

AIDS 2012 – WASHINGTON 22.-27. JULI 2012

Das Ende von Aids



Diese WeltAidsKonferenz war vom amerikanischen Optimismus geprägt. Unterstützt durch perfekte Medienarbeit wurden die Vision einer Aids-freien Generation und das Ende von HIV heraufbeschworen: Man brauche lediglich mehr Geld, mehr politisches Engagement und mehr Forschung. Die wissenschaftlichen Daten auf der Tagung waren im Vergleich zur politischen Show weniger spektakulär, aber es gab durchaus interessante Details.

WeltAidsKonferenzen waren schon immer mehr politische Veranstaltungen als wissenschaftliche Tagungen und alle Konferenzen wurden schon immer stark von Veranstaltungsort geprägt. Aber so deutlich wie in Washington DC war dies noch nie. Nach 22 Jahren fand die WeltAidsKonferenz erstmals wieder in den USA statt und es war in erster Linie eine amerikanische Konferenz. Die vielen amerikanischen Politiker und „HIV-Funktionäre“ wurden nicht müde, ihre Freude und Stolz auf die führende Rolle der USA im Kampf gegen HIV zu betonen und das Publikum wurde nicht müde dies immer wieder mit Applaus zu feiern (vielleicht wegen der vielen amerikanischen Teilnehmer). Selbst Nicht-Amerikaner stimmten mit ein.

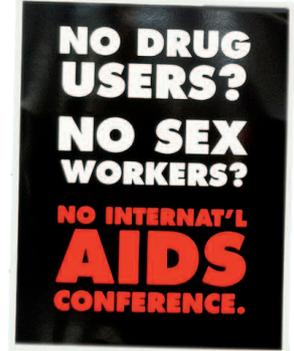
So betonte beispielsweise der Präsident der Internationalen Aids Gesellschaft Elly Kabira aus Uganda die Bedeutung der USA und dankte dem Land und seinen Bürgern für die großzügige Hilfe bei der Aids-Bekämpfung.

AMERIKANISCHER WAHLKAMPF

Die ersten Tage der Tagung wurden zudem vom amerikanischen Wahlkampf beherrscht. Das Motto der Konferenz „Turning the Tide Together“ wurde vom Slogan der Obama-Regierung „Aids-free Generation“ übertönt. Der Präsident selbst hatte seinen Auftritt bei der Eröffnung zwar abgesagt, aber die Außenministerin Hillary Clinton hielt eine perfekte Rede. Sie zeigte Missstände in den USA auf (in Washington erreicht die HIV-Prävalenz in bestimmten Bevölkerungsgruppen afrikanisches Niveau) und bekräftigte den politischen Willen der Demokraten, die HIV-Epidemie in den USA und weltweit zu beenden. Unterstützt wird die Vision einer Aids-freien Zukunft von Anthony Fauci, vom amerikanischen National Institutes of Health (NIH). „Ich kann kein Datum nennen, aber es ist möglich, denn wir haben das Wissen, wir müssen es nur anwenden“, erklärte Fauci. Hintergrund dieses Enthusiasmus ist unter anderem sicherlich auch die globale Spendenmüdigkeit angesichts der

nicht enden wollenden Forderungen nach mehr Geld. Mit der Botschaft, es ist ein Ende in Sicht, sollen die Geberländer erneut mobilisiert werden. Und die Botschaft ist durch hoch professionelle Medienarbeit weltweit angekommen.

So konnte man beispielsweise im Focus auf einer Doppelseite exakt diese Botschaft nachlesen – überbracht vom Pop-sänger Elton John.



Prominente auf der WeltAidsKonferenz – Hillary Clinton (amerikanische Außenministerin), Bill Gates (Bill and Melinda Gates Foundation) und Jim Kim (Präsident der Weltbank), Elton John (Sänger), Sharon Stone (Schauspielerin)

Kommentar von Prof. Matthias Stoll, Hannover

Turning The Tide**Zero Transmission – Zero AIDS – Zero Discrimination**

Meine Kongressreise zur 19. internationalen AIDS Konferenz begann in Deutschland im bis dahin reichlich verregneten Sommer 2012. Der Wetterbericht für mein Ziel Washington DC sagte für den Tag meiner Ankunft einen Temperatursturz von fast 10°C voraus, von über 40°C auf nur noch 32°C, aber trocken. Allein das schon war für einen Mitteleuropäer eine Verheißung: Everything is big in America! Und selbst die Temperaturstürze komfortabel.

Die Anreise bot Muße zur Lektüre zahlreicher Pressemitteilungen: „Größte Dürre in den USA seit 80 Jahren“. „Meteorologische Prognose: Dürre in den USA wird noch bis Dezember 2012 anhalten.“ Mich beschlich ein schlechtes Gewissen, dass ich mich bis dahin auf 32°C gefreut hatte und Ehrfurcht vor dieser Nation, die präzise Wettervorhersagen für ein halbes Jahr auch uns Europäern zugänglich macht, die wir in unserer alten Welt bis heute damit leben müssen, dass schon die Vorhersage für den Folgetag oft nicht stimmt.

Die Landung von Flug LH 418 in Washington war turbulent: Es herrschten heftige Gewitter und für einen weiteren halben Tag ergiebige, teilweise sintflutartige Regenfälle in Washington. Eine gute Einstimmung auf das Kongressmotto „Turning the tide“ – Gezeitenwechsel.

Aufbruchstimmung ...

AIDS 2012 – Die internationale AIDS-Konferenz in Washington verspricht neue Aufbruchstimmung. „Cure“ – also Heilung – war das immer wieder genannte Zauberwort, das schon bei der Eröffnung die Teilnehmer auf das einstimmte, was eigentlich erst in den folgenden Tagen noch präsentiert werden musste. Kein geringerer als Anthony Fauci fasste die hohen Erwartungen semantisch in wissenschaftlich untadeliger Weise und rhetorisch geschliffen zusammen: „Ending the HIV/AIDS pandemic is an enormous and multifaceted challenge, but we now know it can be done. Global scale-up of existing and scientific evidence-based interventions could ... ultimately lead to the end of AIDS“. Prominente Vertreter aus der US-amerikanischen Politik proklamierten den in Aussicht gestellten Sieg über das HI-Virus dann als (a) als Resultat der beispiellosen bisherigen Leistungen – vor allem der USA – und im übrigen (b) den Sieg als eigentlich bereits errungen.

... ohne wissenschaftliche Grundlage

Wer nun hoffte, dass der Kongress neue Daten bot, die Evidenz für den so skizzierten Gezeitenwechsel lieferten, wurde enttäuscht. Die Hoffnung beruhte im Wesentlichen auf der nunmehr ein Jahr längeren Beobachtung eines Einzelfalls, des Stammzell-transplantierten „Berlin-Patienten“, der jetzt so lange ohne HIV-Replikation ist, dass statistisch von Heilung gesprochen werden kann. (Die Evidenz dafür ist ungefähr so einleuchtend, wie für den Schluss, dass mit seinem nunmehr auch längeren Langzeitüberleben von einer auch künftig fortbestehenden Unsterblichkeit ausgegangen werden darf.)

Ansonsten beruhte der neue Optimismus auf einer optimistischeren Interpretation schon bekannter Fortschritte:

- Funktionelle Heilung, weil ...
 - ... es kaum noch Fälle von HIV-Infizierten gibt, bei denen die anhaltende Kontrolle der Virusreplikation nicht gelingt.
 - ... Progression zu AIDS und Tod wirksam verzögert und verhindert werden können.
- Rückgang der Infektionsraten, weil ...
 - ... die in den IAS- und DHHS-Guidelines inzwischen empfohlene antiretrovirale Behandlung aller HIV-Infizierten mit Virusreplikation in einer Population auch dann zu wirksamer Senkung der Infektionsraten führt, wenn man, wie ansatzweise im Modell USA seit Jahren geübt, auf andere Formen der Primärprävention ganz oder teilweise verzichtet (hat).

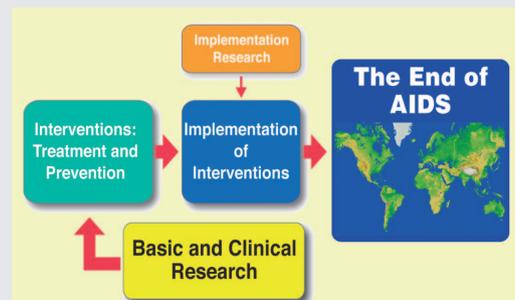
Risiken außer Acht gelassen

Es ist also ein bisschen wie die Verkündung des endgültigen Sieges im Krieg, während man gerade zu einem neuen, noch entschlosseneren Waffengang bläst. Vermutlich bestehen zu Recht keine Zweifel, dass der Krieg einer gerechten Sache, nämlich dem Ende der HIV-Pandemie dient. Aber die möglichen Kollateralschäden der gut gemeinten Strategie sind – nicht nur wissenschaftlich betrachtet – noch nicht abzusehen. Die einzige strategische Studie (START) zur vermeintlich schon entschiedenen Frage des „When to start?“ rekrutiert noch. Gibt es wirklich keine Langzeitr Risiken mehr, so dass es schon jetzt auf der Konferenz Forderungen gab, nur noch alle 12-18 Monate ein nur noch reduziertes Labor-Screening, im wesentlichen bestehend aus der Plasmavirämie durchzuführen? Wenn denn HIV jetzt nicht mehr übertragbar ist: Wird dann künftig derjenige, der sich wider alle Mainstream-Erwartung trotzdem neu infiziert, irgendwie „selbst“ schuld sein?

Es war Elton John – somit ein Europäer – der in einer Abfolge selbstzufriedener und zurücklehnender Statements dazu gemahnte, dass die Bewältigung der real noch ungelösten Probleme den Kongressort Washington DC nicht aussparen sollte: Eine der Städte in den USA mit der höchsten HIV-Prävalenz – und auch dort besonders im Brennpunkt: Menschen mit sozial schwieriger Versorgungssituation.

Auch bei „Turning the Tide“ sollte sich somit jeder an die eigene Stirn fassen: Die US-Amerikaner, für die eine Phase sonnigen Wetters mit heftigen Regenschauern die längste Dürreperiode der Geschichte ist, genauso wie die Europäer, die eine gleichartige Situation

als verregneten Sommer mit katastrophalen Folgen für den heimischen Tourismus empfinden würden.



PRÄVENTION

Das Ende von HIV ist, darin sind sich alle Protagonisten einig, nur durch eine multimodale Prävention erreichbar. Der einzige Baustein, der im von Fauci gezeigten Schema noch fehlt, ist die präventive Impfung (Abb. 1). Alle anderen Methoden haben, so Fauci, ihr Potential bereits gezeigt. Als neuere Beispiele nannte der Amerikaner die Beschneidung, deren Nutzen mit der Zeit zunimmt und die Therapie als Prävention (Abb. 2). Die frühe Therapie wäre sogar, so eine ökonomische Analyse der Daten von HTPN 052 in Indien und Afrika, kosteneffektiv bzw. kostensparend (Walensky RP et al., FRLBX06). Widersprüchliche Daten zu HTP 052 kommen aus Uganda. Dort fand eine Untersuchung an heterosexuellen diskordanten Paaren keinen Unterschied, ob der HIV-positive Partner virologisch supprimiert war oder nicht. Im Rahmen der „Feldstudie“ wurden 586 Patienten und ihr Lebenspartner zwei Jahre lang beobachtet. 59% der HIV-positiven Partner waren behandelt wegen AIDS oder einer CD4-Zahl <250/µl. In der behandelten Gruppe kam es zu acht neuen HIV-Infektionen, in der unbehandelten Gruppe zu neun. Von den im Monat nach der Serokonversion des Partners untersuchten Patienten hatten 4/7 in der ART-Gruppe

mehr als 1.000 Kopien/ml. Phylogenetische Untersuchungen laufen noch. „Diese Studie widerlegt nicht die Aussage, dass Therapie Neuinfektionen verhindern kann, sie zeigt jedoch, dass im Alltag biologische, soziale und kulturelle Faktoren den Effekt verkleinern können“, erklärte die Autorin Birguni (Birungi J et al., TUAC0103).

HIV-SCHNELLTEST VOR SEX?

Ein komplett neuer Aspekt in der Prävention ist der HIV-Test zu Hause. In den USA kann man HIV-Tests in der Drogerie um die Ecke kaufen. Grund genug für eine Studie, die untersucht, ob MSM den Test bei potentiellen Sexpartnern einsetzen.

Im Rahmen der Studie erhielt jeder der 27 „nicht monogamen“ MSM, die selten oder nie Kondome benutzten, 16 HIV-Tests. Nach drei Monaten hatten die 27 Männer insgesamt 150 Partner und 101 davon auf HIV getestet. 23 Partner hatten den Test verweigert. Von den 101 getesteten Personen waren neun HIV-positiv, fünf wussten nichts von ihrer Infektion. Das Testergebnis bzw. -verhalten hatte Einfluss auf die sexuelle Aktivität. Mit Testverweigerern hatten die Studienteilnehmer seltener ungeschützten Analverkehr als mit getesteten Partnern und mit den HIV-positiven Männern hatten sie

gar keinen Analverkehr.

Der Umgang mit dem Test selbst schien kein Problem zu sein. Auch die „psychologischen“ Konsequenzen stellten keine größere Schwierigkeit dar. „Nur“ in sieben Fällen kam es zu „Aggressionen“, aber nicht zu körperlicher Gewalt. Die Autoren der Studie resümieren, dass der Test akzeptiert wird und möglicherweise einen günstigen Einfluss auf das Risikoverhalten hat (Carballo-Diéquez A et al., TUPDC0304).

NUKE-FREI MIT MARAVIROC

Anders als vor zwei Jahren auf dem Welt Aidskongress in Wien gab es in Washington keine neuen Ideen zu Therapiestrategien. Die Nuke-freie Therapie mit Maraviroc einmal täglich wurde bereits in Wien vorgestellt, jetzt gab es Daten über einen längeren Zeitraum und mit einem neuen Kombinationspartner. Unter Atazanavir/r und Maraviroc 150 mg einmal täglich (n=121) über 96 Wochen hatten 68% der Patienten eine Viruslast <50 Kopien/ml im Vergleich zu 82% der konventionell behandelten Patienten (Abb. 3). Dieser Unterschied wurde statistisch nicht bewertet, da die Untersuchung für eine statische Aussage zur Wirksamkeit zu klein war. Laut Definition hatten 3 Patienten im Maraviroc- und 2 im TDF/FTC-Arm ein virolo-

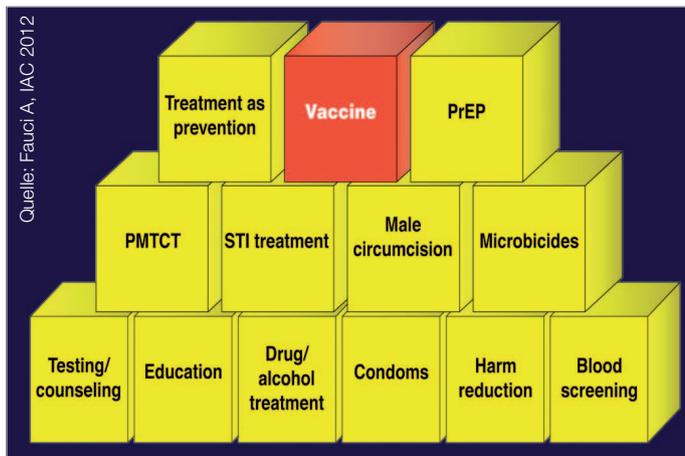


Abb. 1 Multimodale HIV-Prävention

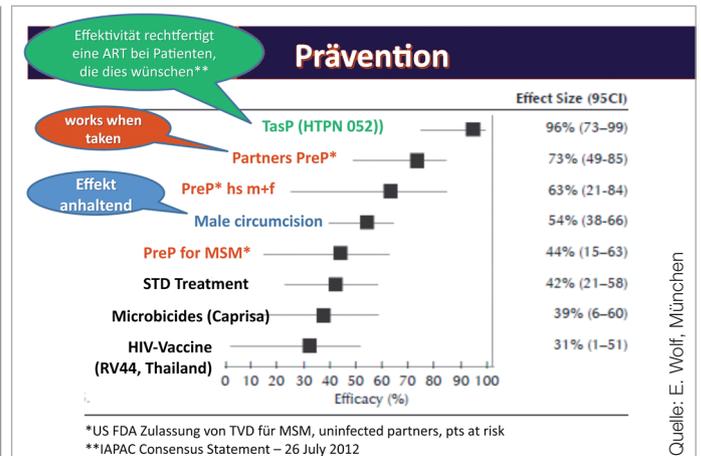


Abb. 2 Verschiedene Präventionsmaßnahmen und ihre Effektivität

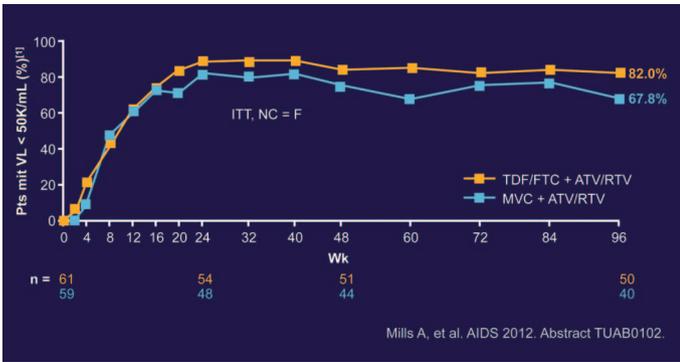


Abb. 3 Maraviroc 150 mg OD vs. TDF/FTC. Virologische Wirksamkeit 96 Wochen

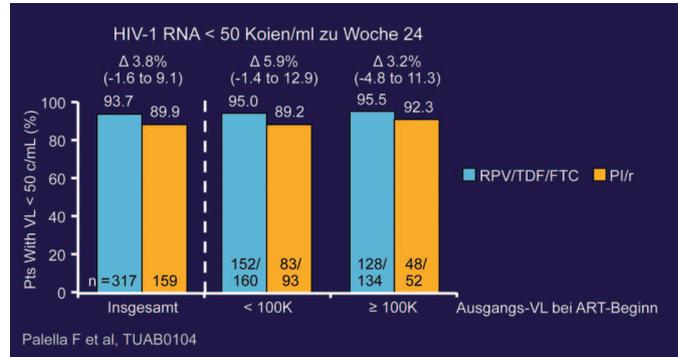


Abb. 4 SPIRIT: Switch auf RPV/TDF/FTC vs. weiter Regime mit geboostertem Proteasehemmer

gisches Versagen. In keinem Fall konnte eine Mutation oder ein Tropismus-Shift nachgewiesen werden. Bei den Nebenwirkungen kam es in der Maraviroc-Gruppe häufiger zu Hyperbilirubinämie (Ikterus 17% vs. 10%), was vermutlich auf die Senkung des Atazanavir-Spiegels bei Kombination von Atazanavir und Tenofovir zurückgeht. Dafür wurde die Kreatinin-Clearance (5,5 vs. 18,0 ml/Min.) und die Parameter des Knochenumsatzes durch Maraviroc weniger beeinträchtigt (Mills A et al., TUAB0102). Aufgrund der höheren Ikterusrate wird Maraviroc einmal täglich derzeit in einer Phase-3-Studie in Kombination mit Darunavir/r geprüft. In der Pilotstudie zu dieser Kombination (n=25) erreichten 83% der Patienten die komplette virale Suppression. Von den vier Patienten, die dieses Ziel nicht erreicht hatten, hatten drei eine hohe Ausgangsvirämie. Zwei waren nie komplett supprimiert und zwei hatten einen Rebound. Alle vier Patienten gaben eine optimale Adhärenz an und auch die Maraviroc-Spiegel lagen im therapeutischen Bereich (Taiwo B et al., TUPE099). Die Autoren beider Untersuchungen raten zu vorsichtiger Interpretation der Daten. Aufgrund der geringen Patientenzahl könne man noch keine Aussagen zur Wirksamkeit der einmal täglichen Gabe von Maraviroc machen.

SWITCH AUF RILPIVIRIN

Die Fixkombination von Rilpivirin/Tenofovir/Emtricitabin ist zur Firstline-Therapie bei Patienten mit einer Viruslast <100.000 Kopien/ml zugelassen. In der Erhaltungstherapie wäre das Medikament eine gute Switch-Option (sofern der Patient keine Protonenpumpenhemmer einnimmt, keine QTc-Verlängerung hat und bei der Einnahme ausreichend isst). Bei Patienten, die bei supprimierter Viruslast von einem geboosterten Proteasehemmer plus 2NRTI auf die Fixkombination Rilpivirin/Tenofovir/Emtricitabin wechseln, ist der Switch der offenen SPIRIT-Studie (n=476) zufolge virologisch sicher und senkt zudem die Lipide. Die Patienten waren NNRTI-naiv und hatten keine Resistenz gegen die neue Kombination, wobei eine K103N ausdrücklich zugelassen war. Der Wechsel hatte auch bei isolierter K103N (n=17) sowie bei hoher Viruslast vor Therapiebeginn gut funktioniert bei einer Beobachtungsdauer von 24 Wochen (Abb. 4). Die Verträglichkeit der beiden Regime war vergleichbar gut,

wobei man bedenken muss, dass die Patienten in der Proteasehemmer-Gruppe in der Regel bereits monatelang vorbehandelt waren, während Rilpivirin für die Patienten neu war (Palella F et al., TUAB0104).

INTEGRASEHEMMER

Zu Raltegravir wurden Langzeitdaten der Phase-3-Studien STARTMRK präsentiert. Dabei war auch nach fünf Jahren die initiale Behandlung mit Raltegravir dem NNRTI Efavirenz jeweils plus zwei NRTI virologisch und immunologisch überle-

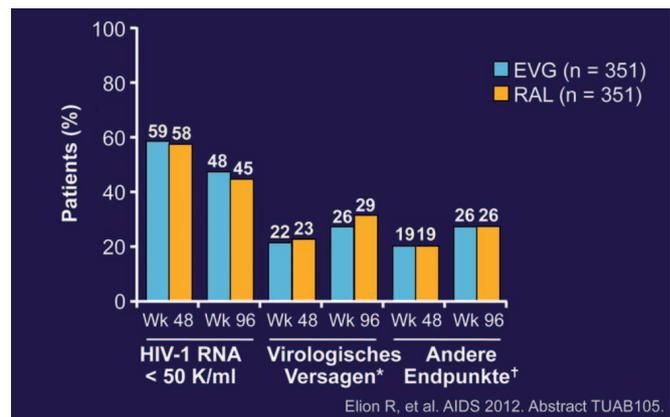


Abb. 5 Elvitegravir vs. Raltegravir bei vorbehandelten Patienten Woche 96

gen und zudem besser verträglich (Rockstroh JK et al., LBPE19). Bei stark vorbehandelten Patienten mit >2-Klassen-Resistenz waren Raltegravir und der neue Integrasehemmer Elvitegravir gleichermaßen gut wirksam (Abb. 5) (Elion R et al., TUAB0105).

Die neue Quad-Pille mit Elvitegravir in Kombination mit dem neuen Booster Cobicistat und Tenofovir/Emtricitabin erwies sich nach 48 Wochen in allen Subgruppen der Kombination Atazanavir/r plus Tenofovir/Emtricitabin sowie der Fixkombination Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabin als ebenbürtig. Die Efavirenzhaltige Kombination führte häufiger zu den bekannten neuropsychiatrischen Beschwerden, die Quad-Pille häufiger zu leichter Übelkeit (21% vs. 14%). Primäre NNRTI- bzw. INI-Mutationen waren gleich häufig, bei Versagen des Integrasehemmers kam es häufiger zu begleitenden NRTI-Mutationen (DeJesus E et al., TUPE043; Sax P et al, TUPE028). Der Integrasehemmer Dolutegravir, der ebenfalls nur einmal täglich eingenommen werden muss, war bei therapie-naiven Patienten in der Studie SPRING-2 nach 48 Wochen genauso effektiv wie Raltegravir zweimal täglich (VL <50 Kopien/ml 88% vs. 85%) (Abb. 6). Ein virologisches Versagen (definiert durch die Snapshot-Analyse als bestätigte VL >50 Kopien/ml zu oder nach Woche 24) wurde bei 5% vs. 7% der Patienten beobachtet, eine neue Integraseresistenz nur in einem Fall in der Raltegravir-Gruppe. Übelkeit war mit 14% die häufigste Nebenwirkung. Das Serumkreatinin stieg unter Dolutegravir aufgrund der Blockade der renalen Kreatininsekretion etwas stärker, hatte aber keinen Einfluss auf die Nierenfunktion, d.h. glomeruläre Filtrationsrate (Raffi F et al., THLB04).

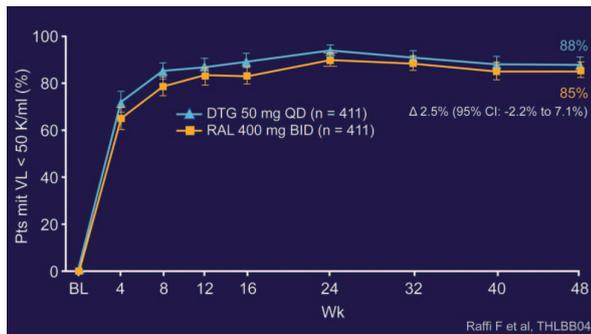


Abb. 6 SPRING-2: Dolutegravir vs. Raltegravir. 48-Wochen-Daten

Deutscher Auftritt



© Dr. Pauli, München

Das große politische Engagement der Amerikaner hatte auch die deutsche Politik inspiriert. Der deutsche Gesundheitsminister Daniel Bahr war nach Washington gereist, um den deutschen Stand auf dem Kongress zu eröffnen. Dort wurde die deutsche Kongress-CD verteilt, u.a. mit einer Pressemitteilung „Prävention und Menschenrechte als Schlüssel für eine Welt ohne HIV“ und dem Positionspapier des BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung). Bei einem Vortrag im Goethe-Institut vor geladenen Gästen betonte Bahr den deutschen Beitrag zur HIV-Bekämpfung und stolperte dabei lediglich verbal hin und wieder über das ungewohnte Wort antiretroviral.

KEIN VORTEIL FÜR STR

Angesichts der Entwicklung von mehreren neuen 1x1-Tablette-Regimen (neudeutsch Single Tablet Regimen/ STR) und neuen generischen Präparaten stellt sich

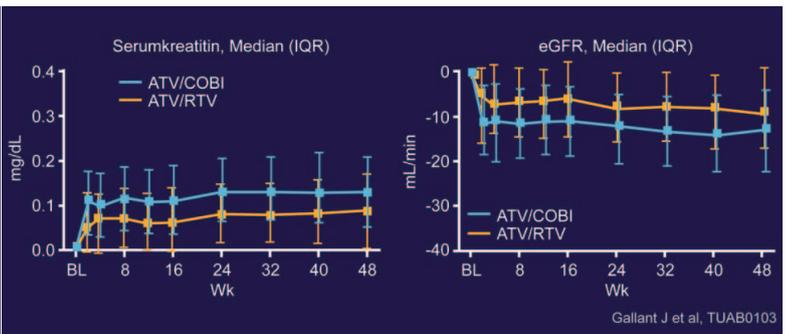


Abb. 7 ATV/COBI vs. ATV/RTV. Veränderungen des Serumkreatinins und der eGFR

die Frage, welchen Nutzen die Einnahme von einer Tablette anstatt von zwei oder mehreren Tabletten einmal täglich hat? Eine Metaanalyse ging dieser Frage nach und wertete 21 Studien mit 7.500 Patienten aus. Die Adhärenz war bei einmal täglicher Einnahme (QD) deutlich besser als bei zweimal täglicher Einnahme (QD), jedoch bei QD-Regimen hatte die Pillenzahl keinen Einfluss auf Adhärenz und Wirksamkeit (Uthman et al., Abstract TUPE096).

BOOSTER COBICISTAT VS. RITONAVIR

Der neue Booster Cobicistat wurde an therapie-naiven Patienten mit Ritonavir verglichen jeweils in Kombination mit Atazanavir und Tenofovir/Emtricitabin. Die virologische Wirksamkeit war vergleichbar (VL >50 Kopien/ml 85% vs. 87%). Unter Cobicistat kam es jedoch häufiger zur Hyperbilirubinämie (3,5% vs. 3,2%) und zu Störungen der Nierenfunktion (1,7% vs. 1,4%) (Abb. 7). Beide Booster hatten gleichermaßen einen ungünstigen Einfluss auf die Lipide (Gallant J et al., TUAB0103).

NEUE MEDIKAMENTE

Schon seit längerem ist man auf der Suche nach über längere Zeit wirksamen Substanzen. Dies wäre insbesondere für die Präexpositionsprophylaxe günstig. Der neue Integrasehemmer von GSK könnte geeignet sein. Nach intramuskulärer

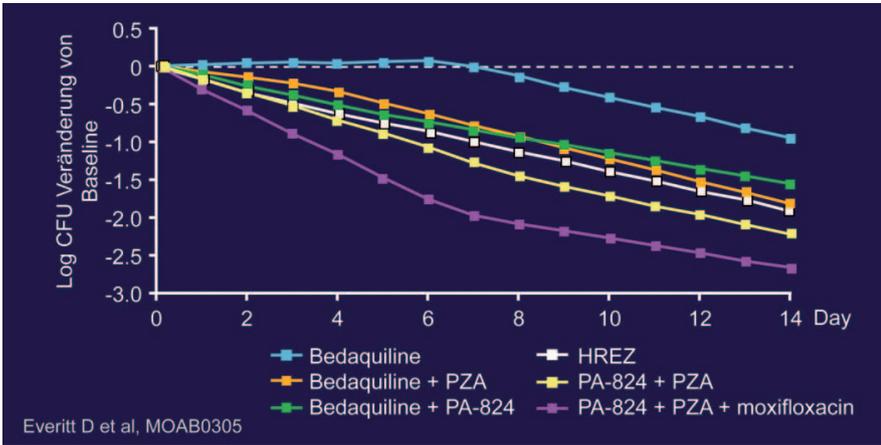


Abb. 8 Frühe bakterizide Wirkung neuer TB-Regime

Injektion wird er sehr langsam resorbiert und scheint eine hohe antivirale Potenz zu haben (Spree W et al., TUPE040). Ein komplett neuen Wirkansatz hat der LEDGF-Inhibitor. LEDGF/p75 (Lens epithelium-derived growth factor) ist ein zellulärer Kofaktor, dessen Blockade nach ersten Untersuchungen sowohl die Integrase als auch die Protease stört (Christ F et al., TUAA0301).

TUBERKULOSE

Tuberkulose ist auf jeder WeltAidsKonferenz ein Thema, weil beide Erkrankungen häufig gemeinsam auftreten (und die Gelder im gemeinsamen Fund for HIV, Tuberculosis and Malaria liegen). In diesem Jahr gab es zu diesem Thema sogar für westliche Länder interessante Arbeiten. So wurde in einer Studie Raltegravir in Kombination mit Tenofovir/Lamivudin bei Rifampicin-haltigen TB-Regimen eingesetzt. Hier schnitt die höhere Raltegravir-Dosis von 800 mg BID im Hinblick auf den virologischen Effekt und die Resistenzbarriere besser ab als 400 mg BID (Grinsztejn B et al., THLB01).

Die Prophylaxe mit Isoniazid (5 mg/kg) bei südafrikanischen Patienten auf ART (n=1329, CD4 200/µl, 40% früher TB) über 12 Monate reduzierte die TB-Rate um 37% allerdings ohne Einfluss auf die

Mortalität (Rangaka MX et al., Abstract THLB01). Ferner sind einige neue Medikamente (z.B. Sutezolid) und neue Kombinationen in der Prüfung (Abb. 8) (Wallis RS, et al., THLB02; Diacon A, et al., Lancet. July 23, 2012[Epub ahead of print]. Everitt D, et al. AIDS 2012. Abstract MOAB0305).

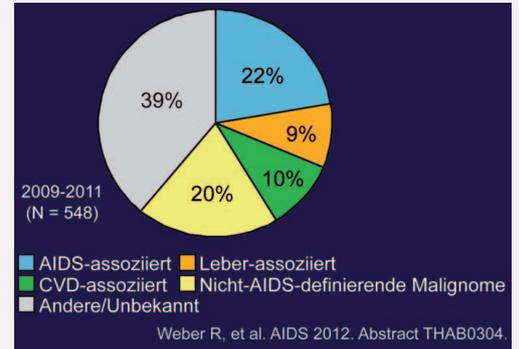
HEPATITIS-KOINFEKTION

Die Hepatitis-Koinfektion war eher ein Randthema. Zur Tripletherapie mit Proteasehemmern gab es Übersichtsvorträge zu den bekannten Studien, aber keine neue Daten. Die Zugabe von Nitazoxanid zur Standardtherapie, die bereits bei der HCV-Monoinfektion als unwirksam befunden wurde, zeigte auch in einer ACTG-Studie bei HIV/HCV-Koinfektion keinen günstigen Effekt (Amorosa V et al., WEAB0103). Die schnellere Progression der Leberfibrose bei der Koinfektion scheint sich auch durch die HIV-Therapie nicht ganz kompensieren zu lassen. In einer Analyse der großen VACS-Kohorte kam es bei den HIV/HCV-Koinfizierten trotz ART häufiger zu Komplikationen der Leberzirrhose. Insbesondere Varizenblutungen waren bei Koinfizierten doppelt so häufig wie bei Monoinfizierten (Lo Re V et al., WEAB0102).

Dr. Ramona Pauli, München

Tumore auf dem Vormarsch

Aids ist mit 22% nicht mehr die häufigste Todesursache und auch die Leber-assoziierte Mortalität ist rückläufig (9%). Die Zahl der kardiovaskulären Todesfälle ist stabil (10%), die Mortalität an nicht-Aids-definierenden Malignomen ist dagegen deutlich gestiegen und mit 39% die führende Todesursache (Weber R et al., THAB0304).



Gute Adhärenz verlängert Leben

Im VA Clinical Case Registry wurde die Lebensdauer von 15.714 behandelten Männern mit einer VL <400 Kopien/ml analysiert. Männer mit einer CD4-Zahl >700/µl hatten eine normale Lebenserwartung. Einen günstigen Einfluss hatte auch die Adhärenz. Für jede 10% bessere Adhärenz sank die Mortalität um 5% (Drechsler H et al., MOPE113).

Akute HIV-Infektion

Die sehr frühe Behandlung innerhalb der ersten Wochen nach Infektion vermindert die Immunaktivierung, wobei zwischen konventioneller und intensivierter Therapie kein Unterschied besteht. In der Studie am Aron Diamond Center in New York wurden 31 Patienten mit akuter HIV-Infektion entweder mit einem konventionellen PI-basierten Regime oder zusätzlich plus Maraviroc und Raltegravir oder gar nicht behandelt (Markowitz M et al., TUPDB0204).

CD4-Kontrolle alle 6 Monate?

Bei Patienten mit gutem Immunstatus und stabiler Virussuppression ist eine Laborkontrolle der CD4-Zahl möglicherweise nicht alle drei Monate notwendig. Bei 846 Patienten des Veterans Affairs Medical Center auf stabiler ART und >300/µl CD4-Zellen kam es innerhalb von drei Jahren nur in 5% der Fälle zu einem klinisch relevanten Abfall der absoluten CD4-Zellen <200/µl und des prozentualen Anteils <14% (Gale H et al., WEPDB0101).