Prof. Dr. med. Johannes Bogner

Klinikum der Universität, Campus Innenstadt
 Infektionsabteilung, Medizinische Poliklinik
 Pettenkoferstr. 8a, D-80336 München
 E-Mail: johannes.bogner@med.uni-muenchen.de

Bei rechtzeitigem Therapiebeginn ist das möglich

Ein fast normales Leben mit HIV

Diagnose HIV: Kein Grund mehr, zu verzweifeln.

© Phanie/Your Photo Today

— Die HIV-Infektion gilt heute als gut behandelbare Erkrankung, bei der von einer annähernd normalen Lebenserwartung ausgegangen werden kann. Das gilt allerdings mit einigen Einschränkungen. Wie weit das Spektrum der HIV-Medizin im Jahr 2011 reicht und auch für den Hausarzt von Interesse sein kann, fächern die Beiträge in diesem Heft auf: Von der Prophylaxe der HIV-Infektion im Sinn einer Post-expositionsprophylaxe (PEP) (S. 35) über Fragen der Komorbidität (s.u.) bis hin zu aktuellen Strategien und Medikamenten in der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART; S. 32) spannt sich der Bogen. Die bedrückende Fallgeschichte eines Patienten, der über viele Jahre nicht nur an opportunistischen Infektionen und fortgeschrittenem Immundefekt litt, sondern auch an den Grenzen der medikamentösen Behandlung und deren vielfältigen Interaktionen, untermauert folgende wichtige Aussage: Eine rechtzeitige Therapie ist die Voraussetzung dafür, dass eine wirksame und verträgliche HAART die Basis schaffen kann für einen lang anhaltenden Therapieerfolg (S. 27). Grundregel: Bei typischen Indikatorerkrankungen wird unabhängig von der CD4-Zahl behandelt, bei asymptomatischen Grenzen soll die CD4-Zahl nicht unter 350/μl fallen.

Diagnostik-„Geheimtipp“ bei HIV-Verdacht

Ähnliche Fälle und „austherapierte“ Patienten mit lange bestehender HIV-Infektion im Vollbild von AIDS führen auch heute dazu, dass es in Deutschland jedes Jahr mehrere hundert Todesfälle (2010: 550 Todesfälle) durch AIDS gibt. Nicht zuletzt liegt das daran, dass sich Patienten zu spät testen lassen oder dass die Infektion zu spät erkannt wird. Der Beitrag ab S. 23 geht auf die typischen Symptome/Befunde ein, die in der Praxis „Alarm“ auslösen sollten. Ein „Geheimtipp“: Häufig findet man bei HIV-Patienten eine Erhöhung des Gesamteiweiß im Serum (die HIV-bedingte Hypergammaglobulinämie führt hier nicht zu einer kompensatorischen Reduktion des Albumins). Wenn nicht gleichzeitig ein M-Gradient in der Elektrophorese auf ein monoklonales Gammaglobulin hinweist, sollte unbedingt anamnestisch und per Antikörpertest nach einer HIV-Infektion gesucht werden.

Die weitgehende Normalisierung der Lebenserwartung und die signifikante Minderung von Morbidität und Letalität der HIV-Infektion unter Therapie haben dazu geführt, dass die Mehrzahl der HIV-Infizierten heute ihren Beruf ausübt. Arbeitsmedizinische Aspekte und Fragen der damit verbundenen Reisefähigkeit sind ab S. 40 praxisnah dargestellt. Bei gleichzeitigem Vorliegen von HIV und einer Hepatitis B oder Hepatitis C wird die Hepatitistherapie deutlich komplexer als bei Monoinfektion. Da die Koinfektion i.d.R. zu einem ungünstigeren Verlauf der Hepatitis hin zu Zirrhose oder hepatozellulärem Karzinom führt, besteht hier zusätzlicher Diagnostik- und Therapiebedarf (S. 56).

Neue Therapieoption für schmerzgeplagte HIV-Patienten

Sowohl die HIV-Infektion selbst als auch die HAART können Schaden am Nervensystem anrichten. Zahlreiche Studien legen nahe, dass es trotz effektiver HAART zu subklinischen neuropsychologischen Funktionsstörungen kommen kann. Aber auch neuropsychiatrische Symptome wie Schlafstörung und Depression bedürfen der erhöhten Aufmerksamkeit durch Hausarzt und HIV-Behandler (S. 47). Bei der peripheren Neuropathie (häufig durch neurotoxische Nukleosidbehandlung ausgelöst) ist jetzt eine neu zugelassene Behandlungsmöglichkeit verfügbar: die topische Anwendung von Capsaicin (S. 52). Diese evidenzgeprüfte Therapieoption wird auch in unserer Abteilung von einer Reihe von schmerzgeplagten Patienten als Segen empfunden.