

Hepatitis C bei Drogenabhängigen

OPIATABHÄNGIGKEIT & HCV-INFEKTION: Patienten in Substitutionsbehandlung haben sehr gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche antivirale Therapie.

PRÄVALENZSCHÄTZUNGEN zufolge sind etwa 40–90% der Drogenabhängigen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Zusätzlich zur Hepatitis C sind Drogenkonsumenten in der Regel mit einer Reihe von z.B. psychischen und sozialen Problemen konfrontiert. Die Interaktionen dieser Probleme mit der Behandlung der chronischen Hepatitis C sind in die Entscheidung für die Behandlung miteinzubeziehen, was allerdings in der Praxis für die Behandler eine große Herausforderung darstellt.

Fragen zur Einleitung und Durchführung der Therapie gegen Hepatitis C wurden in einem Workshop im Rahmen des 11. Substitutions-Forums* behandelt; auch die Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken (ÖGABS) widmete eine Reihe von Qualitätszirkeln der Indikationsstellung und Durchführung der Therapie der chronischen Hepatitis C bei Drogengebern.

HEPATITISPATIENTEN ERFASSEN

Bei allen Substitutionspatienten bzw. Patienten mit Drogengebrauch sollten im Rahmen der Konsultation die Leberfunktionsparameter (Transaminasen) bestimmt und ein Screening auf Hepatitis A, B und C durchgeführt werden. Die Hepatitis-Screeningparameter sind für Hepatitis A Antikörper gegen das Hepatitis-A-Virus (HAV-Ak), für Hepatitis B Antikörper gegen Hüllproteine und Kern des Hepatitis-B-Virus (HBs-Ak, HBc-Ak) sowie der Nachweis des Hüllproteins (HBs-Ag) und für Hepatitis C Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus (HCV-Ak).

Bei positivem Screeningtest auf Hepatitis C muss das Vorhandensein einer Infektion mittels PCR bestätigt werden. Eine Leberbiopsie ist nur dann indiziert, wenn es zur Stellung der Therapieindikation wichtig ist, das Ausmaß der HCV-bedingten Leberschä-

digung festzustellen oder andere zusätzliche Lebererkrankungen auszuschließen.

Ist der Hepatitis-C-Screeningtest negativ, sollte dieser etwa alle 2 Jahre wiederholt werden.

SPONTANVERLAUF DER HEPATITIS C

25–50% der akuten HCV-Infektionen heilen spontan ab, die Erkrankung bleibt z.T. aufgrund unspezifischer Symptome undi-

agnostiziert; bei 50–75% chronifiziert die Erkrankung. Als „Faustregel“ für den Spontanverlauf einer chronischen Hepatitis C (cHC) – bekannt etwa für Infektionen aufgrund kontaminierter Blutkonserven – kann gelten, dass etwa 20% der chronisch Infizierten innerhalb von 20 Jahren eine Leberzirrhose entwickeln. Diese Spanne kann sich allerdings durch unterschiedliche Faktoren wie z.B. Alkoholkonsum oder Übergewicht verkürzen. Eine cHC bedeutet

ÖGABS – Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken

In Österreich gibt es heute etwa 2,3 Millionen RaucherInnen, 330.000 Alkoholabhängige, 110.000 Arzneimittelabhängige und etwa 30.000 Menschen mit „problematischem“ Opiatkonsum. Um dem komplexen Krankheitsgeschehen von Abhängigkeitskrankheiten zu entsprechen, wurden Behandlungskonzepte entwickelt, die sozialmedizinisch auf interdisziplinäre Zusammenarbeit ausgerichtet sind, weitgehend einem (sowohl für das Individuum als auch für die Gemeinschaft) schadensminimierenden Zugang folgen und medikamentöse Stützung einschließen. Wesentliche Strategien sind, entweder das Verlangen nach psychoaktiven Stoffen medikamentös zu bekämpfen (Anti-Craving-Substanzen) oder die Substanzen kontrolliert abzugeben (Nikotinersatztherapie, Substitutionsbehandlung mit Opioiden).

Wissenschaftliche Evaluation

Diese Behandlungskonzepte werden bereits seit vielen Jahren national und international umgesetzt und Evaluationen zeigten gute Erfolge. Im Fall der Substitutionsbehandlung mit Opiaten bringen die Reduktion der Beschaffungskriminalität sowie eine fortschreitende (Re-)Sozialisation erheblichen volkswirtschaftlichen Nutzen. Trotzdem ist insbesondere diese Behandlungsform gesellschaftspolitisch umstritten und ihre medizinische Bedeutung unterbewertet.

Vertreter der arzneimittelgestützten Behandlung der Suchtkrankheit aus verschiedenen medizinischen Disziplinen und aus der Forschung haben sich zu einem Verein zusammengeschlossen, um den Problemen, denen sich dieser Behandlungszugang ausgesetzt sieht, auf professionellem Weg zu begegnen. Zu den Zielen der ÖGABS zählen die Optimierung der arzneimittelgestützten Behandlung in allen Dimensionen, Förderung der Forschung zu diesem Behandlungsbereich, Beteiligung an Fort- und Weiterbildung hinsichtlich der medizinischen Aspekte der Behandlung und entstigmatisierende Maßnahmen.

www.oegabs.at

jedoch keineswegs, wie häufig angenommen, für alle Betroffenen ein „Todesurteil“.

HEPATITIS C – WANN BEHANDELN?

Aus hepatologischer Sicht ist eine antivirale Therapie einer cHC umso erfolgversprechender, je früher diese begonnen wird. Allerdings handelt es sich bei der Therapie der cHC um eine lange und mitunter aufgrund von Nebenwirkungen belastende Behandlung. Deshalb sind insbesondere bei Drogenabhängigen unbedingt auch psychosoziale Komponenten in die Entscheidung für den richtigen Zeitpunkt des Therapiebeginns miteinzubeziehen.

Da Drogenabhängige oftmals eine Vielzahl von Problemen (Obdachlosigkeit, instabile Beziehungen, Verwahrlosung etc.) zu bewältigen haben, sollte eine „Problemhierarchie“ erstellt werden. Aufgrund der in der Regel langsamen Progression der cHC (s.o.) sollte mit dem Beginn einer Behandlung so lange zugewartet werden, bis der Patient die vordringlichsten Probleme gelöst hat, dazu zählt z.B. die Einstellung auf eine Substitutionsbehandlung oder der Berufseinstieg. Ziel ist, vor Therapiebeginn Voraussetzungen zu erreichen, unter denen die Wahrscheinlichkeit für eine neuerliche Infektion während oder unmittelbar nach der Therapie weitgehend minimiert ist; diese Voraussetzungen sind

- stabile Lebensumstände (z.B. keine Obdachlosigkeit)
- stabile Substitution oder stabiler Drogenkonsum
- keine Kontraindikationen für die antivirale Therapie (z.B. instabile psychiatrische Erkrankungen)

SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG IST GUTE VORAUSSETZUNG

In der Praxis erweisen sich Patienten mit cHC, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen, als besonders gut geeignet, um eine antivirale Therapie einzuleiten:

Diese Patientengruppe ist kontinuierlich in eine Betreuung eingebunden, an regelmäßige Medikamenteneinnahme gewöhnt und lebt zu einem großen Teil in einem stabilen sozialen Umfeld. Abgesehen von medizinischen Kontraindikationen bestehen bei Substitutionspatienten keinerlei Einschränkungen für eine antivirale Behandlung.

STANDARDTHERAPIE DER CHC

Die Standardtherapie der cHC besteht in der Kombination von pegyliertem Interferon alpha und Ribavirin. Die Therapiedauer richtet sich nach dem Genotyp des HCV und beträgt bei Genotyp 1 durchschnittlich 12 Monate, kann aber bei sehr gutem Ansprechen (PCR negativ nach 4 Wochen) in Einzelfällen auf 6 Monate verkürzt werden. Bei langsamem Absinken des Virustiters im Blut kann eine Verlängerung der Therapie auf 72 Wochen erwogen werden. Bei Genotyp 2 und 3 ist die Therapiedauer mit 6 Monaten kürzer.

Die Heilungsrate ist bei den Genotypen 2 und 3 mit 80–90% der Behandelten höher als bei Genotyp 1 (50% der Behandelten). Bei Unverträglichkeit besteht die Möglichkeit, die Dosis zu reduzieren oder die Therapiedauer zu verkürzen. Dabei gilt die Faustregel, dass mindestens 80% der Dosis über mindestens 80% der Zeit eingenommen werden sollten, um die Aussicht auf Heilung nicht zu deutlich zu reduzieren. Zu den typischen Nebenwirkungen einer Interferonbehandlung zählen Müdigkeit, Depressionen und Reizbarkeit.

PATIENTEN SORGFÄLTIG VORBEREITEN

Um die Bereitschaft und Compliance der antiviralen Therapie zu erhöhen, sollten die Patienten vor Therapiebeginn gründlich über Aspekte informiert werden, die die Entscheidung für den Beginn bzw. die Weiterführung einer Therapie beeinflussen können:

- Da bei den Patienten häufig die Fokussie-

rung auf die Nebenwirkungen vorherrscht, sollte diesbezüglich eine eingehende und sachliche Information stattfinden: Etwa ein Drittel der mit der Kombinationstherapie Behandelten verspürt keine nennenswerten Nebenwirkungen. 60% sind durch die Behandlung mehr oder weniger stark belastet, schließen diese jedoch regulär ab. Lediglich 8–10% der Behandelten leiden unter so starken Nebenwirkungen, dass sie die Behandlung abbrechen.

- Die Therapie kann, wenn sie nicht vertrauen wird, zu jedem beliebigen Zeitpunkt abgebrochen werden. Ein neuerlicher Therapieversuch zu einem späteren Zeitpunkt ist trotzdem möglich, die Erfolgsaussichten verringern sich durch den vorherigen Therapieabbruch nicht.
- Eine Heilungsgarantie ist nicht möglich, allerdings sind die Aussichten insbesondere bei Infektion mit dem Genotyp 2 oder 3 günstig.
- Auch Patienten, die nicht dauerhaft geheilt werden, profitieren – wenn auch in geringerem Maß – von der Therapie, weil die entzündliche Aktivität abnimmt und die Progression verzögert wird.
- Bei Auftreten von Nebenwirkungen kann die Interferon- oder Ribavirin-Dosierung verringert oder die Therapiedauer verkürzt werden.
- Patienten, die auf die Therapie zunächst ansprechen, jedoch nicht dauerhaft geheilt werden (Relapser), können von einer Verlängerung der Therapiedauer profitieren. Bei Patienten, die auch bei Einhalten der vollen Dosis und Therapiedauer nicht auf diese ansprechen (Nonresponder), ist eine Verlängerung weniger erfolgversprechend.
- Heilung bedeutet nicht, dass eine Immunität gegen Hepatitis C besteht!

Vor Einleiten einer Therapie erweist es sich als günstig, die Patienten im Rahmen der Diagnose und Information zu wiederholten Konsultationen einzuladen, um die Compliance einschätzen zu können. Aller-

Ab jetzt neu!



GERNE LEBEN.

dings sollte dabei ein guter Kontakt zu den Patienten aufgebaut werden, damit diese die Verzögerung nicht als Ablehnung missinterpretieren.

VERNETZUNG DER BETREUER

Die Betreuung Drogenabhängiger und damit auch die Behandlung von mit Hepa-

titis C Infizierten findet in vielen unterschiedlichen Settings wie z.B. Haftanstalten, Kassen- und Wahlarztpraxen, niederschwelligen Behandlungseinrichtungen sowie Spezialambulanzen statt. Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen, auch im Bereich der Drogenabhängigen selbst, ist für jeden Patienten individuell jenes Betreuungskonstrukt zu erarbeiten,

das einen bestmöglichen Behandlungserfolg gewährleistet.

Eine maßgebliche Unterstützung der Erfolgsaussichten stellt eine Vernetzung der betreuenden Einrichtungen für Drogentherapie und Hepatologie dar. Die Erfahrung zeigt, dass der persönliche Kontakt zwischen den betreuenden Stellen/Ambulanzen sehr hilfreich ist, was den Informationsaustausch über die Behandlung an sich sowie die Zuweisungs- und Behandlungsmodalitäten betrifft. Er ermöglicht auch eine entsprechende Information des Patienten im Zuge der Zuweisung, etwa über Ansprechpartner, Ambulanzenzeiten, mitzubringende Unterlagen etc., was für Patienten mit einer niedrigen Frustrationschwelle eine bedeutende Hilfestellung darstellen kann. Sehr hilfreich ist eine Rückfrage vor der Zuweisung, ob am vorgeschlagenen Zentrum entsprechende Kapazitäten vorhanden sind.

Wiener Symphoniker Fabio Luisi Bruckner 7. Symphonie

„NEIN zu ARM & KRANK –
Heilung darf kein Privileg sein“

Gala-Konzert unter dem Ehrenschutz
von Bundespräsident Dr. Heinz Fischer.

Der gesamte Erlös aus dem Kartenverkauf kommt der Österreichischen Krebshilfe für den Sonderfond sozial bedürftiger Krebspatienten und „mission healthy men“ zu Gute.

Wiener Konzerthaus
25. Mai 2008, 20 Uhr

Karten / Wiener Konzerthaus:

Tel: (01) 242 002, www.konzerthaus.at

Karten / Ticket Online:

Tel: (01) 88 0 88, www.ticketonline.at

www.mission-healthy-men.org

ÖSTERREICHISCHE KREBSHILFE



IMPFGUNG GEGEN HEPATITIS A UND B EMPFOHLEN

Bei entsprechender Indikation (keine Infektion, keine Antikörper nachweisbar) ist die kombinierte Impfung gegen Hepatitis A und B empfohlen. 6 Wochen nach der dritten Teilimpfung ist der HBs-Ak-Titer zu bestimmen und bei zu niedrigem Antikörpertiter eine Boosterimpfung durchzuführen. Bei Drogenabhängigen gibt es Hinweise auf eine erhöhte Rate von Nonrespondern.

Mag. Andrea Weiss

* 11. Substitutions-Forum, 5.–6. 4. 2008, Mondsee, Workshopleiter:
Dr. Hans Haltmayer, Ärztlicher Leiter des Ambulatoriums Ganswirt und des Vereins Wiener Sozialprojekte, Prim. Univ.-Doz. Dr. Michael Gschwantler,
4. Medizinische Abteilung, Wilhelminenspital Wien, www.oegabs.at