

Potenziell lebensrettend

Bei diesen Patienten sollten Sie an einen HIV-Test denken!

Johannes R. Bogner, Ece Esitgen, Markus Nistal, Ulrich Seybold

Jede dritte HIV-Infektion wird spät oder viel zu spät diagnostiziert – das muss sich ändern. Denn eine HIV-Infektion ist inzwischen gut behandelbar und führt bei rechtzeitigem Therapiebeginn zu einer nahezu normalen Lebenserwartung bei guter Lebensqualität. Die klinischen Situationen, Indikatordiagnosen und Laborbefunde, bei denen ein HIV-Test sinnvoll ist, sollte daher jeder Arzt kennen.

Seit anderthalb Jahren „lernen“ wir eine neue Krankheit: COVID-19. Wir lernen, welche Manifestationen sie haben kann und welcher Test in welcher Situation sinnvoll ist. Dasselbe Szenario hatten wir vor 40 Jahren, als AIDS eine neue Krankheit war. Man sollte meinen, jeder Arzt kennt diese nun, trotzdem liegt die Dunkelziffer noch nicht dia-

gnostizierter Infektionen mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV) nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts in Deutschland bei etwa 10.800 [1]. Die Seltenheit der Erkrankung, die geringe Repräsentation in Studium und Fortbildung und der Gedanke „Das kommt in meiner Praxis schon nicht vor“ sind die Gründe für eine verzögerte Diagnose.

Fallbeispiel

Ein 48-jähriger Kaufmann wird wegen Atemnot, Fieber und trockenem Husten über die Notaufnahme aufgenommen. Zwei Wochen zuvor wurde durch einen Schwerpunktarzt eine HIV-Infektion diagnostiziert, da ein Gewichtsverlust von 5 kg und eine zunehmende Adynamie vorlagen. Die dort sofort begonnene antiretrovirale Therapie (ART) wurde bei einer CD4-Helferzellzahl von 38/μl (normal > 400/μl) und einer Virusmenge von 280.000 Kopien/ml gestartet. Es bestätigte sich eine Pneumocystis-Pneumonie, die innerhalb weniger Tage auf die Therapie mit Cotrimoxazol und Prednisolon ansprach. Allerdings ergaben sich in der zweiten Therapiewoche weitere Komplikationen und opportunistische Infektionen: Zusätzlich wurden eine Zytomegalovirus (CMV)-Pneumonitis, eine atypische Mykobakteriose der Lunge und eine HIV-Enzephalopathie behandlungsbedürftig.

In der Vorgeschichte der letzten fünf Jahre wurden unter anderem angegeben: Zoster (Th12) rechts vor Jahren, seborrhoische Dermatitis an Stirn und Wangen und eine ambulant behandelte Pneumonie vor drei Jahren. Hätte in Zusammenschau mit der Zugehörigkeit zur Risikogruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), eine dieser Erkrankungen zum HIV-Test und zu einem früheren Therapiebeginn geführt, dann hätten die schwerwiegenden Folgeerkrankungen und der fünfwöchige Krankenhausaufenthalt mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit verhindert werden können.

Risikogruppen und Risikokontakte

Nach wie vor bilden MSM die größte Gruppe von Menschen mit HIV-Infektion, gefolgt von heterosexuellen Frauen

Tab. 1: Indikatordiagnosen, bei denen ein HIV-Test durchgeführt werden sollte

Diagnose	Kommentar
Immuntrombopenie	10–50% der nicht behandelten Menschen mit HIV-Infektion entwickeln eine Thrombopenie mit Thrombozytenzahlen < 150.000/μl
Mundsoor	Hinweis auf fortgeschrittene HIV-Infektion ^{a, b}
orale Haarleukoplakie	sehr typisch und geradezu pathognomonisch für HIV
neu auftretende Psoriasis	insbesondere bei ungewöhnlicher Lokalisation und Neuauftreten im mittleren Erwachsenenalter
rezidivierende bakterielle Pneumonie	AIDS-Vollbildkriterium bei Auftreten 2×/Jahr
seborrhoische Dermatitis (Abb. 1)	^{a, b}
sexuell übertragbare Krankheiten	indirekter Hinweis auf kondomlosen Intimkontakt
Zoster	^{a, b}
Zunahme der Infekthäufigkeit	sehr unspezifische Diagnose; Differenzialdiagnosen: andere erworbene Immundefekte, Mangelzustände
Zunahme von Herpes-Rezidiven	^{a, b}

^a Die Diagnose gibt es auch bei ansonsten Gesunden und ohne ersichtlichen Auslöser
^b Insbesondere bei stark ausgeprägten Befunden



Abb. 1: Beispiel einer seborrhoischen Dermatitis: leichte Rötung und Schuppung; Prädilektionsstellen sind Stirn und Nasolabialfalten



Abb. 2: Herpes genitalis; flaches Ulcus auf gerötetem Grund, häufig auch polyzyklische Begrenzung mehrerer nebeneinanderstehender Bläschen oder Ulzerationen

und Männern [1]. Erst danach kommt der inzwischen sehr kleine Anteil von Menschen mit intravenösem Drogengebrauch. Doch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit erhöhtem Infektionsrisiko sagt sehr wenig über das eigentliche Risiko aus und darf auf keinen Fall zu einer Stigmatisierung führen. Denn es ist wie immer: Es gibt in jeder Bevölkerungsgruppe sehr vorsichtige, vorsichtige und weniger vorsichtige Menschen.

Bei der Anamnese kommt es daher nicht nur darauf an, eine Idee von dieser Gruppenzugehörigkeit zu entwickeln. Viel wichtiger ist es, nach dem Verhalten bezüglich der Intimkontakte zu fragen. In dieser Hinsicht entsteht sehr häufig ein Missverständnis sowohl bei Medizinern wie auch bei den Patienten. Auch hier läuft es wie bei COVID-19: Gut zu verstehen ist, dass eine Begegnung ohne Mund-Nasen-Schutz die Aufnahme von infektiösem Aerosol begünstigt. Ebenso ermöglicht Intimverkehr ohne Kondom die Aufnahme HIV-haltiger infektiöser Genitalsekrete. Und bei beiden Erkrankungen gilt: Die infektiöse Kontaktperson sieht meist gesund aus. Die Annahme, man könne sich deswegen nicht anstecken, führt sehr häufig dazu, dass der Patient mit „Nein“ antwortet, wenn er nur nach Risikokontakten gefragt wird,

denn viele Betroffene sind sich keines Risikos bewusst.

Klug wäre folgende Definition: „Jeder kondomlose Sex mit einer Person, deren HIV-Testergebnis man nicht in Schriftform gesehen hat, kann als Risikokontakt angesehen werden“. Sehr häufig wissen Menschen über neue, gelegentliche oder flüchtige Kontaktpersonen sehr wenig und manchmal nicht alles über den vermeintlich monogamen Partner.

Kluge anamnestische Fragen könnten also lauten:

- Wissen Sie, ob sich Ihr Partner beziehungsweise Ihre Partnerin auf HIV testen hat lassen?
- Hatten Sie eventuell einen Intimkontakt im Urlaub, ein Urlaubsabenteuer?
- Welche Länder haben Sie bereist?
- Sind Sie alleine gereist?

Außerdem ist es immer gut zu wissen, welchen Beruf die Patienten ausüben. Es gibt einige Berufsgruppen, die unter den HIV-Infizierten überrepräsentiert sind, zum Beispiel Personal in der Gastronomie und im Mode-Einzelhandel sowie Flug- und Gesundheitspersonal.

Symptome und Symptomkonstellationen

Eine HIV-Primärinfektion wird man dann erkennen, wenn bei Symptomen

eines Drüsenfiebers (Morbus Pfeiffer) wie Schluckbeschwerden, Lymphknoten am Hals, Kopf- und Gliederschmerzen, Fieber und Abgeschlagenheit daran gedacht wird, dass das identische Krankheitsbild auch bei einer HIV-Infektion auftreten kann [2]. Wenn vorher ein Risikokontakt stattgefunden hat, sollte die Abklärung nicht nur ein Differenzialblutbild (Lymphozytose, Monozytose) und die Epstein-Barr-Virus (EBV)-Serologie, sondern auch einen HIV-Test beinhalten [3].

Das Heimtückische an der latenten HIV-Infektion ist, dass viele Patienten während dieser Zeit kein einziges Symptom haben und dennoch ansteckend sind. Erst wenn die Immunität nachlässt und die Zeit seit der Erstinfektion fortschreitet, können Allgemeinsymptome im Sinn einer B-Symptomatik mit Gewichtsverlust, Fieber unklarer Genese und Nachtschweiß auftreten. Zur Abklärung gehört natürlich auch in dieser klinischen Situation ein HIV-Test.

Warndiagnosen

Jede sexuell übertragene Erkrankung kann im „Doppelpack“ mit einer HIV-Infektion erworben worden sein [4]. Die Diagnose beispielsweise einer Chlamy-



© Johannes Bogner

Abb. 3: Zoster am Abdomen; bei schwerem Immundefekt können auch mehrere Dermatome beteiligt sein.



© Johannes Bogner

Abb. 4: Orale Haarleukoplakie am seitlichen Zungenrand (Zunge aktiv seitlich anschauen!); für HIV- Infektion nahezu pathognomonischer Befund; nicht schmerzhaft, nicht abwischbar; verschwindet bei effektiver HIV- Therapie



© Johannes Bogner

Abb. 5: Ausgeprägter Mundsoor im Vollbild AIDS

Laborbefunde, die stutzig machen sollten

Wir erleben es immer wieder, dass späte HIV-Infektionen bei Patienten vorkommen, die zur Abklärung einer neu aufgetretenen Thrombozytopenie, Leukopenie oder gar Trizytopenie bereits beim Internisten und/oder Hämatologen waren. Zur Abklärung einer Thrombopenie gehört ganz klar ein HIV-Test. Etwa 10–50 % aller Menschen mit HIV-Infektion erleiden im Verlauf ihrer Erkrankung eine Thrombopenie unterschiedlichen Ausmaßes [7]. Die HIV-assoziierte Thrombopenie ähnelt dabei sehr der Immunthrombopenie (Morbus Werlhof): große Milz, Zunahme der Megakaryozyten im Knochenmark und Nachweis von plättchen-assoziierten Immunglobulinen.

Hämatologische Veränderungen durch die HIV-Infektion können durch die Infektion von Knochenmarkszellen einerseits und durch die Veränderung des Zytokinmilieus im Knochenmark andererseits erklärt werden [8, 9]. Zytopenien gehören zu den späteren Manifestationen im Verlauf der latenten HIV-Infektion, verschwinden aber häufig, wenn die ART rechtzeitig begonnen wird.

Ein weiterer Befund ist die polyklonale Hypergammaglobulinämie [10, 11]. Bei manchen HIV-Subtypen, insbesondere den Non-B-Subtypen A, C und E kommt es zu massiv ausgeprägten For-

men der Hypergammaglobulinämie mit einer Erhöhung des Serum-Gesamteiweißes. Bei dieser Konstellation würde man zunächst an eine Monoklonalität denken. Bleibt aber die Immunelektrophorese unergiebig, muss ein HIV-Test erfolgen.

Herkunft des Patienten

Etwa ein Fünftel der neuen HIV-Diagnosen in Deutschland wurden in anderen Ländern erworben [1]. Nicht in allen Deutschen Bundesländern ist die medizinische Untersuchung von Asylsuchenden und anderen Migranten bei der Einreise mit einem HIV-Test gekoppelt. Wegen der guten Behandelbarkeit der HIV-Infektion sollte ihnen jedoch ein HIV-Test großzügig angeboten werden, insbesondere bei Herkunft aus Afrika südlich der Sahara, Südostasien, Russland und den Sowjet-Nachfolgestaaten, insbesondere wenn gleichzeitig Hinweise auf Drogengebrauch vorliegen.

Fazit

Der HIV-Test ist immer dann eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn ein epidemiologisches Risiko oder ein klinischer Verdacht auf eine HIV-Infektion besteht oder wenn die Infektion nach einer Exposition ausgeschlossen werden soll.

Eine HIV-Infektion ist sehr gut behandelbar und führt bei rechtzeitiger

dien-Urethritis sollte also zum Anbieten eines HIV-Tests auffordern. Dasselbe gilt für Gonorrhö, Syphilis, neu aufgetretenen Herpes genitalis und Genitalwarzen.

Außerdem gibt es eine Reihe von Indikator diagnosen, bei denen zu Unrecht häufig nicht an einen HIV-Test gedacht wird (Tab. 1, Abb. 1, Abb. 2, Abb. 3, Abb. 4, Abb. 5) [5]. Selbstverständlich können alle hier genannten Erkrankungen auch ohne HIV-Infektion auftreten. Die überzufällige Assoziation mit einer HIV-Infektion rechtfertigt jedoch den Aufruf zum HIV-Test.

und richtiger Behandlung nicht mehr zu einer Einschränkung der Lebenserwartung. Deshalb ist ein HIV-Test weder ehrenrührig noch stigmatisierend, sondern vor allem lebensrettend. Über den Grund muss und darf offen gesprochen werden.

Trauen wir uns ruhig, über Sex zu reden, das Risiko zu benennen und die Empfehlung für einen HIV-Test auszusprechen. Der HIV-Test als IGeL-Leistung sollte der Vergangenheit angehören.

Literatur

1. Robert-Koch-Institut. HIV im Jahr 2019 in Deutschland: Neuinfektionen und Gesamt Krankheitslast. Epi Bull. 2020; <https://go.sn.pub/wJGyXM>, zuletzt abgerufen am 14.1.2021
2. Henn A et al. Primary HIV Infection: Clinical Presentation, Testing, and Treatment. *Curr Infect Dis Rep.* 2017; 19: 37
3. Stemberger M et al. Mononucleosis: a disease with three different etiologies. *MMW Fortschr Med.* 2018; 160: 44–8
4. Spornraft-Ragaller P, Dumke R. Prevalence and antibiotic resistance of rectal Mollicutes in HIV-infected men who have sex with men at the University Hospital of Dresden, Germany. *Infection.* 2020; 48: 259–65
5. Lazarus JV et al. The case for indicator condition-guided HIV screening. *HIV Med.* 2013; 14: 445–8
6. Bickel M et al. High effectiveness of recommended first-line antiretroviral therapies in Germany: a nationwide, prospective cohort study. *Infection.* 2020; 48: 453–61
7. Passos AM et al. An overview of the mechanisms of HIV-related thrombocytopenia. *Acta Haematol.* 2010; 124: 13–8
8. Berhane K et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on anemia and relationship between anemia and survival in a large cohort of HIV-infected women: Women's Interagency HIV Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004; 37: 1245–52
9. Durandt C et al. HIV and haematopoiesis. *S Afr Med J.* 2019; 109: 40–5
10. Haas A et al. Antigen-dependent and independent mechanisms of T and B cell hyperactivation during chronic HIV-1 infection. *J Virol.* 2011; 85: 12102–13
11. De Milito A et al. Mechanisms of hypergammaglobulinemia and impaired antigen-specific humoral immunity in HIV-1 infection. *Blood.* 2004; 103: 2180–6

Prof. Dr. med. Johannes R. Bogner
Ece Esitgen
Dr. med. Markus Nistal
PD Dr. med. Ulrich Seybold
Sektion Klinische Infektiologie,
Medizinische Klinik und Poliklinik IV
Klinikum der Ludwig-Maximilians-
Universität München
Pettenkoferstr. 8a
80336 München
E-Mail: [johannes.bogner@
med.uni-muenchen.de](mailto:johannes.bogner@med.uni-muenchen.de)

Hier steht eine Anzeige.