

# Neue Leitlinien

Die EASL (European Association for the Study of the Liver) hat die Empfehlungen zum Management der Hepatitis B aktualisiert.

In den neuen Leitlinien zum Management der Hepatitis B wurden insbesondere aktualisiert:

- Definition des Krankheitsverlaufs
- Therapieindikationen einschließlich Prävention der MTCT
- Therapieindikation bei besonderen Patientengruppen
- Anleitung zur Response-gesteuerten Therapie mit Interferon
- Empfohlene orale Firstline-Medikamente
- Empfehlungen zum Therapiestopp

## KRANKHEITSPHASEN

Es wird unterschieden zwischen „chronischer Infektion“ und „chronischer Hepatitis“ bei HBeAg-positiven bzw. HBeAg-negativen Patienten. Die Phase 1 (früher „immuntolerante Phase“) ist die HBeAg-positive chronische Infektion mit hoher HBV-Viruslast und normaler GPT (<40 IU/ml). In der Phase 2 kommen als Zeichen der Inflammation erhöhte Transaminasen hinzu. In der Phase 3 (früher „inaktiver HBsAg-Träger“) ist es zur HBeAg-Serokonversion gekommen. Die Viruslast ist meist niedrig (<2.000 IU/ml), die Transaminasen nicht erhöht. Bei einigen Patienten steigt die Viruslast gelegentlich bis >20.000 IU/ml, die GPT bleibt jedoch im Normbereich. In der Phase 4 kommt es immer wieder zum Anstieg der HBV-Viruslast allerdings mit Entzündungszeichen der Leber. Die Phase 5 ist gekennzeichnet durch den Verlust von HBsAg mit oder ohne Anti-HBsAg, normale Leberwerte und eine (meist) nicht nachweisbare HBV-DNA.

	HBeAg positiv		HBeAg negativ	
	Chronische Infektion	Chronische Hepatitis	Chronische Infektion	Chronische Hepatitis
HBsAg	hoch	hoch/mittel	niedrig	mittel
HBeAg	positiv	positiv	negativ	Negativ
HBV DNA	>10 <sup>7</sup> IU/ml	10 <sup>4</sup> -10 <sup>7</sup> IU/ml	<2000 IU/ml	>2000 IU/ml
GPT	normal	erhöht	normal	Erhöht
Leberschaden	nein/minimal	mittel/schwer	nein	mittel/schwer
Alter Begriff	immuntolerant	Immunreaktivering HBeAg-positiv	Inaktiver Träger	HbeAg-negative chronische Hepatitis

Tab. 1 Natürlicher Verlauf und Klassifikation der positiven chronischen Hepatitis B (EASL 2017)

## THERAPIEINDIKATIONEN

### Behandelt werden sollen Patienten:

- mit einer HBV-DNA >2.000 IU/ml und Zeichen der Leberentzündung oder Fibrose
- mit einer HBV-DNA >20.000 IU/ml und GPT >2x ULN
- mit Zirrhose und nachweisbarer HBV-DNA
- die im Gesundheitswesen arbeiten
- Schwangere

### Behandelt werden können Patienten:

- mit HBeAg, hoher und normalen Transaminasen, wenn sie mehr als 30 Jahre alt sind
- mit HCC oder Leberzirrhose in der Familienanamnese
- mit extrahepatischen Manifestationen

## EMPFOHLENE MEDIKAMENTE

Mittel der Wahl sind Entecavir (ETV), Tenofovir-Diproxil (TDF) und Tenofovir-Alafenamid (TAF). Zu TAF liegen bei der Hepatitis B bisher nur 96-Wochen-Daten vor. In diesen Studien war die virologische Wirksamkeit von TDF und TAF vergleichbar. Unter TAF war es jedoch häufiger zu einem Rückgang der

GPT gekommen. Zudem waren die Auswirkungen auf Nierenfunktion und Knochendichte geringer. Bei älteren Patienten sowie Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion oder Osteoporose bzw. entsprechenden Risikofaktoren, sollte man den Einsatz von Entecavir oder TAF erwägen. Bei Lamivudin-vorbehandelten Patienten sollte hier TAF den Vorzug gegeben werden.

## THERAPIESTOPP

Nach HBsAg-Verlust mit oder ohne HBeAg-Serokonversion sollte das Medikament abgesetzt werden. Bei HBeAg-positiven Patienten mit stabiler HBeAg-Serokonversion und negativer HBV-DNA kann nach einer 12monatigen Konsolidierungsphase die Therapie beendet werden. Ein Therapiestopp kann auch erwogen werden bei HBeAg-negativen Patienten ohne Zirrhose deren HB-Viruslast mehr als 3 Jahre unter der Nachweisgrenze lag, sofern die Möglichkeit von engmaschigen Kontrolluntersuchungen besteht.

Dr. Ramona Pauli  
Isarpraxis

Isartorplatz 6 · 80331 München