

Hepatitis E

Erreger

Erreger der Hepatitis E ist ein kleines unbehülltes Virus, das Hepatitis E-Virus (HEV), welches der Familie Hepeviridae zugeordnet wird. Es sind 5 Genotypen bekannt, wobei die Genotypen 1-4 humanpathogen sind (Genotyp 5 kommt nur bei Vögeln vor). Ähnlich dem Hepatitis A-Virus ist das HEV sehr resistent gegen über Umwelt- und chemischen Einflüssen. Sichere Methoden der Inaktivierung sind Autoklavieren und die Verwendung eines Desinfektionsmittels mit ausgewiesener viruzider Wirksamkeit nach der VAH-Desinfektionsmittelliste (unter www.vah-online.de bzw. www.iho-viruzidie-liste.de abrufbar).

Reservoir und Übertragung

Für die verschiedenen HEV-Genotypen bestehen unterschiedliche Erregerreservoirs. Die Genotypen 1 und 2 werden offenbar nur von Mensch zu Mensch übertragen. Die Übertragung erfolgt fäkal-oral; Infektionen mit diesen Genotypen kommen daher vorwiegend in Ländern mit schlechter Trinkwasserhygiene vor. Die HEV-Genotypen 3 und 4 werden hauptsächlich bei Tieren nachgewiesen, insbesondere bei Wildschweinen und Hausschweinen, aber auch bei Rotwild. Die Übertragung auf den Menschen kann durch den Genuss von unzureichend gegartem Fleisch dieser Tiere, aber auch durch direkten Kontakt (z.B. Jäger, Tierpräparatoren) erfolgen. Die Infektion mit den Hepatitis E-Genotypen 3 oder 4 kann daher als Zoonose bezeichnet werden.

Epidemiologie

Die HEV-Genotypen 1 und 2 sind vorwiegend in Asien, Afrika und Mexiko endemisch. In Österreich diagnostizierte Hepatitis E-Fälle mit Genotyp 1 oder 2 sind im Allgemeinen importierte Infektionen. Die HEV-Genotypen 3 und 4 kommen sporadisch in Europa, den USA und im äußersten Osten Asiens vor.

Erkrankung und natürlicher Verlauf

Die Inkubationszeit beträgt 30 bis 40 Tage.

Die akute Hepatitis E ist klinisch der akuten Hepatitis A sehr ähnlich. Neben klinisch inapparenten Verläufen, können allgemeine Symptome der akuten Hepatitis wie Oberbauchbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit und Fieber, sowie ein oft recht stark ausgeprägter Ikterus vorkommen.

Hepatitis E

Bei Infektionen mit den HEV-Genotypen 1 bzw. 2 kommt es, bezogen auf die symptomatischen Fälle, in 0.4 bis 4% zu schweren Verläufen, bei Schwangeren zu Letalität in bis zu 20% der Fälle. Mit Ausnahme der tödlichen Fälle heilt die Hepatitis E immer aus. Infektionen mit den Genotypen 3 bzw. 4 verlaufen meist asymptomatisch oder mit unspezifischen Symptomen, jedoch kann es bei Immunsuppression zu einem chronischen Verlauf kommen. HEV-Infektionen bei PatientInnen nach Organ- oder Stammzelltransplantation, hämatologischen Erkrankungen oder HIV-Infektion chronifizieren in 60% der Fälle. Dabei kommt es zu einer rapiden Progression der Leberschädigung (Fibrose, Zirrhose, Leberversagen).

Diagnose

Neben einer typischen Anamnese und Klinik ist der starke Anstieg der Aminotransferasen (ALT, AST) charakteristisch. Die spezifische Diagnose der akuten, aber auch der chronischen Hepatitis E erfolgt durch den Nachweis von HEV-RNA in Stuhl bzw. Blut. Die HEV-Serologie ist unzuverlässig, kürzlich publizierte Studien zeigen eine starke Überschätzung der HEV-Prävalenz in europäischen Bevölkerungsgruppen infolge unspezifischer Anti-HEV-IgG-Ergebnisse. Der Nachweis von AntiHEV-IgM ist infolge mangelhafter Sensitivität und Spezifität ebenso als unzuverlässig zu betrachten.

Therapie

Eine akzeptierte spezifische Therapie der akuten Hepatitis E existiert derzeit nicht. Bei Vorliegen einer chronischen Infektion ist, wenn möglich, die Reduktion der Immunsuppression indiziert. Kann im Blut HEV-RNA weiterhin nachgewiesen werden, ist eine Ribavirin-Monotherapie indiziert. Bei Lebertransplantierten kann auch eine Therapie mit pegyliertem Interferon-alpha durchgeführt werden.

Prävention

Die Übertragung von Infektionen mit den HEV-Genotypen 1 und 2 kann wirksam durch Trinkwasserhygiene, aber auch Vermeiden einer fäkal-oralen Schmierinfektion, vor allem durch strikte Händehygiene, verhindert werden. Infektionen mit den HEV-Genotypen 3 und 4 werden durch Nahrungsmittelhygiene (nur vollständig durchgegartes Fleisch essen), aber auch Vermeidung eines Kontakts mit einem potenziell infizierten Tier verhindert. Der seit kurzem in China erhältliche rekombinante Hepatitis E-Impfstoff ist in Österreich nicht zugelassen.

Hepatitis E

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. Stuhl stellt die einzige bedeutsame Infektionsquelle dar, daher erscheint die strikte 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 Todesfall an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde (Gesundheitsamt).

Aufgaben des Amtsarztes: Anamneseerhebung, zahlenmäßige Erfassung (Surveillance), Erhebung der Infektionsquelle (auch bei sporadischen Fällen), Kontaktpersonenerfassung, Entscheidung über Wiederzulassung bei bestimmten Berufsgruppen (Lebensmittel, Gemeinschaft- und Gesundheitseinrichtungen), ggf. Information an die Landeszoonosenkommission, Eintragung ins EMS, ggf. Beratung.