

HIV/AIDS ZB MED

Therapie opportunistischer Erkrankungen und peripher-nervöser Komplikationen

- ▶ Oropharyngealcandidosen bei dekompensiertem Immundefekt
- ▶ MAC-Prophylaxe bei schlechtem Immunstatus empfehlenswert
- ▶ Neuropathie bei HIV – ein bislang ungelöstes Problem

ZUM THEMA

Obwohl opportunistische Infektionen bei HIV-Patienten seit Einführung der hoch aktiven antiretroviralen Therapie (HAART) rückläufig sind, bleiben die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Kenntnisse für jeden Arzt, der von dieser Erkrankung betroffene Patienten betreut, auch heute unabdingbar. So hat sich bei oropharyngealen Candidosen – nach wie vor die häufigste Pilzkrankung bei Patienten mit dekompensiertem Immundefekt – eine systemische Therapie mit Fluconazol bewährt.

Nicht zufriedenstellend zu behandeln sind bisher neuropathische Symptome, über die mindestens die Hälfte aller HIV-Patienten in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung klagen. Der Einsatz des Wirkstoffs Gabapentin bei einer HIV-assoziierten Polyneuropathie könnte sich als aussichtsreiche Therapieform erweisen. Welcher Stellenwert dieser Behandlung zukommt, wird derzeit in einer Multicenterstudie untersucht.

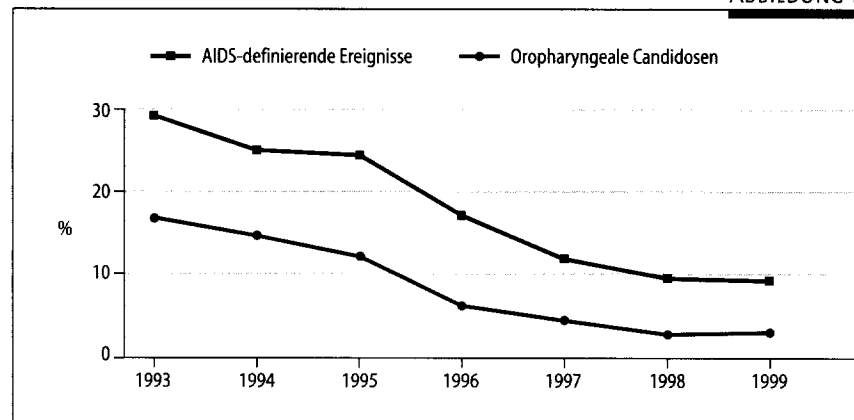
Ma VI
3. 380
42, 10, 6X-
ZB MED

Durch die Einführung der hoch aktiven antiretroviralen Therapie (HAART) wurden in den letzten Jahren Häufigkeit und Art der bei HIV-Patienten auftretenden Dermatomykosen maßgeblich beeinflusst. So ist die Häufigkeit der Hefepilzkrankungen im Oropharyngealbereich stark zurückgegangen (Abb. 1). Demgegenüber ist bei Patienten mit niedrigen CD4-Zellzahlen ein geringfügiger Anstieg von Dermatophyten und Onychomykosen zu beobachten, berichtete H. Rasokat, Köln. Wie von der Universitäts-Hautklinik Köln erhobene Daten zeigen, waren bis zum Jahr 1990 noch 43 % der dokumentierten HIV-assoziierten Pilzkrankungen auf Candida-Infektionen zurückzuführen. In den Jahren 1998 bis 2000 verringerte

schließen, dass 6 Monate nach HAART-Beginn zwei Drittel der Patienten eine Immunantwort auf Candida-Antigenen zeigen. Bei MAC (*Mycobacterium avium intracellulare complex*)-Antigenen und Toxoplasma-Antigenen war der Anteil dieser Responder niedriger (MAC 50 %, Toxoplasma 20–30 %). Gezeigt werden konnte auch, dass sich nach Beginn einer HAART die fungizide Aktivität von phagozytierenden Immunzellen signifikant verbessert. Ergebnisse aus der Grundlagenforschung haben laut Rasokat inzwischen sogar die Frage aufgeworfen, ob Proteasehemmer nicht per se über eine antimykotische Wirksamkeit verfügen.

Insgesamt treten Dermatophytenerkrankungen der Haut wie Tinea corporis,

ABBILDUNG 1



▲ Häufigkeit von AIDS-definierenden Ereignissen und oropharyngealen Candidosen bei HIV-Patienten von 1993–1999 (Daten des St. Georg-Krankenhauses, Hamburg, modifiziert nach Plettenberg)

sich deren Anteil auf 4 % (Abb. 2 a,b). In 87 % der Fälle wurden Dermatophyten als Erreger nachgewiesen, die in den Jahren 1985 bis 1990 nur für 46 % der HIV-assoziierten Pilzkrankungen verantwortlich waren.

Wie Rasokat erläuterte, lassen Studienergebnisse von Schrier et al. darauf

T. intertriginosa oder T. pedum häufiger bei HIV-Patienten auf als bei immungesunden Personen. Deutlich höher ist auch die Prävalenz von HIV-assoziierten Onychomykosen. So kann das Auftreten einer Onychomycosis superficialis alba mit proximaler Lokalisation sogar Anlass zu einer