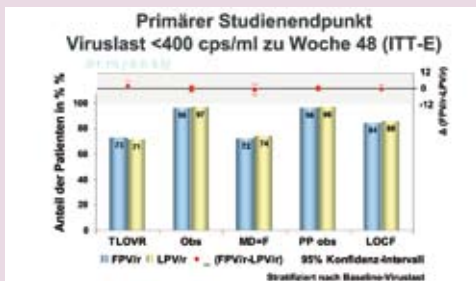


## LPV/r vs EFV

In der Studie ACTG 5142 wurden erstmals zwei moderne Standardtherapien in der Firstline direkt miteinander verglichen. 753 therapienaive Patienten waren entweder mit EFV oder LPV/r jeweils in Kombination mit zwei NRTI oder mit EFV+LPV/r behandelt worden. Nach 96 Wochen war die Efavirenz-basierte Therapie dem geboosterten Proteasehemmer signifikant überlegen. # Riddler SA et al. THLBO204

## KLEAN

In der KLEAN-Studie wurden zum ersten Mal zwei geboosterte Proteasehemmer direkt miteinander verglichen, in diesem Fall Fosamprenavir/r und Lopinavir/r. An der Studie nahmen 887 therapienaive Patienten teil.



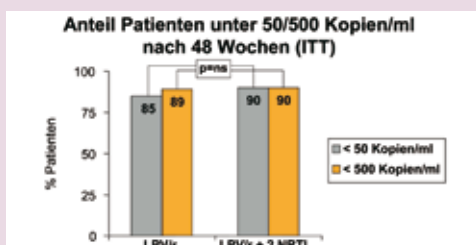
Nach 48 Wochen fand sich kein Unterschied zwischen beiden Gruppen im Hinblick auf die virologische und immunologische Wirksamkeit, die Resistenzentwicklung sowie Therapieabbrüchen wegen Nebenwirkungen. Die gastrointestinale Verträglichkeit war vergleichbar. Fosamprenavir wurde daraufhin in den neuen Leitlinien der IAS-US in die Gruppe der Firstline-Empfehlungen aufgenommen.

#Eron J et al. THLBO205, Hammer SM et al. JAMA 2006;296:827-843

## PI-Monotherapie

Zur Monotherapie mit einem geboosterten Proteasehemmer wurden mehrere Untersuchungen präsentiert. In der MONARK-Studie, in der 136 therapienaive Patienten (VL<100.000 K/ml) allein mit LPV/r oder LPV/r plus AZT/3TC behandelt wurden, schnitt die Kombination nach 48 Wochen signifikant besser ab. Eine geringe Virämie <400 K/ml war häufiger. Zwei Patienten entwickelten PI-Mutationen, sprachen aber auf die Zugabe von zwei NRTI an. In einer weiteren Untersuchung wurden Patienten (n=198), die unter LPV/r + AZT/3TC mehr als sechs Monate unter der Nachweisgrenze waren, entweder weiterbehandelt oder auf LPV/r allein umgestellt. Hier ergab sich innerhalb von 48 Wochen kein Unterschied.

#Delfraissy JF et al. THLBO202, #Arribas J et al. THLBO203



## XVI International AIDS Conference Toronto 13.-18. August 2006

# Paradigmenwechsel in der Prävention

*Zehn Jahre nach der historischen WeltAIDS-Konferenz in Vancouver fand erneut eine International AIDS Conference in Kanada statt. Diesmal gab es keine wissenschaftlichen Sensationen, wohl aber viele interessante Details zu bekannten und neuen Substanzen. Im Mittelpunkt der Tagung standen allerdings Politik, Öffentlichkeitsarbeit und Prävention. Das Gesicht der Tagung wurde geprägt durch die medienwirksame Diskussion der Prominenz aus Politik und Finanzen. Die Forderung nach Behandlung für alle war nach wie vor zu hören, doch noch lauter wurde Prävention eingefordert und zwar insbesondere für die Frauen in der dritten Welt.*

Die XVI International AIDS Conference (IAC) war mit rund 26.000 Teilnehmern aus über 170 Ländern und mehr als 4.500 Beiträgen die größte ihrer Art. Wie immer gab es verschiedene Tracks (Epidemiologie, Wissenschaft usw.) und wie immer gab es das „Global Village“, in dem Aktivisten aus aller Welt ausstellten und diskutierten. Die Stimmung war gelöst und entspannt. Die wenigen Kundgebungen und Protestaktionen wurden hingenommen wie ein Naturereignis und lösten allenfalls Zustimmung aus. Es gibt eben kaum noch Kontroversen. Nach all den Jahren ist man sich einig in der Forderung nach antiretroviraler Therapie für alle. Das Motto der diesjährigen Konferenz „Time to deliver“ ist lediglich eine weitere Variante der früheren Schlagworte von 1998 („Bridging the Gap“) bis 2004 („Access for all“).

### Kanadischer Premier fehlt

Die Eröffnungsveranstaltung war ebenfalls wie immer ein Highlight des Kongresses. An dem medienwirksamen Event nahmen viele Prominente teil. Nur einer glänzte durch Abwesenheit. Der kanadische Premierminister Stephen Harper war nicht erschienen. Er war „verhindert“ und ließ sich von seinem Gesundheitsminister Tony Clement vertreten.

Dennoch wurde die XVI IAC ganz entscheidend von der Prominenz geprägt. Die Promis sind es, die die Zeitungen füllen, denn HIV/AIDS allein ist kaum noch eine Schlagzeile wert. Medizinisch gibt es keine überraschenden Wendungen, Homosexualität ist nicht mehr schockier-

rend und das Drama in der dritten Welt kennt nun auch schon jeder.

### Geld macht AIDS-Politik

Die Prominenten auf diesem Kongress hatten allerdings mehr zu bieten als ein medienwirksames Lächeln. Alle waren mit eigenen Hilfsprojekten angereist. Der Schauspieler Richard Gere stellte die Kooperation seines Hilfsprojektes mit einem indischen Medienanbieter vor und der ehemalige US-Präsident Bill Clinton berichtete über Arbeit der William Jefferson Clinton Foundation. Bill und Melinda Gates hatten mit 500 Millionen US\$ die größte Summe im Gepäck.



Bill und Melinda Gates bei der Eröffnung

Bislang flossen laut UNAIDS-Direktor Peter Piot rund 8,3 Milliarden US\$ private und öffentliche Spenden in den Kampf gegen AIDS. Im südlichen Afrika werden mittlerweile 800.000 HIV-Infizierte behandelt. Ein beachtlicher Erfolg, bedenkt man, dass Anfang 2004 gerade einmal 100.000 Menschen in diesen Genuss kamen. Ein Tropfen auf den heißen Stein, wenn man an die über 24 Millionen Infizierten in diesem Gebiet denkt.



Stände im Global Village

„Scaling up“ lautet die Devise nach wie vor. Gleichzeitig wurde jedoch auf dieser Konferenz auch erstmals klar formuliert, dass es einfach nicht möglich ist, alle HIV-Infizierten auf dieser Welt lebenslang mit Medikamenten zu versorgen – schon gar nicht, wenn die Epidemie in dieser Dynamik weitergeht.

Es war Bill Gates, der diese Wahrheit aussprach, und auch gleich den Weg aus dem Dilemma präsentierte, nämlich mehr Prävention. Die bisherige ABC-Präventionsstrategie (Abstinenz, Verhaltensänderung, Kondom) ist einfach, billig und sicher, aber sie funktioniert nicht besonders gut und die Frauen in der dritten Welt haben oft keinen Zugang, da ihnen jegliche sexuelle Selbstbestimmung fehlt. Für das „Empowerment“ der Frauen machte sich übrigens auch Melinda Gates stark, die ihren ersten öffentlichen Auftritt in diesem Kreis sehr rollenkonform mit Frauenfragen bestritt. Die Haltung der Gates ist nicht neu und ihre Meinung wird gehört, wobei Kritiker sich fragen, inwieweit die Meinung (sprich das Geld) privater Philanthropen die Richtung der Forschung beeinflussen kann bzw. darf.

### Neue Ansätze der Prävention

Aus welchem Grund auch immer, der Hauptschwerpunkt der IAC war die Prävention und der Weg zeichnet sich auch schon ab. In Zukunft sollen mehrere Möglichkeiten der Prävention zur Verfügung stehen, insbesondere auch Methoden, die Frauen unabhängig d.h. unbemerkt von ihrem Partner einsetzen können.

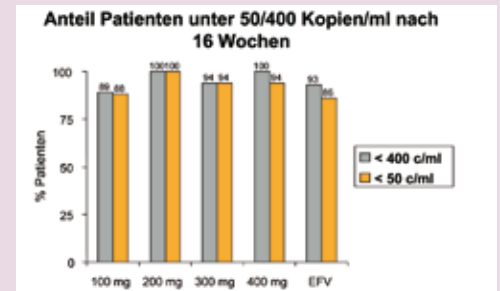


### Verschiedene Möglichkeiten der Prävention

An erster Stelle stehen hier die Mikrobi-zide, z.B. als Vaginalgel oder -ring bzw. Rektalgel. 29 Substanzen befinden sich in der Entwicklung u.a. Tenofovir, TMC 120 und die Entry-Inhibitoren CMPD-167 und BMS 806. In fünf Jahren, so die Einschätzung der Beteiligten, könnte das erste Mikrobi-zid zur Verfügung stehen. Weitere Möglichkeiten, die aufgrund erster günstiger Daten weiter geprüft werden, sind die Zirkumzision, die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe (PrEP) mit Tenofovir, die HV2-Therapie mit Aciclovir usw. Auch an einem Impfstoff wird weiter gearbeitet, ein Durchbruch ist allerdings nicht in Sicht. *RV*

### Integrasehemmer

Zum Integrasehemmer MK-0518 wurden die 24-Wochen-Daten einer Phase II-Studie an 197 therapienaiven Patienten vorgestellt. Als Vergleich diente EFV. Backbone war jeweils TDF/3TC. Die Wirksamkeit von MK-0518 war mit EFV vergleichbar, der Virusabfall war jedoch signifikant schneller. Die Verträglichkeit war gut.



MK-0518 ist jetzt in der Phase III und der Hersteller Merck&Co kündigte ein weltweites EAP an, das sobald als möglich beginnen soll. Als Dosierung wurde 400 mg bid gewählt.

#Markowitz M et al. THLBO214, Merck & Co. Pressemitteilung 17. August 2006

### CCR5-Antagonisten

In ACTG 5211 zeigte Vicriviroc (n=118) in allen Dosierungen bei vorbehandelten Patienten mit R5-tropen Viren einen signifikant stärkeren Abfall der Viruslast als Placebo. Die Verträglichkeit war gut, allerdings wurden in der Vicriviroc-Gruppe fünf, in der Placebo-Gruppe zwei Malignome beobachtet. Maraviroc war bei vorbehandelten Patienten (n=190) in allen Dosierungen sicher und gut verträglich, zeigte aber bei Viren mit dualem Tropismus keine bessere Wirksamkeit als Placebo.

#Gulick R et al. THLBO217, #Mayer H et al. THLBO215

### TMC 114/TMC 125

In den Studien POWER 1 und 2 wurden vorbehandelte Patienten mit Darunavir/r 600/100 mg bid behandelt. Jetzt wurden die 48-Wochen-Daten präsentiert. 46% der Patienten (n=255) hatten eine Viruslast 50 K/ml. Die Verträglichkeit war sehr gut. Zu TMC 125 gab es ebenfalls 48-Wochen-Daten von vorbehandelten Patienten (n=159). Hier hatte etwa ein Drittel der Patienten einen Abfall der Viruslast um mindestens 1 log<sub>10</sub> erreicht. Die Kombination von Darunavir und dem neuen NNRTI TMC 125 wird derzeit in der DUET-Studie untersucht. Julio Montaner, Vancouver, zeigte die Daten von fünf stark vorbehandelten Patienten. Vier davon waren unter der Nachweisgrenze.

#Lazzarin A et al. TUAB0104, #Valdez Madruga J et al. TUPE0062, #Montaner J et al. THPE0136



Eindrücke vom Kongress