

Der HIV-Patient auf Reisen

Dr. med. Marco H. Schulze, Abteilung Tropenmedizin, Missionsärztliche Klinik GmbH
Würzburg

Das Reisen hat sich zu einem festen Bestandteil der heutigen Lebenskultur entwickelt. Ob nun als privates Vergnügen oder als berufliche Notwendigkeit, das Kennenlernen fremder Länder, Menschen und Kulturen, oder das Zurechtfinden in einem kulturell neuen Arbeitsumfeld erweitert ohne Zweifel den eigenen Horizont und trägt zur umfassenden Persönlichkeitsentwicklung bei.

Die aktuelle Analyse zu den Urlaubsreisen im Jahr 2008 ergab, dass ca. 38 Millionen Bundesbürger, die älter als 14 Jahre sind, einmal pro Jahr verreisen und ca. 11 Millionen sogar mehrmals jährlich eine Reise unternehmen. Vor dem Hintergrund des seit Jahren konstant hohen Reiseaufkommens, hat die Reisemedizin im letzten Jahrzehnt eine enorme Spezialisierung erfahren. Der Reisende soll so individuell wie nur möglich vor seiner Reise beraten und vorbereitet werden, um das Risiko von reiseassoziierten Erkrankungen zu minimieren. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei immer mehr den chronisch Kranken gewidmet. Dazu zählen neben den Herz-Kreislaufpatienten, den Diabetikern, den Tumorpatienten oder den chronisch Lungenkranken auch die HIV-Patienten. Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes lebten Ende 2008 zwischen 60.000 bis 67.000 Menschen mit HIV bzw. AIDS in Deutschland. Mittlerweile gibt es keine Generation mehr, die nicht mit HIV infiziert bzw. an AIDS erkrankt sein könnte. Der Fortschritt in der antiretroviralen Therapie (ART) hat zum Langzeitüberleben geführt. Doch dieses Überleben ist häufig vergesellschaftet mit einer Reihe von Einschränkungen, Begleit- und Folgeerkrankungen. Lipodystrophie, chronische Durchfälle, Arteriosklerose mit Herz-Kreislauf-erkrankungen oder Diabetes sind nur einige Langzeitnebenwirkungen, die durch eine ART mit hervorgerufen werden können. Somit liegen häufig neben der eigentlichen HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung noch weitere chronische Erkrankungen vor.

Häufig erfolgt die Reiseberatung durch den behandelnden HIV-Spezialisten in Absprache mit einem reisemedizinisch erfahrenen Kollegen. Eine umfassende und durchdachte Vorbereitung erfordert eine frühzeitige Planung.

Eine zentrale Bedeutung muss dem aktuellen Gesundheitszustand des Patienten beigemessen werden.

- Wie ist der gegenwärtige zelluläre Immunstatus und die HIV-Viruslast?
- Welche ART wird eingenommen? Liegen Nebenwirkungen, z.B. Diarrhoe, vor?
- Müssen Prophylaxen für opportunistische Infektionen, z. B. Toxoplasmose, Pneumocystis jirovecii, verabreicht werden?
- Welche zusätzlichen Begleiterkrankungen, z.B. Diabetes, Hypertonie, koronare Herzerkrankung (KHK), sind zu beachten?

Der Umfang der Vorsorgemaßnahmen muss weiterhin folgende Aspekte berücksichtigen: Reiseziel, Reisedauer, geplante Aktivitäten, lokale Gesundheitsrisiken und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung vor Ort.

ALLGEMEIN GÜLTIGE EMPFEHLUNGEN

- Insektenschutz: Verwendung effektiver Insekten abwehrender Hautlotionen oder Sprays; gegebenenfalls Schlafen unter einem imprägnierten Moskitonetz mit entsprechender Maschendichte
- Kleidung: Tragen einer hellen, langärmeligen sowie locker der Haut anliegenden Baumwollkleidung inklusive von Socken nicht nur in der Dämmerung oder abends, zusätzlich empfiehlt sich eine Imprägnierung der Kleidungsstücke mit Permethrin

- Medikamente: Einen Teil der notwendigen Dauermedikamente sollten immer im Handgepäck möglichst in einem neutralen Aufbewahrungsbehälter mitgeführt werden. Dieser Vorrat sollte für etwa eine Woche reichen. Ein vorhandenes medizinisches Zertifikat nur auf Nachfrage oder bei Problemen vorzeigen, um nicht unnötig Aufmerksamkeit zu erregen.
- Schon mittlerweile klassisch, aber nicht an Bedeutung verloren: „Boil it, cook it, peel it – or leave“! Weiterhin sollten Eiswürfel, da fast ausschließlich aus Leitungswasser hergestellt, generell vermieden werden.
- Zähneputzen möglichst mit industriell hergestelltem Wasser in versiegelten Flaschen
- Tierkontakte meiden (Gefahr einer Kryptosporidiose, Bissverletzungen)
- Barfuß laufen limitieren oder ganz vermeiden (Gefahr einer Infektion mit *Strongyloides stercoralis*)
- Kein Baden in stehenden Gewässern (Gefahr einer Schistosomiasis)

IMPFUNGEN VOR DER REISE

Inaktivierte Impfstoffe bzw. Toxoidimpfstoffe können ohne Rücksicht auf das Krankheitsstadium eingesetzt werden. Es stellt sich jedoch gerade bei den symptomatischen HIV-Patienten die Frage nach dem Impferfolg. Bewegt sich die CD₄-Zellzahl zwischen 100 bis 300/μL ist mit einer eingeschränkten immunologischen Impfantwort zu rechnen. Bei einer CD₄-Zellzahl <100/μL ist die Impfung als wirkungslos anzusehen.

Die Anwendung von Lebendimpfstoffen muss differenzierter betrachtet werden. Das Risiko von Nebenwirkungen ist gegenüber Immunkompetenten erhöht. Entscheidungskriterien für die Verabreichung einer Lebendimpfung sind: Welches Stadium der HIV-Infektion liegt vor? Um welche Lebendimpfung handelt es sich? Besteht eine Indikation für diese Impfung?

Beispiel: Varizellen-Impfung bei einem Varizellen-empfindlichen HIV-Patienten.

Eine Impfung führt zu einem vorübergehenden Anstieg der HIV-Viruslast, was jedoch klinisch und immunologisch als unbedeutend eingeordnet werden kann.

Ein wichtiger Teil der Anamnese eines jeden neuen HIV-Patienten in der HIV-Sprechstunde ist die Überprüfung seiner Impfungen. Damit soll gewährleistet werden, dass notwendige Impfungen bei einem möglichst noch guten Immunstatus verabreicht werden können. Im Idealfall würde so schon frühzeitig versucht werden, die Standardimpfungen sowie Indikationsimpfungen entsprechend den STIKO Empfehlungen auf dem aktuellen Stand zu halten:

Standardimpfungen: Diphtherie, Tetanus

Indikationsimpfungen: Hepatitis B, Influenza, Masern, Pneumokokken und eventuell sogar Hepatitis A, Mumps, Pertussis, Poliomyelitis, Röteln und Varizellen.

Viele HIV-Spezialisten versuchen das in der Praxis umzusetzen!

Entsprechend des Reisezieles müssen weitere Reiseimpfungen diskutiert werden:

Inaktivierter Impfstoff / Toxoid	Lebendimpfstoff
Cholera	Gelbfieber (nicht bei einer CD ₄ -Zellzahl <200/μL verabreichen!)
Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)	
Japanische Enzephalitis	
Meningokokken	
Tollwut	
Typhus	

Eine Lebendimpfung gegen Cholera und Typhus wird nicht empfohlen!

MALARIAPROPHYLAXE UND NOTFALLTHERAPIE

Die Entscheidung zu einer Malariaprophylaxe bei laufender antiretroviraler Therapie ist sicherlich eine der schwierigsten im Zuge der Reisevorbereitung. Bei derzeit 25 möglichen antiretroviralen Medikamenten und fünf zur Malariaprophylaxe zur Verfügung stehenden Mitteln – Chloroquin, Proguanil, Mefloquin, Doxycyclin, Atovaquon/Proguanil – sind Interaktionen nicht auszuschließen. Untersuchungen in größerem Umfang dazu gibt es (noch) nicht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass klinisch relevante Wechselwirkungen eher unwahrscheinlich sind. Somit sind die aktuellen Empfehlungen zur Malariaprophylaxe auf HIV-Patienten mit oder ohne ART übertragbar.

Zur Notfalltherapie können Chloroquin, Mefloquin, Atovaquon/Proguanil und Artemether/Lumefantrin eingesetzt werden. Bei Einnahme von Proteaseinhibitoren ist die Anwendung von Artemether/Lumefantrin kontraindiziert.

INFEKTIONSGEFAHREN

Wie für alle Reisenden stehen Durchfallerkrankungen an erster Stelle der Erkrankungsliste. HIV-Patienten sind prädisponiert für schwerere Verläufe und Komplikationen wie systemische Infektionen mit Nicht-Typhus Salmonellen. Ciprofloxacin oder Azithromycin (für Asien) sollte als Notfallmedikament der Reiseapotheke angehören.

Das Tragen entsprechender Kleidung sowie die Verwendung eines Moskitonetzes und die regelmäßige Anwendung von Repellents verringert das Risiko einer Malaria bzw. Leishmaniose.

Ein Tuberkuloserisiko existiert insbesondere bei intensivem Kontakt mit der lokalen Bevölkerung.

Sexuell übertragbare Infektionen lassen sich durch Verzicht auf gewisse sexuelle Praktiken und Verwendung von Kondomen größtenteils verhindern.

Vieles ist heutzutage möglich, auch bei schon weit fortgeschrittener HIV-Erkrankung. Trotzdem sollte immer bedacht werden, dass auch die beste Reisevorbereitung keinen hundertprozentigen Schutz vor den im Reiseland vorhandenen Gefahren bietet. Letztendlich hängt es in entscheidendem Maße vom Reisenden selbst ab, welchen Risiken sich bewusst ausgesetzt wird.

Leider ist HIV und AIDS immer noch ein weit verbreitetes Tabuthema nicht nur in Entwicklungsländern, und die Stigmatisierung besteht fort. Das zeigt sich nicht zuletzt darin, dass in einer ganzen Reihe von Ländern der Erde nach wie vor Einreisebeschränkungen (104 Länder) und Einreiseverbote (13 Länder) für Menschen mit HIV existieren (aktuelle Informationen und Empfehlungen unter www.hivtravel.org).

Weiterführende Informationen und Quellenverzeichnung:

Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft: www.dtg.org

Robert Koch Institut: www.rki.de

Auswärtiges Amt der Bundesrepublik: www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/LaenderReiseinformationen.jsp

HIV.NET 2008: www.hiv.net/download.htm

Public Health Agency of Canada: www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php

Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e.V.: www.reiseanalyse.de/

Deutsche AIDS-Hilfe e. V. / AIDS-Hilfe Köln e V.: www.HIV-MED-INFO.de