

Hepatitis B Labordiagnostik

HBV-Labordiagnostik			
Suchtest		HBsAg, Anti-HBc, Anti-HBs (falls nur Anti-HBc positiv)	
<i>HBsAg</i>	<i>Anti-HBc</i>	<i>Anti-HBs</i>	
-	+	+	abgelaufene Hepatitis
V. a. akute HBV-Infektion			
+	-		bestätigt positives HBsAg: HBeAg, HBV-DNA nach 2-4 Wo Kontrolle von HBsAg, Anti-HBc, Anti-HBcIgM
+	+		HBeAg, Anti-HBe; Anti-HBcIgM; bei schwerem Verlauf: Anti-HDV, HBV-DNA
-	+	- / ALT↑	Anti-HBcIgM, HBV-DNA (DD akute Infektion, Escape-Variante, Anti-HBc-Only)
V. a. chronische HBV-Infektion (ab 6 Monaten Dauer)			
+	-		bestätigt positives HBsAg: HBeAg, HBV-DNA, nach 2-4 Wo: Kontrolle Anti-HBc
+	+		HBeAg, Anti-HBe, (Anti-HBcIgM nur bei DD akut), HBV-DNA, Anti-HDV
-	+	- / ALT↑	bestätigt negatives Anti-HBs → HBV-DNA
-	+	-	HBV-DNA in sehr geringer Menge nachweisbar → Anti-HBc-Only : keine Hepatitis, aber Übertragungsrisiko und u.U. Reaktivierung mit Hepatitis unter Immunsuppression DD : abgelaufene Hepatitis-Infektion (mit Verlust / fehlender Bildung von Anti-HBs), Low-Level-Carrier, Hepatitis C-Koinfektion, unspezifische Reaktion

HBV-Verlaufskontrolle	
akute HBV-Infektion	Transaminasen u. Quick nach Bedarf HBsAg/Anti-HBs alle 3-12 Monate bis zur Serokonversion HBsAg negativ / Anti-HBs < 10 IU/l Kontrolle nach 12 Monaten
chronische HBV-Infektion	nach klinischer Aktivität, zunächst alle 3, später alle 12 Monate; bei Vorliegen einer Leberzirrhose alle 6 Monate; <ul style="list-style-type: none"> • Leberentzündungs- u. Lebersyntheseparameter (GOT, GPT, GGT, Cholinesterase, Albumin), Blutbild, Quick • HBeAg (sofern initial positiv), wenn negativ Anti-HBe • HBsAg, wenn negativ Anti-HBs • HBV-DNA • bei HCC-Risiko: AFP
HBsAg-Trägerstatus	Transaminasen (bei Anstieg siehe chron. HBV-Infektion), HBV-DNA im 1. Jahr mind. 3x, im 2. Jahr mind. 2x, danach alle 12 Monate HBeAg alle 12 Monate, wenn negativ: Anti-HBe, HBsAg wenn HBsAg negativ: Anti-HBs bei erhöhtem HCC-Risiko: AFP nach Risikoprofil alle 3-12 Monate

Therapieindikation	
akut	i.d.R. keine, Sonderfälle: schwere akute / fulminante Hepatitis B mit Quick < 50%
chronisch	1. ohne Leberzirrhose <ul style="list-style-type: none"> - HBV-DNA > 2000 IU/ml + wiederholte ALT↑ o. Histo > A1/F1(> Minimalveränderungen) - Extrahepatische Manifestationen - HCC-Risiko 2. mit Leberzirrhose + HBV-DNA positiv
i.d.R. keine Indikation	HBsAg-Träger: wiederholt HBV-DNA negativ / <2000 IU/ml, wiederholt normale Transaminasen, höchstens minimale entzündliche Aktivität / geringe Fibrose (Leberbiopsie)

Therapiebegleitende Laboruntersuchungen	
Vor Therapie	HBV-DNA, HBV-Genotypisierung (nur bei therapeut. Relevanz)*, klin.-chem. Labortests (z.B. Blutbild, GPT, GOT, GGT, Bilirubin, Quick, Albumin, Glukose, Kreatinin, TSH) Ausschluss von Koinfektionen (Anti-HCV, Anti-HDV ggf. PCR*, HIV-Test, Lues), Hepatitis A-Immunität (Anti-HAV), DD Autoimmunhepatitis / PBC (ANA, LKM, GMA, SLA, AMA); HCC-Risiko (AFP)
Labordiagnostische Ziele	dauerhaft HBV-DNA <2000 IU/ml (ideal: negativ); im Idealfall HBsAg-Verlust, normale ALT HBeAg alle 3 Monate, bei Verlust Anti-HBe (sofern HBeAg initial positiv) HBV-DNA nach 4 u. 12 Wochen, dann alle 3-6 Monate HBsAg/Anti-HBs bei Verlust des HBeAg u./o. anhaltendem DNA-Abfall (<200 IU/ml). Quantitatives HBsAg kann unter Therapie hilfreich sein.
Während der Therapie	klin.-chem. Labortests alle 3 Monate bzw. unter Interferon Woche 1, 2, 4, 8, 12, 16, danach jeden 2. Monat (z.B. Blutbild, GPT, GOT, GGT, Albumin, Bilirubin, Kreatinin, Quick, ggf. TSH) HBV-Resistenztestung* bei Virämieanstieg unter Nukleos(t)id-Analoga bzw. fehlendem initialem Ansprechen trotz gesicherter Therapieadhärenz, unklare Vortherapien primäres virologisches Nichtansprechen : Abfall der Viruslast < 1 log ₁₀ nach 3 Monaten sekundäre Resistenz : nach primärem Ansprechen Anstieg der Viruslast um mindestens 1log ₁₀ über den niedrigsten Wert unter fortgesetzter antiviraler Therapie

* Untersuchung z. Z. keine Kassenleistung