



HIV im Dialog

# Fallvorstellung: ART und Methadon (1)

## ■ Anamnese:

Männlich, 26 J., opiatabhängig, Beikonsum von Benzodiazepinen und Alkohol, HIV seit 5 Jahren, mehrfach Thrombosen, multiple Abszesse

Will substituiert werden, Bewährungsstrafe läuft, wohnungslos, arbeitslos, keine Schulabschluss

Keine ART bisher; HIV-VL: 7.500/μl, CD4-Zellen: 360/μl



HIV im Dialog

Fallvorstellung:

## ART und Methadon (2)

- **Verlauf (1):**

**Tägliche Methadonvergabe, Kontrolle des Beikonsums,  
Anbindung an psychosoziale Beratung (PSB)**

**Günstiger Verlauf nach einem Jahr:**

**Kein Beikonsum mehr, eigene Wohnung, Beginn des  
Hauptschulabschlusses, Methadon in den letzten Wochen von  
14ml auf 4ml reduziert, regelmäßig PSB**

**HIV-VL: 85.000/ $\mu$ l, CD4-Zellen: 210/ $\mu$ l; Beginn einer ART mit  
Nevirapin und Combivir**



HIV im Dialog

## Fallvorstellung: ART und Methadon (4)

### ■ Verlauf (2):

Nach vier Wochen ART: HIV-VL: 800/ $\mu$ l; CD4 : 230/ $\mu$ l

Aber: 1. Mal seit einem Jahren wieder Beikonsum, klagt über Entzugerscheinungen, Methadondosis erhöht auf 7ml gelegentlich auch alkoholisiert, unregelmäßige Vergabe, Verlust des Schulplatzes

Nach vier weiteren Wochen:

Kommt nicht zur Blutuntersuchung, ART nicht regelmäßig, massiv Beikonsum, Abbruch der Substitution



HIV im Dialog

Fallvorstellung:

## ART und Methadon (4)

### Zusammenfassung:

- Schwierige Ausgangssituation, aber viel erreicht
- HIV-Infektion machte ART notwendig
- Patient nach ART-Beginn entzügig und wieder rückfällig
- Nicht ausreichende Aufdosierung des Methadons
- Abbruch der Substitution



**ART kann Substitution bedrohen!**

Notwendig: Wissen um Interaktionen, gutes Patientenverhältnis



**HIV im Dialog**

Fallvorstellung:

## ART und Alkohol (1)

- **Anamnese:**

**Männlich, 41 J., opiatabhängig, massiver Alkoholmissbrauch, HIV seit 12 Jahren, chronische Hepatitis C, mehrfach Pankreatitis**

**HIV-VL: 80.000/ $\mu$ l, CD4-Zellen: 230/ $\mu$ l; Leberwerte mäßig erhöht ( $\gamma$ GT: 250 U/l, GOT: 80 U/l, GPT: 120 U/l), Lebervergrößerung, keine ART**

**Versuch: Alkoholabstinenz (Selbsthilfegruppen, PSB), weiter keine ART**



HIV im Dialog

Fallvorstellung:

## ART und Alkohol (2)

- **Verlauf (1):**

**HIV-VL: 95.000/ $\mu$ l, CD4-Zellen: 180/ $\mu$ l; Alkohol reduziert, Leberwerte besser ( $\gamma$ GT: 180, GOT: 60, GPT 70 U/l), ART-Beginn mit Nevirapin (NNRTI) und Combivir**

**Nach 4 Wochen:**

**Leberwerte stark erhöht ( $\gamma$ GT 500, GOT 450, GPT 560 U/l) – Therapieabbruch**

**Nach weiteren vier Wochen:**

**Abfall der Leberwerte auf Vorniveau; Versuch mit Lopinavir (PI) und Combivir, nach vier Wochen Leberwerte erneut bei über 500 U/l, drei Wochen Pause**



HIV im Dialog

Fallvorstellung:

## ART und Alkohol (3)

- **Verlauf (2):**

Versuch Abacavir (NRTI) und Combivir, nach 10d V.a.  
Hypersensitivitätsreaktion unter Abacavir, Abbruch der ART

14 Tage später:

HIV-VL: 56.000/μl, CD4-Zellen: 150/μl; Versuch mit Combivir  
allein

Kein weiterer Anstieg der Leberwerte, nach drei Monaten HIV-  
VL unter Nachweisgrenze, aber: weiter unregelmäßig  
Alkoholkonsum



**HIV im Dialog**

Fallvorstellung:

## ART und Alkohol (4)

- **Verlauf (3):**

**Nach anderthalb Jahren:**

**HIV-VL unter Nachweis, CD4-Zellen: 250/ $\mu$ l, Trennung von Partnerin, Umzug in Wohnprojekt, Alkoholabstinenz**

**Erneuter Versuch mit Proteasehemmer, diesmal verträglicher, Leberwerte bleiben normal**

**Patient bis heute unter der HIV-Nachweisgrenze**



HIV im Dialog

Fallvorstellung:

## ART und Alkohol (5)

### Zusammenfassung:

- ART war von Beginn indiziert
- Alkoholmissbrauch, Hepatitis und NW machten einige Therapien unmöglich
- Unkonventionelle Therapie
- Besserung der Rahmenbedingungen, dann Optimierung der Therapie



Alkohol verstärkt ART-NW

Alkoholproblem muss kontrolliert werden, auch unkonventionelles Vorgehen notwendig



# Fallvorstellung: ART und Compliance (1)

- **Anamnese:**

**Männlich, 35 J., opiatabhängig, auch Kokain und Benzodiazepine, HIV seit 3 Jahren, chronische Hepatitis C, mehrfach bakterielle Pneumonien, multiple Abszesse, zuletzt KH wegen PCP, Entlassung in Praxis zur Substitution**

**Bisher keine Substitution; keine ART; HIV-VL: 120.000/μl, CD4-Zellen: 20/μl**

**Eigene Wohnung, keine Anbindung zur Drogenberatung**



HIV im Dialog

Fallvorstellung:

## ART und Compliance (2)

- **Verlauf (1):**

**regelmäßige Substitution und ART mit Efavirenz und Combivir;  
weiter Rückfälle, keine Anbindung an PSB**

**Nach zwei Monaten:**

**vermehrt Rückfälle, unregelmäßige Substitution und ART;  
HIV-VL: 22.000/μl, CD4-Zellen: 21/μl, Patient geht nicht zur  
Resistenztestung**

**Vier Wochen später:**

**Therapieabbruch, Patient kommt nicht mehr**



# Fallvorstellung: ART und Compliance (3)

- **Verlauf (2):**

**Einen Monat später:**

**Anruf KH: Pneumonie und V.a. Toxoplasmose; nach Entlassung wieder in Praxis; HIV-VL 150.000/ $\mu$ l, CD4: 5/ $\mu$ l; Versuch vereinfachte ART mit LPV/r, TDF, 3TC – once daily**

**Kontrolle nach vier Wochen:**

**HIV-VL: 2000; Kein BK, regelmäßige Einnahme, keine PSB**

**Nach weiteren vier Wochen:**

**erneut Kokainrückfälle, Fehltage bei Vergabe, Rausschmiss aus Wohnung, Abbruch Substitution und ART**



# Fallvorstellung: ART und Compliance (4)

- **Verlauf (3):**

**Ein Monat später:**

**Anruf aus anderem KH: Pat eingeliefert mit verschlechtertem Allgemeinzustand und neurologischen Ausfällen**

**HIV-VL: 110.000/ $\mu$ l, CD4-Zellen: 2/ $\mu$ l**

**Frage nach erneuter ART?**



HIV im Dialog

## Fallvorstellung: ART und Compliance (5)

- **Fragen:**
  - **Wie erfolgt die Abwägung zwischen lebensbedrohlicher Situation und Gefahr von Therapieabbrüchen und Resistenzbildung?**
  - **Ist illegaler Drogenkonsum mit ART vereinbar? Kann man Patienten eine Therapie vorenthalten oder nicht???**