

Chronische Hepatitis B

Zwischen 5% und 7% der Weltbevölkerung sind chronisch mit dem Hepatitis B Virus infiziert. Die chronische Hepatitis B stellt damit weltweit eine der häufigsten Ursachen für die Entwicklung einer Leberzirrhose und eines Hepatozellulären Karzinomes dar. In Deutschland geht man bei 5-8% der Bevölkerung von einer durchgemachten Hepatitis B, bei ca. 0,6% von chronischen Virusträgern aus. Die Zahl der Neuerkrankungen ist durch Aufnahme in die Impfempfehlungen im Kindesalter rückläufig.

Der Verlauf der Hepatitis B ist extrem variabel und von verschiedenen Faktoren wie z.B. Immunstatus und Alter bei Infektion abhängig. Während bei Infektion im Erwachsenenalter ein chronischer Verlauf (HbsAg-Nachweis über mehr als 6 Monate) nur in etwa 5% auftritt, kommt bei Infektionen im Kindesalter wesentlich häufiger (>30%) zu chronischen Verläufen.

Auch bei chronischer Infektion findet sich ein breites Spektrum von Verläufen, die vom asymptomatischen Virusträger mit normalen Leberwerten bis zu chronisch aktiven Verläufen mit Gefahr der Zirrhoseentwicklung sowie dem Auftreten von Komplikationen (Ascites, eingeschränkte Leberfunktion, gastrointestinale Blutung, Entwicklung des primären Leberzellkrebses) reichen.

Die Überprüfung, ob eine Behandlungsnotwendigkeit besteht und die Auswahl des am besten geeigneten Medikamentes muss vom hepatologisch erfahrenen Arzt anhand definierter Kriterien und unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten einschließlich der Begleiterkrankungen vorgenommen werden.

Die Zahl der verfügbaren Medikamente, die die Virusvermehrung effektiv unterdrücken können, ist durch mehrere Neuzulassungen in den letzten Jahren gestiegen.

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit der Gabe von α -Interferon v.a. in seiner pegylierten Form (eine Spritze pro Woche unter die Haut) oder die Gabe von Nukleosid- bzw. Nukleotid-Analoga (Tabletten).

Anbei ein Schema zur Therapieindikation bei chronischer Hepatitis B und zur Auswahl der Medikamente entsprechend der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauung und Stoffwechsel aus dem Jahr 2007.

[>>> SCHEMA EINFÜGEN „CHRONISCHE HEPATITIS B.PPT“]

Chronische Hepatitis C

Etwa eine halbe Million Deutsche sind Träger des Hepatitis C Virus. Die Erkrankung verläuft häufig asymptomatisch oder mit unspezifischen Symptomen wie vermehrter Abgeschlagenheit. Aus diesem Grunde ist bei einem Teil der Betroffenen die Erkrankung bislang nicht diagnostiziert. Da aber in 60-80% der Fälle die Erkrankung einen chronischen Verlauf nimmt und damit die Gefahr der Zirrhoseentwicklung oder der Entstehung eines Leberzellkarzinomes als Spätfolge besteht, ist die Diagnosestellung und die Überprüfung der Behandlungsmöglichkeit bei allen Betroffenen wichtig.

Bei folgenden Personen ist eine Antikörpertestung anzuraten:

- Erhöhte Leberwerte
- Stattgehabte Bluttransfusion, insbesondere vor Einführung der routinemäßigen Testung auf Hepatitis C
- Personen mit Piercing oder Tätowierung
- Stattgehabter intravenöser Drogenkonsum
- Personen mit Hepatitis C positivem Partner/Partnerin
- Personen, bei denen eine Hepatitis B oder HIV-Infektion festgestellt wurde

Heute können über die Hälfte der behandelten Hepatitis C Patienten mit einer Standardtherapie bestehend aus pegyliertem α -Interferon in Kombination mit Ribavirin geheilt werden. Die Erfolgsaussichten sind von verschiedenen Faktoren wie z.B. dem Genotyp des Virus, der Viruslast, dem Fibrosegrad in der Leber, Alter und Begleiterkrankungen des Patienten, aber auch der Geschwindigkeit des Abfalles der Viruslast unter Therapie abhängig.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren wurde in den neuen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauung und Stoffwechsel eine Individualisierung der Therapiedauer vorgeschlagen, siehe Therapieschemata für Genotyp1+4 bzw. Genotyp 2+3.

[>>> Einfügen Schema „HEPCGT23.PPT“]

Autoimmune Leber – und Gallenwegserkrankungen

Hauptsächlich Frauen sind von den verschiedenen Formen der Autoimmunhepatitis und von der Primär biliären Zirrhose betroffen. Durch den Einsatz von Prednisolon alleine oder in Kombination mit Azathioprin sowie anderen Immunsuppressiva bei Nichtansprechen dieser Standardtherapien ist die Prognose der Autoimmunhepatitis heute als günstig einzustufen, die Notwendigkeit einer Lebertransplantation aufgrund einer Autoimmunhepatitis selten geworden.

Standardtherapie der Primär biliären Zirrhose ist die Gabe der Gallensäure Ursodesoxycholsäure. Dieses Medikament wird auch bei der Primär sklerosierenden Cholangitis, einer autoimmunen Gallenwegserkrankung, die hauptsächlich in Assoziation mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen [LINK AMBULANZ F CHRON-ENTZ DARM.] auftritt, hochdosiert gegeben. Zudem können Engstellen an den größeren Gallenwege endoskopisch im Rahmen einer ERCP behandelt werden. [LINK ENDOSKOPIE]

Nutritiv-toxische Lebererkrankungen

Diese Gruppe der Lebererkrankungen tritt überwiegend als Fettlebererkrankungen (einfache Steatosis, Steatohepatitis, Fettleberzirrhose und Folgeerkrankungen) auf. Mögliche Ursachen sind der übermäßige Alkoholkonsum, aber auch medikamentöse Leberschädigungen und mit zunehmender Häufigkeit auch die sog. Nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH) in Assoziation mit Übergewichtigkeit und Diabetes mellitus. Die Behandlung der Grunderkrankung steht hier im Vordergrund sowie regelmäßige Verlaufskontrollen, um mögliche Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Weiterführende Internetadressen:

www.kompetenznetz-hepatitis.de

www.deutsche-leberstiftung.de

www.dgvs.de/508.php (Leitlinien u.a. zu Diagnostik und Therapie der Hepatitis)

www.rki.de (Robert Koch Institut)

www.hepatitis-c.de

www.lebertransplantation.de

www.hepatitis.de

www.hepatitis-care.de