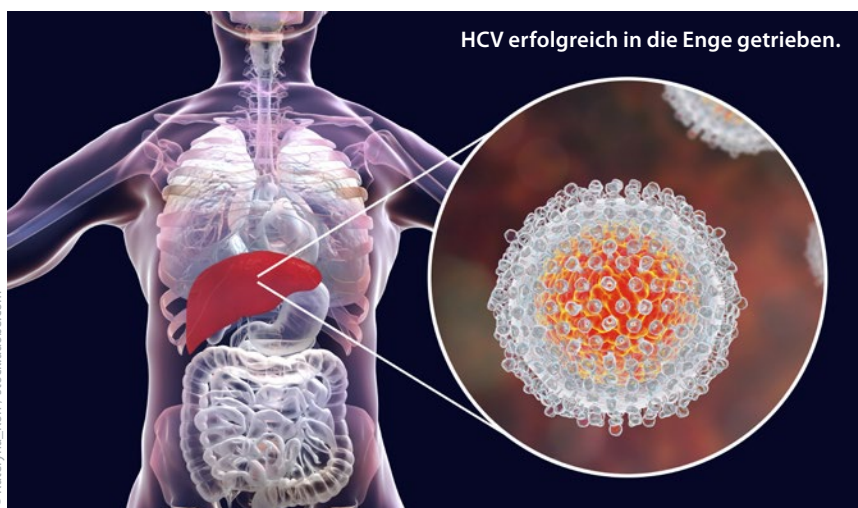


## Heilungschancen gestiegen

# Hepatitis C: Interferon-freie Therapien sind heute Standard

Die Zeiten von Interferontherapien bei Hepatitis-C-Infektionen sind vorbei. Heute werden die Viren durch Kombinationspräparate von verschiedenen Seiten attackiert. Auf diese Weise ist es möglich, fast jeden HCV-Patienten zu heilen.



— Mit direkt wirkenden Virostatika (DAA-Therapie) ist bei den meisten HCV-Infizierten eine effektive und sichere Eradikation des Erregers möglich. Dies gilt auch für Personen mit zusätzlicher HIV-Infektion, schweren Nieren- oder Leberfunktionsstörungen oder nach Transplantationen. Die antiviralen Therapien können die Zirrhose, die Leberdekomensation, das hepatozelluläre Karzinom sowie die Notwendigkeit einer Lebertransplantation oder gar den Tod des Patienten verhindern. Auch extrahepatische Manifestationen scheinen sich damit zu reduzieren.

## Wann besteht Therapiebedarf?

US-amerikanische Leitlinien empfehlen die Behandlung aller HCV-Infizierten, es sei denn, die Lebenserwartung liegt aufgrund von Komorbiditäten unter einem Jahr. Auch die deutsche Leitlinie

empfiehlt, allen Patienten mit chronischer Hepatitis C im kompensierten Stadium eine antivirale Therapie anzubieten. Dabei werden erhöhte Transaminasen und/oder der Nachweis einer Fibrose nicht als notwendige Voraussetzungen für die Indikationsstellung zur Therapie gesehen. Bei fortgeschrittener Fibrose bzw. kompensierter Zirrhose (Child A) besteht dringlicher Therapiebedarf.

Die HCV-Infektion gilt als geheilt, wenn die HCV-RNA zwölf Wochen nach Ende der DAA-Therapie unter der Nachweisgrenze liegt. Die erneute Detektion von HCV-RNA innerhalb dieser zwölf Wochen wird als Rezidiv gewertet. Obwohl ein Rezidiv selten jenseits der zwölf Wochen auftritt, wird empfohlen, das dauerhafte virologische Therapieansprechen (SVR) 24–48 Wochen nach Therapieende nochmals zu überprüfen.

## Neueste Empfehlungen aus den USA

Die kombinierte DAA-Therapie stellt den aktuellen Behandlungsstandard dar, da sie gleichzeitig gegen zwei bis drei verschiedene virale Mechanismen gerichtet ist. Dabei hängt die Therapiewahl vom jeweiligen HCV-Genotyp ab. Auch die Nierenfunktion des Patienten sowie die Komedikation spielen eine Rolle.

Für Genotyp 1 werden nach den US-Leitlinien zur Ersttherapie oder für Patienten mit fehlgeschlagener Interferonbasierter Therapie aktuell Kombinationen aus NS5A-Inhibitor und Proteaseinhibitor wie Elbasvir/Grazoprevir (Genotyp 1, 4) oder Glecaprevir/Pibrentasvir (Genotyp 1–6) bzw. NS5A- und NS5B-Inhibitor wie Ledipasvir/Sofosbuvir (Genotyp 1, 4, 5, 6) oder Sofosbuvir/Velpatasvir (Genotyp 1–6) empfohlen. Nach Rezidiven oder bei Versagen der Erst-DAA-Therapie raten die US-Experten zu Kombinationen aus Glecaprevir/Pibrentasvir (Genotyp 1); Sofosbuvir/Velpatasvir (Genotyp 1b, 2) oder der Dreierkombination Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir (Genotyp 1–6).

Im Jahr 2019, so Kristen Marks, New York und Susanna Naggie, Durham, sei HCV dank der neuen DAA-Therapien nicht mehr Hauptindikation für die Lebertransplantation. Die Therapie sei vor allem durch Regime, die alle Genotypen abdecken, einfacher geworden.

Dr. Christine Starostzik

- 1. Marks K, Naggie S. Management of Hepatitis C in 2019; JAMA 2019;322(4):355–356
- 2. Sarrazin C et al. S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion“. AWMF-Registernr.: 021/012; 2018. <https://doi.org/10.1055/a-0599-1320>
- 3. RKL. Hepatitis C. online 2019