

Die späte Diagnose der HIV-Infektion

Im Journal HIV Medicine ist soeben die im Rahmen der Schweizerischen Kohortenstudie (www.shcs.ch) durchgeführte Studie von Wolbers et al. erschienen [1]. Wolbers et al. zeigen, dass auch in der Schweiz die späte Diagnose und/oder die späte Behandlung der HIV-Infektion häufig ist. Davon sind ältere Patienten, Menschen mit nicht kaukasischer Ethnie und heterosexuellem Übertragungsweg häufiger betroffen als Patienten mit homosexuellen Sexualkontakten oder i.v.-Drogenkonsum. Da die rechtzeitige Diagnose und Therapie der HIV-Infektion Morbidität und Mortalität eindrücklich reduzieren, ist einerseits für Migrantinnen und Migranten der Zugang zum Medizinsystem weiter zu verbessern, und andererseits muss eine bessere (Sexual-)Anamnese HIV-Risiken auch bei Heterosexuellen erkennen.

RECHTZEITIGE DIAGNOSE UND THERAPIE DER HIV-INFEKTION REDUZIEREN MORBIDITÄT UND MORTALITÄT

Die Morbidität und die Mortalität von HIV-infizierten Menschen haben seit 1996 aufgrund der potenten antiretroviralen Kombinationstherapien stark abgenommen. Ein Hauptgrund der verbleibenden Sterblichkeit ist, dass die HIV-Infektion oft erst zu einem späten Zeitpunkt diagnostiziert und/oder die Therapie zu spät begonnen wird. Weitere Gründe für eine verbleibende Sterblichkeit sind in zunehmendem Masse Ko-Morbiditäten, vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten und in abnehmendem Masse eine ungenügende Therapie oder keine verbleibenden Therapieoptionen.

Die späte Diagnosedstellung einer HIV-Infektion ist nach wie vor ein erhebliches Problem. Eine späte HIV-Infektion wird immunologisch oder klinisch definiert: Als Grenze für eine späte HIV-Präsentation kann das Unterschreiten eines CD4-Wertes von 200 CD4-Zellen/ μ l, und als sehr späte Präsentation das Unterschreiten eines CD4-Wertes von 50/ μ l festgelegt werden. Eine späte

respektive zu späte Präsentation ist auch dann gegeben, wenn bereits HIV-assoziierte Symptome oder Befunde bzw. Aids-definierende Krankheiten gemäss Stadium CDC C3 vorliegen.

In westlichen Ländern begeben sich nach wie vor 10% respektive 30% der HIV-infizierten Menschen erst dann in medizinische Betreuung, wenn die CD4-Zellzahl 50 respektive 200/ μ l unterschritten hat. Die späte Präsentation ist in noch höherem Ausmass in Entwicklungsländern festzustellen. Daraus ergeben sich verschiedene Probleme: Zum einen steigen Morbidität und Mortalität deutlich an, je tiefer die CD4-Zellzahl abgesunken ist. So beträgt z. B. das Risiko, in den nächsten 6 Monaten an Aids zu erkranken, bei einer CD4-Zellzahl unter 200/ μ l je nach Alter und Viruskonzentration bereits 2–8%. Zweitens ergeben sich aufgrund von opportunistischen Krankheiten häufig diagnostische und therapeutische Herausforderungen, die eine intensive Betreuung erfordern. Dies ist – falls die CD4-Werte unter 50/ μ l liegen – u. a. mit häufigeren Hospitalisationen und einer kurz bis mittelfristig hohen Mortalität von ca. 10% verbunden (Abbildung 1). Ein drittes

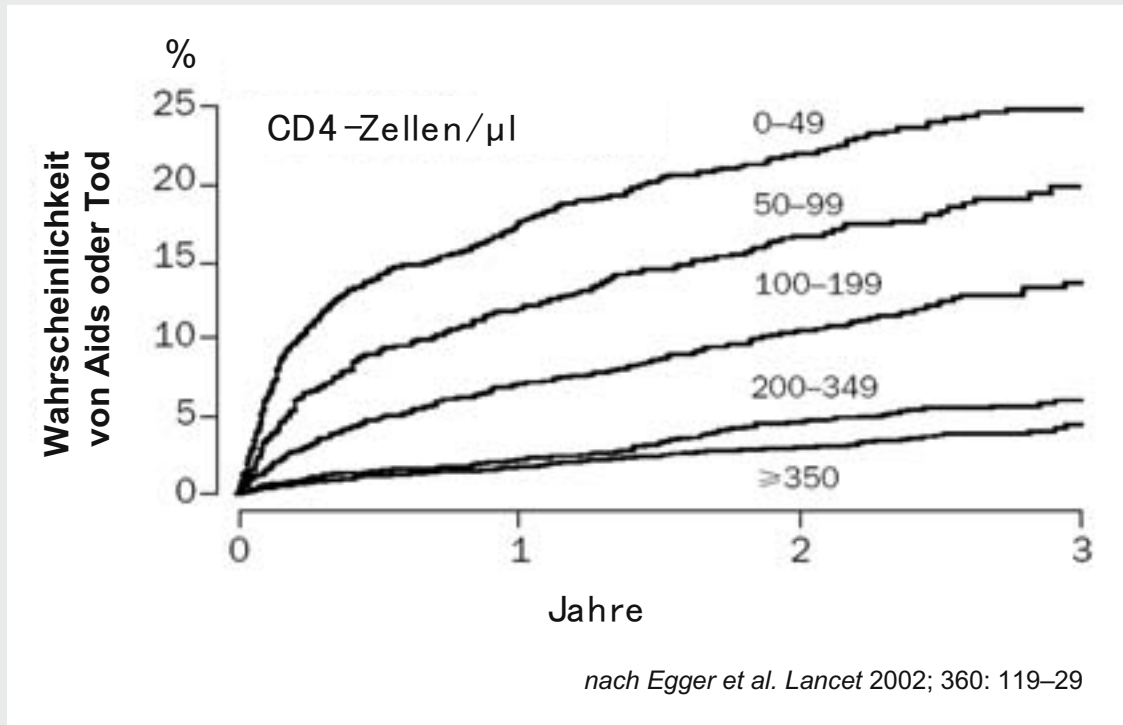
Problem bei später Präsentation ist der schwierigere Beginn einer antiretroviralen Therapie. Für den HIV-infizierten Patienten und seine Angehörigen ist es belastend, wenn innerhalb einer kurzen Zeit nach der Diagnose eine antiretrovirale Therapie begonnen werden muss. Bei später Präsentation kommt es zudem häufiger zu medikamentösen Nebenwirkungen, Medikamenteninteraktionen aufgrund der Behandlung von Ko-Morbiditäten sowie bei sich verbessernder Immunlage zu Immunrekonstitutionsphänomenen.

Aus infektionsepidemiologischer Sicht ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass die Übertragungsrate bei HIV-Positiven, die ihren Status nicht kennen, um das 3,5-fache erhöht ist [2].

DIE STUDIE VON WOLBERS ET AL.

Wolbers et al. haben untersucht, wie häufig eine späte Präsentation in der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie auftritt und ob in dieser Patientengruppe die weitere Betreuung optimal verlaufen ist. Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (www.shcs.ch), eine prospektive Beobachtungsstudie – 1988 gegründet als Projekt von fünf Universitäts- und zwei Kantonsspitalern – bildet heute ein nationales Netzwerk mit engen Beziehungen zu regionalen Spitälern und spezialisierten niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen. Im Rahmen der soeben in HIV Medicine erschienenen Studie [1] wurden 1915 Patienten mit einer in den Jahren 1998–2007 gestellten HIV-Diagnose untersucht. Einschlusskriterium war insbesondere, dass die HIV-Diagnose innert weniger als dreier Monate vor dem Betreuungsbeginn im Netzwerk stattfand. In dieser Patientengruppe zeigte sich ein medianer initialer CD4-Wert von 331/ μ l. Eindrücklich war, dass 31% der Patienten weniger als 200 und 10% weniger als 50 CD4-Zellen/ μ l aufwiesen. Risikofaktoren für einen tiefen CD4-Wert waren ein höheres Alter und eine nicht kaukasische Ethnie. Interessanterweise zeigte sich, dass sich Patienten mit dem HIV-Übertragungsmodus ungeschützte männliche homosexuelle Sexualkontakte oder i.v. Drogenkonsum weniger häufig spät

Abbildung 1
Morbidität und Mortalität der behandelten HIV-Infektion. Schlechte Prognose bei spätem Therapiebeginn



präsentierten, was wohl mit einer höheren Bewusstheit des HIV-Risikos in diesen Bevölkerungsgruppen zu erklären ist. Einmal in medizinischer Betreuung wird eine antiretrovirale Therapie sehr bald begonnen, je tiefer die CD4-Zellzahl desto schneller. Zusätzlich zeigte sich, dass Patienten, welche genug früh medizinisch betreut wurden und mit über 200 CD4-Zellen/μl ins Netzwerk der Schweizerischen HIV-Kohorten Studie eintraten, nur sehr selten einen Abfall der CD4-Werte unter 50/μl erlitten. Dies war während einer Verlaufsbeobachtung von 10 Jahren «lediglich» bei 1,5%, nämlich bei 26 von 1730 Patienten, der Fall.

Die Schlüsse der Studie sind leicht zu ziehen: Auch in der Schweiz be-
 gibt sich eine nicht unerhebliche Anzahl HIV-infizierter Menschen erst zu spät in medizinische Betreuung. Ein Qualitätsmerkmal der medizinischen Betreuung – so zeigt die Stu-

die auf – ist die rechtzeitige Aufnahme der antiretroviralen Therapie. Aktuelle europäische Therapierichtlinien empfehlen den Beginn beim Unterschreiten des CD4-Wertes von 350/μl.

FAZIT

In Anbetracht der durch rechtzeitigen Therapiebeginn dramatisch reduzierten Morbidität und Mortalität ist es essenziell, dass die späte Präsentation verhindert wird. Dies kann erreicht werden, wenn die Empfehlungen zum HIV-Test, sei es die schweizerischen oder die europäischen, vermehrt berücksichtigt werden. Zudem ist der Zugang zum Medizinsystem für Migrantinnen und Migranten zu erleichtern und die (Sexual-)Anamnese bei Menschen mit heterosexuellem Verhalten in Bezug auf HIV-Risiken zu verbessern. Die Empfehlungen des

BAG an die Ärzteschaft zum «Provider initiated Counselling and Testing» [3] bleiben aktuell und gültig.

Fachkommission Klinik und Therapie von HIV/Aids des Bundesamtes für Gesundheit:

- M. Battegay, Basel; E. Bernasconi, Lugano; H. Binz, Solothurn; M. Cavassini, Lausanne; M. Flepp, Zürich (Präsident), Hj. Furrer, Bern; B. Hirschel, Genf; J. Jost, Zürich; C. Rudin, Basel, P. Vernazza, St. Gallen; R. Weber, Zürich. ■

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Sektion Aids
 Telefon 031 323 88 11
 E-Mail: aids@bag.admin.ch

Literatur

1. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H-J, Rickenbach M, Cavassini M, Weber R, Schmid P, Bernasconi E, Hirschel B, Battegay M, and the Swiss HIV Cohort Study (2008) Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. HIV Medicine doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00566.x
2. London School of Tropical Medicine and Hygiene (2008) «Testing Times». A multi-country analysis of the state of testing and care in the EU region and neighbours. In: European Commission (Hrsg.) HIV in Europe 2007. Working together for optimal testing and care. 25–27 november 2007, Brussels. Conference outcomes, achievements, learnings and 2008 plans. Paper presented at the 10th Meeting of the «HIV/AIDS Think Tank» 9 and 10 April 2008 Brussels. EU, Brussels, S 11
3. Bundesamt für Gesundheit (2007) HIV-Test und Beratung auf Initiative des Arztes, der Ärztin. Download: <http://www.hiv.ch/rubriken/news/ProvInitTest.pdf>. Bulletin des Bundesamt für Gesundheitswesen 21: 371–373