

## Hepatitis C

# „Die Interferontherapie ist Geschichte“

**Aktuelle Daten aus dem Deutschen Hepatitis-C-Register zeigen, dass interferonfreie Therapieregimes unter realen Versorgungsbedingungen effektiv und sicher sind. Neuere Kombinationen kommen auch „Problempatienten“, etwa mit Leberzirrhose oder schwerer Niereninsuffizienz, zugute.**

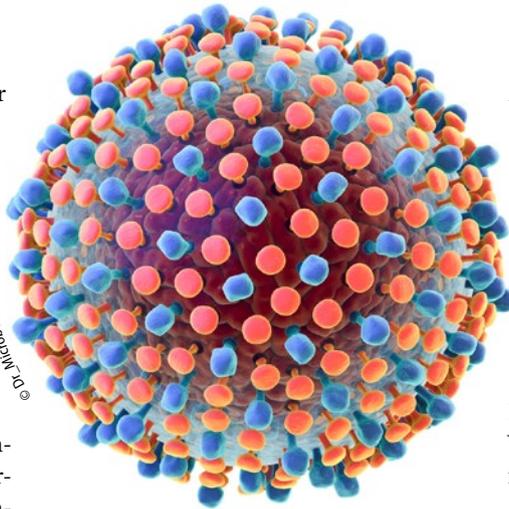
— Das Deutsche Hepatitis-C-Register ist ein Projekt der Deutschen Leberstiftung und des Berufsverbands Niedergelassener Gastroenterologen. Aktuell sind etwa 10000 Patienten im Register, sagte Dr. Dietrich Hüppe von der Gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis Herne.

### Abbruchraten bei interferonfreien Regimes sehr niedrig

Beim Genotyp (GT) 1 werden in der Intention-to-treat-Analyse (ITT) mit interferonfreien Regimes virologische Ansprechraten über 12 Wochen (SVR12) zwischen 88% und 98% erreicht, so Hüppe. Mit maximal 3,3% sei die Abbruchrate extrem gering. Dies spreche für Sicherheit und Verträglichkeit der Therapien.

Beim Genotyp 2 sind die Ergebnisse, die sich bislang nur auf Patienten beziehen, bei denen die Therapie vor Mai 2015 begonnen wurde, nicht ganz so gut. Für die Standardkombination Sofosbuvir/Ribavirin liege die SVR12-Rate bei diesen Patienten nur bei rund 80%. Patienten mit Zirrhose liegen deutlich darunter. „Hier sind eindeutig die neuen Medikamente gefragt, um bessere Ergebnisse zu erzielen“, so Hüppe.

Beim Genotyp 3 zeigen die Daten bereits jetzt, dass die neuen Medikamentenkombinationen im Vorteil sind. Während Therapieschemata aus Sofosbuvir und Ribavirin mit SVR12-Raten von unter 90% einhergingen, sind es etwa bei Sofosbuvir/Daclatasvir deutlich über 90%. Beim Genotyp 4 wiederum erreichen die Ribavirin-haltigen Regimes durch die Bank hohe SVR12-Raten von deutlich über 90%.



### Hepatitis-C-Therapie wird zur Qual der Wahl

Prof. Dr. Christoph Sarrazin, Wiesbaden, gab einen Überblick über die Leitlinienempfehlungen der DGVS, die seit Dezember 2016 als Vorabpublikation verfügbar sind [1]. Wichtige Botschaft: „Die Therapie mit Interferon ist Geschichte. Interferonfreie Regimes sollten eingesetzt werden.“ Dafür wird Evidenzklasse A mit Evidenzgrad 1a verliehen. Bei Ribavirin-Intoleranz oder voraussichtlich erheblichen Nebenwirkungen sollten ribavirinfreie Regimes eingesetzt werden (B, 2a).

In vielen Fällen hat der Arzt bei der Hepatitis C heute die Qual der Wahl, betonte Sarrazin, da für alle Genotypen zahlreiche Regimes zur Verfügung stehen. Die Therapie kann maßgeschneidert werden: Wird etwa beim Genotyp 1 eine 8- statt 12-wöchige Behandlung angestrebt, dann reduziert sich das Therapiespektrum laut Leitlinie auf Sofosbuvir/Ledipasvir und auf die 3D-Kombination Ombitasvir, Paritaprevir/r und Dasabuvir. Für eine Kombination aus

Elbasvir und Grazoprevir sprechen bei der 12-wöchigen GT1-Therapie neben den hohen Ansprechraten das breite Einsatzspektrum auch bei Zirrhose, Niereninsuffizienz und vortherapierten Patienten sowie der relativ niedrige Preis.

### Kein therapeutischer Nihilismus bei Niereninsuffizienz

HCV-Patienten haben ein um knapp ein Viertel erhöhtes Risiko einer Niereninsuffizienz, so Dr. Ansgar Rieke, Koblenz.

Während bei Patienten mit einer GFR ab 30 ml/min praktisch alle von der DGVS empfohlenen Kombinationen eingesetzt werden können, reduziert sich das Spektrum bei einer GFR unter 30 ml/min auf Ombitasvir/Paritaprevir/Dasabuvir und Elbasvir/Grazoprevir. In der bei HCV-Patienten mit Niereninsuffizienz durchgeführten C-SURFER-Studie mit Elbasvir/Grazoprevir betrug die SVR12-Rate in der modifizierten ITT-Analyse 99% [2]. „Die Therapie war sehr gut verträglich, es gab keine Abbrüche.“

Insgesamt gebe es demnach zumindest bei HCV-Patienten mit GT1 und GT4 keinen Anlass mehr für therapeutischen Nihilismus, so Rieke, auch dann nicht, wenn schon die Dialyse läuft. „Die HCV-Therapie kann sogar die Nierenfunktion verbessern und ist damit günstig im Hinblick auf das kardiovaskuläre Risiko und die Mortalität.“

Philipp Grätzel

■ 13th Expert Summit on Viral Hepatitis, 10./11. Februar 2017, Berlin (Veranstalter: MSD)  
 1. DGVS, Leitlinie Hepatitis C (Vorabversion), Dezember 2016, [https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2016/11/2016-AG4-Therapie-Leitlinie-Hepatitis-C\\_23.11.2016\\_FINAL.pdf](https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2016/11/2016-AG4-Therapie-Leitlinie-Hepatitis-C_23.11.2016_FINAL.pdf)  
 2. Roth D et al. Lancet 2015;386:1537–45