

Hepatitis A

Erreger

Das Hepatitis-A-Virus (HAV) gehört zur Familie der Picornaviren. Einziger natürlicher Wirt ist der Mensch. Die Nomenklatur „Hepatitis A“ geht auf Sheila Sherlock zurück, die 1956 klinisch die „infektiöse Hepatitis“ (Typ A) mit kurzer Inkubationszeit und oralem Infektionsweg und „Serumhepatitis“ (Typ B) mit längerer Inkubationszeit und parenteraler Transmission unterschied.

Epidemiologie

Die Hepatitis A ist weltweit verbreitet. Die niedrigste Inzidenz findet sich in Nord- und Mitteleuropa, sie ist allgemein rückläufig in Industrieländern. In Deutschland und Mitteleuropa sind Neuinfektionen durch Hygienemaßnahmen selten geworden. Bei ungefähr der Hälfte aller Fälle handelt es sich um Reiseinfektionen, am meisten derzeit nach Aufhalten in Ägypten.



Ausbrüche werden regelmäßig auch bei uns beobachtet. Vielfach lässt sich dabei ein direkter oder indirekter Kontakt mit „importierten“ Fällen nachweisen, häufig bleibt der Infektionsweg aber unklar. Die Übertragung erfolgt fast immer fäkal-oral durch kontaminierte Speisen. Das Virus ist in der Umwelt ausgeprägt stabil, auch bei hohen Temperaturen. Insbesondere in Muscheln kann es über Monate persistieren.

Infizierte scheiden das Virus bereits 1–2 Wochen vor der klinischen oder subklinischen Manifestierung aus und sind dann bereits ansteckungsfähig. Eine parenterale Übertragung durch Blut oder Blutprodukte kommt vor und hat eine gewisse Relevanz bei Konsumenten intravenöser Drogen. Risikogruppen sind medizinisches Personal, Kanalarbeiter und Beschäftigte in Kläranlagen, Drogenkonsumenten etc. sowie in Epidemiegebieten Reisende, insbesondere ältere Menschen.

Klinik

Die Inkubationszeit beträgt 2–6 Wochen. Meist handelt es sich um eine akute Hepatitis; asymptomatische, aber ansteckungsfähige Verläufe sind jedoch nicht selten. Bei Kindern ist die Infektion meist klinisch unauffällig. Mit zunehmendem Alter der Patienten wird der Verlauf ernster und kann bis zum Leberversagen führen. Die Hepatitis A wird nie chronisch und ist nie Ursache einer Leberzirrhose. Bei Patienten mit Hepatitis C kann die HAV-Infektion besonders schwer verlaufen.

Prophylaxe

Eine aktive Immunisierung mit Langzeitimmunität (10 Jahre) ist verfügbar. Die Immunisierung kann noch unmittelbar vor Reiseantritt begonnen werden.

Eine passive Immunisierung mit Hyperimmunglobulin ist bei Kontakt mit Infizierten (z. B. Mitbewohnern) möglich.

Therapie

Die Therapie erfolgt symptomatisch.

Hinweis zur Meldepflicht bei akuter Virushepatitis

Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod sind nach §6 IfSG durch den feststellenden Arzt namentlich meldepflichtig. Die Meldepflicht besteht nicht, wenn dem Meldepflichtigen ein Nachweis vorliegt, dass die Meldung bereits erfolgte und andere als die bereits gemeldeten Angaben nicht erhoben wurden.

Der direkte oder indirekte Erregernachweis ist nach §7 IfSG durch das feststellende Labor meldepflichtig.

Labordiagnostik

Die HAV-Antikörperbestimmung (Anti-HAV) wird als Suchtest bei Verdacht auf frische oder abgelaufene Infektion durchgeführt. Nachgewiesen werden IgG- und IgM-Antikörper zusammen in einem Test. Anti-HAV kann bei Auftreten der ersten Symptome noch negativ sein. Die Bestimmung kann prinzipiell auch zur Überprüfung der Immunität vor einer geplanten Impfung verwendet werden. Wegen der geringen Durchseuchung in unserer Population ist dies vor einer Impfung jedoch nicht sinnvoll. Eine Kontrolle nach Impfung wird generell nicht empfohlen.

Die gezielte Bestimmung von HAV-IgM-Antikörpern dient zum Nachweis der frischen Infektion. Es ist zu beachten, dass der Parameter bis zu zwei Jahre nach einer Hepatitis A nachweisbar bleiben kann. Anti-HAV-IgM wird passager auch nach Impfung positiv.

Die Bestimmung von HAV-RNA kann aus Stuhl zur Abklärung der Infektiosität des Patienten, beispielsweise vor der Entlassung in eine Gemeinschaftsunterkunft, durchgeführt werden. In seltenen Fällen ist die Bestimmung von HAV-RNA im Stuhl sinnvoll bei ganz akuten Infektionen, bevor spezifische Antikörper im Serum nachweisbar werden. Das Gleiche gilt für den Nachweis aus Blut.

Hinweise zu Präanalytik und Abrechnung

Probenmaterial		1 ml Serum			
Probentransport		Standardtransport			
Methode		Immunoassay			
	EBM		GOÄ	1-fach	1,15-fach
HAV-AK	32612	€ 5,80	4382	€ 13,99	€ 16,09
HAV-AK (IgM)	32613	€ 6,70	4383	€ 13,99	€ 16,09
HAV-RNA	-	-	4780/4782/4783/4786	€ 145,71	€ 167,59
Budgetbefreiungsziffer		32006*			

* Bei Erkrankung oder Verdacht auf Erkrankung

Autor:

Dr. Jan Bartel, Limbach Gruppe

Literatur:

1. C. Poethko-Müller et al.: Die Seroepidemiologie der Hepatitis A, B und C in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 707-715.
2. Robert Koch-Institut: Zur Situation der Hepatitis A in Deutschland im Jahr 2007. Epid Bull 2008; 44: 379-380.
3. Robert Koch-Institut: Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004; 47: 165-206. Springer-Verlag 2004 (im Internet: <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen).

Stand: März/2015

Ihr Ansprechpartner:
Dr. med. Dirk Sühnel
Leiter Infektionsserologie
 E-Mail: d.suehnel@labor-leipzig.de
 Telefon: +49 341 6565-723