

«Die Dunkelziffer ist in der Schweiz sehr hoch»

Interview mit dem Zürcher Drogenexperten Philip Bruggmann über die grossen Herausforderungen im Umgang mit der Hepatitis C

Von den mit dem Hepatitis-C-Virus Infizierten hatten viele früher Drogenkontakt. Bei zunächst aus unklarer Ursache erhöhten Leberwerten ist immer daran zu denken, auch wenn ein expliziter anamnestischer Hinweis fehlt. Im Gespräch mit ARS MEDICI erläutert Dr. med. Philip Bruggmann praktische Gesichtspunkte zu dieser verbreiteten Infektionskrankheit.

ARS MEDICI: Herr Dr. Bruggmann, wie steht es in der Schweiz um das Wissen zu Hepatitis C?

Dr. med. Philip Bruggmann: Ich denke, dass dieses Wissen sowohl bei den Patienten wie bei den Ärzten noch gering ist. Insbesondere bei den Grundversorgern, aber auch bei in der Suchtmedizin tätigen Ärzten, wo ja ein grosser Teil der Hepatitis-C-Patienten anzutreffen ist.

ARS MEDICI: Gibt es zu dieser Häufigkeit Zahlen?

Bruggmann: Etwa zwei Drittel der Hepatitis-C-Patienten haben sich in der Schweiz durch Drogenkonsum angesteckt, was natürlich nicht bedeutet, dass alle auch immer noch Drogen konsumieren. Etwa 30 bis 40 Prozent der Hepatitis-C-Patienten sind aktive Drogenbenützer oder in Methadonsubstitutionsprogrammen. Von den Patienten, die im Kanton Zürich in Substitutionsprogrammen stehen, wissen wir, dass etwa 50 Prozent nicht genügend abgeklärt sind. In der Hepatitis-C-Kohortenstudie der Schweiz wurden von den Patienten in Methadonprogrammen nur etwa 8 Prozent behandelt, während fast die Hälfte der Patienten ohne Drogengebrauch in der Anamnese eine antivirale Therapie erhielten.

ARS MEDICI: Woran liegt dieses Missverhältnis bezüglich Therapieangebot und Therapieaufnahme?

Bruggmann: Dafür gibt es einige Gründe. Einerseits dürfte bei Ärzten das Wissen ungenügend sein, dass man Drogenpatienten gut behandeln kann, wofür inzwischen zahlreiche Studien vorliegen. Andererseits kümmern sich manche Patienten

nicht um das Problem, weil sie nichts davon spüren, ein Zustand, der sogar jahrzehntelang andauern kann, und weil sie nicht wissen, dass man dies therapieren kann, um den schweren Konsequenzen vorzubeugen. Schliesslich gibt es in der Szene immer noch die Vorstellung, dass eine Interferontherapie immer mit schlimmen Nebenwirkungen einhergeht. Natürlich können auch einmal schwere Nebenwirkungen vorkommen, aber wenn man die Behandlung gut begleitet, kann man dies auffangen. Schliesslich wird eine solche Behandlung auch in vielen Drogeninstitutionen gar nicht angeboten. Die Programme sind zwar sehr gut von der Substitution, häufig auch von der psychiatrischen Betreuung her, aber die interistisch-infektiologische Versorgung fehlt oft.

ARS MEDICI: Welches sind denn die praktischen Probleme bei der Durchführung einer Hepatitis-C-Behandlung bei Drogenpatienten?

Bruggmann: Gegenüber solchen Patienten gibt es mitunter Berührungängste, etwa wenn sie mit andern im Wartezimmer warten müssten, aber auch das Vorurteil, dass sich diese Patienten sehr häufig erneut mit Hepatitis C anstecken.

ARS MEDICI: Ist diese Gefahr so gross wie vielfach angenommen?

Bruggmann: Nein, sie ist deutlich kleiner als häufig angenommen, zwischen 2 und 5 Prozent, je nach Studie.

«Wichtig ist es, jemanden im Hintergrund zu haben, der bei speziellen Fragestellungen hilft.»

ARS MEDICI: Sie haben eingangs eine nicht ausreichende Abklärung als Hindernis für das gute Hepatitis-C-Management erwähnt. Was gehört zu einer guten Hepatitis-C-Abklärung?

Bruggmann: Bei jedem Menschen, der in der Anamnese einmal Drogenkontakt, insbesondere i.v.-Drogenkonsum hatte, muss man die Hepatitis-C-Virus-(HCV-)Antikörper bestimmen. Wichtig ist aber auch, dass viele Menschen einen jugendlichen Drogenkonsum verschweigen oder erfolgreich verdrängen und bei der Befragung nicht zur Sprache bringen. Deshalb lohnt sich bei erhöhten Leberwerten, auch wenn kein



Zur Person

Dr. med. Philip Bruggmann ist Leiter Somatik der Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD) Zürich. Die drei Polikliniken der ARUD Zürich bieten im Rahmen der substitions-gestützten Behandlung ein umfassendes psychiatrisches, psychotherapeutisches, soziales und somatisches (allgemeinärztliches) Betreuungsangebot. ARUD hat kürzlich das «1st International Symposium on Hepatitis Care in Substance Users» in Zürich organisiert. Philip Bruggmann gehört dem wissenschaftlichen Beirat von ARS MEDICI an.

Drogenkonsum eruierbar ist, die HCV-Antikörper-Bestimmung. Auch von Alkoholikern wissen wir, dass sie ein rund zehnfach erhöhtes Hepatitis-C-Risiko haben, und auch hier ist es sinnvoll, nach HCV-Antikörpern zu suchen. Die Dunkelziffer ist in der Schweiz sehr hoch.

ARS MEDICI: Allgemein oder nur bei Drogenkonsumenten?

Bruggmann: Die nicht genügend abgeklärten Drogenpatienten haben wir erwähnt, aber daneben gibt es auch sonst viele HCV-Infizierte, die von ihrer Infektion nicht viel spüren, Schätzungen gehen schweizweit von etwa 70 000 Personen aus.

ARS MEDICI: Bleiben diese Schätzungszahlen stabil? Oder werden sie abnehmen, weil auch der intravenöse Drogenkonsum zurückgegangen ist?

Bruggmann: Die Tendenz mag leicht abnehmend sein. Im Gegensatz zur Infektion mit dem HIV, die bei i.v.-Drogengebrauchern dank Präventions- und Substitutionsprogrammen sehr deutlich zurückgegangen ist, stellen wir beim HCV kaum eine Abnahme fest.

ARS MEDICI: Wenn eine positive HCV-Antikörper-Bestimmung vorliegt: Welches sind die nächsten Abklärungsschritte?

Bruggmann: Dann müssen die Viruslast, also die HCV-RNA, und der HCV-Genotyp bestimmt werden, erst dann kann der Patient entsprechend beraten werden. Eine Leberbiopsie gibt zwar am besten über den Vernarbungszustand der Leber Auskunft, kommt heute aber nur noch in speziellen Situationen, etwa bei den schlechter ansprechenden Genotypen 1 und 4, zur Verbesserung der Indikationsstellung infrage.

ARS MEDICI: Wie sind hierzulande die Häufigkeitszahlen der verschiedenen Genotypen des HCV?

Bruggmann: Der Genotyp 1 ist als häufigster bei etwa der Hälfte der Fälle anzutreffen. Drogenpatienten haben mit etwa

40 Prozent häufiger den Typ 3 als andere HCV-Patienten mit zirka 25 Prozent. Typ 4 ist selten.

ARS MEDICI: Wenn ein Allgemeinpraktiker an die Erkrankung gedacht hat, bei der Anamnese hartnäckig war, eine HCV-Serologie veranlasst hat und nun ein positives Resultat vorliegt, was raten Sie ihm im Hinblick auf die Einleitung der Therapie bei einem Drogenpatienten?

Bruggmann: Das hängt sehr von der Erfahrung ab, sowohl im Umgang mit Drogenpatienten als auch mit dieser Therapie. Fehlt diese Erfahrung, lohnt es sich sicher, zumindest am Anfang die Zusammenarbeit mit einem Spezialisten zu suchen, sei es ein Hepatologe, der sich auch mit Suchtmedizin auseinandersetzt, oder ein suchtmmedizinisches Zentrum. Wenn die Therapie läuft, kann der Grundversorger die Follow-up-Untersuchungen sicher gut durchführen. Wichtig ist es, jemanden im Hintergrund zu haben, der bei Problemen und speziellen Fragestellungen hilft.

ARS MEDICI: Sie denken dabei an die Nebenwirkungen?

Bruggmann: Diese können tatsächlich beträchtlich sein, zum Beispiel die hämatologischen Nebenwirkungen, ohnehin ist das ganze Therapiemanagement recht komplex.

ARS MEDICI: Die medikamentöse Therapie ist heute ja wohl standardisiert?

Bruggmann: Ja, das ist die Kombinationsbehandlung mit Interferon und Ribavirin, und daran wird sich auf die nächsten zwei Jahre auch nichts ändern. Dann sind Proteasehemmer in Sicht, die analog der Behandlung bei HIV-Infektion auch gegen

«Auch von Alkoholikern wissen wir, dass sie ein rund zehnfach erhöhtes Hepatitis-C-Risiko haben, und auch hier ist es sinnvoll, nach HCV-Antikörpern zu suchen.»

das HCV eingesetzt werden können. Sie gehen aber mit ihren eigenen Problemen einher wie exakte mehrmals tägliche Einnahme, Nebenwirkungen – hauptsächlich gastrointestinal und Verstärkung der Anämie – und Resistenzentwicklungen. Gerade wegen der Adhärenzprobleme werden davon zunächst kaum die Drogenpatienten mit Hepatitis C profitieren, aber bei bis anhin erfolglos Therapierten aus der Allgemeinbevölkerung dürften sich neue Optionen auftun. Die neuen Substanzen werden übrigens die Interferon/Ribavirin-Therapie nicht ersetzen, sondern immer mit dieser zusammen zum Einsatz kommen. Schon jetzt ist jedoch bei der Individualisierung der Therapie mit Interferon/Ribavirin viel in Bewegung geraten. Die Therapiedauer wird ja einerseits durch den Genotyp beeinflusst, neuerdings zunehmend auch durch das frühe Ansprechen nach 4 und 12 Wochen. Dies erlaubt heute ohne Einbussen beim Behandlungserfolg eine Verkürzung der Therapiedauer

von 24 auf 12 bis 16 Wochen bei Genotyp 2 und 3 sowie auf 24 Wochen bei Genotyp 1 und 4. Voraussetzung dafür ist, dass schon sehr rasch nach Therapiebeginn mit einem sehr empfindlichen Test keine Viren mehr nachweisbar sind. Umgekehrt kann in bestimmten Situationen, etwa beim schwieriger zu behandelnden Genotyp 1, eine Verlängerung auf 72 Wochen doch noch einen Therapieerfolg bringen. Für die Kooperation der Patienten mit einer langwierigen Behandlung ist es wichtig, von vornherein von einer Therapiedauer von einem halben Jahr bis zu anderthalb Jahren zu sprechen, sich also nicht auf eine sehr kurze Dauer festzulegen.

ARS MEDICI: Sie haben kürzlich Experten aus der ganzen Welt zu einem Symposium zusammengebracht und die Problematik der Hepatitis C diskutiert. Welches waren dort die wichtigen Punkte?

Bruggmann: Mögliche Verbesserungen der derzeitigen Situation der Hepatitis-C-Bekämpfung bei Drogenabhängigen wur-

den intensiv besprochen, und als A und O hat sich die Substitutionstherapie herauskristallisiert. Die komplexen Hepatitis-C-Behandlungen lassen sich nur beim substituierten Drogenpatienten mit guter Erfolgsaussicht durchführen. Sehr viel hängt an der Therapieadhärenz, und diese lässt sich nur in enger Begleitung erzielen. Diese enge Begleitung, wenn möglich in einem interdisziplinären Team, ist entscheidend und muss weiterentwickelt werden. Finden sich alle Spezialisten unter einem Dach, entsteht die Möglichkeit, Menschen zu behandeln, die sonst nicht behandelbar wären.

ARS MEDICI: Herr Dr. Bruggmann, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Interview führte Halid Bas.

Dr. Philip Bruggmann hat in der letzten Ausgabe (AM 21/09, S. 894) ein Referat zur IDEAL-Studie mit Peginterferonen bei Hepatitis C kommentiert.

Update-Symposium – American Heart Association Congress 2009

Programm

Bern, 23. November 2009, Universitätsklinik Inselspital Bern

Ab 18.00 h Registrierung / Begrüssungsaperitif
18.30 h Beginn Symposium
Ab 20.00 h Standing Dinner

Lausanne, 24. November 2009, Hôtel Mövenpick

Ab 18.30 h Registrierung / Begrüssungsaperitif
19.00 h Beginn Symposium
Ab 20.30 h Standing Dinner

Genf, 25. November 2009, Hôtel Warwick

Ab 17.30 h Registrierung / Begrüssungsaperitif
18.00 h Beginn Symposium
Ab 19.30 h Standing Dinner

Zürich, 25. November 2009, UniversitätsSpital Zürich

Ab 18.00 h Registrierung / Begrüssungsaperitif
18.30 h Beginn Symposium
Ab 20.00 h Standing Dinner

Basel, 26. November 2009, Universitätsspital Basel

Ab 12.00 h Registrierung / Begrüssungsaperitif
12.30 h Beginn Symposium
Ab 14.00 h Standing Lunch

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. B. Meier, Direktor und Chefarzt
Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, 3010 Bern
Prof. Dr. med. P. Vogt, Chefarzt
Herzzentrum, CHUV, 1011 Lausanne
Prof. Dr. med. F. Mach, Chefarzt
Zentrum für Kardiologie, Universitätsspital Genf (HUG), 1211 Genf 14
Prof. Dr. med. T. F. Lüscher, Direktor
Klinik für Kardiologie, HerzkreislaufZentrum, UniversitätsSpital
Zürich, 8091 Zürich
Prof. Dr. med. P. Buser, Chefarzt a. I.
Kardiologische Klinik, Universitätsspital Basel, 4031 Basel

Administrative Leitung

Dr. Schlegel Healthworld AG, Sennweidstr. 46, 6312 Steinhausen
Tel. 041 748 76 00, Fax 041 748 76 11
E-Mail: t.vonwyl@schlegelhealth.ch
Internet: www.congress-info.ch/cardioacademy

Hauptsponsor

Pfizer AG, Zürich

Sponsoren

Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH, Basel
A. Menarini AG, Zürich
Medtronic (Schweiz) AG, Münchenbuchsee

Medienpartner

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Muttenz