

■ EPATOLOGIA

Nuova opportunità di trattamento per l'epatite Delta

L'infezione da virus dell'epatite Delta (HDV) è sostenuta da un piccolo virus a RNA "difettivo" che utilizza l'HBsAg come involucro esterno, l'antigene di superficie del virus HBV. Per questo motivo, i soggetti HDV positivi sono anche HBV positivi; i pazienti con HDV hanno quindi una doppia infezione. Si ritiene che nel mondo ci siano 10 milioni di soggetti coinvolti e che circa il 10% di coloro con epatite B abbiano anche la Delta, sebbene in tanti non ne siano consapevoli. In Italia si stima che siano affetti da HDV circa 10mila persone.

"Purtroppo sono numeri sottostimati perché molti soggetti HBV positivi non vengono ancora testati per epatite Delta, come viene raccomandato da tutte le linee guida internazionali e italiane - spiega ad *M.D.* **Pietro Lampertico**, Gastroenterologia ed Epatologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, ordinario di Gastroenterologia, Università degli Studi di Milano. Questo fa sì che vi sia un notevole sommerso e che le diagnosi siano spesso tardive, lasciando che il virus danneggi il fegato e che, tra coloro che non sono protetti dalla vaccinazione contro l'Epatite B, (obbligatoria per i nuovi nati dal 1991), si diffondano i contagi, che possono avvenire per via parenterale e sessuale.

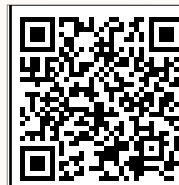
"Peraltro il test di primo livello, la ricerca degli anticorpi contro l'HDV (anti-HDV) è una indagine di agevole accesso, facilmente eseguibile e di basso costo, disponibile nella maggioranza dei centri di riferimento. In caso di positività il test di secondo livello è l'HDV-RNA (dosaggio quantitativo della viremia circolante) per la conferma diagnostica. Dal punto di vista clinico l'epatite cronica Delta è la forma più aggressiva tra tutte le epatiti croniche virali: è caratterizzata da elevati tassi di scompenso epatico, rapida progressione a cirrosi ed epatocarcinoma e in molti pazienti il trapianto di fegato è l'unica possibilità. Negli ultimi tre decenni il trattamento antivirale utilizzato è l'interferone alfa (in precedenza standard e più recentemente peghilato), un farmaco che però mostra diversi limiti: i tassi di risposta virologica completa sono circa del 20%, tollerabilità ed effetti collaterali sono numerosi ed importanti, può essere utilizzato solo nel 20-30% di questi pazienti. È dunque estremamente importante ricercare nuove strategie terapeutiche".

► **Novità terapeutica**

Recentemente, prima ancora che negli Stati Uniti, è stato approvato da EMA il nuovo farmaco bulevirtide 2 mg, unico per meccanismo

d'azione e somministrazione (iniezioni sottocutanee quotidiane). Il farmaco ha dimostrato negli studi di fase 2 e in quelli in fase 3 una eccellente risposta virologica e biochimica nell'ordine del 50% a 24 settimane di trattamento. La novità importante è che il farmaco non solo può essere utilizzato in casi particolari insieme ad interferone, ma anche in monoterapia nei pazienti che non possono essere sottoposti a terapia con interferone, che sono circa l'80% e soprattutto i pazienti con malattia cirrotica compensata avanzata.

Gli studi sono tuttora in progress e al prossimo congresso dell'Associazione Europea per lo Studio del Fegato, che si svolgerà a giugno, verranno presentati i dati alla settimana 48 dello studio registrativo del farmaco in monoterapia. Un risultato significativo tanto più che spesso l'identikit del paziente affetto da questa patologia riguarda persone di 45 anni, frequentemente di sesso femminile, che muoiono di scompenso o di cancro. Il futuro sarà caratterizzato da terapie di combinazione tra diversi farmaci che sono attualmente in studio. In sintesi una opzione terapeutica nuova ed estremamente importante, a patto che tutti i pazienti con epatite B noti ai centri di riferimento siano scrinati anche per epatite Delta.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Pietro Lampertico