

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)

Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern

Auf dem 7. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin wurden auf einer Konsensuskonferenz die neuen Leitlinien der DGS zur Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern verabschiedet. Die Leitlinien wurden von Hepatologen, Gastroenterologen und Suchtmedizinern gemeinsam erarbeitet.

Für die opioidabhängigen Patienten bedeutet die neue Leitlinie das formale Ende einer pauschalen Abgrenzung. 1997 hatte das amerikanische National Institute of Health (NIH) die „Drogenabhängigkeit“ als Kontraindikation zur HCV-Therapie eingeführt. Deutschland folgte diesem Beispiel zwei Jahre später. Die Empfehlungen verlangten eine 6- bis 12monatige Drogenfreiheit vor Therapie. Die Begründung dafür war, dass Drogenabhängige Medikamente nicht zuverlässig einnehmen und die Gefahr der Reinfektion bei Rückfällen hoch sei. Zudem hätten Heroinabhängige häufig psychiatrische Begleiterkrankungen, die wiederum eine Kontraindikation für eine Interferontherapie darstellen. Studien, die dies untermauern, fehlten allerdings. Mittlerweile liegen Daten vor, dass die Adhärenz der Drogenabhängigen nicht schlechter ist.

Test und Impfungen

IVDA sollten einmal jährlich auf HCV getestet werden. Sie sollten informiert werden, wie sie sich vor Infektionen (insbesondere mit HBV, HCV und HIV) schützen können.

Bei chronischer Hepatitis C besteht eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei zusätzlicher HAV- bzw. HBV-Infektion. Bei allen IVDA sollten HAV- und HBV-Antikörper bestimmt und gegebenenfalls eine entsprechende Impfung durchgeführt werden.

Adresse der Geschäftsstelle:

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (vorm. DGDS) e.V.
c/o Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52 · D-20246 Hamburg

Die Leitlinien in Kurzfassung

Grundlage

Die IVDA* sind die Gruppe mit der höchsten HCV-Prävalenz. Diese liegt in Deutschland zwischen 37% und 98%. Hierunter finden sich häufig auch HAV-, HBV- und/oder HIV-Ko-infizierte mit einer deutlich höheren Mortalität.

Der Anteil der HCV-Neuinfektionen, der auf intravenösen Drogengebrauch zurückzuführen ist, liegt in Deutschland bei über 50%.

Alkohol ist der bedeutsamste Prädiktor für eine Progression der Hepatitis C. 30% der IVDA in Methadonprogrammen haben einen schädlichen Alkoholkonsum.

Konsensus

Es scheint sinnvoll, folgende IDVA-Gruppen zu unterscheiden. Patienten mit:

- aktuellem intravenösen Drogengebrauch
- in einem Substitutionsprogramm
- während der Entzugsbehandlung
- nach einer Entzugsbehandlung
- ohne Drogen für mehr als 12 Monate

- 1) Hier ist im Einzelfall zu entscheiden, in der Regel aber nicht behandeln.
- 2) Die Substitutionsbehandlung stellt in der Suchtmedizin das beste Setting für eine HCV-Therapie dar. Ein Therapieerfolg (SVR) ist gleich häufig wie in der Allgemeinbevölkerung. Die Compliance ist in einem integrierten Setting gut. Die Substitution reduziert Neuinfektionen mit HIV bzw. HBV sowie den iv-Konsum.
- 3) Im Einzelfall ist der Beginn einer HCV-Therapie möglich. Eine enge Anbindung muss angeboten werden.
- 4) Nach Entzug ist eine Therapie im Einzelfall möglich, allerdings unter einer engmaschigen Kontrolle der Suchterkrankung.
- 5) Patienten, die länger als 12 Monate keine Drogen mehr konsumiert haben, können prinzipiell wie allgemein empfohlen behandelt werden. Die benötigen jedoch möglicherweise zusätzliche Therapie, da die Nebenwirkungen an frühere Entzugssymptome erinnern können.

Psychiatrische Komorbidität und Nebenwirkungen

Suchterkrankungen treten gehäuft mit weiteren psychischen Störungen auf. Daher ist eine psychiatrische Diagnostik vor Therapiebeginn empfehlenswert.

Ansprechraten und Compliance sind bei vorbestehenden psychiatrischen Störungen ähnlich wie bei Vergleichsgruppen. Unter Therapie akut auftretende Depressionen sollten mit Antidepressiva behandelt werden. SSRI sind Mittel der ersten Wahl. Die antidepressive Therapie soll nach Absetzen von pegyliertem Interferon über drei bis sechs Monate, in Einzelfällen sogar länger fortgeführt werden. Bei bekannter Neigung zu depressiven Verstimmungen bzw. Ängsten/Angsterkrankungen profitieren die Patienten von einer antidepressiven Vorbehandlung.

Kognitive Störungen treten unter einer Interferon-Therapie häufiger auf und sollten im Hinblick auf mögliche hirnorganische Störungen sorgfältig abgeklärt werden. Bei psychotischen Symptomen ist die Einleitung einer antipsychotischen Therapie vorzugsweise mit atypischen Neuroleptika in Kooperation mit einem Psychiater notwendig.

Arbeitsgruppe der Leitlinien:

Dr. Christian Schütz, Bonn
PD Dr. Heiner Wedemeyer, Hannover
Dr. Jens Reimer, Hamburg
PD Dr. Martin Schäfer, Essen

Prof. Dr. Siegbert Rossol, Frankfurt
PD Dr. Holger Hinrichsen, Kiel
Prof. Dr. Michael Soyka, Meiringen
PD Dr. Markus Backmund, München

Literatur:

Backmund M et al.: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.), Suchtmed 2006; 8: 129-133