

**HIV im Alter: Gesundheits- und Lebenslagen
von Frauen im Blick der Forschung**

Medizinische Aspekte

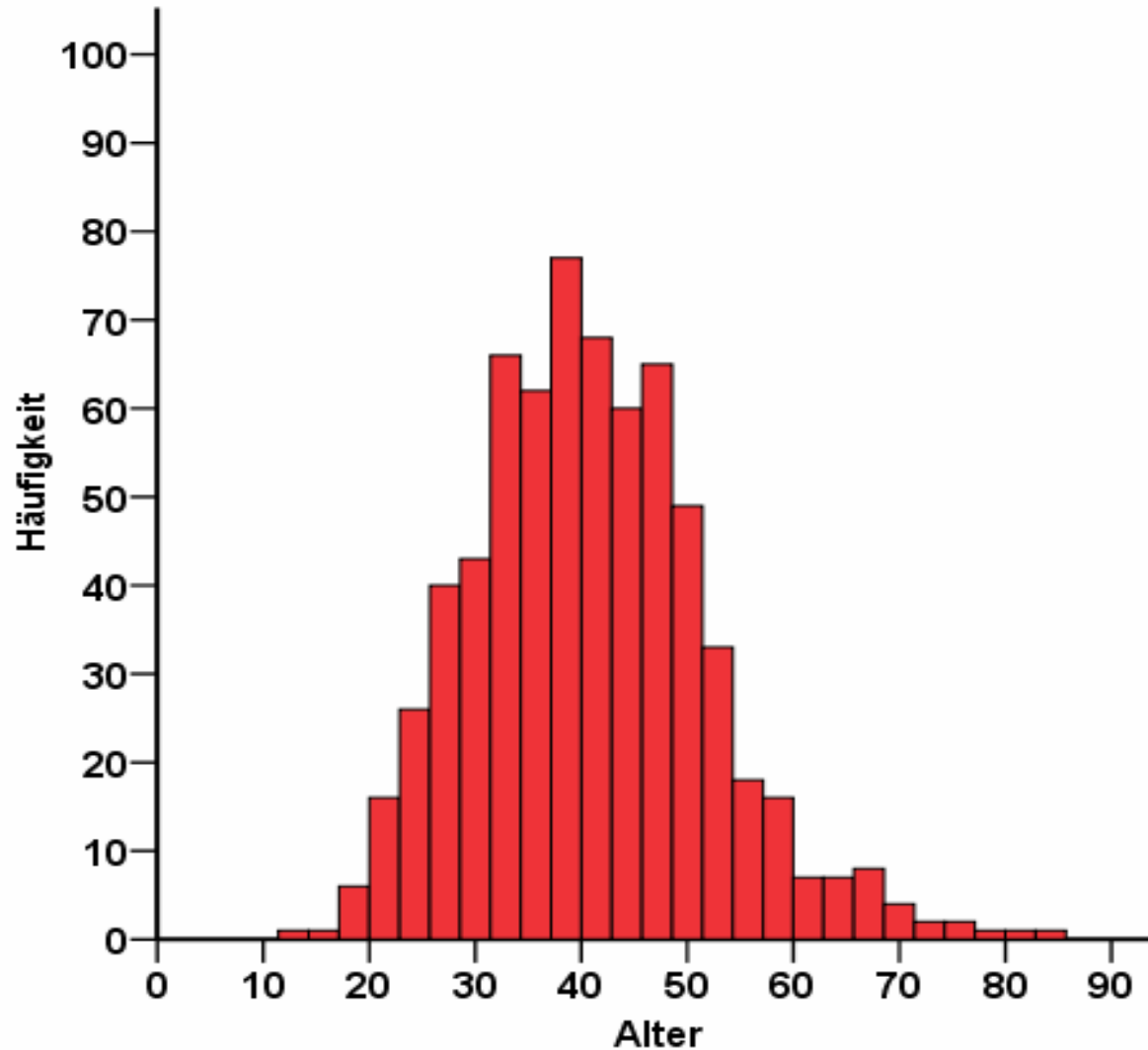
Maria Kitchen

Innsbruck



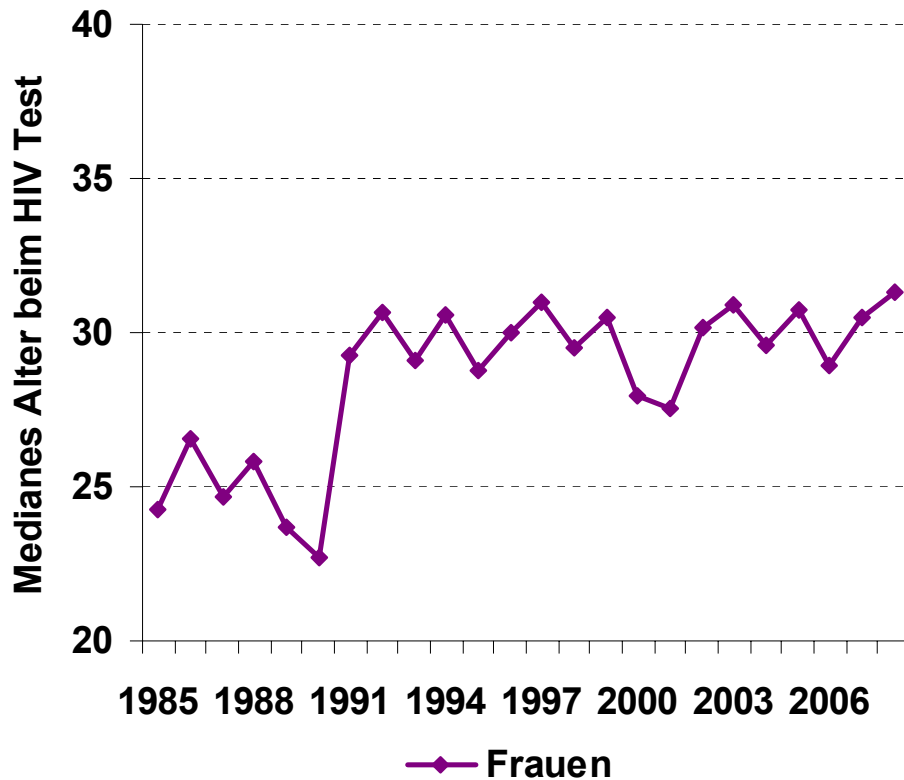
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Altersverteilung der HIV+ Frauen in Österreich

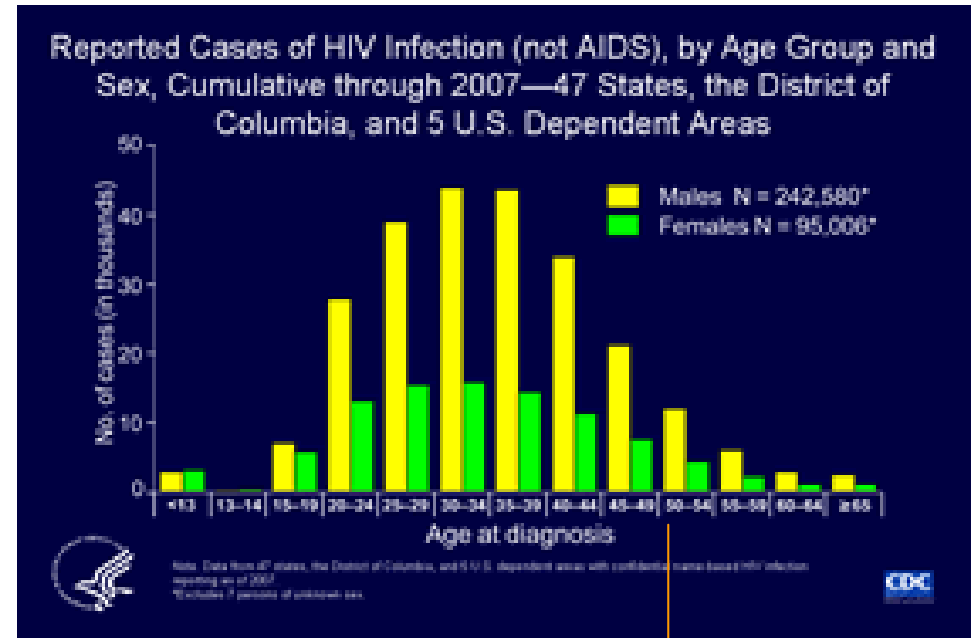


Durchschnittsalter 41 Jahre

Medianes Alter bei HIV Diagnose



Österreich (Jahresverlauf)



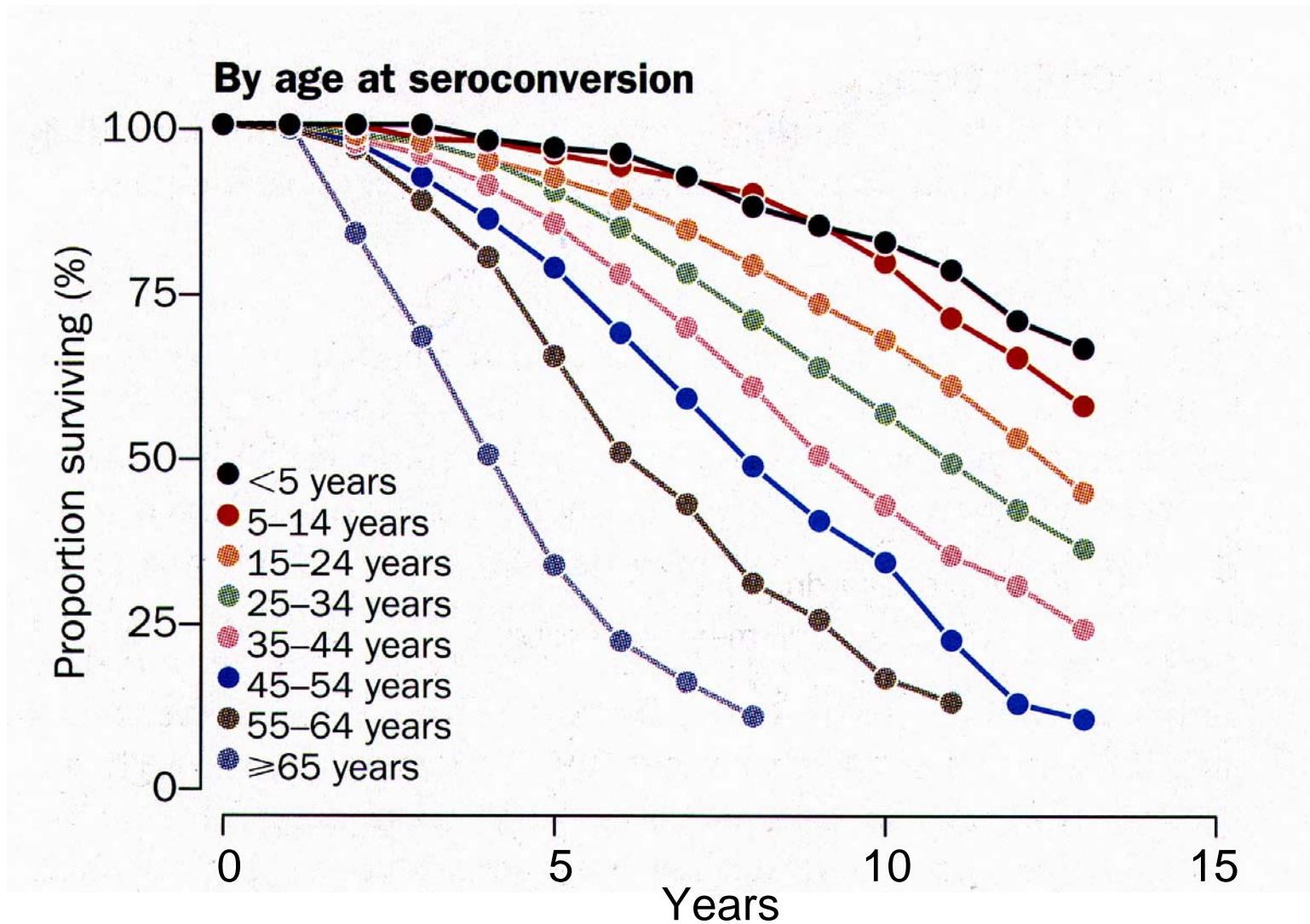
USA (kumulativ bis 2007)

50a

Erstdiagnose/Ansteckung im Alter

- Weniger sexuelle Aktivität
(z.B. 71% Männer, 51% Frauen über 50a),
doch Risikoverhalten in einigen Untersuchungen vergleichbar
- Oft keine Zielgruppe für Präventionsprogramme
- Frauen gefährdet durch altersbedingte Faktoren wie z.B.
 - atrophe Vaginitis
 - weniger Kondomgebrauch (keine Notwendigkeit mehr für Kontrazeption)
- Gefahr der Unterdiagnose:
 - Ärzte unterschätzen HIV Risiko
 - Signifikant häufiger Diagnose erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien
 - HIV Diagnose überhaupt nicht gestellt
(vgl. Studie Autopsieproben New York (60-79a) 5% HIV positiv)

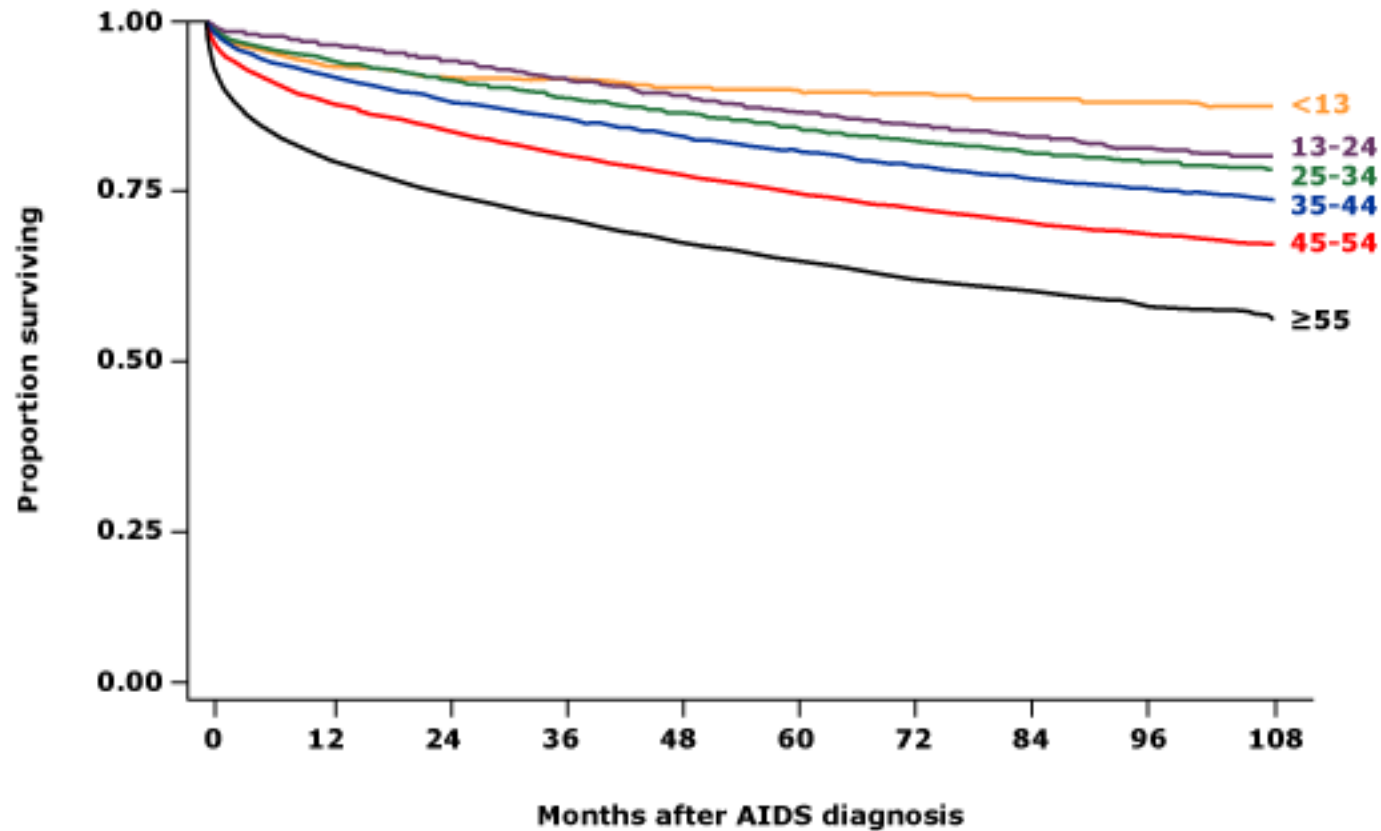
Alter ist der Risikofaktor für die Progression der HIV-Infektion



HAART im Alter

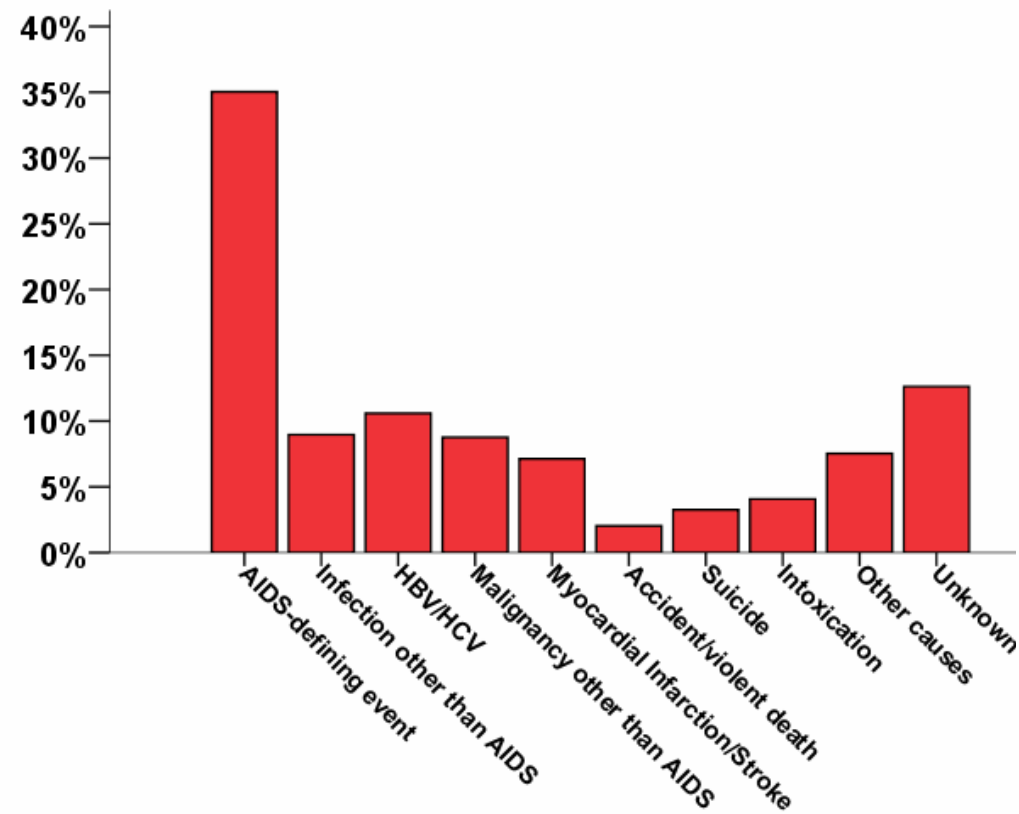
- **Beginn bei niedrigeren CD4 Zellen und höherer Viruslast** (French Hospital Data Base)
- **CD4 Anstieg geringer und langsamer** (Eurosida)
- **Trotz guter viraler Suppression höheres Risiko einer klinischen AIDS Erkrankung**
(French Hospital Data Base)
- **Bessere Adhärenz in mehreren Studien**
- **Möglicherweise erhöhte Toxizität durch im Alter verminderte Leber und Nierenfunktion (NNRTI, AZT,DRV)**
- **Abnahme der Enzymaktivität von Cytochrom P450 System (z.B. höhere Spiegel Kaletra demonstriert)**
Medikamenteninteraktionen!!
- **Frauen: Unterschiede in der Verträglichkeit**
(z.B. häufiger: Erbrechen auf RTV, Exantheme auf NNRTI, Lebertoxizität auf NVP. Seltener: Durchfälle, Hyperlipidämien)
Altersbezogene Daten??

Überleben nach AIDS Diagnose USA 1998-2005

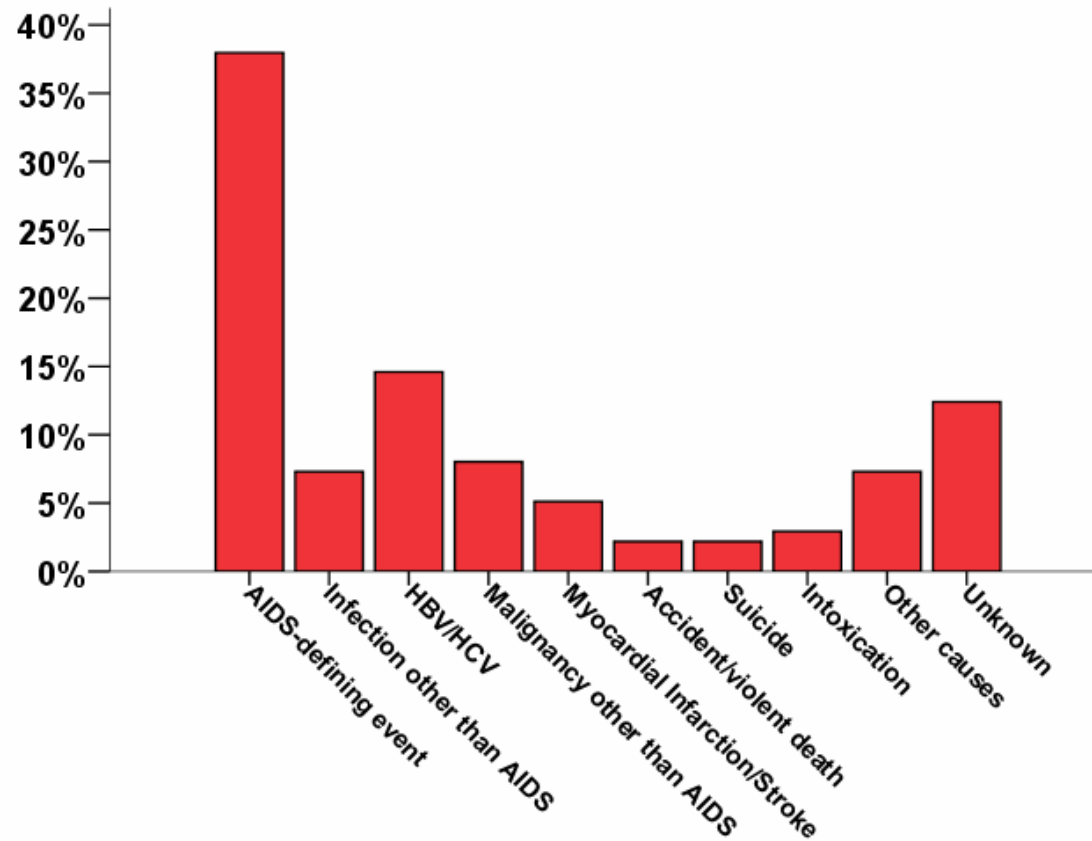


Todesursachen bei HIV+ Patienten Österreich 1997-2007 (n=628)

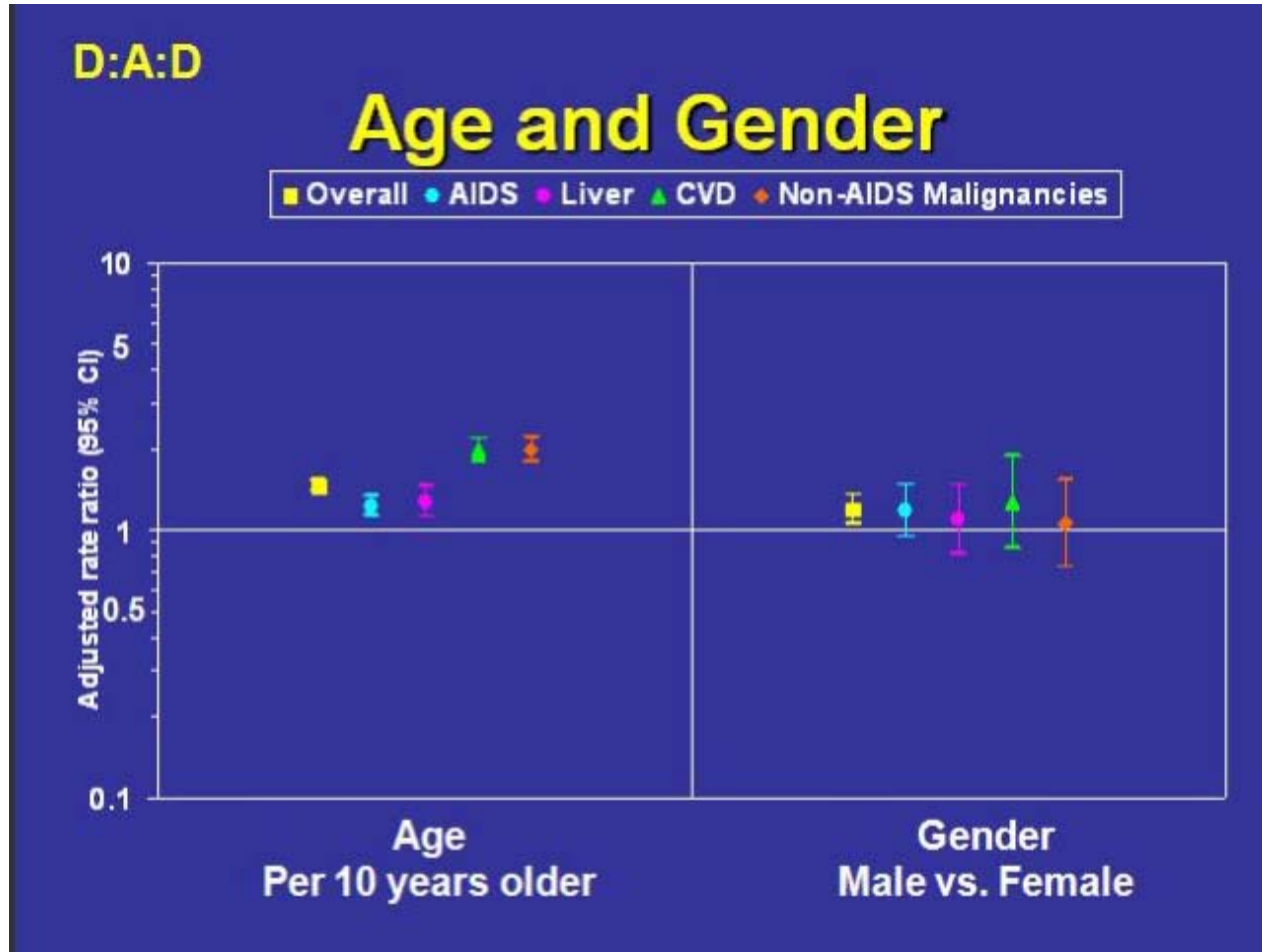
Männer



Frauen



DAD: Alter ist Risikofaktor für Tod



Kardiovaskuläres Risiko

- **HIV erhöht kardio- und cerebrovaskuläres Risiko**
 - Subklinische Herzabnormalitäten ¹
 - Erhöhte Intima-Media Dicke ²⁻⁵
 - Periphere arterielle Krankheit ^{6, 7}
 - Endotheliale Dysfunktion ⁸

- **Mechanismen unklar:**
 - traditionelle Risikofaktoren
 - metabolische Toxizität von Medikamenten
 - entzündlich/immunologische Faktoren durch HIV

- **Risikolimitierende Interventionen im Alter ganz besonders wichtig (Nikotinabstinenz, RR- und Lipidkontrolle, Ausdauertraining, Gewichtsverlust)**

Nicht-HIV assoziierte Neoplasien

- Assoziation mit CD4<200
- Andere Faktoren:
 - Alter (>40a), Familienanamnese
 - Lifestyle (Rauchen, Sonnenexposition)
 - onkogene Viren (HPV,EBV, HCV,HBV)
- Atypische Pathologie
 - aggressiver, höheres Malign.Stadium,
 - Präsentation mit Metastasen
- Staging evt. schwieriger (LK)
- Therapie schwieriger
 - Toxizität
 - Medikamenteninteraktionen
 - zusätzliche Immunsuppression
- Schlechtere Prognose
 - schnellere Progression
 - höhere Relapsrate
 - schlechteres Ansprechen auf Therapie

Häufiger als in HIV⊖: SIR

Anal-Ca	19,5-50,0
Mb. Hodgkin	3,6-18,0
Leber-Ca	1,9-22,2
Hautkrebs	1,5-19,6
Vulva/Vagina	4,4- 6,8
Penis-Ca	3,9- 8,0
Lunge	1,4- 4,5
Oropharynx	1,1- 2,9

Lancet 2007;370:59

Tumorscreening

- **Cervixkarzinom/Analcarzinom;**
Screening auch im Alter >65a da Risikofaktor Immunsuppression
- **Brustkrebs:**
Mammographie (größter Benefit bei Frauen >50a)
klinische Brustuntersuchung
evt. genetische Untersuchung bei starker Familienanamnese
- **Leberzell-Ca: bei Leberzirrhose (AFP, Sonographie, CT)**
- **Haut: jährliche Inspektion**
- **Coloncarzinom:**
Screening ab 55a bzw. in Abhängigkeit von Risikofaktoren
- **Prostatacarzinom:**
PSA-Screening kontroversiell
- **Lungenkrebs:**
Risikoreduktion im Vordergrund (Rauchen)!
Screening bisher nicht effektiv, evt. besser mit neueren CT

Osteoporose

- **Knochendichtewerte bei ca. 50% der HIV+ vermindert (baseline), Osteoporose bei 10%- 15%**
- **Osteoporose bei HIV ist assoziiert mit Alter, niedrigen CD4, hohe Dauer der HIV Infektion**
- **ART: Reduktion von BMD unter TDF (JAMA 2004;292:191. JAIDS 2008;49:298)**
- **Klassische Risikofaktoren häufig bei HIV+:
Inaktivität, niedriger BMI, wenig Calcium und VIT D in Diät, Nikotin, Alkohol, Depression, Opiatgebrauch, Hypogonadismus, etc**
- **Frauen: Assoziation mit Oligomenorrhoe/frühe Menopause
Screening mittels Knochendichtemessung bei allen Frauen spätestens mit 60a. Jüngere Frauen bei zusätzlichen Risikofaktoren**
- **Interventionen zur Verminderung der Sturzgefahr!!**
- **Therapie: Lifestyle Modifikation
Biphosphonate: wenig Daten in HIV+ (<100 Patienten). Langzeit-NW?
Noch keine prospektiven Daten zu Frakturen**

Menopause

- **Frühere Menopause? (keine ausreichenden Daten!!)**
- **Hormonersatztherapie (HRT):**
 - **potentielle Interaktionen zwischen Östrogensersatz und Proteasehemmer/NNRTI**
 - **kaum Daten für HIV+ Frauen**
 - **Risiko/Nutzen muss abgewogen werden → daher individuelle Entscheidung bzgl. HRT mit Berücksichtigung der Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose, Krebs, etc.**

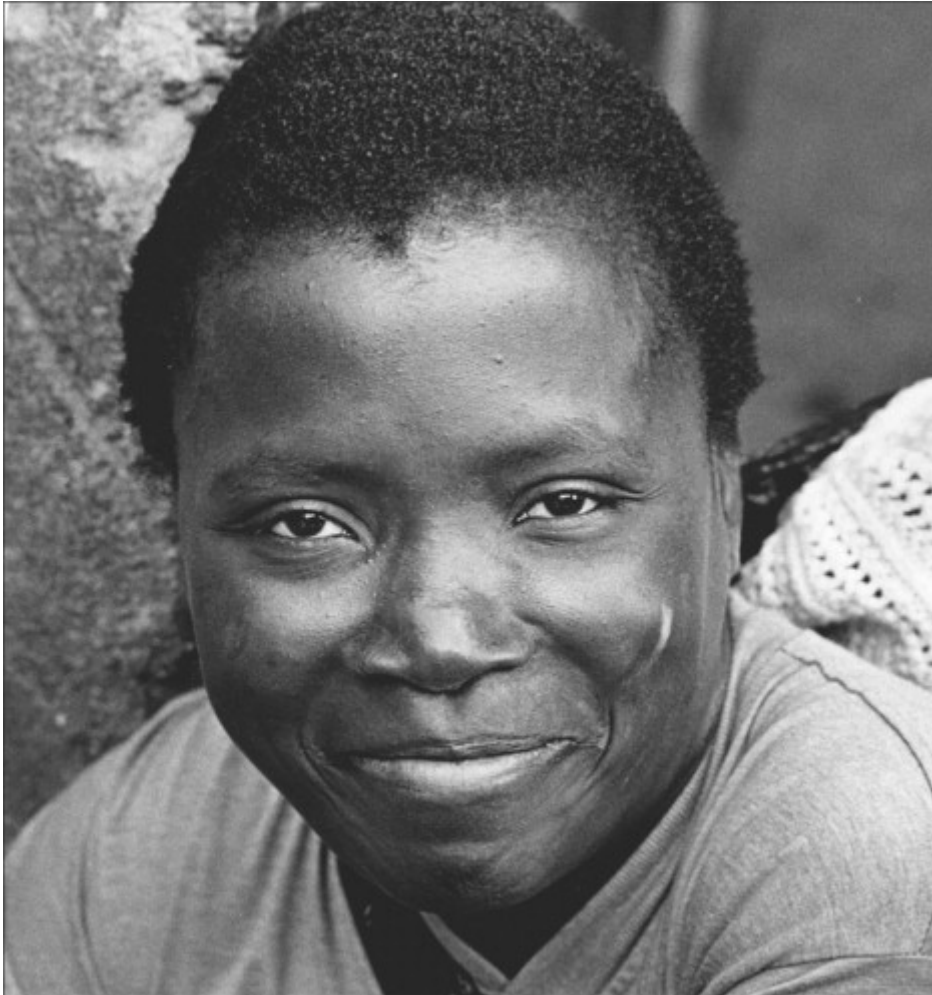
Zusammenfassung

- Kohorten werden älter
- ART: Nebenwirkungen, Medikamenteninteraktionen
- Risiko MI, Apoplex, Neoplasien, Osteoporose, ...
- Noch wenig Daten, bes. für Frauen
- Noch viel zu lernen und zu erforschen



Danke

The first HIV positive Zambian woman to be open about her status. She was beaten to death by her ex-boyfriend on March 30, 2009, in Lusaka, Zambia, aged 37 years.



**Catherine Nyirenda
1971 - 2009**

**Address at the
International AIDS Conference
Vancouver 1996:**

“Many may think that suffering is normal for us, but it isn't. We hurt and grieve and hunger as much as you would, and we hate disease, poverty, poor medical services and schools“

The Lancet, 373:2106, 20 June 2009