

15TH EUROPEAN AIDS CONFERENCE, 21.-24. OKTOBER 2015 IN BARCELONA/SPANIEN

# Neue EACS-Leitlinien: Therapie für alle und PrEP

Die European AIDS Clinical Society (EACS) stellte auf der diesjährigen europäischen Aids-Conference wieder eine Aktualisierung ihrer Leitlinie vor. In dieser Version 8.0 wird die HIV-Therapie für alle HIV-Infizierten und die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für Risikogruppen empfohlen. Ein interessanter Diskussionspunkt waren neue Studien zur Monotherapie.

Die neuen EACS-Leitlinien gibt es als kleines Büchlein und – etwas ausführlicher – als kostenlose App und online-Version auf der Internetseite [www.eacsociety.org](http://www.eacsociety.org)



## DIE WICHTIGSTEN NEUERUNGEN SIND:

- ▶ Therapiestart so bald wie möglich nach der HIV-Diagnose unabhängig von der CD4-Zellzahl – damit stimmt nun die europäische Leitlinie mit den amerikanischen, britischen und WHO-Leitlinien überein;
- ▶ bevorzugte initiale Therapie von 13 auf 6 Empfehlungen verringert –
  - Dolutegravir, Elvitegravir, Raltegravir, Darunavir/r oder Rilpivirin in Kombination mit Tenofovir/Emtricitabin oder
  - Dolutegravir in Kombination mit Abacavir/3TC;
- ▶ PrEP mit Tenofovir/Emtricitabin für HIV-negative homosexuelle Männer und transgender Personen empfohlen, die unregelmäßig ein Kondom benutzen, die häufig mit wechselnden Partnern oder mit HIV-positiven Personen Sex haben; PrEP für HIV-negative heterosexuelle Frauen und Männer erwägen, wenn sie ebenfalls unregelmäßig ein Kondom benutzen oder mit einem HIV-positiven Partner, der nicht behandelt wird, Sex haben;
- ▶ bei HIV/HCV-Koinfektion sollte die HCV-Therapie bereits bei Fibrosegrad 2 erfolgen.

Die EACS hofft, dass die PrEP-Empfehlung dazu beiträgt, die Zulassung der PrEP in den europäischen Ländern voran zu bringen und zu beschleunigen. Sheena McCormack, London/UK, plädierte in ihrem Plenarvortrag, dass Europa aufholen müsse und die PrEP endlich einführen solle (Plenary Session, #PL3). Wer die Kosten übernimmt, beantwortete McCormack jedoch nicht.

## WIEDER IM FOKUS: MONOTHERAPIE

In einigen Arbeitsgruppen ist eine HIV-Monotherapie wieder in den Fokus gerückt – es wurden gleich zwei Studien mit Dolutegravir als Erhaltungstherapie vorgestellt. Christina Katlama, Paris/Frankreich, präsentierte die 24-Wochen-Daten von 28 intensiv vorbehandelten Patienten, deren Therapie bei nicht nachweisbarer Viruslast auf 1x täglich 50 mg Dolutegravir umgestellt wurde (Abstract PS4/4). 24 Wochen nach dem Switch lag bei 89% (25/28) der Patienten die Viruslast weiterhin unter der Nachweisgrenze. Katlama musste viel Kritik einstecken, weil die Studie ohne Ethik-Kommission durchgeführt wurde und weil auch Raltegravir-vorbehandelte Patienten eingeschlossen wurden, von denen bei dreien die Dolutegravir-Monotherapie prompt versagte und Resistenzmutationen im Integrase-Gen nachgewiesen wurden.

Auch die Arbeitsgruppe um Esteban Martínez, Barcelona/Spanien, stellte in einer Pilotstudie die HIV-Therapie bei 33 vorbehandelten Patienten mit nicht nachweisbarer Viruslast auf 1x täglich 50 mg Dolutegravir um (Abstract #LBPS4/2). Nach 24 Wochen war die Viruslast bei 97% der Patienten nach wie vor erfolgreich supprimiert. Die spanische Arbeitsgruppe plant nun eine dreiarmlige randomisierte Studie, in der die Weiterführung einer erfolgreichen Therapie verglichen wird mit einem Switch auf Dolutegravir und auf Dolutegravir plus 3TC. Dolutegravir 50 mg plus 3TC 300 mg wurde als Induktionstherapie in der Pilotstudie PADDLE von der Arbeitsgruppe um Pedro Cahn, Buenos Aires/Argentinien, bei 20 therapie-naiven Patienten untersucht (Abstract #LBPS41). Die Patienten durften keine NRTI-Resistenzen zu Baseline haben. Alle Patienten erreichten nach drei Wochen eine Viruslast von <400 Kopien/ml und ab Woche acht von <50 Kopien/ml. Auch diese Arbeitsgruppe plant eine größere randomisierte Studie mit dieser dualen, initialen Therapie.

Andrea Warpakowski, Itzstedt



Diskussion der EACS-Leitlinien