

# 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 antiretrovirale 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