



Prof., dr.med. Stefan Zeuzem

Hepatitis C

**Risici, forebyggelse og
behandling**

ELPA



**European Liver
Patients
Association**

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

email:
info.org

contact@elpa-



Kære patient

Formålet med denne brochure er at give dig et større indblik i din sygdom og i, hvordan du skal håndtere den. Den skal give dig mod på at opretholde en normal omgang med andre mennesker og ikke have ubegrundet angst for at smitte andre. Vi ønsker med brochuren også at informere dig om de helbredsmæssige konsekvenser af kronisk hepatitis C samt om mulighederne for behandling. Vi håber, at det kan være med til at hjælpe dig videre. Hvis du har yderligere spørgsmål, kan du trygt henvende dig til den læge, der behandler dig.

*Nadine Piorkowsky
Præsident for ELPA*

*Prof. dr.med. Stefan Zeuzem
ELPA's videnskabelige
komité*

Indhold

Indledning	s. 4
Leveren	s. 5
Virushepatitis C	s. 6
Smitte	s. 7
Følgeskader ved hepatitis C	s. 8
Blodprøver	s. 12
Leverbiopsi (nålepunktur)	s. 13
Behandling af hepatitis C	s. 14
Findes der alternative behandlingsmuligheder?	s. 21
Fremtidige behandlingsmuligheder	s. 23
Kan man blive vaccineret mod hepatitis C?	s. 25
Hvad skal jeg være opmærksom på omkring min kost?	s. 25
Hepatitis C og graviditet	s. 26
Om ELPA	s. 27

Udgave: August 2009
Layout: © 2007 by Deutsche Leberhilfe e. V.

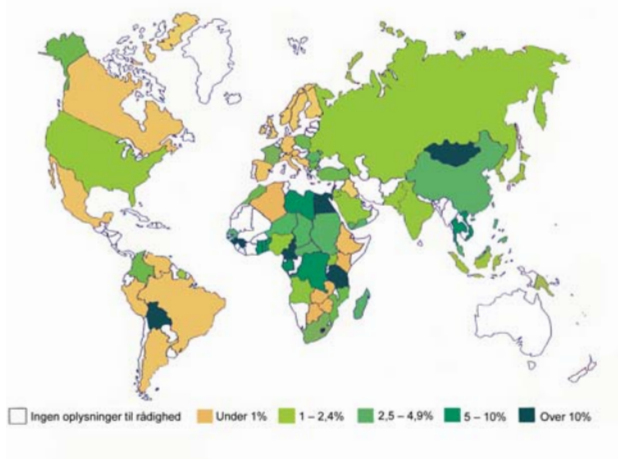
Indledning

I Europa lider mange millioner mennesker af en kronisk leversygdom. Levercirrose (ardannelse i levervævet, også kaldet "skrumpelever") er den fjerde hyppigste sygdomsbetingede dødsårsag blandt voksne i alderen 30 til 50 år.

Ud over alkohol er virusbetinget hepatitis B og C de primære sygdomsårsager til kroniske leversygdomme. Ved hepatitis forstås betændelse i leveren.

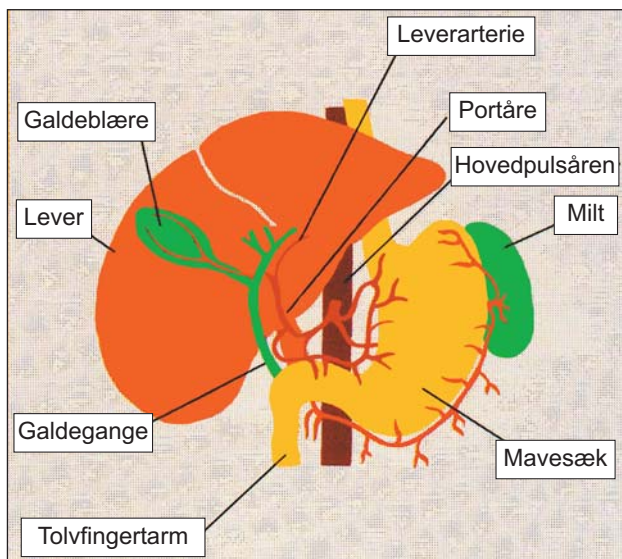
I Europa regner man årligt med flere tusinde nye tilfælde af hepatitis B- og C-infektion. Udbredelsen af smitten med hepatitis C-virus skønnes afhængigt af det enkelte land at ligge på 0,5–5% (5–50 ud af 1000 indbyggere).

Udbredelsen af hepatitis C-virus på verdensplan



Leveren

Leveren vejer ca. 1.500 g og er dermed menneskekroppens største indre organ. Leveren sidder øverst til højre i bughulen og er omgivet af en bindevævs-kapsel. Leveren er kroppens vigtigste stofskifteorgan. En af leverens opgaver er at nedbryde giftstoffer, der kommer ind i kroppen via tarmen, inden de ender i det store blodkredsløb. Næringsstoffer, der trænger ind i leveren via tarmen, viderebearbejdes i leveren. Leveren producerer vigtige proteiner, der fx er nødvendige for blodets koagulationsevne og for immunforsvaret. En anden vigtig opgave er produktionen af galdesyre, der udskilles til tolvfingertarmen via et særligt gangsystem. Galdesyren sørger for, at affaldsstoffer fra røde blodlegemer nedbrydes, og



Leverens placering øverst i bughulen samt dens blodkarforsyning. Det næringsstofberigede blod fra tarmen når leveren via portåren (vena porta).

den står desuden for fedtfordøjelsen. Sammen med galden udskilles også forskellige giftstoffer fra kroppen.

I selve leveren findes der ingen nervebaner, som vil kunne videresende smerteimpulser. Men der kan opstå smerter pga. spænding i bindevævskapslen, når betændelsen får leveren til at svulme op, eller når der dannes arvæv.

Virushepatitis C

Hepatitis C er en virusinfektion i leveren. Den fremkaldes af et hepatitis C-virus. Dette virus formerer sig i leveren og frigøres til blodet af levercellerne. Hos ca. 60–80 % af patienterne er kroppens eget immunforsvar ikke i stand til at bekæmpe dette virus og hepatitis C udvikler sig til et kronisk forløb. Hos de resterende 20–40 % af patienterne helbredes hepatitis C i løbet af et halvt år efter infektionen uden nogen egentlig behandling.

Symptomer på hepatitis C

Symptomerne på hepatitis C er meget uanselige og de fleste patienter opdager slet ikke infektionen. Nogle patienter mærker en øget træthed, føler sig udmattede og svækkede eller har smerter øverst i højre side af bughulen. Udviklingen af gulsot er temmelig sjælden.

Sygdomsmekanisme

Ved en kronisk infektion smittes nye leverceller konstant af hepatitisvira. Som tegn på betændelse bevæger hvide blodlegemer sig ind i levervævet. De sørger for, at smittede og døde leverceller fjernes og tilintetgøres. Selve viruset kan de som regel ikke bekæmpe. De døde leverceller kan efterfølgende erstattes af bindevæv (=arvæv). Hvis der sker ændringer i bindevævet i leveren, taler man i det tidlige stadium om en leverfibrose, senere om en levercirrose (skrumpeliver). Det cirrotiske arvæv kan af kroppen ikke længere omdannes til levervæv.

Smitte

Smitte med hepatitis C-virus sker oftest ved direkte eller indirekte blodkontakt (parenteral overførsel). Før 1990 var smitte med hepatitis C-virus ved overførsel af blod- og plasmaprodukter ikke sjælden. I dag kan hepatitis C-positive bloddonorer identificeres ved hjælp af moderne testmetoder. Den resterende risiko for hepatitis C-infektion ved en blodtransfusion er i dag minimal.

Virus kan også overføres ved inficerede kanyler, fx ved narkotikamisbrug. Tatoveringer og piercing er andre risikofaktorer for infektion med hepatitis C-virus. Overførsel via åbne sår, barbergrej eller tandbørster er også tænkelig.

Seksuel overførsel af virus er mulig. Risikoen for smittede patienters seksualpartnere vurderes dog

som værende lille. Overførselsrisikoen afhænger af den seksuelle adfærd.

Overførsel af virus gennem intakt hud eller spyt er hidtil ikke set. Infektion via service, glas eller bestik er altså ikke at frygte, så længe der ikke foreligger forurening med blod.

Følgeskader ved hepatitis C

På baggrund af kronisk hepatitis (leverbetændelse, hvor der foreligger tydelige tegn på betændelse) udvikler der sig hos ca. 30% af patienterne i de følgende år en levercirrose (skrumpelever). Risikoen for udvikling af skrumpelever afhænger bl.a. af patientens alder på det tidspunkt, hvor infektionen finder sted, samt sygdommens varigheden, dvs. sygdommen har ofte et hurtigere forløb ved en infektion i en højere levealder (over 40 år). Faktorer, der kan fremskynde udviklingen af levercirrose, er bl.a. andre samtidige, kroniske leversygdomme, som fx infektion med andre leverbira (fx en samtidig infektion med hepatitis B-virus) eller stoffer, der skader leveren på anden vis. Det drejer sig først og fremmest om alkohol.

Man taler om levercirrose, når en stor del af levervævet er blevet erstattet af bindevæv. Derved ødelægges levervævet normale struktur. Dette medfører, at blodgennemstrømningen ændres, hvilket kan føre til forhøjet blodtryk i portåren (blodåre mellem tarm og lever). En ophobning af blodet kan medføre udvidelse af venerne (varicer) i

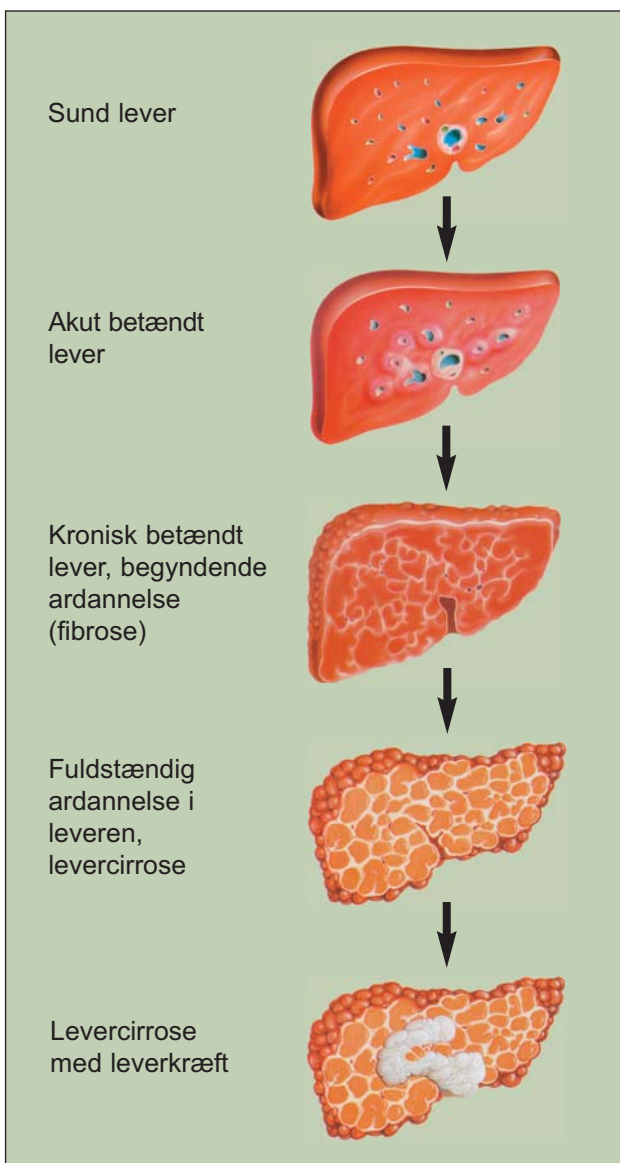
spiserøret og i maven. Hvis disse kar sprænges, kan det give alvorlige mave/tarm-blødninger. Risikoen for blødninger øges af, at blodets koagulationsevne er nedsat pga. den reducerede proteinsyntese i leveren og det mindre antal blodplader (thrombocytter). Der kan bl.a. ske aflejring af kropsvæsker i bughulen (ascites) pga. det forhøjede blodtryk før leveren. Giftstofferne, der ender i blodet via mave/tarmkanalen, kan ved levercirrose ikke længere nedbrydes fuldstændigt af leveren, og ender derfor i kroppens kredsløb. Her kan de medføre øget træthed og koncentrationsbesvær (hepatisk encephalopati, encephalon = hjerne).

Pga. den nedsatte proteinproduktion i den cirrotisk ændrede lever opstår der ud over forstyrrelser i blodets koagulationsevne også manglende produktion af stoffer, der er nødvendige for immunforsvaret. Konsekvensen er en øget modtagelighed for infektioner.

Pga. ophobningen af galdesyre giver en alvorlig leversygdom ofte gulfarvning af øjne og hud (ikterus). Dette er ofte forbundet med kløe. Samtidig kan der ske mørkfarvning af urinen.

Efter et længere forløb med kronisk hepatitis C er der desuden en øget risiko for udvikling af leverkræft (hepatocellulært karcinom). Hos de fleste patienter udvikler det hepatocellulære karcinom sig ud fra en levercirrose, men der er dog også fundet levercellekarcinomer hos få patienter med kronisk hepatitis C, uden at der forelå levercirrose. Derfor er regelmæssige ultralydskontroller og blodprøver hensigtsmæssige.

I nogle tilfælde har hepatitis C et så alvorligt forløb, at det kan blive nødvendigt at foretage en levertransplantation.



Billede: Forløb over, hvorledes en kronisk hepatitis C i løbet af et par årtier kan føre til cirrose (skrumpelever) og leverkræft. Behandling og sund livsstil kan standse dette forløb eller reducere hastigheden.

Aktiviteten i betændelsen i leveren og omfanget af fedtaflejring omkring leveren samt bindevævsforandringerne kan kun konstateres ved lysmikroskopi (histologisk). Til det formål skal der udtages væv fra leveren (leverbiopsi). Indirekte metoder, som fx elastografi, kan ligeledes give en god bedømmelse af leverfibrosens omfang.

Blodprøver

Hepatitis C-virus kan påvises i blodet enten direkte ved hjælp af dets arveinformation (RNA) eller indirekte ved hjælp af de antistoffer, som dannes af patientens hvide blodlegemer. Et positivt RNA-resultat taler for et aktivt sygdomstilfælde. Forekomsten af antistoffer mod hepatitis C-virus (anti-HCV) kan ikke se forskel på en helbredt hepatitis C-infektion og en fortsat eksisterende, kronisk infektion. Også hos patienter, der er helbredt for hepatitis C, kan der selv længe efter konstateres antistoffer, men ikke HCV-RNA.

Grundlaget for diagnosen hepatitis C er påvisningen af hepatitis C-antistoffer (anti-HCV). Hvis en patient er anti-HCV-positiv (altså har hepatitis C-virusantistoffer i blodet), bør der foretages en direkte påvisning af virus, fx med en såkaldt PCR (polymerasekædereaktion). Dette er en særligt følsom test til påvisning af hepatitis C-vira i blodet. I alle tilfælde, hvor en antiviral behandling overvejes, anbefales det desuden, at bestemme mængden af vira i blodet (virusbelastning) samt genotypen for hepatitis C-viruset.

Lever tallene (ALT, AST – også kaldt ”transaminaser”) giver med visse begrænsninger oplysning om hepatitisinfektionens betændelsesaktivitet. Normale levertal er dog ikke ensbetydende med, at en kronisk hepatitis C kan udelukkes. Lever tallene findes også med henblik på kontrol af forløbet under behandlingen.

Da patienter med kronisk hepatitis C har øget risiko for udvikling af leverkræft, bør levercellekarcinomets tumormarkør, alfafetoproteinet, i blodet undersøges med jævne mellemrum (seks til tolv måneder). Med

samme intervaller bør der foretages en ultralyd-sundersøgelse.

Leverbiopsi (nålepunktur)

For at kunne vurdere andelen af bindevævsfibre, betændelsens aktivitet samt graden af fedtaflejring omkring leveren, kan en nålepunktur være hensigtsmæssig. Ved en nålepunktur udtages et lille stykke væv under lokalbedøvelse. Vævet undersøges ved lysmikroskopi (histologisk). Ved en fuldstændig, histologisk bedømmelse bestemmes betændelsens aktivitet (grading) og fibrosestadiet (staging) uafhængigt af hinanden.

"Sunde og raske" bærere af hepatitis C-virus (vira påvist i blodet, normale levertal og normale levervævsprøver) forekommer kun meget sjældent. Hos flertallet af patienterne kan der selv ved normale levertal findes tegn på kronisk hepatitis i levervævet.

Behandling af hepatitis C

For at bremse eller forhale sygdommens forløb, er der mulighed for at give en ansvarligt udført behandling med interferon alfa, evt. kombineret med ribavirin.

Ribavirin er en substans, der hæmmer hepatitis C-vira ved hjælp af endnu ikke nærmere bestemte mekanismer. Den er især effektiv kombineret med interferon alfa og indtages som tablet eller kapsel.

Interferon er et protein, der dannes naturligt i kroppen, og som bl.a. produceres af de hvide blodlegemer, især når kroppen skal forsvare sig mod viral infektionssmitte. Den interferon alfa, der bruges til behandling af virushepatitis er fremstillet bioteknologisk. Interferon alfa skal sprøjtes ind i fedtvævet under huden, på samme måde som fx insulin ved behandling af sukkersyge.

For at forbedre responsraten og patientens tolerance over for interferon alfa-behandlingen, kan interferon kobles sammen med polyetylenglykol (PEG) (pegylet interferon alfa, peginterferon alfa). Interferon, der er ændret på denne måde, bevarer sin effektivitet i kroppen i længere tid og skal kun gives som injektion én gang ugentligt.

Polyetylenglykol omgiver interferon alfa som en "beskyttelseskappe" og forhindrer således en for tidlig nedbrydning af medikamentet. De steder, der er vigtige for interferonens antivirale virkning, blokeres dog ikke af dette. Der kan således opretholdes et jævnt effektivitetsniveau og virusformeringen kan begrænses konstant over en længere periode.

En anden teknologi til forlængelse af interferon alfas virkning er koblingen til human serumalbumin. Albumin er en naturlig substans med en lang halve-

ringstid, som har mange forskellige opgaver i kroppen. Interferon alfa koblet til albumin (albuferon) bevarer den antivirale effekt fra interferon, men skal på grund af den lange halveringstid fra albumin kun gives som injektion hver anden til fjerde uge. Kliniske undersøgelser har vist, at den vedvarende virologiske responsrate er væsentlig bedre hos patienter med kronisk hepatitis C med det langtidsvirkende interferonpræparat end med den korttidsvirkende standardinterferon. Ved at kombinere langtidsvirkende interferon med ribavirin kan helbredsra-terne øges yderligere. Denne kombination er også kombinationen af standardinterferon og ribavirin overlegen med hensyn til patientens tolerance.

De anbefalede doser af interferon er vist i tabellen på denne side. Også ribavirindosen bør bestemmes individuelt af din læge i forhold til dit blodbillede (især det røde blodfarvestof [hæmoglobin]), din vægt samt HCV-genotypen. Dosis ligger typisk mellem 800 og 1.200 mg dagligt, fordelt på to portioner morgen og aften. Hos særligt tunge patienter kan

Standarddosering af interferon	
Interferon alfa-2a	3–6 millioner enheder tre gange ugentligt
Interferon alfa-2b	3–5 millioner enheder tre gange ugentligt
Peginterferon alfa-2a	180 µg én gang ugentligt
Peginterferon alfa-2b	1,0–1,5 µg/kg kropsvægt én gang ugentligt
Albuferon alfa-2b	900 µg én gang hver anden uge

det overvejes at give en højere dosis. Afhængigt af patientens vægt bør dosissen af ribavirin ved infektion med HCV-genotype 1 og 4 ligge på ca. 15 mg pr. kg kropsvægt, ved genotype 2 og 3 ca. 13 mg pr. kg kropsvægt.

Det primære mål for behandlingen er, at sygdommen hos de berørte patienter ikke udvikler sig yderligere (forhindring af bindevævsformering [cirrose] i leveren med efterfølgende komplikationer). Dette mål opnås bedst, hvis hepatitis C-virusset bekæmpes fuldstændigt i kroppen, dvs. at HCV-RNA selv med de mest følsomme metoder permanent ikke længere kan påvises. Responsraten (antal patienter, hvor der under behandlingen ikke længere kan påvises vira i blodet) for en behandling med langtidsvirkende interferon og ribavirin ligger typisk på 60–90 %. Desværre kommer det hos nogle patienter, som i første omgang har reageret på terapien, endnu under behandlingen (sjældent) eller efter at de er holdt op med medikamenterne til gentagen forekomst af vira. Alt i alt ligger det konstante behandlingsresultat for en kombinationsbehandling med langtidsvirkende interferon plus ribavirin derfor på 50–60 %. Regelmæssig indtagelse af medikamenterne er særlig vigtig. Hvis der under en interferon alfa/ribavirin-behandling optræder kraftige bivirkninger (fx depression), skal bivirkningerne behandles med medicin, samtidig med at indtagelsen af de antivirale medikamenter fortsættes, hvis dette er muligt. Da bivirkningerne af interferon alfa/ribavirin-behandlingen hurtigt aftager ved behandlingens ophør, kan behandlingen af bivirkningerne atter indstilles.

Særligt gode behandlingsresultater opnås, hvis behandlingen startes så tidligt som muligt. En kronificering af en akut hepatitis C kan forhindres med en

24-ugers monobehandling med (peg)-interferon alfa. Behandlingen af den akutte hepatitis C bør til det formål være begyndt tre til fire måneder efter tidspunktet for infektionen.

Behandlingen af den kroniske hepatitis C giver mere positive resultater hos yngre patienter og et kort sygdomsforløb end hos ældre patienter, som allerede har nået stadiet for levercirrose. Derudover er sandsynligheden for en permanent virologisk reaktion (helbredelse) på en kombinationsbehandling hos patienter, som er inficeret med HCV-genotype 2 eller 3, væsentligt bedre end hos patienter, som er inficeret med HCV-genotype 1 eller 4. Også behandlingens varighed har stor indflydelse på behandlingsresultaterne ved kronisk hepatitis C.

De aktuelle retningslinjer (2009) for behandling af kronisk hepatitis C anbefaler en 24-ugers standardbehandling for patienter med HCV-genotype 2 eller 3, som i bedste fald kan reduceres til 16 uger (normalvægtig patient, ingen levercirrose, lav virusbelastning inden behandlingens start og hurtig virologisk reaktion med manglende påvisning af HCV-RNA i 4. behandlingsuge). Patienter med HCV-genotype 2 eller 3, hos hvem der i 4. behandlingsuge endnu kan påvises HCV-RNA i blodet, har muligvis gavn af en behandlingsvarighed på mere end 24 uger (36–48 uger).

Standardlængden på behandling af patienter med HCV-genotype 1 eller 4 udgør 48 uger, men kan dog hos patienter (uden levercirrose), hvor der inden behandling kan påvises en lav virusbelastning og hvor der efter 4 ugers behandling ikke kan påvises HCV-RNA i blodet, reduceres til 24 uger, uden at chancerne for en permanent virologisk reaktion forringes. Patienter med HCV genotype 1 eller 4, som

reagerer langsomt på en antiviral behandling med langtidsvirkende interferon og ribavirin (HCV-RNA kan stadig påvises i 12. behandlingsuge, men negativ i 24. behandlingsuge), ser ud til at have gavn af, at behandlingsforløbet forlænges til 72 uger.

Ud fra virusbelastningen ved start og det begyndende fald i virusbelastningen i blodet kan det hos behandlede patienter allerede efter fire og tolv uger afgøres, hvorvidt der er gode chancer for permanent virusbekæmpelse. Jo hurtigere og jo tydeligere det initiale fald i virusbelastningen forløber, jo bedre er chancerne for helbredelse. Ringe chancer for permanent virusbekæmpelse findes hos patienter, som i de første 12 uger af behandlingen ikke opnår et fald på mindst 99% i virusbelastningen.

Forskellige undersøgelser har vist, at der ved en positiv kombinationsbehandling med interferon og ribavirin sker et fald i indholdet af bindevævsfibre i leveren og at hyppigheden af udvikling af leverkræft reduceres. Men selv efter fuldstændig bekæmpelse af hepatitis C-virus er risikoen for leverkræft fortsat øget i mange år, og derfor er regelmæssige ultralyd-sundersøgelser af leveren også vigtige efter vellykket behandling.

Som udgangspunkt anbefales antiviral behandling hos alle patienter med kronisk hepatitis C og øget betændelsesaktivitet i leveren, såfremt der ikke foreligger andre sygdomme eller omstændigheder, som forbyder en sådan behandling. De valgte præparater, doser samt varigheden af en behandling bør altid kontrolleres individuelt af den læge, der behandler dig.

Hvilke bivirkninger kan der forventes ved en behandling med interferon alfa og ribavirin?

Der optræder hyppigt bivirkninger ved brug af interferon alfa ved behandlingens start, men disse aftager som regel kraftigt i løbet af behandlingen. De hyppigste bivirkninger er influenzalignende symptomer som feber, hoved-, led- og muskelsmerter, træthed, appetitløshed og vægttab. Af og til forekommer der også forstyrrelser i skjoldbruskkirtlens funktion. Enkelte patienter lider under behandlingen af ekstras tør hud og/eller midlertidigt hårtab. Der kan desuden forekomme humørsvingninger og depression. Derudover er det vigtigt at holde øje med ændringer i blodbilledet, især de hvide blodlegemer.

Både interferon alfa og ribavirin kan udløse allergiske reaktioner. Den hyppigste bivirkning af ribavirin er midlertidig blodmangel (anæmi). Regelmæssige kontroller af blodbilledet anbefales derfor kraftigt.

Patienten bør under behandlingen løbende tale med den behandelende læge og oplyse alle bivirkninger nøjagtigt. Mange bivirkninger af kombinationsbehandlingen med interferon alfa og ribavirin kan påvirkes positivt ved tilpasning af doseringen eller ved en (midlertidig) udskrivning af yderligere medikamenter. Alle muligheder skal altid først være afprøvet, inden en behandling afbrydes på grund af manglende tolerance eller bivirkninger.

Det kan på ingen måde udelukkes, at risikoen for misdannelser hos fostre øges af brugen af ribavirin. Patienter, som behandles med ribavirin, skal derfor under behandling og frem til et halvt år efter behandlingens afslutning anvende en sikker form for prævention. Hos kvinder, som allerede er gravide inden

behandlings start, kan der ikke gennemføres behandling.

Hvad skal jeg være opmærksom på under en behandling med interferon alfa og ribavirin?

Under en behandling med interferon alfa og ribavirin skal der foretages regelmæssig kontrol af levertal (ALT, AST), blodbillede og skjoldbruskkirteltal. Efter en behandlingsvarighed på fire og tolv uger (i enkelte tilfælde også efter 24 uger) skal virusbelastningen (HCV-RNA) i blodet desuden måles. Man taler om en hurtig virologisk reaktion (RVR = "rapid virologic response"), når der allerede i 4. behandlingsuge ikke længere kan påvises HCV-RNA i blodet ved hjælp af en følsom testmetode. I 12. behandlingsuge skelnes der mellem en komplet reaktion (cEVR = "complete early virologic response") og en partiel reaktion (pEVR = "partial early virologic response"). Ved en komplet reaktion (cEVR) kan HCV-RNA ikke længere påvises i blodet i 12. uge, mens virusbelastningen i 12. uge ved en partiel reaktion (pEVR) er faldet med faktor 100 i forhold til virusbelastningen inden behandlingens start, men der fortsat kan påvises HCV-RNA i blodet. Ved hjælp af HCV-RNA-resultaterne i 4. og 12. behandlingsuge er det muligt at bedømme, om behandlingen vil give et positivt resultat og hvor længe den skal fortsætte.

Findes der alternative behandlingsmuligheder?

Behandlingen med interferon alfa alene eller kombineret med ribavirin er for øjeblikket den eneste mulighed for at bekæmpe hepatitis C-virus permanent fra kroppen. Derudover ses der med jævne mellemrum positive resultater med såkaldte alternative stoffer. Kontrollerede undersøgelser, hvor effekten af sådanne præparater undersøges, findes dog ikke. Derfor bygger alle oplysninger om sådanne resultater på ikke kontrollerede beretninger.

Substanserne, som anvendes til behandling af leversygdomme, er fx marietidselekstrakt (silymarin), artiskokpræparater og glycyrrhizin, som frem for alt anvendes i den sydøstlige del af Asien. Bestemte silymarinpræparater (silibinin) kan sænke virusbelastningen, hvis de dagligt gives intravenøst i høje doser. Det



Mariatidsele

er dog hidtil uklart, om substansen i denne dosis er sikker og ikke kun sænker virusbelastningen, men også forbedrer helbredelsesraten ved en peginterferon/ribavirin-behandling. I alle øvrige doser givet som tablet har silymarin ingen effekt på virusformeringen.

Alle plantebaserede og andre alternative præparater kan have farlige bivirkninger, skade leveren eller udvikle krydsreaktioner med andre medikamenter. Patienter skal altid oplyse den behandlende praktiserende læge eller specialist om øvrige anvendte præparater, så lægen kan vurdere tolerance og evt. risici.

Fremtidige behandlingsmuligheder

Forskellige behandlingsinitiativer testes for øjeblikket klinisk, bl.a. hæmmende stoffer af HCV-specifikke enzymer, som er ansvarlige for virusformeringen (protease, helikase, NS5A og polymerase inhibitorer). Længst i den kliniske udvikling er to HCV-protease hæmmende stoffer (boceprevir og telaprevir), som begge kombineret med peginterferon alfa og ribavirin kan forbedre den permanente virologiske reaktions-



rate hos genotype 1-inficerede patienter med ca. 20 % til ca. 70–75 %. Man regner med at godkende begge disse substanser i Europa i 2011/2012. Andre udviklinger gælder såkaldte immunmodulatorer og medikamenter, som hæmmer de af cellernes egne strukturer, som medvirker ved virusformering samt terapeutisk vaccine, dvs. vaccinationsstoffer, som skal understøtte kroppens eget immunsystem i at

bekæmpe hepatitis C-virusset eller forhale sygdomsforløbet.

På længere sigt håber man at kunne behandle hepatitis C-virusset med positivt resultat uden injektion af interferon. Dette vil dog kræve en kombination af mindst to til tre hæmmende stoffer. Ved de nye substanser er det vigtigt, at de alene eller i kombination med andre ikke tillader nogen resistensvarianter af hepatitis C-virusset.

Samlet set må det understreges, at ingen nye substanser vil kunne blive godkendt, uden at der foreligger omfattende data fra kliniske tests om virkning, tolerance og sikkerhed. Patienter, som har interesse i at få de fremtidige medikamenter allerede i dag, skal henvende sig til store levercentre og søge oplysning om løbende behandlingsrapporter.

Kan man blive vaccineret mod Hepatitis C?

Det er kun muligt at blive vaccineret mod hepatitis A og B, men ikke mod hepatitis C. Heller ikke inden for en overskuelig fremtid vil der sandsynligvis findes en effektiv vaccine mod hepatitis C.

Hvis du ikke har haft hverken hepatitis A eller hepatitis B tidligere, bør du blive vaccineret mod disse to virustyper. Det er vigtigt, at du diskuterer dette spørgsmål med din læge, idet en akut koinfektion med hepatitis A- eller hepatitis B-virus kan få et meget alvorligt forløb hos patienter med kronisk hepatitis C.

Hvad skal jeg være opmærksom på omkring min kost?

Så længe leverfunktionen ikke er nedsat, skal der ikke følges nogen særlig diæt ved kronisk hepatitis C. Hvis leverfunktionen er nedsat, kan det være nødvendigt at begrænse indtagelsen af protein (kød og mælkeprodukter) samt salt. Det er noget, du skal aftale med din læge og evt. med en diætist. Det er vigtigt, at du ikke indtager alkohol.

Hepatitis C og graviditet

Risikoen for at overføre hepatitis C-virus fra mor til barn under graviditeten betragtes som værende meget lille. En overførsel finder som regel først sted under fødslen. Sandsynligheden for infektion hos nyfødte med hepatitis C-virus ligger dog under 5%. Hos patienter, som også er smittet med AIDS-virus (HIV), er sandsynligheden for overførsel af hepatitis C-virus større. Der er stadig uenighed om, hvorvidt en hepatitis C-infektion kan overføres via amning. De fleste børnelæger fraråder dog generelt ikke HCV-smittede mødre at amme deres børn.

Om ELPA

ELPA er opstået hos europæiske selvhjælpsgrupper for mennesker med leversygdomme, som har et ønske om udveksling af de erfaringer, man har gjort med den ofte meget forskellige tilgangsvinkel i forskellige lande. I juni 2004 mødtes 13 patientgrupper fra ti europæiske lande og middelhavslande for at søsætte organisationen. ELPA blev officielt grundlagt den 14. april 2005 på leverkongressen EASL (European Association for the Study of the Liver).

ELPA's mål er at repræsentere interesserne hos mennesker med leversygdomme, især mht.:

- information om problemets udbredelse
- oplysning og forebyggelse
- at gøre opmærksom på, at leversygdomme bliver tillagt alt for lille betydning sammenlignet med andre medicinske områder som fx hjertesygdomme.
- udveksling af information om vellykkede aktiviteter og initiativer
- samarbejde med professionelle institutioner, som EASL og EU, for at sikre, at behandling af og pleje i forbindelse med leversygdomme lever op til de højeste standarder i hele Europa.

European Liver Patients Association (ELPA)

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

Din lokale kontaktperson: