

„Diagnose: HCV! Was tun? FAQ“

Nazifa Qurishi

Wann soll eine Testung auf HCV durchgeführt werden?

Eine HCV-Testung soll angeboten werden bei:

1. Personen mit erhöhten Leberwerten, insbesondere GPT und oder mit klinischen Zeichen einer Hepatitis bzw. chronischen Lebererkrankungen oder HCC
2. Empfänger:innen von Blut und Blutprodukten (vor 1992), Transplantatempfängern (vor 1992), Hämodialyse-Patienten
3. Aktiven und ehemaligen i.v./nasal Drogengebraucher:innen
4. Insass:innen von Justizvollzugsanstalten
5. Personen, die Tätowierungen oder Piercings tragen
6. HIV- und/oder HBV-Infizierten
7. Patient:innen mit Hochrisiko-Sexual-Praktiken
8. Kindern von HCV-infizierten Müttern
9. Migrationshintergrund aus Regionen mit erhöhter HCV-Infektionsrate
10. Personen mit beruflich bedingtem Infektionsrisiko
11. Blut-, Organ- und Gewebespende:innen¹

Jede:r Patient:in soll im Rahmen der Check-Up-35-Untersuchung (ab dem 35. Lebensjahr) einmalig auf Hepatitis B und C gescreent werden.

Wie wird auf HCV getestet, welche Parameter sollen untersucht werden?

Für eine Testung auf Hepatitis C Antikörper bedarf es eines Serumröhrchens. Im Fall eines positiven HCV-Antikörpers kann aus dem gleichen Material HCV-PCR und ggf. HCV-Genotyp bestimmt werden.

Wie ist die Indikation für eine HCV-Therapie?

Alle Patient:innen mit einer replikativen HCV-Infektion (HCV-RNA nachweisbar) sollen antiviral behandelt werden:

- Bei einer Erstdiagnose einer HCV-Infektion mit typischer Konstellation einer chronischen Infektion kann die Therapie umgehend begonnen werden.
- Erhöhte Transaminasen und/oder der Nachweis einer Fibrose sind keine notwendigen Voraussetzungen für eine antivirale Therapie.
- Für Patient:innen mit einer fortgeschrittenen Fibrose oder Zirrhose besteht eine dringliche Behandlungsindikation.
- Extrahepatische Manifestationen, berufliche Gründe, die Elimination des Transmissionsrisikos, Ko-Infektionen mit HBV oder HIV sowie ein Therapiewunsch der Patient:innen stellen ebenfalls unabhängig von der Virusaktivität eine Behandlungsindikation dar.
- Bei fehlendem Transmissionsrisiko und fehlender fortgeschrittener Fibrose oder Zirrhose kann bei Patient:innen

ohne Therapiewunsch in fortgeschrittenem Alter auf eine antivirale Therapie verzichtet werden.

Wer therapiert?

Die Behandlung erfolgt meist bei Ärzt:innen mit infektiologischem Fachwissen.

HCV-Spezialist:innen in Ihrer Nähe finden Sie hier:



Womit und wie lange wird behandelt?

Hepatitis C ist heutzutage eine fast immer heilbare Krankheit. Die Standard-Therapieoptionen werden über 8 bis 12 Wochen durchgeführt. Hier stehen die pangenotypischen Präparate Glecaprevir plus Pibrentasvir (Maviret®) und Velpatasvir plus Sofosbuvir (Epclusa®) zur Verfügung. Des Weiteren kann die Kombinationstablette Grazoprevir und Elbasvir (Zepatier®), die eine Wirksamkeit gegen Genotyp I und IV zeigt, eingesetzt werden. Die 3-fach Kombinations-tablette Voxilaprevir plus Velpatasvir und Sofosbuvir über 12 Wochen kann bei Patient:innen mit einem Therapieversagen auf eine Kombinationstherapie aus Sofosbuvir und einem NS5A-Inhibitor sowie auf nukleosidfreie Regime mit DAAs der 1. Generation empfohlen. Bei Patient:innen mit einer HCV-Genotyp-3-Infektion kann zusätzlich Ribavirin gegeben werden.

Die Patienten gelten als geheilt, wenn 3 Monate nach dem Therapieende weiterhin keine HCV-RNA im Blut nachweisbar ist.

Wie ist das Monitoring während der Therapie?

Während der Therapie sollten optimalerweise alle 4 Wochen Leber- und Nierenwerte sowie HCV-RNA kontrolliert werden. Zur Bestimmung des abschließenden Therapieansprechens soll eine HCV-RNA Messung frühestens 12 Wochen nach Therapieende erfolgen. Bei fehlendem Nachweis der HCV-RNA liegt ein dauerhaftes virologisches Therapieansprechen (SVR) mit Eradikation der HCV-Infektion vor.

Welche Wechselwirkungen können auftreten?

Je nach Wahl der HCV-Therapie können Wechselwirkungen potenziell mit Psychopharmaka, Proteaseinhibitoren, Cholesterinsenker, Protonenpumpenhemmer, Antiepileptika

und bestimmte Blutdrucksenker auftreten. Hierzu sei ich auf folgenden Link verwiesen:

www.hep-druginteractions.org

Welche Besonderheiten sind bei HCV-Therapie bei Patient:innen mit Drogen und Alkoholkonsum zu berücksichtigen?

Intravenös Drogenkonsumierende haben ein hohes Risiko, eine HCV-Infektion zu erwerben. Personen mit riskantem Drogenkonsum sollten möglichst frühzeitig über potenzielle Übertragungswege des HCV informiert werden, um sich und andere Personen vor einer Infektion mit HCV zu schützen. Eine Maßnahme ist, Drogenkonsumierenden niedrigschwellig den Zugang zu sterilen Konsumutensilien, zur Drogenberatung und zur Opioid-Substitutionstherapie zu ermöglichen.

Aktiver Drogen- und Alkoholkonsum ist keine Kontraindikation, motivierte Patient:innen eine Therapie zu vorenthalten. Regelmäßige (alle 4 Wochen) Laborkontrollen inklusive HCV-PCR während der Therapie sind jedoch empfehlenswert, um einen Therapieerfolg, der die Patient:innen weitermotivieren wird, nachzuweisen.

Was ist nach der Behandlung der HCV-Therapie zu berücksichtigen?

Nach der spontanen Heilung einer Hepatitis-C-Infektion oder nach erfolgreicher Hepatitis-C-Therapie ist eine weitere Betreuung bei Risikogruppen sinnvoll, da Hepatitis-C-Re-Infektionen nach Ausheilung aufgrund fehlender Immunität gegen HCV möglich sind. In Studien bewegte sich die Re-Infektionsrate unter injizierenden Drogengebrauchenden zwischen 2 und 6/100 Personenjahre, deutlich geringer als unter HIV-positiven MSM.²

Bei Patienten mit bereits eingetretener Leberschädigung (Fibrose, Zirrhose) bleibt festzuhalten, dass eine Heilung der HCV-Infektion nicht mit einer vollständigen Heilung der Lebererkrankung gleichzusetzen ist. Insgesamt verbessert sich jedoch die Leberfunktion trotz Bestehen der Leberzirrhose. Das Risiko der Entwicklung eines Leberkarzinoms bleibt auch nach Ausheilung einer Hepatitis C erhöht. Deswegen sollte jeder Patient*In mit einer ausgeheilten Hepatitis C halbjährliche laborchemische (z. B. Leberwerte, Nierenwerte, Leberfunktionsparameter) und sonographischen Kontrollen unterzogen werden.

Was ist bei Koinfektionen, wie z. B. Hepatitis B und D zu beachten?

Patient:innen mit Koinfektionen mit dem Hepatitis-B-Virus können wie HCV-Monoinfizierte behandelt werden. Dabei ist zu beachten, dass die DAA-Therapie sehr selten zu einer

HBV-Reaktivierung führen kann, deshalb ist eine gleichzeitige Kontrolle der HBV-DNA alle 4 Wochen während der Therapiephase notwendig. Bei nachweisbarer HBV-DNA ist eine zusätzliche Gabe eines Nukleotidanalogs zu empfehlen.

Wie ist das Monitoring nach der Behandlung?

Bei Patient:innen mit fortgeschrittener Fibrose und Zirrhose bleibt das Risiko für mögliche Komplikationen der Lebererkrankung und insbesondere für die Entwicklung eines Leberzellkarzinoms auch nach Erreichen eines SVR bestehen, so dass halbjährliche laborchemische und sonographische Kontrollen empfohlen wird. Dabei ist kein histologischer Nachweis einer fortgeschrittenen Fibrose bzw. Zirrhose notwendig. Vielmehr kann sich die Indikation zur HCC-Surveillance auch an klinischen, laborchemischen und bildgebenden Parametern wie einer (transienten) Elastografie der Leber zum Nachweis der fortgeschrittenen Fibrose bzw. Zirrhose orientieren.

Mit einem regelmäßigen Screening auf HCV-RNA bei ausgeheilten Infektion können bei Patient:Innen mit erhöhtem Risiko für Hepatitis C wie Drogenkonsumierenden oder MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) eine HCV-Infektion frühzeitig erkannt werden, wobei das Intervall für eine Testung in Abhängigkeit vom Risikoprofil des Betroffenen individuell gesetzt werden sollte. So ist eine Testung sicher auch nach einem außergewöhnlichen Risiko-Ereignis indiziert. Mit einem halbjährlichen Screeningprogramm können HCV-Infektionen im Stadium der akuten Hepatitis C erkannt werden. Umgekehrt kann bei stabiler Drogen-Abstinenz und fehlendem Risikoverhalten das Screening-Intervall verlängert werden.

Kann man sich nach einer geheilten HCV-Infektion erneut anstecken?

Ja! Bei bestehendem Risikoverhalten muss immer auch an die Möglichkeit einer HCV-Reinfektion gedacht werden, die mittels HCV-PCR nachgewiesen werden kann.



Autorin dieser Ausgabe:

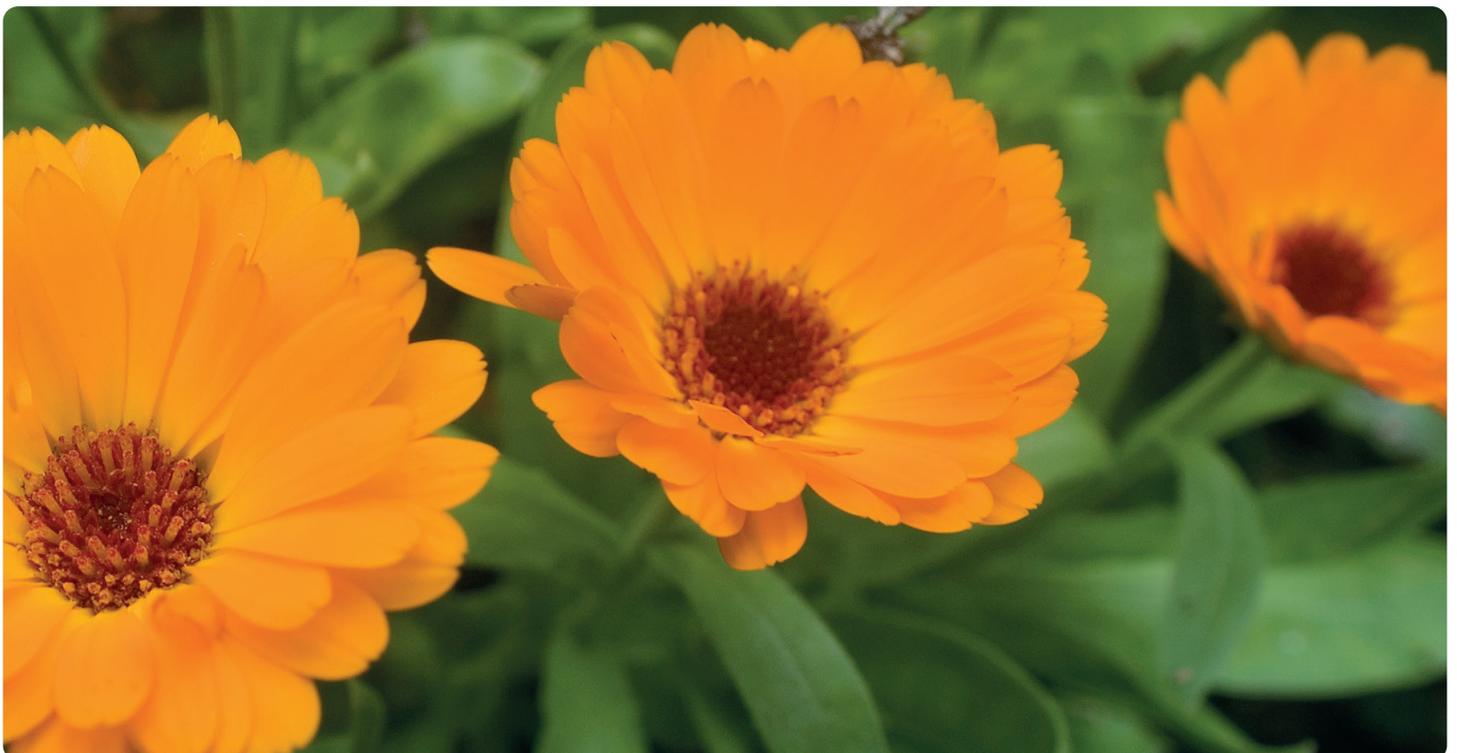
Gemeinschaftspraxis Gotenring

Dr. med. Nazifa Qurishi

Fachärztin für Innere Medizin, Infektiologin
Gotenring 27, 50679 Köln

Literatur

1. Sarrazin C, Zimmermann T et al. S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik...“ ZGastroenterol 2018; 56:756–838.
2. Deterding K, Grüner N, Buggisch P et al; Hep-Net Acute HCV-III Study Group. Delayed versus immediate treatment for patients with acute hepatitis C: a randomised controlled non-inferiority trial. Lancet Infect Dis. 2013 Jun;13(6):497-506.



NEU: HCV-Spezialist:innen in Ihrer Nähe finden!

Im InXFo-Ärzteregeister finden Sie Spezialisten:innen für Hepatitis C in Ihrer Nähe. Nutzen Sie diesen Service um geeignete Behandler:innen für Ihre Patient:innen zu empfehlen.

Wir vernetzen Sie!



Besuchen Sie uns auch auf www.inxfo.de
Unsere medizinischen Experten freuen sich auf Ihre Fragen zu den Themen HIV, Hepatitis und Substitution.

Jederzeit online und kostenfrei.

- Anfragenservice
- Newsletter zu aktuellen Themen



Unsere Experten

Allgemeinmedizin/STI: Dr. med. Sven Schellberg **Chemsex-Beratung:** Dr. med. Martin Viehweger **Datenmanagement:** Dr. med. Stefan Preis
Dermatologie: Prof. Dr. med. Stefan Esser, Dr. med. Robert Jablonka **Diabetologie/Endokrinologie:** PD Dr. med. Sebastian Noe
Genetik: Dr. rer. nat. Dipl. Biol. Eckart Schnakenberg **Hepatology:** Prof. Dr. med. Markus Cornberg, PD Dr. med. Christian Wasmuth
Infektiologie: Dr. med. Daniel Beer, Dr. med. Silke Heldwein, Dr. med. Anja Meurer, Prof. Dr. med. Jürgen Rockstroh, Prof. Dr. med. Christoph D. Spinner
Kardiologie: Prof. Dr. med. Marcel Halbach, Dr. med. Jost Stalke **Klinische Forschung:** Dr. Eva Wolf, MPH **Nephrologie:** Dr. med. Ansgar Rieke
Neurologie: Prof. Dr. med. Gabriele Arendt **Onkologie:** Prof. Dr. med. Christian Hoffmann, Dr. med. Jan Siehl
Pädiatrie: Dr. med. Cornelia Feiterna-Sperling **Pharmazie:** Nikola Hanhoff – Pharm., Leonie Meemken – Pharm.
Pneumologie: Dr. med. Meike Probst **Psychiatrie:** Dr. med. Christian Perro **Suchtmedizin:** Dr. med. Uwe Naumann, Dr. med. Nazifa Qurishi
Virologie: Patrick Braun – Dipl. biol., Prof. Dr. Carsten Tiemann **Arzt- und Medizinrecht:** Christoph Klein – Rechtsanwalt

Mit freundlicher Unterstützung von

abbvie



Die Inhalte dieses Newsletters wurden unabhängig erstellt und unterliegen keiner Beeinflussung von Seiten der Sponsoren. Durch die fortschreitende Forschung auf dem Gebiet HIV/Hepatitis kann keine Verantwortung und Haftung für die Vollständigkeit oder Richtigkeit der Newsletter-Inhalte von Seiten InXFo übernommen werden.

Herausgeber: InXFo GmbH, Lutterothstraße 73, 20255 Hamburg
Logistik-Team: Patrick Braun, Leonie Meemken, Eva Wolf
Technischer Support: Stefan Preis, Clinovate
Foto: Ursula Karner

