

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern

**Verabschiedet auf der Konsensuskonferenz am 14. Juli 2006 auf
dem 7. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin**

Die Arbeitsgruppe bestehend aus vier Suchtmedizinern (PD Dr. Markus Backmund, Dr. Jens Reimer, Dr. Christian Schütz, Prof. Dr. Michael Soyka) und drei Hepatologen (PD Dr. Holger Hinrichsen, Prof. Dr. Siegbert Rossol, PD Dr. Heiner Wedemeyer) haben die Literatur durchgearbeitet. Zu den nachstehenden fünf Fragen sollten Aussagen möglich gemacht werden:

1. Ist die Behandlung der chronischen Hepatitis C bei opioidabhängigen Patienten von medizinischer Relevanz (z.B. aufgrund der Prävalenz, gesundheitlicher Folgen etc.)?
2. Sollen opioidabhängige Patienten mit einer chronischen Hepatitis C antiviral behandelt werden?
3. Werden Anforderungen an das aktuelle Drogenkonsummuster bzw. an das Behandlungssetting gestellt (Abstinenz, Substitutionsbehandlung, fortgesetzter Drogenkonsum)
4. Werden begleitende Maßnahmen während der Behandlung vorgeschlagen (z.B. Vermittlung von safer use Kriterien, Psychoedukation)?
5. Wie soll bei psychiatrischer Komorbidität vorgegangen werden?

Anhand des folgenden Schemas wurden die Aussagen bewertet:

Graduierung von Therapieleitlinien:

•		I	II	III
•		Auf der Basis mind.	Auf der Basis mind.	Nach
•		einer randomisierten	von Surrogatmarker-	Expertenmeinung
•		Studie mit klinischen	Studien	
•		Endpunkten		
•				
•A	Eindeutige Empfehlung	A I	A II	A III
•B	Im Allgemeinen ratsam	B I	B II	B III
•				
•C	Vertretbar	C I	C II	C III
•D	Im Allgemeinen abzulehnen	D I	D II	D III
•E	Eindeutige Ablehnung	E I	E II	E III

Der folgende Konsensustext wurde im Dezember 2005 formuliert und am 24. Februar 2006 nach Zirkulation, am 16. März 2006 nach erneuter Überarbeitung in einem weiteren Expertengremium diskutiert und abgestimmt und am 14. Juli 2006 auf der Konsensuskonferenz nach Diskussion und letzten Korrekturen abgestimmt und verabschiedet.

Konsensustext

Dem Text liegen nachstehende Definitionen und Begriffe zugrunde:

- „intravenös Drogenabhängige“ („IVDA“) meint alle Patienten, die früher intravenös Drogen konsumiert haben oder aktuell konsumieren.
- Definition von integriertem Setting: intaktes Netzwerk von psychiatrisch und hepatologisch erfahrenen Ärzten und Suchtmedizinerinnen möglichst an einem Ort.
- Entzugsbehandlung: körperlicher Entzug, mit meist schrittweiser Reduktion.
- Entwöhnung: ambulante oder stationäre Therapie mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz. Kostenträger sind in der Regel die Rentenversicherungsträger.
- Beikonsum: Einnahme psychotroper Substanzen jenseits ärztlicher Verordnungen.
- SVR: Virus-RNA unter Nachweisgrenze im qualitativen Test 6 Monate nach Ende der Therapie.

Einleitung

Hinsichtlich der Therapie der Hepatitis C werden die jeweils bestehenden Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauung und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) zu Grunde gelegt.

Diese behandeln nicht spezifisch die Situation intravenös Drogengebrauchender bzw. führen i.v. Drogenabhängigkeit (IVDA) als Kontraindikation an.

Grundlage

IVDA sind diejenige Gruppe, die am häufigsten mit HCV infiziert sind. Die Prävalenz beträgt in Deutschland zwischen 37% und 98% (AII).

Hierunter befinden sich auch häufig HAV-, HBV- und/oder HIV-Koinfizierte mit deutlich höherer Mortalität (AII).

Der Anteil der Neuinfektionen, der auf intravenösen Drogengebrauch zurückzuführen ist, liegt in Deutschland bei über 50% (AII).

Alkohol ist der bedeutsamste Prädiktor für eine Progression der Hepatitis C (AI).

Es ist zu berücksichtigen, dass 30% der IVDA, die mit Methadon behandelt werden, einen schädlichen Alkoholkonsum haben (AII).

Konsensus

IVDA mit einer chronischen Hepatitis C können antiviral mit Interferonen und Ribavirin behandelt werden.

Es erscheint sinnvoll anhand des aktuellen Drogenkonsummusters folgende Gruppen intravenös Drogengebrauchender zu unterscheiden:

1. Patienten mit aktuellem intravenösen Drogenkonsum,
2. Patienten in einem Substitutionsprogramm,
3. Patienten während der Entzugsbehandlung,
4. Patienten nach einer Entzugsbehandlung,
5. Patienten, die länger als 12 Monate keine Drogen mehr konsumiert haben.

Es wird empfohlen,

1. bei Patienten mit aktuellem intravenösen Drogenkonsum wie im Einzelfall zu entscheiden, in der Regel sie aber eher nicht zu behandeln (BIII).

2. Die Substitutionsbehandlung stellt in der Suchtmedizin das beste Setting für eine Hepatitis C Therapie dar (AII).

Erläuterung: In einem Substitutionsprogramm ist die Therapieerfolgsrate (SVR) nach antiviraler Therapie gleich häufig wie in der Allgemeinbevölkerung (AII).

Die Compliance bei integriertem Setting erweist sich als gut (AII), dagegen ist in einem nicht integrierten Setting mit einer evt. erhöhten Abbruchquote in den ersten drei Monaten zu rechnen (AII).

Die Substitutionsbehandlung reduziert Neu-Infektionen mit HIV, HBV (AII).

Ebenso nimmt der i.v.-Konsum während einer Substitutionsbehandlung ab (AII).

3. Patienten während der Entzugsbehandlung können im Einzelfall mit einer HCV-Therapie beginnen (CII).

Eine enge Anbindung muss dabei angeboten werden (CII).

4. Patienten nach einer Entzugsbehandlung können im Einzelfall behandelt werden, sollten jedoch engmaschig auch hinsichtlich der Suchterkrankung betreut werden (CII).

5. Patienten, die länger als 12 Monate keine Drogen mehr konsumiert haben, können prinzipiell wie allgemein empfohlen behandelt werden (AII).

Möglicherweise benötigen sie zusätzlich Therapie, da die Nebenwirkungen an frühere Entzugssymptome erinnern können (CII).

Die Reinfektionsrate ist bei IVDA nicht höher als bei nichtdrogenabhängigen Kollektiven (AII).

In Follow-up-Studien muss dieses Thema weiter erforscht werden. Auch der Einfluss von Beikonsum und einer adäquaten Therapie der Nebenwirkungen auf die SVR sollte in größeren

Gruppen erforscht werden.

Psychiatrische Komorbidität und Nebenwirkungen

Suchterkrankungen treten gehäuft mit weiteren psychischen Störungen auf. Daher sollte bei dieser Patientengruppe stets eine psychiatrische Diagnostik vor der Therapie erfolgen (BII).

Die antivirale Therapie bedarf insbesondere bei bestehender psychiatrischer Co-Morbidität einer interdisziplinären Expertise, welche suchtmmedizinische, hepatologische und psychiatrische Kompetenz umfasst (BII).

Ansprechraten und Compliance sind bei vorbestehenden psychiatrischen Störungen ähnlich derjenigen bei Vergleichsgruppen (AII).

Während der Therapie akut auftretende Depressionen sollten mit Antidepressiva behandelt werden, erste Wahl sind SSRIs (AII).

Durch die mögliche lange Nachwirkung von psychischen Veränderungen nach Absetzen von pegylierten Interferonen wird eine Fortführung der antidepressiven Therapie über 3-6 Monaten, in Einzelfällen sogar länger empfohlen (BIII).

Bei bekannter Neigung zu depressiven Verstimmungen oder Ängsten bzw. bekannten Depressionen oder Angststörungen in der Vorgeschichte profitieren die Patienten von einer antidepressiven Vorbehandlung (BI).

Kognitive Störungen treten während der Interferon-Therapie ebenfalls häufiger auf und bedürfen einer sorgfältigen Abklärung bezüglich möglicher hirngorganischer Störungen. (BII).

Bei Auftreten von psychotischen Symptomen ist die Einleitung einer antipsychotischen Therapie vorzugsweise mit atypischen Neuroleptika in Kooperation mit einem Psychiater notwendig (BIII).

Wie oft sollen IVDA hinsichtlich HCV getestet werden?

IVDA sollten einmal jährlich auf HCV getestet werden (AIII).

IVDA sollen darüber informiert werden, wie sie sich vor Infektionen, (insbesondere HBV-, HCV- und HIV-Infektionen) schützen können (AIII).

Hepatitisimpfung bei IVDA

Hepatitis-A-Virus (HAV) und Hepatitis-B-Virus (HBV) Antikörperbestimmung bei allen IVDA (AIII).

Bei IVDA mit chronischer Hepatitis C besteht eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei zusätzlicher HAV bzw. HBV-Infektion (AII).

IVDA sollen gegen HAV und HBV geimpft werden (AII).

Vor einer Impfung sollten HAV und HBV Antikörper bestimmt werden (AIII).

Arbeitsgruppe der Leitlinien:

Dr. Christian G. Schütz
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn, Germany
Tel: +49 228 287 9664
Fax: +49 228 287 6097
Email: christian.schuetz@ukb.uni-bonn.de

PD Dr. Heiner Wedemeyer
Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
306256 Hannover
Email: wedemeyer.heiner@mh-hannover.de

Dr. Jens Reimer
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Email: reimer@uke-uni-hamburg.de

PD Dr. Martin Schäfer
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin
Kliniken Essen-Mitte
45136 Essen
Email: m.schaefer@kliniken-essen-mitte.de

Prof. Dr. Siegbert Rossol M.Sc.
1. Medizinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie
Krankenhaus Nordwest
Steinbacher Hohl 2 – 26
60488 Frankfurt am Main
Email: siegbertrossol@web.de

PD Dr. Holger Hinrichsen (Uni Kiel)
Abteilung für Gastroenterologie
Universitätsklinik Kiel
Email: hhinrichsen@1med.uni-kiel.de

Prof. Dr. Michael Soyka
(Schweiz, Psychiatrie – Suchtmedizin)
Email: Michael.Soyka@PM-Klinik.ch

PD Dr. Markus Backmund

3. Medizinische Abteilung, Bereich Suchtmedizin
Klinikum Schwabing
Kölner Platz 1
80804 München
Email: Markus.Backmund@kms.mhn.de

Jeder einzelne Satz wurde diskutiert und abgestimmt. Die genauen Abstimmungsergebnisse und Korrekturen können bei Interesse angefragt werden bei: PD Dr. Markus Backmund, Klinikum Schwabing, Kölner Platz 1, 80804 München, e-mail: Markus.Backmund@kms.mhn.de.