

Vereinfachung gewünscht – aber auch möglich?

Die moderne ART ist einfach und hochwirksam. Nur wenige Patienten entwickeln heute eine Resistenz. Früher war das anders. Unter den weniger wirksamen und weniger gut verträglichen Medikamenten kam es häufig zu Resistenzen. Dann war man froh, wenn es gelang multiresistente Viren zu supprimieren. Der Preis war meist ein komplexes Regime mit vielen Tabletten. Heute möchten diese Patienten natürlich auch Ein-Tabletten-Regime. Eine solche Umstellung ist allerdings nicht einfach und oft gibt es keine Option, die sicher funktioniert. **HIV&more** hat zu einem solch schwierigen Fall HIV-Experten um ihre persönliche Meinung gebeten.

Zum Zeitpunkt der Diagnose 27jähriger Kaukasier, MSM. Letzter dokumentierter negativer HIV-Test 2006. Erstdiagnose HIV-1-Infektion 2008 im Stadium CDC A3. Der Patient hatte 54 CD4-Zellen/µl und eine Viruslast von 1.081.000 Kopien/

ml, was die Definition eines „fast progressors“ erfüllt. Sofortiger Beginn der antiretroviralen Therapie im Rahmen einer klinischen Studie mit Nevirapin 400 mg OD (Viramune®) plus TDF/FTC (Truvada®). Unter dieser Therapie traten

trotz guter Adhärenz mehrere relevante Resistenzmutationen gegen NRTIs und NNRTIs (K65R, M184V, Y181V) auf. Der Patient wurde angesichts der Resistenzlage auf Darunavir/Ritonavir 800 mg/100 mg (Prezista®/Norvir®) plus AZT/3TC (Combivir®) umgestellt. Die Viruslast ist unter diesem Regime inzwischen seit etwa acht Jahren unter der Nachweisgrenze. Der Patient ist sehr adhärent, es wurde kein einziger Blip beobachtet. Die Immunrekonstitution mit zuletzt >500 CD4-Zellen/µl ist ausreichend.

ZU VIELE TABLETTEN

Seit etwa einem Jahr zeigt sich allerdings eine zunehmende Therapiemüdigkeit sowie angedeutet auch eine Lipoatrophie. Zudem klagt der Patient über ein „Fatigue“-Syndrom mit Abgeschlagenheit und -vermehrtem Schlafbedürfnis. Ein Zusammenhang mit AZT kann nicht ausgeschlossen werden. Der Patient hat sich informiert und fragt explizit nach STR-Regimen. Kann man dies riskieren? Welche Optionen gibt es?

PD Dr. Christian Hoffmann

ICH Stadtmitte

Glockengießerwall 3 · 20095 Hamburg

E-Mail: hoffmann@ich-hamburg.de

Was empfehlen Sie dem Patienten?

Lesen Sie auf Seite 28, 29 und 31 wie sich Ihre Kollegen entschieden haben.

1. Reverse Transkriptase-Inhibitoren

NRTI-Mutationen: K65KR, M184MV
Thymidin-Analoga-Mutationen: nicht nachweisbar
NNRTI-Mutationen: Y181/V

Wirkstoff	Interpretationsalgorithmen		
	HIV-GRADE	ANRS AC11	Stanford
NRTI			
3TC Eпивir	Resistenz	Resistenz	hochgradige Resistenz
ABC Ziagen	Resistenz	mögliche Resistenz	intermediäre Resistenz
AZT Retrovir	sensitiv	sensitiv	sensitiv
d4T Zerit	intermediäre Resistenz	Sensitiv	geringgradige Resistenz
DDI Videx	Resistenz	mögliche Resistenz	intermediäre Resistenz
FTC Emtriva	Resistenz	Resistenz	hochgradige Resistenz
TDF Viread	Resistenz	Resistenz	intermediäre Resistenz
NNRTI			
DLV Rescriptor	sensitiv	--	hochgradige Resistenz
EFV Sustiva	intermediäre Resistenz	Resistenz	geringgradige Resistenz
NVP Viramune	sensitiv	Resistenz	hochgradige Resistenz

2. Protease-Inhibitoren

Hauptmutationen: nicht nachweisbar
Nebenmutationen: nicht nachweisbar

Wirkstoff	HIV-GRADE	ANRS AC11	Stanford
ATV Reyataz	sensitiv	sensitiv	sensitiv
IDV Crixivan	sensitiv	sensitiv	sensitiv
FPV Telzir	sensitiv	sensitiv	sensitiv
LPV/r Kaletra	sensitiv	sensitiv	sensitiv
NFV Viracept	sensitiv	sensitiv	sensitiv
SQV Invirase	sensitiv	sensitiv	sensitiv
DRV Prezista	sensitiv	sensitiv	sensitiv
TPV Aptivus	sensitiv	sensitiv	sensitiv

Tab. 1 Resistenztest aus 2008, aktuell ist die Viruslast des Patienten unter der Nachweisgrenze