



Informationsblatt 4

Stand 01/2013

Hepatitis A / B / C

- Epidemiologie

A: Insgesamt ca. 1,5 Mio. Erkrankungen pro Jahr weltweit und ca. 15000 Todesfälle (Deutschland ist ein Niedrigendemiegebiet), erhöhtes Risiko auf Kinderstationen, Infektionsstationen und in Stuhllaboratorien, 8,8 % Durchseuchung bei Kinderkrankenschwestern gegenüber 4,4% in der Normalbevölkerung.

B: In der Bevölkerung 0,5 bis 2 % Virusträger, BRD 50000 Neuinfektionen pro Jahr, Durchseuchung 1,5 bis 5 % in der Bevölkerung, 12-26 % im medizinischen Bereich.

C: In der Bundesrepublik liegt die Durchseuchung in der Bevölkerung mindestens bei 0,4 %; 84 % davon sind auch Virusträger (HCV- PCR positiv).
Für zahnmedizinisches Personal wird die Durchseuchung in kleineren Studien mit ca. 1 % angegeben.

- Übertragungsweg

A: Fäkal/ oral (Schmierinfektion), selten parenteral oder perinatal.

B: Ausschließlich parenteral, hohe Infektiosität des Hepatitis- B- Virus (gegenüber Hepatitis C und HIV), Übertragung von 0,00004 ml Blut können ausreichen; auch Speichel, Urin, Galle, Muttermilch, Sperma sind infektiös; hohe Resistenz des Virus gegen Umwelteinflüsse (lange extrakorporale Überlebensdauer), Übertragungsfahr bei Nadelstichverletzung 6 bis 20 % (gegenüber HIV 0,5 %).

C: Parenterale Übertragung, geringere Infektiosität gegenüber Hepatitis B; das Übertragungsrisiko durch einen akzidentellen Nadelstich ist viel niedriger einzustufen als bei Nadelstichen mit Hepatitis- B- infiziertem Blut (=>HCV ca.1%).

- Serokonversions-/ Inkubationszeit

A: Inkubation 15 bis 50 Tage (im Durchschnitt 25 bis 30 Tage), Infektiosität besteht bereits vor Krankheitsausbruch, Nachweis von IgM bereits mit ersten Krankheitssymptomen als Zeichen einer frischen Infektion (ggf. Virusnachweis im Stuhl).

B: 1 bis 6 Monate Inkubation, Infektiosität bereits vor Erkrankungsbeginn, der Nachweis von HBsAG und HbeAG bedeutet Infektiosität (auch Nachweis von Virus DNA mittels PCR)

C: Die Inkubationszeit für eine Hepatitis C beträgt 2 bis 26 Wochen, der Antikörpernachweis (Anti HCV) gelingt in der Regel 3 bis 4 Wochen nach einer HCV- Infektion, das Virus ist mittels PCR nachweisbar.

- Krankheit/Komplikationen

- A: Der Verlauf einer HAV- Infektion ist sehr häufig subklinisch oder asymptomatisch. Die manifeste Hepatitis A verläuft in der Mehrzahl der Fälle komplikationslos. Ein Übergang in die chronische Formen wird nur ausnahmsweise beobachtet. Allerdings können in bis zu 10 % aller Fälle protrahierte Verlaufsformen auftreten, die unter Umständen mehrere Monate lang andauern, aber immer komplikationslos ausheilen. Bei insgesamt 0,01 bis 0,1 % der Patienten kommt es zu fulminanten Verläufen. Die Infektion hinterlässt eine lebenslange Immunität.
- B: Bei ca. einem Drittel der Infizierten kommt es zum klinischen Bild einer akuten ikterischen Hepatitis. Bei einem weiteren Drittel der Infizierten sind anikterisch verlaufende Erkrankungen zu erwarten. Ein Drittel der Infektionen verläuft asymptomatisch. Die meisten akuten Hepatitis- B- Erkrankungen bei Erwachsenen (> 90 %) heilen vollständig aus und führen zu einer lebenslangen Immunität. Bei ca. 5 bis 10 % der HBV- infizierten Erwachsenen entwickelt sich eine chronische Verlaufsform mit möglichen Folgeerkrankungen wie Leberzirrhose oder Leberkarzinom.
- C: Bei etwa 25 % der HCV- Infizierten entwickelt sich eine akute Hepatitis, wobei die akute Phase der Erkrankung zumeist recht mild verläuft. Die Leberwerte liegen fast immer unter denen bei Hepatitis A oder B gefundenen Werten. Etwa 75 % der HCV- Infektionen verlaufen asymptomatisch. Ein Ikterus ist eher selten. Fulminante Infektionsverläufe sind die große Ausnahme. In 50 bis 80 % der Erkrankungsfälle nimmt die Hepatitis C einen chronischen Verlauf mit möglichen Folgeerkrankungen wie Leberzirrhose oder Leberkarzinom.

- Präventionsmöglichkeit:

Verwiesen werden soll an dieser Stelle auf die Informationsblätter 3 „Kanülenstichverletzung“ und 2 „G 42“. Ferner sollte die Infektionsanamnese bei jedem Patienten, auch in der Zahnarztpraxis, dazugehören. Bei möglichem Kontakt zu virushaltigen Körperflüssigkeiten müssen Schutzhandschuhe getragen werden. Mundschutz und Schutzbrille sind zu benutzen, wenn virushaltige Aerosole entstehen können (z. B. bei der zahnärztlichen Behandlung). Scharfe oder spitze Gegenstände, die mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Berührung gekommen sind, müssen sicher entsorgt werden.

- A: Lebensmittel und Toilettenhygiene (Hepatitis A ist eine typische Reiserkrankheit!). Es existiert eine wirksame Impfung gegen Hepatitis A (Kombinationsimpfung mit Hepatitis B ist möglich), auch Hyperimmunglobulin steht zur Verfügung. Akut Erkrankte sollten isoliert werden („Hepatitis epidemica“). Zahnärztliche Behandlungen sollten wenn möglich nach Ausheilung der Erkrankung vorgenommen werden, sonst ist auf die Behandlung unter verschärftem Hygieneregime zu achten.
- B: Alle Mitarbeiter mit Infektionsgefahr müssen eine Hepatitis- B- Impfung angeboten bekommen. Ferner existiert ein Hyperimmunglobulin.
Das Verhalten bei Kontakt mit infektiösem Material wird im Informationsblatt „Kanülenstichverletzung“ beschrieben und ist in den aktuellen Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), bzw. der Sächsischen Impfkommission (SIKO) nachzulesen.
- C: Bisher sind kein Impfstoff, kein Hyperimmunglobulin und keine medikamentöse Postexpositionsprophylaxe vorhanden.