
Seminar

AIDS

Folge 8

Umgang mit der Krankheit –
Der HIV-infizierte Patient in
der Praxis:

Medizinische Betreuung 81

Praxismagazin

HypertonologieEinsatz von Antihypertensiva:
Entscheidungshilfen –

Hochdrucktherapie nach Maß 85

Pharma-InformationRoferon A® (Interferon α -2a)

Das Potential wird ausgelotet 87

Pharma-Nachricht

Pumpe gegen Parkinson 88

Kongreßkalender 89

Impressum 89

Insel

Anatomische Darstellung

Folge 2

Im Spiegel der Zeit:

Blick in das Innere –

anatomisches Spectaculum 90

Vorschau 92

Explorator

Stamm-heimlich 92



Umgang mit der Krankheit

Die vielen noch ungeklärten medizinischen Aspekte der Krankheit AIDS sowie das Wissen um den tödlichen Ausgang des voll ausgeprägten Krankheitsbildes haben zu großer Beunruhigung breiter Bevölkerungskreise, aber auch des medizinischen Personals geführt. In der vorliegenden Serie gehen Experten auf die in der täglichen Praxis mehr und mehr brennenden Fragen zum Thema AIDS ein. Sie geben dem Arzt Antworten gegen die Angst, Informationen gegen Verunsicherung. Unsere Experten nehmen auch gerne zu Ihren ganz persönlichen Fragen Stellung. Schreiben Sie uns.

Der HIV-infizierte Patient in der Praxis: Medizinische Betreuung

Mit der zunehmenden Ausbreitung der HIV-Infektion wird auch die Zahl der infizierten Patienten bei niedergelassenen Ärzten zunehmen. Zunächst ist für die Definition „Test positiv“ zu fordern, daß aus mindestens zwei verschiedenen Blutproben der HIV-Antikörpertest im Screening-Test positiv ausfällt und in mindestens einer der beiden Blutproben im Bestätigungstest (Immunfluoreszenztest oder Western Blot) Antikörper nachweisbar sind. Bei Vorliegen dieser Testergebnisse ist von einem Infektionsstatus des Patienten auszugehen.

Anamnese und körperliche Untersuchung

Bei allen Patienten werden eine Anamnese und eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Für die Betreuung von HIV-positiven Patienten gelten prinzipiell alle Regeln invasiver Untersuchungen, z. B. für Leberbiopsie, Knochenmarkspunktion, Lymphknotenexstirpation usw. Die Anamnese zielt unter anderem darauf ab, zu ermitteln, inwieweit ein Patient zu den Hochrisikogruppen gehört und ob Vorerkrankungen besonders aus dem Bereich sexuell übertragbarer Infektionen vorliegen. Die weitere Anamnese erstreckt sich auf Symptome, die im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion auftreten können und in einem früheren Beitrag unter „Warnlampen“ aufgezählt worden sind (vgl. AIDS, Folge 4, Münch. med. Wschr. 129 [1987] 16, S. 83). Die körperliche Untersuchung sollte einige Besonderheiten berücksichtigen: Bei Gewichtsverlust, Diagnosekriterium des AIDS-related-complex, sollte der Patient bei der Erstvorstellung auf der Arztwaage gewogen und das Ge-

wicht notiert werden. Für den weiteren Verlauf und vor allem die Prognose sehr hochwertige Symptome müssen sorgfältig gesucht und dokumentiert werden. Dazu gehören Mundsoor, Haarleukoplakie an den Seiten der Zunge und vor allem die genaue Bestimmung des Lymphknotenstatus. Zahl, Größe und Region tastbarer Lymphknoten müssen detailliert registriert werden. Größenzunahme von Lymphknoten könnte einen Hinweis auf eine opportunistische Infektion oder ein Lym-

Besondere Schwerpunkte der körperlichen Untersuchung

- bei Gewichtsverlust das Gewicht dokumentieren
- Beobachtung, ob Mundsoor und Haarleukoplakie an den Seiten der Zunge auftreten
- genaue Bestimmung des Lymphknotenstatus
- auf Hautveränderungen achten

phom darstellen, das Verschwinden früher getasteter Lymphknoten ist oft ein dringender Hinweis auf die Entwicklung des Immundefektes. Nach wichtigen, oft sehr diskreten Hautveränderungen muß gefahndet werden (vgl. AIDS, Folge 5, Münch. med. Wschr. 129 [1987] 17, S. 95).

Laboruntersuchungen

Nach der Erkennung der HIV-Infektion zielt die Laboruntersuchung auf die Quantifizierung eines eventuell vorhandenen Immundefektes. Ohne Beschwerden im Sinne HIV-assoziiierter Krankheitsbilder führen wir Routineuntersuchungen im Abstand von 6 Monaten durch (Tabelle S. 82). Den wichtigsten Laborparameter stellt die absolute Zahl der T-Helferlymphozyten dar. Diese wird aus dem prozentualen Anteil der Helferlymphozyten und der absoluten Lymphozythenzahl aus dem Differentialblutbild errechnet. Die Bestimmung der

Lymphozytensubsets und des Differentialblutbildes muß unbedingt an demselben Tage erfolgen, da sonst keine zuverlässigen Zahlen ermittelt werden. Darüber hinaus sollten im Differentialblutbild mindestens 200 Zellen ausgezählt werden. Die Beurteilung der kutanen Energie mit Hilfe des Multitests Merieux hat Tücken: mindestens 30 Minuten vor seiner Anwendung sollte der Test aus dem Kühlschrank genommen werden, der Teststempel mindestens 10 Sekunden fest auf die Haut gedrückt werden und sichtbare Testflüssigkeit sollte antrocknen und nicht abgewischt werden.

Technische Untersuchungen

Als technische Routineuntersuchungen empfehlen wir einmal jährlich eine Röntgenthoraxaufnahme in zwei Ebenen sowie zweimal jährlich eine Oberbauchsonographie zur Beurteilung von Leber- und Milzgröße sowie zur Erkennung paraaortaler Lymphknoten. Diese Routineuntersuchungen gelten für Patienten ohne Symptomatik. Allerdings bekommen nach der Mitteilung einer HIV-Infektion an den Patienten alle körperlichen Beschwerden eine andere Dimension: Früher kaum beachtete Temperaturerhöhungen, Durchfall oder Husten werden von den Patienten verständlicherweise oft als

Routineuntersuchungen des asymptomatischen Patienten

- 2mal jährlich Laboruntersuchung
 - großes Blutbild
 - Thrombozyten
 - Leberenzyme
 - Serumelektrophorese
 - Immunglobuline quantitativ
 - Urinstatus
 - Hepatitiserologie
 - Luesserologie
 - Lymphozyten-Subsets
 - Multitest Merieux
- 2mal jährlich Oberbauchsonographie
- 1mal jährlich Röntgenthoraxaufnahme

Anfang vom Ende gedeutet. So ist der Arzt nicht nur als Mediziner, sondern vor allem als ärztlicher Betreuer gefordert. Die Differenzierung zwischen harmlosen Beschwerden, psychosomatischen Manifestationen und ernsthaften Zeichen des beginnenden Immundefektes kann im Einzelfalle sehr schwierig sein. In diesen Situationen hat sich die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten oder Kliniken, die bereits mehr Erfahrung mit dem Krankheitsbild gesammelt haben, sehr bewährt. Für eventuelle Ratschläge stehen auch Kollegen der Medizinischen Poliklinik der Universität München (Tel. 0 89/51 60-35 50) (sowie alle anderen Ansprechpartner der Liste in: AIDS, Folge 2, Münch. med.

Deutsche Studie mit Azidothymidin

Seit etwa einem halben Jahr läuft an fünf deutschen Zentren die klinische Prüfung des Wirkstoffes Azidothymidin (AZT) bei AIDS (als Retrovir® jetzt vom BGA zugelassen). Studien in den USA haben gezeigt, daß eine Lebensverlängerung der Patienten mit dieser Therapie erzielt werden kann. „Soweit wir dies bisher beurteilen können“, so der deutsche Studienleiter *D. Adam*, München, „sehen unsere Ergebnisse ähnlich aus“. Sollte dieser Trend bis zur Mitte des Jahres anhalten, wollen die deutschen Prüfer den Placebo-Arm der Prüfung abbrechen. „Allerdings“, so betonte *Adam*, „kann mit dieser Substanz keine Heilung erzielt werden, da sie nur die Virusvermehrung bremst.“ (br)

Eröffnungspressekonferenz der Biennial Conference on Chemotherapy of Infectious Diseases and Malignancies, München, 23. April 1987.

Wschr. 129 [1987] 14, S. 71) zur Verfügung. Mit zunehmender Symptomatik, insbesondere wenn invasive Untersuchungstechniken notwendig erscheinen, sollte der Patient in ein dafür geeignetes Zentrum überwiesen werden. Eine zumindest grobe Einteilung in die verschiedenen Krankheitsstadien (symptomlose HIV-Infektion, Lymphadenopathiesyndrom, AIDS-related-complex, Vollbild von AIDS) erleichtert in manchen Situationen diagnostische oder therapeutische Entscheidungen.

Patient sollte weitere Noxen vermeiden

Im Verlaufe der Betreuung werden die Patienten immer wieder nach Möglichkeiten der Behandlung fragen. Im Augenblick ist nur eine Behandlung opportunistischer Infektionen und des Kaposi-Sarkoms bzw. des malignen Lymphoms möglich, nicht jedoch der zugrundeliegenden HIV-Infektion bzw. des Immundefektes. Um so mehr muß der Patient angehalten werden, weitere Noxen zu verhindern, wie z. B. wiederholte HIV-Expositionen und andere vielleicht vermeidbare Infektionskrankheiten. Wichtig erscheint auch die wiederholte Information des Patienten durch den Arzt über:

1. die Tatsache der HIV-Infektion,
2. seine Infektiosität,
3. den Verbreitungsweg des Virus,
4. die Tatsache, daß es klinisch gesunde Virusträger gibt.

Nicht nur der Patient, auch der einzelne Arzt muß dazu beitragen, daß die Virusinfektion nicht weitergegeben wird.

Prof. Dr. med. *F.-D. Goebel*, Dr. med. *J. Bogner*, Med. Poliklinik der Universität München, Pettenkofersstraße 8a, 8000 München 2.