

RAMONA PAULI, MÜNCHEN

EACS-Leitlinien



Auf der 12. Konferenz der European AIDS Clinical Society (EACS) wurden die neuen Leitlinien zur Versorgung von HIV-Patienten vorgestellt. Die Empfehlungen sind erheblich erweitert und ergänzt worden, insbesondere der Teil Prävention und Therapie von nicht-infektiösen Begleiterkrankungen.

Die neuen Leitlinien sind – wie auch im letzten Jahr – als kleine handliche Broschüre erhältlich. Die Erweiterung macht sich bereits beim Anfassenden bemerkbar. Das Heftchen ist von 54 Seiten auf 80 Seiten angeschwollen. Erweitert wurden insbesondere die Empfehlungen zur Prävention und Therapie von nicht-infektiösen Begleiterkrankungen. Im Folgenden geht es um den ersten Teil der Leitlinien, um die Empfehlungen zum klinischen Management von HIV-infizierten Erwachsenen in Europa. Die Kästen sind Übersetzungen des englischen Originals. Der Fließtext enthält eine Zusammenfassung und Kommentare der Autorin.

Die Leitlinien beginnen wie bisher mit allgemeinen Empfehlungen zur Evaluation beim neuen Patienten sowie zu den Routineuntersuchungen bei den späteren Visiten. Es folgt der Abschnitt zur „Beurteilung und Unterstützung der Bereitschaft des Patienten eine ART zu beginnen. Dabei gilt es Barrieren zu identifizieren, d.h. man sollte nicht nur die persönliche Einstellung des Patienten erfragen, sondern auch Depressionen, Alkoholabusus, kognitive Einschränkungen und eine „low health literacy“ (geringes Gesundheitswissen) sowie Systemimmanente Probleme wie Versicherung und Disclosure berücksichtigen. Bei der Primären HIV-Infektion hat

sich ebenfalls wenig geändert. Entfallen ist hier allerdings die Empfehlung von 2008, man solle möglichst im Rahmen von klinischen Studien behandeln.

EMPFEHLUNGEN ZUM THERAPIESTART

Hier gibt es nur wenige, aber wichtige Änderungen. Die EACS folgt weiter dem Trend zum früheren Therapiebeginn. Neu ist lediglich die Therapieempfehlung bei 350-500 CD4/μl, wenn eine Hepatitis C-Koinfektion oder Hepatitis B-Koinfektion mit Indikation zur Hepatitis B-Behandlung vorliegt (Tab. 1).

FIRSTLINE-THERAPIE

Die aktuellen Empfehlungen zu den initialen Regimen sind mehr Evidenz-basiert als die vorigen. Ob sich hier die konservativen Kräfte durchgesetzt haben oder einfach zahlreiche solide Studien veröffentlicht wurden, die bei der letzten Auflage noch nicht vorlagen, sei dahingestellt. Bei den NNRTI hat sich nichts geändert. Bei den NRTI gibt es eine neue Reihenfolge. Tenofovir/Emtricitabin findet man jetzt auf Platz 1, Abacavir/Lamivudin steht auf Platz 2. Viel Bewegung ist bei den Proteasehemmern zu verzeichnen. Darunavir/r ist in die Firstline aufgestiegen, während Fosamprenavir/r neuerdings als Alternative bezeichnet wird. Bei den Dosierungen der Proteasehemmer hält sich die EACS im Gegensatz zu 2008 diesmal genauer an die Zulassung. Neu im Kreis der empfohlenen Substanzen ist Raltegravir als Alternative in Kombination mit Tenofovir/Emtricitabin. Maraviroc dagegen hat den Sprung in die Firstline immer noch nicht geschafft (Tab. 2).

HAART IN DER SCHWANGERSCHAFT

Neuerungen in diesem Kapitel sind, dass von TDF und ABC als neue Medikamente in der Therapie nicht mehr abgeraten wird und dass ATV/r neu in die Riege der empfohlenen PI aufgenommen wurde. Bei der Sectio war 2008 noch klar, dass keine Indikation bei einer VL <50 Kopien/ml besteht, 2009

Symptomatische Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • CDC Stadium B und C: Therapie empfohlen • Bei opportunistischen Infektionen Therapie so früh wie möglich beginnen*
Asymptomatische Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • CD4 <200: Therapie unverzüglich empfohlen. • CD4 201-350: Therapie empfohlen • CD4 350-500: <ul style="list-style-type: none"> – Therapie empfohlen bei Koinfektion mit Hepatitis C, mit behandlungsbedürftiger Hepatitis B, mit HIV-assoziiierter Nephropathie oder anderer spezifischer Organerkrankung – Therapie sollte in Erwägung gezogen werden, wenn die Viruslast >10⁵ K/ml und/oder CD4 Abnahme >50-100/mm³/Jahr oder Alter >50 oder Schwangerschaft, hohes kardiovaskuläres Risiko, Malignome • CD4 >500: <ul style="list-style-type: none"> – Therapie sollte generell verschoben werden, unabhängig von der HIV-RNA; engmaschigere Überwachung der CD4-Zellzahl, wenn die Viruslast >10⁵ K/ml liegt. – Therapie kann angeboten werden bei Vorliegen einer oder mehrerer der unter CD4 350-500 beschriebenen Komorbiditäten. • Unabhängig vom CD4-Wert und der HIV-RNA kann die Therapie im Einzelfall angeboten werden, besonders wenn der Patient eine antiretrovirale Therapie verlangt und darauf vorbereitet ist.
Resistenztest	Genotypischer Test und Subtypenbestimmung wird empfohlen, idealerweise zum Zeitpunkt der Diagnose, sonst vor Beginn der Firstline-Therapie. Wenn die genotypische Testung nicht möglich ist, sollte ein Ritonavirgeboosterter Protease-Inhibitor in die Firstline-Therapie aufgenommen werden.
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vor Beginn der Therapie die CD4-Werte erneut testen und bestätigen • Ausreichend Zeit für die Vorbereitung des Patienten nehmen, um Compliance und Adhärenz zu optimieren

Tab. 1: Empfehlungen für den Therapiebeginn bei therapienaiven HIV-Patienten

wurde der Benefit der Sectio bei diesem Grenzwert lediglich angezweifelt (Tab. 3).

POST-EXPOSITIONSPROPHYLAXE

Auch in diesem Jahr findet das Schweizer Papier keinen Niederschlag in den Leitlinien zur PEP, was angesichts der internationalen Ablehnung der These der „Nicht-Infektiosität“ bei Viruslast unter der Nachweisgrenze und anderen Bedingungen nur konsequent ist. Als empfohlenes Regime wird TDF/FTC (alternativ (ZDV/3TC) plus LPV/r genannt. SQV/r ist entfallen. Bei nachgewiesenen Resistenzen sollte das Regime entsprechend angepasst werden.

HAART BEI TB/HIV-KOINFEKTION

Neu in den Leitlinien sind die Empfehlungen zur HAART bei Patienten mit Tuberkulose. Hier findet man neben der Indikation zur ART auch umfangreiche Hinweise zu Interaktionen der antiretroviralen Substanzen mit Tuberkulostatika sowie zum Firstline-Regime bei gleichzeitiger Tuberkulose-Therapie (Tab. 4, 5 und 6 siehe nächste Seite).

SWITCH-STRATEGIEN

Komplett neu ist das Kapitel Switch-Strategien bei virologisch supprimierten Patienten. Die Listen der Indikationen zum Therapiewechsel, zu „Do und Don´t“ sind lang und spiegeln den klinischen Alltag getreu wieder. Lediglich im letzten Absatz „Andere Strategie“ kommt erneut ein Pioniergedanke mit in das Werk. Der Absatz enthält eine vorsichtig formulierte Empfehlung der PI/r-Monotherapie mit Lopinavir/r bzw. Darunavir/r, der zumindest bislang das feste wissenschaftliche Fundament fehlt (Tab. 7 siehe nächste Seite).

VIROLOGISCHES VERSAGEN

Bei den Empfehlungen zum virologischen Versagen gibt es nur wenige Änderungen. Im allgemeinen Teil wird neuerdings explizit ein voll aktiver Proteasehemmer plus ein Medikament einer noch nicht eingesetzten Klasse oder ein NNRTI je nach Resistenztest empfohlen (Tab. 8 siehe nächste Seite).

Ein Medikament aus Gruppe A und eine NRTI-Kombination aus Gruppe B wählen	A	B	Bemerkungen
Empfohlen	NNRTI <ul style="list-style-type: none"> • EFV¹ • NVP⁵ oder Ritonavir-geboosterter Protease-Inhibitor <ul style="list-style-type: none"> • ATV/r⁶ • DRV/r⁶ • LPV/r⁷ • SQV/r 	TDF/FTC ABC/3TC ²⁻³⁻⁴	<ul style="list-style-type: none"> – TDF/FTC als Kombinationstablette – ABC/3TC als Kombinationstablette – EFV/TDF/FTC als Kombinationstablette – ATV/r: 300/100 mg einmal tgl. – DRV/r: 800/100 mg einmal tgl. – LPV/r: 400/100 mg zweimal tgl. oder 800/200 mg einmal tgl. – SQV/r: 1.000/100 mg zweimal tgl.
Alternativ	SQV/r FPV/r RAL ⁹	<ul style="list-style-type: none"> • ZDV/3TC⁸ • ddl/3TC oder FTC⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> – SQV/r: 2.000/100 mg einmal tgl. – FPV/r: 700/100 mg zweimal tgl. oder 1.400/200 mg einmal tgl. – RAL: 400 mg zweimal tgl. – ZDV/3TC als Kombinationstablette

¹ EFV: nicht empfohlen für Schwangere oder Frauen ohne verlässliche und kontinuierliche Empfängnisverhütung. Nicht aktiv bei HIV-2 und HIV-1 Gruppe 0.

² Kontraindiziert bei positivem HLA B*5701. Auch bei negativem HLA B*5701 ist es Pflicht, den Patienten über das Risiko einer Hypersensitivitätsreaktion aufzuklären.

³ ABC + NVP: kontraindiziert, außer bei negativem HLA B*5701.

⁴ Abacavir sollte bei Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko und/oder einer Viruslast höher als 100.000 Kopien/ml vorsichtig eingesetzt werden.

⁵ NVP: Mit äußerster Vorsicht bei Frauen mit einer CD4-Zellzahl >250 und bei Männern mit einer CD4-Zellzahl >400/µL. Nicht aktiv bei HIV-2 und HIV-1 Gruppe 0.

⁶ Die Castle Studie (LPV/r vs ATV/r) hat eine bessere Verträglichkeit von ATV/r gezeigt und die Artemis Studie /LPV/r vs DRV/r eine bessere Wirksamkeit und höhere Verträglichkeit von DRV/r.

⁷ ACTG 5142: Die randomisierte Studie zeigte eine geringere virologische Wirksamkeit von LPV/r im Vergleich zu EFV. Jedoch wurden bei den LPV/r Therapieversagern keine PI Mutationen gefunden.

⁸ Nur wenn andere empfohlene NRTIs nicht verfügbar sind oder nicht vertragen werden.

⁹ Raltegravir ist zugelassen in Kombination mit anderen antiretroviralen Medikamenten zur Behandlung der HIV-1-Infektion bei erwachsenen Patienten. Es wurde bei naiven Patienten nur in Kombination mit TDF/FTC und mit kurzfristigem Follow-up (48 Wochen) untersucht.

Tab. 2: Initiale Regime bei therapienaiven Patienten

Kriterien zur Einleitung der ART bei Schwangeren (vergl unterschiedliche Szenarien)	Gleich wie bei nicht schwangeren Frauen
Therapieziel	Komplette Suppression der Virusreplikation im dritten Trimester insbesondere zur Entbindung
Resistenztest	Gleich wie bei nicht schwangeren, d.h. vor Therapie-Einleitung und bei virologischem Versagen
Szenarien	
1 Frauen, die unter ART schwanger werden	1 Fortführen der ART, aber Auswechseln der potentiell teratogenen Substanzen
2 Frauen, die therapienaiv schwanger werden und bei denen eine Therapieindikation vorliegt	2 Beginn der ART möglichst zu Beginn des zweiten Trimester
3 Frauen die therapienaiv schwanger werden und bei denen keine Therapieindikation vorliegt	3. Beginn der ART zu SSW 28 (spätestens 12 Wochen vor Entbindung), früherer Start bei hoher Viruslast oder Risiko einer Frühgeburt
Frauen, die sich nach SSW 28 vorstellen	
Antiretrovirale Regime in der Schwangerschaft	Gleich wie bei nicht schwangeren Frauen
	<ul style="list-style-type: none"> • außer EFV vermeiden • NVP nicht neu ansetzen, aber Weiterführen, wenn vor Therapiebeginn vor Schwangerschaft • Bei Proteasehemmern LPV/r oder SQV/r oder ATV/r vorziehen • Für RAL und DVR/r nur wenig Daten bei Schwangerschaft • ZDV möglichst Teil des Regimes
Kontraindizierte Substanzen in der Schwangerschaft	EFV, ddl und d4T sowie Triple Nuke
IV Zidovudin während der Entbindung	Nutzen unklar, wenn Viruslast <50 K/ml
Einmal Gabe von Nevirapin während der Entbindung	Nicht empfohlen
Kaiserschnitt	Nutzen unklar, wenn Viruslast <50 K/ml

Tab. 3: Therapie in der Schwangerschaft – Bei Schwangeren sollten Kontrollen monatlich sowie möglichst nahe am Entbindungstermin durchgeführt werden

CD4-Zellzahl/ μ l	Wann beginnen?
<100	Sobald praktikabel
100-350	Sobald praktikabel, aber kann warten bis nach 2 Monaten TB-Therapie, insbesondere wenn Interaktionen, Adhärenz und Nebenwirkungen Probleme bereiten
>350	Nach Meinung des Behandlers

Tab. 4: Indikation zur HAART in Abhängigkeit von der CD4-Zahl bei TB/HIV-Koinfektion

- NRTI: keine signifikante Interaktion mit Rifampicin oder Rifabutin
- NNRTI:
 - EFV und Rifampicin: EFV 800 mg QD bei Gewicht >60 kg, 600 mg QD bei Gewicht <60 kg, Rifampicin Standarddosierung. Einige Ärzte ziehen es vor, die Dosis von Efavirenz nicht anzupassen, da die Date kontrovers sind. In jedem Fall ist ein TDM nach 2 Wochen empfehlenswert.
 - EFV und Rifabutin: EFV Standarddosierung, Rifabutin 450 mg/d
 - NVP: nicht empfohlen
 - Etravirin: nicht empfohlen
- PI:
 - plus Rifampicin: nicht empfohlen
 - plus Rifabutin: Rifabutin 150 mg 3x wöchentlich mit ATV/r, DRV/r, LPV/r oder SQV/r. PI in Standarddosierung. Leberwerte kontrollieren und wenn möglich TDM für PI
- Raltegravir:
 - plus Rifampicin: Vorsichtig (nur wenn keine Alternative), falls eingesetzt RAL 800 mg BID
 - plus Rifabutin: keine Daten
- Maraviroc:
 - plus Rifampicin: Vorsichtig und mit doppelter Dosis 600 mg BID Maraviroc
 - plus Rifabutin: Standarddosierung
- Enfuvirtid: keine signifikanten Interaktionen mit Rifampicin oder Rifabutin

Tab. 5: Interaktionen zwischen antiretroviralen Substanzen und Tuberkulostatika

Bei antiretroviral therapienaiven Patienten sollte EFV/TDF/FTC bevorzugt werden mit den oben genannten Dosisanpassungen von EFV bei Bedarf.

Alternativen:

- Empfohlener PI/r + TDF/FTC, mit Rifabutin anstatt Rifampicin
- Vorsichtiger Einsatz von
 - RAL 800 mg BID + TDF/FTC mit Rifampicin
 - Wenn VL <100.000 Kopien/ml könnte ZDV/ABC/3TC BID +/- TDF für die Dauer der TB-Therapie eine Alternative sein.

Sollten diese Kombinationen nicht möglich sein wegen Resistenz/Intoleranz Expertenrat einholen.

Tab. 6: Empfohlene Firstline-Regime bei gleichzeitiger TB-Therapie

Indikation	Empfehlungen bei virologischem Versagen:	Nicht empfohlene Strategien:	Andere Strategie:
<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentierte Toxizität - Nebenwirkungen - Schwangerschaftsplanung - Wunsch nach einfacherem Regime - Derzeitiges Regime nicht länger empfohlen - Prävention von Langzeittoxizität (präventiver Switch) - Altern und/oder Komorbidität mit möglichem negativen Einfluss der Medikamente im derzeitigen Regime, z.B. auf das kardiovaskuläre Risiko und die metabolischen Parameter - Management von möglichen Arzneimittelwechselwirkungen - Management von TB, HBV oder HCV Infektion 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Switch innerhalb der Medikamentenklasse bei Arzneimittel-spezifischer Nebenwirkung 2. Umstellung von zweimal täglich auf einmal täglich für Vereinfachung und Prävention von Langzeittoxizität 3. Switch von PI/r auf NNRTI um zu vereinfachen, metabolischen Abnormalitäten vorzubeugen bzw. diese zu verbessern, die Adhärenz zu erleichtern. NVP hat den Vorteil seines metabolischen Profils. EFV hat den Vorteil der fixen Kombination von drei Medikamenten 4. Die Umstellung von PI/r auf NNRTI oder Raltegravir ist nur möglich bei: a) keinem virologischen Versagen in der Vorgeschichte und b) aktivem NRTI Backbone 5. Switch von PI/r oder Enfuvirtid auf Raltegravir um zu vereinfachen, metabolischen Abnormalitäten vorzubeugen bzw. diese zu verbessern, die Adhärenz zu erleichtern 6. Vereinfachung eines komplexen Regimes mit mehreren Medikamenten bei antiretroviral vorbehandelten Patienten durch a) Ersatz von schwierig zu verabreichenden Medikamenten (Enfuvirtid) und/oder bei geringer Wirksamkeit (NRTI im Fall von multipler NRTI-Resistenz und/oder bei schlechter Verträglichkeit und b) Zugabe von neuen, gut verträglichen, einfacheren und aktiven Substanzen 	<ol style="list-style-type: none"> a) Intermittierende Therapie, sequenzielle oder verlängerte Therapie-Intervalle b) Zweier Kombinationen, z.B. 1 NRTI + 1 NNRTI oder 1 NRTI + 1 PI ohne Ritonavir oder 1 NRTI + RAL oder 2 NRTIs c) NRTI-Sparing außer bei nachgewiesener Unverträglichkeit aller NRTIs d) Dreier-NRTI-Kombinationen 	PI/r Monotherapie mit zweimal täglich LPV/r oder möglichst einmal täglich DRV/r könnte eine Option für Patienten sein, die NRTI nicht vertragen, oder zur Therapievereinfachung. Eine solche Strategie lässt sich nur bei Patienten ohne vorherigem Versagen einer PI-basierten Therapie anwenden, deren Viruslast mindestens in den letzten sechs Monaten unter 50 Kopien/ml lag.

Tab. 7: Switch-Strategien bei virologisch supprimierten Patienten (Viruslast <50 Kopien/ml)

Definition	Nachgewiesene HIV-RNA >50 Kopien/ml 6 Monate nach Beginn der Therapie (Initial oder Modifizierung) bei Patienten auf ART
Generelle Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Adhärenz, Compliance, Verträglichkeit, Arzneimittelwechselwirkungen, Wechselwirkungen zwischen Nahrung und Medikamenten, psychosoziale Umstände bewerten • Bei Therapieversagen Resistenztest durchführen (normalerweise verlässlich bei HIV-RNA-Spiegeln >500–1.000 Kopien/ml) und die Resistenz-Vorgeschichte des Patienten besorgen • Therapeutisches Drug Monitoring in Betracht ziehen • Die antiretrovirale Vorgeschichte begutachten • Therapieoptionen finden sowie aktive und potentiell aktive Medikamente/Kombinationen
Management des virologischen Versagens	<p>Wenn die HIV-RNA >50 und <500–1.000 Kopien/ml beträgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adhärenz überprüfen • HIV-RNA ein bis zwei Monate später wieder messen • Die Pharmakokinetik von geboosterten PIs verbessern (wenn möglich) <p>Wenn die HIV-RNA bei >500–1.000 Kopien/ml bleibt, die Therapie so bald wie möglich umstellen. Was geändert werden soll, hängt vom Ergebnis des Resistenztests ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Resistenzmutationen: nochmals Adhärenz überprüfen, Therapeutisches Drug Monitoring • Bei Resistenzmutationen: Switch auf ein suppressives Regime basierend auf der Medikamenten-Vorgeschichte; multidisziplinäre Expertendiskussion angeraten <p>Ziel des neuen Regime: HIV-RNA <400 Kopien/ml nach 3 Monaten, HIV-RNA <50 Kopien/ml nach 6 Monaten</p>
Bei Vorliegen von Resistenzmutationen	<p>Generelle Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 oder besser 3 aktive Substanzen im neuen Regime einsetzen (einschließlich der aktiven Substanzen aus den bereits eingesetzten Klassen). • Jedes Regime sollte mindestens 1 voll aktiven PI/r (z.B. Darunavir/r) enthalten plus 1 Medikament aus einer Klasse, die bislang nicht eingesetzt worden ist: z.B. Fusions-, Integrase- oder CCR-Hemmer (wenn der Tropismus-Test nur R5 Virus zeigt) oder 1 NNRTI (z.B. Etravirin), beurteilt durch genotypischen Test. • Umstellung verschieben, wenn nach der Resistenzdatenlage weniger als 2 aktive Medikamente zur Verfügung stehen. Ausnahme: Patienten mit niedriger CD4-Zellzahl (<100/mm³) oder mit hohem Risiko der klinischen Verschlechterung. Für sie ist das Ziel, die Immunkfunktion durch partielle Reduktion von HIV-RNA (>1 log Reduktion) mittels Recycling zu bewahren. • Bei limitierten Optionen experimentelle und mechanistische neue Medikamente in Betracht ziehen, bevorzugt in klinischen Studien (aber funktionelle Monotherapie vermeiden). • Therapieunterbrechung wird nicht empfohlen <p>Optimierung des neuen Regime:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei nachgewiesener multipler NRTI-Resistenz NRTI vermeiden, aber: • die weitere Gabe von 3TC oder FTC in Erwägung ziehen, auch bei nachgewiesener Resistenzmutation (M184V/I) • einen aktiven Ritonavir-geboosterten PI auswählen. Wenn möglich zweifach geboosterte PIs vermeiden • Etravirin ist potentiell aktiv in selektierten NNRTI-Mutationsprofilen • immer auf Arzneimittelwechselwirkungen prüfen. Wenn notwendig und möglich: Therapeutisches Drug Monitoring für die Medikamente im neuen Regime. <p>Wenn viele Optionen zur Verfügung stehen, beinhalten die Kriterien für die beste Wahl: Einfachheit des Regime, Evaluation der Toxizitätsrisiken, Arzneimittelwechselwirkungen, zukünftige Salvage-Therapie.</p>

Neue DHHS-Leitlinien empfehlen noch frühere Therapie

Die DHHS-Leitlinien wurden ebenfalls aktualisiert. Darin ist ein noch stärkerer Trend zur früheren Therapie erkennbar als in den europäischen Leitlinien. Normalerweise werden die Leitlinien erst geändert, wenn zwei Drittel der Mitglieder dafür stimmen. In diesem Jahr war das nicht möglich. Die Amerikaner empfehlen aktuell eine Therapie auch bei einer CD4-Zellzahl zwischen 350 und 500/µl, wobei 55% des Komitees für eine „starke“ und 45% für eine „moderate“ Empfehlung plädierten. Uneinig war man sich auch bei der Therapieempfehlung bei >500 CD4-Zellen/µl. Doch immerhin votierten 50% der Experten für die Therapie, während für die Hälfte die Therapie dieser Situation „optional“ ist.

Bei den Empfehlungen zum initialen Regime hat sich ebenfalls einiges geändert. Die Regime werden neuerdings als „bevorzugt“, „alternativ“ oder „akzeptabel“ klassifiziert. In der neuen Kategorie „bevorzugt“ werden folgende Regime aufgeführt :

- Efavirenz + Tenofovir/Emtricitabin
- Atazanavir/r + Tenofovir/Emtricitabin
- Darunavir/r + Tenofovir/Emtricitabin
- Raltegravir + Tenofovir/Emtricitabin

Neu in der Riege ist somit Raltegravir plus Tenofovir/Emtricitabin. Dieses Regime hat nach Meinung des Panels aufgrund der SARTMRK-Studie eine AI-Evidenz für die Firstline. Dagegen wurden Kombinationen mit Lopinavir als „alternativ“ eingestuft. Als Grund hierfür wird die erhöhte kardiovaskuläre Morbidität unter Lopinavir/r sowie Fosamprenavir/r in der D:A:D-Studie und einer französischen Kohorte angegeben. Für Atazanavir/r und Darunavir/r wäre allerdings eine solche Analyse aufgrund der zu geringen Patientenzahl nicht möglich gewesen. Ferner mache die höhere gastrointestinale Nebenwirkungsrate und Hyperlipidämie Lopinavir/r eher zur Alternative als zum bevorzugten Proteasehemmer. Lediglich bei Schwangeren ist Lopinavir/r plus Zidovudin/Lamivudin noch Regime der Wahl. RP

<http://www.aidsinfo.nih.gov/Guidelines/>

Tab. 8: Empfehlungen bei virologischem Versagen