

Der HIV-Test auf Initiative des Arztes: Empfehlungen zur Durchführung bei Erwachsenen

Provider induced counselling and testing (PICT) bezeichnet die durch den Arzt initiierte Durchführung eines HIV-Tests und die Beratung des Patienten in Situationen, bei denen das Vorliegen einer HIV-Infektion möglich erscheint.

Die aktualisierten Empfehlungen verfolgen drei Ziele: der Arzt soll a) die HIV-Primoinfektion nicht verpassen, b) bei unklaren Symptomen und Krankheitsbildern an eine fortgeschrittene HIV-Infektion denken und c) bei Hinweisen auf riskantes Sexualverhalten das präventive Beratungsgespräch führen und den HIV-Test vorschlagen. Eine HIV-Infektion wird häufig zu spät diagnostiziert, weil u.a. bei folgenden Krankheiten nicht an eine HIV-Infektion als Ursache oder Begleitkrankheit gedacht wird:

Mononukleoseähnliche Krankheitsbilder, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, neurologische Krankheitsbilder, Hodgkin Lymphom, Herpes zoster bei jungen Erwachsenen (< 40 Jahre).

Die Unterlassung eines HIV-Tests in diesen Situationen ist – ähnlich wie z.B. bei Schwangeren oder Organspendern – ein Fehler.

EINLEITUNG

In der Schweiz wird eine HIV-Infektion bei 30% der Betroffenen erst im Stadium einer fortgeschrittenen Immunschwäche (CD4-Zellen unter 200/ μ l) diagnostiziert [1]. Die Folgen sind eine erhöhte Morbidität der Betroffenen und vermehrte Neuinfektionen. Vor diesem Hintergrund haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Fachkommission Klinik und Therapie (FKT) im Mai 2007 Empfehlungen zu vermehrter ärzteinitiiertem HIV-Beratung und -Testung «provider induced counselling and testing (PICT)» publiziert [2, 3]. PICT bedeutet die freiwillige Durchführung von HIV-Tests und die Beratung auf ärztliche Initiative bei Patienten, bei denen aus medizinischen Gründen ein HIV-Test indiziert ist. In Situationen, wo aufgrund von Klinik- und/oder Laborbefunden eine HIV-Infektion als Ursache oder Begleitkrankheit infrage kommt, informiert der Arzt den Patienten über die Notwendigkeit der Durch-

führung eines HIV-Tests. Die Bestätigung bzw. der Ausschluss einer HIV-Infektion durch einen HIV-Test ist Teil der rationalen medizinischen Abklärung. Bei Hinweisen auf risikoreiche Sexualkontakte schlägt der Arzt ebenfalls einen HIV-Test vor.

Die vorliegende Empfehlung befasst sich explizit nur mit Erwachsenen. Selbstverständlich gibt es auch bei Kindern spezifische Krankheitsbilder und Zustände, bei welchen nach diesem Prinzip vorgegangen werden sollte, allerdings unterscheiden sich diese wesentlich von denjenigen des Erwachsenenalters.

A) HIV-PRIMOINFEKTION

Nutzen der Früherkennung

Während der ersten Phase (Primoinfektion) ist die HIV-Infektion besonders ansteckend (4). Nur wenn die Primoinfektion erkannt wird, kann die betroffene Person beraten werden, wie sie ihre Partner vor einer Ansteckung schützt. Der poten-

zielle Nutzen einer entsprechenden Verhaltensänderung (HIV-Schutzverhalten) ist demnach in der Phase der Primoinfektion am höchsten und ist umso geringer, je später die HIV-Infektion diagnostiziert wird.

Eine antiretrovirale Therapie (ART) in der Phase der Primoinfektion kann indiziert sein. Dies ist Gegenstand der Forschung [5–9]. Die Bedingungen hierfür sind mit dem HIV-Spezialisten abzuklären.

Was tun bei Verdacht auf Primoinfektion?

Beim Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik (Tab. 1) informiert der Arzt den Patienten, dass ein HIV-Test indiziert ist. Zusätzlich informiert er ihn über die besondere Infektiosität während einer Primoinfektion und berät ihn bezüglich des HIV-Schutzverhaltens.

Die Indikation ergibt sich aus der Klinik und gilt auch dann, wenn der Patient sich keines Risikoverhaltens bewusst ist.

Symptome der HIV-Primoinfektion

Die Symptome einer Primoinfektion sind ähnlich wie diejenigen einer Mononukleose (vgl. Tab.1).

Tabelle 1

Symptome und Befunde der Primoinfektion

Die häufigsten Symptome und Befunde:

- Fieber
- Müdigkeit
- Disseminierte Lymphadenopathie
- Erythematöse Pharyngitis
- Hautausschlag
- Kopfschmerzen
- Aseptische Meningitis
- Reaktive Lymphozyten

Weniger häufig auftretende Symptome:

- Myalgien und Arthralgien
- Akute Diarrhoe
- Übelkeit und Erbrechen
- Orale und genitale Ulzera

Seltener Symptome und Befunde:

- Hepatosplenomegalie
- Aseptische Meningitis und andere neurologische Manifestationen

B) HIV-TEST IM RAHMEN DIFFERENZIALDIAGNOSTISCHER ABKLÄRUNGEN

In der Praxis gibt es Situationen, in denen bewusst nicht auf die Risikoanamnese abgestützt, sondern

der HIV-Test immer durchgeführt wird. Es betrifft dies: Schwangerschaft [10], Blut-, Samen- und Organspende sowie Fälle, wo aufgrund von Klinik- und/oder Laborbefunden eine HIV-Infektion als Ursache in Frage kommt (Tab. 2a–c). Die Bestätigung bzw. der Ausschluss der HIV-Infektion durch einen HIV-Test ist hier Teil der rationalen medizinischen Abklärung. In den meisten Fällen ist die Information des Patienten empfehlenswert. Der Arzt weist den Patienten darauf hin, dass im Rahmen der Abklärungen auch ein HIV-Test durchgeführt wird. Will der Patient keinen HIV-

Test, muss er sich aktiv dagegen aussprechen. Hier gilt: Ohne Ablehnung werden alle medizinisch notwendigen Tests durchgeführt.

Situationen, in denen grundsätzlich ein HIV-Test indiziert ist

In den folgenden Fällen sollte grundsätzlich immer ein HIV-Test durchgeführt werden: siehe Tabellen 2a–c.

Situationen, in denen die Durchführung eines HIV-Tests erwogen werden soll

Bei trotz ausgiebigen Abklärungen unklaren B-Symptomen, chronischer Diarrhoe, Nephropathie oder

pulmonaler Hypertonie sowie unklaren Laborveränderungen (z.B. Thrombozytopenie, Lymphopenie, Hypergammaglobulinämie) findet sich als Ursache gelegentlich eine HIV-Infektion. Zu guter Letzt ist eine unbehandelte HIV-Infektion mit einem erhöhten Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert [11, 12]. So ist auch bei Erkrankungen wie Myokardinfarkt, Apoplexie sowie derer Vorstufen, vaskulärer Impotenz und peripherer arterieller Verschlusskrankheit an eine HIV-Infektion zu denken. In diesen Situationen muss der Patient über die Durchführung einer HIV-Diagnostik informiert und gegebenenfalls eine Risikoberatung durchgeführt werden.

Tabelle 2a

Klinische Indikationen für einen HIV-Test

- Mononukleoseähnliches Krankheitsbild (vgl.Tab. 1)
- Sexuell übertragbare Infektionen (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, Lymphogranuloma venereum, Herpes genitalis, Condylomata accuminata, Hepatitis A, B und C)
- Neurologische Krankheitsbilder (Demenz, Meningitis, Enzephalitis, Facialisparesie, Polyneuropathie)
- Hodgkin Lymphom
- Mukokutane Läsionen mit *Candida albicans*, *Herpes zoster* bei <40-Jährigen, seborrhoische Dermatitis, orale Haarleukoplakie, unklare Exantheme; generalisierte periphere Lymphadenopathie, Analkarzinom, Dysplasie der Cervix uteri
- Wasting Syndrom
- Schwangerschaft
- Blut-, Samen- und Organspende
- Aidsdefinierende Erkrankungen (vgl. Tab. 2c)

Tabelle 2b

Laborverordnungen bei Erwachsenen, bei denen zusätzlich ein HIV-Test durchgeführt werden sollte

- Epstein-Barr-Virus – Serologie
- Zytomegalievirus – Serologie
- Toxoplasma gondii – Serologie aus klinischer Indikation
- Lues – Suchtest
- Hepatitis B und C Virus – Suchtest
- Masern, Röteln u.a. – Serologien (unklares Exanthem bei Erwachsenen mit Fieber)

Tabelle 2c

Aidsdefinierende Erkrankungen

- Tuberkulose
- Soor-Oesophagitis
- *Pneumocystis jiroveci* (früher *carinii*) Pneumonie
- Rezidivierende bakterielle Pneumonien
- Persistierende *Herpes simplex* Läsionen
- Kaposi-Sarkom
- Zervixkarzinom
- Chronische Diarrhoe verursacht durch Kryptosporidien oder *Isospora belli*
- Progressive multifokale Leukenzephalopathie
- ZNS-Toxoplasmose
- Primäres ZNS-Lymphom
- Non-Hodgkin-Lymphom
- Kryptokokken-Meningitis
- Cytomegalovirus-Retinitis, -Oesophagitis, -Colitis
- Disseminierte Infektionen mit atypischen Mykobakterien
- Extrapulmonale Histoplasmose oder Kokzidioidomykose

C) RISKANTES SEXUALVERHALTEN UND VOLUNTARY COUNSELLING AND TESTING (VCT)

Hausärzte und Spezialisten schlagen ihren Patienten das Beratungsgespräch und einen HIV-Test auch vor, wenn sie riskantes Sexualverhalten vermuten oder Hinweise darauf haben. Dabei ist «informed consent» die Regel: Nach einer sorgfältigen Sexualanamnese und einem ausführlichen Beratungsgespräch stimmt der informierte Patient der Durchführung eines HIV-Tests und anderer relevanter Tests explizit zu; d.h. ohne Zustimmung wird kein Test durchgeführt. Tabelle 3 enthält die Indikationen für diese Art der Beratung und Testung.

PRAKTISCHE UMSETZUNG: CHECKLISTEN

Um eine HIV-Primoinfektion, eine opportunistische Erkrankung oder eine HIV-Infektion als Risikofaktor zu erkennen, muss der Arzt «daran denken».

Die Kommission empfiehlt deshalb die Einführung entsprechender Checklisten auf den Notfallstationen und in Privatpraxen. Bei der Verordnung bestimmter serologischer Untersuchungen (Tab. 2b) soll zudem das betreffende Labor mittels Laborkommentar auf die differenzialdiagnostische Möglichkeit einer HIV-Infektion hinweisen.

Tabelle 3

Indikation für eine durch den Arzt vorgeschlagene Beratung und Testung

- a) Patient gehört zu einer Gruppe mit erhöhter Prävalenz: Männer, die Sex mit Männern haben, intravenös Drogen Injizierende, Herkunft aus einem Land mit erhöhter HIV-Prävalenz (Subsahara)
- b) Patient berichtet riskantes Sexualverhalten mit einer bekanntermassen HIV-positiven Person oder in einem Umfeld mit erhöhter Prävalenz (siehe a)
- c) Checkup-Wunsch seitens sexuell aktiver Personen
- d) Checkup-Wunsch bei Reiserückkehrenden

Autoren:

Markus Flepp, Matthias Cavassini, Pietro Vernazza, Hansjakob Furrer, für die Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids (FKT)

Mitglieder der FKT:

PD Dr. Enos Bernasconi, Lugano; Dr. med. Matthias Cavassini, Lausanne; Dr. med. Luigia Elzi, Basel; Dr. med. Markus Flepp, Zürich (Vorsitz); Prof. Hansjakob Furrer, Bern; Prof. Bernard Hirschel, Genf; Dr. med. Josef Jost, Zürich; Prof. Christoph Rudin, Basel; Prof. Pietro Vernazza, St. Gallen; Prof. Rainer Weber, Zürich; Dr. med. Anne Witschi, Basel ■

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Sektion Prävention und Promotion
Telefon 031 323 88 11

Literatur

1. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med* 2008; 9: 397–405.
2. Bundesamt für Gesundheit. HIV-Test und Beratung auf Initiative des Arztes, der Ärztin. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 2007; 21: 371–373.
3. WHO/UNAIDS. Guidance on provider initiated HIV testing and counselling in health facilities. 30. May 2007.
4. Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Inf Dis* 2007; 195, 951–959.
5. Pantazis N, Touloumi G, Vanhems P, et al. (CASCADE collaboration). The effect of antiretroviral treatment of different durations in primary HIV infection. *AIDS* 2008; 22: 2441–2450.
6. Seng R, Goujard C, Desquilbet L, et al. (ANRS PRIMO and SEROCO Study Groups). Rapid CD4+ Cell Decrease after Transient cART Initiated During Primary HIV Infection (ANRS PRIMO and SEROCO Cohorts). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2008; 49: 251–258.
7. Hecht FM, Wang L, Collier A, et al. A multicenter observational study of the potential benefits of initiating combination antiretroviral therapy during acute HIV infection. *J Inf Dis* 2006; 194: 725–33.
8. Steingrover R, Jurriaans S, Grijzen M et al. Transient HAART during PHI prolongs total time off HAART in patients presenting with PHI: Data from the Dutch Primo SHM Cohort. 16th Conference on Retroviruses and opportunistic infections, Montreal February 8–11, 2009, Abstract 70bLB.
9. Fidler S, Fox J, Touloumi G, Pantazis N, et al. Slower CD4 cell decline following cessation of a 3 month course of HAART in primary HIV infection: findings from an observational cohort. *AIDS*. 2007 Jun 19; 21(10): 1283–91.
10. Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids des BAG. HIV-Testung während der Schwangerschaft. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 2003; 9: 152–153.
11. Grunfeld C, Delaney J, Wanke C, et al. HIV Infection Is and Independent Risk Factor for Atherosclerosis Similar in Magnitude to Traditional Cardiovascular Disease Risk Factors. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Montreal, Can 2009, Abstr 146.
12. El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, et al. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group, CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med*. 2006 Nov 30; 355(22): 2283–96.