

Endokarditis, HIV & Phlegmone bei Drogenabhängigen

Im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen sollte die Gelegenheit zur Diagnose und Therapie somatischer Begleiterkrankungen genutzt werden.



Endokarditis, HIV und Phlegmone/Abszesse sind somatische Komplikationen, die im Rahmen von Drogenabhängigkeit auftreten können.

1. Endokarditis

Im Rahmen des i.v. Drogenkonsums tritt die bakterielle Endokarditis als schwerwiegende Komplikation in 2–5% der Fälle auf. Neben der früher als „drogentypisch“ geltenden Tricuspidalendokarditis sind mittlerweile auch bei i.v.-Drogenkonsumenten häufig Mitralklappen- und Aortenklappen betroffen. Eine Assoziation mit der steigenden Verbreitung des i.v. Kokainkonsums wird diskutiert. Als bakterieller Streuherd dürfte aber auch der schlechte Zahnstatus vieler Drogenkonsumenten in Frage kommen.

1.1. Klinische Symptome

Die typischen Symptome der Endokarditis sind folgende:

- **Allgemeinsymptome** (95–100%) wie Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Nachtschweiß, Abgeschlagenheit
- **Fieber** (80–100%)
- **Hautmanifestationen** (30–70%) wie Petechien oder Osler-Knötchen.

Ein pathologisches Herzgeräusch (60–99%) kann die Diagnosestellung unterstützen.

1.2 Diagnose

Die infektiöse Endokarditis ist schwierig zu diagnostizieren. Einen Eckpfeiler stellt der *Erregernachweis* dar. Hier müssen über Tage mehrere Blutkulturen abgenommen werden. Häufige Erreger sind: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *mitis* und *bovis*. Den zweiten diagnostischen Eckpfeiler stellt die *Echokardiografie* dar.

1.3 Komplikationen

Infolge von Klappendysfunktionen kann es zu *akutem Herzversagen* kommen, durch embolischen Verschluss der Koronargefäße zu *akutem Myokardinfarkt*. Embolische Ereignisse können auch das ZNS betreffen, mit *zerebralem Insult* oder *zerebralem Abszess* als Folge, oder über systemische Streuung die Milz, Leber oder Niere (Embolie, Abszess).

1.4 Therapie

Jede Endokarditis muss stationär mit einer parenteralen antimikrobiellen Therapie behandelt werden. Die Therapiedauer beträgt mindestens vier Wochen und hängt vom Erreger und der Klappenlokalisation ab.

Bei Klappendestruktion mit Funktionsstörung ist eine chirurgische Sanierung zu erwägen. Bei aktueller Drogenabhängigkeit ist die Indikation dafür sehr vorsichtig zu stellen, da eine sanierte Klappe anfälliger für eine neuerliche Endokarditis ist bzw. eine regelmäßige Nachsorge erfordert (z.B. Antikoagulation bei künstlicher Herzklappe).

1.5 Prophylaxe

Alle Maßnahmen, welche den hygienischen i.v.-Drogenkonsum fördern, sind wirksam und zu unterstützen.

2. HIV/Aids

In Österreich gibt es Schätzungen zufolge 12.000 bis 15.000 HIV-Infizierte. Die Prävalenz unter den i.v.-Drogenabhängigen ist in Österreich vergleichsweise gering. Sie liegt je nach untersuchter Population zwischen 0 und 7% (GÖG: Drogenbericht 2007).

2.1 Übertragung

In der Subpopulation der Drogenkonsumenten ist der Hauptübertragungsweg nach wie vor der intravenöse Drogenkonsum (Needle-/Syringe-sharing).

Aber auch ungeschützter Geschlechtsverkehr bzw. das bewusste Inkaufnehmen eines Übertragungsrisikos („Sensation Seeking“) spielen eine Rolle.

2.2 HIV-Indikatorerkrankungen

Dabei handelt es sich um Erkrankungen, bei denen an eine HIV-Infektion gedacht werden soll, weil sie häufig als Co-Infektion auftreten oder auf eine HIV-Infektion in einem frühen Stadium hinweisen können (s. Tab.).

2.3 Therapie

Es gibt sowohl Argumente, die für einen möglichst frühen als auch für einen späten Therapiebeginn sprechen.

Einigkeit herrscht jedenfalls darüber, das Auftreten einer symptomatischen HIV-Infektion so lange wie möglich zu verhindern und die Therapie zu beginnen, bevor eine erhebliche Schädigung des Immunsystems eingetreten ist.

2.3.1. Behandlungsindikation. Ziel ist, die antiretrovirale Therapie (ART) bei asymptomatischer HIV-Infektion zu beginnen, wenn die CD4-Zellzahl im Bereich zwischen 250 bis 350/mm³ liegt. Eine Behandlungsindikation ist gegeben, wenn

- zeitnah zur HIV-Infektion ein akutes retrovirales Syndrom auftritt

- HIV-assoziierte Symptome oder Aids-definierende Erkrankungen auftreten
- die CD4-Zellzahl unterhalb von 200/mm³ liegt.

2.3.2. Therapieziel. Das (virologische) Ziel ist die Senkung der Viruslast auf die derzeitige Nachweisgrenze von 20-50 HIV-RNA-Kopien/ml. Nach 24 Wochen Behandlung sollte die Viruslast mindestens auf unter 400 Kopien/ml, besser aber auf unter 50 Kopien/ml abgefallen sein.

Eine unzureichende Senkung der Viruslast führt zur Selektion von resistenten Virusmutanten bzw. zum Therapieversagen mit der Gefahr der klinischen Progression. Mit dem Absenken der Viruslast ist als sekundäres Therapieziel der *Anstieg der CD4-Zellzahl* verbunden.

2.3.3. Nebenwirkungen. Obwohl durch die Erfahrungen und Weiterentwicklungen der letzten Jahre die Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie deutlich reduziert bzw. beseitigt werden konnten, treten typische Nebenwirkungen auf.

In erster Linie handelt es sich dabei um Müdigkeit, Abgeschlagenheit mit Leistungsknick, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Durchfälle, Übelkeit, Appetit- und Gewichtsverlust, Fieber, Nachtschweiß, Arzneimittelintoxikation.

Zunehmend an Bedeutung gewinnen (vor allem Protease-Inhibitor-induzierte) metabolische Störungen wie Hyperlipidämie oder Insulinresistenz mit einer daraus re-

sultierenden Erhöhung des kardiovaskulären Risikos.

2.3.4. Arzneimittelinteraktionen. Die Vielzahl an Kombinationsmöglichkeiten im Rahmen der ART selbst sowie die Kombination von ART und anderen Medikamenten bei der Behandlung von Begleiterkrankungen oder im Rahmen des Nebenwirkungsmanagements verleihen dem Thema ein hohes Ausmaß an Komplexität. Die Liste möglicher Arzneimittelinteraktionen ist dementsprechend lang und noch am besten mit Hilfe von Datenbanken zu bewältigen^{*)}.

3. Phlegmone/Abszess

Die Phlegmone ist eine akute Entzündung der gesamten Dermis, oft auch unter Beteiligung der Subkutis, mit einem diffusen Ausbreitungsmuster und der Neigung zur Einschmelzung.

Prädilektionsstellen sind die typischen Injektionsstellen an der oberen und unteren Extremität. Aufgrund der unhygienischen Bedingungen beim i.v. Drogenkonsum stellt die Phlegmone eine häufige Komplikation dar.

3.1 Prophylaxe

Das Thematisieren des risikoarmen Umgangs mit i.v. Drogenkonsum („Safer Use“) ist auch im Rahmen einer Substitutionsbehandlung unerlässlich. Damit kann das

Risiko einer bakteriellen/viralen Infektion im Rahmen eines Rückfalls bzw. im Kontext von Beikonsum (z.B. Kokain) reduziert werden.

Über Kontamination mit Mikroorganismen bzw. bei gemeinschaftlichem Drogenkonsum mit infektiösem Blut sind alle Utensilien, die bei der intravenösen Applikation verwendet werden, potenzielle Infektionsquellen. Das Übertragungsrisiko ist dann am geringsten, wenn diese immer frisch verwendet und nicht mit anderen Personen geteilt werden.

3.2 Klinik

Obwohl die typische Klinik der Phlegmone mit Rötung, Schwellung, Schmerzen, Lymphadenitis und Fieber kaum zu übersehen ist, zögern vor allem substituierte Patienten oft (zu) lange mit dem Aufsuchen eines/ihrer Arztes, ist doch die Phlegmone ein eindeutiges Indiz für stattgehabten i.v. Konsum.

3.3 Therapie

Die Behandlung sollte möglichst rasch erfolgen. Im Erregerspektrum finden sich meist Streptokokken und Staphylokokken (v.a. *Staph. aureus*), und so sollte in den meisten Fällen ein empirisches Vorgehen mit Amoxicillin/Clavulanaten, Clindamycin oder Cefuroxim ausreichend sein. Auch eine Lokalthherapie mit Zugsalbe, Ruhigstellung der Extremität und täglichem Verbandwechsel ist in manchen Fällen ausreichend. Bei Einschmelzung kann eine Stichinzision mit regelmäßiger Spülung (Betaisodona®, Natriumchlorid) sinnvoll sein.

3.4 Komplikationen

Bei ausgedehnter Phlegmone ist eine Hospitalisierung anzustreben, diese wird aber von den Patienten meist abgelehnt. Gefahr droht bei Einschmelzung und Durchbrechen in die Tiefe, die Entzündung kann dann auf Faszien und Muskulatur übergreifen.

Eine spezielle Komplikation nach i.v. Applikation in der Leistenregion (V. inguinalis) stellt der Psoasabszess dar. Symptomatisch dafür ist die extrem schmerzhafte bzw. fehlende Hüftbeugung im Liegen mit gestrecktem Bein. Die Diagnose wird durch die massiv erhöhten Entzündungsparameter und einen pathologischen CT-Befund komplettiert.

Die Therapie besteht in einer chirurgischen Sanierung mit Drainage der Abszesslogen.

Dr. Hans Haltmayer

Ärztlicher Leiter

Sozialmedizinische Drogenambulanz – Ganskwirt

Verein Wiener Sozialprojekte

hans.haltmayer@vws.or.at

Literatur beim Verfasser

Erkrankungen, bei denen an HIV zu denken ist^{*)}

STD oder Blood Borne Diseases

- Syphilis (2-9%)
- Gonorrhoe (3%)
- Herpes genitalis (6%)
- Lymphogranuloma venerum (76%)
- Anale/genitale Kondylome (bestimmend)
- Hepatitis B (8-78%)
- Hepatitis C (9-70%)

Dermatologische Erkrankungen

- Großflächiger (über mehrere Segmente ausgedehnter) Herpes Zoster (9-95%)
- Seborrhoische Dermatitis (17-83%)

Neurologische Erkrankungen

- Guillain-Barré-Syndrom (3-70%)

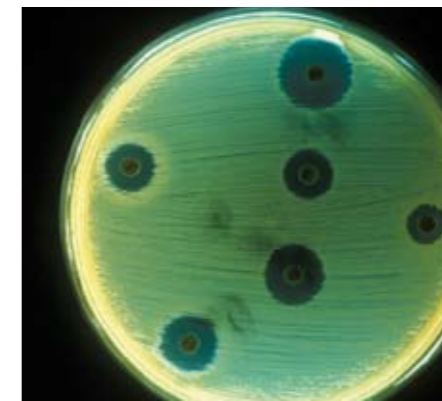
Unspezifische Symptome

- Unerklärlicher Gewichtsverlust (13-72%)
- Unerklärliches Fieber länger als sieben Tage (29-98%)
- Persistierende Anämie (58%)
- Unerklärbare Diarrhoe, wiederkehrend oder chronisch (51%)

Karzinome

- Analkarzinom (39%)
- Hodgkin-Lymphom (9-18%)

^{*)} in Klammer die geschätzte HIV-Komorbiditäts-Inzidenz



Staphylococcus aureus ist ein häufiger Erreger der infektiösen Endokarditis



Abszess: Alle bei der i.v. Applikation verwendeten Utensilien sind potenzielle Infektionsquellen

^{*)} www.ift-interaktionshotline-de; www.druginteractions.org