



Die HIV-Primoinfektion – Hinweise zu Diagnose und Bedeutung

Bei einer HIV-Infektion werden zwei Phasen unterschieden. Die Frühphase und die chronische Phase. Für die Dauer der Frühphase wird meist von ungefähr einem halben Jahr ausgegangen. Zu Beginn der Frühphase breitet sich HIV rasch im Körper aus. Unter anderem deshalb ist HIV in dieser Phase besonders ansteckend bzw. leicht zu übertragen. Mit der Ausbreitung des Virus etabliert sich die Infektion definitiv, vor allem im lymphatischen System und im Zentralnervensystem. Ausserdem setzt die spezifische Immunantwort ein und die HIV-Serologie konvertiert von antikörper-negativ zu positiv. Die Infektion wird chronisch.

Der Versuch des Immunsystems, mit der massiven Virusvermehrung und –ausbreitung fertig zu werden, führt bei der Mehrheit der Betroffenen zu Symptomen, die einer schweren Grippe ähneln. Dieses Krankheitsbild, das in der Regel drei bis zehn Tage, manchmal aber auch länger dauert, wird auch als akute HIV-Infektion, oder in der Schweiz als Primoinfektion bezeichnet. Die klinischen Symptome sind in Dauer und Ausprägung sehr variabel [1,2]. Sie können so mild und unspezifisch sein, dass sie der Diagnose entgehen (je nach Studie wird die Häufigkeit dieser Fälle auf 50-70% geschätzt) [3]. Sie können aber auch so schwerwiegend sein, dass eine Hospitalisation notwendig wird [4]. Während dieser Phase kommt es zu einer transienten Immunschwäche, während welcher sogar opportunistische Infektionen wie eine Soorstomatitis auftreten können. In der Regel treten ein bis vier Wochen nach dem Infektionsereignis Symptome auf, die an einen grippalen Infekt oder Mononukleose erinnern. Am häufigsten sind Fieber, Lymphadenopathie, Pharyngitis, mukokutane Läsionen, Myalgie, Arthralgien, Diarrhoe, Kopfschmerzen, Nausea und Erbrechen sowie Gewichtsverlust (Tabelle). Die Symptome treten meistens abrupt auf und dauern dann mehrere Wochen, also länger als bei einem grippalen Infekt.

Da zu Beginn der klinischen Symptomatik der akuten HIV Infektion die spezifische Antikörperantwort noch nicht eingesetzt hat, sind die rein auf Antikörper basierenden HIV-Suchtests negativ. Die ELISA-Suchtests der vierten Generation weisen auch das Virusprotein p24-Ag nach und sind deshalb meist reaktiv. Deshalb empfehlen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) beim Vorliegen von Krankheitssymptomen *und* dem Verdacht einer Primoinfektion, in jedem Fall einen HIV-Screening-Labortest der vierten Generation (Ag/Ab) zu veranlassen. Wichtig ist, dem Labor den Verdacht auf eine Primoinfektion mitzuteilen [5]. Eine andere diagnostische Möglichkeit ist der Nachweis der viralen RNA aus dem Plasma. Im Verlauf kann die HIV-Serokonversion mittels Westernblot oder dem InnoLia-Assay dokumentiert werden.

Die Diagnose der HIV-Primoinfektion ist wichtig, da bei den betroffenen Personen die Viruslast im Blut und in den Genitalsekreten massiv höher ist als im weiteren Verlauf, wenn die Immunantwort die HIV-Replikation teilweise hemmt. Damit ist die Infektiosität auch um ein Vielfaches höher [6]. Man geht davon aus, dass bis zu einem Drittel der HIV-Transmissionen in den wenigen Wochen während und nach der akuten HIV-Infektion stattfinden [7]. Deshalb sollte der Grundversorger, der Dermatologe, der Notfallarzt an dieses Krankheitsbild denken, nach Risikosituationen für eine HIV-Transmission fragen und allenfalls die entsprechenden diagnostischen Schritte einleiten.

Weiterführende Literatur

1. Bategay M, Hirschel B. HIV-Primoinfektion. *Therapeutische Umschau* 2004;61(10):609-612.
2. Huynh Do P, Bricaire F. La primo-infection VIH, comment la reconnaître? *Praxis* 2000 ;89:70-78.
3. Aceto L, Karrer U, Grube Ch, Oberholzer R et al. Die akute HIV-1-Infektion in Zürich: 2002-2004. *Praxis* 2005;94:1199-1205.
4. Umgelter A, Huber W, Schmid RM, Reindl W. Coma as a presenting symptom of primary HIV infection. *Sex Transm Infect* 2007;83:85-86,
5. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Immer Labortest bei Verdacht auf eine symptomatische HIV-Primoinfektion. *Bull BAG* 2015 11:187
6. Pilcher CD, Eron JJ, Jr., Vernazza PL, Bategay M, Harr T, Yerly S et al. Sexual transmission during the incubation period of primary HIV infection. *JAMA* 2001;286:1713-1714.
7. Yerly S, Vora S, Rizzardi P, Chave JP, Vernazza PL, Flepp M et al. Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance. *AIDS* 2001;15:2287-2292.

Tabelle: Frequenz und Dauer von Symptomen und Befunden in 218 Patienten mit einer akuten HIV-Infektion (adaptiert nach [1]).

Symptome nach Häufigkeit	Anteil der Patienten		Durchschnittliche Dauer in Tagen (Range)
>50%	78%	17	(3-184)
Fieber ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	66%	24	(1-184)
Müdigkeit	56%	15	(1-73)
Exanthem	55%	18	(2-184)
Myalgie	51%	26	(2-dauernd)
Kopfschmerzen			
>25%-50%	44%	12	(1-51)
Pharyngitis	39%	15	(3-32)
Zervikale Lymphadenopathie	31%	23	(3-184)
Arthralgie	29%	13	(1-85)
Orale Ulzera	28%	16	(2-48)
Odynophagie			
>5%-25%	24%	164	(1-dauernd)
Axilläre Lymphadenopathie	24%	29	(3-dauernd)
Gewichtsverlust	24%	18	(2-109)
Nausea	23%	12	(1-39)
Diarrhoe	22%	15	(3-57)
Nachtschweiss	22%	18	(2-184)
Husten	21%	15	(2-68)
Anorexie	20%	9	(7-10)
Inguinale Lymphadenopathie	19%	15	(1-73)
Bauchschmerzen	17%	10	(1-34)
Orale Candidiasis	12%	10	(1-31)
Erbrechen	12%	11	(2-39)
Photophobie	11%	13	(3-36)
Augenschmerzen	7%	14	(3-35)
Genitale Ulzera	7%	13	(1-41)
Tonsillitis	6%	23	(3-76)
Depression	5%	11	(2-26)
Schwindel			
<i>5% oder seltener</i> okzipitale Lymphadenopathie, Gingivitis, Splenomegalie, periphere Neuropathie, Thoraxschmerzen, Hepatomegalie, Dysurie oder Hämaturie, Rückenschmerzen, Konfusion, Konjunktivitis, Oesophagitis, Enzephalitis, anale Ulzera, Psychose			

Verdankung

Das BAG dankt Prof. Dr. med. Hj. Furrer und Prof. Dr. med. P. Vernazza für wertvolle Hinweise zu diesem Text.