Hepatitis C

Suchtpatienten unterversorgt

— Die Prävalenz der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 1–2%. Bei intravenösem Drogenkonsum steigt sie bis zu 98% an. Die moderne, wirksame Therapie erhalten Drogenkonsumenten häufig noch zu selten, kritisierten Experten in München. Ein Grund dafür ist die unterstellte schlechte Therapieadhärenz der Suchtpatienten, erläuterte Dr. Uwe Naumann, der in Berlin eine Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin betreibt.

Eine Nonadhärenz sei eine Hauptursache für Therapieversagen auf der einen und Resistenzentwicklung gegenüber der modernen, interferonfreien Therapie auf der anderen Seite sein. Dem könne aber bei Suchtpatienten begegnet werden, z. B. durch die Kontrolle der Adhärenz mit Metaboliten- bzw. Spiegelkontrolle in Serum, Urin oder Stuhl oder indirekt durch Patientenbefragung, Erfassen der Rezept-

nachforderung bzw. Einlösung und die regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolgs. „Ich mache das nicht nur nach zwölf Wochen“, betonte Naumann, „die Titerbestimmung ist ja auch Motivation für den Patienten.“ Außerdem ist es seiner Erfahrung nach wichtig, Bezugspersonen mit ins Boot zu holen.

Genotyp 3 gut behandelbar

PD Dr. Holger Hinrichsen vom Gastroenterologisch-hepatologischen Zentrum Kiel empfahl, alle Patienten in Substitution einem HCV-Test zu unterziehen, da die Dunkelziffer der Infektionen immer noch zu hoch sei. Meist handle es sich bei Patienten mit Suchterkrankung und einer Hepatitis C um die HCV-Genotypen 1a und 3. Für den Genotyp 3 konnte eine Phase-III-Studie zeigen, dass die 16-wöchige Therapie mit Daclatasvir plus Sofosbuvir (Daklinza®) bei fast allen Pa-

tienten ohne Zirrhose (96%) zu einem anhaltenden virologischen Ansprechen (SVR) in Woche 24 führt, bei bereits bestehender Zirrhose immer noch bei 63%. Therapienaive Patienten profitierten mehr als bereits vorbehandelte (SVR nach 24 Wochen: 90% ohne und 86% mit Vorbehandlung [Nelson DR et al. Hepatology. 2015;61:1127–35]).

Die Patienten in Substitution haben oft bereits eine Zirrhose und dazu ein hohes Risiko der Weitergabe der Infektion, erinnerte Hinrichsen. Deshalb ist auch nach den Leitlinien in dieser Situation keine Rückhaltung bei der Indikationsstellung für die moderne, wirksame Therapie der Hepatitis C mehr geboten [Sarrazin C et al. www.awmf.org].

Friederike Klein

■ Symposium „Hepatitis C-Therapie bei Suchtpatienten – Warum jetzt behandeln?“, 17. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin; München, Juni 2016 (Veranstalter: Bristol-Myers Squibb)

Embolischer Schlaganfall unbekannter Herkunft

ESUS-Patienten brauchen besonderen Schutz

— Kryptogene oder embolische Schlaganfälle unklarer Herkunft (ESUS) sind mit einem über die Zeit zunehmenden Rezidivrisiko für ischämische Schlaganfälle assoziiert. Bereits in der frühen Phase nach dem Erstereignis ist bei ESUS-Patienten eine erhöhte Rate von Vorhofflimmern (VHF) nachweisbar: Bereits nach einem Jahr stieg in einer Studie die VHF-Rate der Patienten nach kryptogenem Schlaganfall auf 30% an, so Prof. Tobias Geisler, Tübingen.

VHF ist zudem mit einer zunehmenden Schwere der ischämischen Läsionen assoziiert. Für die optimale antithrombotische Therapie nach ESUS gibt es bislang keine abgeschlossenen Studien. Jedoch bestätigt eine Subgruppenanalyse der WARSS-Studie einen Vorteil der Antikoagulation mit Warfarin zumindest für einen Teil der Patienten. Die vorzeitig beendete AVERROES-Studie

zur Schlaganfall-Primärprävention ergab bei gleichem Blutungsrisiko einen Vorteil für Apixaban (Eliquis®) gegenüber ASS, so Geisler.

Aktuell bestätigen neue, auf großen Datenbanken basierende Studien die gute Wirksamkeit und das gute Sicherheitsprofil von Apixaban zur Schlaganfallprävention bei Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) im klinischen Alltag, wie Prof. Hans-Christoph Diener, Essen, ergänzte. Nach dem Prinzip des Propensity Score Matching wurde dabei in einer Studie das praxisrelevante Risiko für schwere Blutungskomplikationen bei Patienten mit nicht-valvulärem VHF unter einem neuen oralen Antikoagulant (Apixaban, Dabigatran oder Rivaroxaban) oder dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin verglichen. Das Risiko solcher Komplikationen war danach für Apixaban vs. Warfarin um 47% und für

CT bei Schlaganfall: Durchblutetes Gewebe lässt sich von abgestorbenem (blau) unterscheiden.

Dabigatran vs. Warfarin um 31% reduziert.

Dr. Andreas Häckel

■ Satellitensymposium „Sekundärprophylaxe des ESUS-Schlaganfalls – wie wichtig ist die Detektion des Vorhofflimmerns?“, 89. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie; Mannheim, September 2016 (Veranstalter: Bristol-Myers Squibb und Pfizer)