# Eliminación de hepatitis C en hombres que tienen sexo con hombres VIH+: realidades y retos

**Edward Cachay MD, MAS**

**Director Owen Hepatitis Co-Infection Program**

**Associate professor of Medicine**

**University of California, San Diego**

**AGIDEI- Vigo-España; 2 Febrero 2018**

# Agenda

1. Definiciones, objetivos y realidades
2. Bases para la ‘Microeliminación’
3. Brechas en la cascada de VHC en HSH VIH+: cribado, captación y tratamiento
4. Dinámica de la epidemia en HSH VIH+
5. Esfuerzo conjunto internacional
6. Conclusiones

# Agenda

**1. Definiciones, objetivos y realidades**

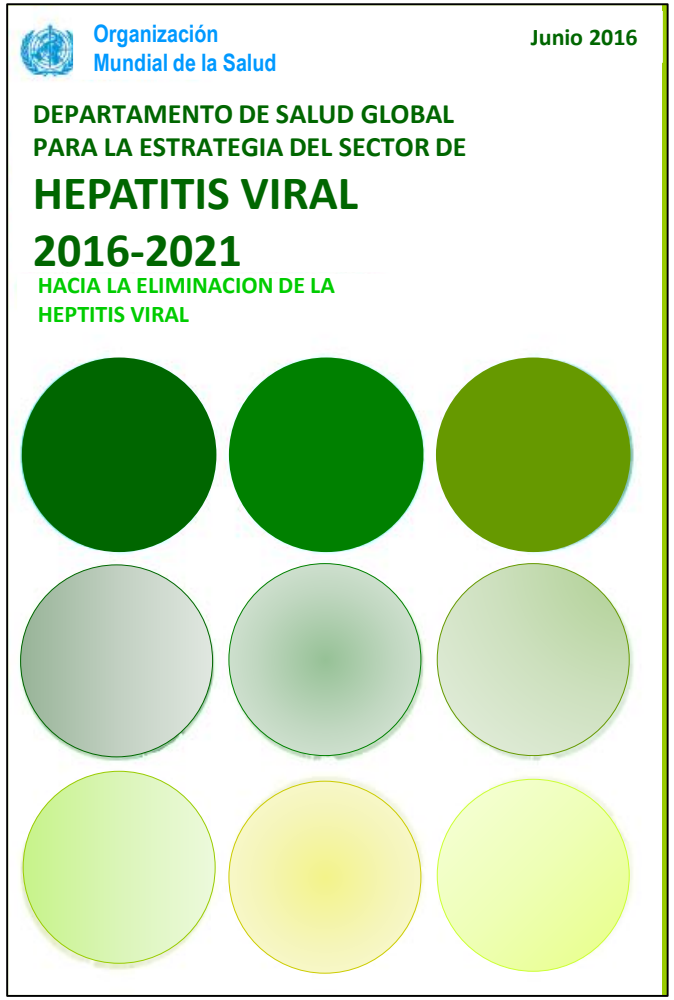
- Bases para la ‘Microeliminación’
- Retos en la cascada de VHC: cribado, captacion y tratamiento
- Dinámica de la epidemia en HSH VIH+
- Esfuerzo conjunto internacional
- Conclusiones

# OMS: Eliminación como amenaza pública

- Objetivo: Eliminación de la hepatitis viral como  amenza pública en el año 2030

- "Eliminación como amenaza pública": Alcanzar medidas cuantificables en relación a la infección e impacto de la enfermedad.

- Intervención continua!


Organización
Mundial de la Salud

Junio 2016

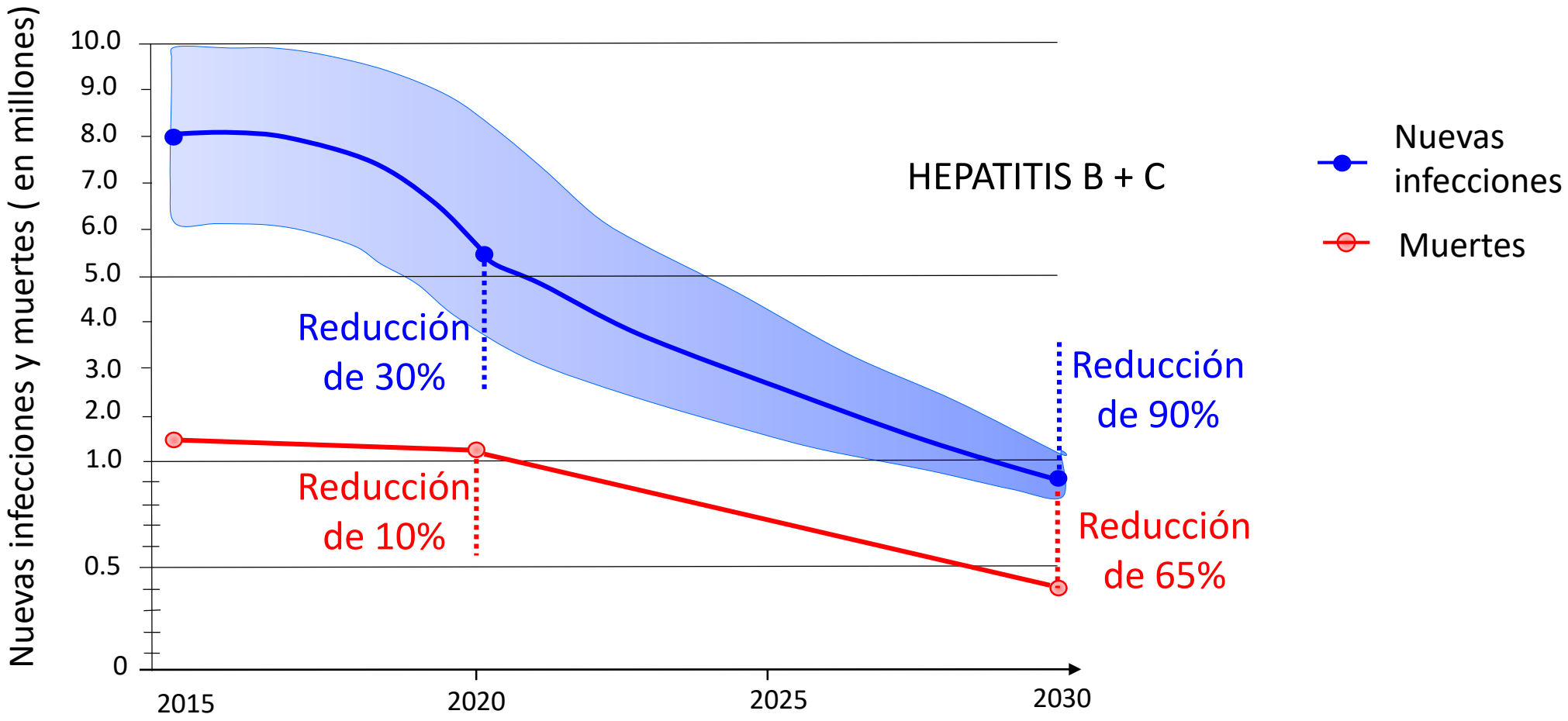
DEPARTAMENTO DE SALUD GLOBAL
PARA LA ESTRATEGIA DEL SECTOR DE

HEPATITIS VIRAL

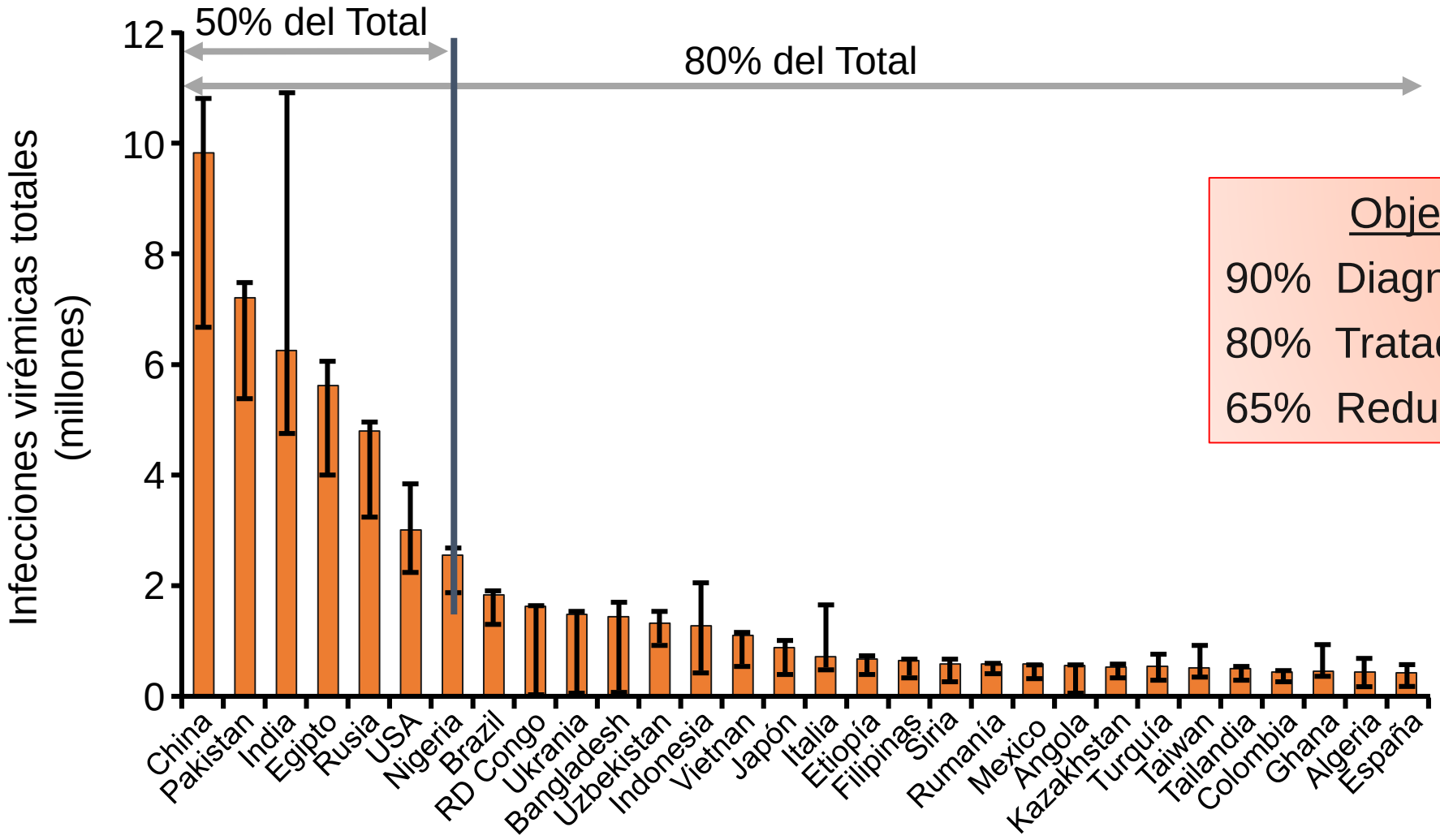
2016-2021

HACIA LA ELIMINACION DE LA
HEPTITIS VIRAL

# Estrategia global de al Organización Mundial de la Salud



# 30 Países concentran casi el de 80% de personas con VHC




**Objetivos 2030**

90% Diagnosticados

80% Tratados

65% Reducción Mortalidad

Polaris Observatory HCV Collaborators. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2:161-176.
Blach S, et al. AASLD 2016. Abstract 753

# Agenda

- Definiciones, objetivos y realidades
- **2. Bases para la ‘Microeliminación’**
- Brechas en la cascada de VHC en HSH VIH+: cribado, captacion y tratamiento
- Dinámica de la epidemia en HSH VIH+
- Esfuerzo conjunto internacional
- Conclusiones

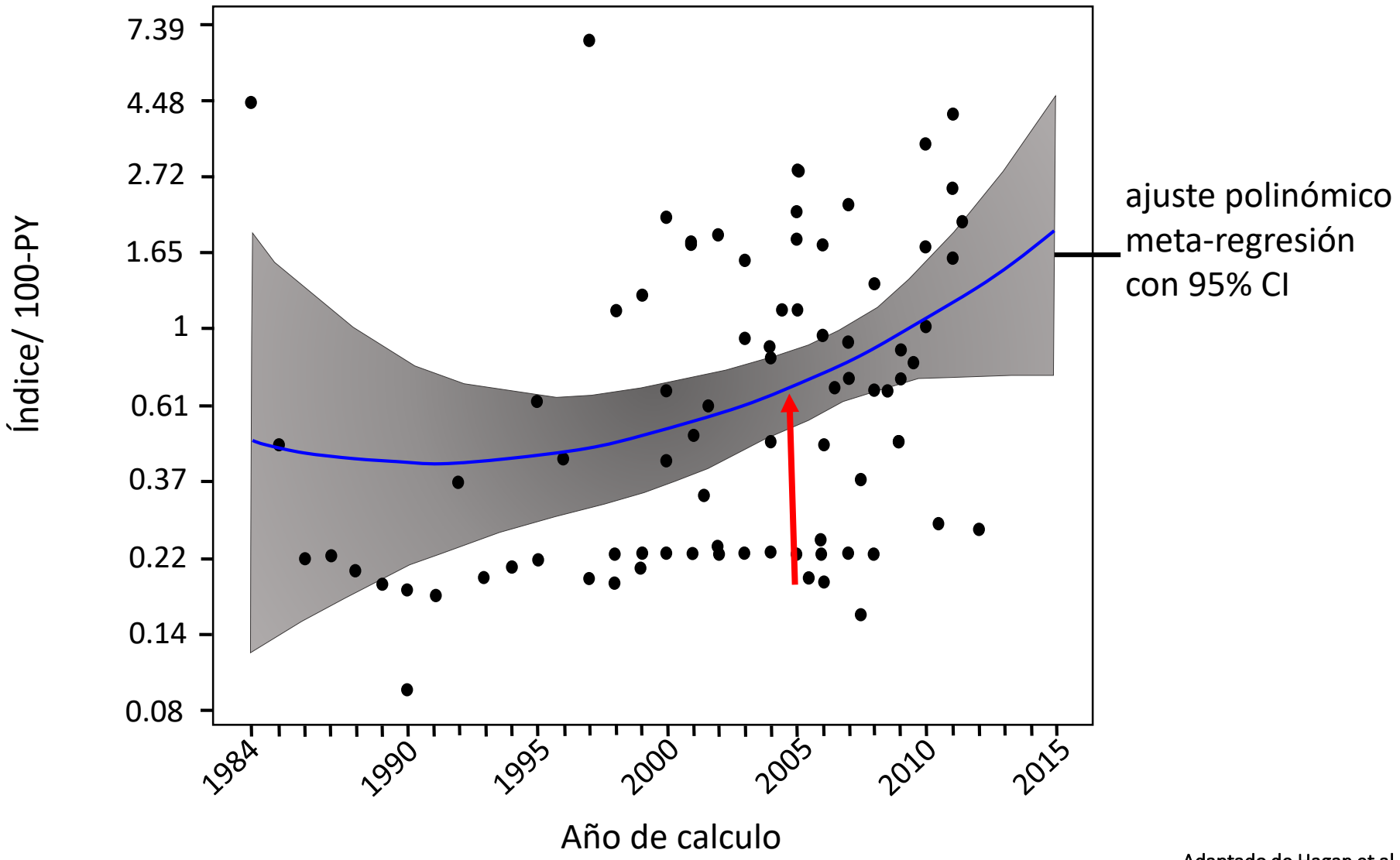
# El panorama de la co-infección del VHC en pacientes con VIH

- ~ 2·3 millones de personas viven con VIH–VHC en todo el mundo.

- Mas de las mitad (~ 1·3 milliones) usan drogas endovenosas (IDU) y se encuentra en Europa del Este (27%) y Africa Sub-sahariana (19%).

- En USA y otros países desarrollados europeos, HSH que no usan IDU son responsable de aproximádamente un tercio de todos los casos de VHC en pacientes con VIH e incremento creciente de la epidemia de VHC.

# Incidencia del VHC en HSH VIH+ en relación al calendario anual




Adaptado de Hagan et al. AIDS. 2015; 29: 2335-45

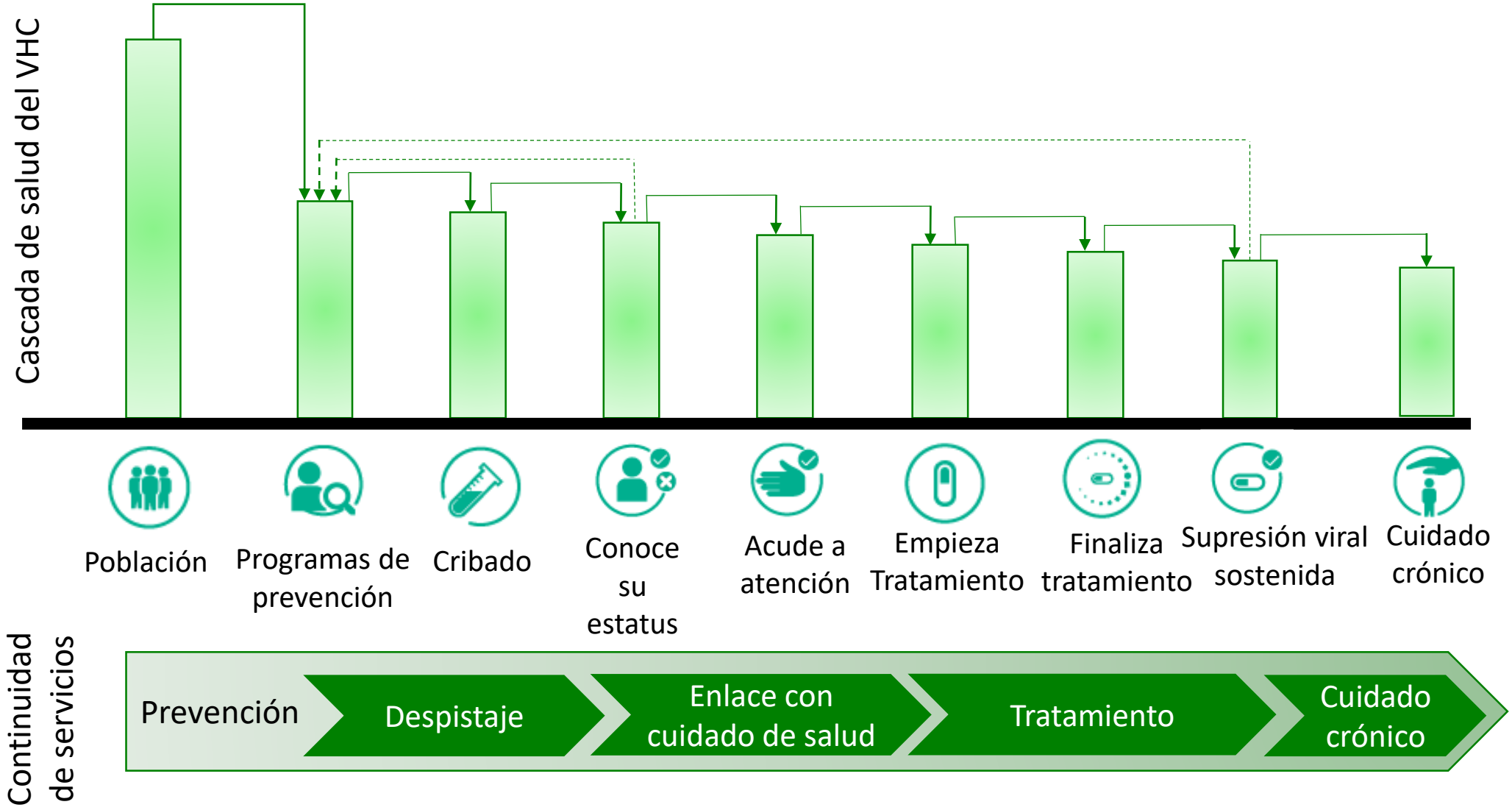
Copyright © Edward Cachay MD, MAS.

# “Micro-eliminación” de hepatitis C en pacientes con HSH seropositivos con VIH **¿ Razones para el optimismo?**

- Gran mayoría esta enrrolado en programas de atención de salúd
- Esta conección establecida con sistemas de salúd pudiera facilitar cobertura del tratamiento para hepatitis C.
- Oportunidad de seguimiento continuo:  eficacia, comorbilidad y re-infección.

1. Definiciones, objetivos y realidades
2. Bases para la ‘Microeliminación’
3. **Brechas en la cascada de VHC en HSH VIH+: cribado, captacion y tratamiento**
4. Dinámica de la epidemia en HSH VIH+
5. Esfuerzo conjunto internacional
6. Conclusiones

# Pasos claves para un programa exitoso de salud de hepatitis C



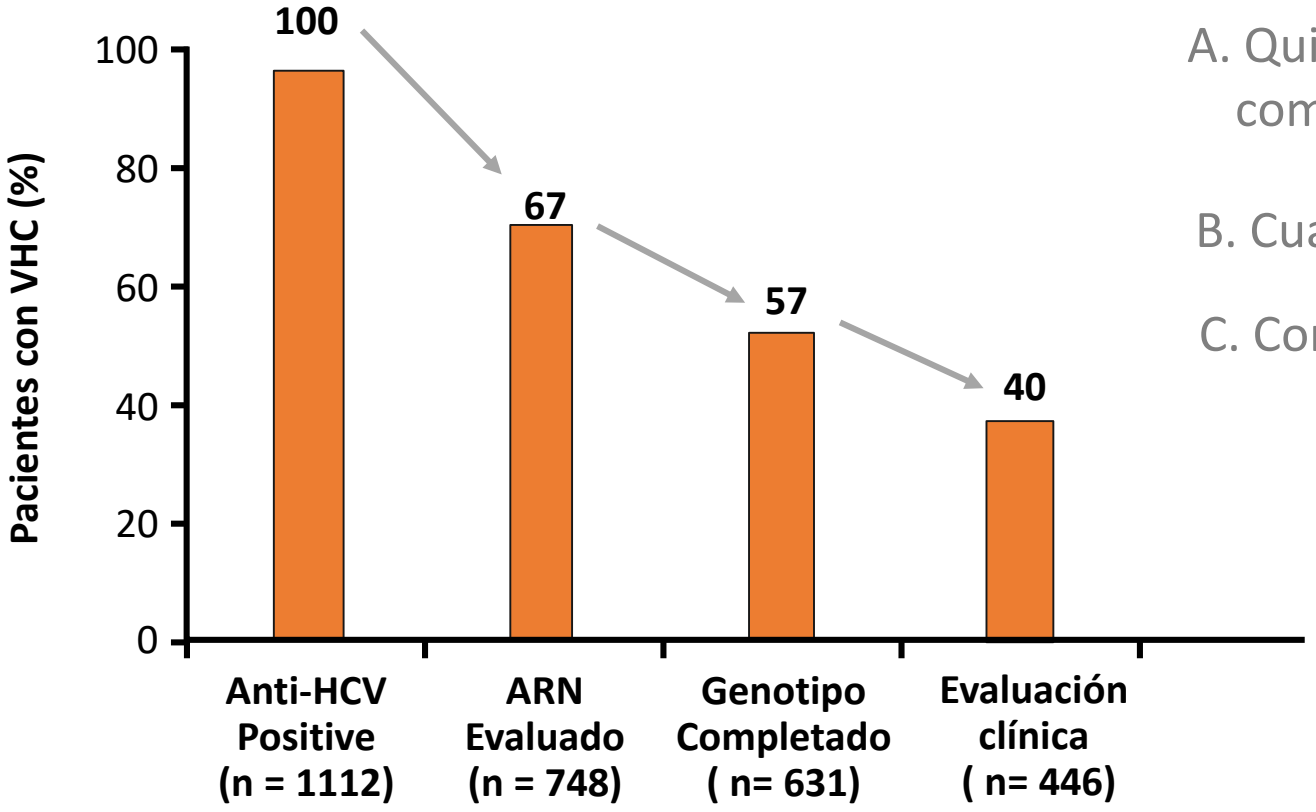
# Cribado de HCV es alto al establecer servicios de salud VIH

- Seis centros académicos en USA
- 17 090 participantes adultosque recibieron atención VIH al menos una vez entre 2000–2011.
- La mayoría, 16 002 (93.6%) recibieron al menos un examen de cribado para VHC
- El cribado es eficiente en el primer trimestre: 14 534 (85%) fueron evaluados durante los 3 meses de su visita inicial.

Freiman JM, et al Clin Infect Dis. 2014;59:1686-93

# Las prácticas de cribado de VHC son incompletas en la práctica existente en USA

- Evaluación pacientes VIH en Chicago : 2006-2015




A. Quien debe ser responsibla para completar estadiaje virólogico?

B. Cuando?

C. Como?

Adeyemi O, et al. CROI 2014

# Eliminación del VHC **¿Como simplificar el sistema?**

**Diagnóstico**

- Prueba en el punto de atención
- Antígeno VHC ( Prueba Abbott Architect AgVHCc Sensibilidad fué solo 64.7% cuando el ARN VHC era <4 log IU/mL )[1].
  Ag VHC EIA no desnaturalizado[2] ??
- Reflejo (anticuerpo positivo → Prueba de carga viral VHC)

**Evaluación Previa al Tratamiento**

- ¿Necesitamos genotipo ahora que hay régimens pangenotípicos?
- Herramientas secncillas para diferenciar pacientes con cirrósis
- APRI/FIB4, elastografía

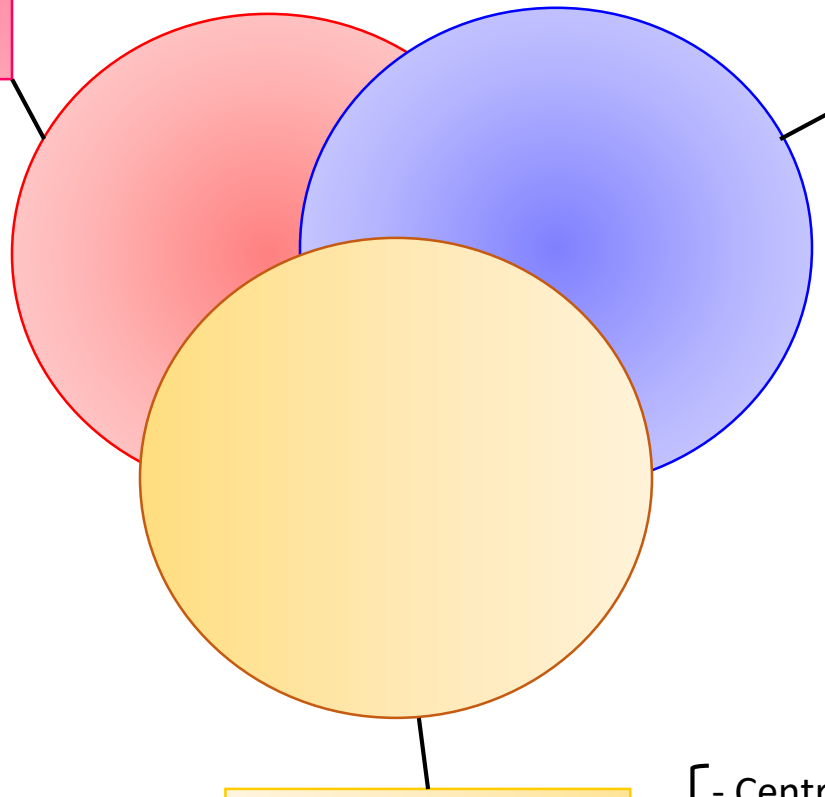
**Tratamiento**

- 1 pastilla al día por 8-12 semanas
- No RBV, no interacciones
- No necesdidad de monitoreo clínico
- Que se pueda pagar


1. Medici et al. J Clin Virol 2011;51:260-265
2. Hu KQ & Cui W.Hepatology. 2016; 64:415-24

# ¿Cuales son los factores que afectan la captación de tratamiento VHC en pacientes con VIH conocedores de su infección VHC activa?

**Sistema de Salud:**
Accesso a medicinas



**Pacientes**

- Barreras personales
- Adicciones
- Psíque
- Alfabetismo de salud

Modelos clínicos de tratamiento

- Centralizado
- Sub especializado
- Inflexibles

Cachay et et al.
**www. ClinicalTrials.gov**
**NCT03413696.**

# El costo del tratamiento

Precio total de acquisición

- Transparente; estático
- Importancia “relativa”

Lo que realmente pagan los proveedores de salud

- Es el más importante pero también el más opaco
- **Evidentement disminuyendo**

“ Acuerdos” con farmacias dsitribuidoras

Descuentos de acuerdo al tamaño del Sistema, más grande, mas barato: e.x. Veterans Affairs (VA)

Planes negociados con gobiernos

- Egipto, Brasil, **España**, Australia

Costo de Producción

- No se sabe oficialmente
- Estimados son MUY bajos (100-300 USD por curso!)

# Costo y Cobertura

Muchos sistemas de salud y sistemas de seguros limitaban el tratamiento para VHC en función al grado de severidad de enfermedad hepática: e.g. USA Medicaid ≥ F2

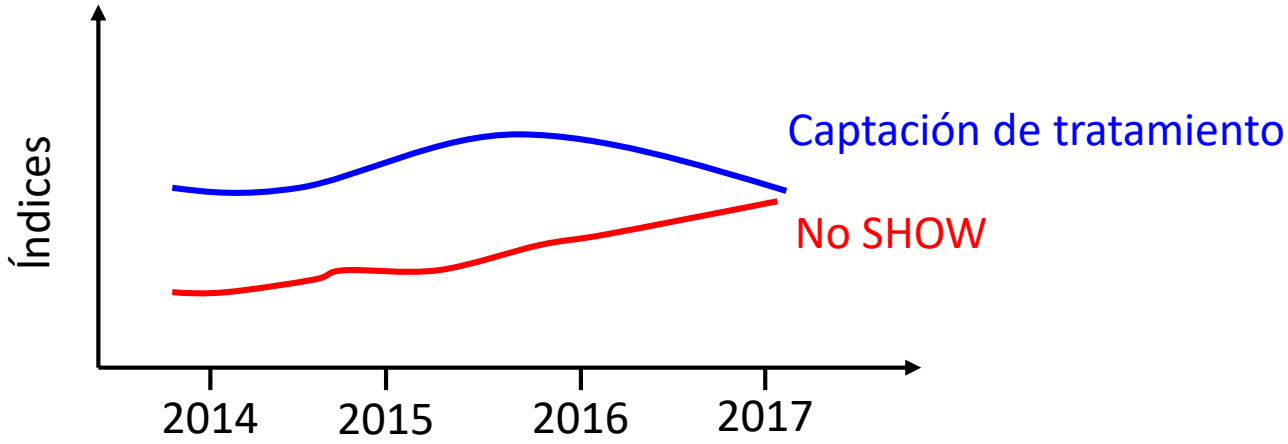
Industrias productoras

Sistema de Salud-seguros

Pacientes

Copyright © Edward Cachay MD, MAS.

# En el estado de California no han habido restricciones para acceder  tratamiento del VHC en pacientes con VIH en el 2017!

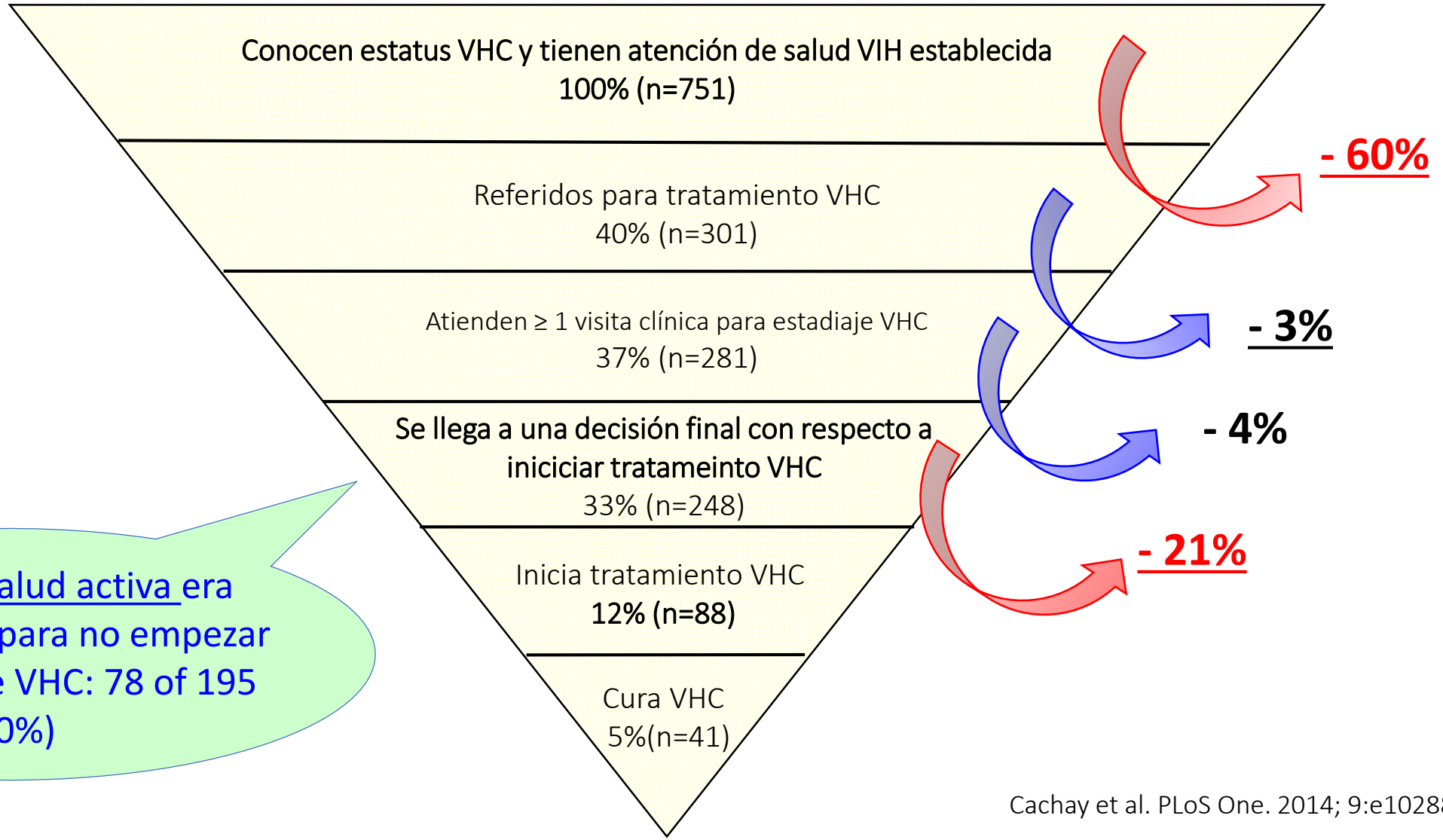



Análisis preliminares - UCSD

Cachay et al.  In progress

Copyright © Edward Cachay MD, MAS.

# No nos olvidemos las lecciones aprendidas en la era de interferón en pacientes con VIH !




Barreras de salud activa era principal razón para no empezar tratamiento de VHC: 78 of 195 (40%)

Cachay et al. PLoS One. 2014; 9:e102883

# Necesitamos descentralizar sistemas de tratamiento sin bajar la guardia al monitoreo

1. Tratar fácil

- Clinicas primarias de salud
- Clinicas de rehabilitacion , terapia de sustitucion de narcóticos
- Centros de atención de salud sexual

2. Ir a ellos!

- “Camionetas móviles”- Aliados de salud: farmacistas clinicos, Enfermeras

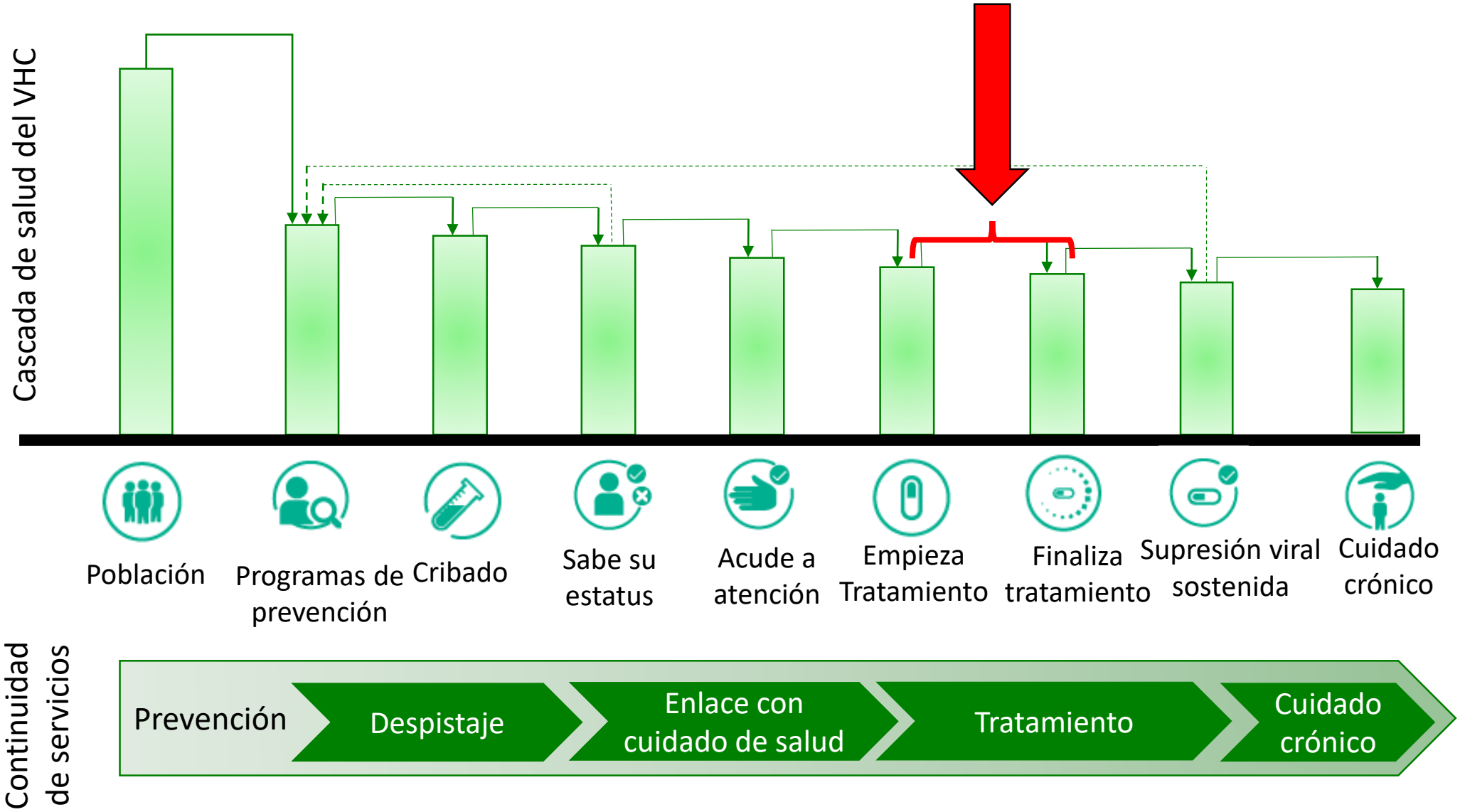
3. Facilitar-enlazar

- Rol del especialista: ‘Maestro de Maestros’

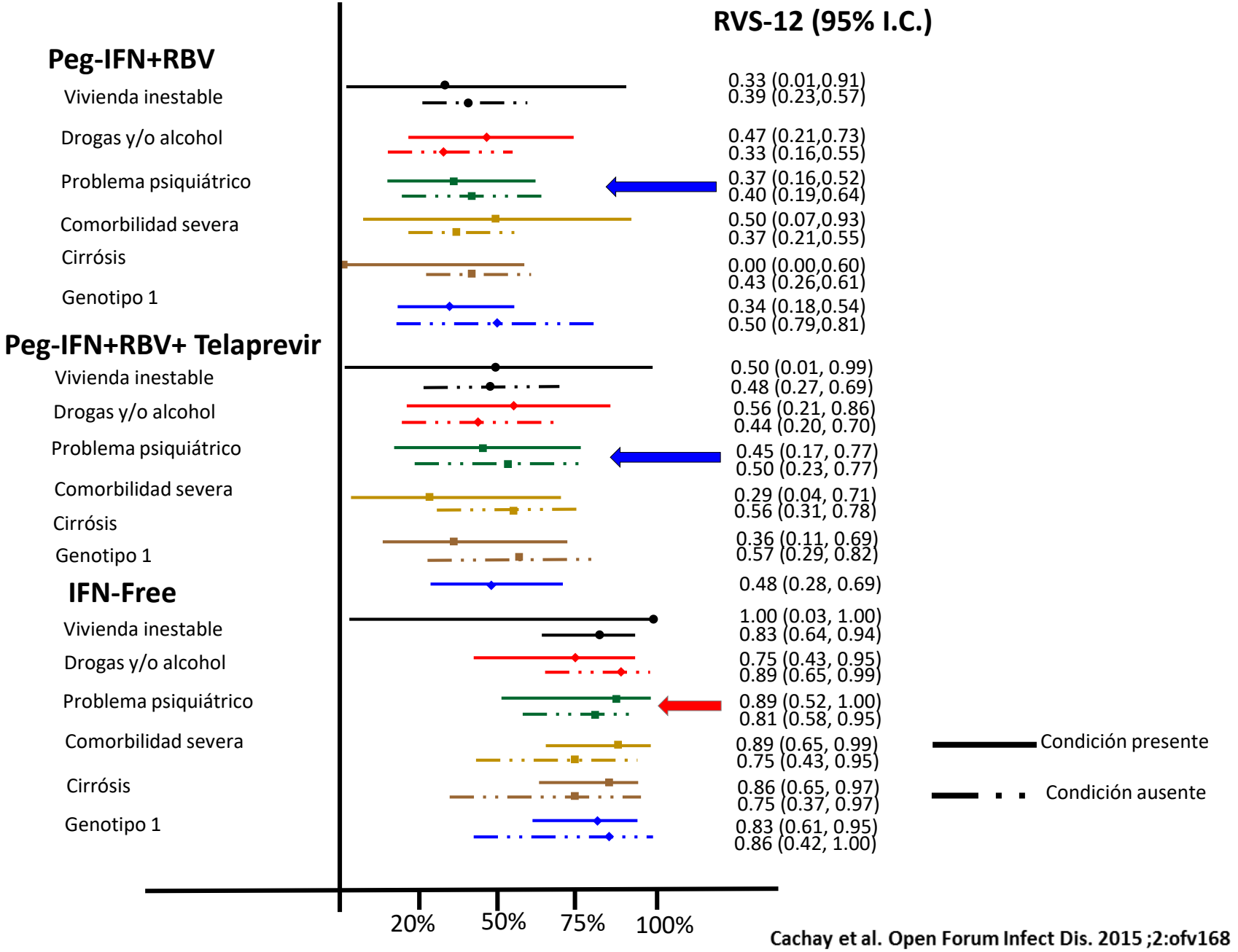
Telemedicina: ejemplo, Proyecto Echo

Copyright © Edward Cachay MD, MAS.

# Para curar la hepatitis C, no solo hay que empezar, sino también completar el tratamiento!



# ‘Barreras de salud’: Efecto en la repuesta al tratamiento VHC –UCSD Owen Clinic 1er año DAA




Cachay et al. Open Forum Infect Dis. 2015 ;2:ofv168

# Factores que predicen abandono o discontinuación de DAA en el HCV-TREN

- ~500 pacientes de 5 centros en 3 Países (Italia, España y USA)
- Apróximadamente **8% no respondieron a DAA**, **3% de ellos debido a abandono de tratamiento**

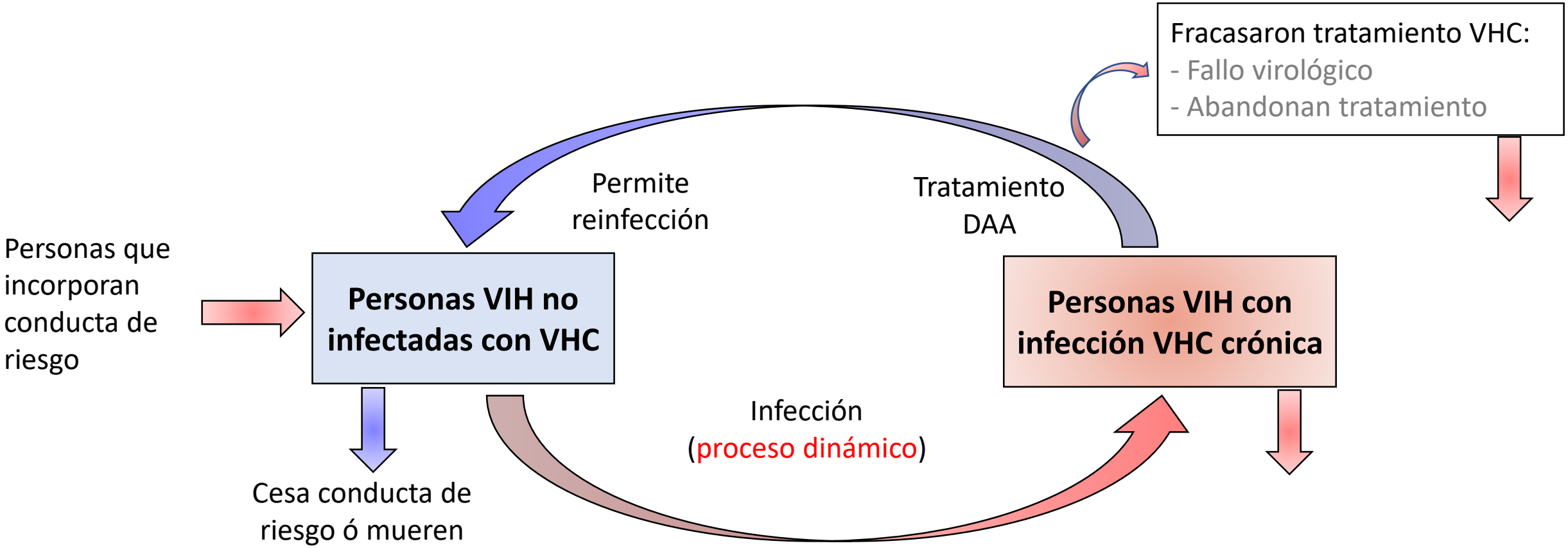
"Historia de enfermedad psiquiátrica severa y/o activa = OR: 2.7, CI: 1.2-5.8"

( There was no interaction between drug use and active psychiatric illness)

Cachay E, Mena A , et al, et al. Por presentar , Boston-CROI 2018

1. Definiciones, objetivos y realidades
2. Bases para la ‘Microeliminación’
3. Brechas en la cascada de VHC en HSH VIH+: cribado, captación y tratamiento
4. **Dinámica de la epidemia en HSH VIH+**
5. Esfuerzo conjunto internacional
6. Conclusiones

# Modelo simplifacado de la epidemia en pacientes con VIH: Importancia de evaluación sistemática

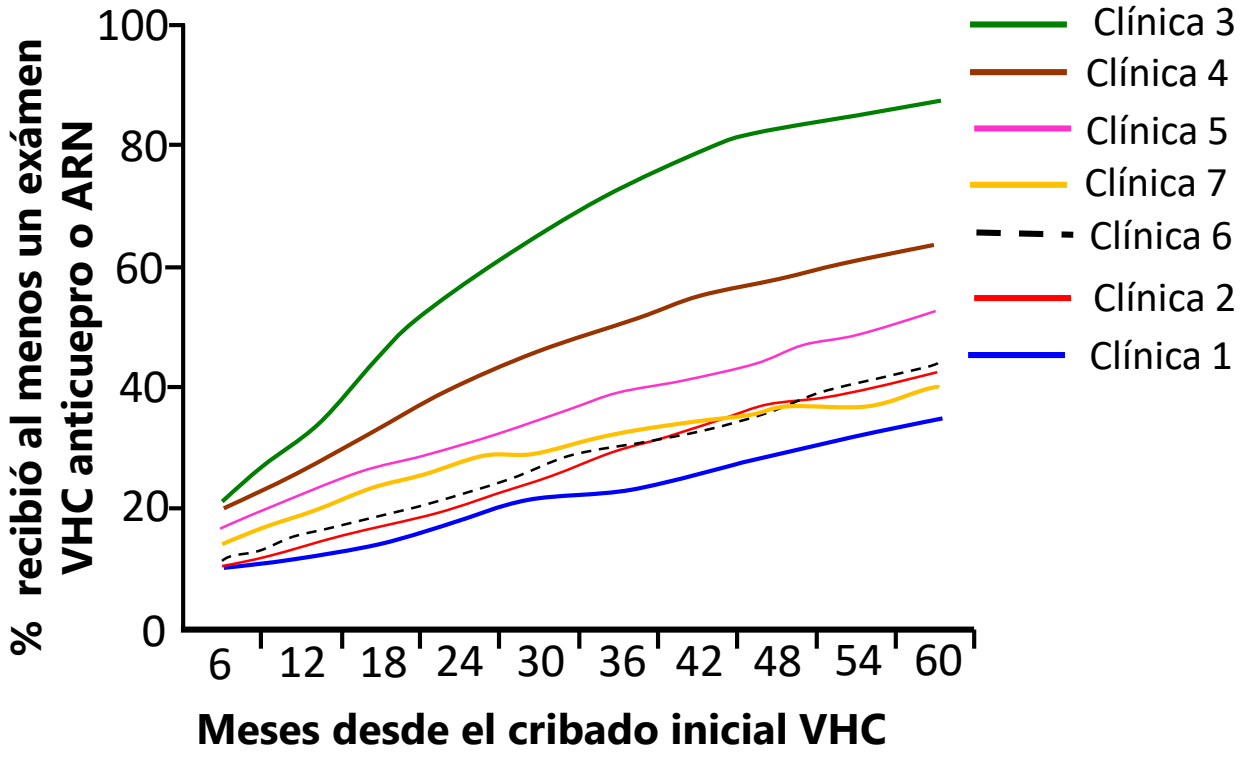



A. Incidencia en relación a la prevalencia, nivel de intervenciones y factores de riesgo → Predice incidencia
B. A medida que captacion de tratamiento incrementa, la prevalencia e incidencia disminuirán

Copyright © Edward Cachay MD, MAS.

# Cribado de VHC es alto al establecer servicios VIH pero sub-óptimo para evaluar nuevas infecciones

Entre 9077 participantes, 5042 (55.6%) tuvo al menos una evaluación subsequente.

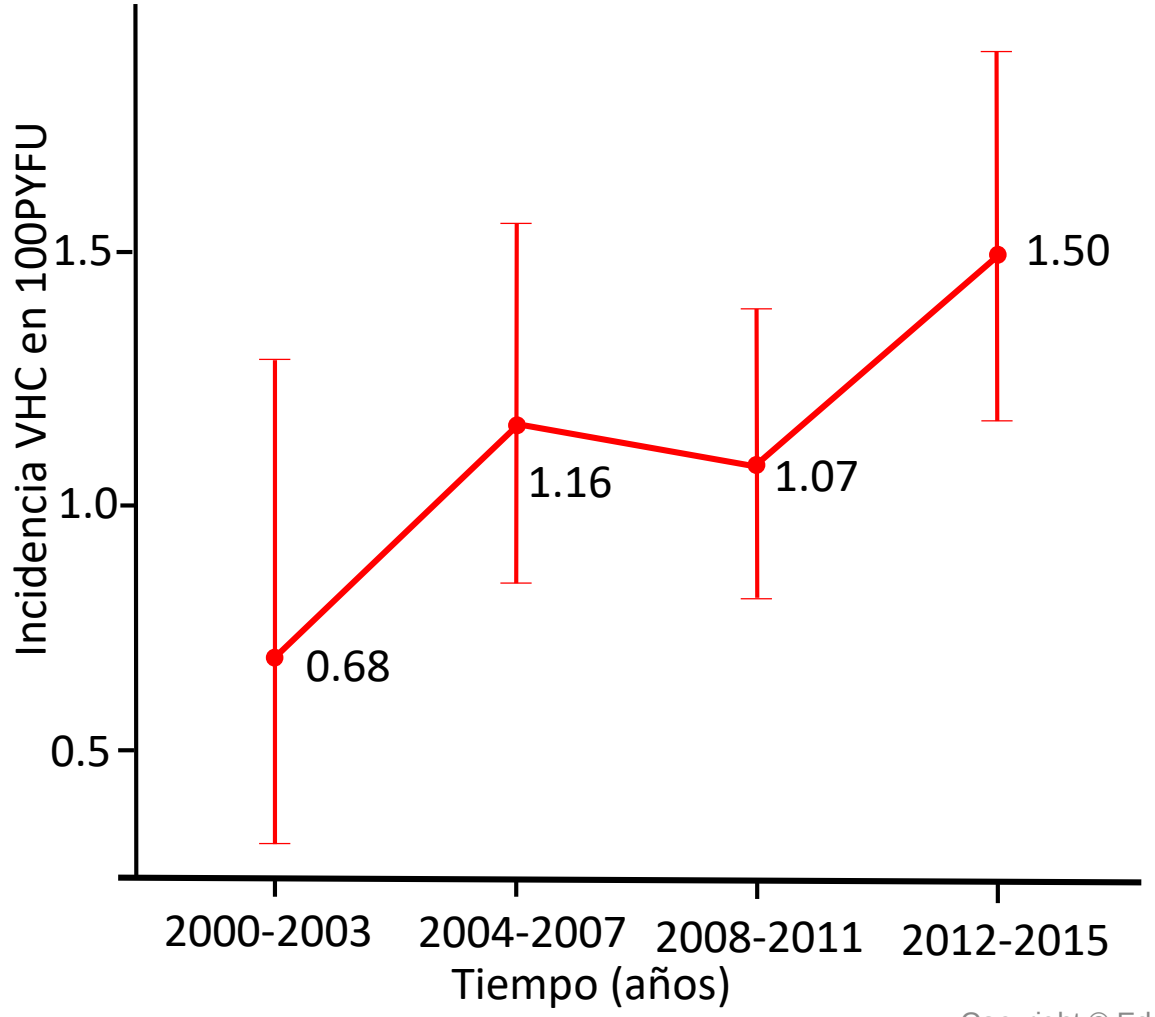


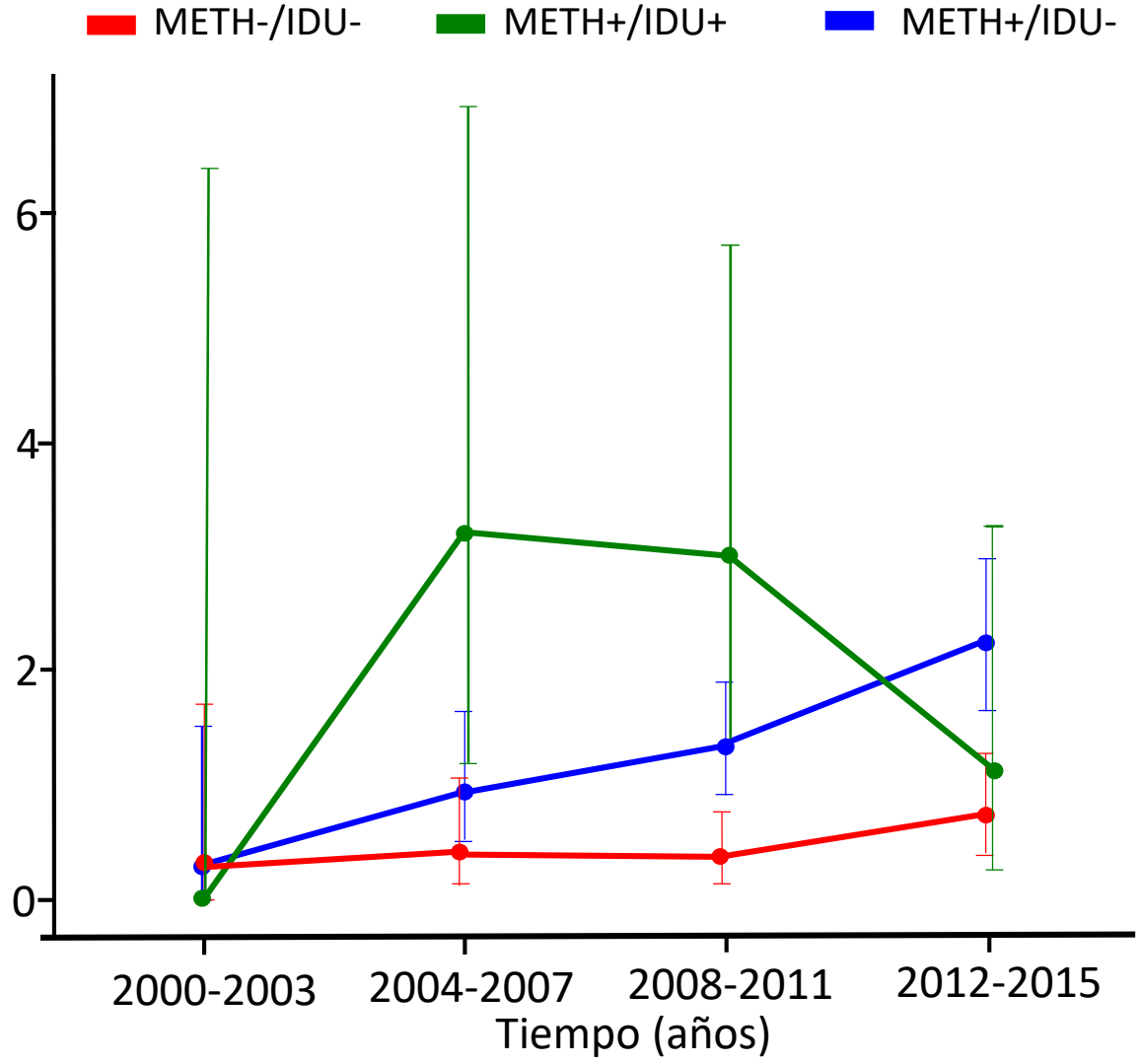

**Factores asociados a cribado subsecuente del VHC**

| Carácteristica Clínica | Odds Ratio ( 95% C.I.) |
|---|---|
| HSH vs IDU | 0.59 ( 0.42–0.84) |
| Heterosexual vs IDU | 0.51 (0.36–0.73) |
| Uso de anfetaminas | 1.86 ( 1.42–2.44) |
| Historia de enf. hepática no-VHC | 3.41 (2.51–4.63) |

Freiman JM, Cachay E et al Clin Infect Dis. 2014;59:1686-93

# Incidencia en San Diego-USA



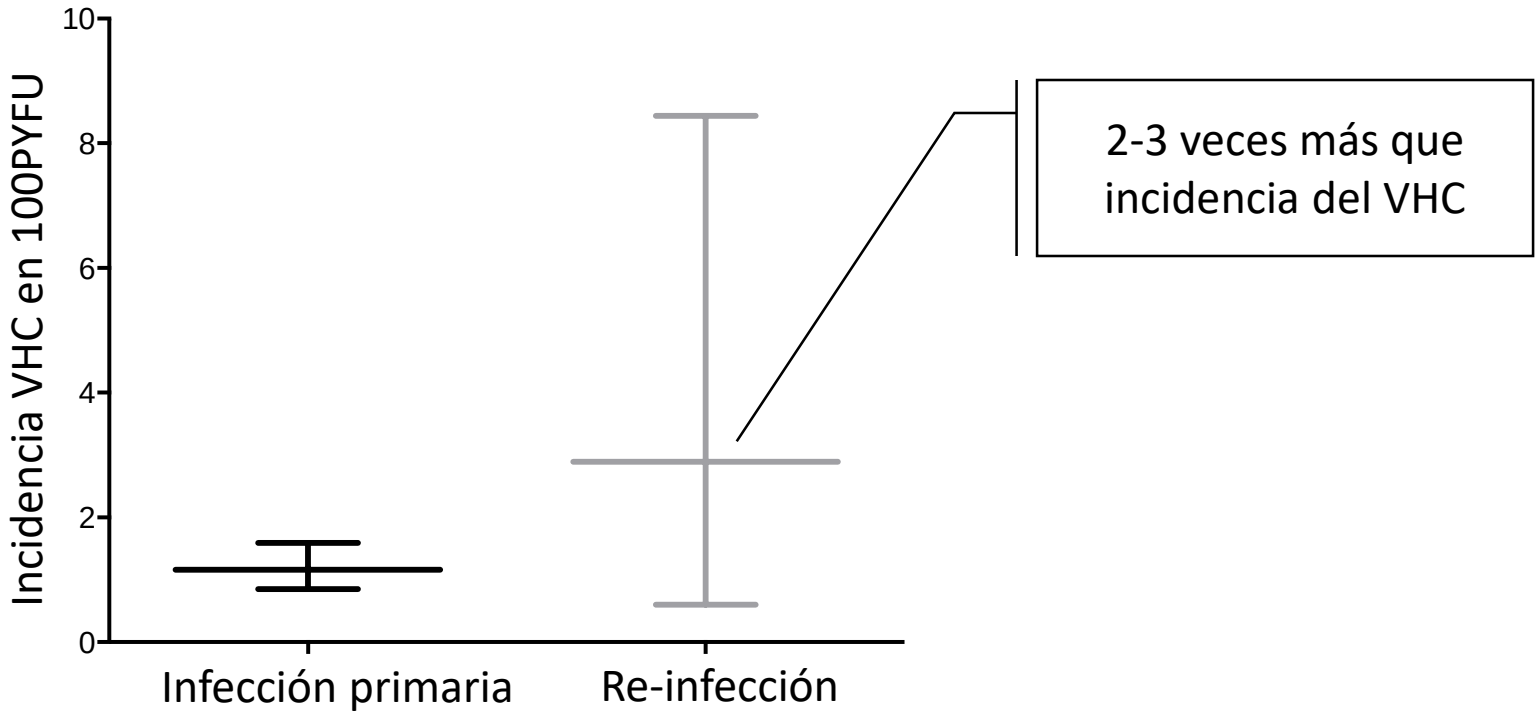




Copyright © Edward Cachay MD, MAS.

Chaillon A et al- Under Review

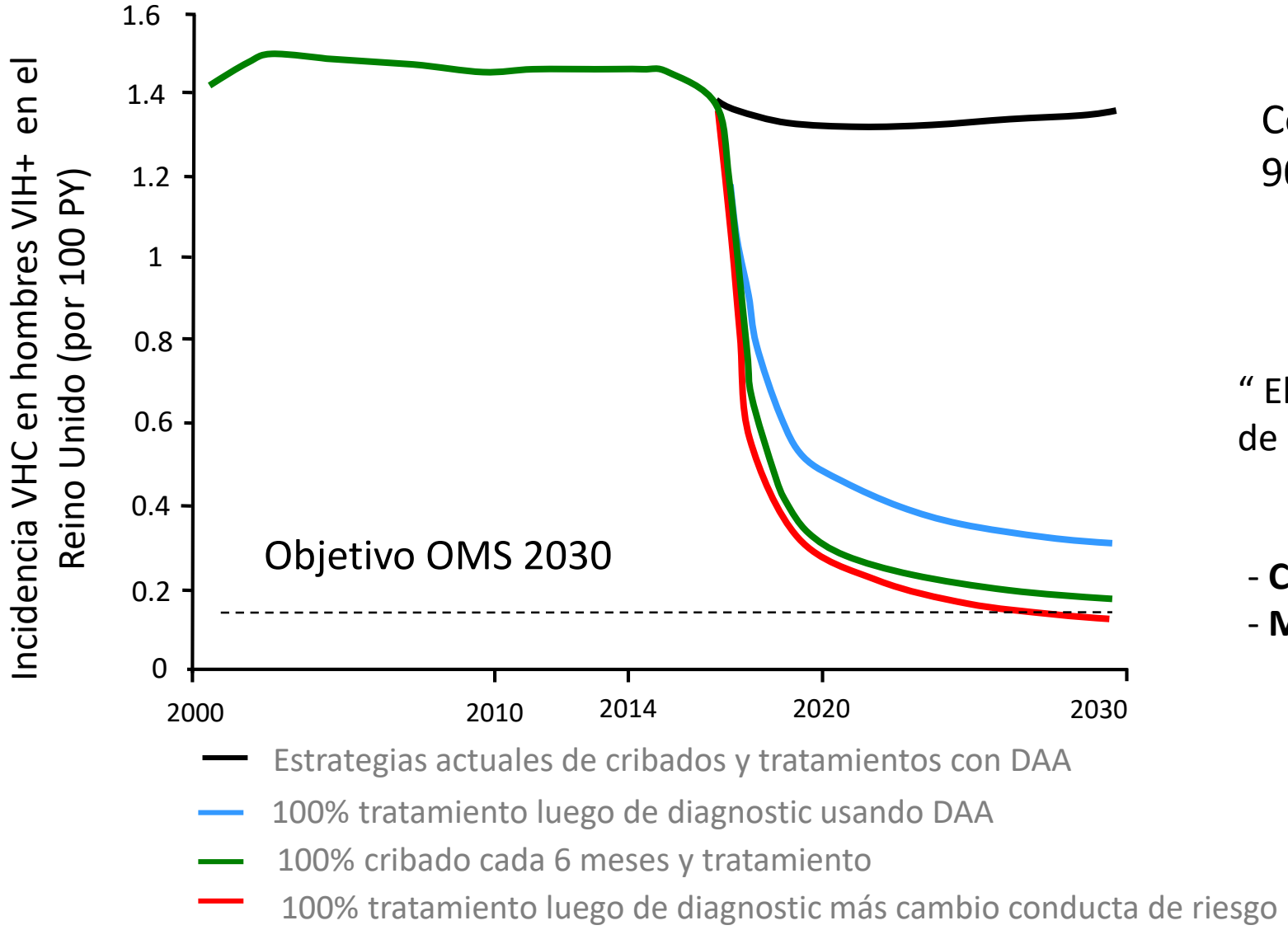
# Alcanzar respuesta viral sostenida no es el final de la historia…

Indices de incidencia primaria y reinfección en varones con VIH en San Diego, 2008-2016




Chaillon A et al- 2017 AASLD

# Eliminación de VHC en personas con VIH+ en el Reino Unido




Complicado reducir la incidencia en un 90% para el 2030 ( < 0.14%)

“ Eliminación requiere 100% tratamiento, luego de establecer diagnóstico

**más**

- **Cribado frequente**
- **Modificación conducta de riesgo”.**

‘Basado en trabajo preliminar en base a Martin NK, CID 2016’

- Definiciones y objetivos
- Razones que hacen posible la ‘Microeliminación’
- Retos existente en la práctica clínica y cribado de VHC
- Factores que afectan la captación del tratamiento de VHC en personas con VIH
- Dinámica de la epidemia en HSH VIH+
- **Esfuerzo conjunto internacional**
- Conclusiones

# Esfuerzo Internacional: Comunidad, Academia, Industria, Gobiernos

## Programas NoCo 2017 de eliminación VIH/VHC

Italia: 35-40 Ciudades

Holanda: 19 ciudades

Alemania: 5-6 ciudades

Canada: 4 ciudades

USA: 2 sites (San Diego & Texas )

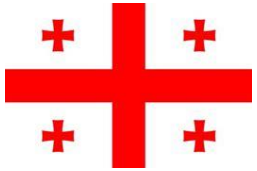
## Cohortes nacionales y/o regionals con objetivos de eliminación

España: PEAHC* - Nacional

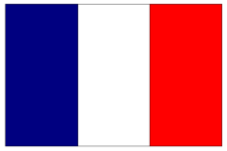
*Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C

Australia: ACCESS, CEASE, Co-EC

Georgia: Georgian National AIDS HIS



Francia: ANRS C03 DIAM-SAT, HEPAVIH



Suecia: Swiss HIV cohort, Swiss HCVree study (nested)

Copyright © Edward Cachay MD, MAS.

# En conclusion, la eliminación del VHC es posible en HSH con VIH pero requiere:

- Reforzar las ‘brechas’ de la cascada de hepatitis C individualizando las necesdidades regionals.
- Descentralizar los sistemas de tratamiento de hepatitis C.
- Trabajo de equipo multidisciplinario.
- Re-evaluación constante de la proyección de los ‘modelos matematicos’ debido al dinamismo de la epidemia de VHC en personas con HSH VIH+.
- Colaboració internacional para informarnos de ‘que funciona’ y ‘que no’.

Copyright © Edward Cachay MD, MAS.

# Gracias Totales!