

FRANK G. MATHERS, KÖLN

Praktische Ansätze zur Tabakentwöhnung bei HIV-Patienten

Die Lebenserwartung von HIV-Patienten ist heute nahezu normal. Der Schritt zur Tabakentwöhnung ist daher eine der wichtigsten Entscheidungen, mit denen ein HIV-Infizierter seine Morbidität und Mortalität noch weiter günstig beeinflussen kann. Entgegen weit verbreiteter Vorurteile können Ärzte schon mit minimaler klinischer Intervention einen entscheidenden Beitrag zum therapeutischen Erfolg leisten. Zwar gibt es bisher noch keine speziell auf HIV+ Patienten zugeschnittenen Entzugsprogramme, aber wirksame allgemeine Strategien zur Bekämpfung der Tabakabhängigkeit können ebenso sinnvoll eingesetzt werden. Am effektivsten ist dabei eine Kombination aus medikamentöser Therapie und verhaltensbasierten Elementen.

Mit dem Einsatz moderner antiretroviraler Substanzen ist die Morbidität und Mortalität von HIV-Infizierten in den letzten Jahren dramatisch gesunken.¹ Im Zuge dieser Entwicklung rücken andere gesundheitliche Risiken wie kardiovaskuläre Krankheiten, bakterielle Infektionen oder maligne Tumorerkrankungen verstärkt in den Fokus. Inzwischen sterben 25% bis 30% aller HIV-Patienten an Nicht-AIDS-assoziierten Krankheiten.²⁻⁴ Gleichzeitig ist die Prävalenz des Rauchens bei dieser Patientengruppe extrem hoch. Zwischen 50 und 65% aller HIV-Patienten rauchen, in der Gruppe homosexueller HIV-Patienten steigt die Rate sogar auf bis zu 70%.⁵⁻⁷ Diese Zahlen sind alarmierend, weil sich das Rauchen bei HIV-Patienten besonders negativ auf den allgemeinen Gesundheitszustand auswirkt und das Risiko für das Auftreten weiterer Krankheiten signifikant erhöht.⁸ Es konnte eine direkte Korrelation zwischen der Mortalität von HIV-Patienten und ihrem Raucherstatus nachgewiesen werden.⁹

SEKUNDÄRE KRANKHEITEN

Die Evidenzlage verdichtet sich, dass die in antiretroviralen Therapien enthaltenen Protease-Inhibitoren zu metabolischen Veränderungen führen, die die Genese kardiovaskulärer Erkrankungen begünsti-

gen.¹⁰ So ist bei HIV-Patienten die Inzidenz von Myokardinfarkten seit der Einführung moderner AIDS-Therapien kontinuierlich angestiegen.¹¹ Das Infarkt-Risiko von HIV-Patienten, die rauchen, ist um bis zu 280% höher als bei Nichtrauchern.¹² Gleichzeitig ist in dieser Patientengruppe die Wahrscheinlichkeit bei Rauchern deutlich höher als bei Nichtrauchern, weitere sekundäre Krankheiten zu entwickeln. Dazu gehören z.B. Diabetes, maligne Tumore der Lunge und des Hals-Rachen-Raumes, Lungenerkrankungen wie COPD, bakterielle Pneumonie, PCP und Tuberkulose sowie Mundschleimhautrekrankungen wie orale Leukoplakie und Soor.^{13, 14}

MANGEL AN SPEZIELLEN ENTZUGSPROGRAMMEN

Da der Verzicht auf eine antiretrovirale Therapie keine Option darstellt, muss stattdessen der negative Einfluss modifizierbarer Risikofaktoren auf die Gesundheit von HIV-Patienten so weit wie möglich reduziert werden.

Notwendig sind effektive Strategien zur Tabakentwöhnung, denn nachgewiesenermaßen können viele HIV-Patienten bereits nach kurzer Zeit von einer Rauchabstinenz profitieren.¹⁵ Bisher gibt es keine Entwöhnungs-Programme, die auf die spezifischen Bedürfnisse von HIV-Patienten zugeschnitten sind. Erschwerend kommt hinzu, dass das Thema bei Patienten und Ärzten oftmals noch von ambivalenten Einstellungen und Verhaltensweisen geprägt ist.¹⁶ Einerseits möchten viele HIV-Patienten mit dem Rauchen aufhören.¹⁷ Nach der HIV-Erstdiagnose ist die Motivation von Betroffenen besonders hoch, ihr Gesundheitsverhalten positiv zu verändern.¹⁸ Andererseits glauben manche Patienten noch, dass sie nicht lange genug leben werden, um die gesundheitlichen Folgen des Rauchens zu spüren.¹⁹

AUSGEPRÄGTE RAUCHER-KULTUR

Die mentalen Barrieren zur Auseinandersetzung mit dem Zigarettenkonsum sind beim homosexuellen HIV-Patienten besonders hoch. Dieses Patientenkollektiv tendiert vielfach dazu, Rauchen ausschließlich als persönliche Lifestyle-Entscheidung zu definieren. Für sie ist Rauchen nicht primär ein Gesundheitsrisiko, sondern Ausdruck einer gemeinsamen Kultur in der Community. Begünstigt werden diese Einstellungen vermutlich auch durch die aggressiven Marketingstrategien >

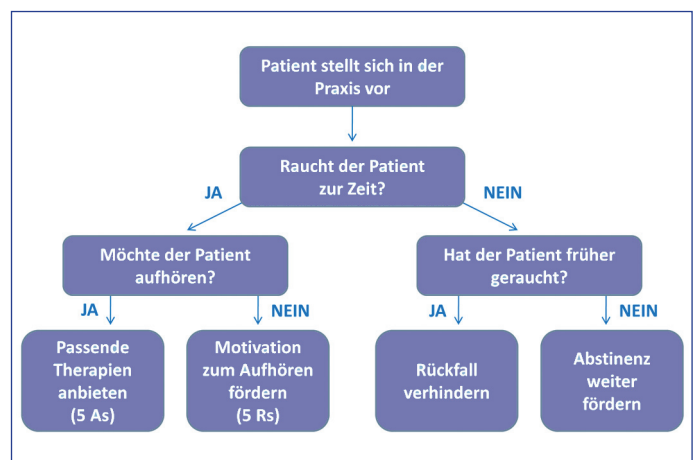


Abb. 1: Algorithmus zur Evaluation des Rauchens

großer Tabakfirmen, die diese spezifische Zielgruppe seit Jahren im Visier haben.²⁰ Zudem können bei homosexuellen HIV-Patienten Tabak-Entwöhnungsversuche durch bestehende Ko-Abhängigkeiten (z.B. Drogen, Alkohol), Ko-Morbiditäten (z.B. psychiatrische Erkrankungen) und problematische sozio-ökonomische Rahmenbedingungen erschwert werden.^{21, 22}

VORTEIL VON KURZINTERVENTIONEN

Häufige Vorwände von ärztlicher Seite, sich nicht mit dem Zigarettenrauchen von Patienten auseinanderzusetzen, sind „Ich habe keine Zeit“ oder „Die Patienten wollen nichts davon hören“. Dabei sind selbst Kurzinterventionen von weniger als drei Minuten wirksame Instrumente zur Förderung der Tabakentwöhnung.²³ Untersuchungen belegen, dass die Zufriedenheit von Patienten mit dem Arzt steigt, wenn sie proaktiv auf ihr Rauchverhalten angesprochen werden.²⁴ Angesichts hoher Rückfallraten bei der Tabakentwöhnung schützen sich manche Ärzte auch mit der resignierten Einstellung „Ich kann sowieso nicht helfen“. Hier ist mehr Information zur Natur dieser hartnäckigen Suchterkrankung notwendig sowie zu praktischen Hilfestellungen, mit denen der Nikotinentzug erfolgreich unterstützt werden kann (Abb. 1).

KLASSISCHE SUCHTERKRANKUNG

Die Tabakabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung mit klassischen Komponenten physischer und psychischer Abhängigkeit. Nachgewiesen sind körperliche Veränderungen auf molekularer, zellulärer, struktureller und funktioneller Ebene. Der Nachweis und die Isolierung des nicotinergen $\alpha 4\beta 2$ - Acetylcholinrezeptors ist einer der bedeutendsten Fortschritte zum Verständnis der neurobiologischen Grundlagen der Tabakabhängigkeit. Aufgrund der kontinuierlichen Nikotinzufuhr kommt es zu einer Upregulation bzw. Vermehrung der nicotinergen Nikotinrezeptoren an den Synapsen, was u.a. die Ausschüttung des

| Ask | Advice | Assess | Assist | Arrange |
|---|---|---|---|---|
| Abfrage des Rauchstatus | Anraten zum Rauchstopp | Ansprechen der Motivation zum Rauchstopp | Assistieren beim Rauchstopp (aktiv) | Arrangieren der Nachbetreuung |
| Identifikation und Dokumentation vom Rauchstatus bei jedem Arztbesuch | Empfehlung an jeden Raucher, mit dem Rauchen aufzuhören | Bewertung der Einstellung zum Rauchen - konsonant oder dissonant? | Hilfe bei der Entwöhnung durch Beratung und Nikotinersatztherapie | Sorge für die Nachbetreuung Besonders wichtig i. d. ersten Woche d. Aufhörens |

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2000

Tab. 1: Die 5As für Raucher, die aufhören möchten

Neurotransmitters Dopamin erhöht.²⁵ Dabei werden wichtige Schlüsselssysteme im Gehirn modifiziert, die Einfluss auf die Gefühle, Motivation, Gedächtnisleistung und das körpereigene Belohnungssystem nehmen. Um die entstehenden Abhängigkeiten erfolgreich zu durchbrechen, ist eine laufende klinische Betreuung essentiell. Dabei sind Rückfälle ein integraler Bestandteil des Krankheitsverlaufes und sollten nicht als Zeichen von persönlichem Versagen seitens des Patienten oder des Arztes gedeutet werden.

PRAXISTAUGLICHES KURZPROGRAMM

Ein Abstinenzversuch kann schon mit relativ einfachen Maßnahmen unterstützt werden. Mit den fünf „A“s (Tab. 1) ist ein wirkungsvolles Kurzberatungsprogramm erarbeitet worden, mit dessen Hilfe die klinische Intervention gesteuert werden kann.²³ Zunächst werden Höhe und Dauer des Rauchkonsums des Patienten erfragt und dokumentiert (Abfrage des Rauchstatus). Klar formulierte, überzeugende und persönlich zugeschnittene Argumente können Patienten dazu bringen, über das Aufhören nachzudenken (Anraten zum Aufhören). Bei HIV-Patienten ist es bei diesem Schritt wichtig, auf die Zusammenhänge zwischen dem Rauchen und den spezifischen gesundheitlichen Risiken dieser Patientengruppe hinzuweisen. Im dritten Schritt sollte die Motivation des Patienten zum Aufhören offen angesprochen werden, um eine realistische Einschätzung der Aufhör-Bereitschaft treffen zu können (Ansprechen Motivation).

MULTIMODALE INTERVENTIONEN

Gemeinsam mit dem Patienten wird anschließend ein Plan zum Aufhören erstellt, inklusive eines fest vereinbarten Stopp-Datums (Assistieren beim Rauchstopp). Mögliche Probleme und Hindernisse (z.B. Freunde/Community rauchen, Angst vor Gewichtszunahme etc.) sollten direkt angesprochen werden, um schon im Vorfeld Strategien zur Entschärfung zu entwickeln. Es besteht ein stark synergistischer Zusammenhang zwischen der pharmakologischen Wirkung von Nikotin und Verhaltensfaktoren. Beim Entzug erhöht schon eine supportive Pharmakotherapie allein signifikant die Erfolgchancen, wenn auch Interventionen, die sich aus verhaltensbasierten und medikamentösen Komponenten zusammensetzen, am effektivsten sind.^{26, 27} Zu den verhaltensorientierten Therapieansätzen zählen persönliche oder telefonische Beratungen (Hotlines) sowie Gruppensitzungen. Alternative Verfahren wie Akupunktur, Hypnose oder Entspannungstechniken erreichen in kontrollierten Studien lediglich Placebestärke, können aber dennoch von motivierten Patienten erfolgreich eingesetzt werden. Oft geben Selbsthilfegruppen wertvolle Unterstützung, wobei es Hinweise gibt, dass homosexuelle HIV-Patienten mehr von Angeboten aus der Community profitieren.²⁸ Innerhalb der ersten 8 Tage nach dem Aufhören besteht die größte Rückfallwahrscheinlichkeit.²⁹ Durch einen zügigen Follow-up-Termin kann diese Gefahr rascher identifiziert und Maßnahmen zu deren Verhinderung getroffen werden (Arrangieren der Nachbetreuung).

| Wirkstoff | Markenname | Dosierung | Nebenwirkungen | Anmerkungen | Kontraindikationen |
|---|-------------------------------------|--|--|--|---|
| Nikotinrezeptor-Agonist-Antagonist | | | | | |
| Vareniclin | Champix® | Beginn 1 Woche vor Stopp-Datum Tag 1-3: 0,5 mg oral; 1x/Tag Tag 4-7: 0,5 mg oral; 2x/Tag Tag 8: Rauchstopp und 1,0 mg oral; 2x/Tag | Übelkeit Kopfschmerzen Schlaflosigkeit Depression | Verschreibungspflichtig 3 Monate Behandlung empfohlen | Nierenfunktionsstörungen Dialyse-Patienten |
| Antidepressivum / NDRI | | | | | |
| Bupropion SR | Zyban® | Tag 1-3: 1x 150 mg/Tag; danach: 2x 150 mg/Tag. Nach Therapie-Ende kein Ausschleichen notwendig | Schlaflosigkeit Trockener Mund Sexuelle Lustlosigkeit u/o Potenzstörungen | Verschreibungspflichtig 1-2 Wochen vor dem Rauchstopp beginnen | Anfallsleiden MAO-Inhibitor-Einnahme in den 2 Wochen vor Therapie Derzeitige oder frühere Ess-Störungen |
| Nikotinersatztherapie | | | | | |
| Kaugummi | NICORETTE® Kaugummi | 2 oder 4 mg Empfohlene Dosis: 4-6 Wo 8-12 Stck., max. 16 Stck; weitere 4-6 Wo Anzahl verringern | Reizungen in Mund u/o Hals Kopfschmerzen Schwindel gastrointestinale Beschwerden Übelkeit Erbrechen | Dosierung muss genügend hoch gewählt werden | Myokardinfarkt in letzten 3 Monaten Instabile Angina pectoris Arrhythmie |
| Pflaster | NICORETTE® Pflaster | 8,3 oder 16,6 oder 24,9 mg Empfohlene Dosis: 1 Pflaster 24,9 mg tgl. während der ersten 2 Monate. Danach 1 Pflaster 16,6 mg tgl. für 2-3 Wo. Anschließend 1 Pflaster 8,3 mg tgl. für weitere 2-3 Wochen Jeden Morgen ein neues Pflaster | Lokale Hautreaktionen Kopfschmerzen Schwindel gastrointestinale Beschwerden Übelkeit Erbrechen | Apothekenpflichtig | |
| Nasenspray | NICORETTE® Nikotin-Nasenspray | Initial: 1-2 Dosierungen/Stunde Nach Bedarf erhöhen Nicht >40 Dosen/Tag geben | | Verschreibungspflichtig | |
| Sublingualtablette/ Lutschtablette | NICORETTE® Microtab NiQuitin® | 2 oder 4 mg Regelmäßige Einnahme empfohlen Woche 1-6: mindestens 9 Tabletten/Tag | Irritationen in Mund u/o Hals Schwindel Kopfschmerzen Übelkeit gastrointestinale Beschwerden Rhinitis und Husten Palpitationen | Apothekenpflichtig Behandlung bis 12 Wochen lang Tabletten sollten nicht gekaut werden | |
| Inhalator | NICORETTE® Inhaler | 10 mg Patronen 6-8 Wo ca. stündlich anwenden, mind. 6, max. 16 Anw. tgl. weitere 6-8 Wo Anzahl verringern 1 Anwendung dauert 20 min, Paffen oder tiefes Inhalieren möglich; Patrone max. 3-4mal verwenden | | Apothekenpflichtig Dosierung muss genügend hoch gewählt werden Besonders wirksam in Kombination mit Nikotin-Kaugummi oder -Nasenspray Vor und während des Inhalierens sollte nicht gegessen oder getrunken werden | |

Tab. 2: Pharmakotherapie bei Raucherentwöhnung

PHARMAKOTHERAPIE ERHÖHT ERFOLGSCHANCEN

Je nach eingesetztem Wirkstoff kann eine Pharmakotherapie (Tab. 2) den Erfolg in

der Tabakentwöhnung mehr als verdreifachen.²³ Alle üblichen Medikamente zur Tabakentwöhnung sind, soweit bekannt, mit bestehenden HIV-Therapien kompati-

bel. Vareniclin (Champix®), ein partieller Nikotinrezeptor-Agonist, der eine duale Wirkung am nicotineren Acetylcholin-Rezeptor entfaltet, wurde speziell zur

Raucherentwöhnung entwickelt. Vareniclin bewirkt eine moderate Dopamin-ausschüttung, dämpft das Nikotin vermittelte Belohnungsgefühl und vermindert Entzugssymptome. Studien haben gezeigt, dass Vareniclin die Abstinenzraten nach einem Jahr gegenüber Placebo verdreifacht.³⁰ Auch Nikotinersatztherapien (z.B. Lutschtabletten, Kaugummi, Pflaster, Nasenspray, Inhalator) haben sich als langfristig effektiv erwiesen. Sie können die Erfolgsraten gegenüber Placebo verdoppeln.³¹ Die Kombinationstherapie mit zwei verschiedenen Nikotinersatzpräparaten (z.B. Nikotinpflaster und Nikotinkaugummi) zeigt eine ebenfalls mehr als dreifach höhere Abstinenzrate (Odds Ratio 3,6) gegenüber Placebo.²³

MOTIVATIONSSTEIFERUNG

Auch bei zunächst fehlender Grundmotivation eines Patienten ist eine ärztliche Intervention sinnvoll und kann sich an der Methode der fünf „R“s orientieren (Tab. 3). Zunächst ist es wichtig, die Motivation und persönliche Situation des Patienten in einen direkten Zusammenhang zu stellen (Relevanz aufzeigen). Kennt ein HIV-Patient seine spezifischen Gesundheitsrisiken nicht, muss Aufklärung geleistet werden; gleichzeitig sollten aber auch die Vorteile des Aufhörens thematisiert werden (Risiken und Reize benennen). Befürchtungen des Patienten bezüglich des Scheiterns eines Aufhörversuchs sollten offen angesprochen werden.

Bei manchen HIV-Patienten liegen hier aufgrund einer depressiven Grundanamnese, bestehender Ko-Abhängigkeiten oder eines schwierigen sozialen Umfeldes die größten Hindernisse (Roadblocks). Patienten, die nicht ausstiegswillig sind, müssen bei jedem Folgekontakt erneut angesprochen werden (Repetition). ■

*Dr. med. Frank G. Mathers
Goltsteinstraße 95 · 50968 Köln
E-Mail: info@dr-mathers.de*

| Relevance | Risks | Rewards | Roadblocks | Repetition |
|--------------------|------------------|--|---|---|
| Relevanz aufzeigen | Risiken benennen | Reize, also Vorteile des Rauchstopps hervorheben | Riegel, also Schwierigkeiten und Hindernisse bezüglich des Rauchstopps ansprechen | Repetition, nicht aufgeben, in jedem Folgekontakt erneut eine motivationsfördernde Strategie anwenden |

Tab. 3: Die fünf „R“s für Raucher, die nicht aufhören möchten

Literatur

¹ Fleming PL, Wortley PM, Karon JM, DeCock KM, Janssen RS. Tracking the HIV epidemic: Current issues, future challenges. *AM J Public Health* 2000;90:1037-41.

² Bonnet F, Lewden C, May T, et al. Malignancy-related causes of death in human immunodeficiency virus-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *Cancer* 2004;101:317-24.

³ Lewden C, Salmon D, Morlat P, et al. Mortality 2000 study group. Causes of death among human immunodeficiency virus (HIV)-infected adults in the era of potent antiretroviral therapy: Emerging role of hepatitis and cancers, persistent role of AIDS. *Int J Epidemiol* 2005;34:121-130.

⁴ Palella FJ, Jr, Baker RK, Moorman AC, et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: Changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;43:27-34.

⁵ Burkhalter JE, Springer CM, Chhabra R, Ostroff JS, Rapkin BD. Tobacco use and readiness to quit smoking in low-income HIV-infected persons. *Nicotine Tob Res* 2005;7:511-22.

⁶ Gritz ER, Vidrine DJ, Lazev AB, Amick BC 3rd, Arduino RC. Smoking behavior in a low-income multiethnic HIV/AIDS population. *Nicotine Tob Res* 2004;6:71-7.

⁷ Ryan H, Wortley PM, Easton A, Pederson L, Greenwood G. Smoking among lesbians, gays, and bisexuals: a review of literature. *American Journal of Preventive Medicine*. Aug 2001;21(2):142-149.

⁸ Patel N, Talwar A, Reichert VC, Brady T, Jain M, Kaplan MH. Tobacco and HIV. *Clin Occup Environ Med* 2006;5:193-207.xi.

⁹ Crothers K et al. The Impact of Cigarette Smoking on Mortality, Quality of Life, and Comorbid Illness Among HIV-Positive Veterans. *J Gen Intern Med* 2005;20:1142-1145.

¹⁰ Bozkurt B. Cardiovascular toxicity with highly active antiretroviral therapy: review of clinical studies. *Cardiovasc Toxicol* 2004;4:43-60.

¹¹ Holmberg et al. Trends in rates of Myocardial infarction among patients with HIV. *N Engl J Med* 2004;350:730-731.

¹² Friis-Moller N, Reiss P, Sabin CA, et al. Class of antiretroviral drugs and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2007, 356:1723-1735.

¹³ Palella FJ Jr, Baker RK, Moorman AC, et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;43:27-34.

¹⁴ Hooshyar D, Hanson DL, Wolfe M, et al. Trends in peri-mortal conditions and mortality rates among HIV-infected patients. *AIDS* 2007;21:2093-2100.

¹⁵ Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. The Effects of

Smoking Abstinence on Symptom Burden and Quality of Life Among Persons Living with HIV/AIDS. *AIDS, Patient Care and STDs* 2007;21:659-666.

¹⁶ Vogt F et al. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction* 2005;100(10):1423-31.

¹⁷ Mamary et al. Cigarette smoking and the desire to quit among individuals living with HIV. *AIDS, Patient Care and STDs* 2002;16(1):39-42.

¹⁸ Collins et al. Positive Changes in Health Promoting Behavior Following Diagnosis with HIV. *Health Psychology* 2001;20(5):351-360.

¹⁹ Reynolds NR, Neidig JL, Wewers ME. Illness representation and smoking behaviour: a focus group study of HIV-positive men. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2004;15:37-47.

²⁰ Naphtali Offen, Elizabeth A. Smith, and Ruth E. Malone. Tobacco industry targeting of the lesbian, gay, bisexual, and transgender community. A white paper. University of California, San Francisco. September 8, 2008.

²¹ U.S. Department of Health and Human Services. A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals, 2005, p. 3-4.

²² Niaura R et al. Smoking among HIV-positive persons. *Ann Behav Med* 1999;21(Suppl):S116.

²³ U.S. Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. 2008 Update.

²⁴ Hays JT, et al. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc* 2001;76:138-143.

²⁵ Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *PNAS* 1988.

²⁶ Cofta-Woerpel L et al. Smoking cessation 3: multicomponent interventions. *Behav Med*. 2007;32(4):135-49.

²⁷ Hughes JR. New treatments for smoking cessation. *CA Cancer J Clin* 2000;50:143-151.

²⁸ Schwappach DLB. Smoking behavior, intention to quit, and preferences toward cessation programs among gay men in Zurich, Switzerland. *Nicotine Et Tobacco Research* 2008;10(12):1783-1787.

²⁹ Hughes JR et al. The feasibility of smoking reduction: an update. *Addiction* 2005;100(8):1074-1089.

³⁰ Gonzales D, et al. Varenicline, an α 4 β 2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation. *JAMA* 2006;296(1):47-55.

³¹ Silagy C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (review). *The Cochrane Library* 2007, Issue 3.