

Magdalena Rosińska, Natalia Parda, Małgorzata Stępień

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C W POLSCE W 2011 ROKU

Zakład Epidemiologii, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

WPROWADZENIE. Niska rozpoznawalność zakażenia wirusem HCV stanowi poważny problem zdrowia publicznego w Polsce. Rejestrowane tendencje zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby C (wzw C) w połączeniu z danymi dotyczącymi prewalencji zakażenia pozwalają odnieść się do problemu rozpoznawalności zakażenia w różnych grupach.

CEL. Ocena sytuacji epidemiologicznej wzw C w Polsce w 2011 r. w porównaniu do ubiegłych lat, w odniesieniu do opublikowanych danych dotyczących prewalencji.

MATERIAŁ I METODA. Wykorzystano dane zbierane w ramach rutynowego systemu nadzoru. Klasyfikację zgłoszonych przypadków wg definicji z 2005 r. i definicji z 2009 r. zweryfikowano na podstawie wywiadów indywidualnych.

WYNIKI. W 2011 r. zarejestrowano w Polsce 2 151 przypadków zachorowań na wzw C wg definicji z 2005 r. (zapadalność 5,58 na 100 tys.), co stanowi kontynuację trendu wzrostowego obserwowanego od 2009 r. W odniesieniu do oszacowanej liczby osób zakażonych w populacji rozpoznano 78 przypadków na 10 000. Wskaźnik ten był niższy na terenach wiejskich, w grupie wieku 30 - 49 i wykazywał zróżnicowanie pomiędzy województwami. Na uwagę zasługuje też wyraźny wzrost umieralności z powodu wzw C (2009 – 137 zgonów, 2010 – 167, a we wstępnych danych z 2011 r. – 191, umieralność 0,50 na 100 tys.).

WNIOSKI. Tendencja wzrostowa zapadalności na wzw C może być konsekwencją większej dostępności badań. Niski wskaźnik rozpoznania oraz wzrost umieralności wskazuje na konieczność poprawy diagnostyki i dostępności leczenia wzw C w Polsce.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu C, epidemiologia, choroby zakaźne, zdrowie publiczne, Polska, rok 2011

WSTĘP

Według najnowszych oszacowań prewalencja przeciwciał przeciwko wirusowi zapalenia wątroby C (anty-HCV) na świecie wzrosła od 2,3% w 1995 r. do 2,8% (tj. ok. 185 mln osób) w 2011 r. Jedynie niewielka proporcja zakażeń wirusem zapalenia wątroby C (HCV) jest rozpoznawana: 30 – 50% w różnych krajach europejskich, a w Polsce najprawdopodobniej znacznie mniej (<5%). W chwili obecnej ma to szczególne znaczenie z uwagi na opracowanie nowych schematów terapeutycznych, które w sposób istotny poprawiają szanse na osiągnięcie trwałej odpowiedzi wirusologicznej w przypadku zakażenia typem 1 wirusa HCV, nadal dominującym w Polsce. Skuteczne leczenie przekłada się na mniejszą chorobowość następstw klinicznych

przewlekłego wzw C, a także, poprzez eliminację źródła, na ograniczenie dalszego szerzenia się wirusa.

Istotną rolą nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami HCV jest więc dostarczenie informacji pozwalającej określić zarówno trendy występowania wzw C, jak i zidentyfikować grupy i obszary, w których szczególnie wiele przypadków może pozostawać nierozpoznanych.

MATERIAŁ I METODY

Analiza epidemiologiczna występowania wzw C w Polsce w 2011 r. w odniesieniu do ubiegłych lat została przeprowadzona na podstawie zbiorczych danych dotyczących przypadków zarejestrowanych w 2011 r.

wykazywanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną i publikowanych w biuletynie rocznym (Czarkowski MP, Cielebąk E, Kondej, B i E Staszewska. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 roku. Warszawa : NIZP-PZH i GIS, 2012. http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2010/Ch_2011.pdf), opublikowanych badań oraz wstępnych danych dotyczących umieralności z Głównego Urzędu Statystycznego (www.stat.gov.pl).

Zgłoszenia wirusowego zapalenia wątroby C (wzw C) są klasyfikowane według kryteriów definicji stosowanych na potrzeby nadzoru nad wzw C w Unii Europejskiej (Decyzja Komisji z dnia 28 kwietnia 2008 r. zmieniająca decyzję 2002/253/WE w sprawie ustanowienia definicji przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady). Definicja ta obejmuje wszystkie potwierdzone laboratoryjnie (test potwierdzenia obecności przeciwciał lub wykrycie materiału genetycznego wirusa) przypadki niezależnie od obrazu klinicznego i ewentualnych dowodów na przewlekłe zapalenie wątroby (def. 2009 r.). W szczególności w tę definicję włączone są przypadki bezobjawowe. W celu zachowania ciągłości nadzoru epidemiologicznego w Polsce, przejściowo utrzymano jednak podsumowania liczby zachorowań na wzw C zgodnie z definicją z 2005 r., według której wykazywano przypadki z objawami klinicznymi lub podwyższonym poziomem transaminaz w przebiegu zakażenia wirusem HCV (def. 2005 r.).

Weryfikacja poprawności kwalifikacji przypadków wg odpowiedniej definicji została przeprowadzona na podstawie indywidualnych raportów o zachorowaniu zbieranych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, uzupełnianych w oparciu o wywiad z pacjentem i dokumentację medyczną.

Wskaźnik rozpoznawalności określono jako szacunkową liczbę rozpoznawanych przypadków na 1 000 przypadków istniejących w populacji. Wartość wskaźnika obliczono porównując liczbę przypadków zarejestrowanych w 2011 r. do liczby osób, u których wykrywa się anty-HCV w populacji, oszacowanej na podstawie opublikowanych danych: 1) Godzik P, i in. Rozpowszechnienie przeciwciał anty-HCV wśród osób dorosłych w Polsce – wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. *Przeegl Epidemiol.* 2012, 66: 575-580; 2) Flisiak R, i in. Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011, 23: 1213-7.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Zapadalność na wzw C wykazuje od 2009 r. tendencję wzrostową, choć nadal znajduje się na poziomie

niższym niż w latach 2006 – 2008 (Fig.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 1997-2011. Zapadalność na 100.000 ludności oraz liczba zgonów). W 2011 r. zarejestrowano 2 151 przypadków spełniających kryteria definicji wzw C z 2005 r. (przypadki z wystąpieniem objawów klinicznych lub podwyższonym poziomem transaminaz). Zapadalność (5,58 na 100 tys.) wzrosła o ok. 5,5% w stosunku do 2010 r. (5,29 na 100 tys.) i o 9,8% w stosunku do 2009 r. (5,08). Trzydzieści spośród tych zachorowań (1,4% w skali kraju) stanowiły zakażenia mieszane wirusami typu B i C (Tab. I. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności oraz procent zakażeń mieszanych według województw).

Odnotowano istotne różnice pomiędzy województwami. Zapadalność w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wahała się od 0,54 w woj. małopolskim i 2,92 w woj. śląskim do wartości istotnie przewyższających średnią dla kraju w województwach: lubuskim (13,88), podlaskim (8,57), dolnośląskim (8,23) i wielkopolskim (8,06) (tab. I).

Pomimo niewielkich zmian zapadalności w skali kraju, w niektórych województwach wystąpiła wyraźna tendencja wzrostowa zachorowań na wzw C. W stosunku do 2010 r. zapadalność wzrosła o ponad 50% w województwach: podlaskim (o 324%), podkarpackim (o 109%) i zachodnio-pomorskim (o 79,1%), zaś w stosunku do mediany za lata 2005 – 2009 istotny wzrost odnotowano dodatkowo w woj. lubuskim (o 382%). Należy przy tym zaznaczyć, że w wielu województwach wystąpił znaczny spadek zapadalności w stosunku do mediany za lata 2005 – 2009, największy w województwach: lubelskim (o 61%), śląskim (o 53%), świętokrzyskim (o 51%) oraz małopolskim (o 48%) (Tab. I).

Zapadalność na wzw C w miastach prawie dwukrotnie przewyższała zapadalność na obszarach wiejskich (odpowiednio 6,90 i 3,54), a także była wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet (6,42 i 4,80). Należy jednak podkreślić, że w grupie osób powyżej 50 r.ż. zapadalność wśród kobiet była wyższa niż wśród mężczyzn. Szczyt zapadalności wśród mężczyzn wystąpił w grupie wieku 45-49 lat, a wśród kobiet 50 – 59 lat. W porównaniu do 2010 r. przy ogólnym wzroście zapadalności o 5,5%, zapadalność na obszarach wiejskich wzrosła o 8,8% (Tab. II. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2011 roku. Liczba zachorowań, zapadalność na 100.000 ludności i udział procentowy według wieku, płci i środowiska).

W 2011 r. ogółem 2 189 zgłoszonych przypadków spełniało kryteria definicji wzw C z 2009 r. (zapadalność 5,68 na 100 tys. mieszkańców), o 23 przypadki mniej niż w 2010 r. Analiza sposobu kwalifikacji przypadków wskazuje, że wciąż występują pewne trudności w klasyfikowaniu i raportowaniu zgłoszeń wg tej definicji.

Hospitalizacja i umieralność z powodu wzv C. W 2011 r. z powodu wzv C (def. z 2005 r.) hospitalizowano w Polsce 1 407 osób, co stanowi 65,4% wszystkich zachorowań. Odsetek hospitalizacji w 2011 r. był porównywalny do obserwowanego w ubiegłych latach. Podobnie jak w ubiegłych latach, pomiędzy województwami występowały również różnice w odsetku hospitalizowanych: od 40,0% w woj. świętokrzyskim do 83,3%, 85,4% i 90,6% odpowiednio w województwach małopolskim, kujawsko-pomorskim i łódzkim. Ponadto odsetek hospitalizacji wśród przypadków spełniających kryteria definicji z 2009r. był zbliżony do odsetka wśród przypadków spełniających kryteria definicji z 2005 r. (60,3%).

Według wstępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2011 r. z powodu wzv C zmarło łącznie 191 osób (umieralność 0,50 na 100 tys.), w tym 6 z powodu ostrej postaci choroby. Umieralność z powodu wzv C wzrosła o 14,4% w stosunku do umieralności w 2010 r., tym samym utrzymuje się tendencja wzrostowa tej choroby w Polsce (Fig. 1). Nieznacznie mniej niż w 2010 r. było zgonów z powodu postaci ostrej wzv C (6 w porównaniu do 8).

Porównanie z szacunkową liczbą zakażeń w populacji

Na podstawie opublikowanych danych przeciwciała anti-HCV wykrywa się u 0,86% populacji dorosłych, a więc w przybliżeniu u 270 000 osób. W 2011 r. w grupie wieku 18 lat i powyżej rozpoznano 2 101 przypadków, czyli w przybliżeniu 7,8 na 1 000 przypadków w populacji. Porównując wskaźniki cząstkowe w rozbiciu na płeć, wiek i miejsce zamieszkania wartość ta jest zbliżona wśród mężczyzn i kobiet, ale niższa w przypadku osób w przedziale wiekowym 30 – 49 (5,7) oraz w przypadku mieszkańców wsi (5,0), a także wykazuje zróżnicowanie pomiędzy województwami (Fig. 2). Szacunkowa liczba zarejestrowanych przypadków w 2011 na 1000 przypadków w populacji (anty-HCV+), według cech demograficznych).

Drugie ze źródeł podaje wartość wskaźnika prewalencji HCV-RNA (aktywne zakażenie) wśród dorosłych w Polsce na poziomie 0,6%, co odpowiadałoby około 188 000 zakażonych. Odnosząc liczbę wykrytych przypadków to tego oszacowania otrzymujemy wskaźnik rozpoznawalności 11,2/1000.

PODSUMOWANIE

W 2011 r. zapadalność pozostawała na podobnym poziomie jak w latach 2009-2010, z niewielką tendencją wzrostową. Stanowi to odwrócenie trendu spadkowego obserwowanego w latach 2006 – 2009. Jednakże wnioskowanie na tej podstawie o szerzeniu się choroby jest

utrudnione. Porównanie z opublikowanymi danymi wskazuje, że zakażenie HCV jest w znacznym stopniu nierozpoznawane: w 2011 r. zakażenie wykryto jedynie w przybliżeniu u 8 zakażonych na 1000 (wskaźnik rozpoznawalności 7,8/1000). Dlatego też każdorazowo zwiększenie dostępności do diagnostyki, np. w wyniku przeprowadzenia akcji badań przesiewowych, może wyjaśniać tendencję zwykłą zapadalności na wzv C. Działania, w ramach których oferowano bezpłatną diagnostykę HCV, były prowadzone w latach 2010 – 2011, w połączeniu z badaniami epidemiologicznymi lub jako akcje profilaktyczne (np. Program STOP HCV Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub społeczna akcja profilaktyczna „Nie mam HCV” Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, w 2011 r.). Mogą one częściowo wyjaśniać obserwowany wzrost zapadalności na wzv C.

Wartość wskaźnika rozpoznawalności 7,8/1000 (czy nawet 11,2/1000 w odniesieniu do osób z aktywnym zakażeniem) pozostaje niepokojąco niska. Z uwagi jednak na to, że wykorzystano dane pochodzące z nadzoru epidemiologicznego, niska wartość wskaźnika mogłaby wynikać z niskiej zgłaszalności rozpoznawanych zachorowań na wzv C. System nadzoru nad wzv C nie był analizowany pod względem kompletności zgłoszeń, jednakże pewne odniesienie może stanowić liczba osób poddawana leczeniu, szacowana przez Polską Grupę Ekspertów HCV, tj. ok. 4 000 rocznie. Liczba ta wskazuje na możliwość niepełnej zgłaszalności, jednak nie w takim stopniu, by wyjaśniać obserwowaną wartość wskaźnika.

Z drugiej strony w grupie osób leczonych mogą znaleźć się chorzy poddawani re-terapii oraz osoby z zakażeniem wykrytym i zarejestrowanym we wcześniejszych latach. Z uwagi na to, że w badaniach prewalencji nie wykluczano przypadków już wcześniej rozpoznanych, wartość wskaźnika mogłaby być niska przy wysokim odsetku wcześniej rozpoznanych zakażeń. Poprzednie publikacje wskazują jednak, że odsetek wcześniej rozpoznanych zakażeń w Polsce pozostaje na wyjątkowo niskim poziomie. Tym samym wartość wskaźnika najprawdopodobniej odzwierciedla rzeczywistą niską rozpoznawalność zakażeń HCV w Polsce.

Dodatkowo zwraca uwagę, że rozpoznawalność wydaje się być istotnie gorsza na obszarach wiejskich (wskaźnik 5,0). Wskazuje to, że przynajmniej w części niższa zapadalność na terenach wiejskich wiąże się z gorszą rozpoznawalnością, wskazując na pilną potrzebę poprawy dostępności diagnostyki HCV zwłaszcza na tych obszarach.

Z pogłębionych wywiadów wynika jednak, że profil czynników ryzyka związanych z zachorowaniami na terenach wiejskich różni się od profilu obserwowanego w miastach, co może dodatkowo wpływać na obserwowaną wyższą zapadalność na tych terenach.

Dane dotyczące umieralności w 2011 r. potwierdzają wyraźny trend wzrostowy (o ponad 10% rocznie). Do zgonu najczęściej dochodzi w przebiegu komplikacji nieleczonego przewlekłego wzw C. Leczenie chorych z mniej zaawansowanym włóknieniem przynosi lepsze efekty, ale nie dawno wykazano również, że nawet w zaawansowanych postaciach choroby skuteczne leczenie poprawia przeżywalność chorych. Wzrastająca umieralność z powodu wzw C jest więc kolejnym z powodów, dla których wskazane byłoby zwiększenie dostępności diagnostyki i leczenia wzw C w Polsce.

WNIOSKI

1. Odnotowana w latach 2009 – 2011 tendencja wzrostowa zapadalności na wzw C może być konsekwencją większej dostępności badań w tym okresie. W celu lepszej oceny sytuacji epidemiologicznej wskazane byłoby monitorowanie liczby wykonywanych badań i grup nimi obejmowanych.
2. Niski wskaźnik rozpoznań oraz wzrost umieralności z powodu wzw C wskazuje na pilną konieczność poprawy profilaktyki wtórnej wzw C, w tym diagnostyki i dostępności leczenia tej choroby.
3. Szczególnie niski wskaźnik rozpoznania przypadków wzw C na terenach wiejskich oraz w niektórych województwach powinien skłonić do priorytetyzacji tych obszarów w planowaniu działań profilaktyki wtórnej.

Otrzymano: 12.02.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 28.02.2013 r.

Adres do korespondencji:

Dr n med. Magdalena Rosińska
Zakład Epidemiologii
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24 00-791 Warszawa
e-mail: mrosinska@pzh.gov.pl
tel.: 022 54 21 206