



## Prävention des Hepatozellulären Karzinoms

# Impfung als primäre, Screening als sekundäre Prävention

Als primäre Prävention gegen das Hepatozelluläre Karzinom (HCC) hat sich die Impfung gegen Hepatitis B als wirksam erwiesen; gegen Hepatitis C stehen hingegen Hygienemassnahmen im Vordergrund. Änderungen im Lebensstil zur Vermeidung der Fettleber gehören ebenfalls zu Primärprävention. Screening als sekundäre Prävention ist sinnvoll, weil HCC – früh erkannt – heilbar ist.

Mit der Impfung gegen Hepatitis B steht eine einfache und wirksame Präventionsmöglichkeit des HCC zur Verfügung; in Taiwan hat die Häufigkeit des HCC bei Knaben (aber nicht bei Mädchen) nach Einführung der generalisierten Impfung gegen Hepatitis B deutlich abgenommen. Die Daten bei Erwachsenen sind weniger überzeugend, aber hier ist wahrscheinlich die Beobachtungszeit noch zu kurz. Eine Impfung gegen Hepatitis C wird in den nächsten Jahren nicht eingeführt werden; hier beschränkt sich die Primärprävention auf Hygienemassnahmen. Ein Spitalbesuch als Patient ist in Spanien beispielsweise der grösste Risikofaktor für eine akute Hepatitis C! Genauso wichtig ist die Aufklärung der jungen Leute über die Gefahren des Spritzen-tausches und die Abgabe von sauberem Einwegmaterial für diejenigen, die das Spritzen nicht lassen können.

Eine weitere Welle von HCCs wird wegen der NASH (nicht-alkoholischen Steatohepatitis) Epidemie auf uns zukommen (siehe Artikel S. 4/5). Typischerweise präsentieren sich Patienten mit einem HCC auf der Grundlage einer NASH erst später als Patienten mit Hepatitis B und/oder C und zeigen deshalb eher fortgeschrittene, oft einer Behandlung nicht mehr zugängliche Tumoren. Änderungen im Lebensstil, die zur Verminderung von Übergewicht und der Entwicklung einer Insulinresistenz führen, dürfen folglich als Primärprävention des NASH-assoziierten HCC gelten.

## HCC-Screening macht Sinn

Zur sekundären und tertiären Prävention gehören:

- die Erkennung behandelbarer Leberkrankheiten, die zu einer Zirrhose führen können, und deren Behandlung in einem präzirrhotischen Stadium
- die Erkennung von Patienten mit Zirrhose - diese brauchen ein HCC-Screening (in der Regel Ultraschall und Bestimmung von  $\alpha$ -Fötoprotein alle 6 Monate)

– allenfalls die Behandlung der Grundkrankheit, die zum HCC geführt hat, beim zirrhotischen Patienten.

Zur Erkennung behandelbarer Erkrankungen gehört die Suche nach Hepatitis B (Bestimmung von HBs-Antigen und anti-HBc) und Hepatitis C (Bestimmung von anti-HCV) bei Risikogruppen. Ein einfaches Mittel zur Unterscheidung zwischen der sehr häufigen und harmlosen Fettleber und NASH existiert (noch) nicht.

Die Erkennung einer Leberzirrhose ist einfach, wenn der Patient eine bekannte Leberkrankheit hat. Nicht-invasive Fibrosemarker wie das Serumhyaluronat, ein Fibroscan und auch die einfache und billige Palpation von Leber und Milz helfen hier weiter. Schwieriger ist es, in der Praxis bei Patienten eine Zirrhose zu erkennen, da die Krankheit oft ausgebrannt ist und die Leberenzyme normal sein können. Die Bestimmung der Serumgallensäuren oder nicht-invasiver Fibrosemarker könnte hier hilfreich sein. Sämtliche nationale und internationale Fachgesellschaften empfehlen ein HCC-Screening wie oben ausgeführt, obschon die Datenlage eher schwach ist. Das HCC ist heilbar, wenn es früh erkannt wird. Deshalb macht das Screening Sinn, v.a. wenn ein kurativer Ansatz (OLT oder Resektion) für den Patienten zur Diskussion steht (siehe Artikel S. 6/7).

Die Behandlung einer Hepatitis B oder C nach Auftreten eines HCC oder beim Vorliegen einer Zirrhose ist zu diskutieren. In verschiedenen Fallserien wurde gezeigt, dass HCCs bei Patienten mit einer Zirrhose noch Jahre nach erfolgreicher Viruselimination auftreten können. Das Screening muss deshalb weitergeführt werden. Bei Patienten mit einer frühen Form einer Zirrhose kann diese histologisch verschwinden (ja – die Zirrhose ist reversibel!), das Risiko eines HCC persistiert jedoch.