

# Psychiatrische Begutachtung zur Transplantationsfähigkeit bei Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose

## Welche Prognosekriterien sind empirisch gesichert?

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind relativ häufig auftretende psychische Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 3% [42]. Sie gehen mit einer exzessiv gesteigerten Morbidität für zahlreiche körperliche und psychische Erkrankungen sowie einer deutlich erhöhten Mortalität einher (Übersicht in [42]). Die häufigsten körperlichen Folgeerkrankungen bei Alkoholismus sind Lebererkrankungen. Nahezu alle schweren Trinker weisen eine Fettleber auf. Einige entwickeln eine Alkoholhepatitis unterschiedlichen Schweregrads und etwa 10–20% aller Alkoholiker eine alkoholische Leberzirrhose, die ihrerseits ein Risikofaktor für ein hepatozelluläres Karzinom (HCC) darstellt. Die dekomensierte Leberzirrhose und das HCC sind die häufigsten Todesursachen bei langjährigem Alkoholismus. Klinisch ist die alkoholische Leberzirrhose häufig durch einen schlechten Allgemeinzustand mit körperlicher Schwäche einschließlich Muskelatrophie, Appetitlosigkeit und Müdigkeit sowie den typischen Leberhautzeichen, bei ausgeprägten Formen auch Gerinnungsstörungen (Petechien, Schleimhautblutungen etc.), bei Männern Gynäkomastie und Hodenatrophie mit konsekutiven Potenz- und Libidostörungen gekennzeichnet. Bei fortgeschrittener Leberinsuffizienz zeigen sich typischerweise Beinödeme, Aszites und eine Spleno-

megalie. Die Prognose ist schlecht, insbesondere in den Child-Pugh-Stadien B und C, und wird maßgeblich durch das bestehende Trinkverhalten bzw. Abstinenz, die fortschreitende Leberinsuffizienz, deren Komplikationen - wie Varizenblutung, Infekte, hepatische Enzephalopathie - und die Entstehung eines HCC bestimmt.

Die Prognose der Alkoholabhängigkeit ist bei fachgerechter Behandlung heute relativ gut, mit Abstinenzraten nach intensiveren ambulanten oder stationären Therapien von über 40% in Mehrjahreskatamnesen (Übersicht in [29] [42]). Eine spezifische Therapie alkoholischer Leberschäden existiert bisher nicht und alle internistischen Interventionen bestehen aus der symptomatischen Behandlung von Komplikationen der Zirrhose (z. B. Varizenligatur, Aszitespunktion, Enzephalopathiebehandlung), die jedoch keine entscheidende Lebensverlängerung nach sich zieht. Bei einem Teil der Patienten ist daher nur durch einen Organersatz (Transplantation) eine Prognoseverbesserung möglich.

Die alkoholische Leberzirrhose ist mittlerweile eine anerkannte Indikation für die Durchführung einer Lebertransplantation und diese ist in der Schweiz und im Eurotransplantraum (Österreich, Belgien, Kroatien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Slovenien, <http://www.eurotransplant.org>) ein Routineverfahren geworden [3, 5, 30, 40]. So waren 2011 in Deutschland Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose auf der Transplantationswarteliste mit 502 von 1792 Patienten die größte Einzelgruppe (■ **Tab. 1**). In Deutschland schreibt das Transplantationsgesetz eine psychosoziale Betreuung der Organempfänger vor.

Nach einer jahrelang stetig steigenden Zahl an Lebertransplantationen stagniert trotz vermehrter Teilleber- und Lebendspenden ihre Zahl seit einigen Jahren. Dies ist in erster Linie auf die eher rückläufige Zahl an verfügbaren Spendern zurückzuführen. Dieser Umstand sowie die Komplexität des Gesamtverfahrens, die lebenslange medizinische Nachbetreuung und die hohen Kosten einer Transplantation erfordern daher eine sorgfältige Indikationsstellung. Die psychiatrische Begutachtung zu dieser Frage stellt eine besondere Aufgabe speziell für die Liaison/Konsiliar-Psychiatrie dar.

Die Überlebensrate nach Lebertransplantation bei alkoholbedingter Leberzirrhose ist dabei heute überraschend gut. Folgt man einer jüngeren Studie von Burra et al. [6], in der Daten des europäischen Transplantationsregisters ausgewertet wurden, ist die Prognose ad vitam bei Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose besser als bei anderen Indikationen. In der erwähnten Übersicht von Burra et

**Tab. 1** Indikationen für eine Lebertransplantation (2011).  
Hauptdiagnose bei Patienten auf der Transplantationswarteliste

Hauptdiagnose	Patienten (n)
Alkoholische Lebererkrankung	502
Leberzirrhose anderer Genese	422
Bösartige Tumoren der Leber	353
Leberversagen (ohne Spezifizierung)	153
Angeborene Fehlbildungen der Gallenblase, Gallengänge und Leber	113
Sonstige Krankheiten der Gallenwege	104
Sonstige Stoffwechselstörungen der Leber	32
Sonstige Krankheiten der Leber	32
Störungen des Mineralstoffwechsels	27
Embolien/Thrombosen der Leber	14
<b>Gesamt</b>	<b>1752</b>

Aus Deutsche Stiftung für Organtransplantation.

<http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/transplantation/lebertransplantation.html>

al. [6] wurden 9088 Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose erfasst, 10.943 Patienten mit viraler und 2410 Patienten mit kryptogener Leberzirrhose. Die 1-Jahres-Überlebensrate bei der alkoholischen Leberzirrhose betrug postoperativ 84%, die 3-Jahres-Überlebensrate 78%. Die 5-Jahres-Überlebensrate 73% und die 10-Jahres-Überlebensrate lag immerhin noch bei 58% und war damit signifikant höher als bei Patienten mit kryptogener oder virushepatitisbedingter Leberzirrhose. Besonders ungünstig in Bezug auf das Transplantat- und Patientenüberleben erwies sich die Koinzidenz einer alkoholischen Leberzirrhose mit gleichzeitiger Hepatitis-C-Virus-Infektion. Andere Katamnesen und Übersichten kommen zu ähnlichen Ergebnissen [7].

Dieser vergleichsweise guten Prognose zum Trotz variiert innerhalb von Europa der Anteil von Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose, die eine Lebertransplantation erhalten, von <1% in Polen bis >30% in Spanien. In der Schweiz und Deutschland liegt der Anteil bei je etwa 16% [36]. Diese Unterschiede sind nicht nur Folge der variablen Inzidenzraten alkoholischer Leberschäden in Europa, sondern auch durch unterschiedliche Einstellungen von Öffentlichkeit und Ärzteschaft gegenüber Patienten mit alkoholischer Lebererkrankung begründet. Neben grundsätzlichen Vorurteilen gegenüber dieser Patientengruppe spielen auch Bedenken bezüglich der postoperativen Alkoholismusrezidivgefahr und der Compliance eine wichtige Rolle [35]. Eine relevante Alkohol-

anamnese wird dabei bei Kandidaten für eine Lebertransplantation häufig übersehen [11].

### Prädiktoren

In einer aktuellen Übersicht diskutieren Gramenzi et al. [26] Prädiktoren eines Alkoholismusrückfalls bei Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose nach Lebertransplantation. Dabei erwiesen sich als *unabhängige Prädiktoren* eines Alkoholismusrezidivs

- das Vorliegen einer genuinen Alkoholabhängigkeit,
- eine Abstinenzdauer von weniger als 6 Monaten,
- eine familiäre Belastung mit Alkoholismus,
- weiterer Substanzmissbrauch,
- ein relativ junges Alter,
- weibliches Geschlecht,
- koexistente psychische Erkrankungen sowie
- soziale Instabilität.

Das Risiko für weiteren Alkoholkonsum ist für die Prognose entscheidend. So zeigten Verrill et al. [48], dass ein Schlüsselfaktor für eine bessere Prognose eine frühere Abstinenz ist. Die Abstinenz in den ersten 4 Wochen nach der Diagnose einer Zirrhose war entscheidend für die weitere Prognose. Eine gute Prognose hatten 72% der abstinenten Patienten, dagegen nur 44% derjenigen, die weiter tranken.

Für die individuelle Prognoseeinschätzung können für die psychiatrische Be-

gutachtung nur medizinische Befunde von Belang sein, nicht etwa das Vorliegen einer familiären Belastung mit Alkoholismus, die naturgemäß therapeutisch auch nicht veränderbar ist.

In einer systematischen Übersicht fanden McCallum u. Masterton [34] ähnliche Ergebnisse: Prädiktiv für ein späteres Trinkrezidiv und eine schlechte Gesamtprognose waren

- eine Abstinenz von weniger als 6 Monaten,
- Polytoxikomanie,
- soziale Instabilität,
- familiäre Belastung mit Alkoholismus, vor allem bei Angehörigen ersten Grades,
- gescheiterte Therapien,
- fehlende Krankheitseinsicht und
- Non-Compliance sowie
- komorbide psychische Erkrankungen.

Eine Konsensuskonferenz der American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) und der American Society of Transplantation (AST) beschäftigte sich 1997 erstmals mit Indikationsfragen und Prognosekriterien bei alkoholischer Leberzirrhose. Dabei fand sich *ein starker Konsens* dafür, dass Patienten mindestens 6 Monate abstinent sein sollten, bevor sie auf eine Warteliste für Lebertransplantation aufgenommen werden können [31, 32].

Diese 6-Monats-Regel wird seither kontrovers diskutiert. Es wird insbesondere kritisiert, dass eine 6-monatige Abstinenz keineswegs eine stabile Langzeitabstinenz vorhersagt. So ergab sich einerseits aus der Langzeituntersuchung von Vaillant [47], dass eine stabile Abstinenz erst nach 5 Jahren als gesichert angesehen werden kann. Andererseits deutet die gesamte Therapieforschung daraufhin, dass Alkoholrückfälle in den ersten Monaten nach Therapien am häufigsten sind [42]. In der weiteren Literatur wird diese Frage kontrovers diskutiert - möglicherweise deshalb, weil die dazu publizierten Daten überwiegend aus einzelnen Zentren stammen, in denen Selektionskriterien, psychiatrische Mitbetreuung der Listenpatienten und postoperative Nachsorge erheblich differierten [28, 12, 27, 39, 45].

Beresford et al. [4] nannten als positive Prognosefaktoren starke soziale Unter-

stützung (Familie, Lebenspartner, Arbeit, Wohnsituation) und bezogen sich im Übrigen auf die vier prognostischen Elemente aus der Langzeituntersuchung von Vailant [47].

- ein gutes Selbstwertgefühl und Hoffnung,
- andere unterstützende Aktivitäten,
- eine „rehabilitation relationship“ sowie
- Akzeptanz und Einsicht in die negativen Konsequenzen eines weiteren Alkoholrückfalls.

Negative prognostische Kriterien waren eine vorbestehende psychotische Störung, unstabile *Charaktereigenschaften*, Polytoxikomanie, gescheiterte Therapieversuche, soziale Isolation. Darüber hinaus wies Beresford darauf hin, dass Patienten mit Alkoholabhängigkeit eine schlechtere Prognose hätten, als diejenigen mit Alkoholmissbrauch. In eine ähnliche Richtung deuteten spätere Befunde von Di Martini et al. [15].

In einer weiteren retrospektiven Auswertung wurden 387 Patienten nach Lebertransplantation wegen alkoholischer Leberzirrhose mit einem medianen Nachbeobachtungsintervall von 5 Jahren untersucht [12]. Bei allen Patienten bestand eine mindestens 3 Monate lange bestätigte Abstinenz vor der Lebertransplantation. Bei 11,7% registrierten die Autoren anschließend ein sogenanntes „harmful drinking“. Dabei wurden drei Prädiktoren für ein Alkoholrezidiv ermittelt: weniger als 6 Monate Abstinenz vor Transplantation, eine Vorgeschichte mit Angst oder Depression sowie ein positiver Score auf der High Risk Alcoholism Relapse Scale. Dieser Score umfasst die Jahre des Alkoholismus, die Anzahl der alkoholischen Getränke pro Tag und die Anzahl früherer stationärer Behandlungen von Alkoholabhängigkeit.

## Metaanalysen

Mehrere Metaanalysen sind der Frage der Validität der 6-Monats-Regel im Detail nachgegangen. Eine wichtige Metaanalyse wurde von Dew et al. [13] vorgelegt. Sie analysierten 50 Studien zu Lebertransplantationen mit einer mittleren Alkoholrückfallrate von 5,6% für jeglichen

und 2,5% für schweren Alkoholkonsum. Dabei variierten die Kriterien für *schweren Konsum* je nach Studie.

Als prädiktive Faktoren für einen Alkoholrückfall nach Transplantation wurden eine präoperative Abstinenz <6 Monate, fehlende soziale Unterstützung und Alkoholismus in der Familienanamnese identifiziert. Interessanterweise waren dabei die Korrelationskoeffizienten der genannten Prädiktoren ähnlich.

Eine aktuellere Metaanalyse [17] umfasste die Daten der früheren Metaanalyse von Dew et al. [13] und fünf weiterer Studien [1, 12, 14, 24, 37]. Hierbei korrelierten eine kurze Abstinenzdauer vor Transplantation, Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch, mangelhafte soziale Unterstützung sowie das Bestehen psychiatrischer Begleiterkrankungen mit einem späteren Alkoholrückfall. Allerdings wiesen die Autoren zu Recht darauf hin, dass die Bestätigung der 6-Monats-Regel als Prädiktor eines Rückfalls dadurch verfälscht sein könnte, dass alle eingeschlossenen Patienten dieses Kriterium erfüllten.

Die 6-Monats-Regel wird auch durch eine aktuelle französische Arbeit zur Lebertransplantation bei akuter Alkoholhepatitis infrage gestellt [33]. Eine akute Alkoholhepatitis wird in fast allen anderen Ländern mit Transplantationsprogramm als eine Kontraindikation angesehen, da nahezu alle Patienten zum Zeitpunkt der Evaluation aktiv trinken oder erst seit Kurzem abstinent sind. Die Studie schloss Patienten ein, die auf eine 7-tägige

Glukokortikoidtherapie nicht ansprachen und somit zu einer Gruppe mit hoher Mortalität gehörten. Die 6-Monats-Überlebensrate bei 26 transplantierten Patienten mit therapieresistenter Alkoholhepatitis und hohem Mortalitätsrisiko waren deutlich höher als bei nichttransplantierten Patienten (77±8% vs. 23±8%,  $p<0,001$ ) und glichen denen anderer Indikationen. Die Autoren sprechen sich daher für eine frühe Indikationsstellung zur Transplantation aus, zumal auch die Zahl der Alkoholrückfälle gering war.

Grundsätzliche Probleme wie die Schwierigkeit, eine genaue Alkoholanamnese im Einzelfall zu verifizieren, sollen an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden. Gegebenenfalls bietet sich neben der genauen Durchsicht medizinischer Vorbefunde auch die Einholung fremdanamnestischer Angaben an.

Zwei weitere Untersuchungen zeigten, dass das Risiko für Rückfälle in der Posttransplantationsphase mit einer Abstinenz von weniger als 12 Monaten korreliert war [46, 51]. International gesehen hält sich Frankreich nicht mehr an diese 6-Monats-Regel der Konsensuskonferenz [9], während Großbritannien Patienten mit alkoholischer Hepatitis ausschließt [2]. In den USA existieren Auswahlgremien, die über die Aufnahme auf eine Warteliste entscheiden [30]. Offensichtlich wird die 6-Monats-Regelung in den USA auch von den Krankenversicherungen gefordert.

In der Schweiz ist in allen drei Lebertransplantationszentren (Genf, Zürich,

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Bern) eine 6-monatige Alkoholabstinenz Voraussetzung für die Aufnahme auf die Warteliste, hauptsächlich, weil wissenschaftliche Daten für eine andere Regelung nicht vorhanden sind. Dabei liegt die Ermittlung einer ausreichend langen Abstinenz im Ermessen der Personen (Ärzte, Suchttherapeuten, Transplantationskoordinatoren, Pflegepersonal), die mit der Evaluation und präoperativen Betreuung der Patienten betraut sind.

## Suchttherapeutische Interventionen

Obwohl eine Therapie der Alkoholsucht gerade für Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose besonders wichtig wäre, existieren nur wenige Daten aus entsprechenden Interventionsstudien. Georgiou et al. [25] berichteten in einer unkontrollierten Pilotstudie mit 20 Patienten über die Implementierung von drei strukturierenden Sitzungen in der Vorbereitungsphase einer Lebertransplantation, bei denen Aspekte der Gesundheitsaufklärung, sozialer Einbindung und Zukunftsgestaltung im Mittelpunkt standen. Nur zwei Patienten entwickelten nach Transplantation wieder einen regelmäßigen Alkoholkonsum, vier tranken einmalig oder sehr selten und zwölf blieben abstinent. Eine unabhängige Validierung dieses Vorgehens wurde nicht vorgenommen. Daten anderer Studien legen die Vermutung nahe, dass sich dieses Rückfallverhalten nicht wesentlich von anderen Langzeitergebnissen unterscheidet [6].

Aus dem deutschsprachigen Raum liegt ein manualisiertes Gruppentherapiekonzept mit vor allem psychoedukativen Elementen vor [20], das in einer naturalistischen Untersuchung über 6 Monate eine Verbesserung von Psychopathologie und Lebensqualität sowie relativ wenige Alkoholrückfälle (4 von 48) zeigte [21].

Eine interessante Studie wurde vor kurzem von Weinrieb et al. [50] vorgelegt. Die Arbeitsgruppe führte eine randomisierte Untersuchung durch, in der sie die Wirksamkeit verschiedener Psychotherapieverfahren bei Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose, die auf einer Warteliste für eine Transplantation standen, untersuchten. Es wurden 46% der Patienten mit „motivational enhancement the-

rapy“ (MET), einer anerkannten Therapie für Alkoholismus (Übersicht in [42]) behandelt. Diese Gruppe wurde verglichen mit den 45%, die ein „treatment as usual“ (TAU), im wesentlichen Beratungsgespräche, erhielten. Tatsächlich transplantiert wurden in der Folge 13 Patienten aus der MET- und 16 aus der TAU-Gruppe. Insgesamt tranken bereits 23 Patienten auf der Warteliste, bevor die eigentliche Transplantation durchgeführt werden konnte.

Insgesamt besuchten mehr Patienten aus der MET-Gruppe die angebotenen Therapiesitzungen im Vergleich zur TAU-Gruppe. Die durchschnittliche Trinkmenge war bei den MET-Patienten geringer als bei den TAU-Patienten, ansonsten zeigten sich keine Unterschiede bezüglich Behandlungsergebnisse und psychischer Befindlichkeit. Es bleibt daher bislang offen, ob sich die Prognose durch *spezifische Interventionen* bei alkoholkranken Patienten auf einer Warteliste verbessern lässt.

## Prognose bei Alkoholrückfällen nach Lebertransplantationen

Frühere Studien zeigten extrem heterogene Ergebnisse [45]. Eine prospektive longitudinale Untersuchung von lebertransplantierten Alkoholkranken von Di Martini et al. [16] zeigte, dass immerhin 80% der Patient überwiegend abstinent waren oder nur gelegentlich geringe Mengen Alkohol konsumierten. Die verbleibenden 20% wiesen einen häufigen Alkoholkonsum auf. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine retrospektive Untersuchung von Tang et al. [44]. In einigen Untersuchungen wurde auch eine erhöhte Mortalität bei Patienten mit schwerem Alkoholismus beschrieben [23, 39]. Alkoholrückfällige Transplantierte sterben eher an leberbezogenen Erkrankungen, wobei eine zusätzliche Hepatitis die Prognose verschlechtert [46]. Abstinenten Alkoholkranken sterben eher an kardiovaskulären Erkrankungen oder malignen Tumoren [18, 19, 41].

Zur Wechselwirkung zwischen Alkoholrückfall und Immunsuppression gibt es in der Literatur nur wenige Studien. (Übersicht in [30]).

## Fazit

Lucey [30], ein in der Problemstellung sehr erfahrener Autor, kam in einer aktuellen Übersicht zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Kein einzelner Parameter ist ein verlässliches prognostisches Kriterium für Alkoholrückfälle nach Lebertransplantation.
- Problematisch ist, dass alkoholkranken Patienten, die eine Lebertransplantation anstreben, evtl. nicht offen über ihren Alkoholismus reden können, da es einen klaren Interessenskonflikt (Wunsch nach Transplantation vs. therapeutischer erwünschter Offenheit) geben könnte.
- Obwohl die Dauer der Abstinenz mit dem Risiko eines weiteren Alkoholkonsums assoziiert ist, stellt dieser einen nur unzureichenden Parameter dar.
- Leberbiopsien sind ungeeignet, um einen aktuellen Alkoholkonsum zu verifizieren.
- Eine sorgfältige Evaluation durch einen ausgebildeten Suchtspezialisten mit speziellem Schwerpunkt in Transplantationsmedizin kann sehr hilfreich sein.
- Die psychosoziale Begutachtung mag Anhaltspunkte für ein geringeres oder höheres Rückfallrisiko geben, kann aber nicht das absolute Risiko verlässlich vorhersagen.
- Die psychiatrische oder psychologische Untersuchung muss eingebettet sein in eine breit angelegte Begutachtung der Behandlungsfolgen für den Patienten.
- Besonders problematisch ist die Evaluation im Fall eines schwerkranken Patienten, der noch trinkt, aber ansonsten positive prognostische Parameter aufweist.

In den Leitlinien der Bundesärztekammer zur Lebertransplantation wird eine 6-monatige Abstinenz empfohlen. Die Autoren halten aufgrund der vorliegenden empirischen Befunde zumindest eine gewisse Flexibilisierung für gerechtfertigt.

Für die psychiatrische Begutachtung spielt sicherlich die Frage einer mögli-

chen weiteren Alkoholbelastung (Abstinenz oder weiterer Alkoholkonsum) eine große Rolle und ist vor dem Hintergrund der üblichen Prognosekriterien zu beurteilen. Unter den Labormarkern wird neben CDT vor allem Äthylglukuronid eine gewisse Bedeutung bei der Verifizierung/Ausschluss eines Alkoholkonsums zugeschrieben [22, 43]. Erwähnenswert als psychometrisches Verfahren ist die ins Deutsche übersetzte Transplant Evaluation Rating Scale [40]. Die Einengung der psychiatrischen Begutachtung auf den Abstinenzzeitraum unmittelbar vor der Aufnahme auf die Transplantationswarteliste erscheint nicht ausreichend, um eine alleinige Prognose zu begründen. Motivation und Adhärenz einerseits, vor allem auch frühere Abstinenzphasen andererseits, die prognostisch günstig sind und an die therapeutisch angeknüpft werden könnten, müssen berücksichtigt werden. Diese sind in den bisherigen Studien weitgehend vernachlässigt worden. Insgesamt bleibt festzustellen, dass die Prognose ad vitam bei Transplantation aufgrund alkoholischer Leberzirrhose überraschend günstig ist, sodass eine extrem restriktive Begutachtung und Beurteilung aus psychiatrischer Sicht nicht notwendig erscheint.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. M. Soyka**  
Privatklinik Meiringen  
Postfach 612  
3860 Meiringen  
Schweiz  
michael.soyka@privatklinik-meiringen.ch

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Aguilera V, Berenguer M, Rubin A et al (2009) Cirrhosis of mixed etiology (hepatitis C virus and alcohol): posttransplantation outcome-comparison with hepatitis C virus-related cirrhosis and alcoholic-related cirrhosis. *Liver Transpl* 15:79–87
2. Bathgate AJ (2006) For UK Liver Transplant Units. Recommendations for alcohol-related liver disease. *Lancet* 367:2045–2046

Nervenarzt 2013 · 84:1075–1080 DOI 10.1007/s00115-012-3665-8  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

M. Soyka · F. Stickel

## Psychiatrische Begutachtung zur Transplantationsfähigkeit bei Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose. Welche Prognosekriterien sind empirisch gesichert?

### Zusammenfassung

Leberfunktionsstörungen sind die häufigste körperliche Folgestörung bei Alkoholismus. Eine Leberzirrhose entwickeln 10–20% aller alkoholkranken Patienten, eine der häufigsten Todesursachen bei Alkoholismus. Die alkoholische Leberzirrhose ist mittlerweile eine anerkannte Indikation für eine Lebertransplantation und in Deutschland die häufigste medizinische Ursache dafür.

Die Untersuchung zur Indikationsstellung vor Durchführung einer Lebertransplantation beinhaltet in aller Regel auch eine psychiatrische Untersuchung. Die dabei zugrunde gelegten Prognosekriterien sind international umstritten, insbesondere die sogenannte 6-Monats-Regel (6-monatige Abstinenz vor Transplantation) wird kontrovers diskutiert. Prädiktoren für eine eher ungünstige Prognose sind vor dem Hintergrund der vorliegenden Studienergebnisse und Metaanalysen

eine Alkoholabhängigkeit (nicht Alkoholmissbrauch), relativ geringe Abstinenzdauer, familiäre Belastung mit Alkoholismus, eher junges Alter, komorbider weiterer Substanzgebrauch, Non-Compliance, koexistente psychiatrische Erkrankungen sowie soziale Instabilität und evtl. weibliches Geschlecht. Insbesondere die Abstinenzdauer von 6 Monaten ist dabei nicht unumstritten. Der aktuelle Wissensstand zu diesem Thema wird dargestellt und kritisch diskutiert. Schließlich werden auch mögliche suchtherapeutische Interventionen bei Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose dargestellt.

### Schlüsselwörter

Alkohol · Alkoholabhängigkeit · Begutachtung · Prognose · Lebertransplantation

3. Bellamy CO, DiMartini AM, Ruppert K et al (2001)

6. Burra P, Senzolo M, Adam R et al (2010) Liver trans-

## Psychiatric assessment of alcoholic patients on a waiting list for liver transplantation. Which prognostic criteria are empirically proven?

### Summary

Liver disorders are the most frequent somatic complications of alcoholism. As 10–20% of alcoholic patients will develop liver cirrhosis, this is the most frequent reason for premature death in alcoholic patients. Liver transplantation is now an accepted therapy for alcoholic liver cirrhosis but psychiatric assessment is usually required for patients entering a waiting list for transplantation. Prognostic criteria are controversially discussed, especially the so-called 6-month rule. Numerous studies and recent meta-analyses have

indicated that duration of alcoholism, family history, age, sex, comorbid substance use and psychiatric disorders, noncompliance and social instability are outcome predictors. The 6-month criterion is not well proven but some studies are indicative. Possible therapeutic interventions for alcoholic patients on a waiting list are discussed.

### Keywords

Alcohol · Alcoholism · Assessment · Prognosis · Liver transplantation

Liver transplantation for alcoholic cirrhosis: long-term follow-up and impact of disease recurrence. *Transplantation* 72:619–626

4. Beresford TP (1994) Psychiatric assessment of alcoholic candidates for liver transplantation. In: Lucey MR, Merion RM, Beresford TO (Hrsg) *Liver transplantation and the alcoholic patient*. Cambridge University Press, Cambridge, S 29–49
5. Björnsson E, Olsson J, Rydell A et al (2005) Long-term follow-up of patients with alcoholic liver disease after liver transplantation in Sweden: impact of structured management on recidivism. *Scand J Gastroenterol* 40:206–216
6. Burra P, Senzolo M, Adam R et al (2010) Liver transplantation for alcoholic liver disease in Europe: a study from the ELTR (European Liver Transplant Registry). *Am J Transplantation* 10:138–148
7. Carbone M, Neuberger J (2010) Liver transplantation for hepatitis C and alcoholic liver disease. *J Transplant*: 893893
8. Conjeevaram HS, Hart J, Lissos TW et al (1999) Rapidly progressive liver injury and fatal alcoholic hepatitis occurring after liver transplantation in alcoholic patients. *Transplantation* 67:1562–1568
9. (o A) (2006) Consensus conference: indications for liver transplantation, January 19 and 20, 2005, Lyon-Palais Des Congrès: text of recommendation (long version). *Liver Transpl* 12:998–1011

10. Cuadrado A, Fabrega E, Casfont F, Pons.Romero F (2005) Alcohol recidivism impairs long-term patient survival after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transpl* 11:420–426
11. Day E, Best D, Sweeting R et al (2008) Detecting lifetime alcohol problems in individuals referred for liver transplantation for non-alcoholic liver failure. *Liver Transpl* 14:1609–1613
12. De Gottardi A, Spahr L, Gelez P et al (2007) A simple score for predicting alcohol relapse after liver transplantation: results from 387 patients over 15 years. *Arch Intern Med* 167:1183–1188
13. Dew MA, DiMartini AF, Steel J et al (2008) Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. *Liver Transpl* 14:159–172
14. Di Martini A, Day N, Dew MA et al (2008) Clusters of alcohol use disorders diagnostic criteria and predictors of alcohol use after liver transplantation for alcoholic liver disease. *Psychosomatics* 49:332–340
15. Di Martini A, Day N, Dew MA et al (2006) Alcohol consumption patterns and predictors of use following liver transplantation for alcohol liver disease. *Liver Transpl* 12:813–820
16. Di Martini A, Dew MA, Day N et al (2010) Trajectories of alcohol consumption following liver transplantation. *Am J Transplant* 10:2305–2312
17. Dom G, Francque S, Michielsens P (2010) Risk for relapse of alcohol use of the liver transplantation for alcoholic liver disease: a review and proposal of a set of risk assessment criteria. *Acta Gastroenterol Belg LXXIII* 247–251
18. Dumortier J, Guillaud O, Adham M et al (2007) Negative impact of de novo malignancies rather than alcohol relapse on survival after liver transplantation for alcoholic cirrhosis: a retrospective analysis of 305 patients in a single center. *Am J Gastroenterol* 102:1032–1041
19. Duvous C, Delacroix I, Richardet JP et al (1999) Increased incidence of oropharyngeal squamous cell carcinomas after liver transplantation for alcoholic cirrhosis. *Transplantation* 67:418–421
20. Erim Y, Möller E, Beckebaum S et al (2006) Manualised group therapy concept for patients with alcoholic cirrhosis awaiting liver transplantation (auf Deutsch). *Z Psychosom Med Psychother* 52:243–258
21. Erim Y, Beckmann M, Tagay S et al (2006) Stabilisation of abstinence by means of psychoeducation for patients with alcoholic liver disease awaiting liver transplantation (auf Deutsch). *Z Psychosom Med Psychother* 52:341–357
22. Erim Y, Böttcher M, Dahmen U et al (2007) Urinary ethyl glucuronide testing detects alcohol consumption in alcoholic liver disease patients awaiting liver transplantation. *Liver Transpl* 13:757–761
23. Fuller RK (1997) Definition and diagnosis of relapse to drinking. *Liver Transpl Surg* 3:258–262
24. Gedaly R, Mc Hugh PP, Johnston TD et al (2008) Predictors of relapse to alcohol and illicit drugs after liver transplantation for alcoholic liver disease. *Transplantation* 86:1090–1095
25. Georgiou G, Webb K, Griggs K et al (2003) First report of a psychosocial intervention for patient with alcohol-related liver disease undergoing liver transplantation. *Liver Transpl* 9:772–775
26. Gramenzi A, Getto S, Caputo F et al (2011) Liver transplantation for patients with alcoholic liver disease. An open question. *Dig Liv Dis* 43:843–849
27. Karum Z, Intaraprasong P, Scudamore CH et al (2010) Predictors of relapse to significant alcohol drinking after liver transplantation. *Can J Gastroenterol* 24:245–250
28. Kotlyar DS, Burke A, Campbell MS, et al (2008) A critical review of candidacy for orthotopic liver transplantation in alcoholic liver disease. *Am J Gastroenterol* 103:734–743
29. Küfner H, Feuerlein W (1989) Inpatient treatment for Alcoholism. A Multi-Centre Evaluation Study. Springer, Berlin
30. Lucey MR (2011) Liver transplantation in patients with alcoholic liver disease. *Liver transplantation* 17:751–759
31. Lucey MR, Brown KA, Everson GT et al (1997) Minimal criteria for placement of adults on the liver transplant waiting list: a report of a national conference organized by the American Society of Transplant Physicians and the American Association for the Study of Liver Diseases. *Liver Transpl Surg* 3:628–637
32. Lucey MR, Carr K, Beresford TP et al (1997) Alcohol use after liver transplantation in alcoholics: a clinical cohort follow-up study. *Hepatology* 25:1223–1227
33. Mathurin P, Moreno C, Samuel D et al (2011) Early liver transplantation for severe alcoholic hepatitis. *N Engl J Med* 365:1795–1800
34. MC Callum S, Masterton G (2006) Liver transplantation for alcoholic liver disease: a systematic review of psychosocial selection criteria. *Alcohol* 41:358–363
35. Neuberger J (2007) Public and professional attitudes to transplanting alcoholic patients. *Liver Transpl* 13:565–68
36. Neuberger J, Schulz KH, Day C et al (2002) Transplantation for alcoholic liver disease. *J Hepatol* 36:130–137
37. Nickels M, Jain A, Sharma R et al (2007) Polysubstance abuse in liver transplant patients and its impact on survival outcome. *Exp Clin Transplant* 2:680–685
38. Pageaux GP, Bismuth M, Perney P et al (2003) Alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease: does it matter? *J Hepatol* 38:629–634
39. Pfitzmann R, Schwenzler J, Rayes N et al (2007) Long-term survival and predictors of relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic disease. *Liver Transpl* 13:197–205
40. Rothenhäusler HB, Ehrentraut S, Kapfhammer HP (2003) Psychiatrische Evaluation von Patienten vor Lebertransplantationen. Ergebnisse einer konsiliar-psychiatrischen Studie über 281 Lebertransplantationskandidaten während eines 4-Jahres-Zeitraums. *Psychother Psych Med* 53:364–375
41. Saigal S, Norris S, Muesan P et al (2002) Evidence of differential risk for post-transplantation malignancy based on pre-Transplantation cause in patients undergoing liver transplantation. *Liver Transpl* 8:482–487
42. Soyka M, Küfner H (2008) Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart
43. Staufer K, Andresen H, Vettorazzi E et al (2011) Urinary ethyl glucuronide as a novel screening tool in patients pre- and post-liver transplantation improves detection of alcohol consumption. *Hepatology* 54:1640–1649
44. Tang H, Boulton R, Gunson B et al (1998) Patterns of alcohol consumption after liver transplantation. *Gut* 43:140–145
45. Tome S, Lucey MR (2003) Timing of liver transplantation in alcoholic cirrhosis. *J Hepatol* 39:302–307
46. Tomé S, Martínez-Rey C, González-Quintela A et al (2002) Influence of superimposed alcoholic hepatitis on the outcome of liver transplantation for end-stage alcoholic liver disease. *J Hepatol* 36:793–798
47. Vaillant GE (2003) A 60-year-follow up of alcoholic men. *Addiction* 98:1043–1051
48. Verrill C, Markham H, Templeton A et al (2009) Alcohol-related cirrhosis—early abstinence is a key factor in prognosis, even in the most severe cases. *Addiction* 104:768–774
49. Watt KD, Pedersen SA, Kremers WK et al (2010) Evaluation of causes and risk factors for mortality post-liver transplant: results of the NIDDK long-term follow-up study. *Am J Transplant* 10:1420–1427
50. Weinrieb RM, Van Horn DH, Lynch KG, Lucey MR (2011) A randomized, controlled study of treatment for alcohol dependence in patients awaiting liver transplantation. *Liver Transpl* 16:91–97
51. Wells JT, Said A, Agni R et al (2007) The impact of acute alcoholic hepatitis in the explanted recipient liver on outcome after liver transplantation. *Liver Transpl* 13:1728–1735
52. Yates WR, Martin M, LaBrecque D et al (1998) A model to examine the validity of the 6-month abstinence criterion for liver transplantation. *Alcohol Clin Exp Res* 22:513–517



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.