

Spätdiagnostizierte HIV-Infektion



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER

Zertifizierte medizinische
Fortbildung in Zusammenarbeit
mit der bayerischen Landes-
ärztekammer

Die Bayerische Landesärztekammer hat dieses CME-Modul mit zwei Punkten zertifiziert. Bitte kreuzen Sie eine der vier Antwortmöglichkeiten an, abspeichern und **mailen** Sie die PDF an **info@hivandmore.de**. Sie erhalten dann umgehend Ihr Zertifikat.

1. Welche Aussage zur „spätdiagnostizierten (late diagnosed) HIV-Infektion“ trifft NICHT zu?
 - Menschen meiden den HIV-Test aus Angst vor Stigmatisierung
 - Ärzt*innen bieten den HIV-Test oft nicht an, um die Sexualanamnese zu vermeiden
 - Ärzt*innen bieten den HIV-Test nicht an, weil Symptome der HIV-Infektion nicht als solche erkannt werden
 - Weniger als 10% aller neuen HIV-Diagnosen sind „spätdiagnostizierte HIV-Infektionen“
2. Der natürliche Verlauf einer HIV-Infektion zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:
 - In der akuten Infektionsphase (bis 12 Wochen nach HIV-Transmission) steigt die CD4-Zellzahl extrem an
 - In der akuten Infektionsphase (bis 12 Wochen nach HIV-Transmission) steigt die quantitative HIV-RNA zunächst stark an und fällt dann ab
 - In der chronisch-latenten Infektionsphase (>12 Wochen bis Jahre nach HIV-Transmission) steigt die CD4-Zellzahl linear an
 - In der chronisch-latenten Infektionsphase (>12 Wochen bis Jahre nach HIV-Transmission) fällt die quantitative HIV-RNA linear ab
3. Welche Aussage zur CDC-Klassifizierung einer HIV-Infektion ist FALSCH?
 - C3 steht für AIDS und CD4-Zahl <200/μl
 - A1 steht für asymptomatische Infektion und CD4-Zahl >500/μl
 - B2 steht für Immunschwäche-assoziierte Symptome und CD4-Zahl <500 bis >200/μl
 - C/A1 steht für AIDS in der Anamnese, aktuell asymptomatische Infektion und CD4-Zahl >500/μl
4. Welche Erkrankung ist eine typische opportunistische AIDS-definierende Infektion?
 - Endokarditis mit Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA)
 - Enteritis mit *Salmonella typhi* (Typhus abdominalis)
 - Pneumonie mit *Pneumocystis jiroveci* (PjP-Pneumonie)
 - Affenpocken (MPOX-Disease)
5. Welche der folgenden Erkrankungen ist KEINE AIDS-definierende opportunistische Pilz-Infektion?
 - Soor-Ösophagitis
 - Kryptokokkenmeningitis
 - Mykosis fungoides
 - Pneumocystis-Pneumonie
6. Welche der Erkrankungen geht NICHT auf die Reaktivierung von Viren bei Immunschwäche zurück?
 - MPOX – Variola Virus
 - Cervixkarzinom der Frau – Humanes Papillom-Virus (HPV)
 - Progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) – JC-Polyoma-Virus (JCV)
 - Kaposi-Sarkom – Humanes Herpes-Virus 8 (HHV-8)
7. Sie haben eine neue HIV-Diagnose bei einer 34-jährigen Frau gestellt. Welche Antwort ist RICHTIG?
 - Bei einer CD4-Zellzahl >500/mL sollte man mit der Einleitung der antiretroviralen Therapie warten
 - Bei einer *Pneumocystis jiroveci*-Pneumonie sollte man die anti-retrovirale Therapie so früh wie klinisch möglich einleiten
 - Bei aktiver Tuberkulose darf die ART aufgrund von Pharmaka-Wechselwirkungen erst nach Abschluss der TBC-Therapie beginnen
 - Bei Kryptokokken-Meningitis sollte man die ART in der Regel innerhalb von 3 Tagen nach Beginn der antifungalen Therapie einleiten
8. Welche Aussage zur Diagnostik von opportunistischen Infektionen bei HIV/AIDS ist RICHTIG?
 - Eine *Pneumocystis jiroveci*-Pneumonie (PjP) gilt gesichert, wenn bei entsprechend klinischer Symptomatik positive Antikörpertiter (IgG) vorliegen
 - Eine CMV-Retinitis gilt ohne weitere Diagnostik bei Vorliegen von CMV-IgG als gesichert
 - Bei entsprechendem klinischen Bild und positivem Antikörpertiter gegen *Toxoplasma gondii* (IgG) ist die Diagnose „cerebrale Toxoplasmose“ wahrscheinlich und rechtfertigt den Therapiebeginn
 - Bei Verdacht auf nekrotisierenden Herpes labialis ist der Nachweis von Antikörpern gegen *Herpes simplex Virus*-Typ 1 (HSV-1) gut geeignet
9. Patient wird nach erfolgreicher Behandlung einer *Pneumocystis jiroveci*-Pneumonie beschwerdefrei aus der Klinik entlassen. HIV-Viruslast unter ART unter der Nachweisgrenze, CD4-Zahl 105/μl. Was ist RICHTIG?
 - Vorstellung beim Pneumologen zur bronchoskopischen Verlaufskontrolle
 - ART planmäßig beenden und körperliches Aufbautraining sind entscheidend
 - ART und PjP-Prophylaxe sind obligat
 - Weiter Klinikaufenthalt bis CD4-Zahl >200/μl
10. Patient mit bekannter fortgeschrittener HIV-Infektion hat seine ART seit einem Jahr nicht eingenommen. Er stellt sich mit plötzlich aufgetretener Sehstörung vor. Was ist RICHTIG?
 - Wiedervorstellung in 14 Tagen nach Beginn der antiretroviralen Therapie
 - Elektive Kontrolle von HIV-Viruslast, CD4-Zellen und Lues-Serologie, Befundbesprechung nach 4 Tagen
 - Sofortige Überprüfung durch einen erfahrenen Augenarzt veranlassen
 - Sofortiger Beginn einer kalkulierten Ganciclovir-Therapie bei möglicher CMV-Retinitis

Datum/Unterschrift