

Erreger

Hepatitis D wird durch das Hepatitis D-Virus (HDV), ein nur beim Menschen natürlich vorkommendes defektes Virus (Virusoid), das nur aus einem RNA-Ring besteht und keine eigene Hülle hat, hervorgerufen. Das HDV ist daher vom gleichzeitigen Vorhandensein des Hepatitis B abhängig. Es sind derzeit 8 Genotypen (1 bis 8) bekannt.

Epidemiologie

Das HDV ist weltweit verbreitet. Da es nur bei Menschen mit bereits vorliegender HBV-Infektion vorkommt, werden die höchsten Prävalenzen in Regionen mit hoher HBV-Prävalenz gefunden. Die weltweit höchste HDV-Prävalenz weist die Mongolei auf, wo etwa zwei Drittel aller mit HBV infizierten Menschen auch mit HDV infiziert sind. In Europa findet man die höchste Rate an HDV-Infektionen in Rumänien. Der HDV-Genotyp 1 ist in Europa, Nordamerika, Zentral- und Südasien, Australien, Afrika und im Nahen Osten prädominant, während die Genotypen 2 und 4 hauptsächlich in Ostasien, der Genotyp 3 vorwiegend in Mittel- und Südamerika und die übrigen Genotypen (5 bis 8) hauptsächlich in Afrika vorkommen. Das HDV besitzt den gleichen Infektionsweg wie HBV (siehe dort).

Erkrankung (Natürlicher Verlauf)

Die HDV-Infektion erfolgt als Simultaninfektion mit HBV oder als Superinfektion eines bereits mit HBV infizierten Menschen. Die Hepatitis D ist die schwerste Form der viralen Hepatitis. Etwa 70% der Infizierten entwickeln eine Leberzirrhose innerhalb von 5 bis 10 Jahren. Darüber hinaus ist das Risiko, ein hepatozelluläres Karzinom zu entwickeln stark erhöht. Dementsprechend ist die Mongolei weltweit das Land mit der höchsten Leberkrebsrate. Symptome sind ähnlich denen bei Hepatitis B (siehe dort). Besonders bei plötzlicher Exazerbation einer chronischen Hepatitis B sollte immer an eine HDV-Superinfektion gedacht werden.

Diagnose

Bei der Diagnostik der Hepatitis D ist zu beachten, dass der Nachweis von HBsAg im Serum obligatorisch ist. Bei einem positiven Anti-HDV-IgG-Ergebnis, muss eine quantitative Bestimmung der HDV-RNA im Plasma erfolgen. Zu beachten ist, dass HBV-DNA- und HDV-RNAspiegel zueinander invers proportional sind, da eine hohe Replikationsrate des HDV einen suppressiven Effekt auf den HBV-DNA-Spiegel ausübt. Die Bestimmung des Anti-HDV-IgM ist obsolet.

Eine aktuelle Leitlinie inklusive diagnostischem Algorithmus wird aktuell von den Mitgliedern des „Hepatitis D International Network (HDIN)“ erarbeitet. Therapie: Für die Behandlung der Hepatitis D steht pegyliertes Interferon-alpha, welches auch mit dem Nukleosid-Analogen Adefovir kombiniert werden kann, zur Verfügung. Zu beachten ist, dass die Therapie möglichst lange (jahrelang?) durchzuführen ist, da eine erhöhte Rate von Spätrelapsen beobachtet wurde. Die Datenlage ist jedoch aktuell unzureichend, daher ist die Durchführung ausgedehnter Therapiestudien von größter Dringlichkeit. Prävention: Die aktive Hepatitis B-Impfung (Grundimmunisierung mit den erforderlichen Auffrischungsimpfungen) schützt auch nahezu 100%ig vor einer HDV-Infektion. Die WHO empfiehlt, die aktive HBV-Impfung generell durchzuführen (weitere Details siehe Hepatitis B).

Meldepflicht

Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfall an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde (Gesundheitsamt).

Aufgaben der Amtsärztin bzw. des Amtsarztes

Anamneseerhebung, zahlenmäßige Erfassung (Surveillance), Kontaktpersonenerfassung, Entscheidung über Wiedenzulassung zB. bei bestimmten Berufsgruppen (Gesundheitseinrichtungen), Eintragung ins EMS, ggf. Beratung.

Referenzzentrum/-labor

Department für Virologie der Medizinischen Universität Wien
Kinderspitalgasse 15, 1095 Wien
Tel.: 01/40160-0