

Welche Nebenwirkungen kann die Therapie haben?

Zu Beginn der Interferontherapie stehen grippeähnliche Symptome im Vordergrund. Im weiteren Verlauf kommt es häufig zu Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust. Gelegentlich treten Störungen der Schilddrüsenfunktion auf. Eine nicht zu unterschätzende Nebenwirkung sind depressive Verstimmungen bis hin zu starken Depressionen, die ggf. behandlungsbedürftig sind. Im Blutbild kann es zu einer deutlichen Reduktion der Leukozyten und der Thrombozyten kommen. Als häufige Nebenwirkung von Ribavirin ist eine reversible hämolytische Anämie bekannt. Bei Unterschreiten von Grenzwerten (siehe Fachinfo) sollte die Dosis reduziert oder Rücksprache mit einem behandlungserfahrenen Zentrum gehalten werden.

Wegen seiner teratogenen Wirkung darf Ribavirin in der Schwangerschaft oder Stillzeit nicht eingenommen werden. Schwangerschaftsverhütende Maßnahmen sind bis sechs Monate nach Therapieende unbedingt einzuhalten.

Fragen Sie die Experten

unter 01805 – 45 00 60 (€ 0,14/Min. aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus dem Mobilfunk).

Die Telefonsprechstunde ist von Montag bis Donnerstag zwischen 14:00 und 16:00 Uhr besetzt.

Individuelle Beratung

bekommen Sie als Assoziierter Arzt der Deutschen Leberstiftung.

Informationen unter www.deutsche-leberstiftung.de/wir-brauchen-sie/aerzte

Die Deutsche Leberstiftung

hat das Ziel, die Patientenversorgung durch die Förderung der Forschungsnetzwerke zu verbessern und die öffentliche Wahrnehmung für Lebererkrankungen zu steigern.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website www.deutsche-leberstiftung.de

Herausgeber:

Deutsche Leberstiftung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Telefon: 0511 – 532 6819

Telefax: 0511 – 532 6820

info@deutsche-leberstiftung.de

Partner der
Deutschen
Leberstiftung 

Stand: April 2008



Deutsche
_Leberstiftung



Hepatitis C

Informationen für Ärzte

Epidemiologie der Hepatitis C-Virusinfektion

Schätzungsweise sind ca. 2% der Weltbevölkerung mit dem Hepatitis C-Virus (HCV) infiziert. Es gibt deutliche regionale Unterschiede. Man vermutet, dass in Mitteleuropa und den USA etwa 0,7–1% der Bevölkerung infiziert sind. In Deutschland sind das also etwa 500.000 Menschen. In Teilen Osteuropas ist der Anteil deutlich höher, ca. 2–5%, in Afrika sogar über 5%.

Verlauf und Risiken einer Hepatitis C-Virusinfektion

Über die Hälfte (etwa 50–70%) der Infizierten entwickeln einen chronischen Verlauf, ca. 15–20% davon entwickeln eine Leberzirrhose, von denen ca. 20% davon ein hepatozelluläres Karzinom bekommen. Der Verlauf ist in der Regel langsam, über 20–40 Jahre. Kommen Zusatzfaktoren wie Alkohol oder eine Koinfektion mit dem Hepatitis B-Virus oder HIV hinzu, kann sich der Verlauf erheblich beschleunigen.

Hauptinfektionswege des Hepatitis C-Virus

- Mitbenutzung von Injektionsnadeln
- Bluttransfusionen (< 1:1.000.000, vor 1990 erheblich höher)
- Blutgerinnungsfaktoren
- Tätowiernadeln, Piercing

Bei bis zu 40% der Patienten bleibt der genaue Weg der Infektion unklar.

Haushaltskontakte stellen keine Gefahr dar. Patienten mit einer HCV-Infektion müssen deshalb nicht isoliert werden. Bei möglichen Blutkontakten sind Schutzmaßnahmen einzuhalten (z. B. Schutzhandschuhe beim Blutabnehmen etc.). Eine sexuelle Übertragung des Virus ist möglich. Das Risiko ist aber als gering einzuschätzen. Es gibt keine Impfung oder Postexpositionsprophylaxe. Für die akute Hepatitis C-Virusinfektion besteht Meldepflicht, für die chronische Hepatitis C-Virusinfektion nur bei Erstdiagnose (wenn sie nicht als akute Infektion gemeldet wurde).

Schwangerschaft und HCV

- Mutter-Kind-Übertragung gering (<3%)
- Spontangeburt empfohlen
- Stillen unbedenklich

Welche Personen sollten auf Hepatitis C gescreent werden?

- alle Patienten mit erhöhten Transaminasen
- Risikopatienten wie Hämophiliekranken, (ehemals) intravenös Drogenabhängige, Partner/-innen von HCV-Infizierten, Patienten aus endemischen Gebieten, Patienten mit Bluttransfusionen vor 1990/91

Welche Patienten sollten behandelt werden?

- die Therapie der akuten Hepatitis C-Virusinfektion verhindert in über 90% eine Chronifizierung
- eine chronische Hepatitis C-Virusinfektion sollte generell, unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, behandelt werden
- eine frühe Behandlung nach Infektion erhöht die Chancen auf eine Heilung

Welche Patienten sollten nicht behandelt werden?

- aktueller Alkohol- und/oder Drogenabusus (stabil substituierte Patienten können behandelt werden)
- dekompensierte Zirrhose
- unbehandelte schwere psychiatrische Erkrankung
- schwere Thrombopenie (< 50.000/ μ l) oder Neutropenie (< 1.000/ μ l)
- Malignom mit ungünstiger Prognose
- symptomatische Herzinsuffizienz (NYHA 3-4)
- Schwangerschaft, Stillen
- Kinder <3 Jahre

Basisdiagnostik vor geplanter Therapie

- Blutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Glucose
- HCV-RNA (quantitativ)
- HCV-Genotypisierung
- HBsAg, Anti-HBc, HIV-Ak
- Ausschluss einer Autoimmunhepatitis
- Schilddrüsenparameter
- Sonographie der Oberbauchorgane
- Leberpunktion (Biopsie) bei Therapie-relevanter Fragestellung zu erwägen

Therapie der akuten HCV-Infektion

Wichtig: Therapie innerhalb der ersten 4 Monate nach Infektion mit sehr hoher Heilungswahrscheinlichkeit. Möglichst Therapie im Rahmen der aktuellen Studie des Kompetenznetz Hepatitis (siehe "Study-House" unter www.kompetenznetz-hepatitis.de) mit 24 Wochen Pegyliertem IFN- α 1 x/Woche s.c.

Therapie der chronischen HCV-Infektion

HCV-Genotyp 1 oder 4

Therapieerfolg bis zu 55%

Therapie über 48 Wochen:

Pegyliertes IFN- α 1x/Woche s.c.

+ Ribavirin gewichtsadaptiert, oral, täglich, 13–15 mg/kg KG = 800–1400 mg/Tag

Erfolgskontrolle zur Woche 12

(Abfall der Viruslast >2 log Stufen im Vergleich zum Therapiebeginn, bzw. Virus <30.000 IU/ml), sonst

Therapieabbruch und Vorstellung in einem spezialisierten Zentrum

HCV-Genotyp 2 oder 3

Therapieerfolg ca. 80–90%

Therapie über 24 Wochen:

Pegyliertes IFN- α 1x/Woche s.c.

+ Ribavirin gewichtsadaptiert, oral, täglich, ca. 10–12 mg/kg KG = 800 (–1200) mg/Tag

Erfolgskontrolle: siehe oben

Aktuelle Studienergebnisse weisen auf die Möglichkeit einer verbesserten, individualisierten Therapiedauer hin.

Hierbei wird in Abhängigkeit von der Ausgangsviruslast, Genotyp und Abfall der Viruslast zu Woche 4 und 12 der Behandlung die Therapiedauer zwischen 16 und 72 Wochen variiert.

Nonresponder, Relapse-Patienten, Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose und/oder Kontraindikationen für eine IFN-basierte Therapie: Behandlung im Rahmen klinischer Studien in Zentren empfohlen (ggf. auch Indikation zur Lebertransplantation überprüfen).

