sup>, O. Anagnostou<sup>2</sup>, N.K Martin<sup>3,4</sup>, P. Vickerman<sup>4</sup>, E. Kafetzopoulos<sup>2</sup>, and A. Hatzakis<sup>1</sup>

- SONUÇ:  
Teorik model projeksiyon yöntemlerine dayanarak;  
2030 yılına dek Atina'da İVİK'da HCV tedavisi ve primer koruyucu önlemlerin artırılması ile HCV insidans ve prevalansında büyük düşüşler elde edilebilir
- İVİK'da tedavi oranlarında yılda %16'dan daha fazla artışla birlikte primer koruyucu önlemlerin kapsayıcılığında da ılımlı artış sağlanabilirse KHC önümüzdeki 4-5 yıl içinde elimine edilebilir

## **New developments and opportunities for preventing hepatitis C virus (HCV) among people who use and inject drugs—announcing an *Addiction* series**

- Global olarak HCV yükünün %40'ı İVİK'na bağlanabilir
- Çoğu ülkede İVİK'larının yarısı HCV ile birlikte yaşamaktadır
- HCV için halen bir aşı yoktur
- Yeni DEA'lerle İVİK'da tedavi kür oranları %90'ların üzerinde olarak raporlanmaktadır
- DEA'lerle tedavi maliyeti yüksek olmasına rağmen İVİK'larında tedaviye öncelik verilmesinin bu tedavinin koruyucu etkisinden dolayı sağlık ekonomi modelleri tarafından maliyet etkin olduğu bildirilmiştir
- Kuvvetli ampirik kanıtlar göstermektedir ki primer koruyucu önlemler (OYT, TESP) ile toplumdaki HIV ve HCV oranları azaltılabilir

## **New developments and opportunities for preventing hepatitis C virus (HCV) among people who use and inject drugs—announcing an *Addiction* series**

- İVİK’da HCV yayılımında önemli düşüşlerin elde edilebilmesi için HCV tedavisi ile birlikte primer koruyucu önlemlerin birlikte uygulanması gerekmektedir
- HCV tedavi merkezleri ile bu koruyucu önlemleri sağlayan merkezler birbirine entegre edilmelidir
- Ayrıca tüm mahkum HCV pozitif hastalarında tedaviye erişimleri sağlanmalıdır
- DSÖ’nün 2030 yılına dek HCV’yi elimine etme hedefine ulaşması ancak bu şekilde sağlanabilir

# ÖZET

- 2030 yılına dek HCV'yi eradike edebilmek için İVİK'larında tanı koyma ve tedaviye erişim oranları artırılmalı
- İVİK'da HCV tedavisi primer koruyucu önlemler ile birlikte yürütülmeli
- Tedavi bireyselleştirilmeli ve multidisipliner şekilde yürütülmeli
- Bu grup hastada eğitime daha çok önem verilmeli

İlginiz için teşekkürler

