

Erläuterungen zur Hepatitis-B-Impfung bei Frauen

Umsetzung der Präventionsempfehlungen in der Praxis

Bei der Erstkonsultation in der gynäkologischen Praxis findet sich (noch) häufig ein fehlender Hepatitis-B-Impfnachweis trotz genereller Impfempfehlung seit 1998 (1). Zu beachten ist insbesondere die unterschiedliche Impfdosierung bei Jugendlichen und erwachsenen Frauen.

Alle zukünftigen Mütter sollten eine vollständige Hepatitis-B-Impfung aufweisen.

DANIEL BRÜGGER

Die erste gynäkologische Untersuchung stellt eine gute Gelegenheit dar, den Impfstatus der jungen Patientin zu überprüfen und gegebenenfalls eine Impfung zu veranlassen.

Im Auge zu behalten ist das hohe Vorkommen der Mutter-Kind-Übertragung bei infizierten Müttern sowie die Häufigkeit chronischer Infektionen bei Neugeborenen. Zur Prävention gehören ein systematischer HBs-Antigen-Test bei Schwangeren und, bei positivem Ergebnis, die Frühprophylaxe beim Neugeborenen durch gleichzeitige Verabreichung von Impfstoff und Immunglobulinen, die vollständige Impfung (gegebenenfalls Anpassung des Impfschemas bei Frühgeborenen) sowie die serologische Nachkontrolle nach der Impfung. Angehörige und Bezugspersonen von Hepatitis-B-Infizierten müssen ebenfalls untersucht und nötigenfalls geimpft werden. Falls die Mutter oder die Bezugspersonen einer Risikogruppe angehören, ist auch dann eine Impfung des Neugeborenen (und der Mutter) ab den ersten Lebensmonaten erforderlich, wenn die Mutter HBs-Antigen-negativ ist.

Korrekte Hepatitis-B-Impfung: ab 17. Lebensjahr drei Dosen

Von den Erwachsenenimpfstoffen Engerix®-B 20 oder HBvax-PRO® 10 sowie vom Kombinationsimpfstoff (HA und HB)

Twinrix® 720/20 sind vom 16. Geburtstag an gesamthaft drei Dosen (0-1-6 Monate) zu injizieren. Im Adoleszentenalter (11 bis 15 Jahre) sind dagegen nur zwei Impfdosen des monovalenten (HB-)Erwachsenenimpfstoffs (Engerix®-B 20/HBvax-PRO® 10) nötig. Beim kombinierten bivalenten (HA- und HB-) Impfstoff (Twinrix® 720/20) ist dieses Jugendschemafenster mit zwei statt drei Impfdosen sogar ab dem Alter von 1 bis 15 Jahren gültig.

Die korrekte Grundimmunisierung erfordert keine weiteren Auffrischimpfungen (Booster/Rappel), da die Schutzwirkung sehr lange, wahrscheinlich lebenslänglich, erhalten bleibt.

Die Impfabstände sind als Minimalabstand zu verstehen; der Maximalabstand ist weniger relevant. Konkret heisst dies: Zwischen erster und zweiter Dosis sollten mindestens vier Wochen liegen und zwischen zweiter und dritter Dosis mindestens fünf Monate. Im Normalfall gilt es, allein die Minimalzahl der Impfdosen zu verabreichen (2).

Eine Ausnahme von dieser Regelung bilden Personen mit hohem Expositionsrisiko (z.B. ÄrztInnen, Krankenschwestern, MPA, Angehörige von chronischen Hepatitis-B-Trägern etc.), bei denen weitere Impfstoffdosen je nach Höhe des erreichten Hepatitis-B-Titers appliziert werden. Der Impftiter sollte ein bis zwei Monate nach der dritten Impfdosis einen Wert ≥ 100 IE/l erreichen. Wird dieser Zielwert nicht erreicht, sprechen wir von Non- oder Hyporespondern. In diesen Fällen ist der Hepatitis-B-Infektionsstatus abzuklären. Non- oder Hyporespondern wird bis zur dokumentierten, genügenden Impfantwort alle sechs bis zwölf Monate eine Auffrischimpfung injiziert; ein Monat später wird jeweils der Impftiter bestimmt. Das Maximum von sechs Impfdosen sollte nur in Ausnahmefällen überschritten werden (2).

Schwangere: Empfehlungen zur HBsAg-Bestimmung

Der Hepatitis-B-Impftiter wird im Serum durch die HBs-Antikörper (HBsAK bzw. Anti-HBs) bestimmt.

Das Screening der Schwangeren auf eine Hepatitis-B-Infektion erfolgt durch die HBsAg-Bestimmung. Die Bestimmung des HBsAg in graviditate erfolgt:

- bei allen Nichtgeimpften in jeder Schwangerschaft, vorzugsweise im dritten Trimenon
- bei allen Geimpften ohne Risikoverhalten in der ersten Schwangerschaft.

Foto: Therese Wiedmer-Sommer



Korrekte Hepatitis-B-Impfung: bei Frauen drei Dosen, bei Jugendlichen zwei Dosen

Die Bestimmung des HBsAg in graviditate ist dagegen nicht nötig:

- bei Geimpften mit positivem Impftiter (HBsAK \geq 100 IE/l nach der letzten Impfdosis) respektive nach durchgemachter Hepatitis B (HBcAK- und HBsAK-positiv)
- bei korrekt Geimpften (ohne Risikoverhalten) in weiteren Schwangerschaften, wenn der Zeitpunkt der abgeschlossenen Hepatitis-B-Impfung vor der ersten Schwangerschaft lag und das HBsAg in der ersten Schwangerschaft negativ war.

Die Bestimmung des HBsAK (Impftiter) soll nur in speziellen Fällen (Expositionsrisiko, Risikoverhalten) erfolgen, nicht aber nach einer Routineimpfung.

Hepatitis-A-/B-Impfung: Indikationen für Kassenleistung

Der kombinierte Hepatitis-A-/B-Impfstoff ist seit Mai 2008 neu in der Spezialitätenliste (SL) aufgenommen. Eine Limitation verlangt aber die vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Fehlende Hepatitis-B-Impfungen sind eindeutig eine KVG-kostenpflichtige Leistung und sollten durch die Gynäkologin/den Gynäkologen bei jeder sich bietenden Gelegenheit vervollständigt werden.

Die Hepatitis-A-Impfung ist dagegen eine empfohlene Reiseimpfung für Destinationen ausserhalb Europas, der USA, Kanadas und Australiens. Das Reisen in osteuropäische Staaten (Osterweiterung der EU) bedeutet weiterhin ein Infektionsrisiko: Zu Recht ist eine Hepatitis-A-Impfung empfehlenswert, wie im Mai dieses Jahres die Infekthäufung in Lettland gezeigt hat. Als Reiseindikation besteht aber keine KVG-Pflicht. Bei Frauen besteht nur Kassenpflicht für die Hepatitis-A-Impfung bei chronischen Lebererkrankungen und wenn es sich um Personen handelt, die Drogen injizieren. Für diese Indikationen sind Epaxal® und Havrix® auf der SL aufgeführt. ■

Dr. med. Daniel Brügger
FMH Gynäkologie und Geburtshilfe
Bahnweg 55, 3177 Laupen
E-Mail: daniel.bruegger@hin.ch

Quellen/Hinweise:

1. Informationsbulletin gynécologie suisse 03/ 2007 und BAG-Ersatz für den Anhang 2 des ehemaligen Supplementum II Mai 2007: Virginie Masserey Spicher: Empfehlungen zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von Hepatitis B.
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01077/index.html?lang=de&download=M3wBPgDB/8ull6Du36Wenoj01NTTjaXZnqWfVpZLhmfnapmmc7Zi6rZnqCkklV5gHt7bKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo>
2. Informationsbulletin gynécologie suisse 03/ 2007 und BAG Anhang 2: Tabelle 3.