

Reiseberatung: Besuch zu Hause in Afrika

Afrikanische HIV-Patienten, die nach langer Zeit ihre Heimat besuchen, sind sich oft der gesundheitlichen Risiken nicht bewusst. Die reisemedizinische Beratung ist daher wichtig – und oft nicht einfach. HIV&more hat zu einem solchen schwierigen Fall HIV-Experten um ihre persönliche Meinung gebeten.

Der 38-jährige Afrikaner will nach sieben Jahren wieder einmal in seine Heimat Ghana reisen, um Familie und Freunde zu besuchen. Er ist seit 2008 in Deutschland und hat Bleiberecht. Seit fünf Jahren arbeitet er Vollzeit als Putzmann und Tellerwäscher. Er ist single und wohnt mit einem Landsmann in einer Wohngemeinschaft.

2008 kam der Patient nach Deutschland. 2010 wurde eine offene Lungentuberkulose, eine HIV-Infektion und eine chronische Hepatitis B diagnostiziert. Er wog 53 kg bei einer Größe von 1,78 cm. Bei der Diagnose lag die HI-Viruslast bei rund 700.000 Kopien/ml, die CD4-Zahl bei 25/μl und 4%. Die HBV-DNA betrug 3.400 IU/ml, HBeAg war negativ, Hbe-AK positiv und HDV-AK waren nicht nachweisbar. Die Transaminasen waren 3x ULN erhöht.

Die antituberkulöse Therapie erfolgte standardmäßig mit der klassischen 4er Kombination (INH, Rifampicin, PZA, EMB) und gefolgt von einer 2er Kombination (INH und Rifampicin). Die ART

wurde mit Efavirenz und Tenofovir/Emtricitabin plus Cotrim eingeleitet.

Die Kommunikation war schwierig, der Patient sprach nur schlecht deutsch. Dennoch wurden die Medikamente 2010-2012 konsequent eingenommen. Die Kontrollen erfolgten regelmäßig. Die Viruslast war nach einem Jahr unter die Nachweisgrenze gesunken, die CD4-Zahl auf 170/μl gestiegen und die Tuberkulose ausgeheilt. Auch die HBV-DNA war auf 40 IU/ml gesunken, die Transaminasen normal. 2013 war der Patient nicht mehr in der Praxis erschienen, sondern erst 2014. Er habe kein Geld für die Medikamente gehabt und eine Pause gebraucht. Jetzt habe er eine Anstellung als Tellerwäscher und wieder Geld.

Bei der Wiedervorstellung 2014 lag die HI-Viruslast bei 98.000 Kopien/ml und die CD4-Zahl war auf 110/μl gefallen. Die Therapie wurde mit Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabin wieder aufgenommen. Nach einem initialen Abfall der Viruslast stieg diese wieder an und es wurde eine K103N nachgewiesen. Inten-

sive Gespräche förderten eine mangelnde Compliance aufgrund der Sichtarbeit des Patienten zutage und der Patient wurde auf Prezista 800/r plus Tenofovir/Emtricitabin umgestellt. Die Laborkontrollen waren unregelmäßig, die Viruslast lag jedoch jeweils unter der Nachweisgrenze. Die CD4-Zahl der letzten drei Kontrollen lag bei 190/μl, 180/μl und 210/μl bei 15%-19%. Nun möchte der Patient acht Wochen nach Ghana reisen. Er möchte die ART pausieren, da zu Hause niemand von seiner Erkrankung weiß. In Ghana besucht er neben der Hauptstadt auch Verwandte in ländlichen Gelbfieber-Endemiegebieten. Er hat wenig Geld und möchte nur die notwendigste Prophylaxe.

Dr. Ramona Pauli
Isarpraxis

Isartorplatz 6 · 80331 München

Was raten Sie dem Patienten? Welche Maßnahmen empfehlen Sie? Was hat Priorität? Wie sind die Erfolgchancen bei Impfungen?

Lesen Sie auf Seite 30 bis Seite 33 wie sich Ihre Kollegen entschieden haben.



© fotolia, city of africa, crite