

Hepatitis B in der Schwangerschaft

unter Berücksichtigung der AWMF-Leitlinie 021-011

(Hepatitis B-Virusinfektion – Prophylaxe, Diagnostik und Therapie)

1 Epidemiologie und Klinik

2 Hepatitis B und Schwangerschaft

3 Diagnostik in der Schwangerschaft

4 Unklarer HBsAg-Status der Mutter bei Geburt des Kindes

1 Epidemiologie und Klinik

Hepatitis B-Virus (HBV) ist ein kleines, umhülltes hepatotropes DNA-Virus. Hepatitis B ist eine der häufigsten Infektionskrankheiten. Etwa 5 % der Weltbevölkerung sind chronisch infiziert. In Deutschland wird von etwa 500.000 Virusträgern ausgegangen. Circa 80 % aller Neuinfektionen in Deutschland stehen im Zusammenhang mit Migration!

Weniger als 20 % der Betroffenen sind diagnostiziert!

Die Klinik der Infektion ist sehr variabel. Die Inkubationszeit beträgt ca. 30–180 Tage. In der Mehrzahl der Fälle zeigt sich ein klinisch inapparenter Verlauf. Die Transaminasen und die Leberfunktion sind nicht obligat pathologisch verändert. 90 % der Infektionen heilen folgenlos aus. Nach Ausheilung besteht eine lebenslange Immunität. In < 1 % der Fälle entwickelt sich eine fulminante Hepatitis mit Leberversagen. Circa 10 % der Erwachsenen entwickeln eine chronische Infektion (HBsAg-Persistenz > 6 Monate). Im Verlauf einer chronischen Infektion entwickeln 15–40 % der Patienten eine Leberzirrhose mit der Gefahr eines hepatozellulären Karzinoms. Das Risiko für einen chronischen Verlauf hängt vom Alter bei Infektion ab und ist bei Kindern deutlich höher als bei Erwachsenen. Je jünger und unreifer ein Kind ist, desto höher ist das Risiko der Entwicklung einer chronischen Infektion. Die Neugeborenen, die sich perinatal oder früh postnatal infizieren, werden meist innerhalb der ersten 3 Lebensmonate HBsAg positiv.

Prävalenz in Deutschland: Circa 0,6 %, Risikogruppen: Drogenabusus, HIV-Träger, Dialysepatienten, Multipromiskuität. Reservoir sind chronisch HBV-infizierte Personen.

Cave: Migranten aus Asien/Afrika. Dort liegt die Prävalenz der HBV-Infektion über 8 %, regional teilweise bis über 50 %.

Prävention außerhalb der Schwangerschaft: Die aktive Immunisierung wird seit 1995 in Deutschland für alle Säuglinge und Kinder empfohlen. Außerdem: präventive Arbeitsschutzmaßnahmen, z. B. im Rahmen der G 42-Vorsorgeuntersuchung.

5 Hepatitis B-Therapie in der Schwangerschaft

6 Stillen

7 Meldepflicht

8 Wichtiger Hinweis

2 Hepatitis B und Schwangerschaft

Die Übertragung erfolgt meist perinatal – abhängig von der Viruslast – durch HBsAg-positive Mütter. Bei akuter Infektion in der Schwangerschaft kann es bei hoher Viruslast auch bereits pränatal zur Infektion kommen. In Deutschland wäre mit etwa 5000 infizierten Kindern pro Jahr zu rechnen. Seit 1994 ist in den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehen, bei allen Schwangeren ab der 32. SSW, möglichst nahe am Geburtstermin, den HBsAg-Status zu überprüfen. Für Kinder HBsAg-positiver Mütter wird die Simultanimpfung unmittelbar nach der Geburt empfohlen. Eine Untersuchung auf HBsAg entfällt, wenn Immunität nach Impfung bei der Schwangeren nachgewiesen ist.

Durch die Hepatitis B-Immunisierung ist es in bis zu 95 % der Fälle möglich, eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern. Die chron. Hepatitis B ist keine Indikation zur Schnittentbindung. Sie sollte allerdings bei Fällen mit hoher Viruslast erfolgen.

3 Diagnostik in der Schwangerschaft

Nach erstmalig positivem HBsAg-Nachweis im Screening gemäß der Mutterschafts-Richtlinien sollte zur Beurteilung des Infektionsstatus eine vollständige Hepatitis B-Serologie einschließlich der Bestimmung der HBV-DNA-Konzentration durchgeführt werden. Zusätzlich ist die Bestimmung der Leberenzyme notwendig. Außerdem ist es ratsam, bestehende Ko-Infektionen (siehe unten) auszuschließen. Die Kontrolle der HBV-DNA soll bei der Schwangeren in 3-monatigen Abständen bis 6 Monate nach der Entbindung erfolgen.

Bei sehr hoher Virämie kann eine antivirale Therapie im letzten Drittel der Schwangerschaft die Gefahr einer Übertragung auf das Kind signifikant vermindern. Die Indikation für die Therapie ist streng zu stellen.

Um ein Impfversagen bzw. Virusdurchbrüche beim Neugeborenen HBV-infizierter Mütter zu erkennen, sollen beim Neugeborenen HBsAg und Anti-HBc im 6. bis 8. Lebensmonat untersucht werden.

Zum Ausschluss von Ko-Infektionen empfiehlt sich die Bestimmung von HDV, HEV, HIV, HCV und Lues, falls nicht bereits durchgeführt. Gerade in der Schwangerschaft ist ein fulminanter Verlauf von Hepatitiden wahrscheinlicher.

4 Unklarer HBsAg-Status der Mutter bei Geburt des Kindes

Wenn der HBsAg-Status der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes nicht klar ist oder unmittelbar prä- bzw. post partum nicht ermittelt werden kann, so wird das Neugeborene direkt nach der Geburt aktiv immunisiert und die Untersuchung von HBsAg bei der Mutter veranlasst. Wenn nachträglich eine HBsAg-Positivität der Mutter nachgewiesen wird, kann die passive

Immunisierung beim Neugeborenen innerhalb von 7 Tagen nachgeholt werden.

5 Hepatitis B-Therapie in der Schwangerschaft

Nach sorgfältiger Abwägung können, z. B. bei hoher Viruslast oder hoher entzündlicher Aktivität, Nukleosid-Analoga eingesetzt werden.

6 Stillen

Vom Stillen muss bei HBsAg-positiven Müttern nach adäquater Immunisierung des Säuglings meist nicht abgeraten werden. Ausnahme: z. B. hohe Viruslast, akute Hepatitis B-Infektion der Schwangeren um den Geburtstermin.

7 Meldepflicht

Gemäß § 6 IfSG muss der Verdacht auf Erkrankung, eine Erkrankung und der Tod an akuter Hepatitis B sowie nach § 7 IfSG der direkte oder indirekte Nachweis – sofern auf eine akute Infektion hinweisend – namentlich gemeldet werden.

Für etwaige Rückfragen stehen wir Ihnen bei Bedarf gerne zur Verfügung

8 Wichtiger Hinweis

Bitte beachten Sie: Generell ist gemäß Mutterschaftsrichtlinien die Untersuchung zum Nachweis von HBsAg erst ab der 32. Schwangerschaftswoche erforderlich.

Bei Schwangeren mit erhöhtem Risiko für eine HBV-Infektion (Herkunft aus Hochprävalenzländern, Migrationshintergrund, Drogenkonsum) kann ein Hepatitis B-Screening (HBsAg, Anti-HBc) bereits in der Frühschwangerschaft sinnvoll sein, um bei chronischer Infektion mit hoher Viruslast eine antivirale Therapie zur Transmissionsprophylaxe einzuleiten. Ergibt sich in der Frühschwangerschaft kein Hinweis auf eine Hepatitis B-Infektion, so ist eine mutterschaftsrichtlinienkonforme Untersuchung von HBsAg ab der 32. Schwangerschaftswoche dennoch erforderlich.

LABOR WAR GESTERN – HEUTE SIND WIR.



**Eine Idee.
Ein Unternehmen.
Gemeinsam mehr bewirken.**

Labor vor Ort.

Schnelle Diagnostik und Befundung.

Fachärzte bundesweit.

Interdisziplinäre Kompetenz.

- Standorte Labor
- Standorte Sprechende Medizin



www.amedes-group.com | info@amedes-group.com