

Hepatitis E

Erreger: Hepatitis E-Virus (HEV)

Erreger der Hepatitis E ist ein kleines unbehülltes Virus, das Hepatitis E-Virus (HEV), welches noch nicht endgültig klassifiziert ist. Es sind mehrere Genotypen bekannt. Neben dem Menschen infiziert das HEV sowohl Schweine, als auch verschiedene Affen- und Nagetierarten. Ähnlich dem Hepatitis A-Virus ist das HEV sehr resistent gegenüber Umwelt- und chemischen Einflüssen. Sichere Methoden der Inaktivierung sind Autoklavieren und die Verwendung sicherer Desinfektionsmittel (siehe auch die jeweils aktuelle Version des Expertenverzeichnisses unter www.oeghmp.at oder die jeweils aktuelle Liste der geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel unter www.rki.de).

Reservoir: Neben den Menschen infiziert HEV auch Schimpansen und andere Affenarten sowie Hauschweine. Die epidemiologische Bedeutung dieser Wirte ist unklar.

Epidemiologie: Ähnlich dem Hepatitis A-Virus wird das HEV fäkal-oral übertragen. Hauptübertragungsweg ist die Aufnahme fäkal kontaminierten Trinkwassers; direkte Übertragungen von infizierten Personen auf Kontaktpersonen kommen selten vor.

Die Hepatitis E ist vor allem in Südost- und Zentralasien, dem Mittleren Osten, Nord- und Westafrika und Mittelamerika verbreitet. In Österreich sind die wenigen beschriebenen Fälle fast ausschließlich auf Reisende, die aus Endemiegebieten zurückkehren, beschränkt.

Erkrankung und natürlicher Verlauf: Die Inkubationszeit beträgt 4 bis 5 Wochen. Das HEV wird bereits während der späten Inkubationsphase (1 bis 2 Wochen vor Erkrankungsbeginn) im Stuhl ausgeschieden und ist bis zu 2 Wochen nach Ausheilung nachweisbar.

Die akute Hepatitis E ist klinisch der akuten Hepatitis A sehr ähnlich, verläuft jedoch generell schwerer. Neben den allgemeinen Symptomen der akuten Hepatitis wie Oberbauchbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit und Fieber kommt es meist zu einem recht stark ausgeprägten Ikterus. Die Letalität wird mit bis zu 1% angegeben und ist besonders hoch bei Schwangeren (besonders im

dritten Trimenon), von denen bis zu 20% an der Hepatitis E versterben. Es gibt aber auch anikterische oder sogar gänzlich inapparente Verläufe. Mit Ausnahme der tödlichen Fälle heilt die Hepatitis E immer aus. Chronische Verläufe sind nicht bekannt, jedoch wurden vereinzelt protrahierte Verläufe beobachtet.

Diagnose: Neben einer typischen Anamnese und Klinik ist der deutliche Anstieg der Transaminasen charakteristisch. Die spezifische Diagnose der akuten Hepatitis E erfolgt durch den Nachweis von Anti-HEV-Antikörpern der IgM-Klasse. Diese Antikörper sind bereits bei Krankheitsbeginn nachweisbar, verschwinden aber in den folgenden Wochen wieder. Spezifische Anti-HEV-Antikörpern der IgG-Klasse sind bei Erkrankungsbeginn meist ebenfalls schon vorhanden; sie persistieren über Jahre. Anti-HEV-IgG (außerhalb der akuten Erkrankung) zeigt eine durchgemachte Hepatitis E-Infektion an. Der Nachweis von HEV im Stuhl (z.B. mittels molekularer Methoden) ist ebenfalls möglich, spielt aber in der Routinediagnostik keine Rolle.

Therapie: Eine spezifische Therapie der Hepatitis E existiert nicht. Die symptomatische Behandlung besteht in Bettruhe oder zumindest Vermeidung körperlicher Anstrengung. Eine spezielle Diät, leichte, fettarme Wunschkost und der Verzicht auf Alkohol wäre sinnvoll.

Prävention: Die Übertragung des Erregers kann wirksam durch Vermeiden einer fäkal-oralen Schmierinfektion, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden.

Es ist derzeit weder eine aktive noch eine passive Impfung verfügbar.

Maßnahmen für PatientInnen und Kontaktpersonen: Bei den meisten PatientInnen mit Hepatitis E wird eine Krankenhauseinweisung nicht notwendig sein; die Einhaltung von Bettruhe ist vom individuellen Zustand abhängig. Beim Umgang mit an Hepatitis E Erkrankten und ihren Kontaktpersonen ist zu berücksichtigen, dass der Höhepunkt der Virusausscheidung und damit der Gipfel der Infektiosität in der späten Inkubationsphase liegt (siehe oben). Da der Stuhl praktisch die einzige bedeutsame Infektionsquelle ist, erscheint

die Händehygiene als wichtigste Maßnahme. In fäkal kontaminierten Bereichen sind Handschuhe und gegebenenfalls auch Schutzkleidung zu tragen. Eine strikte Isolierung von PatientInnen ist im Allgemeinen nicht erforderlich.

Kontaktpersonen müssen über Übertragungswege, Symptome und präventive Maßnahmen informiert werden. Eine Isolierung von Kontaktpersonen ist nicht erforderlich.

Wiederzulassung in Schulen

Bei Vorliegen einer Hepatitis E kann die Zulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung (z.B. Kindergarten, Schule) erfolgen, sobald die Krankheitssymptome abgeklungen sind. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. Ein Ausschluss von Kontaktpersonen ist nicht erforderlich. Allgemein kann vom Ausschluss abgesehen werden, wenn in Absprache mit der Gesundheitsbehörde die Einhaltung einer wirksamen Händehygiene gewährleistet ist.

Meldepflicht: Verdachts-, Erkrankungs- und Sterbefall durch den zugezogenen (behandelnden) Arzt an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde (Gesundheitsamt).

Aufgaben des Amtsarztes: Die Aufgaben des Amtsarztes umfassen die Beratung, die Erhebung der Infektionsquelle (auch bei sporadischen Fällen) und gegebenenfalls ihre Sanierung.

Falldefinition

Klinik

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis, charakterisiert durch akuten/subakuten Krankheitsbeginn mit Ikterus oder erhöhten Serumtransaminasen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden bei Ausschluss einer akuten Hepatitis A, B und C sowie anderer Ursachen einer akuten Hepatitis:

- ❖ Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR)
- ❖ HEV-IgM-Antikörper-Nachweis (z.B. ELISA)
- ❖ HEV-IgG-Antikörper-Nachweis (> vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z.B. ELISA)

Fallklassifizierung

- ❖ Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung:
Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion. Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z.B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser
- ❖ Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung:
Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und labordiagnostischer Nachweis
- ❖ Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion:
Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischem Bild
- ❖ Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion:
Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar

Referenzzentrum/-labor: keines

Ansprechpartner:

Univ.Prof. Dr. Harald H. Kessler
Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin der Medizinischen Universität Graz
Universitätsplatz 4, 8010 Graz
Tel: 0316 380 43 63 oder 43 80
Fax: 0316 380 96 50
E-Mail: harald.kessler@meduni-graz.at