

Prof. dr. Stefan Zeuzem

Hepatitis B

Risico's, preventie en behandeling

ELPA



**European Liver
Patients Association**

F. De Renesselaan, 57
B - 3800 Sint-Truiden,
Belgium

email: contact@elpa-info.org



Geachte patiënt,

Deze brochure is bedoeld om u meer informatie te geven over uw aandoening, zodat u er beter om kunt gaan. Doel is om u ervan te overtuigen dat u normaal met uw medemensen om kunt blijven gaan en om onberedeneerde angst dat u het virus zou kunnen overdragen, weg te nemen. Ook is deze brochure bedoeld om u te informeren over de gevolgen van chronische hepatitis B voor de gezondheid en over de behandelmogelijkheden. Wij hopen dat deze informatie nuttig zal zijn. Voor verdere vragen kunt u uw behandelend arts in vertrouwen nemen.

Nadine Piorkowsky
Voorzitster van de ELPA

Prof. Dr. Stefan Zeuzem
Wetenschappelijk
adviseur van de ELPA

Inhoud

Voorwoord	p. 2
Inhoud	p. 3
Inleiding	p. 4
De lever	p. 5
Virushepatitis B	p. 6
Besmetting	p. 10
Gevolgschade van hepatitis B	p. 12
Hepatitis D	p. 14
Bloedonderzoek	p. 15
Leverbiopsie (leverpunctie)	p. 16
De behandeling van chronische hepatitis B	p. 16
• Therapeutische behandeling met virustatica	p. 16
• Therapeutische behandeling met (gepegyleerd) interferon-alfa	p. 19
Inenting tegen hepatitis B	p. 21
De voeding bij hepatitis B	p. 22
Over de ELPA	p. 23

Situatie 2007
Lay-out © 2007 Deutsche Leberhilfe e.V.

Inleiding

Wereldwijd zijn er twee miljard mensen, bij wie zich op enig moment in hun leven een hepatitis B-infectie heeft voorgedaan. Naar schatting van de WHO zijn 400 miljoen mensen chronisch geïnfecteerd met hepatitis B.

Hoewel een effectieve vaccinatie tegen hepatitis B mogelijk is, treden er elk jaar 10 tot 30 miljoen nieuwe infecties op. In het eindstadium van de aandoening kunnen bij chronische hepatitis B cirrose en leverkanker optreden. Elk jaar sterven er ongeveer een miljoen mensen aan de gevolgen van hepatitis B.

Er is een effectief vaccin beschikbaar. Voortdurend wordt er gewerkt aan verbetering van de behandeling van patiënten die een chronische infectie hebben opgelopen.

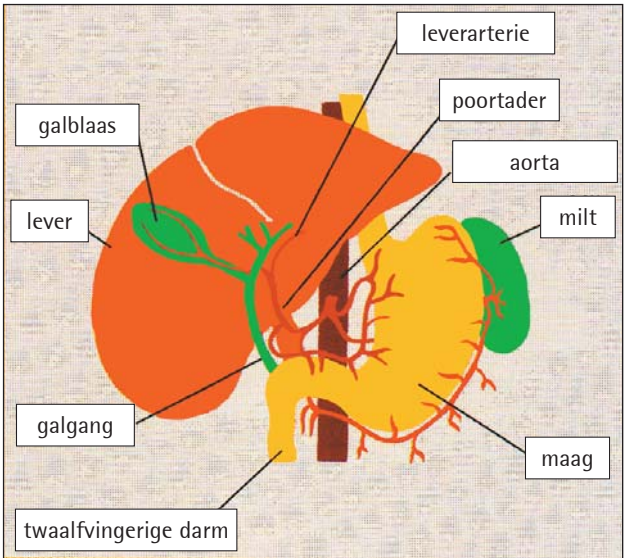
De lever

De lever is met een gewicht van ongeveer 1500 gram het grootste inwendige orgaan van het menselijk lichaam. De lever bevindt zich in de rechter bovenbuik en is omgeven door een bindweefselkapsel.

Het is het centrale stofwisselingsorgaan van het lichaam. Een van de taken van de lever is het afbreken van gifstoffen die via de darm in het lichaam zijn terechtgekomen, voordat deze in de grote bloedsomloop belanden. Voedselbestanddelen, die via de darm de lever bereiken, worden daar verder verwerkt. Verder produceert de lever belangrijke eiwitten, die noodzakelijk zijn voor bijvoorbeeld de bloedstolling en de weerstand tegen infecties.

Eveneens van belang is de productie van gal, die via een speciaal gangenstelsel in de twaalfvingerige darm terechtkomt. De gal voert stoffen af die vrijkomen bij de afbraak van rode bloedlichaampjes en maakt de vertering van vetten mogelijk. Met de gal worden ook verschillende gifstoffen uit het lichaam uitgescheiden.

De lever zelf heeft geen zenuwen, zodat bijvoorbeeld pijnprikkels niet kunnen worden doorgegeven. Wel kan echter pijn ontstaan door spanningen in het bindweefselkapsel, wanneer de lever gezwollen of verbindweefselde is ten gevolge van ontstekingen.



De bloedvoorziening van de lever en de ligging in de bovenbuik. Het bloed uit de darm, dat rijk is aan voedingsstoffen, bereikt de lever via de poortader.

Virushepatitis B

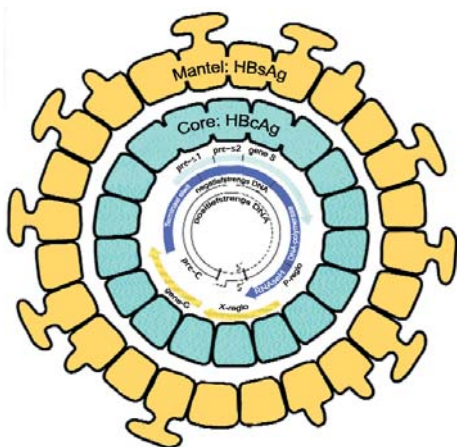
Hepatitis B-infectie is een infectie van de lever met het hepatitis B-virus (HBV). Bij de meeste patiënten (meer dan 90%) kan de aandoening na een acuut verloop door het eigen lichaam worden genezen. Het komt vaak voor dat patiënten helemaal niet doorhebben dat ze met het virus geïnfecteerd zijn. Bij minder dan 10% van de geïnfecteerde patiënten is het eigen afweersysteem echter niet in staat het virus met succes te bestrijden. Als de aandoening langer dan zes maanden aanhoudt, spreken we van een chronische hepatitis B-infectie. Het klinisch verloop van chronische hepatitis B is afhankelijk van de hoeveelheid virusdeeltjes in het lichaam en van de immunologische reactie van de patiënt. De aanwezigheid van bepaalde

virusbouwstenen in het bloed en de antistoffen die het menselijk lichaam tegen deze virusbestanddelen maakt, vormen, evenals andere in het laboratorium vast te stellen waarden, aanwijzingen voor de mate van activiteit van de hepatitis (tabel).

HBs-antigeen	Virusbouwsteen die deel uitmaakt van de virusenvelop, aanwijzing voor een acute of chronische hepatitis B
HBe-antigeen	Virusbouwsteen die in het bloed kan worden aangetroffen. Indirect bewijs van virusvermeerdering (replicatie)
HBc-antigeen	Een bestanddeel van het viruscapside, dat in de lever kan worden aangetoond, maar niet in het bloed
Antistoffen (anti-HBs, anti-HBe, anti-HBc)	Deze worden gevormd door het eigen immuunsysteem en zijn bedoeld om het virus uit het lichaam te verwijderen
HBV-DNA	Erfelijk materiaal van het hepatitis B virus (desoxyribonucleïnezuur)
Transaminasen	Bepaalde stoffen (ALAT, ASAT) die, indien verhoogd (= 'verhoogde leverwaarden'), duiden op een verhoogde
Histologie	ontstekingsactiviteit in de lever Microscopisch weefselonderzoek (bijvoorbeeld van leverweefsel)

Tabel: belangrijk onderzoek bij hepatitis B. Antigenen (Ag's) zijn stoffen die door het lichaam als vreemd worden herkend (bijv. virusbestanddelen) en die leiden tot de productie van afweerstoffen (antistoffen (Ab's))

Bij chronische hepatitis B zijn er vormen van verloop van de aandoening, waarbij maar weinig virus wordt geproduceerd in het lichaam (de langzamer replicerende vorm van chronische hepatitis B) en andere, waarbij zeer veel virusdeeltjes worden geproduceerd (de snel replicerende vorm). Bij de minder replicatieve vorm van chronische hepatitis B ontwikkelt de aandoening zich in het algemeen niet snel. In de meeste gevallen zijn de leverwaarden van deze pati-



Hepatitis B-virus (HBV)

ënten normaal. Bij deze patiënten kan het HBs-antigeen worden aangetoond, meestal is het HBe-antigeen echter niet aantoonbaar. Bij de vorm van chronische hepatitis B waarbij het virus zich snel vermenigvuldigt, kunnen bloedconcentraties hoger dan 100.000 virusdeeltjes per ml worden aangetoond (overeenkomend met ca. 20.000 IE/ml). Naast het HBs-antigeen kan ook het HBe-antigeen worden aangetoond. Bij veel patiënten (ca. 50%) die lijden aan de snel vermeerderende vorm van chronische hepatitis B, is het HBe-antigeen echter niet aantoonbaar.

Wat het verloop van chronische hepatitis B bij een bepaalde patiënt is, kan met behulp van bloedonderzoek worden bepaald. Op grond van de in het bloed aangetoonde transaminasen, antigenen en antistoffen, van de hoeveelheid virusdeeltjes in het bloed (de virusbelasting) en van het histologisch onderzoek van het leverweefsel, zal de arts zich een beeld proberen te vormen over de activiteit van de hepatitis.

Symptomen van hepatitis B

Tussen zes weken en vier maanden (= de incubatietijd) na infectie met het hepatitis B-virus, hebben sommige patiënten last van griepachtige verschijnselen, gewrichtspijn en moeheid. Slechts een deel van de patiënten ontwikkelt de 'typische' symptomen van een ernstige leveraandoening, zoals geelzucht (icterus) met ontkleurde ontlasting en bruin verkleurde urine, in combinatie met klachten in het gebied van de bovenbuik. Ongeveer tweederde van de patiënten neemt bij een acute hepatitis B echter weinig of geen symptomen bij zichzelf waar. De verschijnselen van chronische hepatitis B zijn meestal zelfs nog minder uitgesproken dan die van de acute aandoening. Sommige patiënten nemen bij zichzelf toegenomen vermoeidheid of een onaangenaam gevoel rechts boven in de buik waar, maar veel patiënten zullen niet merken dat ze de aandoening hebben.

Ziektemechanisme

Bij een chronische infectie worden door de virusdeeltjes voortdurend nieuwe levercellen geïnfecteerd. De geïnfecteerde levercellen gaan te gronde en worden vervangen

door nieuwe. Een aanwijzing voor een ontsteking is dat witte bloedlichaampjes zich naar het leverweefsel bewegen. Zij zorgen ervoor dat geïnfecteerde en afgestorven levercellen worden vernietigd en opgeruimd. Het virus zelf wordt hierbij in de regel ongemoeid gelaten. De afgestorven levercellen kunnen later worden vervangen door bindweefsel (= littekenweefsel). Is de lever verbindweefeld, dan spreekt men eerst van een leverfibrose, in een later stadium van levercirrose. Bindweefsel kan, althans gedeeltelijk – wanneer de chronische hepatitis B met succes behandeld wordt – weer worden afgebroken.

Besmetting

De overdracht van het hepatitis B-virus vindt meestal plaats via geïnfecteerd bloed, via seksueel contact of tijdens het geboorteprocés. Het hepatitis B-virus is vele malen besmettelijker dan bijv. het aids-virus (hiv) of het hepatitis C-virus. Het hepatitis B-virus wordt alleen van mens op mens overgedragen.

Seksuele overdracht

Overdracht van het hepatitis B-virus via seksueel verkeer vindt, anders dan bij het hepatitis C-virus, veelvuldig plaats. Patiënten waarbij het virus in het bloed kan worden aangetoond, moeten ter bescherming van hun partner een condoom gebruiken. Overdracht kan mogelijk ook plaatsvinden via speeksel en andere lichaamsvloeistoffen. Dit alles maakt duidelijk dat vaccinatie van de seksuele partner belangrijk is.

Overdracht via het bloed

Het hepatitis B-virus kan via bloed of bloedproducten worden overgedragen. De moderne tests, die tegenwoordig worden toegepast om bloed te controleren, zijn zeer gevoelig. Daardoor is het risico intussen erg klein geworden. Daarnaast kan het virus echter ook via verontreinigde spuiten of naalden worden overgedragen. Zaken als drugsgebruik, tatoeages en piercings van het lichaam, verhogen dan ook de kans dat men geïnfecteerd raakt met het hepatitis B-virus. Het hepatitis B-virus kan ook worden overgedragen via open wonden, scheermesjes of tandenborstels.

Besmetting van pasgeboren baby's

Pasgeborenen met een geïnfecteerde moeder lopen de grootste kans om geïnfecteerd te raken tijdens en kort na de geboorte. De kans dat het virus wordt overgedragen bedraagt tijdens de bevalling 10% voor de minder replicatieve vorm van chronische hepatitis B, en bijna 100% voor de snel replicerende vorm. Daarom moet het pasgeboren kind van een moeder die met het hepatitis B-virus geïnfecteerd is, direct na de geboorte altijd een immunoprofylaxe ondergaan (zowel actief als passief, d.w.z. het kind moet zowel worden gevaccineerd als immuunglobulinen krijgen toegediend).

Of een hepatitis B-infectie door het geven van borstvoeding kan worden overgedragen, is nog steeds omstreden. Er lijkt een verband te bestaan tussen de kans dat het virus wordt overgedragen bij borstvoeding en de virusbelasting van de moeder.

Gevolgschade van hepatitis B

Patiënten die lijden aan een chronische hepatitis B, hebben een duidelijk grotere kans, in de tientallen jaren daarna een levercirrose te ontwikkelen. De kans dat een levercirrose ontstaat, hangt onder andere af van de activiteit van de ziekte en van de ziekteduur. Factoren die kunnen zorgen dat zich sneller een levercirrose ontwikkelt, zijn bijvoorbeeld substanties die de lever kunnen beschadigen en bijkomende chronische leveraandoeningen, zoals veroorzaakt door andere hepatitis-virussen (bijvoorbeeld een bijkomende infectie met het hepatitis C-virus). Hierbij moet in eerste instantie worden gedacht aan alcohol.

Men spreekt van levercirrose wanneer het leverweefsel grotendeels is vervangen door bindweefsel. De normale structuur van het leverweefsel is dan vernietigd. Dit verandert de doorbloeding, wat kan leiden tot een verhoging van de bloeddruk in de poortader (de ader tussen darm en lever). Door stuwing van bloed kunnen venen verwijden (varices) in de oesofagus en in de maagwand. Wanneer deze bloedvaten zouden knappen, kunnen ernstige maag-darmbloedingen ontstaan. De kans op bloedingen neemt nog toe door de verminderde stollingscapaciteit van het bloed ten gevolge van de verminderde synthese van eiwitten in de lever en een vermindering van het aantal bloedplaatjes (trombocyten).

Onder andere door de verhoogde bloeddruk in het gebied vóór de lever kan ook een ophoping van lichaamsvloeistoffen in de buikholte ontstaan (ascites).

De gifstoffen, die vanuit het maagdarmkanaal in het bloed terechtkomen, kunnen bij aanwezigheid van een levercirrose voor een deel niet meer door de lever worden afgebroken, zodat ze in de bloedsomloop terechtkomen. Hier kunnen ze tot toegenomen vermoeidheid en concen-

tratieproblemen leiden (hepatische encefalopathie – encefalon = hersenen).

Door de verminderde eiwitproductie van de cirrotisch veranderde lever ontstaan naast storingen in de bloedstolling ook gebrek aan stoffen die nodig zijn voor de lichamelijke afweer. Het gevolg is een grotere gevoeligheid voor infecties.

Door de stuwning van gal is bij ernstige leveraandoeningen vaak sprake van een gele verkleuring van ogen en huid (icterus). Vaak is ook jeuk aanwezig. Ook kan de urine donkergekleurd zijn.

Na een lange ziekteperiode neemt bij patiënten met een chronische hepatitis B ook de kans toe dat deze leverkanker ontwikkelt (zgn. hepatocellulair carcinoom). Patiënten met een hoge virusbelasting (HBV-DNA) lopen een bijzonder hoog risico. Bij de meeste patiënten ontwikkelt zich het hepatocellulair carcinoom vanuit een levercirrose, er zijn echter ook gevallen beschreven van levercelcarcinoom zonder voorafgaande levercirrose bij patiënten met een chronische hepatitis B. Ook patiënten die de laag-replicatieve vorm van chronische hepatitis B hebben (= drager zijn van het HBs-antigeen), lopen een grote kans om een levercelcarcinoom te ontwikkelen. Daarom moeten ook deze patiënten regelmatig bloed en echo-controles ondergaan. In sommige gevallen verloopt de chronische hepatitis B zo ernstig dat transplantatie van de lever nodig kan zijn.

Hepatitis D

Hepatitis D is eveneens een virusaandoening van de lever. Deze wordt veroorzaakt door het hepatitis D-virus. Het hepatitis D-virus slaat alleen aan als ook hepatitis B-virus aanwezig is. Dit heeft ermee te maken dat het hepatitis D-virus voor zijn vermenigvuldiging afhankelijk is van bepaalde eiwitten van het hepatitis B-virus. Zonder deze structuren kan het hepatitis D-virus zich niet vermeerderen.

Men kan zich tegelijkertijd met het hepatitis D- en het hepatitis B-virus infecteren. Ook kunnen patiënten besmet raken met hepatitis D, die al aan een chronische hepatitis B-aandoening lijden. De infectie met het hepatitis D-virus kan een ernstiger ontsteking van de lever tot gevolg hebben dan een chronische infectie met alleen het hepatitis B-virus.

Het hepatitis D-virus komt vooral voor in zuidelijker streken (Zuid-Amerika, Afrika, landen rond de Middellandse Zee). Als u chronische hepatitis B hebt, moet u bij uw huisarts informeren, hoe u zich kunt beschermen tegen infectie met het hepatitis D-virus. In principe zult u dan gebieden waar veel infecties met hepatitis D voorkomen, moeten mijden.

Bloedonderzoek

De diagnostiek van hepatitis B is gebaseerd op het onderzoek op verschillende antigenen en antistoffen (zie tabel p. 7). Het belangrijkste hierbij is het aantonen van HBs-antigeen en antistoffen tegen het HBc. Is de test op HBsAg positief, dan moet nader onderzoek plaatsvinden om uitsluitel te kunnen geven over de mate van activiteit van de hepatitis. Bij dit onderzoek worden HBeAg en HBeAb bepaald en vindt verder een directe bepaling van de hoeveelheid virus-DNA in het bloed (de virusbelasting) plaats.

De leverwaarden (ALAT, ASAT) geven tot op zekere hoogte informatie over de ontstekingsactiviteit van de hepatitis. Om met zekerheid uitspraken te kunnen doen over de activiteit van de aandoening en de bindweefselreactie in de lever, is echter een leverweefselmonster nodig. Met niet-invasieve methoden zoals elastografie is indirecte beoordeling van het fibrotische stadium mogelijk.

Omdat patiënten met een chronische hepatitis B een groter risico lopen om leverkanker te ontwikkelen, moet bij hen met tussenpozen van een half jaar echografisch onderzoek van de lever plaatsvinden en bepaling van het alfafoetoproteïne (AFP), dat bij levercelcarcinomen als tumormerkstof fungeert.

Leverbiopsie (leverpunctie)

Om het aandeel aan bindweefselvezels en de ontstekingsactiviteit in de lever te kunnen beoordelen, moet bijvoorbeeld voorafgaand aan een behandeling een leverpunctie worden uitgevoerd. Bij een leverpunctie wordt onder lokale verdoving een klein weefselmonster genomen en onder de microscoop onder vergroting (histologisch) onderzocht. Om het behandelresultaat te kunnen beoordelen, kan het zinvol zijn om na afloop van de behandeling nogmaals een weefselbiopt te nemen. Met behulp van niet-invasieve methoden (laboratoriumparameters, elastografie) kan de aanwezigheid van een levercirrose ook zonder leverbiopsie met zekerheid worden vastgesteld.

De behandeling van chronische hepatitis B

Therapeutische behandeling met virustatica

In de afgelopen jaren zijn talrijke substanties getest die de vermeerdering van virus direct remmen (virustatica). De behandeling van chronische hepatitis B leidt in de regel niet tot het volledig verwijderen van alle virus uit het lichaam. Bij een deel van de patiënten kan een snel vermeerderende vorm (met grote hoeveelheden virusdeeltjes) duurzaam worden omgezet in een laag-replicatieve vorm (geringe hoeveelheden virusdeeltjes). Een groot deel van de patiënten moet echter jarenlang worden behandeld om verdere ontwikkeling van de aandoening te voorkomen, sommigen zelfs permanent. Daarom is het bijzonder

belangrijk, na het stellen van de diagnose samen met de arts zorgvuldig de noodzaak en het doel van de behandeling af te spreken. In de regel moet altijd worden behandeld wanneer sprake is van een ernstige leverontsteking met hoge concentraties leverenzymen, duidelijke bindweefselreacties in de lever en een hoge concentratie HBV-DNA (virusbelasting) in het bloed. Lamivudine, adefovir, entecavir en telbivudine kunnen de vermeerdering van virus en de activiteit van de chronische hepatitis B remmen. Deze substanties worden nucleoside- en nucleotideanalogen genoemd.

Wanneer wordt een behandeling met nucleoside- en nucleotideanalogen uitgevoerd?

In beginsel kunnen alle patiënten met een chronische hepatitis B met lamivudine, adefovir, entecavir of telbivudine worden behandeld. Deze geneesmiddelen slaan ook aan bij patiënten bij wie behandeling met interferon onvoldoende kans op bestendig succes heeft. Ook kunnen patiënten die een niet-succesvolle behandeling met interferon-alfa hebben ondergaan, en patiënten die geen interferon-alfa kunnen krijgen vanwege de aanwezigheid van een andere primaire aandoening (bijvoorbeeld immunodeficiënties, na transplantaties, hiv-infecties), met nucleoside- en nucleotideanalogen worden behandeld. Lamivudine, adefovir, entecavir en telbivudine worden als tabletten ingenomen. De doseringen zijn als volgt:

lamivudine: 100 mg per dag

adefovir: 10 mg per dag

entecavir: 0,5 - 1,0 mg per dag

telbivudine: 600 mg per dag

Bijwerkingen van nucleoside- en nucleotideanalogen

Bij behandelingen met lamivudine, adefovir, entecavir en telbivudine treden, anders dan bij behandelingen met interferon, zeer zelden bijwerkingen op. Beschreven verschijnselen zijn hoofdpijn, koorts, huiduitslag, algemene malaise, maag-darmklachten, slapeeloosheid, hoesten en in sommige gevallen ontsteking van de alvleesklier. Bij de behandeling met adefovir moet regelmatig controle van de nierfunctie plaatsvinden.

Bij behandeling met lamivudine ontwikkelt zich vaker en sneller resistentie dan bij behandeling met andere preparaten. Bij lamivudine is het resistentiepercentage na twee jaar 30%, bij telbivudine 15% en bij adefovir en entecavir minder dan 2%. Na vijf jaar behandeling zijn de resistentiepercentages respectievelijk 70% voor lamivudine en 28% voor adefovir. Gelukkig zijn hepatitis B-virussen die resistent zijn tegen lamivudine en telbivudine, nog wel gevoelig voor adefovir, en zijn omgekeerd adefovir-resistente virussen wel gevoelig voor lamivudine en telbivudine. Daarom moet bij het optreden van resistentie beslist behandeling met twee geschikte geneesmiddelen plaatsvinden (combinatietherapie). In toenemende mate wordt ook gedacht dat aan patiënten bij wie de antivirale behandeling onvoldoende aanslaat, vroegtijdig een geschikt tweede preparaat moet worden toegediend, om optreden van resistentie primair te voorkomen.

Therapeutische behandeling met (gepegyleerd) interferon-alfa

Interferon-alfa is een lichaamseigen eiwit dat onder andere wordt geproduceerd door de witte bloedcellen. Deze productie treedt in het bijzonder op als het lichaam infectieuze agentia moet bestrijden. Interferon-alfa, dat bij de behandeling van chronische hepatitis wordt toegepast, wordt met biotechnologische methoden gefabriceerd. Interferon-alfa moet, net als bijvoorbeeld het insuline bij de behandeling van suikerziekte, in de subcutis worden ingespoten. Nieuwe interferonen (de zgn. gepegyleerde interferonen) hebben een langere werkingsduur en hoeven maar eenmaal per week te worden geïnjecteerd.

Waar bestaat de behandeling uit?

Vroeger werden ter behandeling van chronische hepatitis B zes maanden lang drie keer per week 5 - 6 miljoen internationale eenheden (IE) standaard-interferon-alfa toegediend. In recentere onderzoeken heeft men de langwerkende gepegyleerde interferonen in doses van 180 µg/week (peginterferon alfa-2a) resp. 50-100 µg/week (peginterferon alfa-2b) toegepast. Een behandeling met peginterferon moet 48 weken duren. Bij chronische hepatitis B slaat een behandeling met peginterferon bij 30-35% van de patiënten aan. Deze cijfers gelden voor patiënten bij wie het HBe-antigeen kon worden aangetoond. Van andere patiënten, die bijvoorbeeld geïnfecteerd waren met een variant van het hepatitis B-virus (zgn. HBeAg-negatieve mutanten), reageerde uiteindelijk 20%

op een behandeling met peginterferon. Doel van de behandeling is, de vermeerdering van virus te remmen, dat wil zeggen, een hoog-replicatieve chronische hepatitis B om te vormen in een laag-replicatieve vorm. In het ideale geval (maximaal 3%) kan na een behandeling met peginterferon ook geen HBs-antigeen meer worden aangetoond, wat overeenkomt met de situatie na genezing.

Bijwerkingen van gepegyleerd interferon-alfa

De bijwerkingen van interferon-alfa treden vaak op in het begin van een behandeling en verminderen in de loop van de behandeling meestal duidelijk. De meest optredende bijwerkingen zijn griepachtig symptomen als koorts, hoofd-, gewrichts- en spierpijn, vermoeidheid, gebrek aan eetlust en gewichtsverlies. Soms ontstaan ook stoornissen van de schildklierfunctie. Enkele patiënten hebben tijdens de behandeling te kampen met voorbijgaande haaruitval. Ook kunnen stemmingsveranderingen optreden, zelfs wel zo ernstig dat gesproken kan worden van een depressie. Verder kan het bloedbeeld veranderen, vooral wat betreft de witte bloedcellen. Gepegyleerde interferonen hebben hetzelfde bijwerkingenspectrum als de standaard interferonen.

Combinatietherapieën

De eerste onderzoeken van combinatietherapieën met gepegyleerde interferonen plus nucleoside- en nucleotide-analogen (bijvoorbeeld lamivudine) gaven teleurstellende resultaten te zien, aangezien geen verbetering van de antivirale effecten optrad. De combinatie van twee viru-

statica (bijvoorbeeld lamivudine en adefovir) heeft geen beter antiviraal effect dan toepassing van slechts een van beide stoffen. Combinatietherapie kan echter zinvol zijn om bij patiënten die risico lopen (bijvoorbeeld voor en na een levertransplantatie), het ontwikkelen van resistentie te voorkomen. Als eenmaal sprake is van resistentie, is men wel verplicht, een combinatietherapie toe te passen.

Inenting tegen hepatitis B

Vaccinatie tegen hepatitis B is mogelijk. Vooral voor zuigelingen, kleuters en jongeren is een dergelijke inenting aan te bevelen.

Andere groepen, die tegen hepatitis B ingeënt zouden moeten worden, zijn mensen die in hun beroep een bijzonder groot besmettingsrisico lopen (beroepen in de medische en tandheeskundige sector, politieagenten, verleners van spoedeisende hulp), dialysepatiënten, alle patiënten met andere chronische leveraandoeningen (bijvoorbeeld chronische hepatitis C), mensen die in nauw contact staan met patiënten met een chronische hepatitis B-infectie en pasgeborenen met een geïnfecteerde moeder. Om de bescherming voldoende te doen zijn, moeten drie inentingën plaatsvinden. Hierna is in meer dan 90% van de gevallen sprake van afdoende bescherming tegen infectie.

De voeding bij hepatitis B

Zolang de leverfunctie niet is afgenomen, hoeft bij chronische hepatitis B geen speciaal dieet te worden gevolgd. Bij verminderde leverfunctie kan het nodig worden, de inname van eiwitten (vlees- en zuivelproducten) en zout te beperken. Dit moet uw arts met u bespreken, eventueel samen met een voedingspecialist. Belangrijk is hoe dan ook dat u geen alcohol drinkt.

Over de ELPA

De ELPA (European Liver Patients Association) is ontstaan vanuit de wens van Europese leverpatiëntenverenigingen om ervaringen met elkaar uit te wisselen over de vaak verschillende manieren waarop in verschillende landen met hun ziekte wordt omgegaan. In juni 2004 kwamen 13 patiëntengroepen uit tien Europese landen en uit landen rond de Middellandse Zee, bijeen om de organisatie in het leven toe roepen. De ELPA werd officieel op 14 april 2005 opgericht, tijdens het congres over leveraandoeningen van de EASL (European Association for the Study of the Liver). Het doel van de ELPA is het behartigen van de belangen van mensen met leveraandoeningen, in het bijzonder:

- informatie over de omvang van het probleem
- voorlichting en preventie
- erop te wijzen dat leveraandoeningen in vergelijking met andere medische gebieden zoals hartaandoeningen, te weinig publieke belangstelling krijgen.
- uitwisseling van succesvolle activiteiten en initiatieven
- samenwerking met professionele instituties zoals de EASL en de EU, om ervoor te zorgen dat de behandeling en verzorging van mensen met leveraandoeningen in heel Europa aan de hoogste normen voldoen.

European Liver Patients Association (ELPA)

F. De Renesselaan, 57
B - 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org

Uw lokale contactpersoon: