

4. interdisziplinärer Qualitätszirkel „Hepatitis C und Drogengebrauch“

vom 10.10.2007

Experte: Prim. Dr. Michael Gschwantler

Moderation: Dr. Hans-Joachim Fuchs

Leitung: Dr. Hans Haltmayer

Ort: Hotel Regina (Salon Franz Josef)

1090; Rooseveltplatz 15

Ziel

Siehe vorhergegangene Protokolle.

Info zur Patientenselbsthilfegruppe:

- **Hepatitis Hilfe Österreich (HHÖ)**

Vorsitzende: Angelika Widhalm; Tel.: 0676-520 41 24

- **Info-Point-Gesunde-Leber** in Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK): jeden 4. Donnerstag im Monat im medizinische Bereich des WGKK-Kundencenters Gasometer (1110; Guglgasse 8, 13° - 16°). www.gesundeleber.at

A.) Leberfunktionsparameter (LFP) und Therapie-Indikation

- **Transaminasen (TA) im Normbereich:**

Normale TA sind kein Grund nicht zu behandeln. Man kann sich nicht darauf verlassen, dass normale Transaminasen keine Entzündungsaktivität bedeuten und überdies sind bereits die Normwerte zu hoch. Ein Patient mit „normalen“ TA an deren Obergrenze hat eigentlich bereits erhöhte TA.

Bei normalen Transaminasen gilt der Wunsch des Patienten nach Behandlung als ausreichend, um mit einer Behandlung zu beginnen (psychosoziale Stabilität vorausgesetzt).

- **Stark erhöhte Transaminasen:**

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).

B.) Leberbiopsie

Die Höhe der Transaminasen lässt keinen sicheren Rückschluss auf die Entwicklung einer Zirrhose zu. Die aussagekräftigste Diagnostik hierzu bietet die Leberbiopsie. Die Biopsie ermöglicht ein Staging der Fibrose (Stadium 1-4).

Sinnvolle Entscheidungshilfe zwischen Zuwarten und Therapiebeginn, wenn die sonstigen Umstände instabil sind und eine klare Entscheidung nicht möglich ist.

Im Falle einer eindeutigen Entscheidung für den Behandlungsbeginn ist eine Leberbiopsie eher nicht sinnvoll.

Fibrosestadium:

- 0 – 1 -> Behandlungsindikation aus medizinischer Sicht nicht dringlich.
- 3 – 4 -> Behandlungsindikation aus medizinischer Sicht dringlich.

C.) Wann ist der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer Therapie?

a.) Focus auf die Leber:

Je früher desto besser. Weniger Entzündung bedeutet weniger Zirrhose. Bei fortgeschrittener Leberzirrhose ist die Behandlung kontraindiziert. Eine dekompensierte Leberzirrhose (Stadium Child-Pugh B/C) ist eine klassische KI für eine antivirale Therapie. Die Immunreaktion würde die Leber weiter schädigen und es bestünde die Gefahr eines fulminanten Leberversagens. Solch eine Behandlung wäre – wenn überhaupt - nur in einem Transplant-Center möglich.

b.) Umfassende Sicht:

Bei Berücksichtigung aller psychosozialer Komponenten ist die Festlegung des optimalen Zeitpunktes komplexer und schwieriger. Arbeitssituation, Beziehungssituation, psychische Verfassung und viele andere Faktoren müssen in die Entscheidung mit einfließen.

D.) Nebenwirkungen einer Behandlung mit Interferon und Ribavirin:

Die Angst der Patienten vor Nebenwirkungen ist einerseits berechtigt, andererseits treten auch nicht alle Nebenwirkungen auf, die im Beipacktext stehen. Im allgemeinen wird die Therapie gut vertragen.

- 7-10% der Patienten brechen die Behandlung vorzeitig ab.
- 30% haben keine Probleme während der Therapie (max. einen leichten Leistungsknick).
- 60% leiden unter Nebenwirkungen, beenden die Therapie letztlich aber ohne größere Probleme.

Die Nebenwirkungen können in 2 Gruppen eingeteilt werden.

a.) NW die v.a. zu Beginn der Behandlung auftreten:

- **Grippales Syndrom:** Fieber, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen. Dauert 2-3 Wochen, ist medikamentös gut behandelbar (z.B. Paracetamol) und zeitlich limitiert.

b.) NW die im gesamten Therapieverlauf auftreten:

- **Müdigkeit:** Viele Patienten mit einer chron. Hepatitis C sind müde. Auch jene Patienten, die gar nichts von ihrer Infektion wissen! Die Müdigkeit kann auch noch 2-3 Monate nach absolvierter Therapie anhalten. Danach erreichen die Patienten oftmals einen „Aktivitätsschub“ und einen Energielevel, den sie vorher nicht hatten. Dies ist wahrscheinlich auf die Viruselimination und psychologische Effekte zurückzuführen.
- **Depressionen:** Eine leichte reaktive Depression ist kein Grund eine Therapie zu unterlassen. Die Information an die Patienten, dass IFN-bedingt eine

Verschlechterung eintreten kann, ist wichtig und hat an sich bereits einen stabilisierenden Effekt. Antidepressiva (AD) können prophylaktisch gegeben werden (Akzeptanz ist eher schlecht) oder erst beim Auftreten von Symptomen. Studien mit AD vom SSRI-Typ brachten gute Ergebnisse.

Suizid: Suizide kommen zwar sehr selten vor, dennoch ist zu beachten, dass das Risiko eines Suizids unter IFN-Therapie größer ist als ohne.

Zur Vermeidung von Suiziden ist eine gute Patienten-Selektion wichtig, sowie eine gute Patienten-Information und eine gute Betreuung.

- **Hauterkrankungen:** Unter einer IFN-Therapie kann sich generell fast jede Hautkrankheit verschlechtern. Eine massive Verschlechterung kann den Abbruch der Therapie notwendig machen.

Eine bestehende Psoriasis ist eine relative Kontraindikation.

Bei **trockener Haut** Fettsalbe verschreiben. Nicht wässrig! (entzieht der Haut zusätzlich Feuchtigkeit).

- **Haarausfall:** Tritt selten auf, ist meist mäßig ausgeprägt und reversibel.
- **Trockene Schleimhaut:** Luftbefeuchtung, Coldistop® Nasentropfen
- **Trockene Augen:** künstliche Tränenflüssigkeit (z.B. Oculotect® fluid)

E.) Spezielle Fragestellungen:

a.) HCV-Behandlung und Autoimmunerkrankungen:

Das HC-Virus selbst führt zu keiner direkten Schädigung der Leberzelle. Die Schädigung erfolgt durch das körpereigene Immunsystem, welches gegen das Virus vorgeht und dabei die Leberzelle schädigt.

Das ist auch der Grund, warum bei einer fortgeschrittenen Cirrhose nicht mehr behandelt wird – die wenigen funktionsfähigen Leberzellen sollen nicht zusätzlich geschädigt werden.

Bereits bestehende AI-Erkrankungen sind abzuklären und stellen eine Kontraindikation dar.

b.) TBC + chron. Hepatitis C:

Klare Behandlungshierarchie. Zuerst die TBC behandeln, dann die cHC.

c.) HIV + chron. Hepatitis C:

Durch die HAART steigt die Lebenserwartung HIV-Infizierter beträchtlich. Somit gewinnt die Leberzirrhose (infolge cHC-Koinfektion) als Todesursache an Bedeutung.

d.) Alkoholkonsum + chron. Hepatitis C

Bei einer cHC ist jede zusätzliche Belastung der Leber zu vermeiden. Alkoholkonsum ist daher ein Problem, die Studien zeigen eine erhöhte HC-Progression. Optimal wäre Abstinenz, bei gegebener psychosozialer Stabilität besteht trotz Alkoholkonsum keine Kontraindikation gegen eine Behandlung.

e.) Heilung: Heilung nach antiviraler Therapie bedeutet (wie bei wahrscheinlich allen Viruserkrankungen), dass einzelne Viren in Zellen persistieren. Die Viren bleiben dabei

unter der Nachweisbarkeitsgrenze und werden vom Immunsystem offensichtlich unter Kontrolle gehalten.

f.) Übertragungswege:

• **i.v. Drogenkonsum:**

Über Kontamination mit infektiösem Blut sind alle Utensilien, die bei der intravenösen Applikation verwendet werden, potentielle Infektionsquellen. Das Übertragungsrisiko ist dann am geringsten, wenn stets frische Injektionsutensilien verwendet und nicht mit anderen Personen geteilt werden.

→ Immer eine frische Kanüle verwenden

→ Immer eine frische Spritze verwenden

→ Immer einen frischen Filter verwenden

→ Immer frisches Wasser verwenden

→ Immer frische Ascorbinsäure oder Säuerungsmittel verwenden

→ Immer einen frischen Tupfer oder frisches Desinfektionsmittel verwenden

→ Immer einen eigenen Löffel und ein/e Dose/Aufkochgefäß verwenden

→ Vor und nach dem i.v.-Konsum die Hände gründlich waschen

• **nasaler Drogenkonsum (Kokain, Speed, Heroin, etc.):**

durch Verletzung der Nasenschleimhaut und gemeinsames Verwenden von Aufziehröhrchen kann es auch hier zu Infektion kommen.

• **Piercen, Tätowieren:**

Hierbei ist besondere Vorsicht geboten. Es ist strengstens auf das Verwenden von Einmalgeräten bzw. auf eine ausreichende Desinfektion zu achten. Ein Übertragungsrisiko beinhaltet auch das Tauschen von Piercings. Durch mechanische Irritation kann es über Verletzung der (Schleim-)Haut zur Infektion kommen.

Für das Protokoll:

Dr. Hans-Joachim Fuchs

Dr. Hans Haltmayer