Die Triple-Therapie macht's Hepatitis C: Neue Option auch für „Versager“

Mit der bisherigen Standardtherapie – Peg-Interferon und Ribavirin – kommt es nur bei jedem zweiten mit dem Genotyp 1 infizierten Hepatitis-C-Patienten zur Heilung. Doch nun stehen zwei Vertreter der Substanzgruppe der Protease-Inhibitoren kurz vor der Zulassung, die – zusätzlich zur Standardtherapie gegeben – die Heilungsrate deutlich steigern können.

© [W] Sebastian Schreier / Springer Verlag GmbH

In Deutschland leiden nach aktuellen Schätzungen des Robert Koch-Instituts ca. 500.000 Patienten an einer chronischen Hepatitis C, Männer sind fast doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Nur bei 15–25% der Infizierten heilt die Infektion in der akuten Phase aus. Die Mehrheit entwickelt eine chronische Hepatitis C, welche zu einer Leberzirrhose bzw. zu einem hepatozellulären Karzinom führen kann. Zur Senkung von Morbidität und Mortalität ist es deshalb das Ziel der Therapie, das Virus vollständig zu eliminieren.

Die aktuelle Therapie der chronischen Hepatitis besteht in der kombinierten Gabe von pegyliertem Interferon einmal wöchentlich subkutan und des oralen Guanosin-Analogons Ribavirin täglich. Beide Substanzen wirken

über direkte antivirale und indirekte immunmodulatorische Mechanismen.

Bisher keine Therapie für Non-Responder

Insgesamt spricht diese Standardtherapie etwa bei jedem zweiten Patienten mit Genotyp-1-Infektion dauerhaft an und führt zur Abheilung, während die übrige Hälfte der Patienten zu den sog. „Non-Respondern“ oder „Relapsen“ gezählt werden muss. Für diese Patienten gab es bisher keine etablierte alternative Therapieoption. Doch neuerdings stehen mit Telaprevir und Boceprevir zwei neue antivirale Substanzen zur Verfügung, die spezifisch die virale Protease inhibieren. Beide Substanzen wurden im Mai 2011 von der FDA

in den USA zur Therapie der chronischen Hepatitis C bei Infektion mit dem HCV-Genotyp 1 zugelassen. Für Deutschland hat Boceprevir seine Zulassung am 18. Juli erhalten; für Telaprevir wird sie noch im Laufe dieses Jahres erwartet.

Die neuen Protease-Inhibitoren werden dreimal täglich in Tablettenform zusätzlich zur Standardmedikation als Triple-Therapie gegeben. Die überzeugende Wirksamkeit beider Protease-Inhibitoren wurde im Rahmen klinischer Phase-III-Studien dokumentiert. Bei der Ersttherapie konnte dabei die dauerhafte virologische Ansprechrates von 38–44% unter der bisherigen Standardtherapie auf 63–75% unter Triple-Therapie gesteigert werden.

(Peter Stiefelhagen)

Literatur beim Verfasser

→ kann, dass Probiotika zur Therapie des RDS wirksam oder nicht wirksam sind, sondern dass differenziert werden muss, welche probiotische Spezies bzw. welcher Stamm bei welcher Patientengruppe nachweislich wirksam oder unwirksam ist. Durch eine solche differenzierte Betrachtungsweise wird die Materie komplexer, aber auch realistischer und vermeintliche Widersprüche können teilweise gelöst werden. Jedenfalls liegen inzwischen auf RCT basierende Metaanalysen und systematische Reviews vor; neben dieser vorliegenden gibt es eine zweite wichtige Metaanalyse aus dem Jahr 2009 von Brenner et al. Beide Metaanalysen schlussfolgern, dass Probiotika beim RDS wirk-

sam sein können. Jedoch ist noch nicht geklärt, welches Probiotikum bei welchem RDS-Subtyp und in welchem Ausmaß wirksam ist. In der neuen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselstörungen (DGVS) zum Reizdarmsyndrom findet man folgende Empfehlung: „Ausgewählte Probiotika können in der Behandlung des RDS eingesetzt werden, wobei die Wahl des Stammes nach der Symptomatik erfolgt“.

Nach der aktuellen Studienlage sowie der praktischen Verfügbarkeit in Deutschland kann ich für die tägliche Praxis folgende Probiotika zusätzlich zu der üblichen symptomatischen Therapie des RDS empfehlen:

- Beim Reizdarm vom Obstipationstyp: *Lactobacillus casei* Shirota (Yakult®), *Bifidobacterium animalis* ssp. *lactis* DN-173010 (Activia®) und *Escherichia coli* Stamm Nissle 1917 (Mutaflor®).
- Beim Reizdarm vom Meteorismusstyp: *Bifidobacterium animalis* ssp. *lactis* DN-173010 (Activia®) und *Escherichia coli* Stamm Nissle 1917 (Mutaflor®). Autolysat und Zellfragmente von *E. coli* und *Enterococcus faecalis* ProSymbioflor® und VSL#3® (*B. longum*, *B. infantis*, *B. breve*, *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*).
- Beim Reizdarmsyndrom vom Diarrhötyp: *Lactobacillus acidophilus* (Lacteol®).