

## Hohe Dunkelziffer

### Ärzte testen zu selten auf Hepatitis C

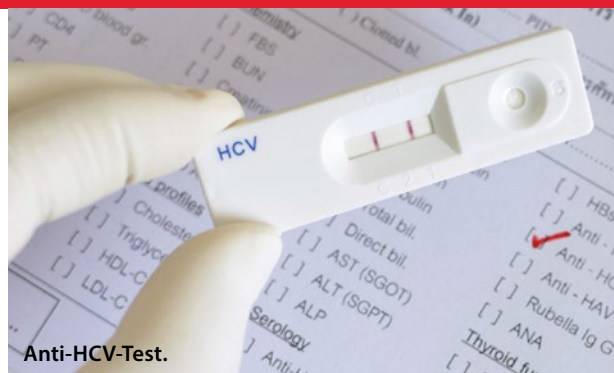
**Die Mehrheit der Hepatitis-C-Infizierten ist vermutlich nicht diagnostiziert. Antikörper-Tests auf Patienten zu beschränken, bei denen Risikofaktoren bekannt sind, könnte einer US-Studie zufolge unzureichend sein.**

— Für die Studie wurden elektronische Krankenakten von 209.076 erwachsenen Patienten ohne Hepatitis-C-Diagnose ausgewertet, die zwischen 2005 und 2010 eines von vier großen medizinischen Zentren der Primärversorgung aufgesucht hatten. 17.464 Patienten (8,4%) wurden in dieser Zeit auf Antikörper gegen HCV getestet; bei 1.115 lieferte der Immunoassay ein positives Ergebnis. Die Infektionsrate in der getesteten Kohorte betrug damit 6,4%; in der Gesamtgruppe belief sie sich auf 0,53%.

Die tatsächliche Infektionsquote liegt nach Schätzung der Studienautoren um Bryce D. Smith vom CDC Atlanta jedoch deutlich höher. Auf der Basis der Patientencharakteristika von nachweis-

lich HCV-Infizierten kalkulieren sie, dass in der Gruppe, die gar nicht auf HCV getestet wurde, weitere 6.005 Patienten HCV-Antikörper-positiv sind. Dadurch würde sich die Gesamtprävalenz auf 2,87% erhöhen. „Mit einer risikobasierten Teststrategie würden also 81% der Anti-HCV-positiven Personen nicht identifiziert“, kritisieren Smith et al.

Folgende Faktoren waren unabhängige Prädiktoren für einen positiven Anti-HCV-Antikörper-Befund: Gebrauch von I.v.-Drogen, geboren zwischen 1945 und 1965, erhöhte ALT, afro- und hispanoamerikanische Abstammung, verwitwet/geschieden/getrennt, nie verheiratet und männliches Geschlecht.



Anti-HCV-Test.

© Janu011 / iStock / Thinkstock

Die Autoren vermuten, dass die mangelhafte Detektion von HCV-Patienten damit zusammenhängen könnte, dass Risikofaktoren wie etwa der Gebrauch von I.v.-Drogen dem Arzt gar nicht bekannt sind. Möglicherweise werden aber auch die Screening-Indikationen in der Praxis zu wenig beherzigt. Darauf hat das Robert-Koch-Institut (RKI) erst kürzlich hingewiesen: „Die Umsetzung der Screening-Empfehlungen in vulnerablen Gruppen mit erhöhter Prävalenz wie Migranten aus Hochrisikoländern, Drogengebrauchern und Haftinsassen ist noch unzureichend.“ Deutschland gehört zu den Ländern mit relativ niedriger HCV-Prävalenz, das RKI beziffert sie auf etwa 0,3%. ■ bs

▪ Smith, B. D. et al. *Clinical Infectious Diseases* 2015;60(8):1145–52

## Nadelstichverletzung

### HBV-Postexpositionsprophylaxe wirkt womöglich noch nach 24 Stunden



© picture alliance / bildwinkel/M

**Wie viel Zeit bleibt, wenn trotz aller Vorsicht die Nadel ausrutscht?**

— Möglicherweise wirkt eine HBV-Postexpositionsprophylaxe auch dann noch, wenn sie erst 24 Stunden nach der Exposition mit HBV-positivem Blut erfolgt. Darauf deutet eine retrospektive Analyse aus Südkorea hin. Die Studienautoren analysierten 143 Fälle, bei denen Ärzte oder Pfleger während der Arbeit in Kontakt mit HBV-positivem Blut gekommen waren und kein ausreichender Immunschutz nachweisbar war (Anti-HBs negativ). Alle Betroffenen erhielten eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) mit HBV-Immunglobulinen, 119 zusätzlich eine aktive HBV-Impfung.

Bei 98 Mitarbeitern (68,5%) wurde die passive PEP innerhalb von 24 Stunden eingeleitet; bei 43 Personen (30,1%) dauerte dies länger als ein Tag, bei zweien erfolgte sie erst nach sieben Tagen. Trotz dieser Verzögerung konnte man aber bei keinem Mitarbeiter eine HBsAg-positive Serokonversion in den folgenden zehn Monaten nachweisen. Es kam somit bei keinem zu einer akuten Virusinfektion.

Für die Autoren ist dieser Befund ein Hinweis dafür, dass eine PEP 24 Stunden nach HBV-Exposition nicht zwangsläufig das Infektionsrisiko erhöht. Sie sind deshalb der Meinung, dass man mit der Prophylaxe warten sollte, bis die Ergebnisse der Serologie vorliegen. ■ vsc

▪ Chang, H-H et al. *American Journal of Infection Control* 2015; online 27. Oktober 2015