

Hepatitis A

Die Hepatitis A wird durch das Hepatitis-A-Virus (HAV) verursacht. Weltweit gibt es jährlich schätzungsweise 1,4 Millionen HAV-Infektionen; besonders weit verbreitet ist Hepatitis A in Asien, Afrika und den GUS-Staaten, in Süd- und Osteuropa sowie Zentral- und Südamerika.

In Deutschland macht die Hepatitis A gut die Hälfte aller virusbedingten Leberentzündungen aus. Schätzungen gehen davon aus, dass sich bei uns jährlich etwa 50000 Menschen mit HAV infizieren und dass etwa 5 % der 15-40-Jährigen eine Hepatitis A durchgemacht haben.

Übertragungswege

Das Virus wird über den Darm ausgeschieden und hauptsächlich „fäkal-oral“ übertragen, also indem menschliche Ausscheidungen (lat.: faeces) direkt oder indirekt in den Mund gelangen; auch eine Übertragung durch Blut ist möglich:

- ▷ **im Toiletten-, Bad- und Küchenbereich:** bei mangelnder Hygiene (Händewaschen) durch gemeinsame Benutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug oder Handtüchern, durch verschmutztes Geschirr oder Besteck;
- ▷ **durch verunreinigtes Spritzbesteck und Zubehör** (Filter, Löffel, Röhrchen zum Sniefen, Wasser) **beim Drogengebrauch;**
- ▷ **durch verunreinigte oder nicht lang genug gekochte Nahrungsmittel,** vor allem durch Meeresfrüchte (Muscheln z. B. filtern große Mengen Wasser und reichern dadurch HAV an), **ungeschältes Obst, Gemüse, Salate oder verschmutztes Trinkwasser** (auch in Form von Speiseeis und Eiswürfeln!);

▷ **beim Sex,** entweder beim anal-oralen Sex („Rimming“) oder indirekt über den Weg Anus, Finger, Mund. HAV kann auch beim Sex mit Blut-Blut- bzw. Blut-Schleimhautkontakten übertragen werden.

Eine Übertragung durch Speichel, Urin oder Sperma ist sehr selten, eine Ansteckung durch Blutprodukte so gut wie ausgeschlossen, da Blutprodukte auf HAV getestet werden.

Infektiosität

Die Virusausscheidung und damit auch die Ansteckungsgefahr für andere beginnt etwa zwei Wochen vor Auftreten von Krankheitssymptomen und ist in dieser Zeit auch am stärksten; mit Abklingen der Symptome klingt auch die Infektiosität ab.

Besonders Gefährdete

Reisende in Gebiete, in denen Hepatitis A weit verbreitet ist (vor allem tropische und subtropische Länder und Länder mit niedrigem Hygienestandard; siehe oben), intravenös Drogen Gebrauchende, Personen mit häufig wechselnden Sexualpartner(inne)n, Menschen, die auf engem Raum zusammenleben (Inhaftierte/Gefängnispersonal, Heimbewohner/innen und Betreuungspersonal), Angehörige von Heil- und Pflegeberufen.

Bei Drogengebraucher(inne)n und schwulen Männern erreichen die Infektionsraten teilweise über 50 %.

Vorbeugung

Die sicherste Vorbeugung gegen Hepatitis A ist eine Schutzimpfung durch aktive Immunisierung mit einem Tot-Impfstoff (siehe S. 13). Der Impfschutz tritt in der Regel eine bis vier Wochen nach der ersten

Impfung ein; sechs bis zwölf Monate nach der ersten Impfung wird eine Auffrischungsimpfung vorgenommen. Bei diesem Vorgehen entwickeln fast alle Personen mit intaktem Immunsystem einen Impfschutz, der in der Regel mehr als zehn Jahre hält. Ob danach (noch) ein Impfschutz besteht, kann durch die Bestimmung der Hepatitis-A-Antikörper im Blut festgestellt werden; falls nicht, sollte erneut geimpft werden.

info+

Bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem, z. B. bei Dialysepatient(inn)en oder HIV-Infizierten, baut sich manchmal kein ausreichender Impfschutz auf. Bei HIV-Positiven hängt die Impfreaktion vom Zustand des Immunsystems ab. Bei CD4-Zellzahlen über 200/µl Blut zeigen maximal 35 % der Impflinge keine ausreichende Reaktion, bei CD4-Zellzahlen unter 200 steigt die Anzahl der nicht auf die Impfung Reagierenden auf etwa 90 %. Schlägt eine Impfung nicht an, wird eine Wiederholung mit höherer Dosis in mehreren Schritten empfohlen, bis ein ausreichender Impfschutz erreicht ist. Manchmal geht ein bestehender Impfschutz auch vorzeitig verloren. Ist keine Immunität mehr vorhanden, sollte nach Erholung des Immunsystems eine Auffrischungsimpfung oder eine erneute Impfung nach Impfschema erfolgen.

Aktiv immunisieren lassen sollten sich alle Menschen, die zu den gefährdeten Gruppen gehören und bei denen keine ausreichende Menge von Antikörpern gegen Hepatitis-A-Virus nachweisbar ist. Dazu gehören nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision⁷ u. a. homosexuell aktive Männer, Bluter/innen, Patient(inn)en mit einer chronischen Lebererkrankung, die keine Hepatitis-A-Virus-Antikörper besitzen, medizinisches und anderes Fach- und Pflegepersonal sowie Küchen- und Reinigungskräfte im Gesund-

heitsdienst, in Kindertagesstätten, Kinderheimen, psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen sowie Reisende in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz (= weiter Hepatitis-A-Verbreitung).

Bei einem zeitlich begrenzten Risiko für eine Hepatitis-A-Infektion oder wenn vor einer Fernreise die Zeit für eine aktive Schutzimpfung nicht ausreicht, ist auch eine **passive Immunisierung** mit spezifischen Immunglobulinen möglich (= Antikörper von Menschen, die bereits eine Hepatitis durchgemacht haben). Der Impfschutz hält bei dieser Methode aber nur etwa drei Monate an, weil die schützenden Antikörper rasch abgebaut werden.

In Ländern mit niedrigem Hygienestandard sollte man ungekochte Nahrung vermeiden und nur desinfiziertes (notfalls mit Silberchlorid-Tabletten) oder abgekochtes Wasser trinken. Der Verzehr von Muscheln, die zu ihrer Ernährung große Mengen von Wasser filtern, ist besonders riskant, da Muschelbänke häufig im Einleitungsbereich menschlicher Abwässer liegen. Auf ungeschältes Obst, Salat, Eiswürfel und Speiseeis sollte man in diesen Ländern generell verzichten.

Bei injizierendem Drogengebrauch verringert Safer Use das Infektionsrisiko, also die Verwendung des eigenen, sterilen Spritzbestecks (Spritze, Nadel, Zubehör wie Filter und Löffel, sauberes Wasser).

Kondomgebrauch beim Anal- oder Vaginalverkehr verringert das Infektionsrisiko, schließt es aber nicht völlig aus, denn HAV kann z. B. auch bei anal-oralen Sexualkontakten („Rimming“) übertragen werden (siehe oben).

⁷ Quelle: www.rki.de, Stand: Juli 2002; siehe auch „Ratgeber – Hepatitis A“ unter www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM

Maßnahmen für Patient(inn)en und Kontaktpersonen

Die meisten Patient(inn)en mit Hepatitis A können zu Hause ausreichend versorgt werden und müssen nicht ins Krankenhaus eingewiesen werden. Empfohlen wird körperliche Schonung; ob Bettruhe eingehalten werden muss, ist vom Zustand des Patienten/der Patientin abhängig. Im Krankenhaus ist eine Unterbringung im Einzelzimmer und die Benutzung einer eigenen Toilette notwendig, und zwar bis zu zwei Wochen nach Auftreten erster klinischer Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten eines Ikterus.

Laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) dürfen Hepatitis-A-Kranke oder -Verdächtige in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Erkrankte bzw. Hepatitis-verdächtige Betreute müssen während des Zeitraums der Infektiosität isoliert werden; diese Regelungen gelten entsprechend für Wohngemeinschaften.

Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis A leben, sie pflegen oder betreuen, sowie Partner/innen von HAV-Infizierten sollten sich – sofern kein Impfschutz besteht – möglichst umgehend impfen lassen und für den Zeitraum der Infektiosität besonders auf Hygiene achten, also z. B. die Hände nach jeder Toilettenbenutzung und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel desinfizieren. Ist die strikte Einhaltung dieser hygienischen Maßnahmen nicht gewährleistet, können Kontaktpersonen ohne Impfschutz vier

Wochen nach dem letzten Kontakt zu dem oder der HAV-Infizierten vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen werden.

► Post-Expositions-Prophylaxe⁸

Wer Kontakt zu einem/einer infektiösen Hepatitis-A-Kranken hatte und weder geimpft ist noch (nach bereits durchgemachter Hepatitis A) natürliche Immunität besitzt, kann sich bis ca. 14 Tage nach dem Risikokontakt noch impfen lassen. Durchgeführt wird dann eine Simultanimpfung, d.h. es wird passiv immunisiert (mit Immunglobulinen, siehe S. 14) und zeitgleich mit einer aktiven Schutzimpfung begonnen (mit Tot-Impfstoffen, siehe S. 13).

Diagnose

Eine Hepatitis A wird festgestellt, indem Antikörper gegen das Hepatitis-A-Virus im Blut nachgewiesen werden. Für eine frische Infektion sprechen Antikörper des Typs IgM, die sich etwa zwei bis vier Wochen nach der Infektion, also in der Frühphase der Immunantwort des Körpers bilden; sie können über drei bis vier Monate nachgewiesen werden. Antikörper vom Typ IgG werden etwa gleichzeitig gebildet und bleiben nach einer durchgemachten Hepatitis A meist lebenslang nachweisbar. Anhand dieser Antikörper kann bei unklaren Leberwerterhöhungen und Krankheitsbeschwerden auch unterschieden werden, ob eine akute Hepatitis-A-Infektion vorliegt oder nicht (erhöhte Leberwerte mit nachgewiesenen IgG-Antikörpern ohne gleichzeitig nachgewiesene IgM-Antikörper sprechen gegen eine akute Infektion). Nur selten dagegen werden im Rahmen der Routinediagnostik Verfahren zum Nachweis des Virus selbst (z. B. der so genannte PCR-Test) angewendet.

⁸ post = nach, Exposition = hier: Ausgesetztsein (einem Risiko/einem Erreger), Prophylaxe = Vorbeugung

Verlauf

Zwischen Infektion und Erkrankung vergehen etwa 3–4 Wochen (= Inkubationszeit). In dieser Zeit ist die Virusmenge im Stuhl sehr hoch, und auch im Blut ist HAV nachweisbar.

Die sich anschließende **akute Infektion** kann **asymptomatisch** verlaufen, doch besteht auch dann Infektionsgefahr. Bei **mildem Verlauf** treten oft nur geringe allgemeine Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Abneigung gegen Fett und Alkohol, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen sowie Muskel- und Gelenkschmerzen auf. In dieser etwa zweiwöchigen Phase besteht häufig ein mäßiges Fieber. Anschließend kommt es in etwa einem Drittel der Fälle zu einem **ausgeprägten** Verlauf mit „Gelbsucht“ (Ikterus mit Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten, dunklem Urin, entfärbtem, manchmal schäumendem Stuhl und oft auch starkem Juckreiz); Verläufe ohne Gelbsucht werden häufig als Grippe fehlgedeutet. Die Krankheitsbeschwerden klingen in der Regel nach zwei bis sechs Wochen wieder ab.

In etwa 0,01–0,1 % der Fälle kommt es zu einem „**fulminanten Verlauf**“ mit lebensgefährlichem **akuten Leberversagen**, bei dem in der Regel nur noch eine Lebertransplantation Rettung bringen kann. Das Risiko eines solchen Verlaufs ist erhöht bei Personen über 50 Jahren sowie möglicherweise bei Personen mit bereits bestehender chronischer Lebererkrankung (z. B. einer chronischen Hepatitis B).

Eine chronische Verlaufsform wurde bislang nicht beschrieben, eine Hepatitis A heilt also immer vollständig aus. Anschließend besteht lebenslange Immunität (= Schutz vor Wiederansteckung).

Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen / Immunschwäche

Bei bereits bestehender Leberschädigung (z. B. bei chronischer Hepatitis B/C oder alkoholbedingter Zirrhose) verläuft eine Hepatitis A häufiger schwer (fulminant) und damit lebensgefährlich.

Behandlung

Für die akute Hepatitis A gibt es keine spezifische Behandlung. Empfohlen werden körperliche Schonung, die Behandlung der Allgemeinsymptome, eine ausgewogene, nicht zu fette Ernährung (eine spezielle Diät ist nicht erforderlich), der Verzicht auf Alkohol sowie – wenn möglich – die Vermeidung leberschädigender Medikamente (siehe auch „Allgemeine Verhaltenstipps“, S. 16). Ein Krankenhausaufenthalt ist in der Regel nicht erforderlich.