

# HIV-Infektion und Aids 2014

Was muss jeder Arzt wissen, kennen und können?



Abbildung 1: Orale Haarleukoplakie – Am lateralen Zungenrand findet sich eine asymptomatische, nicht abwischbare, weißliche Verhornung. Pathogenetisch handelt es sich um eine Reaktivierung des Epstein-Barr-Virus bei HIV-Infektion. Diese Veränderung ist pathognomonisch für HIV.



Abbildung 2: Mundsoor – Die Beläge sind mit dem Spatel abwischbar. Diese Veränderung ist nicht pathognomonisch, jedoch bei fortgeschrittener HIV-Infektion häufig.

Im Jahr 2014 wird sich die Erstbeschreibung des erworbenen Immunschwäche-syndroms zum 33. Mal jähren [1, 2, 3, 4, 5]. Die Wandlung der Erkrankung von einem tödlichen Schrecken zu einer gut behandelbaren chronischen Erkrankung mit quasi normaler Lebenserwartung reflektiert Fortschritte in der medizinischen Forschung von der Grundlagenwissenschaft bis hin zur Versorgungsforschung, wie man sie kaum plastischer darstellen kann. Als „Kollateraleffekt“ hat sich in Deutschland das Fach „Klinische Infektiologie“ etabliert. Um den Segen der neuen Therapien auch nicht ungenutzt zu lassen, ist es erforderlich, dass alle Ärzte die Warnlampen der HIV-Infektion kennen, um die Dunkelziffer-Rate zu senken und die Spätprä-sentation mit auch heute noch möglicher Todesfolge zu reduzieren [6, 7]. Außerdem gilt es, die Neuansteckungsrate durch einen hohen Anteil von Patienten mit einer Plasma-Virusmenge unter der Nachweisgrenze zu verringern (Behandlung als Transmissions-Prophylaxe) [7].

## Was sollte jeder Arzt wissen, unabhängig von seiner Fachrichtung?

Jeder Arzt sollte wissen, dass die HIV-Infektion heute exzellent behandelbar ist und dass die Behandlung im Gegensatz zu den frühen Therapien gut vertragen werden kann. Heute gilt bei uns der Leitsatz: Wir finden für jeden Patienten eine Dreifachkombination, auch ART genannt (antiretrovirale Therapie, Synonym mit cART-combined antiretroviral therapy und HAART-highly active antiretroviral therapy), die so gut verträglich ist, dass der Patient sie mit hoher Einnahmetreue über lange Zeit einnehmen kann. Das Therapieziel der nicht nachweisbaren Viruslast im Plasma wird damit im klinischen Alltag und in der Praxis bei mindestens 95 Prozent der Patienten erreicht. Virämische Patienten sind heute ein seltener Ausnahmefall: In der Situation der Primärinfektion besteht eine hohe Virämie, die aber bis zur Diagnose weder der Patient noch der Arzt kennen. In der Phase der asymptomatischen chronischen Infektion können nur noch drei Situationen dazu führen, dass Patienten dauerhaft virämisch sind:

1. Der Patient ist asymptomatisch und erfüllt noch nicht die Kriterien der Therapieempfehlung nach den Leitlinien (zum Beispiel  $>500$  Helferzellen/ $\mu\text{l}$ ). Hier ist ein Zuwarten und Beobachten des natürlichen Verlaufs gerechtfertigt.
2. Der Patient erfüllt zwar die Kriterien für eine ART, ist aber für sich noch nicht zu einer Therapie bereit oder entschlossen. Hier wird zwar die Therapieempfehlung dokumentiert und es wird Motivationsarbeit geleistet, manchmal bedarf es aber einer inneren Bereitschaft, die durch das Auftreten einer symptomatischen Sekundärinfektion gestärkt wird.
3. Der Patient erhält bereits eine ART, schafft es aber nicht, eine regelmäßige Tabletteneinnahme umzusetzen. Hierdurch entsteht nicht nur Virämie, sondern auch ein Selektionsdruck, der zum Entstehen von resistenten HIV-Stämmen führt. Auch sollte bekannt sein, dass bei Erreichen des Therapieziels einer nicht nachweisbaren Viruslast üblicherweise eine Normalisierung der Immunitätslage eintritt.



Abbildung 3: Zoster – Bei Zoster sollte man auch daran denken, nach HIV-Übertragungsrisiken zu fragen.



Abbildung 4: Kaposi-Sarkom der Haut.

Zum allgemeinen Kenntnisstand gehört auch, dass der HIV-Test heute in jeder Schwangerschaft angeboten werden muss. Die Unterlassung mit der Folge eines infizierten Kindes hat zu einem Urteil gegen den unterlassenden Kollegen geführt.

Zum obligaten Wissen aller Ärzte gehört meines Erachtens auch die Kenntnis von der nach wie vor bestehenden Diskriminierung von HIV-Patienten. Oft wird uns erzählt, dass in Praxen und Kliniken Bloßstellungen am Anmeldeschalter oder im Wartezimmer vorkommen, ärztliche Behandlungen oder zahnärztliche Eingriffe abgelehnt werden, ungerechtfertigte Wartezeiten mit Verweis auf eine (nicht vorhandene) Infektiosität aufgebürdet werden. Ein nicht virämischer Patient kann heute für jeden Eingriff normal eingeplant werden, ohne in der Warteschlange immer weiter ans Schlusslicht geschubst zu werden. Diese Erfahrungen vieler Patienten sind nicht nur erschütternd und angst-

einflößend für den Patienten, sondern führen auch dazu, dass beim nächsten Arzt über die Diagnose geschwiegen wird.

### Was sollte jeder Arzt kennen, unabhängig von seiner Fachrichtung?

Die Kenntnis von Indikator-Symptomen, -Befunden und -Erkrankungen bei möglichst allen Ärzten kann dazu führen, dass die Rate unerkannter HIV-Infektionen verringert wird. Wenn beim Auftreten von solchen Warnhinweisen daran gedacht wird, anamnestisch die Risikokonstellation für eine HIV-Infektion zu hinterfragen, kann die Zahl von tödlichen Spätpräsentationen definitiv gesenkt werden. Warnlampen im Sinne von Symptomen sind:

1. Ein mononukleoseartiges Krankheitsbild nach einem ungeschützten Sexualkontakt

mit einer/m Partnerin/Partner mit unbekanntem HIV-Status. Das Risiko erhöht sich, wenn der Partner einer klassischen Risikogruppe zugehört (Männer, die Sex mit Männern haben=MSM) oder aus einem Hochprävalenzgebiet entstammt (oder dort getroffen wird, zum Beispiel im Urlaub in Thailand oder Kenia).

2. Das Vorliegen einer klassischen B-Symptomatik. Hierbei kann es sich um Symptome einer späten HIV-Infektion oder einer sich anbahnenden schweren opportunistischen Infektion handeln. Selbstverständlich sind auch alle anderen nicht infektiologischen Differenzialdiagnosen dieser Symptomkonstellation in Betracht zu ziehen.

Befunde, die als Blickdiagnosen den Verdacht auf eine HIV-Infektion lenken sollen, sind in den Abbildungen dargestellt: orale Haarleukoplakie, Mundsoor, Zoster und kutanes Kaposi-Sarkom.

## Was sollte jeder Arzt können, unabhängig von seiner Fachrichtung?

Jeder Arzt sollte in der Lage sein, einfühlsam eine Sexualanamnese in Richtung einer Risikokonstellation zu erheben. Dazu gehört nicht viel Mut und der möglicherweise lebensrettende Effekt im Fall einer früheren HIV-Diagnose entschädigt für die Mühe. Jeder Arzt sollte sich das Einverständnis zur Durchführung eines Bluttests als HIV-Screening geben lassen können, um sich nicht dem Vorwurf auszusetzen, durch einen Test ohne Einwilligung einen Fehler gemacht zu haben. Zu den Fertigkeiten, die bei der Befundmitteilung erforderlich sind, gehört das persönliche Gespräch bei der Befundmitteilung (nicht telefonisch!) nach Durchführung des Bestätigungstests. Auch gehört zu den Selbstverständlichkeiten die Meldung der Erkrankung nach dem Infektionsschutzgesetz. Jeder erstmals positive HIV-Test wird vom durchführenden Labor direkt an das Robert Koch-Institut gemeldet. Diese Meldung ist anonym und enthält keine persönlichen Daten. Flankierend zur Labormeldung besteht aber die Meldepflicht vonseiten des Arztes mit Angaben zum Transmissionsmodus und zur klinischen Symptomatik. Auch dabei handelt es sich um eine anonyme Meldung. Bei Migranten, die aus Hochprävalenzländern zu uns kommen, sollte auf jeden Fall ein Test angeboten und durchgeführt werden.

## Wie wird es weitergehen und was tun wir dafür?

In der langfristigen Betreuung von HIV-Patienten blicke ich zurück auf fast drei Jahrzehnte

eigener Erfahrungen und bin voll Freude, zu sehen, dass Patienten über die ganze Zeit ihrem Behandlungszentrum oder ihrem Behandler treu geblieben sind. Man könnte sagen, es handelt sich um eine chronische Erkrankung, die zu einer Patient-Arzt-Beziehung in biografischer Dimension führt.

Heute geht es um mehr als „nur“ die Kontrolle der ART. HIV-Infizierte werden genauso älter wie ihre Behandler und die Zahl von Komorbiditäten nimmt zu. Darüber hinaus ist aber nicht nur das Geburtsdatum von Bedeutung, sondern zur Pathogenese von Zweit- oder Begleiterkrankungen tragen mehrere Faktoren bei. Die wichtigsten sind wohl die trotz ART fortbestehende minimale Immunaktivierung, die metabolischen Langzeiteffekte der ART, die Verminderung der Knochendichte durch mehrere Faktoren (HIV, ART, Rauchen) und die leicht erhöhte Malignominzidenz auch hinsichtlich nicht Aids-definierender Malignome wie Bronchialkarzinom, maligne Hauttumoren und Kolonkarzinom. Heute kommt es also in der HIV-Sprechstunde darauf an, ein umfassendes Angebot an Begleitdiagnostik und -therapie anzubieten und zu überwachen. Wir bestimmen den kardiovaskulären Risikoscore, überweisen zum Raucher-Entwöhnungsprogramm, vervollständigen den Impfkalendar, bieten reisemedizinische Beratung und vieles mehr.

Gleichzeitig muss in Sachen ART der Blick nach vorne gehen. Wenngleich die Behandlungserfolge sehr gut sind, ist in letzter Zeit die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Frage nach einer Heilung stärker präsent. Durch Einzelfallberichte von Heilung und „fast“-Heilung im Zusammenhang mit Knochenmarktransplantation und Frühtherapie („Berlin-Patient“,

„Mississippi-Baby“) ist das Interesse an diesem Thema gewachsen. An unserer Abteilung werden zurzeit neben der T-Zell-immunologischen Grundlagenforschung auch klinische Studien mit neuen Ansätzen durchgeführt. Einerseits wird ein sogenannter „Attachment“-Inhibitor mit einem neuartigen Wirkmechanismus direkt am Virus und erstmal nicht an der Zielzelle getestet. Andererseits führen wir eine innovative Studie in Richtung Heilung durch, die sich durch die Applikation einer antiviralen Fünffachkombination auszeichnet („New-Era-Studie“) und nationale und internationale Beachtung erhalten hat.

*Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.*

### Autor

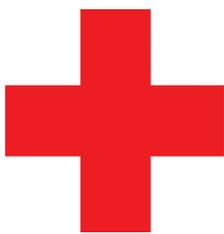


Professor Dr. Johannes Bogner, Sektion Klinische Infektiologie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München – Campus Innenstadt, Pettenkoferstraße 8a, 80336

München, Telefon 089 51603598, E-Mail: [johannes.bogner@med.lmu.de](mailto:johannes.bogner@med.lmu.de)



# Tinte gibt's im Kaufhaus. Blut nicht.



SPENDE  
BLUT

BEIM ROTEN KREUZ



Deutsches Rotes Kreuz

Termine und Infos 0800 11 949 11 oder [www.DRK.de](http://www.DRK.de)