

3. interdisziplinärer HCV Qualitätszirkel „Hepatitis C und Drogengebrauch“

Protokoll vom 30.5.2007

Experte: Prim. Dr. Michael Gschwantler

Moderation: Dr. Hans Haltmayer

Leitung: Dr. Hans Haltmayer

Ort: Hotel Regina (Salon Alt Wien)

1090; Rooseveltplatz 15

Die Veranstaltung ist mit **3 DFP-Punkten** für Innere Medizin und mit **4 Einheiten** gemäß „Weiterbildungsverordnung orale Substitutionsbehandlung“ approbiert. Die Veranstaltung gilt als „Drogenqualitätszirkel“ zur Verrechnung der **Pos. 761** mit der WGKK.

A. Begrüßung der Teilnehmer und kurze Vorstellungsrunde.

Auch diesmal waren wieder eine Reihe von niedergelassenen Allgemeinmediziner, teilweise mit Substitutions-Schwerpunkt, anwesend. Auch der ärztliche Leiter einer großen Wiener Drogeneinrichtung (Dialog), ein Kollege, der seit 30 Jahren Häftlinge im Rahmen der Justiz betreut (mit Schwerpunkt Hepatitis C-Behandlung) und die Präsidentin der Selbsthilfegruppe (Hepatitis Hilfe Österreich), nahmen teil.

Dr. Hans-Joachim Fuchs war wegen einer Sitzung der Wr. Ärztekammer (zum Thema ELGA) diesmal verhindert. Als Vorstand der 4. Medizinischen Abteilung im Wilheminspital stand Prim. Univ.-Prof. Michael Gschwantler als internistischer Experte wieder zur Verfügung. Geleitet und moderiert wurde der Zirkel von Dr. Hans Haltmayer, Ärztlicher Leiter des Ambulatorium Ganslwirt.

Rückmeldungen:

- Es gibt positive Erfahrungen aus dem niedergelassenen Bereich. Die Patienten sind zur Behandlung der chron. Hepatitis C (cHC) bereit, wenn man sich mit ihnen darüber auseinandersetzt.
- Es wurden sehr gute Erfahrungen mit Patienten-Zuweisungen zur Hepatitis-Ambulanz des Wilheminspitals gemacht.
- Die Möglichkeit im Qualitätszirkel Meinungen und Erfahrungen mit Kollegen auszutauschen wird als sehr positiv erachtet.
- Ein niedergelassener Kollege berichtet davon, dass in seiner Praxis ca. ein Drittel seiner Substitutionspatienten (129) HCV-pos. ist. Die Erfahrungen mit der Behandlung dieser Patienten sind sehr gut. Die Behandlung erfolgte vorwiegend in Kooperation mit der Drogenambulanz im AKH-Wien. Auch depressive Patienten wurden problemlos übernommen.
- Ein Kollege berichtet über die Behandlung von Patienten in Haft. Dabei wird bei erhöhten Transaminasen von den Anstaltsärzten auf eine Therapie „nahezu insistiert“. Zu Beginn wird ein Behandlungsvertrag abgeschlossen. Im Rahmen

dessen werden 1-2 Rückfälle toleriert. Bei anhaltenden Rückfällen wird die Behandlung abgebrochen.

- Die Präsidentin der **Hepatitis Hilfe Österreich** informiert über den **Info-Point-Gesunde-Leber**, der in Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) jeden 4. Donnerstag im Monat im medizinische Bereich des WGKK-Kundencenters Gasometer (1110; Guglgasse 8, 13° - 16°) allen Patienten zur Verfügung steht.

www.gesundeleber.at

Auch ist ein Gütesiegel für Tätowierer und Fußpfleger (hinsichtlich Vermeidung von HCV-Übertragung) in Vorbereitung und voraussichtlich im Juni 2008 fertig.

- Eine Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass die Vorbereitungsphase (von der Diagnose zur Behandlung) sehr lange (u.U. Jahre) dauern kann. Die Behandlung ist mit Mythen und Ängsten behaftet, die es zu korrigieren bzw. zu bewältigen gilt. Das erfordert viel Zeit und Geduld.

B. Konkrete Fragen an Dr. Gschwantler:

1.) Wie stabil muss ein Drogenkonsument sein, um für eine Behandlung der cHC in Frage zu kommen?

Zur Klärung dieser Frage stehen uns keine objektiven Parameter zur Verfügung. Letztlich ist es eine Sache des Fingerspitzengefühls, aber es gibt natürlich Kriterien die eine Einschätzung der Stabilität möglich machen.

Zunächst aber:

Warum ist Stabilität wichtig?

- a. Die Therapie dauert lange.
- b. Für den Therapieerfolg ist es wichtig, dass die Medikamente regelmäßig eingenommen werden.
Faustregel: 80% der Medikamente müssen über 80% der Zeit verabreicht werden.
- c. Die Therapie hat Nebenwirkungen und ist belastend. → Die Behandlung soll nicht mehr schaden als nützen.

Kriterien für Stabilität:

- a. Verlässlichkeit Termine einzuhalten. Hier zeigt sich schon im Vorfeld ob eine gewisse Konstanz gegeben ist, da im Rahmen der Voruntersuchungen (LFP, etc.) mehrere Termine notwendig sind.
Geringe Verlässlichkeit ist deswegen ein Problem, weil die Behandlung mit Nebenwirkungen verbunden ist und Kontrolluntersuchungen (BB, etc.) für die Patientensicherheit unabdingbar sind.
- b. Ein gewisse Frustrationstoleranz sollte vorhanden sein, da im Rahmen der Behandlung mit depressiven Episoden zu rechnen ist.
- c. Stabile Substitutionsbehandlung bzw. stabiler Drogengebrauch (d.h. keine unkontrollierten Rückfälle wie z.B. Intoxikationen).
Gelegentliche „Kontrollierte Rückfälle“ stellen nicht unbedingt eine KI für die Therapie dar.

- d. Keine „Problemkumulation“. Wenn auch in anderen Lebensbereichen Probleme bestehen (Wohnen, Arbeitsplatz, wenig soziale Kontakte, Partnerschaft, etc.) ist die Behandlungsindikation zurückhaltend zu stellen. Es gilt zu klären, ob der Zeitpunkt für die Therapie richtig ist.

Sieh dazu auch 1. Protokoll S.4-5.

2.) Einige Fragen zum Thema Leberfunktionsparameter (LFP) und Therapie-Indikation

a. Behandelt man, wenn die Transaminasen (TA) im Normbereich sind?

Normale TA sind kein Grund nicht zu behandeln. Man kann man sich nicht darauf verlassen, dass normale Transaminasen keine Entzündungsaktivität bedeuten und überdies sind bereits die Normwerte zu hoch.

b. Besteht bei stark erhöhten Transaminasen eine unbedingte Behandlungsindikation?

Es gibt eine statistische Korrelation: je höher die TA, desto größer die Progression der Hepatitis C. Ausnahmen finden aber wiederholt eine histologische Bestätigung (normale TA + cirrh. Hepatis in Histo und umgekehrt).

Die dekompenzierte Leberzirrhose (Stadium Child-Pugh C/D) ist eine klassische KI für eine antivirale Therapie. Es besteht die Gefahr eines fulminanten Leberversagens (siehe 2. Protokoll: S.5, Autoimmunerkrankungen).

c. Ist die „GPT“ noch immer der „Gradmesser“ für den Therapiebeginn?

Die GPT ist nach wie vor das „Leitsymptom“. Prinzipiell: je höher die GPT, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer Progression.

Ein Problem ergibt sich daraus, dass die GPT auch ohne cHC schwankt. Kleine Schwankungen im Bereich von +/- 20 U/l haben kaum eine Relevanz.

[Generell sollte bei allen Patienten mit erhöhten Transaminasen auch eine HCV-Testung durchgeführt werden (unabhängig ob Angehöriger einer Risikogruppe oder nicht)!]

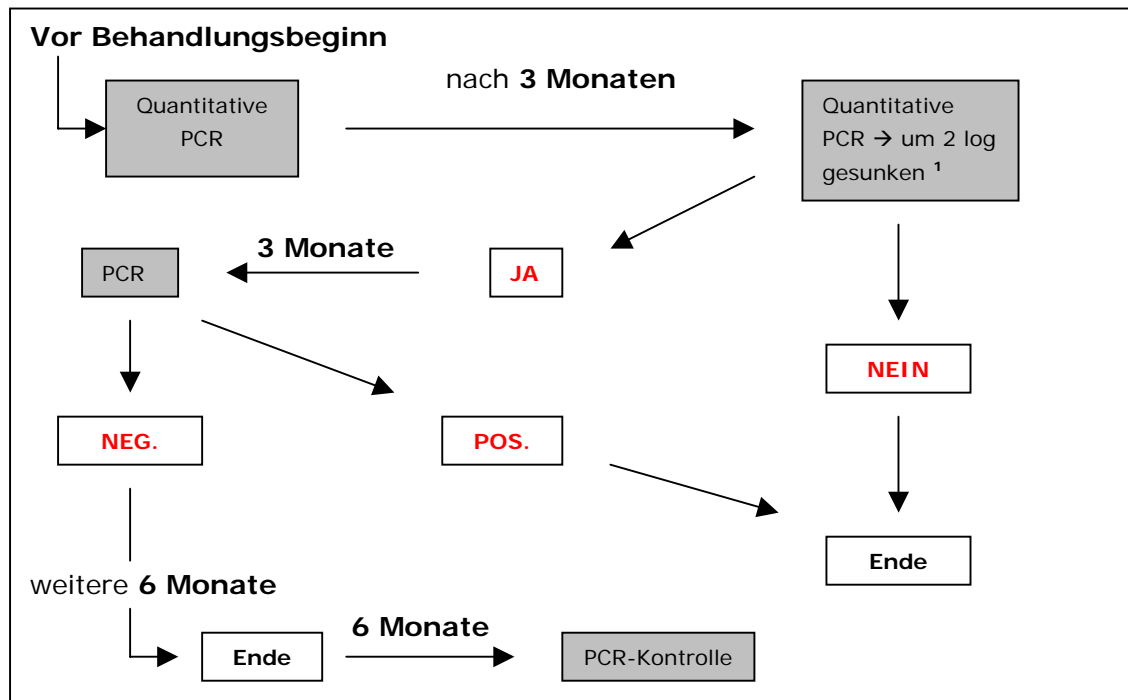
3.) Stellenwert des Virusnachweis (PCR-Test) bei der Behandlung der chronischen Hepatitis C

Diese Frage wurde bereits im 2.Zirkel abgehandelt (siehe 2. Protokoll S.3-4). Dennoch eine Wiederholung an dieser Stelle.

- **Genotyp (GT) 1.4**

Der Kasten im Anschluss zeigt den Algorithmus zur Verlaufskontrolle der antiviralen Behandlung mittels Virusnachweis (PCR).

Neuere Empfehlungen sehen beim GT 1 die Bestimmung der Virusmenge (PCR) bereits nach 4 Wochen vor. Es gibt „Superresponder“, die bereits nach 4 Wochen PCR-negativ sind und schon nach 6 Monaten eine Heilungsrate von 80-90% aufweisen. Im Einzelfall (wenn die Therapie gut vertragen wird) sollte in diesen Fällen trotzdem 12 Monate behandelt werden, um die Heilungschancen weiter zu erhöhen.



¹ Die Virusmenge sollte um min. 2 log-Stufen abgesunken sein (= mindestens minus 99%). Mit anderen Worten, es sollte nur mehr 1% der Virusmenge vorhanden sein.

- **Genotyp (GT) 2,3**

Die Standardtherapiedauer bei Infektion mit den Genotypen 2/3 beträgt 24 Wochen. Auch hier nennen neue Empfehlungen die Möglichkeit der PCR-Bestimmung nach bereits 4 Wochen und im Falle eines negativen Befundes eine Verkürzung der Behandlungsdauer auf 3-4 Monate.

Auch hier gilt, dass bei guter Verträglichkeit dennoch eine 6-monatige Behandlungsdauer angestrebt werden soll, da die Heilungsrate noch um etwa 8% gesteigert werden kann. Sie liegt nach 6 Monaten bei ca. 90%.

4.) Welche Zusatzuntersuchungen sind vor Behandlungsbeginn notwendig?

(Auszugsweise!)

- Basislabor
v.a. Schilddrüsendiagnostik
- OB-Sono
- ANA, AMA, etc.
→ Autoimmun-Hepatitis muss ausgeschlossen werden, weil antivirale Therapie zu einer massiven Verschlechterung führt.
- **Leberpunktion**
Wird nicht generell durchgeführt. Man erhält aber eine Information über das Stadium der Cirrhose und die Dringlichkeit einer Therapie.
Eine Leberpunktion macht nur Sinn, wenn daraus eine Ableitung erfolgt. Sollte die Indikationsstellung z.B. nicht eindeutig erfolgen können, so kann die Biopsie ein

wichtiger Entscheidungsparameter sein. Auch bei der Entscheidung über einen Therapieabbruch kann das Biopsieergebnis (Cirrh.-Stadium) wichtig sein!

Bei eindeutiger Behandlungsindikation macht eine Biopsie keinen Sinn.

Siehe dazu auch 1. Protokoll, S. 3-4.

C. Ausgewählte Nebenwirkungen der antiviralen Behandlung:

- **Haarausfall:**

Tritt selten auf, ist meist mäßig ausgeprägt und reversibel.

Alopezia areata: Wurde vereinzelt beobachtet. Ist sehr selten, könnte aber im Kontext der immunstimulierenden Wirkung und einer Autoimmunreaktion auftreten.

- **Karies:**

Klinisch sind im Rahmen der Therapie verstärkt Karies und Parodontose zu beobachten. Es gibt dazu die nicht publizierte Theorie (M.Gschwantler), dass sich eine bestehende Parodontose durch die Therapie (verminderte Speichelproduktion, Immunmodulation, etc.) verschlechtert.

Conclusio: Patienten sollten **VOR** Behandlungsbeginn zum Zahnarzt zur Mundhygiene geschickt werden.

D. Bestehen aus Sicht der Teilnehmer für Drogenabhängige „Zugangsbarrieren“ zur Behandlung?

In dieser Hinsicht hat sich die Situation in den letzten Jahren sehr positiv entwickelt. Eine Reihe von Spitalsambulanzen kooperieren sehr gut mit Drogenambulanzen und niedergelassenen Ärzten.

Die Vorbereitung der Patienten auf die Behandlung ist besonders wichtig. Sie dauert meist lange und Betreuer (Sozialarbeiter, Psychologen) sowie Behandler sind mit dem Problem konfrontiert, dass auf Patientenseite sehr negativ gefärbte Mythen über die antivirale Behandlung wirksam sind. Hier muss geduldig und sachlich informiert und auf die Ängste der Betroffenen eingegangen werden.

Aus Sicht der Selbsthilfegruppen ist die Situation in Österreich im internationalen Vergleich sehr gut.

Für das Protokoll:
Dr. Hans Haltmayer