

Deutsch-Österreichische Empfehlungen zur HIV-Postexpositionsprophylaxe

An die Möglichkeit einer medikamentösen HIV-Postexpositionsprophylaxe sollte gedacht werden bei

- Verletzung mit HIV-kontaminierten Instrumenten bzw. Injektionsbestecken.
- Benetzung offener Wunden und Schleimhäute mit HIV-kontaminierten Flüssigkeiten.
- ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer HIV-infizierten Person.
- Gebrauch von HIV-kontaminiertem Injektionsbesteck.

Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung hängt vor allem von der übertragenen Erregermenge ab. Die statistische Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung liegt in den am häufigsten vorkommenden Situationen (Verletzung an kontaminierten Instrumenten, ungeschützter Geschlechtsverkehr mit bekannt infizierter Person, Benutzung kontaminierten Injektionsbestecks) in vergleichbaren Größenordnungen zwischen 1 Infektion pro 100 Kontakten und 1 Infektion pro 1.000 Kontakten oder Expositionen.

Übertragungen sind möglich vor allem durch Blut, Sperma und Vaginalsekret. Grundsätzlich gilt, je länger die Verweildauer infektiöser Flüssigkeiten auf Wunden, geschädigter Haut oder auf Schleimhäuten ist, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung.

Eine so rasch wie möglich eingeleitete HIV-PEP nach akzidentellen Verletzungen mit kontaminierten Instrumenten oder nach Wund- oder Schleimhautkontamination mit HIV-haltigen (Körper-)Flüssigkeiten kann das Infektionsrisiko senken. Die prophylaktische Behandlung wird im Regelfall über einen Zeitraum von 28 Tagen durchgeführt.

Da die zur PEP eingesetzten Medikamente für diese Indikation nicht zugelassen sind, bedarf die Durchführung einer HIV-PEP der ausdrücklichen Zustimmung und ausführlichen Aufklärung des Betroffenen.

Ein Erfolg der Prophylaxe lässt sich nicht garantieren. Mögliche Nachteile einer HIV-PEP betreffen hauptsächlich die Verträglichkeit der Medikamente. Im Vordergrund stehen hierbei zunächst akute Nebenwirkungen während der ersten zwei Wochen der Einnahme (meist gastrointestinale Nebenwirkungen, Übelkeit), die jedoch in der Regel dann abklingen oder nach Beendigung der Therapie reversibel sind.

Voraussetzung für die ärztliche Empfehlung einer HIV-PEP ist grundsätzlich ein mit relevantem Übertragungsrisiko erfolgter Kontakt zwischen einer HIV-negativen und einer HIV-infizierten Person (Indexperson). Bei unbekanntem HIV-Serostatus, bzw. wenn die klinische Diagnose einer HIV-Infektion nicht wahrscheinlich ist, sollten die Empfehlungen zurückhaltend gehandhabt werden.

Zur Beurteilung des HIV-Expositionsrisikos und zur Abwägung des Nutzens und der Risiken

einer HIV-PEP sollte ein in der HIV-Therapie erfahrener Arzt hinzugezogen werden. Dies kann auch nach einer vorläufigen, notfallmäßigen Einleitung einer HIV-PEP geschehen.

Berufliche Exposition Sofortmaßnahmen

Nach jeder HIV-Exposition sollten zunächst die folgenden Sofortmaßnahmen unverzüglich (in Sekunden) in der nachfolgenden Reihenfolge eingeleitet werden (ggf. kann anschließend an die Sofortmaßnahmen telefonisch weiterer Rat eingeholt werden):

Nicht-berufliche Exposition Sofortmaßnahmen

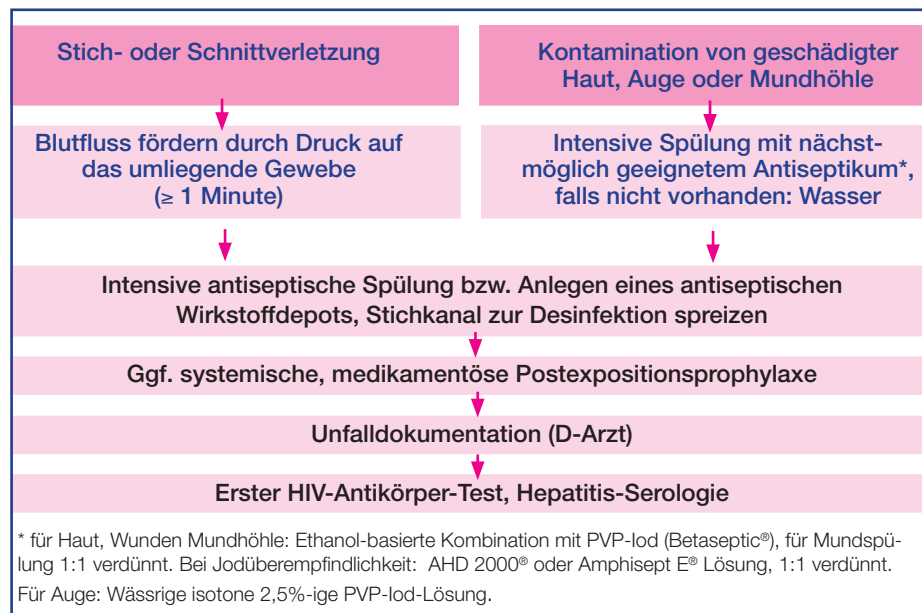
Nach einer möglichen HIV-Exposition auf sexuellem Wege (z.B. Kondom gerissen, kein

Kondom verwendet) sollte, soweit möglich und so schnell wie möglich, potentiell infektiöse Körperflüssigkeit von der Schleimhaut abgespült werden.

Nach einer Exposition bei eindringendem Geschlechtsverkehr sollte der Penis unter fließendem Wasser mit Seife gewaschen werden. Dazu die Vorhaut zurückziehen und Eichel sowie Innenseite der Vorhaut reinigen.

Eine Scheiden- oder Darmspülung nach einer Exposition bei rezeptivem Geschlechtsverkehr wird wegen des möglichen Verletzungsrisikos dagegen nicht empfohlen.

Nach der Aufnahme von Samenflüssigkeit in den Mund empfiehlt es sich, diese möglichst umgehend und vollständig auszuspülen. Danach sollte die Mundhöhle vier- bis fünfmal kurz (etwa 15 Sek.) mit Wasser oder – falls verfügbar – mit möglichst hochprozentigem Alkohol gespült werden.



Indikation zur HIV-PEP bei beruflicher HIV-Exposition

- | | |
|--|--------------------------|
| Perkutane Verletzung mit Injektionsnadel oder anderer Hohlraumnadel (Körperflüssigkeit mit hoher Viruskonzentration: Blut, Liquor, Punktatmaterial, Organmaterial, Viruskulturmateriale) | ⇒ Empfehlen |
| Oberflächliche Verletzung (z.B. mit chirurgischer Nadel) | ⇒ Anbieten |
| Ausnahme: Indexpatient hat AIDS oder eine hohe HI-Viruskonzentration | ⇒ Empfehlen |
| Kontakt zu Schleimhaut oder verletzter/geschädigter Haut mit Flüssigkeiten mit hoher Viruskonzentration | ⇒ Anbieten |
| Perkutaner Kontakt mit anderen Körperflüssigkeiten als Blut (wie Urin oder Speichel) | ⇒ Nicht empfehlen |
| Kontakt von intakter Haut mit Blut (auch bei hoher Viruskonzentration) | ⇒ Nicht empfehlen |
| Haut- oder Schleimhautkontakt mit Körperflüssigkeiten wie Urin und Speichel | ⇒ Nicht empfehlen |

Nach Durchführung dieser Sofortmaßnahmen möglichst unverzüglich Konsultation einer Schwerpunktpraxis/Klinikambulanz. Nach Untersuchung und Beratung ggf. Beginn einer medikamentösen Postexpositionsprophylaxe. HIV-Antikörpertest, Hepatitisserologie, ggf. Untersuchung auf weitere STDs.

Falls der HIV-Status der potentiellen Infektionsquelle nicht bekannt ist und auch nicht kurzfristig geklärt werden kann, sollte eine medikamentöse PEP bei einem übertragungsrelevanten Kontakt nur dann erfolgen, wenn die Personengruppe, aus der die Indexperson stammt, eine HIV-Prävalenz in einer Größenordnung von mindestens 10-20% aufweist.

Eine Stichverletzung an einer herumliegenden Injektionsnadel (z.B. bei spielenden Kindern) ist in der Regel keine Indikation zu einer medikamentösen HIV-PEP. Ebenso ist eine *rutinemäßige* HIV-PEP nach Vergewaltigung bei der gegebenen epidemiologischen Situation in Deutschland nicht indiziert. Dies schließt nicht aus, dass besondere Umstände im Einzelfall für die Durchführung eine PEP sprechen können und eine sorgfältige Abklärung des HIV-Risikos erfolgen sollte.

Medikamentöse PEP

Falls eine medikamentöse Postexpositionsprophylaxe indiziert ist, sollte so rasch wie möglich die erste Medikamentendosis eingenommen werden. In Zweifelsfällen kann auch zunächst notfallmäßig mit der Medikamenteneinnahme begonnen werden. Ein Abbruch der Prophylaxe, falls bei näherer Kenntnis des Unfallhergangs oder der Umstände eine solche unnötig erscheint, ist zu jedem Zeitpunkt möglich. Ansonsten beträgt die empfohlene Dauer der Prophylaxe 28 Tage.

Sofern bei der potentiellen Infektionsquelle die Behandlungsanamnese oder bestehende Medikamentenresistenzen bekannt sind, sollte die zur PEP verwendete Medikamentenkombination entsprechend angepasst werden.

In allen anderen Fällen kann eine der in der nachfolgenden Tabelle 1 aufgeführten Standard-Kombinationen verwendet werden.

Experten sollten zu Rate gezogen werden, wenn einer der folgenden Punkte zutrifft:

- Der Zeitraum zwischen möglicher Exposition und Beginn einer Prophylaxe ist länger als 24 Stunden
- Es besteht ein hohes Expositionsrisiko aufgrund massiver Inokulation von virus-haltigem Material
- Art und Infektionsgefährdung durch das verursachende Instrument der akzidentellen Verletzung ist weitgehend unklar
- Die exponierte Person ist (vermutlich) schwanger
- Die Index-Person wurde lange antiretroviral vorbehandelt und eine Resistenz der Viren ist nachgewiesen oder wahrscheinlich
- Erhebliche unerwünschte Wirkungen des initialen Prophylaxeregimes stellen eine Durchführung dieser Prophylaxe infrage oder machen eine Umstellung erforderlich

Stand: November 2004 – Kurzfassung

Indikation zur HIV-PEP nach sexueller und anderer HIV-Exposition

▪ Ungeschützter vaginaler oder analer Geschlechtsverkehr (z.B. infolge eines geplatzten Kondoms) mit einer HIV-infizierten Person	⇒ Empfehlen
▪ Gebrauch HIV-kontaminierter Injektionsbestecks durch mehrere Drogengebrauchende gemeinsam oder nacheinander	⇒ Empfehlen
▪ Ungeschützter oraler Geschlechtsverkehr mit der Aufnahme von Sperma des HIV-infizierten Partners in den Mund	⇒ Anbieten
▪ Küssen und andere Sexualpraktiken ohne Sperma-/Blut-Schleimhautkontakte sowie S/M-Praktiken ohne Blut-zu-Blut-Kontakte	⇒ Nicht empfehlen
▪ Verletzung an herumliegendem, nicht ordnungsgemäß entsorgtem gebrauchtem Spritzenbesteck zur Injektion von Drogen, Medikamenten oder Insulin	⇒ Nicht empfehlen

STANDARD – KOMBINATIONEN ZUR HIV-PEP

Zidovudin + Lamivudin <i>entweder als</i> Combivir® (2x 300/150 mg) <i>oder als</i> Retrovir® (2x 250 mg) <i>plus</i> Epivir® (2x 150 mg oder 1x 300 mg)	Kombiniert mit	Nelfinavir (Viracept®, 2x 1.250 mg) oder Indinavir (Crixivan®, 3x 800 mg) oder Lopinavir/rit (Kaletra®, 2x 400/100 mg) oder Efavirenz* (Sustiva®/Stocrin®, 1x 600 mg)
<p>° falls Standard-Medikamente nicht verfügbar sind, können auch andere zur HIV-Therapie zugelassene Medikamente eingesetzt werden – Abacavir (Ziagen®) und Nevirapin (Viramune®) sollten jedoch wegen der Möglichkeit akuter schwerer Nebenwirkungen nur in gut begründeten Ausnahmefällen für eine PEP eingesetzt werden.</p> <p>* Bei Schwangerschaft ist Efavirenz kontraindiziert!</p>		

Tabelle 1: Standard-Kombinationen zur HIV-PEP**

	Indexperson°		Exponierte Person			
	Ausgangs- untersuchung		2 Wo	4 Wo	6 Wo	3 Mo 6 Mo
HIV-Antikörper	X	X		X	X	X (X)
HBsAg	X	X			X*	X* X*
HCV-Antikörper	X	X			X*	X* X*
Weitere STDs	X*	X*	X*	X*		
Ärztliche Untersuchung		X	X	X	X	
Medikamentenanamnese	X ¹	X ²	X ²	X ²		
Blutbild		X	X	X		
Transaminasen/aP/γ-Gt		X	X	(X)		X** X**
Kreatinin/Harnstoff		X	X			
Blutzucker		X	X	X	X	

° falls Person bekannt, aber Infektionsstatus unklar, Einwilligung erforderlich, ggf. Einsatz eines Schnelltestes
* falls indiziert/falls Exposition vorlag
** Kontrollen, falls gleichzeitig eine HCV-Exposition vorlag
1 Behandlungsanamnese mit antiretroviralen Medikamenten (Abschätzung der Resistenzsituation)
2 Einnahme anderer Medikamente? (cave! Wechselwirkungen) Verträglichkeit der PEP?

Tabelle 2: Empfohlene Basis- und Kontrolluntersuchungen