



Dr. Albrecht Ulmer, Stuttgart

# Niedrig dosiertes Prednisolon bremst CD4-Verlust

Medizinisches Expertentum stützt sich gerne auf objektive, wissenschaftlich gesicherte Daten. Das heißt aber nicht automatisch, sich der „Wahrheit“ so schnell und so dicht wie möglich zu nähern. Dafür verbraucht der moderne naturwissenschaftliche Ansatz zu viel zeitliche und finanzielle Ressourcen.

## Wissenschaftliche Studien: Zu langsam, zu teuer?

Zur zeitlichen Ressource: Wissenschaftler warnen mit Recht und zögern: „Da gibt es noch keine wissenschaftlich gesicherte Studie, dies und das ist noch lange nicht sicher“. Wissenschaftlich anspruchsvolle Studien dauern viele Jahre, ein enormes Problem bei Krankheiten mit großer Not.

In der Praxis sieht man bisweilen längst Handlungsbedarf und tastet sich, ersten guten Daten und Erfahrungen folgend, vorsichtig voran, selbstverständlich den Patienten gut informierend und gut dokumentierend. Gerade in der HIV- und Sucht-Medizin sahen wir uns immer wieder mit der Notwendigkeit konfrontiert, neue Methoden schon Jahre vor ihrer Etablierung einzuführen. Einige Beispiele dafür sind die Substitutionstherapie für Opiat- und (!) Alkoholabhängige, Interferon für Substituierte, die Kombination antiretroviraler Substanzen, das Boostern mit Ritonavir und jetzt das low-dose Prednisolon für HIV-Patienten. Retrospektiv erscheint es schier unglaublich, auf welch heftigen Widerstand mehrere dieser Ansätze lange gestoßen sind. Ein fast noch größerer Pferdefuß moderner Wissenschaft ist die Abhängigkeit von riesigen finanziellen Ressourcen. Dies führt dazu, dass immer mehr dort geforscht wird, wo Sponsoren Geld verdienen können. Anderes interessiert kaum noch und wird nicht thematisiert. Schleichend können so auch hoch wissenschaftliche Kongresse von Elementen unterlaufen werden, die von direkter Beeinflussung nicht frei sind und Ähn-

lichkeit mit der Methodik von Sekten-schulen (Gehirnwäsche-Taktik) haben.

In der Therapie für HIV-Patienten hat die Fokussierung der Fachwelt auf die antiretrovirale Therapie (HAART) mit diesen Problemen zu tun. Zweifellos hat die HAART dort, wo sie ankommt, einen unsagbaren Segen gebracht. Das Sterben an AIDS in der Vor-HAART-Ära war furchtbar. Aber diese Ära setzt sich 10 Jahre nach der HAART-Einführung für die große Mehrheit der weltweiten HIV-Patienten in ganzer Härte fort. HAART kommt als zu teuer und kompliziert nicht bei ihnen an.

Auch für einen Teil hiesiger Patienten ist die HAART problematisch, insbesondere mit schon nach wenigen Jahren auftretenden Langzeitnebenwirkungen. Das Interesse an Ansätzen, die die Notwendigkeit einer HAART verringern bzw. hinauszögern, müsste daher sehr groß sein. Doch: Wo ist dieses Interesse? Wo begegnen wir ihm in Fachkreisen?

## CD4-Abfall bremsen?

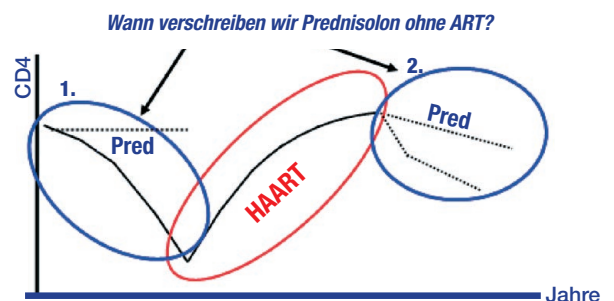
Der Einsatz einer HAART erfolgt heute vor allem nach zwei Kriterien: CD4-Zellzahl und Klinik. Die Viruslast spielt eine untergeordnete Rolle. Wenn die CD4-Zellzahl langsamer fällt, wird die Indikation zur HAART meist entsprechend später gestellt. Eine etablierte Behandlung, um den CD4-Abfall vor einer HAART zu bremsen, steht nicht zur Verfügung. Uns ist jedoch genau dieser Effekt zunächst bei einzelnen Patienten unter täglich 5 mg Prednisolon aufgefallen.

Wir haben Prednisolon daraufhin vorsichtig weiteren Patienten empfohlen und einen prospektiven Vergleich aller eingehenden Daten von Patienten mit und ohne Prednisolon angelegt. Inzwischen überblicken wir >420 Behandlungsjahre bei >250 HIV-Patienten, die vor HAART bzw. während HAART-Pausen mit Prednisolon behandelt wurden.

Bei beiden Indikationen zeigt sich im Vergleich zu Patienten ohne Prednisolon ein CD4-stabilisierender Effekt. Erste Patienten weisen vor HAART bis zu 13 Jahre, während Pausen bis über 5 Jahre lang eine absolut stabile CD4-Zahl auf.

## Mögliche Nebenwirkungen

Bei Patienten vor HAART haben sich keine Hinweise auf Immunschwächeprobleme durch Prednisolon ergeben. Bei Patienten in Pausen bedarf das noch weiterer Abklärung, weil durch HAART wieder aufgebaute CD4-Zellen funktionell nicht die gleiche Sicherheit bieten wie eine gleich hohe, originäre CD4-Zellzahl. Bei Patienten, die während einer HAART-Pause 5 mg Prednisolon erhielten, haben wir mehr Mundsoor und orale Haarleukoplakien beobachtet. Wir wissen auch noch nicht, welchen Einfluss Prednisolon auf Analcondylome, Kaposi-Sarkome und die Tuberkulose hat. Für diese Risiko-Nutzen-Abwägung braucht man sorgfältige randomisierte Studien. Doch wer wird diese finanzieren? Hier gerät paradoxerweise der unglaublich niedrige Preis der Steroide (Kosten in Afrika 3 Dollar/Jahr!) zum Problem, und das Ganze zu einer Frage an die menschliche Basis unseres HIV-Expertentums. ■



**5 mg Prednisolon täglich als Option für HIV-Patienten, die nicht unbedingt eine HAART brauchen, sowohl vor einer HAART als auch in einer HAART-Pause**

Dr. med. Albrecht Ulmer · HIV-Schwerpunktpraxis Schwabstraße 26 · 70197 Stuttgart  
Tel. 0 711 / 626 308 · Fax 0 711 / 610 074  
Email: albrecht.ulmer@gmx.de

Literatur beim Verfasser