

# Drei Jahrzehnte HIV und AIDS – was gibt es Neues für den Zahnarzt?

Die strenge Einhaltung der Praxishygiene bildet den effektivsten Schutz

Ein Beitrag von Yorck Zebuhr

*Nicht nur der überraschend erfolgreiche Doppelschlag in der Bekämpfung gegen die HIV-Infektion bei einem 42-jährigen Leukämiekranken an der Berliner Charité lässt aufhorchen. In den letzten 20 Jahren haben sich die Klinik, die Epidemiologie und die Therapie der HIV-Infektion stark gewandelt. Moderne antivirale Medikamente halten die Infektion länger in Schach. Dadurch ändern sich aber nicht nur die Risikogruppen, sondern auch die typischen oralen Manifestationen der Erkrankung.*

## **Epidemiologie**

2006 lebten etwa 40 Millionen HIV-Infizierte auf der Welt, davon etwa zwei Drittel in Subsahara-Afrika. Die Zahl der weltweiten Neuinfektionen betrug im Jahr 2006 etwa 4 Millionen. Besonders starke Anstiege, vor allem in der Gruppe junger Erwachsener, meldeten China, Indien und Russland, in Europa zeigt die HIV-Pandemie in der Ukraine die stärkste Progression. 2007 lebten in Deutschland etwa 59 000 Personen mit AIDS, davon etwa 80 Prozent Männer und 0,8 Prozent Kinder. Manifestes AIDS wurde 2006 bei zirka 8700 HIV-Infizierten diagnostiziert. Noch immer stellen intravenös applizierte Drogen und der homosexuelle Verkehr von Männern die häufigsten Infektionswege dar. Jahrelang betrug in Deutschland die Zahl der Neuinfektionen pro Jahr etwa 2000. Zuletzt gab es jedoch einen Anstieg auf 2600 neu infizierte Personen im Jahr 2006 und auf 2700 im Jahr 2007. Hierbei infizieren sich zunehmend Frauen beim heterosexuellen Verkehr. Bluttransfusionen sind eine weitere Infektionsquelle, die allerdings durch die 1985 eingeführte Routineuntersuchung der Blutspender kaum mehr Bedeutung hat. Allerdings besteht eine „diagnostische Lücke“, da sich bei frisch infizierten Spendern beim HIV-Test noch keine Antikörper nachweisen lassen.

## **Aktuelle Therapiekonzepte der HIV-Infektion**

Die HIV-Infektion hat sich durch die Einführung der HAART (hochaktive antivirale Therapie) zu einer Krankheit mit chronischem Verlauf gewandelt. Infizierte leben länger und viele können über lange

Jahre ein normales Leben führen. Schätzungen zufolge kann heute ein etwa 20-jähriger Neuinfizierter mit einer Lebenserwartung von 60 Jahren rechnen. Bei der HAART werden mehrere antivirale Medikamente in Kombination verabreicht. Meist sind dies zwei nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI) und ein Proteasehemmer oder zwei NRTI und ein nichtnukleosidischer Reverse-Transkriptase-Inhibitor (NNRTI). Es kommt so zur Verlangsamung der Virusreplikation und zur Stabilisierung oder sogar zum Anstieg der CD 4-T-Helferzellen. Die zeitlich korrekte Einnahme der Medikation ist entscheidend, da sonst mit der fulminanten Selektion resistenter Viren gerechnet werden muss. Die Medikation sollte daher auch bei Verschreibung von Medikamenten aus zahnärztlicher Indikation heraus oder bei zahnärztlich-operativen Eingriffen unbedingt beibehalten werden.

## **Orale Manifestationen der HIV-Infektion**

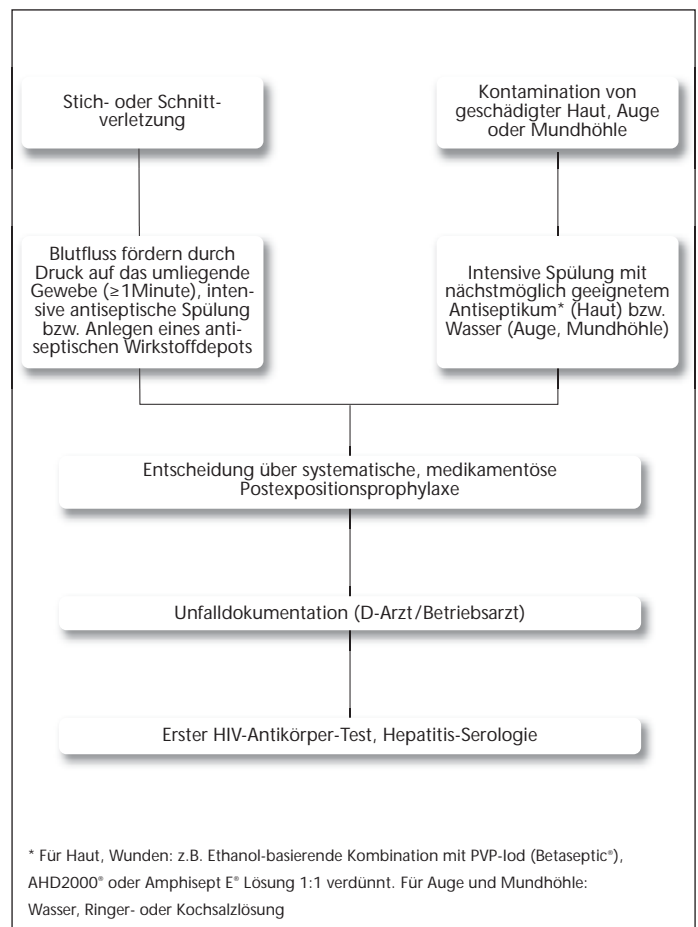
Orale Manifestationen der HIV-Infektion können einerseits als Erstmanifestationen der Erkrankung auftreten und andererseits im Verlauf der Infektion zu Komplikationen führen. Die oropharyngeale Candidiasis kann mit Antimykotika wie Clotrimazol oder Fluconazol behandelt werden. Herpes Simplex-Infektionen sollten einer Therapie mit Aciclovir zugeführt werden. Rezidivierende aphthöse Läsionen können auf topische Therapie mit Steroiden ansprechen, manchmal werden systemische Steroidgaben erforderlich. Generell ist davon auszugehen, dass opportunistische Infektionen wie etwa die Candidiasis gute Indikatoren für eine starke Virusaktivität darstellen. Diese wird durch Laboruntersuchungen, wie die Zählung der CD 4-T-Zellzahl zur Ermittlung des Immunstatus, nicht unbedingt valide widerspiegelt. Die Aufgabe des Zahnarztes liegt hier neben der standardmäßigen zahnärztlichen Therapie in der genauen Inspektion der Mundschleimhaut und der bedarfsmäßigen Veranlassung weiterer Maßnahmen wie zum Beispiel einer Probeexzision bei verdächtigen Schleimhautarealen.

### Malignome beim HIV-Patienten

Das Krebsrisiko ist beim HIV-Patienten verdoppelt. Im Mund spielen Plattenepithelkarzinome, das Kaposi-Sarkom und Lymphome eine wichtige Rolle. Plattenepithelkarzinome sind beim HIV-Patienten überdurchschnittlich oft mit der HPV-Infektion (Humane Papilloma Viren) vergesellschaftet. Diese führt häufig auch zu primär gutartigen oralen fokalen Hyperplasien, die zwar chirurgisch abgetragen werden können, aber recht oft rezidivieren. Die HPV-Warzen scheinen eine Präkanzerose darzustellen. Unter HAART-Therapie treten diese Veränderungen häufiger auf als früher. Die Manifestation AIDS-definierender Erkrankungen wie Candidiasis und Kaposi-Sarkom, die oft mit geringen CD-4-Zellzahlen vergesellschaftet sind, sind hingegen unter HAART-Therapie rückläufig. Mit der Zunahme der Lebenserwartung HIV-Infizierter könnte das orale Plattenepithelkarzinom eine klinische Bedeutung als Langzeitkomplikation der HIV-Infektion erlangen, dies besonders in der Kombination mit dem Risikofaktor Rauchen. Lymphome sind beim HIV-Infizierten 400-mal häufiger als in der Normalbevölkerung. Ferner werden Lymphome als Folgeerkrankung der HIV-Infektion zunehmend häufiger, die HAART-Therapie scheint jedoch darauf keinen Einfluss zu haben. Lymphome können sich enoral als weichgewebige Gewebsvermehrungen präsentieren, aber auch entzündliche Bilder im Sinne einer Parodontitis imitieren. Im Zweifelsfall ist die histologische Sicherung anzustreben. Vergrößerte Speicheldrüsen sind mit einem erhöhten Risiko für intraglanduläre Lymphome assoziiert und verdienen daher besonderes Augenmerk.

### Nadelstichverletzung – was tun?

Mit dem Wissen, dass etwa ein Viertel der Infizierten ihre Diagnose gar nicht kennt, gewinnt die korrekte Hygiene bei jedem invasiven Patientenkontakt an Bedeutung. Trotzdem spielt die Infektionsquelle „zahnärztlicher Patient“ zahlenmäßig eine äußerst geringe Rolle. Erstens, weil Speichel nur relativ wenig Viren enthält und zweitens, weil größere Mengen an Blut und damit große Virenzahlen, die zur Invasion des Wirtes erforderlich sind, bei Nadelstichverletzungen nicht übertragen werden. Das Risiko einer HIV-Infektion im Falle einer Nadelstichverletzung beträgt etwa 0,3 Prozent. Wichtig ist hingegen, dass im Falle einer wahrscheinlich relevanten Inokulation von HIV-Erregern die sogenannte PEP (postexpositionelle Prophylaxe) eine Infektion in vielen Fällen verhindern kann. Diese Therapiemaßnahmen sollten am besten in den ersten zwei Stunden nach dem Ereignis



Quelle: DAIG e.V.

Vorgehen im Expositionsfall

nis beginnen, mehr als 72 Stunden nach der Infektion ist die PEP nicht mehr sinnvoll. Das im Rahmen der PEP verabreichte Zidovudin scheint in 80 Prozent der Fälle die Infektion verhindern zu können. Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung hängt aber vor allem von der übertragenen Erregermenge ab. Das Tragen von Handschuhen scheint im Falle einer Stichverletzung durch Abstreifeffekte die übertragene Virusmenge mehr als halbieren zu können. Vermutlich sind Verletzungen mittels Hohladeln gefährlicher als solche durch chirurgische Nadeln. HIV-Übertragungen im beruflichen Umfeld sind bisher nur durch Blut oder Viruskonzentrat erfolgt. Dies geschah bei Stich- und Schnittverletzungen, dem Kontakt infektiöser Materialien mit einer offenen Wunde oder nicht intakter Haut des Exponierten oder bei Schleimhautexposition. Für die Übertragung sind dabei wohl die Menge und die zeitliche Dauer des Blutkontaktes entscheidend.

Korrespondenzadresse:

Yorck Zebuhr, Arzt und Zahnarzt für Oralchirurgie  
yorck@zebuhr.de

Literatur beim Verfasser