

# Fragen und Antworten aus dem Praxisalltag

## HBV-Resistenz

*Frage an Prof. Dr. Jörg Petersen, Hamburg:*  
**Chronische Hepatitis B:**  
**Braucht man vor Therapiebeginn einen Resistenztest?**

**Prof. Jörg Petersen:** Klare Antwort – bislang nicht. Das HB-Virus lebt im Körper nur 1-4 Stunden. Pro Tag werden zwischen 1.010 und 1.012 Viruskopien/ml gebildet. Innerhalb dieser großen „Virenfamilie“ gibt es Subpopulationen, die genetische Mutationen aufweisen, die mit einer Resistenz gegen ein Medikament verbunden sein können. In Studie hatten

etwa 10% aller untersuchten Patienten vor Therapiebeginn solche Polymorphismen. Bislang gibt es aber noch keinen Beleg dafür, dass diese Varianten klinisch relevant sind, d.h. dass sie unter einem Nukleos(t)id selektiert werden und tatsächlich zur manifesten Resistenz führen. Solche Studien brauchen wir und sie laufen auch bereits. Erst wenn diese Daten vorliegen, kann man die Frage endgültig beantworten. Ein weiterer Aspekt, der gegen die Resistenztestung spricht, sind die Kosten. Es gibt mittlerweile zwar kommerzielle Tests, die



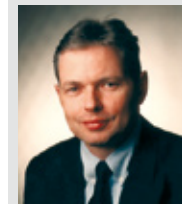
Prof. Dr. Jörg Petersen  
Universitätsklinikum  
Hamburg  
Medizinische Klinik  
Martinistraße 52  
D-20246 Hamburg  
E-Mail: joepeter@uke.uni-hamburg.de

Kosten von rund 200,-- € sind aber nicht erstattungsfähig. Wenn man allerdings den Genotyp wissen will, ist das Geld für den Resistenztest gut angelegt, denn der Genotyp wird ebenfalls durch eine Gensequenzierung ermittelt. ■

*Frage an Prof. Stefan Zeuzem, Frankfurt:*  
**HCV-Rethherapie:**  
**Soll man das Interferon wechseln?**

**Prof. Stefan Zeuzem:** Direkte Vergleiche der pegylierten Interferone liegen bislang nur für therapienaive Patienten vor, z.B. in der IDEAL-Studie und anderen. Solche Kopf-an-Kopf-Vergleiche gibt es für vortherapierte Patienten nicht. In den Studien zur Zweittherapie wurde typischerweise jeweils das komplementäre PEG-Interferon benutzt.

Es könnte aber durchaus sein, dass ein Non-responder bzw. Relapser bei der erneuten Therapie unabhängig von der Art des PEG-Interferons dauerhaft anspricht. Möglicherweise ist es nicht relevant, welches PEG-Interferon eingesetzt wird. Die Frage lässt sich wissenschaftlich nicht beantworten. Aus psychologischen Gründen kann es jedoch durchaus sinnvoll sein, bei der Re-Therapie das andere PEG-Interferon einzusetzen. Der Patient hat das Gefühl, dass sich etwas bei



Prof. Stefan Zeuzem  
Klinikum der Johann Wolfgang  
Goethe Universität  
Medizinische Klinik I  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt  
E-Mail: zeuzem@uni-frankfurt.de

seiner Therapie geändert hat – aber wissenschaftlich ist ein Wechsel – wie gesagt – nicht zu begründen. ■

*Frage an Prof. Jürgen Rockstroh, Bonn:*  
**HBV-Impfung:**  
**Muss man Patienten mit abgeheilter Hepatitis B (HBc-AK positiv, HBsAg negativ) aber ohne nachweisbare schützende Antikörper (HBs-AK <10 IU/ml) gegen Hepatitis B impfen?**

**Prof. Jürgen Rockstroh:** Immunkompetente Patienten mit dieser Konstellation muss man nicht impfen. Studien haben gezeigt, dass im Falle eines Kontaktes mit HBV rechtzeitig schützende Antikörper gebildet werden. Bei

immunsupprimierten Patienten liegen ebenfalls keine Daten vor die einen Benefit für die Impfung ergeben. Damit ist ebenfalls keine Impfung notwendig. Bei Patienten mit HIV-Infektion kann bei reinem anti-HBc-AK-Nachweis auch unter Umständen eine okkulte Hepatitis B vorliegen. Hier empfiehlt sich bei entsprechendem Verdacht, z.B. unklar erhöhten Transaminasen, eine einmalige qualitativ HBV-DNA Bestimmung. Bei HIV-Patienten wurde in Studien bei zwischen 0 und 20% der Patienten eine solche okkulte HBV-Infektion beobachtet. Die



Prof. Dr. med. Jürgen Rockstroh  
Medizinische Universitätsklinik  
und Poliklinik I  
Universitätsklinikum Bonn  
E-Mail: Juergen.Rockstroh@ukb.uni-bonn.de

klinische Bedeutung der okkulten Hepatitis B bleibt aber weiterhin unklar. Reaktivierung einer Hepatitis B sind allerdings für HIV-Patienten mit komplett zusammengebrochenem Immunsystem beschrieben worden. ■