

MED-INFO

Medizinische Informationen zu HIV und Aids

Aktualisierte Auflage 2015

HIV und Depressionen

Mit dieser Broschüre wenden wir uns an Menschen mit HIV und ihre An- und Zugehörigen, um ihnen die wichtigsten Informationen zum Thema an die Hand zu geben: woran man eine Depression erkennen kann, was ihre Ursachen sind, wie sie behandelt wird und wo man sich Rat und Unterstützung holen kann. Wir wollen vor allem dazu ermutigen, frühzeitig Hilfe zu suchen, um sich unnötiges Leiden zu ersparen. Noch immer nämlich wird etwa die Hälfte aller Depressionen nicht erkannt und folglich auch nicht behandelt. Das liegt auch an dem Vorurteil, eine Depression sei etwas selbst Verschuldetes. Sie ist jedoch weder ein Zeichen von Willensschwäche noch von mangelnder Charakterstärke, sondern eine ernst zu nehmende seelische Erkrankung, die heutzutage erfolgreich behandelt werden kann.



Wie häufig kommen Depressionen vor

Weltweit erleiden 16-20% der Menschen zumindest einmal im Verlauf ihres Lebens eine ernsthafte depressive Episode. Aktuell wird davon ausgegangen, dass derzeit in Deutschland 3,1 Millionen Menschen an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt sind. Für die Entwicklung einer depressiven

Episode spielen eine Reihe von Risikofaktoren eine Rolle. So erhöhen weibliches Geschlecht, ein schwaches soziales Netz und sozioökonomische Faktoren wie z.B. Arbeitslosigkeit und niedriges Bildungsniveau die Gefährdung.

In allen Altersgruppen sind Frauen dabei etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Der Zeitpunkt des ersten Auftretens liegt für gewöhnlich zwischen dem 35. und 40. Lebensjahr, über 60-Jährige haben ein deutlich geringeres Risiko als Jüngere. Eine rasche, korrekte Erkennung der Krankheit erfolgt laut verschiedenen Untersuchungen in Deutschland nur in ca. 50% der Fälle. Und nur in 10% der Fälle folgt auf die Diagnose der Depression auch eine den aktuellen Empfehlungen und Leitlinien entsprechende, angemessene Therapie. Aus diesen Gründen wurden mittlerweile in vielen Städten Kompetenzzentren zur besseren Behandlung von depressiven Episoden eingerichtet.

Wenn es um Depressionen geht, kommt der Infektion mit dem HI-Virus oder AIDS eine besondere Bedeutung zu, weil HIV-infizierte Menschen sehr viel häufiger betroffen sind.

Studien zufolge, leiden bis zu 40% aller HIV-positiven Menschen unter Symptomen einer depressiven Episode. Bei 26% wurden gar schwere Depressionen festgestellt. Als bedeutende Ursachen wurden besonders Stress, Vereinsamung, ständiges Grübeln über die HIV-Infektion und schwierige soziale oder finanzielle Bedingungen genannt. Bei Patienten mit schweren Depressionen zeigte sich eine sechsmal höhere Wahrscheinlichkeit, die korrekte Einnahme von HIV-Medikamenten mindestens einmal zu vergessen. Depressionen sind also häufig ein Grund für mangelhafte Therapietreue und können so unter Umständen zu einer erhöhten Viruslast führen und damit die Therapie gefährden.

Ärzte und Psychotherapeuten bezeichnen eine „ausgewachsene“ Depression als „Major Depressive Disorder“. Unter HIV-positiven Menschen liegt sie je nach Studie bei bis zu 36% vor. HIV-negative Kontrollgruppen sind hingegen nur zu ca. 17% betroffen. Weniger stark ausgeprägte, langanhaltende Depressionen bezeichnet man als Dysthymie. Diese findet man in den oben genannten Gruppen bei 7% bzw. 4% der Menschen. Depressionen treten jedoch nicht als einzige psychische Erkrankungen vermehrt bei HIV-Infizierten auf. Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen kommen bei bis zu 11%, akute Psychosen bei bis zu 9% vor. Auch die Suizidgefahr ist erhöht und übersteigt die von Krebspatienten.

Schlafstörungen, eines der bekanntesten Symptome depressiver Episoden treten bei bis zu 25 % der Patienten mit HIV-Infektion auf, wobei Schlafdauer und auch die Schlafqualität verändert sind. Daher müssen die Veränderungen des Nachtschlafs besonders sorgfältig beachtet werden.

Erwähnung finden müssen auch die Suchterkrankungen, von denen HIV-Positive ebenfalls häufiger betroffen sind. Der Missbrauch von Alkohol (29 %), Kokain (18 %), Amphetaminen (17 %) und Opiaten (12 %) verkompliziert oft die diagnostisch-therapeutische Situation.

Woran erkennt man eine Depression

Fast jeder Mensch kennt Phasen von Traurigkeit und Mutlosigkeit. Dabei muss es sich nicht gleich um eine Depression handeln. Ein Stimmungstief kann auch eine ganz normale Reaktion der Psyche auf ein belastendes Ereignis sein, z. B. die Trennung vom Beziehungspartner, beruflicher Misserfolg oder

auch das positive Ergebnis eines HIV Tests. Lässt der Verlustschmerz oder die Belastung nach, hellt sich auch die Stimmung wieder auf. Bei einer Depression ist das jedoch anders: Sie ist eine seelische Krankheit und kann sich über einen sehr langen Zeitraum hinziehen, sodass sie sich oft nicht mehr auf ein bestimmtes Ereignis zurück führen lässt. Man kann aber auch daran erkranken, ohne in der nahen Vergangenheit etwas Belastendes erlebt zu haben. Wer an einer Depression leidet, kann sich auch nicht mehr aus eigener Kraft aus seiner Niedergeschlagenheit befreien. Ermahnungen wie „Reiß dich zusammen!“ oder „Mach jetzt endlich mal Urlaub!“ helfen hier nicht weiter.

Häufig werden depressive Episoden auch von anderen Symptomen verdeckt; so werden Niedergeschlagenheit und Angst im ärztlichen Kontakt nur von bis zu 7% der Betroffenen angegeben. Im Vordergrund stehen für viele Patienten mit depressiven Episoden zunächst nicht diese typischen Symptome, sondern meist diffuse körperliche Beschwerden und Schmerzen. Depressionen können sich hinter unspezifischen Symptomen wie einer verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit, schlecht lokalisierbaren Schmerzen in Kopf, Brustkorb oder Bauch sowie Verdauungsbeschwerden, Muskel- und Gelenkbeschwerden, Schlafstörungen und Schwindel verbergen.

Mögliche Anzeichen einer Depression

Niedergeschlagenheit

Meist fühlen sich die Erkrankten niedergeschlagen und mutlos, sie verspüren eine tiefe innere Leere oder Traurigkeit, begleitet von Hoffnungslosigkeit: Sie glauben, keine Zukunft mehr zu haben und an der eigenen Situation nichts mehr ändern zu können.

Beschäftigungen, denen sie früher gerne nach gingen, machen jetzt keinen Spaß mehr, sie vernachlässigen Hobbys und andere Freizeitaktivitäten. Das Empfinden flacht insgesamt ab: Positive Gefühle wie Freude oder Zuneigung bleiben aus, man ist nicht mehr genussfähig und verspürt auch keine Lust auf Sex. Aber auch negative Gefühle wie Wut, Zorn oder Hass kommen nicht mehr auf.

Antriebs- und Entscheidungsschwäche

Man kann sich kaum noch zu etwas aufraffen, selbst einfache Alltagstätigkeiten machen große Mühe. Wenn Entscheidungen anstehen, wird endlos abgewogen, ohne zu einem Ergebnis zu kommen. Manchen Erkrankten kann man das Leid förmlich ansehen: Das Gesicht wirkt wie versteinert, die Bewegungen sind kraftlos, die Stimme oft schleppend und leise.

Konzentrationsstörungen

Bei einer Depression fällt es meist schwer, sich auf etwas zu konzentrieren. Die Arbeit strengt übermäßig an, man fühlt sich von Aufgaben überfordert, die man früher problemlos bewältigt hat. Viele Betroffene berichten auch, dass sie Mühe haben, ihre Gedanken von bestimmten Dingen zu lösen, über die sie ständig nachgrübeln müssen.

Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle

Meist werden die Beschwerden nicht auf eine Erkrankung, sondern auf eigenes Versagen zurückgeführt. Die ängstliche Besorgtheit um eigene Fehler und Schwächen kann sich bis ins Wahnhafte steigern: Depressive Menschen leiden dann unter ständigen Selbstvorwürfen und sehen in ihren Beschwerden eine Strafe für Verfehlungen.

Angst

Depressive Menschen quält z.B. das Gefühl, ihre Mitmenschen würden sie ablehnen oder als eine Last empfinden. Andere sorgen sich ständig um die eigene Zukunft oder leben in der Angst, ihren Angehörigen könnte etwas zustoßen.

Körperliche Symptome

Eine Depression kann sich auch körperlich (somatisch) äußern. Man leidet dann unter Schmerzen und Beschwerden, für die der Arzt keine organischen Ursachen finden kann, beispielsweise Störungen im Magen Darm Bereich, Überempfindlichkeit der Haut, Kopf oder Herzschmerzen.

Beim Ansetzen eines neuen Medikaments kann es also sinnvoll sein, das Präparat vor dem Schlafengehen einzunehmen. Dies kann man nicht mit jeder Substanz machen. Ist es möglich, kann man so jedoch versuchen, die unangenehmen Nebenwirkungen einfach zu „verschlafen“. Unbedingt besprochen werden sollte auch, dass die Behandlung noch für bis zu sechs Monate nach Abklingen der depressiven Symptome fortgesetzt werden muss. Nur so kann sichergestellt werden, dass es nicht zu spontanen Rückfällen kommt.

Ist ein Mensch lange genug beschwerdefrei, kann versucht werden, die Medikamente wieder abzusetzen. Dies muss jedoch langsam und behutsam geschehen, man spricht vom „Ausschleichen“ der Substanz – plötzliches Beenden der Einnahme kann zu sehr gefährlichen Entzugserscheinungen führen, die unbedingt vermieden werden müssen. Obwohl die Symptome sich unterscheiden, kann hier als erklärendes Beispiel der Entzug von Drogen wie Opiaten oder Alkohol herangezogen werden. Auch deren Dosis muss nach dem Gebrauch Stück für Stück reduziert werden, sonst führen die im Körper ausgelösten Veränderungen zu Entzugsbeschwerden.

Mittlerweile sind eine Vielzahl von Medikamenten zur Behandlung von Depressionen entwickelt worden. Obwohl sie ihre Wirkung im Detail auf sehr unterschiedliche Art und Weise entfalten, ist allen diesen Medikamenten gemein, dass sie auf die eine oder andere Art in die Kommunikation zwischen den Nervenzellen im menschlichen Gehirn eingreifen.

Dieses „Funkfeuer“ zwischen den Gehirnzellen findet größtenteils über chemische Botenstoffe statt, sogenannte Neurotransmitter. Einige verändern die Art und Weise, wie Nervenzellen ihre Transmitter ausschütten oder verarbeiten. Wieder andere Antidepressiva sorgen dafür, dass einmal ausgeschüttete Botenstoffe nicht so schnell wieder aus dem Weg geschafft oder abgebaut werden.

Erste Wahl bei der Therapie der Depression sind sehr häufig die Antidepressiva, die zur Klasse der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, kurz SSRI, gehören. Sie bremsen im Nervensystem die Entsorgung des Neurotransmitters Serotonin und wirken so Ängsten und psychotischen Wahnvorstellungen entgegen. Auch SSRIs haben Nebenwirkungen, sie sind jedoch im Vergleich mit anderen Substanzgruppen wie den trizyklischen oder tetrazyklischen Antidepressiva deutlich besser verträglich. Das liegt unter anderem daran, dass sie das vegetative Nervensystem nicht so sehr stören, weniger leberschädigend sind und weniger stark mit anderen Medikamenten wechselwirken.

Darüber hinaus ist für eine Therapie mit SSRIs belegt, dass sie bei HIV-Patienten die Therapietreue auf das Niveau von Patienten ohne depressive Episoden erhöhen. In kleinen Studien wurden für die Substanzen Mirtazapin, Nefazodon, Venlafaxin Ansprechraten von bis zu 70% nachgewiesen. Für den SSRI Fluoxetin wurde in einer Placebo-kontrollierten Studie nachgewiesen, dass die Gabe über ungefähr sechs bzw. acht Wochen die Testergebnisse der Patienten auf verschiedenen Punkteskalen zur Erfassung von Depression deutlich verbessern. Eine andere Studie verglich den SSRI Paroxetin mit dem trizyklischen Antidepressivum

Imipramin und kam zu dem Schluss, dass Paroxetin Ansprechraten von 55% und Imipramin von 80% hatte.

Substanzklasse	Startdosis [mg]	Zieldosis [mg]	Vorteile	Interaktion mit der ART
Agomelatin	25	50	Antrieb +	Keine Angaben
Fluoxetin	10	20	Antrieb +	Spiegel sinkt mit Nevirapin, steigert den Spiegel von PIs
Sertralin	25-50	100	Antriebsneutral	Spiegel erhöht mit Ritonavir, erniedrigt mit Darunavir
Citalopram	10	20-40	Antriebsneutral, angstlösend	Spiegel erhöht mit Ritonavir
Escitalopram	5	10-20	Antriebsneutral, rascher Wirkungseintritt	Kaum Interaktionen bekannt
Paroxetin	10	20-40	Leicht sedierend	Spiegel erhöht mit Ritonavir, erniedrigt mit Darunavir
Venlafaxin	75-375	150-375	Antrieb +	Spiegel erhöht mit Ritonavir
Duloxetin	30-90	60-120	Antrieb +, bessere Schmerzverarbeitung	Kaum Interaktionen bekannt
Mirtazapin	15	30-45	Schlaffördernd, Gewicht +	Kaum Interaktionen bekannt
Nortriptylin	10-25	100-150	Antrieb +	Spiegel erhöht mit Ritonavir
Amitriptylin	10-25	100-150	Leichte Sedierung, Gewicht +, bessere Schmerzverarbeitung	Spiegel erhöht mit Ritonavir
Doxepin	25	100	Sedierend	Spiegel erhöht mit Ritonavir
Bupropion	150	300	Antrieb ++, kaum sexuelle Dysfunktion	Spiegel erhöht mit Efavirenz, Tipranavir

Vorteile unterschiedlicher Antidepressiva Gruppen und ihre Interaktionen mit der ART [aus Husstedt IW, Arendt G. HIV und ZNS. 2.Auflage IMMEDIS GmbH; Königswinter 2012]

Die medikamentöse Therapie muss durch psychotherapeutische Verfahren wie zum Beispiel kognitive Verhaltenstherapie oder psychodynamische Verfahren (jeweils etwa 25–80 Stunden) ergänzt werden. In Studien wird diese Therapie als effektiv bezeichnet, auch der Kontakt

zu Selbsthilfegruppen (z.B. AIDS-Hilfe) ist wertvoll, wenn es darum geht, den Betroffenen aus der Isolation heraus zu holen.

Auch die Beziehung zu Angehörigen und Partnern hat einen großen Stellenwert. Depressive Patienten sind im Allgemeinen nachmittags und abends zugänglicher, sodass sie zu diesen Zeiten besser in Aktivitäten eingebunden werden können. Die Teilhabe an Alltagsaktivitäten, Zuwendung und stützende Gespräche sind unverzichtbar, da sie die Symptome der depressiven Episode positiv beeinflussen. Besonders hilfreich sind diese unterstützenden Maßnahmen in dem Zeitraum, in dem sich die Wirkung der Medikamente noch nicht voll entfaltet hat.

Depressive Episoden haben auch körperliche Ursachen

Das HI-Virus ist schon kurze Zeit nach der Ansteckung auch im zentralen Nervensystem (Gehirn, Rückenmark) nachweisbar. Bis zum Auftreten neurologischer Erkrankungen vergehen jedoch für gewöhnlich 10-12 Jahre. Die Einbeziehung des Gehirns in die HIV-Infektion kann zu Veränderungen der Produktion und Signalwirkung von Hormonen und Botenstoffen führen. Hiervon ist hauptsächlich der

oben erwähnte Botenstoff Serotonin betroffen. Zusätzlich wird dieser auch noch vermehrt abgebaut. Aus diesem Grund kann die Entwicklung depressiver Gefühlslagen ihre Ursache nicht nur in erschwerten Lebensumständen, sondern auch „handfeste“ körperliche Gründe haben.

Differenzialdiagnosen

Wenn Mediziner von Differentialdiagnosen sprechen, meinen sie eine Reihe von Erkrankungen, die bis zur endgültigen und gesicherten Diagnose in die Überlegungen mit einbezogen werden müssen. Im Falle von Depressionen bei einer HIV-Erkrankung ist eine zunächst grobe Unterscheidung in zwei

Kategorien sehr wichtig. Einerseits könnten die Beschwerden erst einmal nichts mit dem HI-Virus an sich zu tun haben und zu einer bereits länger bestehenden oder neu aufgetretenen psychischen Erkrankung gehören. Andererseits kann es sein, dass die HIV-Infektion im Gehirn ein sogenanntes „primär organisches Psychosyndrom“ auslöst – einer körperlichen Störung des Gehirns, die zu psychischen Problemen führt.

Eine wichtige Differenzialdiagnose stellt dementsprechend die HIV-assoziierte neurokognitive Störung dar, die häufig auch durch die bereits beschriebenen Symptome einer depressiven Episode gekennzeichnet ist und von kognitiven Veränderungen begleitet wird. Liegen solche Beschwerden vor, muss eine sorgfältige neurologisch-psychiatrische Abklärung erfolgen. Da in der Zwischenzeit ungefähr 10-15 % aller HIV-infizierten Patienten älter als 50 Jahre sind, müssen differenzialdiagnostisch auch ein beginnender Morbus Alzheimer und ein Morbus Parkinson berücksichtigt werden. Nicht zuletzt können aber auch stumme Hirninfarkte oder Tumoren des zentralen Nervensystems eines organischen Psychosyndroms sein. Bekannt sind depressive Episoden auch als Begleiterscheinung verschiedener Erkrankungen der inneren Organe. Zu nennen sind Krankheiten der Schilddrüse oder der Leber, schweres Asthma oder Vitaminmangelzustände. Aber auch Infektionen oder die Folgen eines Herzinfarktes können der Auslöser sein. Nicht zuletzt können Depressionen eine mögliche Nebenwirkung von Medikamenten wie beispielsweise Antibiotika, Kortisonpräparate und Medikamente zur Empfängnisverhütung. In diese Kategorie fällt ebenfalls der regelmäßige Konsum von Substanzen wie Alkohol, Beruhigungsmitteln oder Cannabis, Opiaten und Stimulanzien.

Auch Komponenten der anti-retroviralen HIV-Therapie können depressive Episoden auslösen. Besonders hiervon betroffen sind Menschen, deren Leber von einer Mutation verändert ist.

- **Abacavir (ABC):** (Depression, Schlafstörungen, Kopfschmerzen)
- **Efavirenz (EFV):** (Depression, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Desorientierung, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Alpträume)
- **Indinavir (INV):** (Schlafstörungen, Myalgien, Depression, Kopfschmerzen, Parästhesien)
- **Lamivudin (3TC):** (Depression, Kopfschmerzen, Neuropathie, Einschlafstörungen)
- **Nevirapin (NVP):** (Kopfschmerzen, Müdigkeit, Muskelschwäche)
- **Saquinavir (SQV):** (Schwindel, Depression, Kopfschmerzen)
- **Tenofovir (TDF):** (Kopfschmerzen, Myalgien)
- **AZT (AZT):** (Manien, Depression, Kopfschmerzen, Vergesslichkeit, Somnolenz, Einschlafstörungen, Schwindel, Muskelkrämpfe)
- **Stavudin (d4T):** (Depression, Schlafstörungen, Ängstlichkeit)
- **Didanosin (ddI):** (Neuropathie)

Neurologische und psychische/psychiatrische Nebenwirkungen der ART (aus: Husstedt IW, Reichelt D, Kästner F, Evers S, Hahn K. Epidemiologie und Therapie vom Schmerz und Depression während der HIV-Infektion. Der Schmerz. 2009;23:628-639)

Obwohl diese Menschen eigentlich völlig gesund sind, bauen sie verschiedene Arzneistoffe anders ab als Menschen, die keine solche Mutation aufweisen. Bauen sie Substanzen langsamer ab als der Durchschnitt, bezeichnet man sie als „Poor-Metabolizer“.

Unter den HIV-Medikamenten trifft das vor allem für Efavirenz zu. Efavirenz wird in der Leber von einem System aus Enzymen abgebaut, das den Namen „Cytochrom P450“ trägt und aus einer Vielzahl von Untereinheiten gebildet wird. Insbesondere das CYP mit der Bezeichnung G516T ist für Efavirenz „zuständig“. Eine Veränderung der für CYP-G516T verantwortlichen Gene kommt besonders gehäuft bei Patienten afrikanischer und lateinamerikanischer Abstammung vor. Betroffene haben bei normaler Dosierung überhöhte Wirkstoffspiegel von Efavirenz im Blut. Diese „Pharmakogenetik“ muss bei einer Therapie von Patienten lateinamerikanischer oder afrikanischer Herkunft immer berücksichtigt werden und sollte Anlass für eine engmaschige Überwachung der Therapie geben.

Zusätzlich zu dem besonderen Umstand, dass es Poor-Metabolizer gibt, löst Efavirenz häufiger als andere HIV-Medikamente neuropsychiatrische Beschwerden aus.

Vor diesem Hintergrund mag es zunächst widersinnig erscheinen, dass gerade Efavirenz mit Erfolg zur Behandlung der HIV-assoziierten neurokognitiven Störung eingesetzt wird. Dies erklärt sich jedoch dadurch, dass Efavirenz sich trotz der bekannten Nebenwirkungen dadurch auszeichnet, dass es besonders gut die Blut-Hirn-Schranke überwinden kann. Damit entfaltet es seine Wirkung im zentralen Nervensystem, also sozusagen am „Ort des Geschehens“.

Efavirenz verursacht in der ersten Therapiewoche häufiger unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die ohne besondere Maßnahmen für gewöhnlich bis zur 4. Therapiewoche abklingen. Hierzu gehört insbesondere die in vielen Fällen beschriebene Zunahme besonders lebhafter Träume. Aber auch Schwindel, Schlafstörungen, eine labile Gefühlslage und verschiedene Formen der Wesensveränderung sind immer wieder zu beobachten. Formale oder inhaltliche Denkstörungen sind hingegen selten.

Depressive Episoden und Schmerz

Es ist bekannt, dass Schmerz und depressive Syndrome oft miteinander gekoppelt sind. Außerdem stellen Schmerzen einen häufigen Grund für eine stationäre Einweisung dar.

In Zahlen gefasst werden Schmerzen bei der Befragung von Patienten zum Beispiel mittels der Visuellen Analogskala (VAS). Sie umfasst

die Werte 0-10, wobei 0 für keinen Schmerz und 10 für den stärksten vorstellbaren Schmerz steht. Einer Analyse zufolge geben 19% der Patienten bei einer Befragung milde Schmerzen (VAS 1-4) an, 64% mäßige Schmerzen (VAS 5-7) und 17% starke Schmerzen (VAS 8-10).

Kopfschmerzen stellen eine weltweit verbreitete Erkrankung dar. Im Laufe ihres Lebens werden 60% aller Menschen mit den sogenannten idiopathischen Kopfschmerzen, also Kopfschmerzen ohne augenscheinliche Ursache, konfrontiert. Hierzu zählen zum Beispiel Migräne, Spannungskopfschmerz und die verschiedenen Formen anlagebedingter Kopfschmerzen. Diese HIV-unabhängigen Kopfschmerzen werden nach den gleichen Richtlinien behandelt, die auch bei HIV-Negativen Kopfschmerzpatienten Anwendung finden.

Bekannt sind Kopfschmerzen aber auch als Nebenwirkung der kombinierten antiretroviralen Therapie. Sie entstehen in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beginn einer Therapie mit z.B. AZT, ddC, ABC, 3TC oder EFV und verschwinden meist nach zwei bis sechs Wochen wieder. Nur in seltenen Fällen ist ein Umstellen der HIV-Therapie notwendig.

Häufiger Probleme bereitet ein Kopfschmerz, der sich von den Symptomen her wie ein typischer Spannungskopfschmerz anfühlt. Er findet sich bei 11-64% der HIV-infizierten und schreitet gemeinsam mit der HIV-Infektion fort.

Ursache ist die Entzündung des zentralen Nervensystems durch die HIV-Infektion. Zur Vorbeugung dieses besonderen Kopfschmerzes ist insbesondere das Antidepressivum Duloxetine geeignet, da es kaum Wechselwirkungen mit der antiretroviralen Therapie aufweist und eine stärkere schmerzhemmende Wirkung besitzt als andere Antidepressiva.

Neben den idiopathischen Kopfschmerzen ohne klar benennbare Ursache können auch die symptomatischen Kopfschmerzen auftreten. Diese sind eine Folge bestimmter Erkrankungen. Andere Infektionen im Rahmen einer Verschlimmerung der HIV-Erkrankung können die Ursache sein. Aber auch eine banale Nebenhöhlenentzündung kann sehr schmerzhaft sein. Treten Kopfschmerzen neu auf oder verändern sich der Schmerzcharakter oder das Zeitmuster merklich, sollten weitergehende Untersuchungen in die Wege geleitet werden, um der Ursache für die Veränderung auf den Grund zu gehen. Eine Bildgebung des Kopfes mittels Magnetresonanztomographie (MRT) und eine Lumbalpunktion zur Entnahme von Nervenwasser sind in solchen Fällen angezeigt und liefert meist Aufschluss über die Hintergründe.

Bis zu 50% aller Patienten mit HIV-Infektion sind von den typischen Symptomen einer Erkrankung der kleinen Nervenenden betroffen, der schmerzhaften Polyneuropathie. Sie macht sich

mit Brennen, Kribbeln oder Bewegungsunruhe in den Beinen bemerkbar. Besondere Sorgfalt ist dann notwendig, wenn die neurologischen Untersuchungen trotz typischer Symptome normale Testergebnisse aufweisen. In diesen Fällen liegt meistens eine sogenannte „Small Fiber Neuropathie“ vor, die mit weiteren Untersuchungen nachgewiesen werden kann.

Bei diesen Beschwerden setzt sich zunehmend die lokale Behandlung mit Capsaicin durch, einem Wirkstoff aus Chili-Gewächsen. Sie zeigt eine gute Wirkung und vermeidet die Nebenwirkungen einer oralen Therapie mit Pregabalin.

Relativ seltene Begleiterscheinungen bei HIV-Infektionen sind Muskelschmerzen und Muskelerkrankungen, die sich durch Schwierigkeiten beim Treppensteigen, Aufstehen, Tragen schwerer Lasten, Krämpfen und Schluckstörungen äußern können. Häufig leiden die Betroffenen an rumpfnahen Lähmungen, die meist an den Beinen beginnen, sich aber auch als Schwäche der Nackenmuskeln äußern können. Die weitere Abklärung dieser Beschwerden erfolgt durch den Neurologen mittels Elektromyographie die elektrischen Ströme im Muskel vermessen, eine Kernspintomographie der Muskulatur anfertigen, mit einem Laktat-Ischämie-Test den Stoffwechsel des Muskels testen und mit einer Muskelbiopsie den Feinbau der Muskelfasern untersuchen.

Unter den durch die HIV-Infektion selbst bedingten Muskelerkrankungen ist die Polymyositis am häufigsten. Hierbei handelt es sich um eine diffuse Entzündung vieler Muskeln mit ungeklärter Ursache, die äußerst vielgestaltige Beschwerden auslöst. In leichten Fällen ist hier eine Behandlung mit nichtsteroidale Antiphlogistika (Aspirin, Diclofenac, Ibuprofen) möglich. In ausgeprägten Fällen wird auf kortisonhaltige Medikamente oder Immunglobuline zurückgegriffen und gegebenenfalls eine maschinelle Reinigung des Blutplasmas von schädigenden Eiweißbestandteilen durchgeführt (Plasmapherese). Durch Bestandteile der antiretroviralen Therapie (ART) bedingte Muskelerkrankungen traten insbesondere unter der früher häufigen hoch dosierten Behandlung mit AZT auf. Heute kommt es jedoch sehr selten zu solchen Beschwerden. Abhilfe kann in solchen Fällen eine Umstellung der HIV-Medikamente schaffen, falls dies möglich ist.

Rat und Unterstützung

Diagnose und Behandlung einer Depression gehören in die Hände erfahrener Ärzte und Psychotherapeuten. Wenn Trost, Rat und Unterstützung gebraucht werden, können auch andere helfen, z. B. Menschen, denen man vertraut und die einem zuhören können. Oft findet man darunter auch jemanden, der

oder die sich bereits mit dem Thema Depression auseinandergesetzt hat und daher weiß, wo man beraten und im Krisenfall betreut wird. Hier einige wichtige Adressen:

Die Beraterinnen und Berater der Telefonseelsorge sind bundesweit rund um die Uhr unter den Rufnummern 0800 / 111 01 11 und 0800 / 111 02 22 zu erreichen und wissen über das Hilfesystem vor Ort gut Bescheid. Onlineberatung ist unter www.telefonseelsorge.de möglich. Anschriften von Krisendiensten und Krisenstationen erhält man bei der Telefonseelsorge oder im Internet unter www.kompetenznetz-depression.de

Örtliche Aidshilfen und andere Beratungsstellen des Gesundheits und Sozialwesens unterstützen bei der Suche nach geeigneten Ärzt(inn)en oder Psychotherapeut(inn)en. Die Adressen der Aidshilfen erhält man bei der Deutschen AIDSHilfe e. V. (Tel. 030 / 69 00 870, Internet: www.aidshilfe.de). Die bundesweite Telefonberatung der Aidshilfen ist unter der Nummer 0180 / 33 19411 zu erreichen (Mo bis Fr 9-21 Uhr, So 12-14 Uhr; 9 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent/Min. aus den deutschen Mobilfunknetzen), die Onlineberatung unter www.aidshilfeberatung.de.

Unterstützung bei der Wahl der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten bietet der Psychotherapie-Informationsdienst des Berufsverbandes Deutscher Psychologen – telefonisch unter 0228 / 74 66 99 (Mo, Di, Do, Fr 9-12 Uhr, Mo und Do 13-16 Uhr) und online unter www.psychotherapiesuche.de.

MED-INFO

Medizinische Informationen zu HIV und Aids

Impressum

Erscheinungsjahr 2015 Herausgegeben von der

Aidshilfe Köln e.V.
Beethovenstraße 1
50674 Köln
Tel: 0221 20 20 30
in Zusammenarbeit mit der
Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Text

Prof. Dr. I W Husstedt, N Melzer; Klinik
für Neurologie UK Münster, Neuro-Aids-
Ambulanz, Albert-Schweitzer-Campus 1,
48129 Münster
Yann Betton

Redaktion

Ursula Peters
Armin Schaffberger

Ehrenamtliche Mitarbeiter

Robert Swinkels
Alexandra Wolter
Yannic Batzler
Markus Lepine

Layout und Druckvorbereitung

neue maas 11 GmbH, Köln

Herstellung

X-PRESS
Lützwowstr. 107
10785 Berlin

Auflage

6.000

**MED-INFO dient der
persönlichen Information und
ersetzt nicht das Gespräch mit
einer Ärztin oder einem Arzt.**

Bestellnummer dieser Ausgabe: 140046

MED-INFO ist bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. zu bestellen:
Tel: 030 69 00 87-0
Fax: 030 69 00 87-42
aidshilfe.de

Neue und aktualisierte Ausgaben mit Bestellnummer:

- Nr. 64: Vorsorge und Kontrolluntersuchungen (140064), aktual. 2011
- Nr. 66: HIV und Krebs (140066), aktual. 2012
- Nr. 67: HIV und Hepatitis C (140067), aktual. 2013
- Nr. 68: HIV und Hepatitis B (140068), aktual. 2013
- Nr. 70: Sexuelle Funktionsstörungen bei Männern mit HIV (140070),
aktual. 2011
- Nr. 71: HIV und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (140071), aktual. 2010
- Nr. 73: Magen-Darm- und Leberbeschwerden (140073), aktual. 2013
- Nr. 74: Opportunistische Infektionen (140074), aktual. 2013
- Nr. 75: HIV und Knochen (140075), aktuali. 2013
- Nr. 76: Neurologische Erkrankungen bei HIV /Aids (140076),
aktual. 2010
- Nr. 77: Laborwerte - und was sie bedeuten (140077), aktual. 2012
- Nr. 78: Müdigkeit - Fatigue - Burnout bei HIV/Aids (140078),
aktuali. 2011
- Nr. 79: Länger Leben mit HIV (140079), aktual. 2013
- Nr. 80: HIV und Partnerschaft (140080), aktual. 2013
- Nr. 81: Vitamin D (140081), 2011
- Nr. 82: HPV, HIV, Feigwarzen und Krebsvorstufen (140082), 2011
- Nr. 83: HIV und Reisen/Auslandsaufenthalte (140083), aktual. 2011

**Diese und weitere MED-INFO-Broschüren sind auf
den Internetseiten www.hiv-med-info.de oder
www.aidshilfe-koeln.de einzusehen und als
PDF-Datei zu laden.**

Geschützte Warennamen, Warenzeichen sind aus Gründen der
besseren Lesbarkeit nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem
Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass
es sich um einen freien Warennamen handelt. Wie jede Wissenschaft
ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Alle Angaben
in dieser Ausgabe entsprechen dem Wissensstand bei Fertigstellung
der Broschüre.