

Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem

Hepatitis B

Risiken, Vorbeugung und Behandlung

ELPA



**European Liver
Patients Association**

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

email: contact@elpa-info.org



Liebe Patientin, lieber Patient,

diese Broschüre soll Ihnen helfen, mehr über Ihre Erkrankung zu erfahren und besser mit ihr umzugehen. Sie soll Sie dazu ermutigen, einen normalen Umgang mit Ihren Mitmenschen aufrechtzuerhalten und keine unbegründete Angst vor der Übertragung zu haben. Wir möchten Sie mithilfe der Broschüre auch über die gesundheitlichen Folgen der chronischen Hepatitis B und die Möglichkeiten der Therapie informieren. Wir hoffen, Ihnen auf diesem Wege weiterhelfen zu können. Bei weiteren Fragen sollten Sie sich vertrauensvoll an Ihren behandelnden Arzt wenden.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'N. Piorkowsky'.

*Nadine Piorkowsky
Präsidentin der ELPA*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Zeuzem'.

*Prof. Dr. Stefan Zeuzem
Wissenschaftlicher Beirat
der ELPA*

Inhalt

Vorwort	S. 2
Inhalt	S. 3
Einleitung	S. 4
Die Leber	S. 5
Virushepatitis B	S. 6
Ansteckung	S. 10
Folgeschäden der Hepatitis B	S. 12
Hepatitis D	S. 14
Blutuntersuchungen	S. 15
Leberbiopsie (Lebergewebsprobe)	S. 16
Therapie der chronischen Hepatitis B	S. 16
• Therapie mit Virostatika	S. 16
• Therapie mit (pegyliertem) Interferon alfa	S. 19
Impfung gegen Hepatitis B	S. 21
Ernährung bei Hepatitis B	S. 22
Über ELPA	S. 23

Stand: 2007

Layout: © 2007 by Deutsche Leberhilfe e.V.

Einleitung

Weltweit haben zwei Milliarden Menschen bereits eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht. 400 Millionen Menschen sind nach WHO-Schätzungen chronisch mit Hepatitis B infiziert.

Obwohl es eine wirksame Impfung gegen Hepatitis B gibt, kommt es jedes Jahr zu 10 bis 30 Millionen Neuinfektionen. Im Endstadium der Erkrankung kann die chronische Hepatitis B zu Zirrhose und Leberkrebs führen. Etwa eine Million Menschen sterben jedes Jahr an den Folgen einer Hepatitis B.

Eine effektive Impfung steht zur Verfügung. Für Patienten, die bereits chronisch infiziert sind, wird die Therapie laufend verbessert.

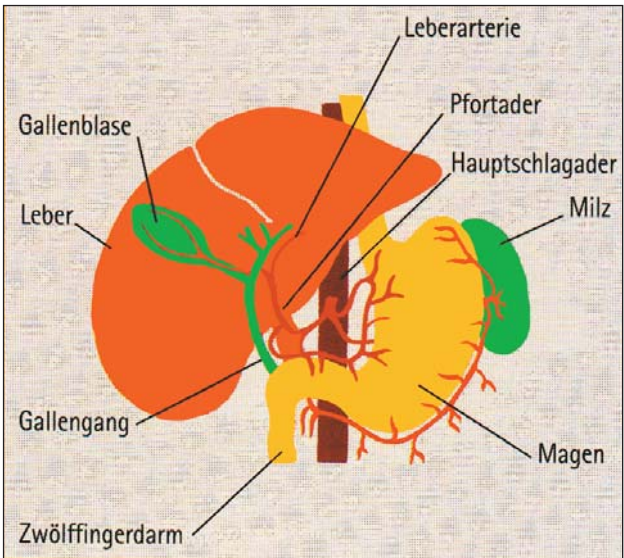
Die Leber

Die Leber ist mit einem Gewicht von etwa 1.500 g das größte innere Organ des menschlichen Körpers. Sie liegt im rechten Oberbauch und ist von einer bindegewebigen Kapsel umgeben.

Die Leber ist das zentrale Stoffwechselorgan des Körpers. Zu ihren Aufgaben gehört es, Giftstoffe, die über den Darm in den Körper gelangen, abzubauen, bevor sie in den großen Blutkreislauf gelangen. Nahrungsbestandteile, die über den Darm in die Leber gelangen, werden hier weiterverarbeitet. Von der Leber werden wichtige Eiweiße hergestellt, die zum Beispiel für die Blutgerinnung und die Infektabwehr nötig sind.

Wichtig ist auch die Produktion von Gallenflüssigkeit, die über ein spezielles Gangsystem in den Zwölffingerdarm geleitet wird. Durch die Gallenflüssigkeit werden Abbau- stoffe von roten Blutkörperchen entsorgt und die Fettver- dauung ermöglicht. Mit der Galle werden auch ver- schiedene Giftstoffe aus dem Körper ausgeschieden.

Die Leber selbst besitzt keine Nervenfasern, die den Schmerz weiterleiten können. Schmerzen können aber durch Spannung in der Bindegewebskapsel entstehen, wenn die Leber auf Grund von Entzündungsvorgängen anschwillt oder vernarbt.



Lage der Leber im Oberbauch und ihre Gefäßversorgung. Das nährstoffangereicherte Blut des Darms gelangt über die Pfortader in die Leber.

Virushepatitis B

Die Hepatitis-B-Infektion ist die Infektion der Leber mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV). Bei den meisten Patienten (über 90%) kann die Erkrankung nach einem akuten Verlauf vom Körper selbst geheilt werden. Nicht selten haben die betroffenen Patienten die Infektion mit dem Virus nicht bemerkt. Bei weniger als 10% der infizierten Patienten ist das körpereigene Abwehrsystem jedoch nicht in der Lage, das Virus erfolgreich zu bekämpfen. Wenn die Erkrankung länger als sechs Monate andauert, spricht man von einer chronischen Hepatitis B.

Der klinische Verlauf der chronischen Hepatitis B ist abhängig von der Menge der Viren im Körper und der Stärke der Immunabwehr des betroffenen Patienten.

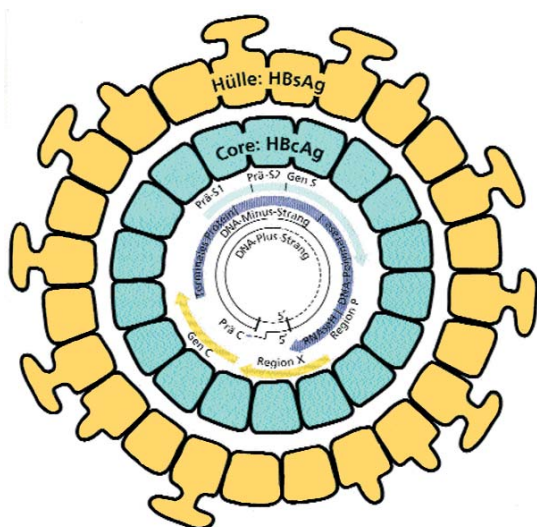
Bestimmte Virusbausteine im Blut und die vom menschlichen Körper gegen diese Virusbestandteile gebildeten Antikörper sowie andere Laborwerte können Hinweise auf den Aktivitätsgrad der Hepatitis geben (Tabelle).

HBs-Antigen	Virusbaustein, der in der Virushülle liegt, Zeichen einer akuten oder chronischen Hepatitis B
HBe-Antigen	Virusbaustein, der im Blut nachgewiesen werden kann. Indirekter Nachweis der Virusvermehrung (Replikation)
HBc-Antigen	Bestandteil der Viruskapsel, kann in der Leber, nicht aber im Blut nachgewiesen werden
Antikörper (anti-HBs, anti-HBe, anti-HBc)	Werden vom körpereigenen Immunsystem gebildet, um das Virus aus dem Körper zu entfernen
HBV-DNS	Erbsubstanz des Hepatitis-B-Virus (Desoxyribonukleinsäure)
Transaminasen	Leberwerte (GPT, GOT), die eine erhöhte Entzündungsaktivität in der Leber anzeigen
Histologie	Mikroskopische Untersuchung von Gewebe (z. B. von der Leber)

Tabelle: Wichtige Untersuchungen bei der Hepatitis B. Antigene (Ag) sind Substanzen, die vom Körper als fremd erkannt werden (z.B. Virusbestandteile) und die zur Produktion von Abwehrstoffen (Antikörpern, Ak) führen.

Bei der chronischen Hepatitis B gibt es Verlaufsformen, bei denen im Körper nur wenige Viren produziert werden (niedrig-replikative Form der chronischen Hepatitis B) und

andere, bei denen sehr viele Viren produziert werden (hoch-replikative Form). Bei der niedrig-replikativen chronischen Hepatitis B kommt es in der Regel nicht zu einem raschen Fortschreiten der Erkrankung. In den meisten Fällen haben die Patienten normale Leberwerte. Bei diesen Patienten kann das HBs-Antigen nachgewiesen werden, das HBe-Antigen ist aber in der Regel nicht im Blut nachweisbar. Bei der hoch-replikativen chronischen Hepatitis B



Modell des Hepatitis-B-Virus

lassen sich über 100.000 Viruskopien pro ml Blut nachweisen (dies entspricht ca. 20.000 IU/ml). Neben dem HBs-Antigen kann das HBe-Antigen nachweisbar sein. Bei vielen Patienten (ca. 50%) mit einer hoch-replikativen Form der chronischen Hepatitis B ist allerdings das HBe-Antigen nicht nachweisbar.

Welche Verlaufsform der chronischen Hepatitis B bei einem bestimmten Patienten vorliegt, kann anhand von Bluttests unterschieden werden. Anhand der im Blut vor-

liegenden Antigene und Antikörper, der Menge der Viren im Blut (Viruslast), der Transaminasen und der feingeweblichen Untersuchung des Lebergewebes wird sich Ihr Arzt ein Bild von der Aktivität der Hepatitis machen.

Symptome der Hepatitis B

Zwischen sechs Wochen und vier Monaten nach der Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus (Inkubationszeit) verspüren einige Patienten grippeähnliche Symptome, Gelenkschmerzen und Abgeschlagenheit. Nur ein Teil der Patienten entwickelt die „typischen“ Symptome einer schweren Lebererkrankung wie etwa eine Gelbsucht (Ikterus) mit entfärbtem Stuhl und braunem Urin sowie Oberbauchbeschwerden. Etwa zwei Drittel der Patienten verspüren bei einer akuten Hepatitis B wenige oder keine Symptome. Die Krankheitssymptome der chronischen Hepatitis B sind zumeist noch weniger deutlich ausgeprägt. Manche Patienten verspüren eine verstärkte Müdigkeit oder rechtsseitige Oberbauchbeschwerden, viele Patienten bemerken die Erkrankung nicht.

Krankheitsmechanismus

Bei einer chronischen Infektion werden durch die Hepatitisviren ständig neue Leberzellen infiziert. Die infizierten Leberzellen gehen unter und werden durch neue Leberzellen ersetzt. Als Zeichen einer Entzündung wandern weiße Blutkörperchen in das Lebergewebe. Sie sorgen dafür, dass infizierte und abgestorbene Leberzellen vernichtet und abgeräumt werden. Das Virus selbst vermögen sie dabei in der Regel nicht zu beseitigen. Die abgestorbenen Leberzellen können später durch Binde-

gewebe (= Narbengewebe) ersetzt werden. Ist die Leber bindegewebig verändert, spricht man im Frühstadium von einer Leberfibrose, später von einer Leberzirrhose. Bindegewebe kann zumindest teilweise – bei erfolgreicher Behandlung der chronischen Hepatitis B – wieder abgebaut werden.

Ansteckung

Die Übertragung des Hepatitis-B-Virus erfolgt zumeist über infiziertes Blut, sexuell oder während der Geburt. Dabei ist das Hepatitis-B-Virus sehr viel ansteckender als z. B. das AIDS-Virus (HIV) oder das Hepatitis-C-Virus. Das Hepatitis-B-Virus wird nur von Mensch zu Mensch übertragen.

Sexuelle Übertragung

Die sexuelle Übertragung des Hepatitis-B-Virus ist, anders als beim Hepatitis-C-Virus, häufig. Patienten, bei denen Viren im Blut nachgewiesen werden können, sollten zum Schutz des Partners Kondome verwenden. Eine Übertragung kann möglicherweise aber auch durch Speichel und andere Körperflüssigkeiten erfolgen. Daher ist eine Impfung des Sexualpartners wichtig.

Übertragung durch Blut

Die Übertragung des Hepatitis-B-Virus kann durch Blut oder Blutprodukte erfolgen. Die modernen Tests, die heute zur Kontrolle von Blut eingesetzt werden, sind sehr emp-

findlich. Daher ist das Risiko inzwischen sehr gering geworden. Daneben kann das Virus aber auch über verunreinigte Spritzen oder Nadeln übertragen werden. Risikofaktoren für die Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus sind daher der Gebrauch von Drogen, Tätowierungen oder Körperpiercing. Auch eine Übertragung des Hepatitis-B-Virus über offene Wunden, Rasierklingen oder Zahnbürsten ist möglich.

Ansteckung von Neugeborenen

Die Gefahr einer Infektion des Neugeborenen durch eine mit dem Hepatitis-B-Virus infizierte Mutter ist während oder kurz nach der Geburt am größten. Das Risiko der Virusübertragung liegt bei der Entbindung zwischen 10% (niedrig-replikative chronische Hepatitis B) und fast 100% (hoch-replikative chronische Hepatitis B). Daher muss das Neugeborene einer mit dem Hepatitis-B-Virus infizierten Mutter direkt nach der Geburt immer eine aktive und passive Immunprophylaxe erhalten (gleichzeitige Impfung und Immunglobulingabe).

Ob eine Hepatitis-B-Infektion durch Stillen übertragen werden kann, ist nach wie vor umstritten. Es scheint einen Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit einer Übertragung des Virus beim Stillen und der Viruslast der Mutter zu geben.

Folgeschäden der Hepatitis B

Patienten, die an einer chronischen Hepatitis B erkrankt sind, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, in den folgenden Jahrzehnten eine Leberzirrhose zu entwickeln. Das Risiko für die Entstehung einer Leberzirrhose ist unter anderem von der Krankheitsaktivität und der Krankheitsdauer abhängig. Faktoren, die die Entwicklung einer Leberzirrhose weiter beschleunigen können, sind zusätzliche chronische Lebererkrankungen, z. B. mit anderen Hepatitis-Viren (z. B. eine zusätzliche Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus) oder Substanzen, die die Leber schädigen. Hierzu zählt in erster Linie der Alkohol.

Von einer Leberzirrhose spricht man, wenn ein großer Teil des Lebergewebes durch Bindegewebe ersetzt wurde. Die normale Struktur des Lebergewebes wird dadurch zerstört. Hierdurch kommt es zu Veränderungen der Durchblutung, die zu einem Bluthochdruck in der Pfortader (Vene zwischen Darm und Leber) führen können. Durch einen Rückstau des Blutes kann es zur Ausbildung von erweiterten Venen (Varizen) in der Speiseröhre und im Magen kommen. Wenn diese Gefäße platzen, kann es zu schweren Magen-Darm-Blutungen kommen. Verstärkt wird die Gefahr der Blutungen dadurch, dass die Gerinnungsfähigkeit des Blutes wegen der verminderten Eiweißsynthese in der Leber und einer Verminderung der Anzahl der Blutplättchen (Thrombozyten) eingeschränkt ist.

Unter anderem wegen des Bluthochdrucks vor der Leber kann es auch zur Einlagerung von Körperflüssigkeit in die Bauchhöhle (Aszites) kommen.

Die Giftstoffe, die aus dem Magen-Darm-Trakt in das Blut gelangen, können bei Vorliegen einer Leberzirrhose teilweise nicht mehr von der Leber abgebaut werden, sodass sie in den Körperkreislauf gelangen. Hier können sie zu

einer verstärkten Müdigkeit und Konzentrationsschwäche (hepatische Enzephalopathie, Encephalon = Gehirn) führen.

Aufgrund der verminderten Eiweißproduktion der zirrhotisch umgebauten Leber kommt es neben Störungen der Blutgerinnung auch zu einer Mangelproduktion von Stoffen, die für die Körperabwehr benötigt werden. Folge ist eine erhöhte Infektanfälligkeit.

Durch den Rückstau von Galle kommt es bei einer schweren Lebererkrankung häufig zu einer Gelbverfärbung der Augen und der Haut (Ikterus). Damit ist oft auch ein Juckreiz verbunden. Gleichzeitig kann es zu einer Dunkelfärbung des Urins kommen.

Nach einem langen Verlauf nimmt bei Patienten mit einer chronischen Hepatitis B auch die Gefahr der Entwicklung von Leberkrebs (hepatozelluläres Karzinom) zu. Ein besonders hohes Risiko haben Patienten mit einer hohen Viruslast (HBV-DNA). Bei den meisten Patienten entwickelt sich das hepatozelluläre Karzinom auf dem Boden einer Leberzirrhose, allerdings sind bei Patienten mit einer chronischen Hepatitis B auch Leberzellkarzinome beschrieben worden, ohne dass zuvor eine Leberzirrhose vorlag. Auch für Patienten mit einer niedrig-replikativen Form der chronischen Hepatitis B (HBs-Antigen-Träger) ist das Risiko der Entwicklung eines Leberzellkarzinoms erhöht. Daher sind auch bei diesen Patienten regelmäßige Ultraschall- und Blutkontrollen notwendig. In einigen Fällen nimmt die chronische Hepatitis B einen so schweren Verlauf, dass eine Lebertransplantation nötig werden kann.

Hepatitis D

Die Hepatitis D ist eine weitere Viruserkrankung der Leber. Auslösend ist das Hepatitis-D-Virus. Von einer Hepatitis D sind ausschließlich Patienten bedroht, die gleichzeitig eine Hepatitis B haben. Das liegt daran, dass das Hepatitis-D-Virus für seine Vermehrung bestimmte Eiweißstoffe des Hepatitis-B-Virus benötigt. Ohne diese Strukturen kann sich das Virus nicht vermehren.

Mit dem Hepatitis-D-Virus kann man sich zusammen mit dem Hepatitis-B-Virus infizieren. Möglich ist auch die Ansteckung von Patienten, die bereits an einer chronischen Hepatitis B erkrankt sind. Die Infektion mit dem Hepatitis-D-Virus kann eine schwerere Leberentzündung verursachen als eine chronische Infektion allein mit dem Hepatitis-B-Virus.

Das Hepatitis-D-Virus kommt vor allem in südlicheren Ländern vor (Mittelmeerländer, Südamerika, Afrika). Falls Sie an einer chronischen Hepatitis B erkrankt sind, sollten Sie sich bei Ihrem Arzt informieren, wie Sie sich vor dem Hepatitis-D-Virus schützen können. Prinzipiell sollten Sie es möglichst vermeiden, in Gebiete mit einem hohen Aufkommen von Hepatitis-D-Virus-Infektionen zu fahren.

Blutuntersuchungen

Grundlage der Diagnostik der Hepatitis B ist die Untersuchung von verschiedenen Antigenen und Antikörpern (siehe Tabelle S. 6). Am wichtigsten ist der Nachweis der anti-HBc-Antikörper und des HBs-Antigens. Ist das HBs-Ag positiv, sollten weitere Untersuchungen folgen, die Aufschluss über die Aktivität der Hepatitis geben. Das sind einerseits das HBe-Ag und anti-HBe und andererseits die direkte Bestimmung der Menge von Virus-DNA im Blut (Viruslast).

Die Leberwerte (GPT, GOT) geben mit Einschränkungen Auskunft über die entzündliche Aktivität der Hepatitis. Die Aktivität der Erkrankung und die bindegewebige Reaktion in der Leber kann sicher nur durch eine Lebergewebsprobe beurteilt werden. Nicht-invasive Verfahren wie z.B. die Elastographie ermöglichen eine indirekte Abschätzung des Fibrorestadiums.

Da bei Patienten mit einer chronischen Hepatitis B das Risiko der Entwicklung von Leberkrebs erhöht ist, sollte in halbjährlichen Abständen das Alpha-Fetoprotein (AFP) als Tumormarker von Leberzellkarzinomen bestimmt und die Leber mit Ultraschall untersucht werden.

Leberbiopsie (Lebergewebsprobe)

Um den Anteil der Bindegewebsfasern und die Entzündungsaktivität in der Leber abschätzen zu können, sollte man z.B. vor einer Therapie eine Leberpunktion durchführen lassen. Bei einer Leberpunktion wird unter örtlicher Betäubung ein kleines Gewebstück entnommen und unter dem Mikroskop feingeweblich (histologisch) untersucht. Um den Therapieerfolg beurteilen zu können, kann eine weitere Leberbiopsie nach Abschluss der Behandlung sinnvoll sein. Nicht-invasive Verfahren (Laborparameter, Elastographie) können das Vorhandensein einer Leberzirrhose auch ohne Leberbiopsie recht sicher voraussagen.

Therapie der chronischen Hepatitis B

Therapie mit Virostatika

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Substanzen getestet, die die Virusvermehrung direkt hemmen können (Virostatika). Die Behandlung der chronischen Hepatitis B führt in der Regel nicht zur vollständigen Beseitigung des Virus aus dem Körper. Bei einem Teil der Patienten kann eine hoch-replikative Verlaufsform (hohe Virusmenge) dauerhaft in eine niedrig-replikative Form (niedrige Virusmenge) überführt werden. Ein Großteil der Patienten benötigt aber eine langjährige, z.T. dauerhafte Behand-

lung, um ein Voranschreiten der Erkrankung zu verhindern. Deshalb ist es besonders wichtig, nach Diagnosestellung die Therapienotwendigkeit und die Therapieziele sorgfältig zusammen mit dem Arzt abzusprechen. In der Regel besteht immer eine Behandlungsnotwendigkeit bei starker Leberentzündung und hohen Leberwerten, deutlichen Bindegewebsreaktionen in der Leber und bei einer hohen HBV-DNA-Konzentration (Viruslast) im Blut. Mit Lamivudin, Adefovir, Entecavir bzw. Telbivudin kann die Virusvermehrung und die Aktivität der chronischen Hepatitis B gehemmt werden. Diese Substanzen werden als Nukleosid- bzw. Nukleotidanaloga zusammengefasst.

Wann wird eine Therapie mit Nukleos(t)idanaloga durchgeführt?

Grundsätzlich können alle Patienten mit chronischer Hepatitis B mit Lamivudin, Adefovir, Entecavir oder Telbivudin behandelt werden. Auf diese Medikamente sprechen auch Patienten an, bei denen mit einer Interferon-Therapie keine ausreichenden dauerhaften Erfolgschancen bestehen. Auch können Patienten, bei denen eine Therapie mit Interferon alfa nicht zum Erfolg geführt hat, und Patienten, die aufgrund einer anderen bestehenden Grundkrankheit (z.B. Immundefekt, nach Transplantation, HIV-Infektion u.a.) kein Interferon alfa erhalten können, mit Nukleos(t)idanaloga behandelt werden. Lamivudin, Adefovir, Entecavir und Telbivudin werden als Tabletten eingenommen; die Dosis liegt bei

Lamivudin: 100 mg pro Tag,

Adefovir: 10 mg pro Tag,

Entecavir: 0,5–1,0 mg pro Tag,

Telbivudin: 600 mg pro Tag.

Nebenwirkungen von Nukleos(t)idanaloga

Im Gegensatz zu einer Interferon-Therapie treten Nebenwirkungen bei einer Therapie mit Lamivudin, Adefovir, Entecavir oder Telbivudin sehr selten auf. Beschrieben sind Kopfschmerzen, Fieber, Hautausschlag, ein allgemeines Krankheitsgefühl, Magen-Darm-Beschwerden, Schlaflosigkeit, Husten und in einigen Fällen Bauchspeicheldrüsenentzündungen. Bei der Behandlung mit Adefovir sollte die Nierenfunktion regelmäßig überwacht werden. Bei der Therapie mit Lamivudin kommt es im Vergleich zu anderen Präparaten häufiger und schneller zu einer Entwicklung von Resistenzen. Die Rate der Resistenzentwicklung liegt bei Lamivudin bei 30%, bei Telbivudin bei 15%, bei Adefovir und Entecavir bei unter 2% nach zwei Jahren. Nach fünf Jahren Behandlung liegen die Resistenzen bei 70% (Lamivudin) bzw. 28% (Adefovir). Erfreulicherweise sprechen Lamivudin- und Telbivudin-resistente Hepatitis-B-Viren auf Adefovir und umgekehrt Adefovir-resistente Viren auf Lamivudin und Telbivudin an. Daher sollten zwei geeignete Medikamente beim Auftreten von Resistenzen unbedingt zusammen genommen werden (Kombinationstherapie). Zunehmend setzt sich auch das Konzept durch, dass Patienten mit ungenügendem virologischen Ansprechen ein geeignetes zweites Präparat frühzeitig gegeben und somit das Auftreten von Resistenzen primär vermieden wird.

Therapie mit (pegyliertem) Interferon alfa

Interferon alfa ist ein körpereigener Eiweißstoff, der unter anderem von den weißen Blutkörperchen produziert wird. Das geschieht insbesondere dann, wenn der Körper sich gegen Infektionserreger wehren muss. Das zur Therapie der chronischen Hepatitis eingesetzte **Interferon alfa** ist biotechnologisch hergestellt. Interferon alfa muss, wie zum Beispiel auch das Insulin in der Behandlung zuckerkranker Patienten, in das Unterhautfettgewebe gespritzt werden. Neuere Interferone haben eine längere Wirkdauer und müssen nur einmal pro Woche gespritzt werden (sogenannte pegylierte Interferone).

Wie wird eine Therapie durchgeführt?

Zur Behandlung der chronischen Hepatitis B wurden früher dreimal wöchentlich 5–6 Mio. internationale Einheiten (IE) Standard-Interferon alfa für sechs Monate verabreicht. In neueren Untersuchungen wurden die lang wirksamen pegylierten Interferone in einer Dosierung von 180 µg/Woche (Peg-Interferon alfa-2a) bzw. 50–100 µg/Woche (Peg-Interferon alfa-2b) eingesetzt. Eine Therapie mit Peg-Interferon sollte 48 Wochen dauern. Die Ansprechrate auf eine Peg-Interferon-Therapie bei chronischer Hepatitis B liegt bei 30–35 % der Patienten. Diese Zahlen gelten für Patienten, bei denen das HBe-Antigen nachgewiesen werden konnte. Bei anderen Patienten, die z. B. mit einer Variante des Hepatitis-B-Virus infiziert sind (sogenannte HBeAg-Minusmutante), liegt die dauerhafte Ansprechrate auf eine Peg-Interferon-Therapie bei 20%. Ziel der Therapie ist, die Virusvermehrung zu hemmen, das

heißt, eine hoch-replikative chronische Hepatitis B in eine niedrig-replikative chronische Hepatitis B umzuwandeln. Im Idealfall (bis zu 3 %) kann nach einer Therapie mit Peg-Interferon auch das HBs-Antigen nicht mehr nachgewiesen werden, was einer Heilung gleichkommt.

Nebenwirkungen von pegyliertem Interferon alfa

Die Nebenwirkungen von Interferon alfa sind zu Beginn einer Therapie häufig und lassen im Laufe der Behandlung in der Regel deutlich nach. Die häufigsten Nebenwirkungen sind grippeähnliche Symptome wie Fieber, Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust. Gelegentlich kommt es auch zu Störungen der Schilddrüsenfunktion. Einige Patienten leiden während der Therapie an einem vorübergehenden Haarausfall. Auch Stimmungsveränderungen bis hin zu Depressionen können auftreten. Wichtig sind außerdem Blutbildveränderungen, die vor allem die weißen Blutkörperchen betreffen. Pegylierte Interferone haben das gleiche Nebenwirkungsspektrum wie die Standard-Interferone.

Kombinationstherapien

Erste Untersuchungen zur Kombinationstherapie pegylierter Interferone plus Nukleos(t)idanaloga (z. B. Lamivudin) verliefen enttäuschend, da die dauerhaften virologischen Erfolgsraten nicht verbessert werden konnten. Die Kombination zweier Virostatika (z. B. Lamivudin plus Adefovir) wirkt nicht besser antiviral als eines allein. Sie kann aber sinnvoll sein, um bei gefährdeten Patienten

Resistenzentwicklungen zu verhindern (z. B. vor und nach einer Lebertransplantation). Nach Auftreten von Resistenzen ist die Kombinationstherapie unverzichtbar.

Impfung gegen Hepatitis B

Eine Impfung gegen die Hepatitis B ist möglich. Sie ist vor allem für Säuglinge, Kleinkinder und Jugendliche empfehlenswert.

Weitere Personengruppen, bei denen eine Hepatitis-B-Impfung durchgeführt werden sollte, sind Menschen mit einem besonderen Ansteckungsrisiko in ihrem Beruf (medizinische und zahnmedizinische Berufe, Polizisten, Ersthelfer), Dialysepatienten, alle Patienten mit anderen chronischen Lebererkrankungen (z. B. mit chronischer Hepatitis C), Menschen mit engem Kontakt zu Patienten mit einer chronischen Hepatitis B und Neugeborene infizierter Mütter.

Für einen ausreichenden Schutz sind drei Impfungen nötig. Danach sind über 90 % der geimpften Personen sicher vor einer Infektion geschützt.

Ernährung bei Hepatitis B

Solange die Leberfunktion nicht eingeschränkt ist, muss bei der chronischen Hepatitis B keine spezielle Diät eingehalten werden. Bei Einschränkung der Leberfunktion kann eine Einschränkung der Eiweiß- (Fleisch-, Milchprodukte) und der Salzzufuhr erforderlich werden. Dies sollte Ihr Arzt, eventuell gemeinsam mit einem Ernährungsspezialisten, mit Ihnen besprechen. Wichtig ist, dass Sie auf Alkohol verzichten.

Über ELPA

ELPA entstand aus dem Wunsch europäischer Leberselbsthilfegruppen, sich über ihre Erfahrung mit der oft unterschiedlichen Herangehensweise in verschiedenen Ländern auszutauschen. Im Juni 2004 trafen sich 13 Patientengruppen aus zehn europäischen und Mittelmeerländern, um die Organisation ins Leben zu rufen. ELPA wurde offiziell am 14. April 2005 während des Leberkongresses EASL (European Association for the Study of the Liver) gegründet.

Das Ziel von ELPA ist, die Interessen von Menschen mit Leberkrankheiten zu vertreten, insbesondere:

- ♦ Information über das Ausmaß des Problems
- ♦ Aufklärung und Prävention
- ♦ darauf hinzuweisen, dass Leberkrankheiten in der öffentlichen Aufmerksamkeit einen zu geringen Stellenwert im Vergleich zu anderen medizinischen Gebieten wie z. B. Herzkrankheiten haben.
- ♦ Austausch über erfolgreiche Aktivitäten und Initiativen
- ♦ Zusammenarbeit mit professionellen Institutionen wie dem EASL und der EU, um sicherzustellen, dass die Therapie und Versorgung von Leberkranken europaweit den höchsten Standards entspricht.

European Liver Patients Association (ELPA)

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

Ihr lokaler Ansprechpartner: