DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 35, S. 8b; Ausgabe 01 / 2001

# Leserbrief: Zur Infektiosität des Hepatitis-C-Virus

**Frage** von Dr. L.M. aus Neuwied-Niederbieber: >> Bei einem 36jährigen Patienten besteht ein Zustand nach Hepatitis B (HBs-Antigen und HBV-DNA negativ; kein Nachweis einer Hepatitis-B-Virämie) sowie eine chronische Hepatitis C (anti-HCV und HCV-RNA positiv; Nachweis einer Hepatitis C-Virämie). Der Mann möchte eine Familie gründen. Er hat aber die Sorge, seine Sexualpartnerin infizieren und damit auch Probleme für das zu erwartende Kind heraufbeschwören zu können. Wie hoch ist die lnfektionswahrscheinlichkeit beim Sexualverkehr im vorliegenden Fall? Bei hohem lnfektionsrisiko: Wie kann der junge Mann seine Partnerin vor einer Infektion schützen? Wie hoch ist das Risiko, daß ein aus der Partnerschaft hervorgehendes Kind bei einer Infektion der Frau ebenfalls mit Hepatitis C infiziert wird? Angesichts niedriger Transaminasen (in letzter Zeit stets deutlich unter 100 U/I) konnte man sich bis jetzt nicht zu einem Eliminationsversuch des Virus entschließen. Der Patient selbst möchte dies zur Zeit wegen der damit notwendigen Leberpunktion auch noch nicht durchführen lassen. **Antwort:** >> Im Gegensatz zum Hepatitis-B-Virus wird das Hepatitis-C-Virus durch Sexualkontakte eher selten übertragen. In den westeuropäischen Ländern und in den USA liegen die Literaturangaben zur Häufigkeit von HCV-Antikörpern bei heterosexuellen Partnern mit HCV-lnfektion zwischen 0% und 6% (Übersicht bei Heintges, C., et al. in: Hepatitis C. Hrsg.: D. Häussinger und C. Niederau. Blackwell Wissenschafts-Verlag 1997; s.a. Leruez-Ville, M., et al.: Lancet 2000, **356**, 42 und 1520). Auch eine Infektion des Kindes durch eine HCV-infizierte Mutter ist mit durchschnittlich 5% (Spannweite in der Literatur 0%-7%) relativ niedrig. Die vertikale Infektion von Mutter auf Kind findet wahrscheinlich perinatal durch direkten Blutkontakt statt. Eine Infektion des Embryos über HCV-infizierte Samenzellen ist bisher nicht bekannt und auch nicht wahrscheinlich.

In der konkreten Situation, d.h. 36jähriger Mann mit serologisch gesicherter chronischer Hepatitis C, sieht man heute eine klare Indikation zur antiviralen Therapie. Derzeitiger Stand ist: lnterferon alpha 3 mal 3 Mio. Einheiten pro Woche plus Ribavirin 1,0 bis 1,2 g/d; je nach HCV-Genotyp wird man 6 Monate (Genotyp 2 oder 3) bzw. 12 Monate (Genotyp 1) lang behandeln, sofern nach sechsmonatiger Therapie ein Ansprechen (HCV-RNA negativ und Transaminasen normal) zu verzeichnen ist. Die Rate einer anhaltenden Remission bei Genotyp 2 bzw. 3 liegt bei ca. 70% und beim Genotyp 1 bei ca. 40%. Mit dem neuen PEG-Interferon, das in Zukunft – ebenfalls mit Ribavirin kombiniert – der neue Standard sein wird, lassen sich die Remissionsraten noch verbessern.

Geht man davon aus, daß es sich bei diesem relativ jungen Patienten um die klassische Konstellation einer chronischen Hepatitis C handelt, so kann die Therapie auch ohne Leberpunktion durchgeführt werden. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß der histologische Befund für die lndikation zur antiviralen Therapie bei dieser Konstellation in der Regel nicht entscheidend ist. Unsere Empfehlung geht somit dahin, diesen Patienten möglichst bald zu behandeln. Er hat gute Chancen, daß sich dadurch die angesprochenen Fragen erledigen werden.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.