

Therapieziel

Das Ziel der Therapie der chronischen Hepatitis B ist die Senkung der Morbidität und Mortalität der HBV-Infektion. Während und nach der Behandlung müssen Surrogatmarker wie HBsAg und HBV-DNA zur Überprüfung des Therapieerfolgs herangezogen werden.

Das primäre Therapieziel ist der Verlust von HBsAg und die Serokonversion zu HBsAg-Antikörpern. Dieses Ziel wird mit den momentan zur Verfügung stehenden Medikamenten allerdings nur in 5 bis 10% der Fälle erreicht. Ein Teil-Ziel ist die HBV-DNA-Suppression, die mit den verfügbaren Medikamenten bei den meisten Patienten möglich ist. Eine Herausforderung bleibt, die HBV-DNA-Suppression dauerhaft zu erreichen.

Antivirale Therapie

Interferontherapie

PEG-Interferon alfa kann zur primären Behandlung einer chronischen Hepatitis B bei HBeAg-negativen und HBeAg-positiven Patienten mit kompensierter Leberzirrhose, maximal Child-Pugh A eingesetzt werden.

Pegyliertes Interferon alfa-2a (Pegasys®)
Interferon alfa-2a (Roferon®)
Interferon alfa-2b (Intron®)

Nebenwirkungen und Kontraindikationen sind zu beachten!

Nukleosid-Analoga

Lamivudin (Zeffix®)
Entecavir/Tenofovir
Telbivudin (Sebivo®)

Nukleotid-Analoga

Adefovir (Hepsera®)
Entecavir/Tenofovir

Was ist Resistenz?

Bei einer Therapie mit Nukleosid- und Nukleotid-Analoga können Therapieresistenzen entstehen, die durch Mutationen im Polymerasegen des HBV verursacht werden (z. B. die YMDD-Mutation). Von einer Resistenz wird ausgegangen, wenn die HBV-DNA um mindestens 1 log-Stufe über den Nadir unter antiviraler Therapie und Therapieadhärenz ansteigt.

Das Resistenzrisiko ist mit den hochpotenten Medikamenten (Entecavir, Tenofovir) deutlich geringer geworden. Ein Monitoring der HBV-DNA soll dennoch alle 3-6 Monate durchgeführt werden, um Resistenzen und vor allem die Therapieadhärenz zu überprüfen.

Wenn das primäre Therapieansprechen nicht ausreichend ist oder eine Resistenz auftritt, soll die Therapie umgestellt werden. Detaillierte Informationen zur Therapie bei fehlendem Ansprechen und Resistenz finden sie in der Leitlinie: www.deutsche-leberstiftung.de.

Deutsche
_Leberstiftung

Deutsche
_Leberstiftung

Herausgeber:

Deutsche Leberstiftung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Telefon: 0511 – 532 6819
Telefax: 0511 – 532 6820
info@deutsche-leberstiftung.de

Fragen Sie die Experten

unter 01805 – 45 00 60 (€ 0,14/Min. aus dem deutschen Festnetz, max. € 0,42/Min. 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

Assoziieren Sie sich
mit der Deutschen Leberstiftung –
Nutzen Sie unsere Kompetenz!



Die Deutsche Leberstiftung

Die Deutsche Leberstiftung befasst sich mit der Leber, Lebererkrankungen und ihren Behandlungen. Sie hat das Ziel, die Patientenversorgung durch Forschungsförderung und eigene wissenschaftliche Projekte zu verbessern. Mit intensiver Öffentlichkeitsarbeit steigert die Stiftung die Wahrnehmung für Lebererkrankungen, damit diese früher erkannt und geheilt werden können. Die Deutsche Leberstiftung bietet außerdem Information und Beratung für Betroffene und Angehörige sowie für Ärzte und Apotheker in medizinischen Fragen. Weitere Informationen: www.deutsche-leberstiftung.de.

Stand: April 2016

Unsere Partner:



Hepatitis B

Informationen für Ärzte

Epidemiologie der Hepatitis B-Virusinfektion

Das Hepatitis B-Virus gehört zu den Hepadnaviren, infiziert die Leber und deponiert im Hepatozyten-Kern seine DNA, mit der es persistiert. Weltweit sind etwa 240 Millionen Menschen mit dem HB-Virus infiziert. Pro Jahr sterben laut WHO etwa 780.000 Menschen an den Folgen einer HBV-Infektion.

In Deutschland sind schätzungsweise 500.000 Menschen mit dem Hepatitis B-Virus infiziert.

Verlauf und Risiken einer Hepatitis B-Virusinfektion

Es wird zwischen einer akuten und einer persistierenden bzw. chronischen Verlaufsform unterschieden:

- Eine akute Hepatitis B-Virusinfektion ist eine vor kurzem erworbene Infektion, die bei Erwachsenen meist ausheilt, vor allem bei kleinen Kindern hingegen häufig chronisch wird. Sie verläuft nicht selten asymptomatisch, kann aber auch verbunden sein mit einer Erhöhung der Transaminasen und einer Einschränkung der Leberfunktion. Fulminante Verläufe kommen bei ca. 1 % der Infizierten vor.
- Die chronische Hepatitis B-Virusinfektion ist eine länger als 6 Monate fortbestehende Infektion (HBsAg-positiv).
Es wird zwischen verschiedenen chronischen Hepatitisformen mit und ohne Zeichen einer Leberzellschädigung unterschieden.

Neuinfektionen heilen bei immunkompetenten Erwachsenen in über 90 % der Fälle aus. Perinatal erworbene Infektionen verlaufen hingegen in 90 % der Fälle chronisch.

Übertragungswege

Das Hepatitis B-Virus (HBV) ist sehr infektiös. HBV wird perinatal, per kutan oder sexuell übertragen. Nach einer durchgemachten Hepatitis B-Virusinfektion kann es unter Immunsuppression oder unter Chemotherapie zu einer Reaktivierung der HBV-Infektion kommen.

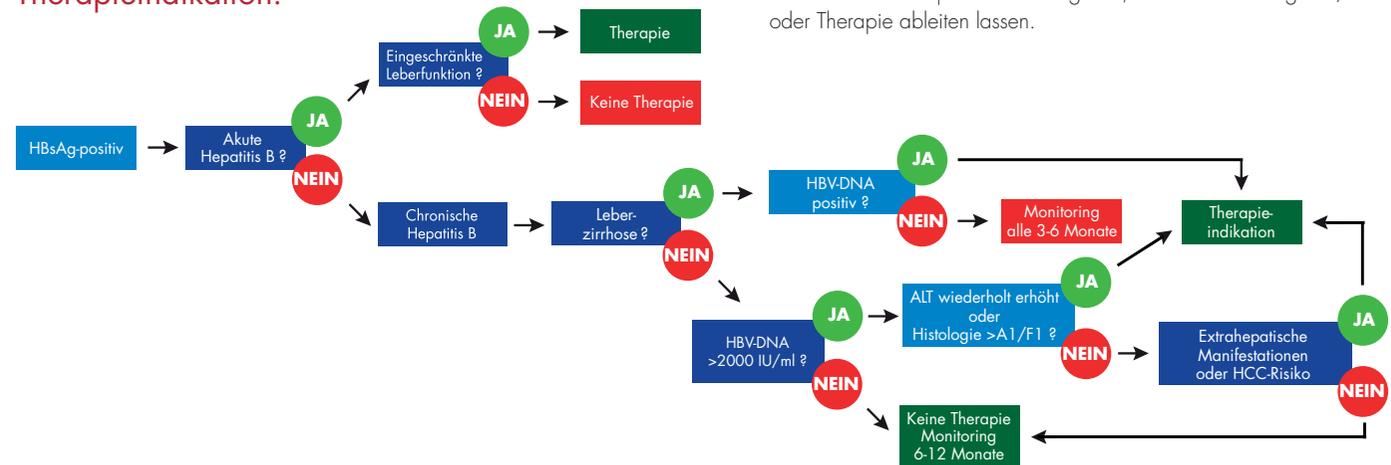
Hepatitis Delta (D)

Das Hepatitis Delta-Virus (HDV) benötigt das Hüllprotein des Hepatitis B-Virus und kommt somit nur als Simultan- oder Superinfektion vor. Daher sollte jeder Hepatitis B (HBsAg)-positive Patient mindestens einmal auf das Vorliegen einer Hepatitis Delta getestet werden (anti-HDV).

Welche Personen sollten auf Hepatitis B gescreent werden?

- Personen mit erhöhten Leberwerten und/oder klinischen Zeichen einer Hepatitis
- Patienten mit Leberzirrhose/-fibrose
- Patienten mit hepatozellulärem Karzinom (HCC)
- Personen mit Migrationshintergrund aus Regionen mit erhöhter HBsAg-Prävalenz (Mittelmeer, GUS-Staaten, Afrika, Asien)
- Familien- und Haushaltsangehörige bzw. Sexualpartner von HBV-infizierten Personen oder Personen mit übertragungsträchtigen Kontakten zu HBV-Infizierten
- medizinisches Personal
- Patienten in psychiatrischen Einrichtungen/Bewohner von Fürsorgeeinrichtungen für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensgestörte
- homosexuelle Männer und/oder Personen mit häufig wechselnden Sexualkontakten
- aktive und ehemalige i. V. Drogenbenutzer
- Dialysepatienten
- HIV- und/oder HCV-Infizierte
- Empfänger von Organtransplantaten vor und nach der Transplantation
- Blut- und Organspender
- Patienten vor bzw. während einer immunsuppressiven Therapie oder Chemotherapie
- Schwangere (nur HBsAg)
- Neugeborene von HBsAg- und/oder isoliert Anti-HBc-positiven Müttern

Therapieindikation:



Diagnostische Kriterien einzelner Verlaufsformen der Hepatitis B/D

akute Hepatitis B	- HBsAg-positiv und Anti-HBcIgM positiv - bei fehlendem HBsAg: HBeAg, HBV-DNA - Verlauf ≤ 6 Monate
chronische Hepatitis B	- HBsAg-positiv > 6 Monate - persistierend oder intermittierend erhöhte ALT/GPT-Werte - HBV-DNA initial > 2.000 IU/ml - Leberbiopsie mit chronischer Hepatitis (Grading ≥ 2 nach Desmet)
HBsAg-Träger-Status	- HBsAg-positiv > 6 Monate - persistierende normale ALT/GPT-Werte - Leberbiopsie (optional) ohne wesentliche Hepatitis (Grading 0–1 nach Desmet) - hochvirämisch: HBsAg + HBV-DNA > 20.000 IU/ml - inaktiv: HBsAg+, HBV-DNA meist ≤ 2.000 IU/ml
klinisch „ausgeheilte“ Hepatitis B	- Nachweis von Anti-HBc und Anti-HBs ≥ 10 IU/l - HBsAg-negativ - HBV-DNA-negativ ¹ - normale ALT/GPT-Werte
Sonderfall „Anti-HBc-only“	- Nachweis von Anti-HBc (bestätigt) - HBsAg-negativ ² , Anti-HBs-negativ oder <10 IU/l - normale ALT/GPT-Werte
Hepatitis delta	- HBsAg-positiv - Anti-HDV positiv - falls HDV-RNA positiv: aktive Infektion

¹ In Ausnahmefällen kann auch bei einer ausgeheilten Hepatitis B mittels PCR noch HBV in minimalen Mengen nachweisbar sein.

² Mittels PCR kann eine geringe HBV-Replikation nachweisbar sein.

Leberbiopsie?

Die Leberbiopsie dient der Beurteilung der entzündlichen Aktivität und der Fibrose. Sie ist daher eine wichtige Maßnahme zur Einstufung und Prognose-Beurteilung einer chronischen Hepatitis und sollte daher bei Patienten mit chronischer HBV-Infektion angestrebt werden, wenn sich daraus Konsequenzen für Diagnose, Verlaufsbeurteilung und/oder Therapie ableiten lassen.