

# WISSEN AKTUELL

KHM-Kongress 2017, Luzern

## « dick und dünn »



Einmal mehr fanden die Fortbildungstage des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM an einem der schönsten Orte der Schweiz statt – im KKL Luzern. Dabei sonnten sich die Organisatoren nicht in der guten «Location» sondern loteten das Thema «dick und dünn» zur Freude der Teilnehmer in 4 Hauptvorträgen, einer reichen Seminarreihe, fachspezifischen Modulen und schlussendlich einem standespolitischen Roundtable nach allen Himmelsrichtungen und Gesichtspunkten aus.

Das Seminar zur Leberzirrhose bauten die Referenten **Dr. med. Marco Zoller** (Hausarzt) und **Dr. med. Beat Helbling** (Gastroenterologe) interaktiv auf Fallvignetten auf (Abb. 1):

Dr. Beat Helbling zeigt zuerst den Zusammenhang mit dem diesjährigen Titel des Symposiums «dick und dünn» und weist darauf hin, dass das Vollbild der Leberzirrhose «marron sur allumette»

mit Aszites auf dünnen Beinen nur das Endstadium der Zirrhose bedeutet und heute die Diagnose früher gestellt werden sollte. Die Diagnose einer Leberzirrhose sei insgesamt nicht einfach zu stellen! Nur wer sucht der findet! Man müsse an die Zirrhose denken. Nach Diagnosestellung folgt nicht ein therapeutischer Nihilismus, sondern bestehen je nach Ursache der Zirrhose heute gute Therapie-möglichkeiten.

Die Leberzirrhose ist keine Blickdiagnose. Die Zeichen und Befunde sind anfänglich diskret. Im Labor erscheinen die Transaminasen meist nur leicht erhöht, eine Thrombopenie kann eines der diskreten Zeichen sein, allerdings im Fallbeispiel bei St.n. Splenektomie nicht verwertbar. Ein tiefer Spontan-Quick deutet bereits auf eine fortgeschrittene Leberzirrhose hin. Das Ultraschallbild zeigt oft nur diskrete Zeichen und kann differenzialdiagnostisch auch als Steatose gedeutet werden. Der Fibroscan ist eine teure Anschaffung, aber eine gute physikalische Methode um die Lebersteifigkeit zu bestimmen und ist für die Diagnosesicherung wertvoll. Eine Leberbiopsie ist nur bei Unklarheit der Diagnose sinnvoll, stellt nebst laparoskopischer Inspektion im Rahmen einer Chirurgie aber die genaueste Methode zur Diagnosesicherung dar.

Falls die Diagnose der Leberzirrhose gesichert ist, muss die Ursache geklärt werden: Die alkoholische Leberzirrhose ist eine Ausschlussdiagnose. Hepatitis und Hämochromatose müssen immer gesucht werden. Die wichtigsten serologischen Tests der Hepatitis-B-Interpretation werden übersichtlich aufgezeigt (Tab. 1.)

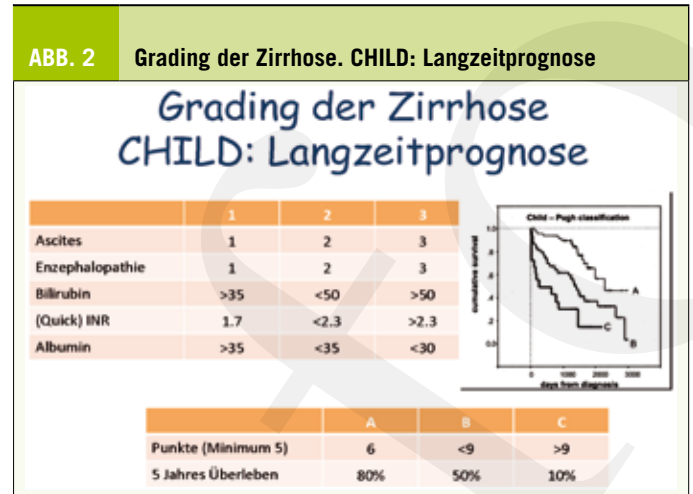
Dr. Helbling empfiehlt ein Hepatitis-B-Screening bei Menschen aus dem Balkan und Asien. Bei Menschen aus Südosteuropa empfiehlt, er an ein Hepatitis-C-Screening zu denken. Eine Vertrauensärztin aus dem Publikum macht allerdings aufmerksam, dass die Krankenkassen kein Screening auf Virushepatitis bezahlen würden, sondern nur diagnostische Suche! Dr. Helbling erwähnt die Wichtigkeit der Hepa-

### ABB. 1 Fallvignette Frau, 63 Jahre

- 1984 schwerer Unfall: traumatische Milzruptur: Splenektomie
- 1988 mechanischer Ileus 10 d vor Termin, Notfall-OP und Sectio
- 1991 Diskushernie, Spondylolyse
- Rezidivierende depressive Episoden
- 2008: Ferritin ↑, Hämochromatose Gene: heterozygote C282Y Mutation (+/-) zusätzlich nicht HFE Mutation?
- 2009 T2DM, ab 2015 Medikation
- 2012 bei der Schwester homozygote Hämochromatose C282Y (+/+) entdeckt.
- 2014 Osteoporose
- 2015 erneut Ferritin 800 l  
Sonographisch Zeichen der Leberzirrhose.

**TAB. 1 Hepatitis B Serologie**

	Impfung	Status nach Hepatitis B	Chronische Hepatitis B
Hbs Ag	—	—	+
Anti Hbs	+	+	—
Anti Hbc	—	+	+
HBV-DNA	—	—	+



titis-C-Diagnose, da heute gute und sichere Therapiemöglichkeiten bestehen und sogar einzelne KK beim Bezug von günstigeren Medikamenten aus dem Ausland (Indien) Unterstützung bieten. Das Mortalitätsrisiko sei bei Hepatitis C in der Schweiz heute höher als bei HIV. Das HCV Advisor app der SASL (Schweizerische Vereinigung zum Studium der Leber) für die Schweiz ist einfach zu bedienen und bietet eine Therapieübersicht und Entscheidungshilfe beim Einsatz der neuen direkt antiviralen Medikamente.

Bei der vorgestellten Patientin wurden bei Verdacht auf Hämochromatose als Ursache der Leberzirrhose Aderlässe durchgeführt, welche zu einem raschen Ferritinabfall und schnell zu einer Anämie führten (von 800 auf 13 nach 5 Aderlässen). Eine rasche Senkung der Ferritinwerte mit Anämie spricht gegen eine Hämochromatose. Das Ferritin ist ein unspezifischer Parameter und kann bei Alkohol, Fettleber und Infekten genauso erhöht sein. Deshalb ist eine Mitbestimmung von CRP immer sinnvoll. Ferritin ist ein Akutphasenprotein und ein Mass für die Eisenspeicher. Die Transferrin Sättigung muss nüchtern bestimmt werden. Dr. Helbling weist auf die schwierige Interpretation der genetischen Hämochromatose Laborbestimmung hin, was häufig zu Falschdeutungen führe. Der Genotyp entspreche nicht immer dem Phänotyp. Bei Alkoholverdacht zeigt das Labor nur Hinweise, niemals aber Beweise. Der De-Ritis-Quotient (GOT > GPT) sowie ein erhöhtes MCV können Hinweise geben. Nach Diagnose und der Bestimmung der Ätiologie der Zirrhose folgt ein Risiko Assessment. Mittels Gastroskopie müssen Ösophagusvarizen ausgeschlossen werden. Das HCC Risiko steigt bei einer Leberzirrhose auf 3–5% / Jahr. Der Tumormarker Alpha-1-Fetoprotein ist im Frühstadium selten erhöht und insofern ein schlecht verwertbarer Parameter. Die Zirrhose entspricht einer Präkanzerose, weshalb halbjährliche sonographische Kontrollen zum Ausschluss eines HCC empfohlen werden, falls noch Therapieoptionen beste-

hen (lokale Tumorthapien, Operation). Bauchoperationen bei Zirrhose können aber rasch zu Leberdekomensationen führen. Der CHILD Score ist eine altbewährte Gradeinteilung zur Bestimmung der Langzeitprognose (Abb. 2), der MELD Score gibt heute Hinweise in der Kurzzeitprognose ([www.sasl.ch](http://www.sasl.ch)).

Zum Schluss wird auf pharmakologische Besonderheiten der häufig eingesetzten Substanzklassen bei Leberzirrhose eingegangen. Wegen Akkumulation und Verschlechterung der Enzephalopathie sollten Benzodiazepine mit Vorsicht eingesetzt werden. Die Dosis von Antihypertensiva muss häufig reduziert werden, da die Zirrhose oft mit tiefen BD-Werten einhergeht. Nicht kardioselektive Betablocker (Inderal, Carvedilol) sind zu bevorzugen, da auch die portale Hypertonie mitbehandelt wird. NSAR sollten wegen erhöhtem Blutungsrisiko und prärenalier Niereninsuffizienz vermieden werden. Diuretisch wird Aldactone den Schleifendiuretika vorgezogen. Bei Schmerzen ist Paracetamol tief dosiert erlaubt (Kombination mit Alkohol verboten).

Die vermutete Hämochromatose konnte beim Fallbeispiel nicht als Ursache der Zirrhose bestätigt werden. Nach vertiefter Anamnese gab die Patientin und Künstlerin zu, regelmässig hochprozentigen Alkohol zu konsumieren. Die Patientin profitierte von der Abstinenz, und die Leberfunktion hat sich nahezu normalisiert.

Zusammenfassend wurde auf die Wichtigkeit der Früherkennung einer Leberzirrhose hingewiesen. Durch die diagnostischen Möglichkeiten (Fiberscan, Sonographie) werden heute Leberzirrhosen häufiger diagnostiziert. Die Zirrhose ist, wie früher häufig angenommen, nicht in jedem Fall eine irreversible Krankheit, die zum Tode führt, sondern kann entsprechend ihrer Ätiologie behandelt werden. Laborbefunde geben häufig nur diskrete Hinweise und können Verwirrung schaffen insbesondere bei der Interpretation von erhöhtem Ferritin.

▼ Dr. med. Manfred Wicki, Willisau

Quelle: 19. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM), KKL Luzern, 22.–23. Juni 2017