

Schwierige PEP – Wie entscheiden Sie?

In der Medizin ist es manchmal nicht einfach, die richtige Entscheidung zu treffen. Und manchmal gibt es keine ganz richtige und ganz falsche Entscheidung. **HIV&more** hat zu einem solch schwierigen Fall, HIV-Experten um ihre persönliche Meinung gebeten. **Bilden Sie sich Ihre Meinung und lesen Sie auf den Seiten 26, 27 und 29, wie sich Ihre Kollegen entschieden haben.**

DONNERSTAG, 17.30 UHR

56jährige Patientin. Sie ist Anästhesieschwester und hat sich vor 6 Stunden an einer Nadel gestochen, mit der bei einem Patienten eine Lokalanästhesie im Gesichtsbereich gemacht wurde. Der Unfall wurde vom D-Arzt dokumentiert und die Patientin zur PEP zu Ihnen geschickt.

Der 66jährige Indexpatient wird von einem Kollegen behandelt, der Ihnen Informationen zur Verfügung stellt. Der Indexpatient ist seit 25 Jahren HIV-positiv und hat ein multiresistentes HI-Virus (siehe Resistenztest). Die Viruslast ist mit Raltegravir 400 mg/ Etravirin 200 mg/ Maraviroc 600 mg jeweils BID, seit 2 Jahren unter der Nachweisgrenze. In diesem Zeitraum hatte der Patient viermal eine

STI, zweimal Gonorrhoe und zweimal eine Lues. Bei seiner letzten Laboruntersuchung vor 10 Wochen lag die Viruslast unter der Nachweisgrenze. Eine Hepatitis B- oder C-Infektion sind nicht bekannt.

Die 56jährige Patientin nimmt wegen einer Hypertonie Olmesartan 10 mg/ Amlodipin 10 mg. Sonst keine Vorerkrankungen. Sie ist sehr beunruhigt und

will nächste Woche mit einem neuen Partner, den sie seit 6 Monaten kennt, zum ersten Mal in Urlaub fahren. Sie will ihn auf keinen Fall mit einer möglichen HIV-Infektion beunruhigen.

Der HIV-Schnelltest ist negativ. Sie ist gegen Hepatitis B geimpft.

Die Apotheke, die HIV-Medikamente vorrätig hat, schließt um 18.00 Uhr.

Gen	Mutationen	Interpretation
Reverse Transkriptase	M41L, D67N, V75M, K103N, M184V, L210W, T215Y	HS für: ETR, RPV R für: EFV, NVP, alle NRT
Protease	I13V, K20R, L33F, M36I, M46L, F53L, I54V, L63P, A71L/V, L90M	S für: DRV, TPV I für: IDV, LPV R für: ATV, FPV, NFV, SQV
Integrase	Nie genotypisiert	
V3 Loop	CR5-trop	S für MVC

Tab. 1 Genotypischer Resistenztest (2009, Interpretation HIV-GRADE v.12/2015)

Expositionereignis	VL bei Indexperson >50 Kopien/ml oder unbekannt	VL bei Indexperson <50 Kopien/ml
Massive Inokulation (>1 ml) von Blut oder anderer (Körper-) Flüssigkeit mit (potentiell) hoher Viruskonzentration	Empfehlen	Empfehlen
(Blutende) Perkutane Stichverletzung mit Injektionsnadel oder anderer Hohraumnadel; Schnittverletzung mit kontaminiertem Skalpell, Messer o.ä.	Empfehlen	Anbieten
Oberflächliche Verletzung (z. B. mit chirurgischer Nadel) ohne Blutfluss	Anbieten	Nicht indiziert
Kontakt von Schleimhaut oder verletzter/geschädigter Haut mit Flüssigkeit mit potentiell hoher Viruskonzentration	Anbieten	Nicht indiziert
Perkutaner Kontakt mit anderen Körperflüssigkeiten als Blut (wie Urin oder Speichel)	Nicht indiziert	Nicht indiziert
Kontakt von intakter Haut mit Blut (auch bei hoher Viruskonzentration)	Nicht indiziert	Nicht indiziert
Haut- oder Schleimhautkontakt mit Körperflüssigkeiten wie Urin und Speichel	Nicht indiziert	Nicht indiziert

Deutsch-Österreichische Leitlinie zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion; Stand 2013

Abb. 1 Indikation zur HIV-PEP bei beruflicher HIV-Exposition (Indexperson HIV-positiv)

Standardprophylaxe: Isentress® 1 Tablette zweimal täglich plus Truvada® 1 Tablette einmal täglich über 28-30 Tage

Standard Raltegravir + Tenofovir-DF/Emtricitabin = **Isentress® + Truvada®**

Dosierung: **Isentress** 400 mg 1 - 0 - 1
+ **Truvada** 245/200 mg 1 - 0 - 0

Alternativen Alternativ zu **Isentress®** (Raltegravir) kann **Kaletra®** (Lopinavir/ Ritonavir), alternativ zu **Truvada®** (Tenofovir-DF/Emtricitabin) kann **Combivir®** (Zidovudin/Lamivudin) eingesetzt werden.

Dosierungen: **Kaletra** 200/50 mg 2 - 0 - 2
Combivir 300/150 mg 1 - 0 - 1

Die Standard-PEP bei einer Schwangeren besteht aus
Lopinavir/rit + Tenofovir-DF/Emtricitabin
= **Truvada®** 1x 245/200 mg + **Kaletra®**, 2x 400/100 mg.

Deutsch-Österreichische Leitlinie zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion; Stand 2013

Abb. 2 Standardprophylaxe

Falls eine Indikation für eine medikamentöse HIV-Postexpositionsprophylaxe besteht, sollte diese so früh wie möglich nach einer Exposition begonnen werden, die besten Ergebnisse sind bei einem Prophylaxebeginn innerhalb von 24 Stunden, besser noch innerhalb von 2 Stunden zu erwarten. Liegen bereits mehr als 72 Stunden zwischen der Exposition und dem möglichen Prophylaxebeginn, so kann nach derzeitigem Kenntnisstand eine Prophylaxe nicht mehr empfohlen werden.