

Fragen an den Experten

Vitamin D bei Hepatitis C-Therapie

*Frage an Prof. Stefan Zeuzem, Frankfurt:
In einer Studie hatten Patienten mit chronischer Hepatitis C, die zusätzlich zu pegyliertem Interferon und Ribavirin Vitamin D einnahmen, deutlich höhere Heilungsraten. Soll man deshalb bei der Behandlung der Hepatitis C auch Vitamin D geben?*



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

Prof. Zeuzem: Bei dieser Studie aus Israel handelt es sich um eine prospektive doppelblinde Untersuchung, die noch nicht publiziert ist, aber auf Kongressen präsentiert wurde. In Deutschland haben über 50% der Männer und Frauen einen Vitamin D-Mangel. Bei diesen Menschen sollte man den Vitamin D-Mangel ausgleichen aus verschiedenen Gründen, z.B. wegen des ungünstigen Einflusses des Vitamin D-Man-

gels auf das Abwehrsystem, den Knochenstoffwechsel usw. Eine darüber hinausgehende Indikation sehe ich nicht. ■

<http://www.infekt.ch/kategorien/2109-das-sonnenschein-vitamin-nicht-nur-gut-fuer-die-knochen-sondern-auch-fuer-den-erfolg-der-hepatitis-c-therapie.html?PHPS ESSID=613d020acbc7c87ada0867345c4745db>

IL-28-Genotyp-Bestimmung bei chronischer Hepatitis C

*Frage an Prof. Claus Niederau, Oberhausen:
Mittlerweile bieten viele große Labors die Bestimmung des IL-28-Genotyps an. Wann macht es Sinn, diesen Parameter zu bestimmen? Und wer übernimmt die Kosten?*



Prof. Dr. Claus Niederau
St. Josef-Hospital
Mülheimer Straße 83
46045 Oberhausen
E-Mail: c.niederau@kk-ob.de

Prof. Niederau: Sinnvoll ist die Bestimmung des Genotyps für IL-28 beim HCV-Genotyp 1, da der IL-28-Genotyp ein wichtiger Prädiktor für den Therapieerfolg ist. Die Kosten werden derzeit von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen, von den privaten Versicherungen dagegen oft erstattet. Aufgrund dieser Restriktionen ist die Bestimmung des IL-28-Genotyps noch nicht Routine, sondern auf besondere

Situationen beschränkt. Ich bestimme den Genotyp, wenn die Entscheidung schwierig ist, ob man mit der Therapie gleich beginnen oder warten sollte. Eine große Entscheidungshilfe ist der IL-Genotyp auch, wenn der Patient die Behandlung schlecht verträgt und Viruslast zu Woche 4 nicht befriedigend abgefallen ist. ■

Hepatitis B und Schwangerschaft



Dr. Ramona Pauli
Isartorplatz 6
80331 München
E-Mail: rpa@isarpraxis.de

*Frage an Dr. Ramona Pauli, München:
Welche Besonderheiten sind bei Schwangeren mit Hepatitis B zu beachten?*

Dr. Pauli: Die chronische Hepatitis B wird durch die Schwangerschaft per se nicht beeinflusst. Schwangere haben aber ein erhöhtes Risiko für cholestatische Komplikationen, insbesondere im dritten Trimenon. Daher ist bei der Interpretation der Leberwerte besondere Vorsicht geboten. Bei der Cholestase sind GGT und Bilirubin – neben den klinischen Zeichen – besonders wichtig, da die AP im Rahmen der Schwangerschaft ansteigt und deshalb als Parameter nicht so aussagekräftig ist. Aber auch die GPT kann deutlich ansteigen. Lediglich ein Anstieg der GPT ohne begleitende Erhöhung der Cholestase-Parameter deutet auf eine vermehrte HBV-Aktivität. Ob eine Therapie als Transmissionsprophylaxe bei einer hohen HBV-Replikation von $>10^9$ Kopien/ml nach dem ersten Trimenon eingeleitet werden soll, wird derzeit diskutiert. Bei Frauen, die unter einer Nukleosid-Therapie schwanger werden, sollte man die Therapie möglichst nicht absetzen, da es zu Flares kommen kann. Eine Therapie mit Lamivudin und Tenofovir kann fortgesetzt werden. Hier gibt es klinische Daten, dass es nicht zu einer Schädigung des Kindes kommt. Alle anderen Medikamente sollte man auf eine der genannten Substanzen umsetzen. Interferon ist bei der Schwangerschaft kontraindiziert. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Planung der Entbindung. Kleinere Krankenhäuser auf dem Land haben HBV-Immunglobulin nicht immer vorrätig. Man sollte darauf drängen, dass dies rechtzeitig geordert wird, um auch im Falle einer Frühgeburt gerüstet zu sein. ■