

Ohne Dings kein Bums?

Gelten die alten Präventionsregeln noch uneingeschränkt?

Mit dem legendären Slogan «Ohne Dings kein Bums» hat uns die Aidsprävention jahrelang begleitet. Bei HIV-serodifferenten Paaren ist diese Forderung aber nicht mehr ohne Weiteres aufrechtzuerhalten. Wirft das nun die bewährten Präventionsregeln über den Haufen? Nein! Doch ein Blick auf die im Februar abgehaltene Retroviruskonferenz in Boston (CROI 08) bestätigt einmal mehr die Fortschritte in der antiretroviralen Therapie, und davon sollen auch HIV-serodifferente Paare profitieren.

THOMAS FERBER

HIV/Aids hat sich zu einer Jahrzehnte dauernden chronischen Erkrankung gewandelt, verbunden mit allen Komplikationen und Überlegungen, wie sie ähnlich auch bei anderen chronischen Leiden angestellt werden müssen. Nach Auskunft des Infektiologen Prof. Manuel Battegay, Universitätsspital Basel, weisen gut Behandelte lediglich eine Mortalität von 2 bis 3 Prozent jährlich auf. Doch könnte sich diese erfreuliche Situation, wie Battegay auf dem CROI 08 erklärte, mit zunehmendem Alter durchaus wieder verschlechtern. Immer mehr zeigt sich, dass das Überleben bei speziellen Gruppen von HIV-Patienten unterschiedlich ist. So spielt beispielsweise das Alter eine immer wichtigere Rolle bei den Betroffenen, wie auch die Toxizität der Medikamente. Dann stellt sich die Frage, ob noch früher mit der Therapie begonnen werden soll, um die Prognose weiter zu verbessern. Diese Überlegun-

gen sind für Battegay schon ein Hinweis darauf, dass die Erkrankung über viele Jahre behandelbar ist.

Mittlerweile sind die Therapieergebnisse so gut, dass HIV-serodifferente Paare (ein Partner HIV-positiv), wie die Eidgenössische Aidskommission mitgeteilt hat, nach eingehender Beratung selbst entscheiden können, ob sie sich beim Geschlechtsverkehr schützen wollen oder nicht (vgl. «Ärztezeitung» vom 30.1.2008). Dies wurde nicht überall auf Anhieb verstanden, doch mittlerweile hat sich der Sturm gelegt, wie ein Gespräch mit dem St. Galler Aidspezialisten und Infektiologen Prof. Pietro Vernazza zeigt, der an der Ausarbeitung des Papiers beteiligt war (siehe Interview auf Seite 230 f).

Noch früher behandeln?

Seit einiger Zeit häufen sich Beobachtungen, nach denen HIV-Positive auch überdurchschnittlich oft an Erkrankungen versterben, die nichts mit der Infek-

tion selbst zu tun haben. Forscher wollen diese Entwicklung jetzt in Studien eingehender unter die Lupe nehmen. Verglichen werden sollen Gesunde mit HIV-Positiven, die CD4-Werte über 500 pro ml Plasma aufweisen. «Grundsätzlich ist es richtig, solche Vergleiche anzustellen, nur stellt sich die Frage, ob mit einem früheren Therapiebeginn diese Art von Mortalität wirklich verringert werden kann», so Battegay. Es ist nach Auffassung des Aidspezialisten denkbar, dass zu Beginn der HIV-Infektion der Immunschaden so gross ist, dass er selbst mit einer frühzeitigeren Behandlung nicht mehr ganz ausgeglichen werden kann. So spielt das aktivierte Immunsystem eine entscheidende Rolle bei den nicht HIV-assozierten Erkrankungen. Selbst bei nicht nachweisbarer HIV-Replikation finden sich laut Pietro Vernazza Zeichen für eine permanente Immunaktivierung und damit Entzündungsreaktion. Diese wiederum stellen einen Motor dar für die im Stillen ablaufende HIV-Replikation. Davon sind, wie Vernazza zu bedenken gibt, auch Personen betroffen, die HIV sehr gut zu kontrollieren vermögen. Die Immunaktivierung steht ausserdem mit vielen Alterungsprozessen im Zusammenhang und beschleunigt diese. Sie kommt für Gefässwandschädigungen als Ursache für die erhöhte kardiovaskuläre Mortalität infrage und fördert beispielsweise auch die Knochenalterung. All dies deutet laut Vernazza darauf hin, dass möglicherweise noch früher mit einer antiretroviralen Behandlung begonnen werden sollte. Wichtig ist für den Infektiologen, dass HIV-Positive frühzeitig einem Spezialisten für eine Beurteilung zugewiesen werden.



Manuel Battagay: Bei gut Behandelten beträgt die Mortalität nur 2 bis 3 Prozent jährlich, im Alter könnte sich die Situation aber verschlechtern.



Bernard Hirschel: Eine früher einsetzende Therapie sollte zunächst in kontrollierten Studien geprüft werden.

Höhere Medikamenten-, weniger Folgekosten?

Am CROI 08 in Boston wurden wiederum mehrere Studien zu den neuen antiretroviralen Substanzen gezeigt, alle jeweils mit sehr guten Ergebnissen*. Battagay gibt aber zu bedenken, dass bei den neuen Medikamenten, die bisher eine sehr gute Verträglichkeit bewiesen haben, noch keine Aussagen über potenzielle Langzeitnebenwirkungen gemacht werden könnten. Eine Kohortenstudie mit über 30 000 Patienten ergab beispielsweise eine erhöhte Infarktrate beim Einsatz eines reversen Transkriptasehemmers. Doch Enos Bernasconi, Mitglied der Fachkommission Klinik und Therapie von Aids des BAG sowie Infektiologe am Ospedale Regionale di Lugano, relativiert: «Solche Ergebnisse aus Kohortenstudien sind mit Vorsicht zu geniessen und könnten rein zufällig zustande kommen, ich würde sie nicht überbewerten.» Schon bisher waren Stoffwechseleffekte der antiretroviralen Medikamente ein Thema, doch der Infektiologe Bernard Hirschel vom Genfer Universitätsspital, wie Bernasconi Mitautor der neuen Empfehlungen, möchte auch diese Faktoren, beispielsweise die Einflüsse auf den Lipidstoffwechsel, nicht überbewerten, weil oft die altersbedingten Risikofaktoren sowie das Rauchen eine ungleich höhere Bedeu-

*Im Detail Interessierte können die gezeigten Poster von der Internetseite herunterladen (www.retroconference.org). Es genügt, unter der Suchfunktion die Substanznamen oder Studienakronyme einzugeben (z.B. ARTEMIS).

tung hätten. Hirschel weist darauf hin, dass HIV auch die Bildung von Fibrinolyseprodukten begünstigt und zu einer erhöhten endothelialen Aktivität von Adhäsion führt. All diese Faktoren können zu einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität beitragen. Auch Hirschel spricht sich dafür aus, im Rahmen von kontrollierten Studien zu prüfen, ob eine frühere antiretrovirale Therapie sich noch günstiger auf die Prognose auswirkt.

Lebenslange Therapien schlagen auf die Behandlungskosten. Al-

lerdings: Behandelte sind laut Hirschel weniger krank in Bezug auf aidspezifische Infektionen, daher werden andere Behandlungen hinfällig. Sie sind auch sehr viel weniger oder im besten Falle kaum mehr infektiös. Damit stecken sich auch bedeutend weniger Personen an. Solche Überlegungen müssten seiner Meinung nach auch in die Kostenüberlegungen mit einbezogen werden. Schliesslich nähmen die Arbeitsproduktivität und auch die Lebensqualität entscheidend zu und Spitalaufenthalte ab. Battagay wiederum rechnet «nur» mit einer durchschnittlich um drei Jahre gegenüber den heutigen Richtlinien vorgezogenen Therapie, falls dereinst wirklich die antiretrovirale Behandlung schon bei weniger als 500 CD4 pro ml Plasma begonnen werden sollte.

Primoinfektion nicht verpassen

Somit bleibt nach wie vor die Prävention von HIV/Aids ein ganz zentrales Anliegen. Eine sehr wichtige Rolle spielen dabei die praktizierenden Hausärzte, die den HIV-Test als Routineelement in ihrer Praxis anwenden, nicht zuletzt, weil sie, wie Battagay unterstreicht, mit weitesten Bevölkerungskreisen in Kontakt stehen. Das würde heutzutage bedeuten, dass man praktisch allen Patienten einen HIV-Test anbietet, sofern sich bei der Anamnese Risiken ergeben oder wenn gar der klinische Verdacht für eine Infektion besteht. Routinemässig soll der HIV-Test in der Schwangerschaft oder noch besser vor Schwangerschaftswunsch zur Anwendung kommen. Bei der notfallmässigen

Beurteilung von Patienten mit Fieber sollte der HIV-Test heute eigentlich zum Routineangebot gehören. Dies nicht nur, um dem Betroffenen eine Behandlungschance zu eröffnen (immer noch kommen rund 30% zu spät zur antiretroviralen Therapie und haben daher eine hohe Mortalität), sondern vor allem auch wegen der präventiven Wirkung, falls der Patient sich als HIV-positiv erweist. Solche Patienten sind in der Anfangsphase ihrer Krankheit hochinfektiös. Darauf weist eine Vielzahl von Studien hin. In Boston wurde auch eine Studie aus der Schweizer HIV-Kohortenstudie vorgestellt, die aufgrund von Virusverwandtschaftsanalysen gezeigt hat, dass ein gewisser Teil der Frischinfizierten massgeblich für eine Weiterverbreitung von HIV verantwortlich ist. Es gilt, solche Personen rechtzeitig zu erfassen, um die Ausbreitung von HIV zu stoppen. Kommt es bei Frischinfizierten zu einem massiven Abfall der CD4-Zellen, dann wird eine antiretrovirale Therapie gestartet. In Boston wurden mehrere Studien zur Behandlung von Frischinfizierten gezeigt, die jedoch widersprüchliche Resultate lieferten. Immerhin zeichnet sich ab, dass diejenigen längerfristig von einer Behandlung profitieren dürften, die erstens frühzeitig und zweitens möglichst lange, das heisst über mindestens zwei bis drei Jahre antiretroviral behandelt werden. Es komme darauf an, all jene Menschen zu erfassen, die einen Abfall der CD4-Werte unter 350 pro ml Plasma aufweisen, sagt Battagay. Dieser Zeitpunkt kann je nach Person unterschiedlich lange nach der Erstinfektion auftreten: «Genauso wie es Patienten gibt, die das HIV sehr lange unter Kontrolle haben, gibt es auch Patienten, deren Immunsystem früh versagt und damit eine antiretrovirale Therapie relativ schnell erforderlich macht.» ■

Dr. med. Thomas Ferber
Neustadt 40

8200 Schaffhausen

Tel. 052-620 34 04

E-Mail: thomasferber@mail.ru

Interessenkonflikte: Reise und Unterkunft wurden von GSK und Pfizer übernommen.