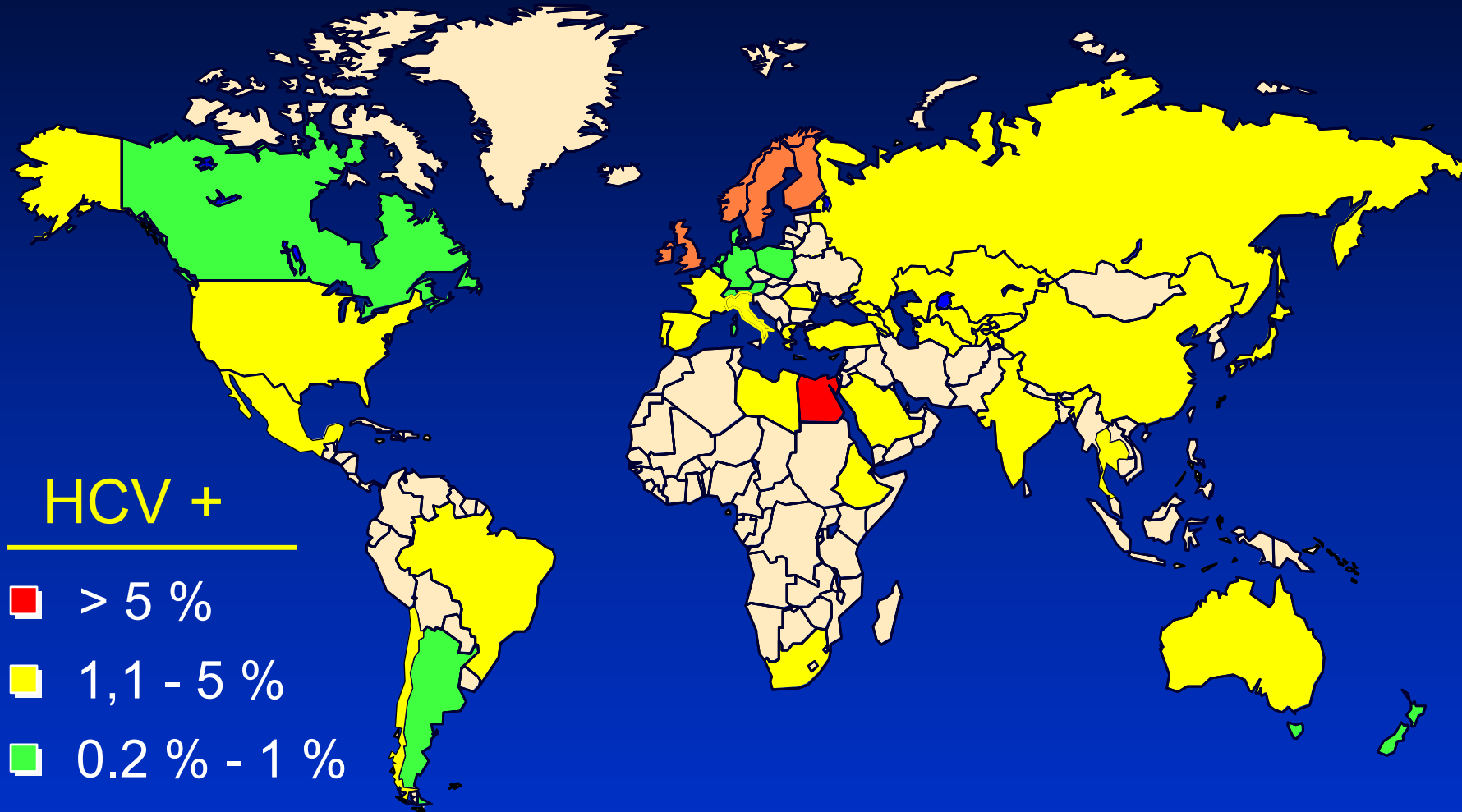


Prävalenz der Hepatitis C

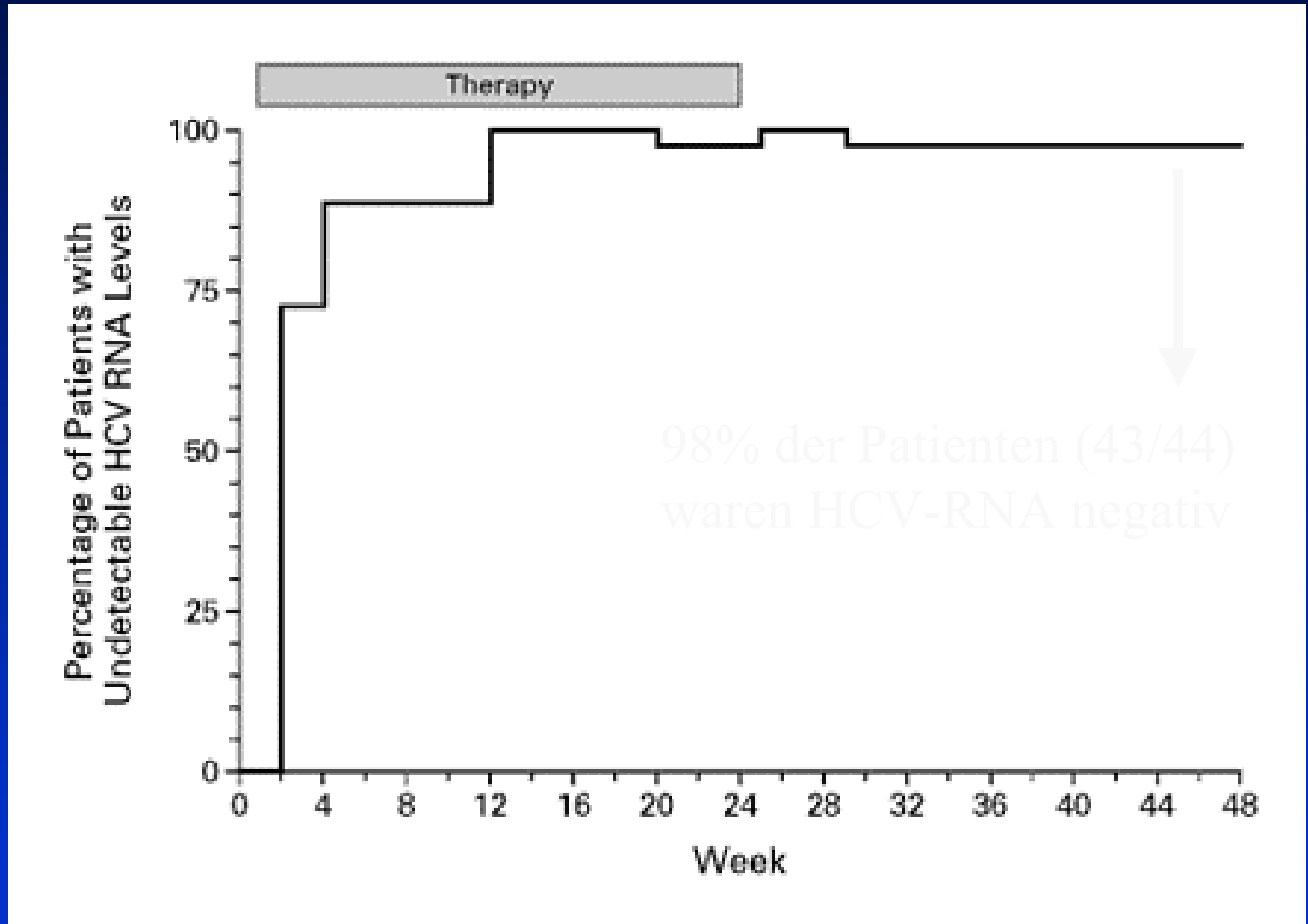


HCV +

- > 5 %
- 1,1 - 5 %
- 0.2 % - 1 %
- ≤ 0.1 %
- unklar

Behandlung der akuten Hepatitis C mit Interferon

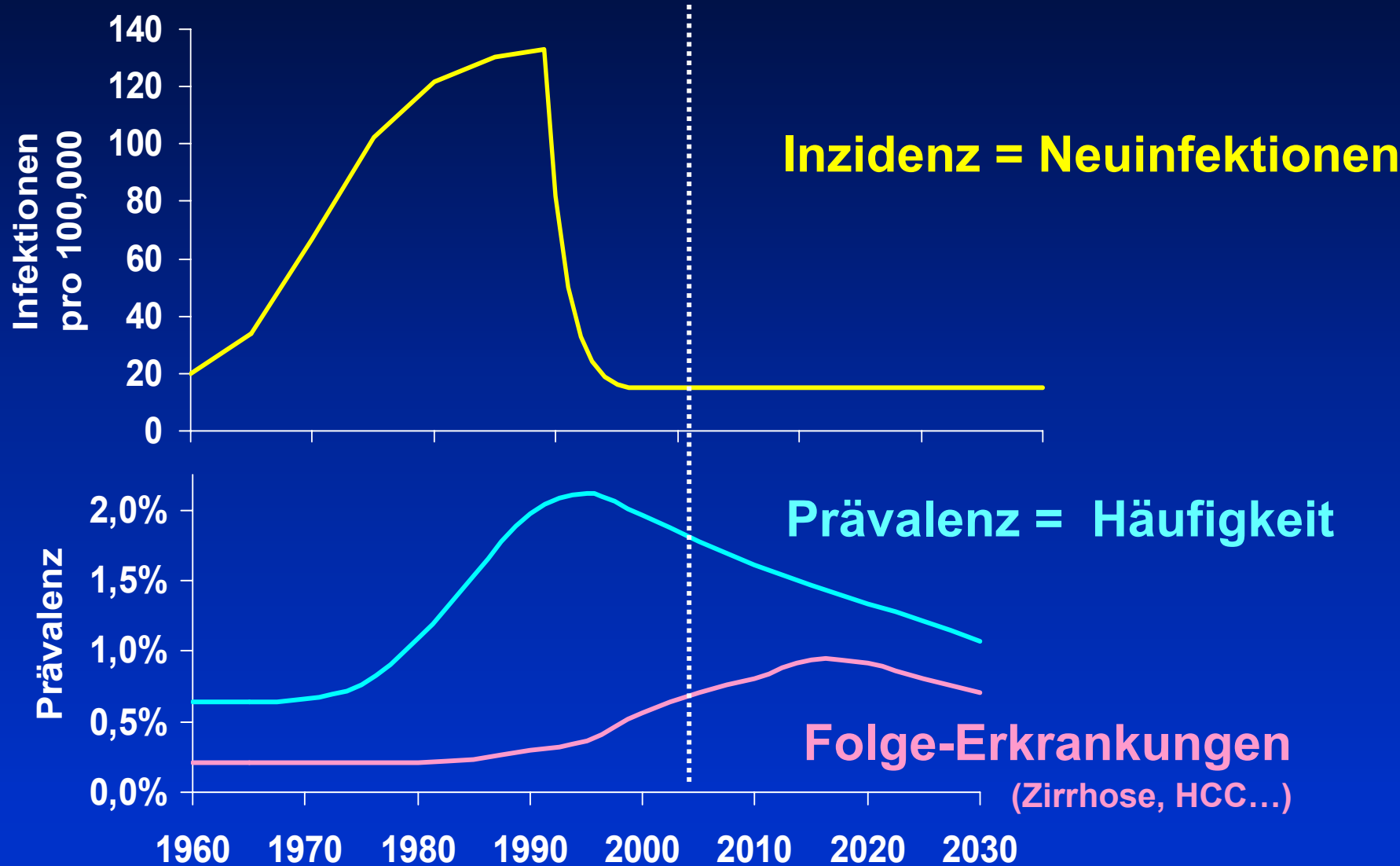
Jaekel et al. New Engl J Med 2001;345:1452-1457.



Behandlung der akuten Hepatitis C mit Interferon (und Ribavirin?)

- Antivirale Therapie sofort nach Diagnose (insbesondere bei asymptomatischer Hepatitis)
- oder
- Abwarten bis zu 6 Monaten bei symptomatischer Hepatitis und Behandlung nur bei chronischem Verlauf ?

HCV-Infektion und Folge-Erkrankungen



Empfehlungen bei Hepatitis C nach CDC

Das Infektionsrisiko durch Geschlechtsverkehr ist gering (n. 20 J. Partnerschaft < 2-5%), bei stabiler Beziehung wird kein Wechsel der Sexualgewohnheiten empfohlen.

Die HCV-Übertragung durch Geburt ist selten (< 2-5 %). Von einer Schwangerschaft wird deshalb nicht abraten (bei guter Leberfunktion).

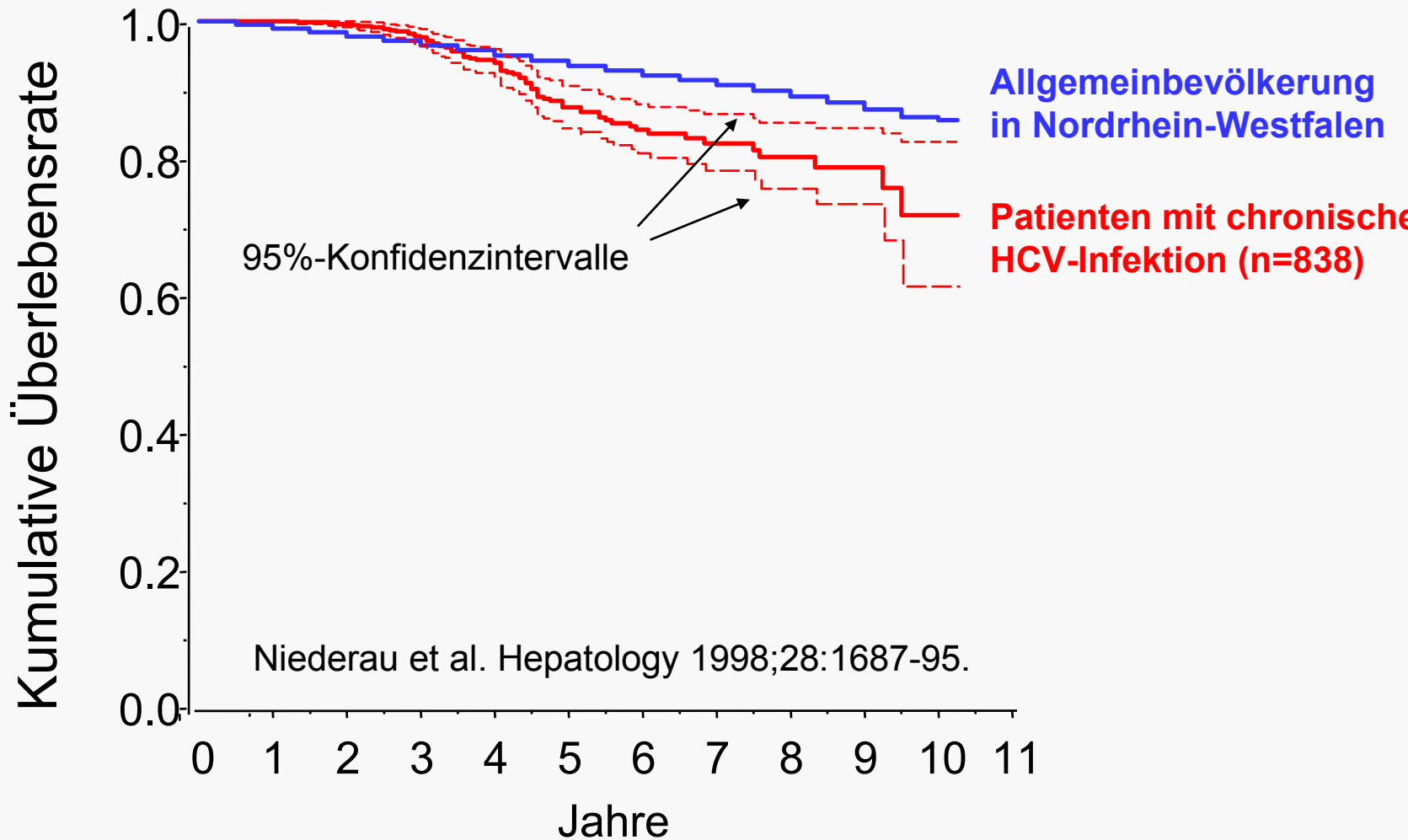
Bei HCV-positiven Schwangeren ist ein Kaiserschnitt nicht erforderlich. HCV-positive Mütter können stillen (*Empfehlung der Deutschen Stillkommission: kein Stillen !*).

Empfehlungen bei Hepatitis C nach CDC und RKI

Im Haushalt sollten Rasierklingen/apparate, Nagelscheren, Zahnbürsten etc. getrennt aufbewahrt werden. Besteck, Geschirr und Wäsche bedürfen keiner besonderen Behandlung.

Patienten mit Hepatitis C können fast alle Berufe ausüben, auch in Schule und Kindergarten, bei Polizei und Feuerwehr, im Restaurant, in der Medizin (mit Ausnahme einiger Fächer)

HCV-positive Menschen können Kindergarten, Schule, Sauna, Sportvereine, Schwimmbad, usw. besuchen.

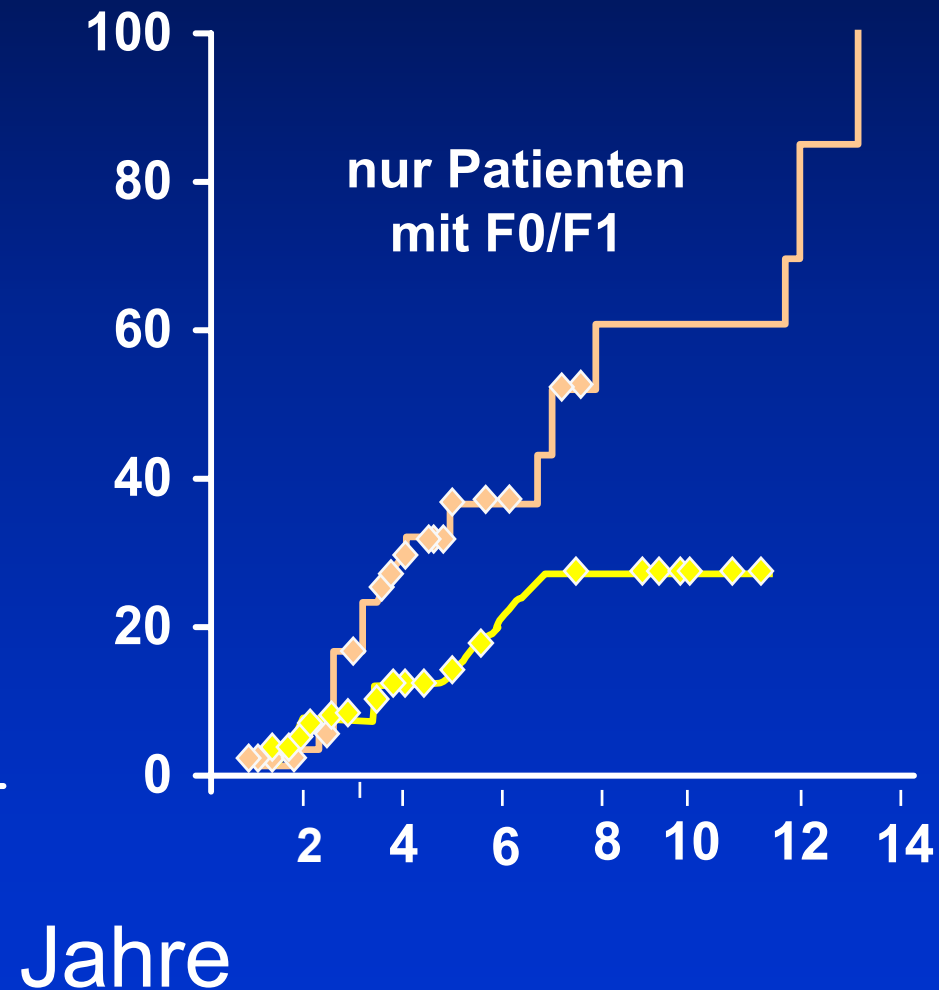
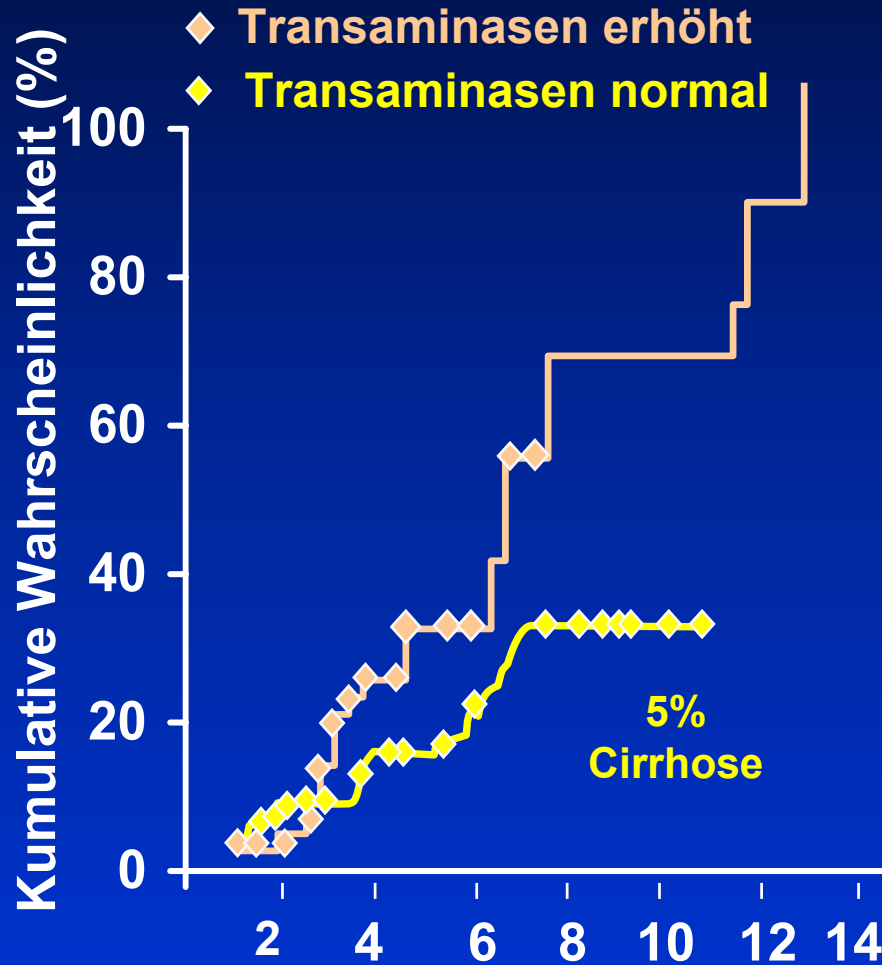


Zahl der nachbeobachteten Patienten

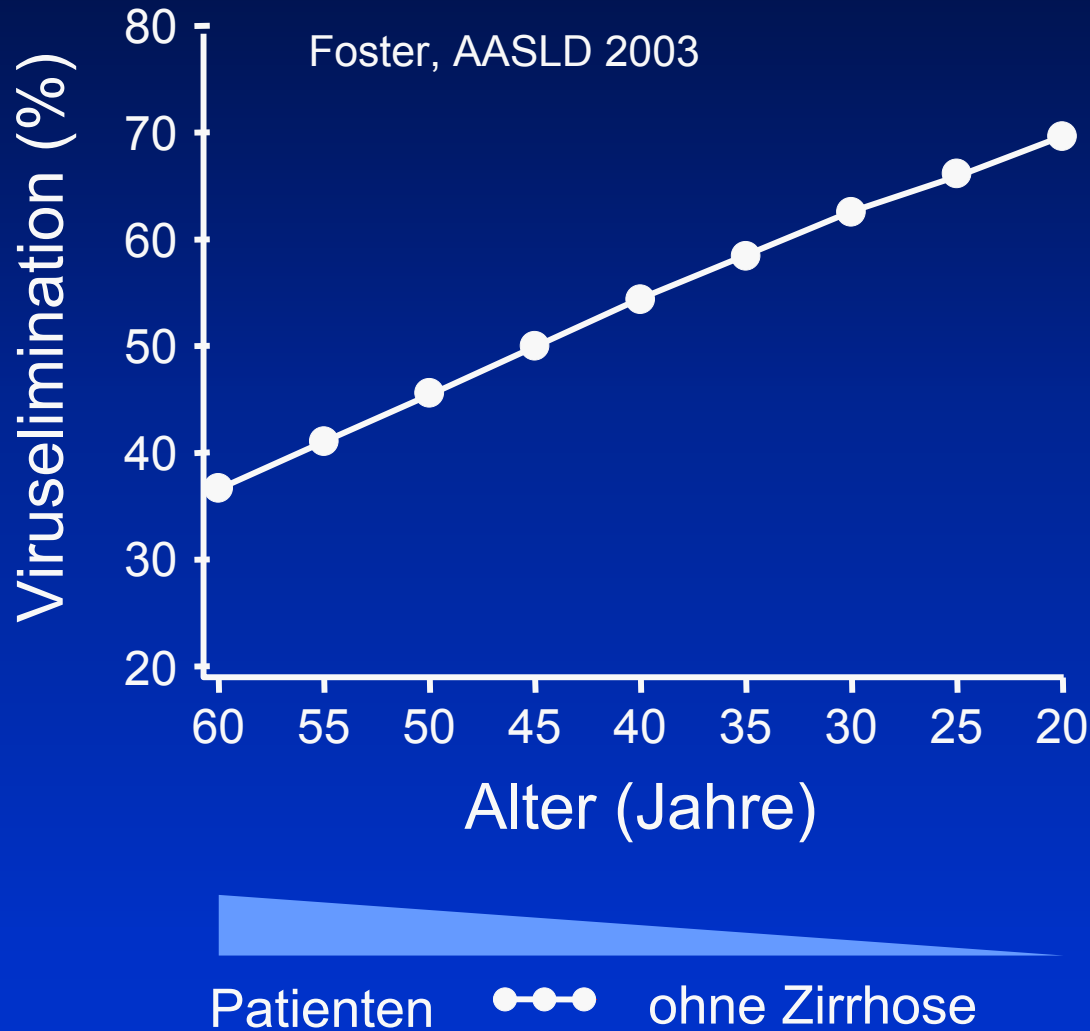
838 799 708 566 420 274 164 106 71 35 7 0

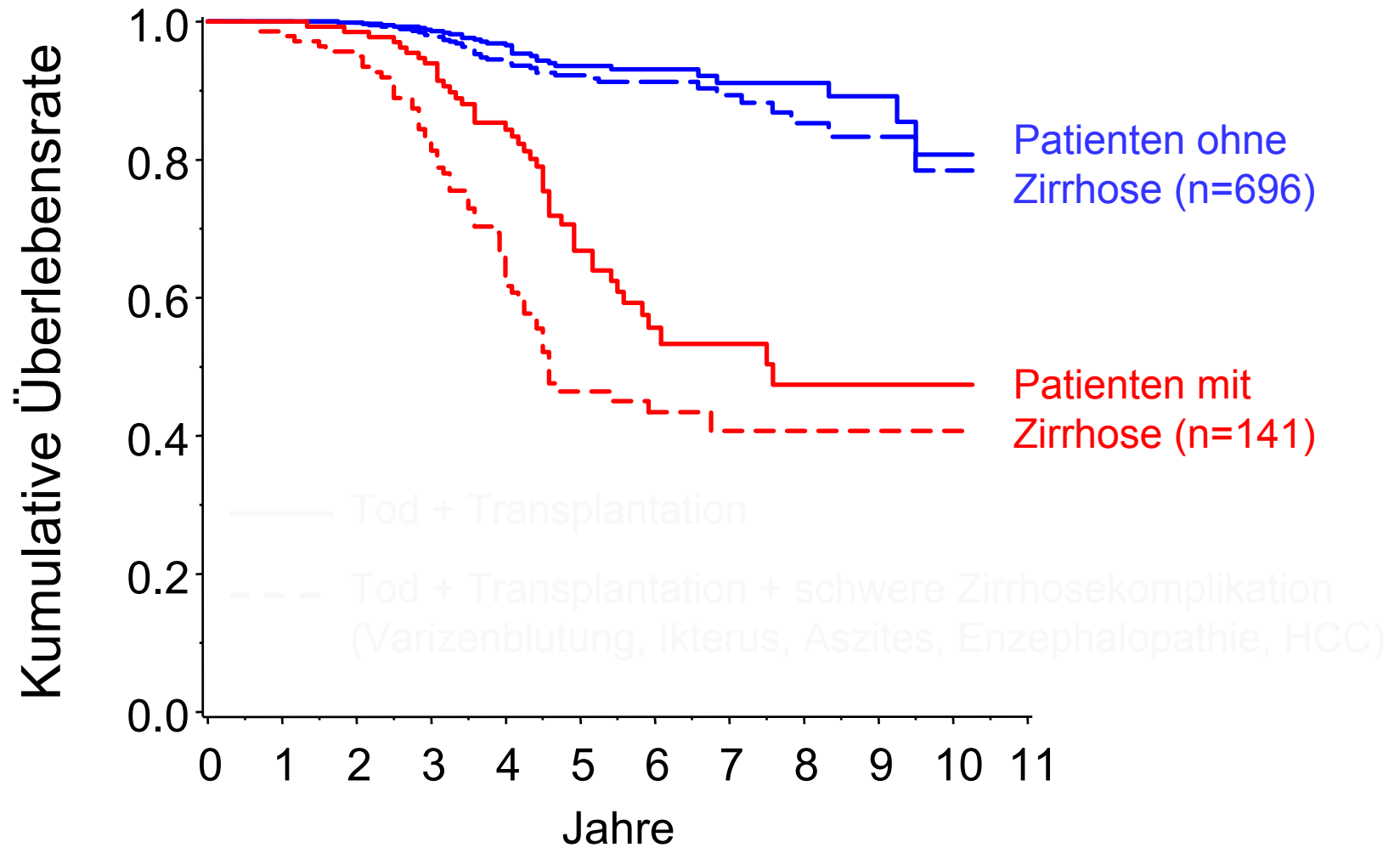
Fibrose-Progression bei Patienten mit erhöhten oder „dauerhaft“ normalen Transaminasen (n=81)

(Hui C-K et al. J Hepatol 2003; 38: 511)



Therapieverzögerung bedeutet Reduktion der Heilungschance





Niederau et al. Hepatology 1998;28:1687-95.

Notwendigkeit

(Alter, erhöhte GPT,
Leberhistologie)

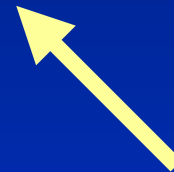
Erfolgschancen

(Genotyp und Viruslast)

Antivirale Therapie

Compliance,
berufliche Belastung
soziale Situation

Begleiterkrankungen
Kontraindikationen



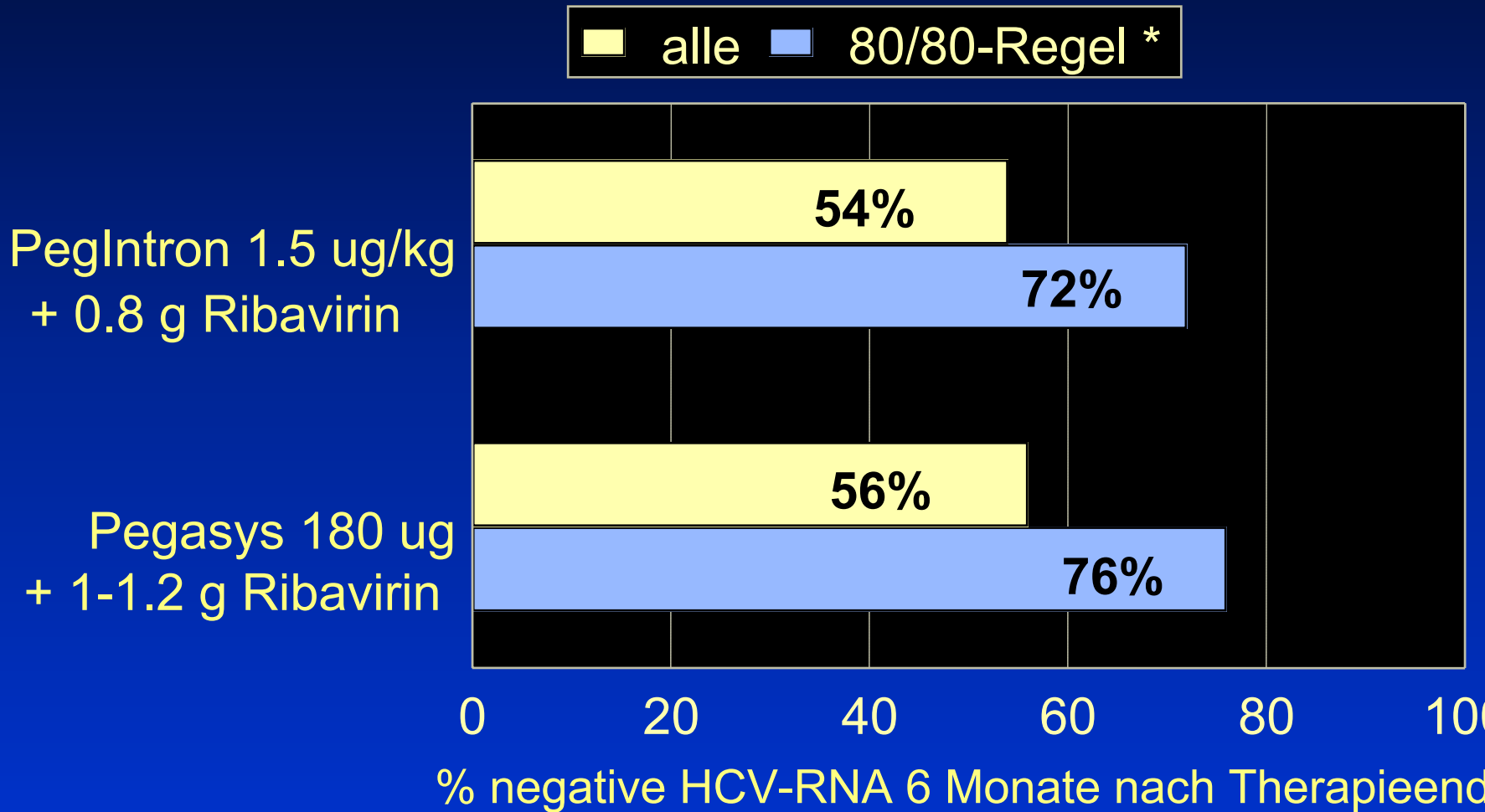
Ungewöhnliche Gründe für eine Behandlung der Hepatitis C

In Ausnahmefällen können auch

- berufliche Aspekte
(z.B. Berufsprobleme, Prävention bei häufig wechselnden Sexual-Partnern, etc.)
- extrahepatische Komplikationen
- Beschwerden

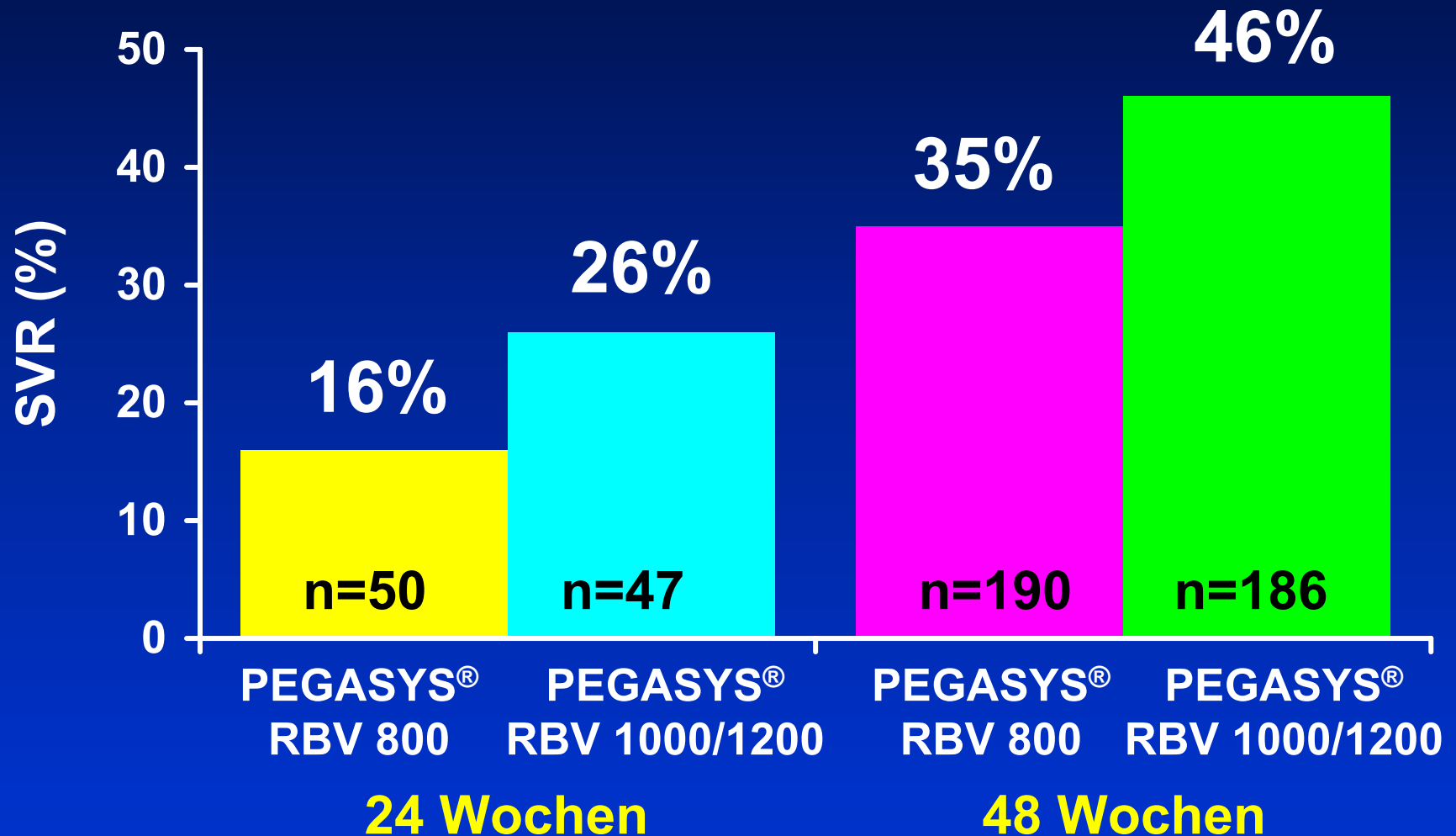
eine Therapie begründen.

Andauernde virologische Ansprechrate bei Patienten mit chronischer Hepatitis C

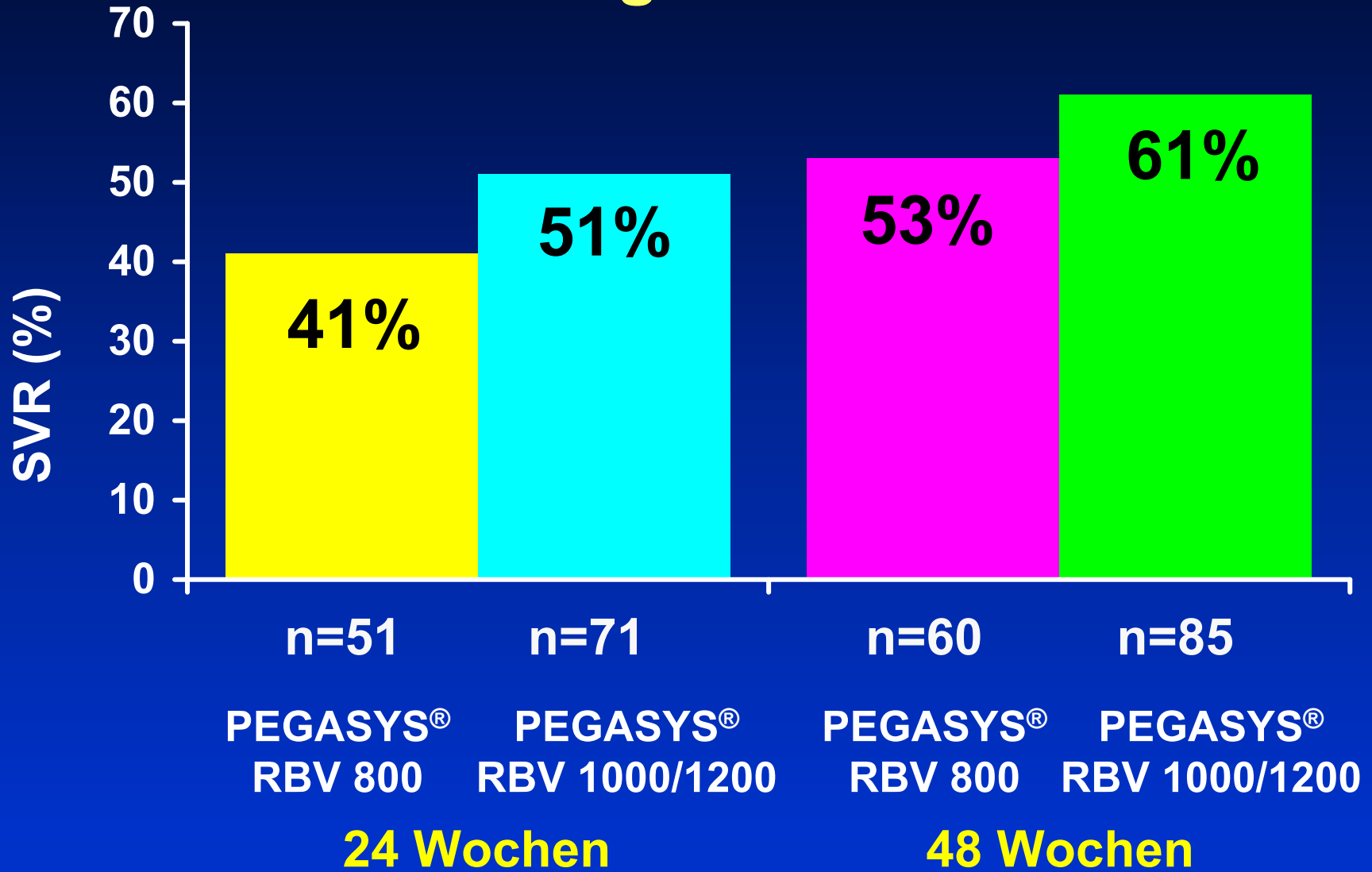


** > 80% der Medikamente über > 80% der Zeit*

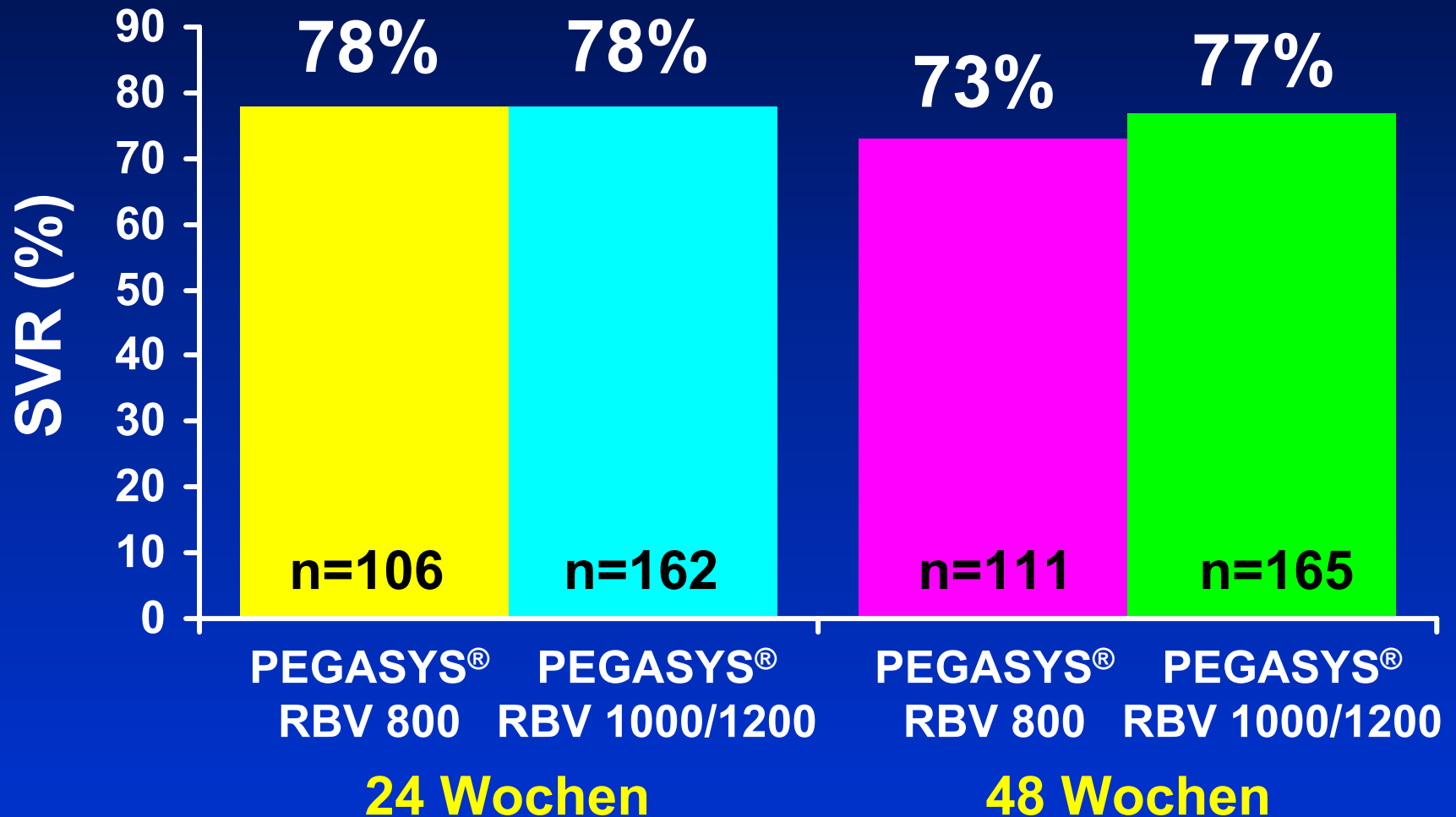
SVR bei Genotyp 1 Hohe HCV-RNA



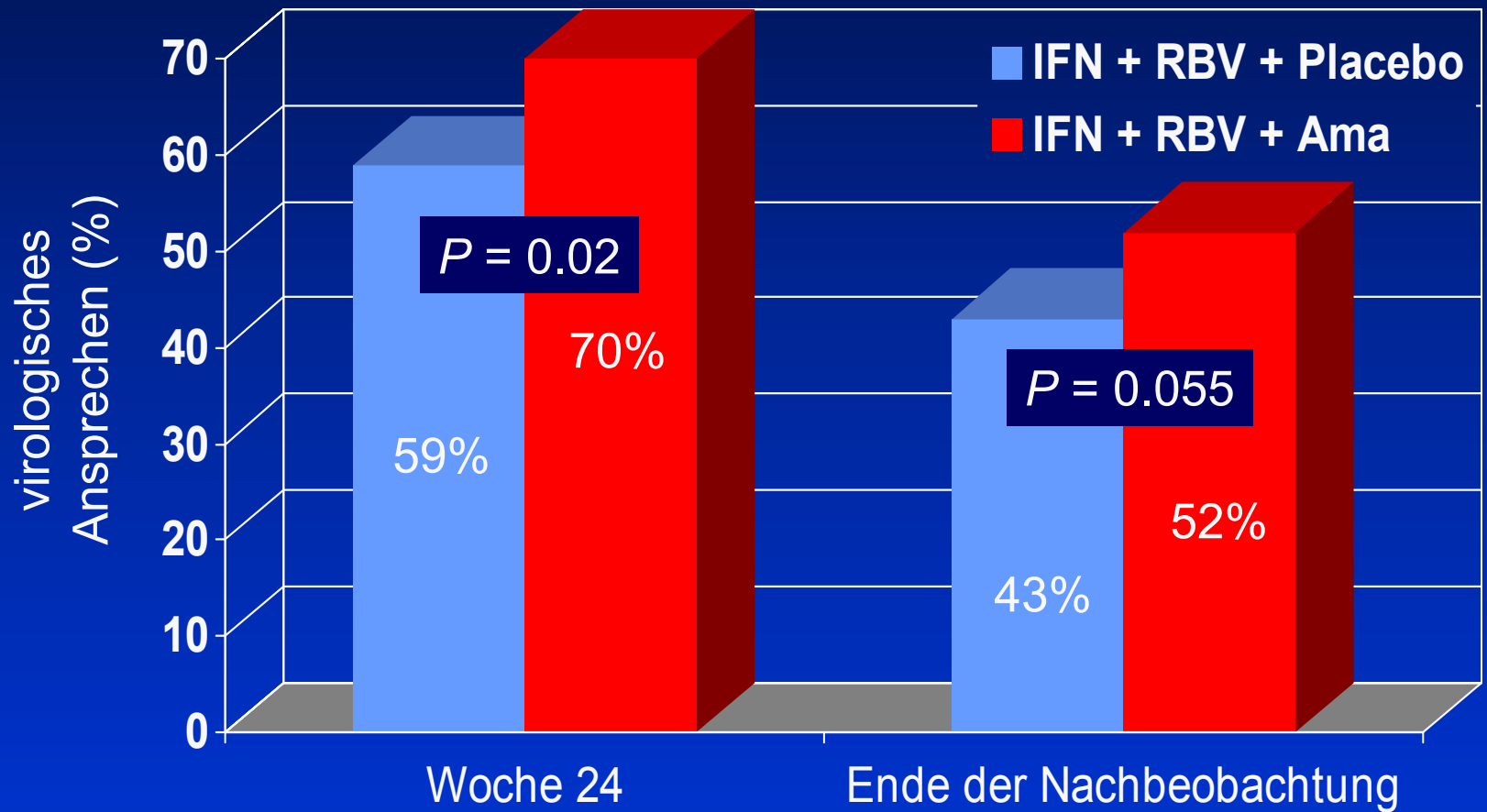
SVR bei Genotyp 1 Niedrige HCV-RNA



SVR bei Genotyp Non-1



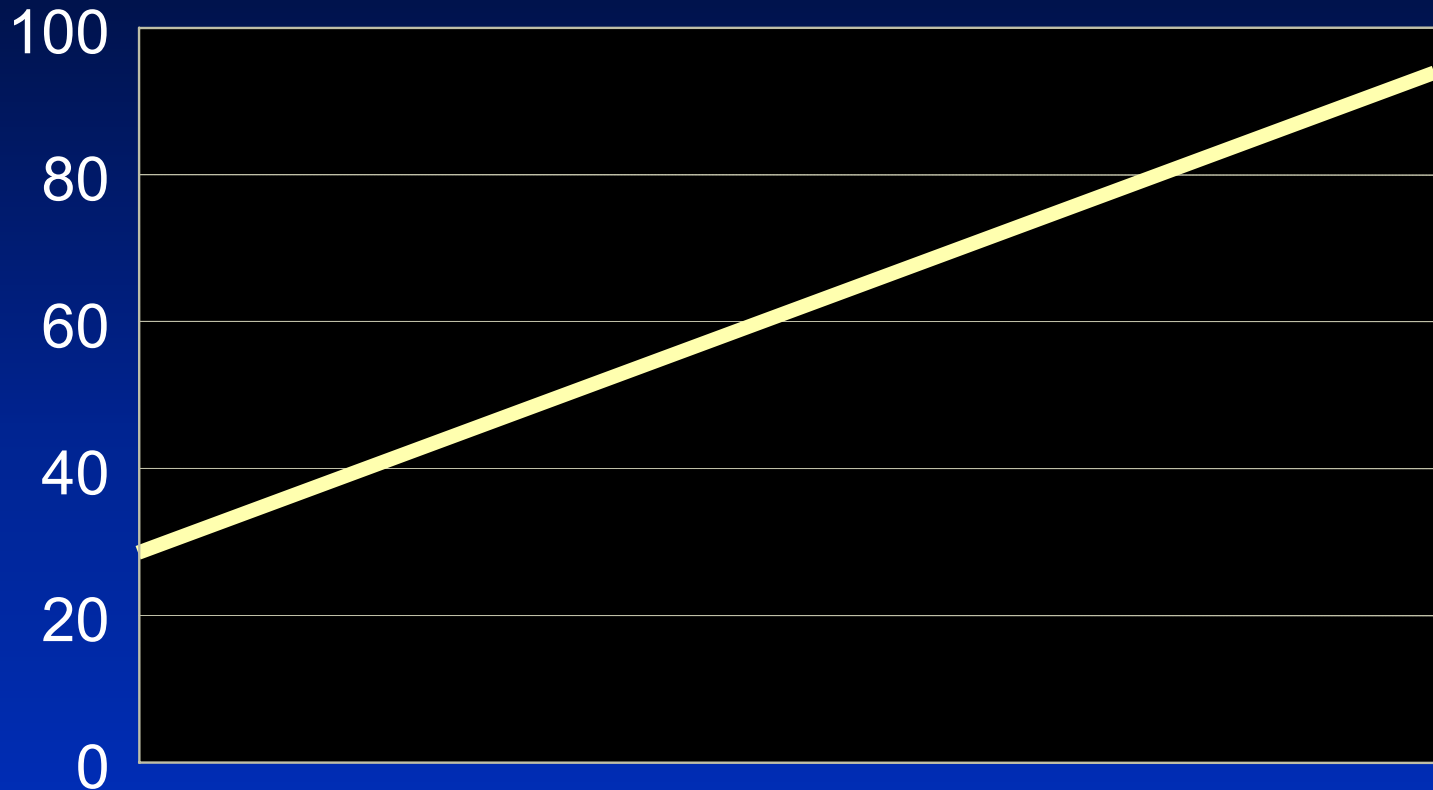
Therapie der chronischen Hepatitis C mit Interferon, Ribavirin und Amantadin



n = 400 Patienten

Berg et al., *Hepatology* 2003

% langfristig negative HCV-RNA nach Interferon-/Ribavirintherapie



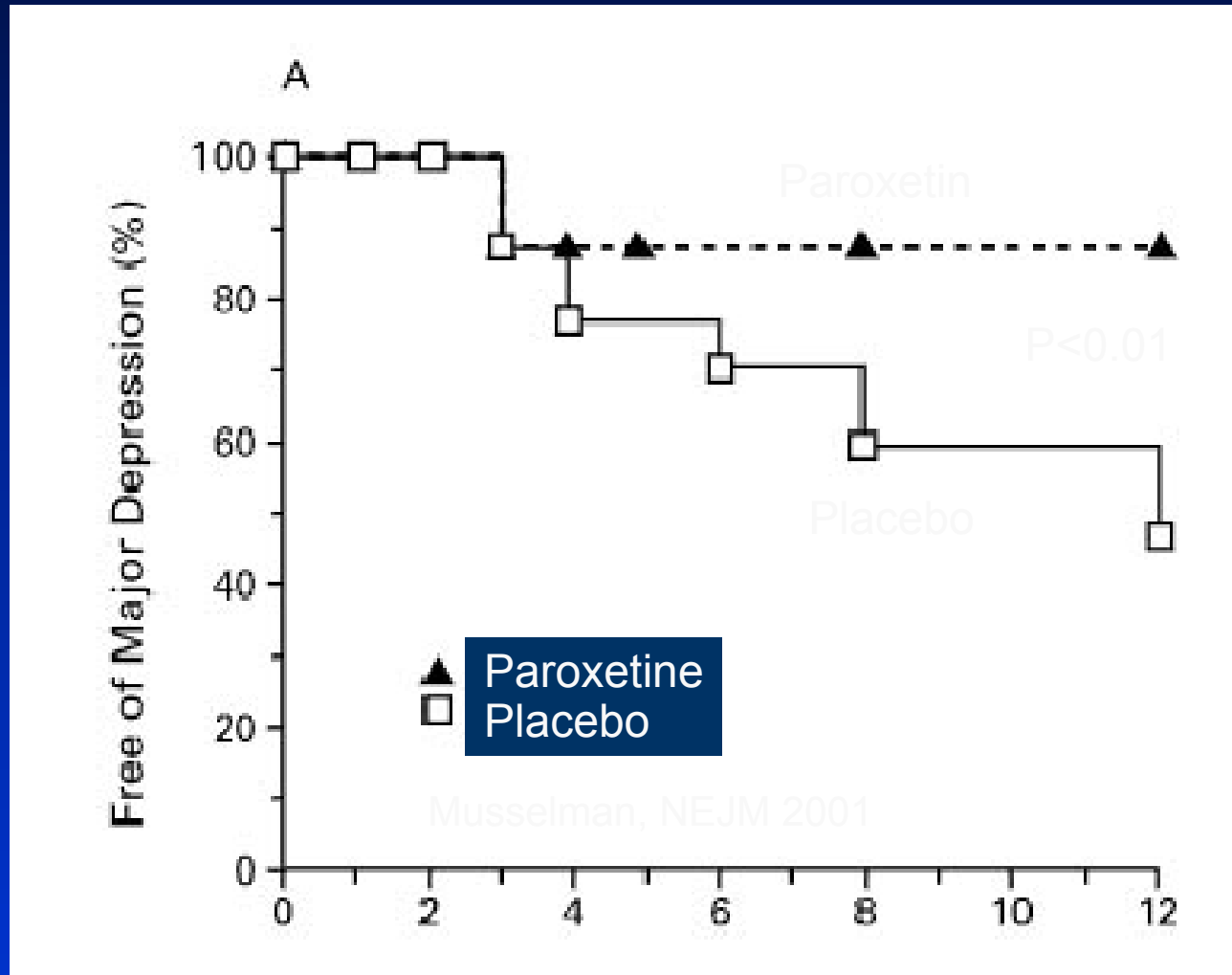
Genotyp 1b
hohe Viruslast
Leberzirrhose
lange Dauer der Infektion

Genotyp 3a
niedrige Viruslast
keine Fibrose
kurze Dauer der Infektion

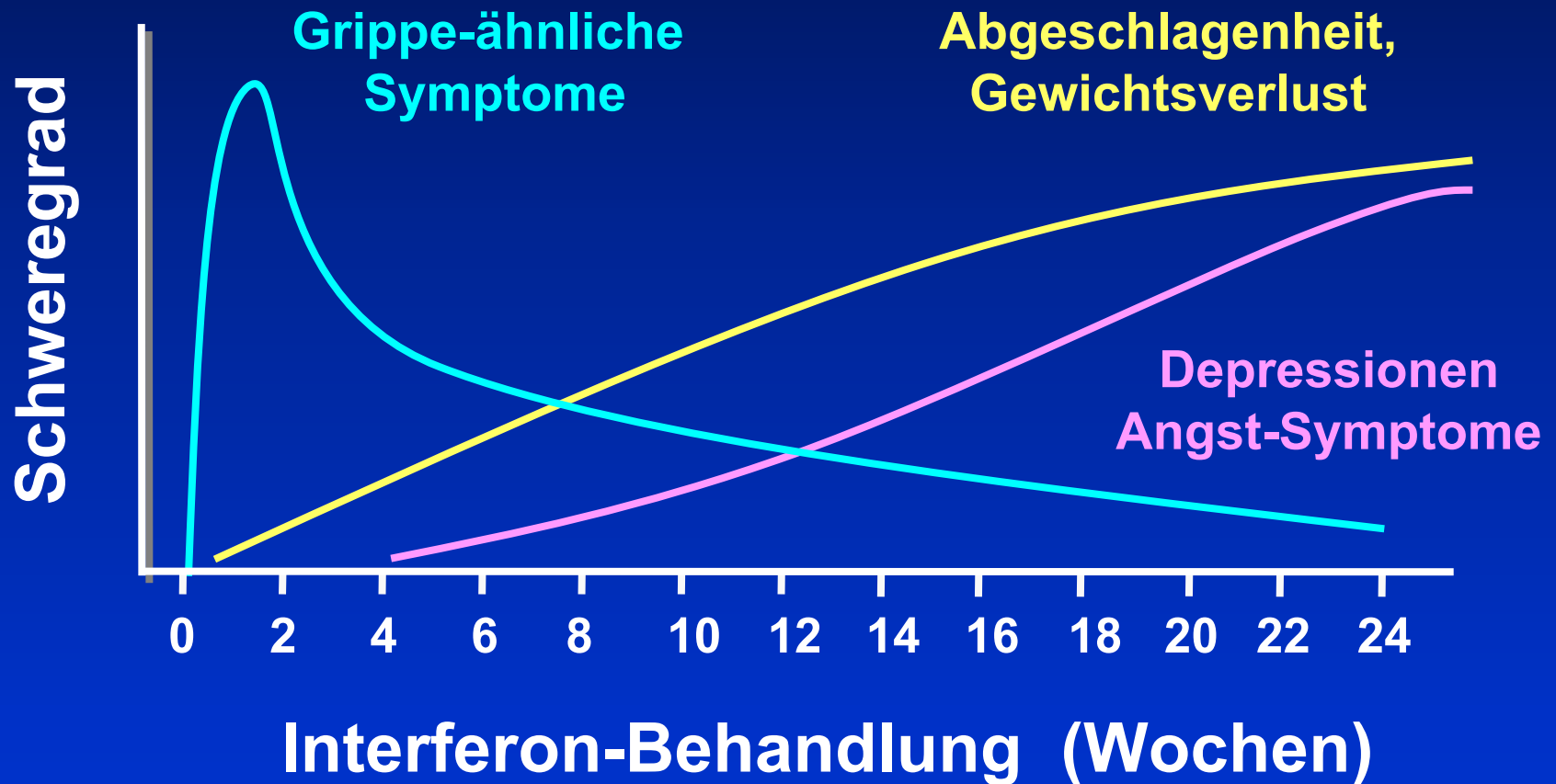
Hauptgründe für Abbruch einer Interferon-Therapie in der Praxis

- Psychische Nebenwirkungen
(Depressionen, Ängste, Psychosen)
- Gewichtsabnahme, Leistungsschwäche
- Blutbildveränderungen
- andere

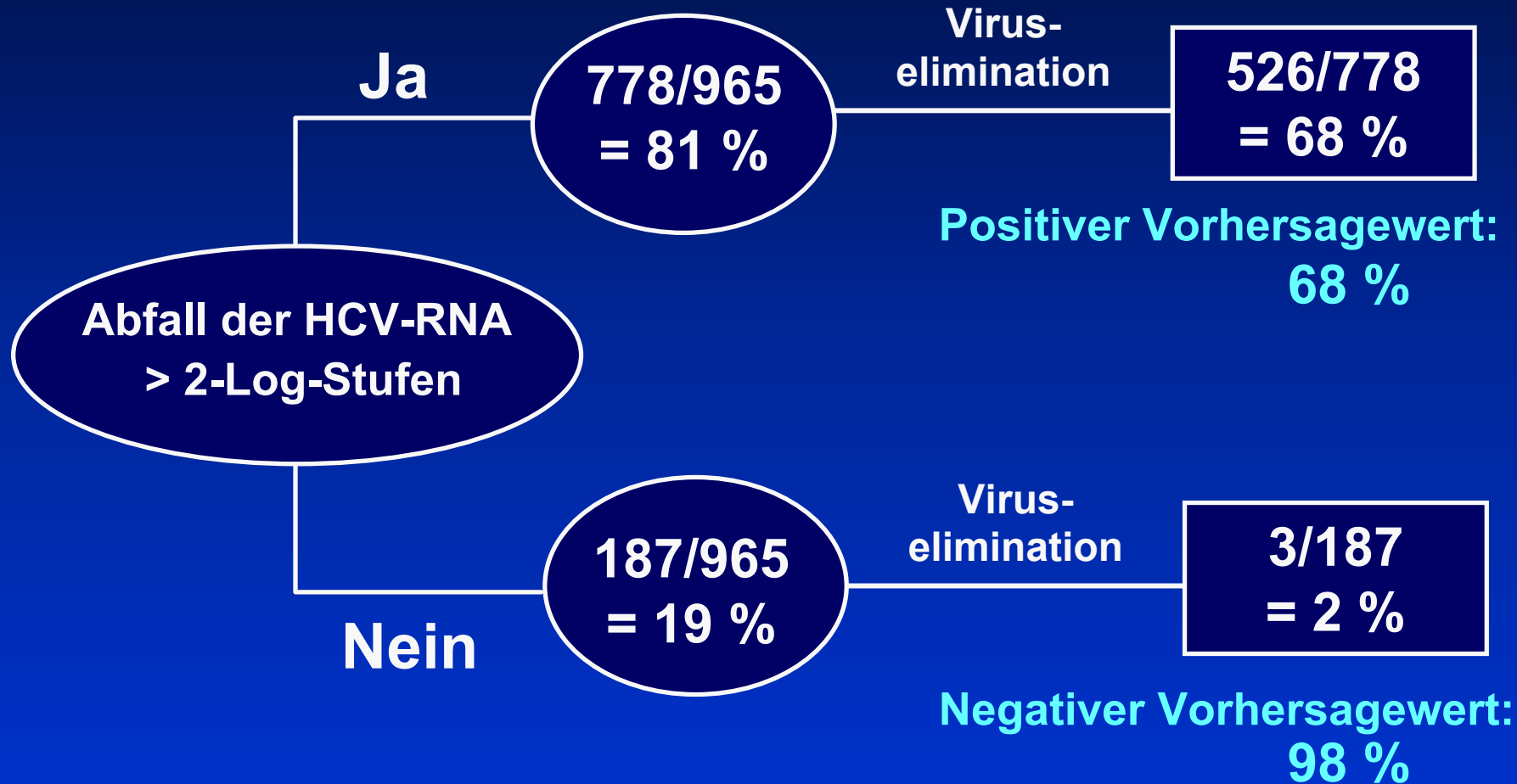
Paroxetin (Serotonin-Reuptake-Hemmer) zur Prophylaxe Interferon-induzierter Depressionen



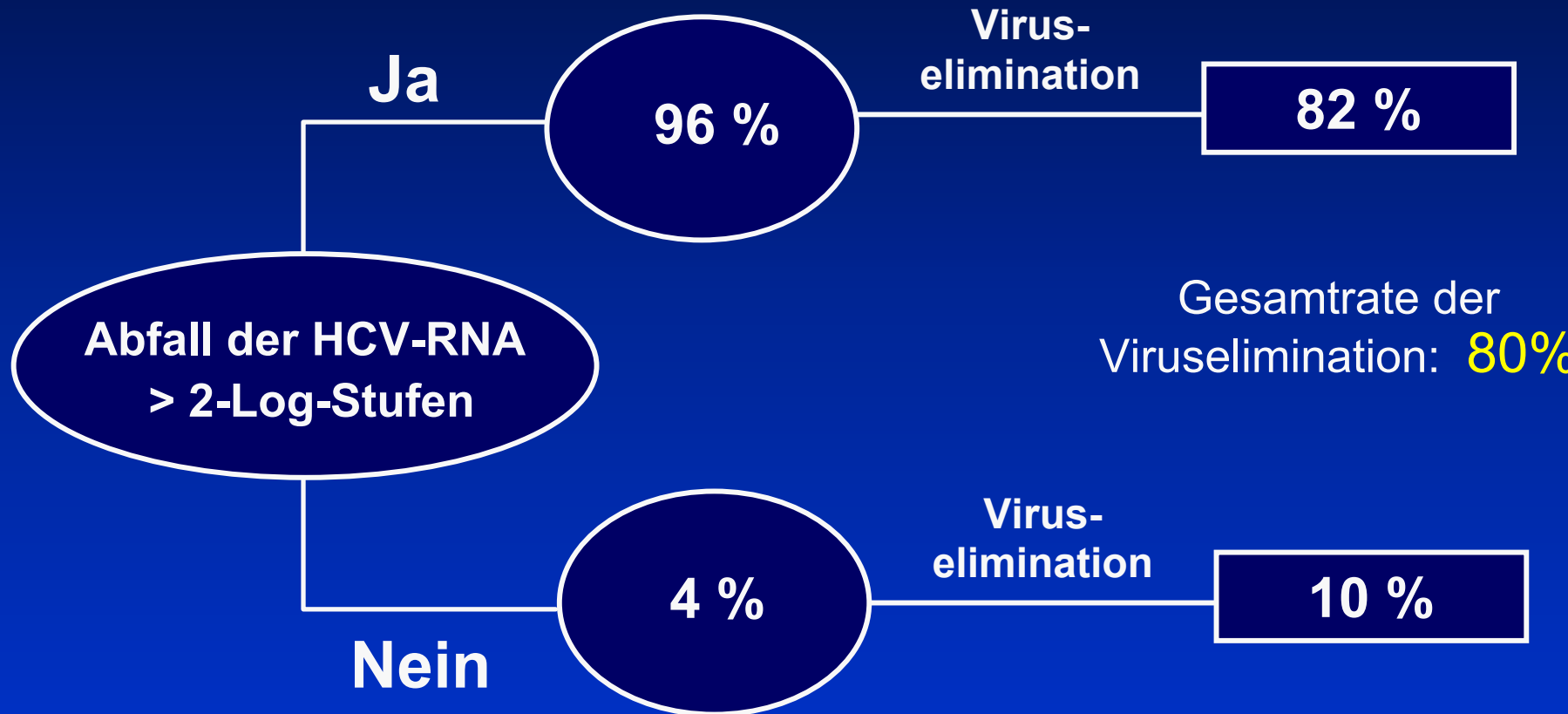
Nebenwirkungen der Interferon-Therapie bei Patienten mit chronischer Hepatitis C



Vorhersage des langfristigen Ansprechens bei Therapie mit PEG-IFN α 2a/ α 2b und Ribavirin in Woche 12 - alle Genotypen



Abfall der HCV-RNA in Woche 12 bei Genotyp 2/3 – Therapie mit PEG-IFN α 2a/ α 2b und Ribavirin



Schema der Therapie der chronischen Hepatitis C mit PEG-Interferon und Ribavirin

Genotyp 1

1000/1200 mg Ribavirin



falls nach 12 Wochen
HCV-RNA-Abfall > 99%

und falls nach 24 Wochen
HCV-RNA negativ



48 Wochen

Genotyp 2/3

800 mg Ribavirin



24 Wochen

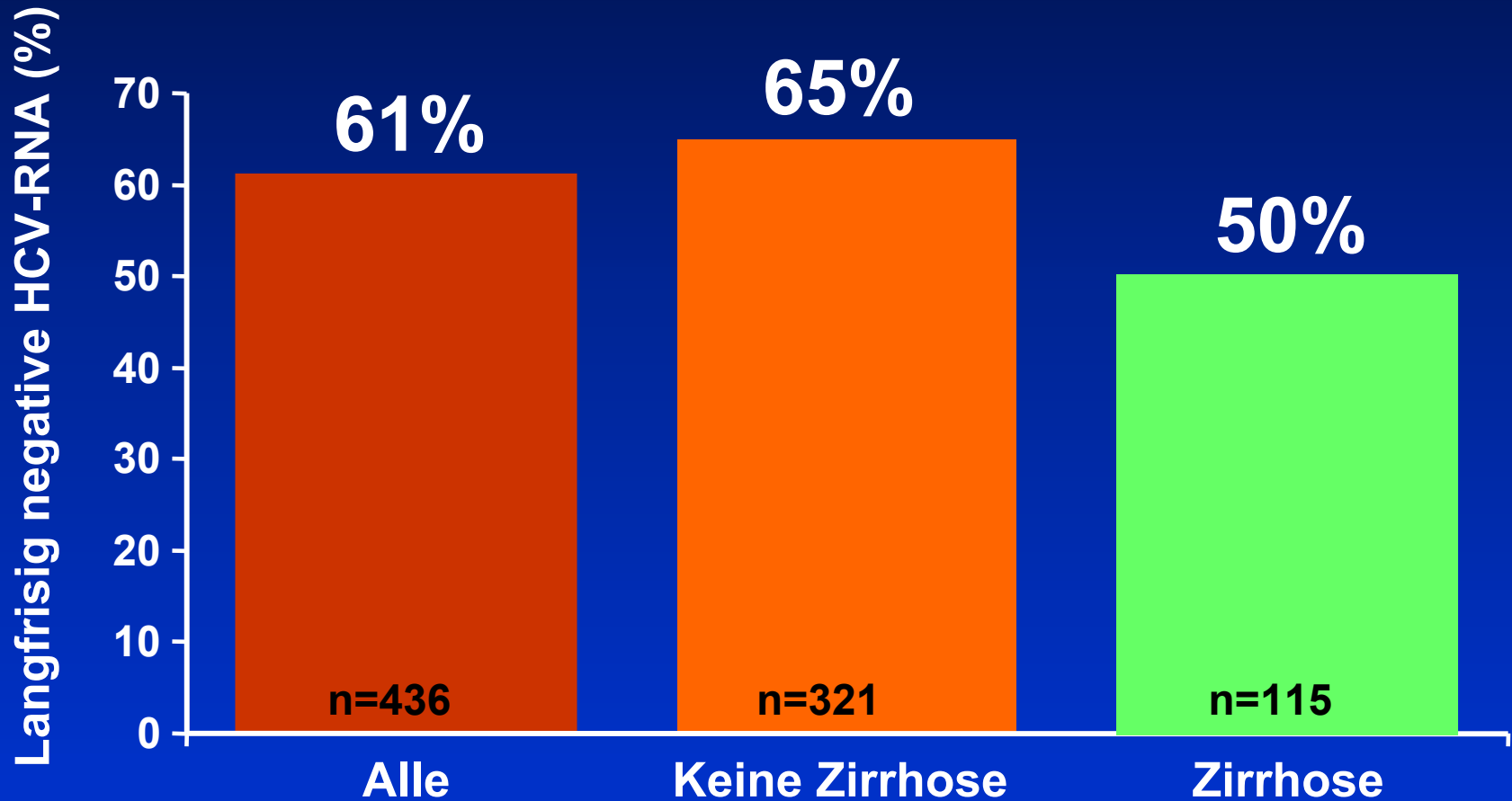
NIH Consensus Development Conference:
Management of Hepatitis C.
Hepatology 2002;36:3.

Problemfälle: „Non-Responder“ (Therapieversager)

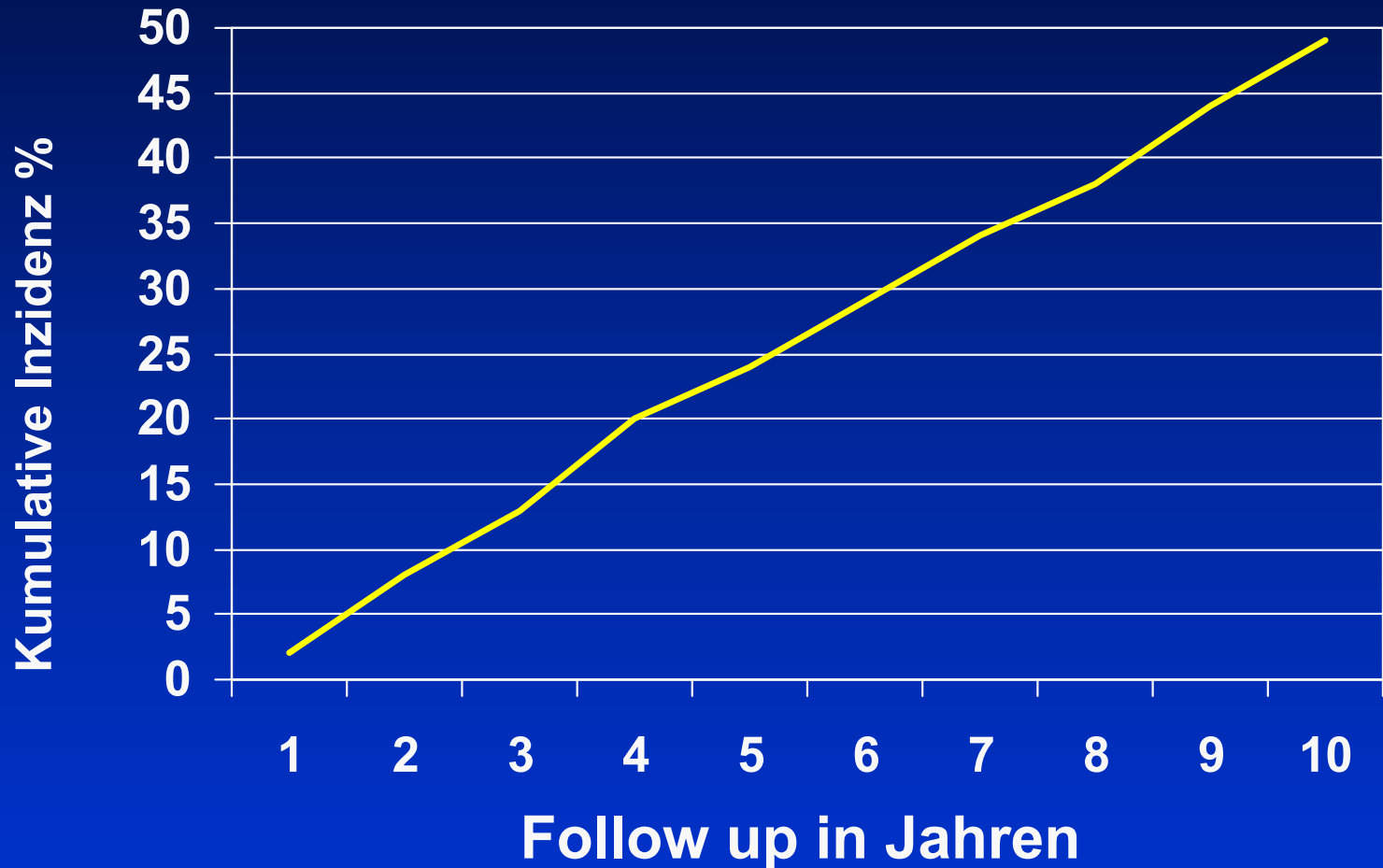
- Patienten ohne deutliche Fibrose/Zirrhose sollten auf eine bessere Therapie warten.
- Jüngere Patienten mit deutlicher Fibrose oder Zirrhose sollten in Studien zur Progressionshemmung eingebracht werden.

Einfluss der Zirrhose auf die Ausheilungsrate

PEG-IFN α -2a 180 μ g + RBV 1000/1200 mg über 48 Wochen



Heptocelluläres Carcinom -Inzidenz bei HCV-assoziierter Leberzirrhose



Nach Ikeda et al, Hepatology, 1993